



Caracterización de algunos factores socio-psicológicos en adolescentes con intento suicida en el municipio Morón.

Characterization of sociopsychological factors in adolescents with suicidal attempt in Morón municipality.

Migdalia Leyva Correa (1), Lourdes Castillo Rojas (2), Aleida Perdomo Gómez (3), Liudmila García Leyva (4).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo en los adolescentes con intento suicida del municipio Morón, provincia Ciego de Ávila, en el período comprendido de enero 2009 hasta noviembre 2010, con el objetivo de caracterizar algunos factores socio-psicológicos en estos adolescentes asociados a dicho comportamiento. El universo estuvo formado por todos los adolescentes entre 11 y 18 años que realizaron intento suicida en dicho período. La muestra quedó constituida por 28 adolescentes a los que se le aplicó una encuesta para el control y la tipificación de la conducta suicida, la que ha sido validada en estudios realizados. Entre los resultados fundamentales predominaron las edades comprendidas entre 15 y 16 años y el sexo femenino; dentro de las manifestaciones del comportamiento suicida anterior estuvieron el intento suicida previo seguida de la ideación. En los factores de riesgo familiares se constató la existencia de dificultad en la comunicación con sus padres, divorcio y agresión física y verbal; en los escolares resultó ser el rechazo escolar, y en los personales la tristeza, aburrimiento y amistades que han intentado contra su vida. Todo lo anterior lleva a la conclusión de la necesidad de proponer un sistema de acciones para actuar sobre estos factores de riesgo.

Palabras clave: ADOLESCENTES, INTENTO DE SUICIDIO/psicología.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Instructora.
2. Licenciada en Psicología. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Profesora Auxiliar.
3. Especialista de 1er Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente.
4. Estudiante de 4to Año de Medicina.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno universal que ha acompañado la condición humana a lo largo de su historia. Puede definirse como toda conducta que va encaminada hacia la autodestrucción, por acción u omisión, del propio sujeto (1). La primera contribución importante al estudio del problema del suicidio fue realizada por el sociólogo francés Emile Durkheim, luego en 1917 Freud formula la primera concepción psicológica importante (2). Según datos de la OMS cada día se suicidan en el planeta mil personas y por cada suicidio consumado se realizan 8 intentos suicidas o cientos de miles pertenecientes a cualquier cultura, religión, etnia o posición socioeconómica (3-5). En las últimas décadas en América Latina, los trastornos mentales se han incrementado,

al ser la conducta suicida uno de los problemas de salud mental más importantes en la población joven (6). En Cuba el suicidio ocupa la cuarta causa de mortalidad general y la segunda en las edades entre 15-49 años (7). Este municipio no se escapa ante este fenómeno, las tasas de mortalidad encontradas desde el año 2008 de un (11,2%), en el 2009 (con un 6,4%). La infancia se considera, en general, como una etapa feliz, en la que la conducta suicida no puede estar presente, sin embargo no siempre sucede así pues ante situaciones como un embarazo oculto o no deseado, enfermedades físicas con limitaciones o enfermedades mentales, pérdida de una relación valiosa y las dificultades comunes de la vida diaria, inicio de relaciones sexuales tempranas, cambios frecuentes de parejas, infección de transmisión sexual, unión premarital y deserción escolar hacen que las personalidades poco tolerantes vean en este acto la única solución a sus problemas por lo que en un momento de la vida el adolescente puede llegar a pensar que ésta no tiene sentido (5) y realiza el intento suicida.

En la consulta de Psiquiatría Infantil del municipio se ha observado un incremento de adolescentes que realizan intento suicida, donde se evidencia la existencia de diferentes elementos relacionados con la disfuncionabilidad familiar y escolar. El correcto seguimiento no ha sido posible en la mayoría de los casos por el no cumplimiento del programa nacional de prevención y atención a la conducta suicida por el médico de familia, lo que ha originado que algunos adolescentes lo repitan. Al tener en cuenta lo anterior se hace necesario elaborar programas comunitarios educativos y preventivos dirigidos a los médicos y enfermeras de la familia, equipo de salud mental, familias y al propio adolescente donde se trabaje con los factores de riesgo y así evitar la realización del primer intento. Es precisamente este análisis el que fundamenta la realización de esta investigación que tiene como objetivo caracterizar algunos factores socio-psicológicos en los adolescentes con intento suicida del municipio Morón, describir en la población estudiada las variables como edad y sexo, elementos relacionados con la conducta suicida anterior, factores de riesgo asociados a las esferas familiar, escolar y personal del adolescente.

MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo para caracterizar algunos factores socio-psicológicos en los adolescentes con intento suicida en el municipio Morón en el período comprendido desde enero del 2009 hasta noviembre de 2010.

El universo estuvo formado por todos los adolescentes entre 11 y 18 años que realizaron intento suicida en dicho período notificados en las tarjetas de enfermedad de declaración obligatoria. La muestra quedó constituida por 28 adolescentes. La fuente de recolección de la información fue la encuesta aplicada a los adolescentes. Se excluyeron los retrasados mentales moderados, severos o profundos, los negados, pacientes que la familia se negara a dar su consentimiento. Se confeccionó una base de datos computarizada a través del programa Microsoft Access. Se utilizó una computadora Pentium 4 y se cumplió con los requisitos orientados por la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila para las investigaciones así como los requisitos éticos (confidenciales y resguardo de la información estadística).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la Tabla No. 1 se constata que predominó el sexo femenino con 25 adolescentes (89.2%), en edades de 15 a 16 años, 13 (46.4%), en el grupo de 18 años no se encontraba ningún adolescente. En cuanto al grupo etáreo este estudio coincide con una investigación realizada por Jesús de Bosque en el año 2006, sobre intento suicida, donde predominan adolescentes de 15-16 años, se plantea que la adolescencia temprana es la de mayor riesgo debido a que es un periodo de cambios a nivel corporal, psíquico, afectivo, familiar y social, hay un cambio de la percepción de sí mismo y de los demás que comienza por los cambios corporales. En el ámbito sexual

debe definir su identidad con el fin de poder establecer una relación con el sexo opuesto y en el ámbito psicológico es impulsivo hipersensible, susceptible, emotivo, impaciente, por lo que requiere atención sistemática y diferenciada (8). También en un estudio realizado en el 2008 en la consulta infanto-juvenil del municipio Morón sobre factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes predominó el sexo femenino con 15 años de edad 26.9% (9). En el programa de "La Conducta Suicida y su Prevención" se plantea que el intento suicida es más frecuente entre los 15 y 25 años, con mayor incidencia en la mujer (10). Relacionado con el sexo, en un trabajo realizado en el año 2006 en el Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez" se reporta que las hembras es de 3 a 7 veces más frecuente que realicen un intento suicida, debido a los tabúes que todavía existen sobre el papel de la mujer en la sociedad, pues la adolescente está más limitada a las relaciones sociales como salidas en grupos, relaciones de parejas, primeras relaciones sexuales y la comunicación con los padres, lo que hace que la adolescente sea más vulnerable a la conducta suicida (11). De igual manera en una investigación realizada en el año 2007 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico de San Miguel del Padrón en adolescentes con intento suicida predominó el sexo femenino al referir que es típica en el mismo la ingestión de medicamentos (12). Este resultado lo avalan otros estudios realizados (13-15).

En la Tabla No. 2, con relación con el comportamiento suicida, predominó el haber intentado contra su vida anteriormente (11 para un 39.3%), seguida de ideación suicida (7 para un 25.0%) lo que coincide con la investigación sobre propuesta de intervención psicológica para prevenir la repetición del intento suicida en adolescentes del área norte de la provincia de Ciego de Ávila realizada en el período 2004-2009, donde el 8.5% lo habían repetido (15), lo que puede estar relacionado con el hecho de que en los adolescentes existe una estrecha correspondencia entre la información sobre el tipo de acto que conducen a la muerte, las fantasías acerca de lo que les ocurrirá si cometen alguno de ellos y el método concreto elegido (12, 16-17), juega un papel importante el hecho que es una conducta aprendida por imitación de familia o vecinos, pues con frecuencia se encuentran familiares que han consumado el suicidio o intentado suicidarse, lo que se considera un gran factor de riesgo (13, 18-20). Cerca del 10% de los pacientes con una tentativa de suicidio terminan por suicidarse y entre el 1 y el 2% lo hacen en el año siguiente. Se estima que el riesgo suicida en estos pacientes es 100 veces superior a la población general y que el 50% de los suicidios consumados tienen antecedentes de intento suicida previo (21). En un estudio sobre la ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios realizado en Lima, Perú, en el 2005, se plantea que la ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, al estar representado por un 30% en este estudio (seguida de deseos pasivos de morir con un 48%); un 15% elaboró un plan de cómo quitarse la vida y 9% había intentado suicidarse (22).

Entre los problemas familiares (Tabla No. 3) resultó más frecuente la dificultad en la comunicación entre padres y adolescentes (13 para un 46.5%), seguido por el divorcio de los padres (10 para un 35.7%), y la agresión física y verbal por los padres (12 para un 42.9%). También los intentos suicidas realizados por algún miembro de la familia y la ingestión de bebidas alcohólicas por estos, aunque en pocos casos. Sin embargo, no se encontró ningún caso donde hubiera un miembro de la familia con una enfermedad crónica, ni con suicidio consumado, ni la existencia de familias donde la madre se embriagara con frecuencia.

Los resultados de este trabajo coinciden con los obtenidos en estudios realizados por diferentes autores como Sergio A. Pérez Barrero (23) Ovidia Rodríguez (24) y Juana M Velásquez (25), los que encontraron que dentro de los factores de riesgo familiares que predominaron fueron las dificultades en la comunicación padres-tutores-hijo(a). Otros autores plantean que la desintegración familiar con falta de comunicación,

separación de los padres, hostilidad entre los miembros, las riñas constantes, la violencia en forma general y la ausencia física y emocional de algunos de los padres o de ambos, condiciona disfunciones familiares, relaciones con sentimientos de desesperanza, pesimismo y actitudes pasiva ante la propia vida y la no estructuración de un proyecto de vida creativo, por lo que se requiere de un trabajo conjunto de profesionales de la salud, profesores, adolescentes y familia para modificar estilos de vida (26-27). Como se observa un gran porcentaje de los adolescentes estudiados proceden de hogares disfuncionales por ser hijos de padres divorciados, el que afecta (cuando no se maneja adecuadamente) a los hijos, pero quizás es en la adolescencia donde más influye en sus relaciones familiares y personales por la presencia de discordia, falta de respeto y agresión física y verbal. Los hijos de padres separados consultan más a los servicios de psiquiatría por presentar trastornos del aprendizaje, indisciplinas, deserción escolar, conducta social más deteriorada, depresión y conducta suicida que los hijos de padres unidos en matrimonio (28). En un estudio epidemiológico de caso y control pareado para identificar eventos vitales asociados a la conducta suicida en el área de salud de Unión de Reyes, Matanzas, se encontró que los eventos vitales fueron la presencia de conflictos familiares, seguidas por el divorcio y por la pérdida de familiares allegados (29).

En la Tabla No. 4 se observa que dentro de los problemas escolares predominó el rechazo a la escuela (12, para un 42.9%). En un estudio realizado donde se aplicó un modelo de intervención integral de salud para la prevención de la conducta suicida en Holguín en el 2007, entre los factores desencadenantes ocupó el segundo lugar los conflictos escolares (30), esto con el realizado en la provincia Habana por la Doctora Gladis Izquierdo en el 2002 (31), lo que confirma que la escuela junto con el hogar comprenden los medios donde el adolescente se desarrolla. Este resultado se relaciona con la dificultad en la comunicación familiar y con educadores, ya que debe ser clara, apropiada, franca, de forma tal que haya exigencia acorde con la etapa, pero debe satisfacer y estimular la independencia y la creatividad individual, al favorecer la creación de un proyecto de vida y la adaptación escolar (30). En un estudio realizado en el período 2004-2009 con los niños y adolescentes del área norte de la provincia Ciego de Ávila, la inadaptación al régimen de internado constituyó uno de los desajustes emocionales más representativos (15).

En relación con los factores de riesgo individuales (Tabla No. 5) predominó los relacionados con la depresión, en primer lugar la tristeza (23 para un 82.1%), seguido de aburrimiento (21 para un 75%) y amistades que han intentado contra su vida (12 para un 42.9%).

El presente estudio no coincide con algunos realizados por otros autores. En un estudio realizado en el hospital Pediátrico de Holguín en el 2006 con los pacientes que realizaron intento suicida (grupo de psicoterapia), la tristeza ocupó el cuarto lugar (58.3%), antecedido en orden de frecuencia por ansiedad, impulsividad y baja tolerancia a las frustraciones (32). Al igual que el resultado obtenido en un estudio en una clínica infantil de Bogotá, donde el intento suicida previo ocupó el primer lugar (27.2%) entre los factores de riesgo involucrados en los casos atendidos por este motivo; el segundo lugar lo ocupó la depresión (18.9%) (33). En la investigación realizada en el período 2004-2009 con los niños y adolescentes del área norte de la provincia Ciego de Ávila, donde predominó la labilidad afectiva, la ansiedad y la irritabilidad (15). Sin embargo, coincide con el criterio de otros autores como RW Gilbert quien plantea que la depresión es un factor de riesgo que influye notablemente en el comportamiento suicida en los adolescentes, demostrado en su estudio sobre factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida realizado en el año 2003, aparece la depresión y la impulsividad como síntomas predominantes (34). De igual manera, en un estudio realizado sobre conducta suicida en La Lisa, se informa que el mayor por ciento de los factores de riesgo fue la depresión (85,2%), seguido por

intento suicida previo (24.6%) (21, 35). Es de considerar que cuando un adolescente está ansioso, triste, y ha perdido el control de su impulso emocional, su vulnerabilidad por realizar el intento suicida aumenta (36). La presencia de conducta suicida se asocia a daños a la salud previos como la depresión, la ansiedad y bajos niveles de autoestima que se relacionan con factores predisponentes como las experiencias formativas de la personalidad (37). En relación con el aburrimiento, algunos autores plantean que es el sentimiento más comúnmente descrito entre los adolescentes depresivos y se encuentra relacionado con el sentimiento de apatía, infelicidad e indiferencia (38). Annie Britton y Martin Shipley, de la University College de Londres, advierten que el aburrimiento de por sí no mata, pero que podría ser causa de otros comportamientos riesgosos como beber, fumar, drogarse o padecer problemas psicológicos (39). La conducta suicida en algunos miembros de la familia, amigos o compañeros de escuela favorecen el aprendizaje y la imitación de esta actitud (24). Se debe especificar que los factores de riesgo relacionados con tener amistades con personas que consumen drogas, tener un embarazo oculto y tener problemas económicos no se presentaron en la muestra.

CONCLUSIONES

Predominaron los adolescentes con edades comprendidas entre 15 y 16 años del sexo femenino; dentro de las manifestaciones del comportamiento suicida anterior estuvieron el intento suicida previo seguida de la ideación. En los factores de riesgo familiares se constató la existencia de dificultad en la comunicación con sus padres, divorcio y agresión física y verbal; en los escolares resultó ser el rechazo escolar, y en los personales la tristeza, aburrimiento y amistades que han atentado contra su vida.

RECOMENDACIONES

Continuar los estudios sobre esta temática en el municipio para poder realizar estrategias de intervención dirigidas a los adolescentes como grupo de riesgo.

ABSTRACT

An observational descriptive study was carried out on adolescents with suicidal attempt in Moron, Ciego de Avila province, from January 2009 to November 2010, with the aim of characterizing some sociopsychological factors in these adolescents associated to this behavior. The universe was constituted by all adolescents between 11 and 18 years old with suicidal attempt in this period. The sample was composed of 28 adolescents to whom a survey was applied for the control and classification of suicidal conduct the one that has been validated in conducted studies. Between the fundamental results the ages between 15 and 16 years and feminine sex predominated; within the manifestations of previous suicide behavior were previous suicidal attempt followed by the ideation. In the risk familiar factors the existence of difficulty in the communication with their parents, divorce and physical and verbal aggression was stated; in the students it turned out to be the scholar rejection, and in the personal the sadness, boredom and friendships that have tried against their life. All the previous one takes to the conclusion of the necessity to propose an action system to act on these risk factors.

Keywords: ADOLESCENTS, SUCIDAL ATTEMPT, PSYCHOLOGICAL ASPECTS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vega Piñero M, Blasco Fontecilla H, Baca García E, Díaz Sastre C. El suicidio. Salud Global [Internet]. 2002 [citado 20 Feb 2012]; 2(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j79.pdf>
2. Kaplan E. Urgencias psiquiátricas. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. La Habana: Científico Técnica; 1982.

3. Rodríguez Méndez O. Salud mental infanto-juvenil. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
4. Arez Muzio P. Grandes cambios para la familia a las puertas del siglo XXI. *Sexol Soc.* 2000; 6(4):17-9.
5. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Álvarez Vázquez L, Gálvez González AM, Castañeda Abascal I, Rojo Pérez N. La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. *Rev Cubana Salud Públ* [Internet]. 2008 [citado 24 Mar 2010]; 34(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300014&lng=es
6. Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa M, Perales A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. *Rev Per Med Exp Salud Públ.* 2005; 23(4): 1726-4634.
7. Torres Lio-Coo V, Josué Díaz L, Font Darias I, Rodríguez Valdés NR, Urrutia Zerquera E, Gómez Arias MB. Valoración de algunos aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes jóvenes con trastornos de personalidad. *Rev Cubana Med Mil* [Internet]. 2006 [citado 24 Mar 2010]; 35(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572006000100007&script=sci_arttext
8. del Bosque Garza J. Conducta suicida y adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Méx* [Internet]. 2006 [citado 20 Mar 2012]; 63(5): 15-9. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1665-11462006000400001&script=sci_arttext&lng=es
9. Leyva Correa M, Castillo Rojas L. Factores de riesgo de intento suicida en adolescente. Morón: Jornada Povia de Psiquiatría; 2008. [documento no publicado]
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Cuba. La Habana: MINSAP; 1989.
11. Castillo Izquierdo G. Algunas consideraciones en relación a la conducta suicida en niños y adolescentes. La Habana: PsicoHabana; 2006. [documento no publicado]
12. Sánchez Suso I, López Hernández I, Ares Wing A, Cruz Navarro OL, O'Farril Sánchez M. El intento suicida como causa de intoxicación en pediatría. *Rev Cubana Med Intens Emerg* [Internet]. 2007 [citado 20 Mar 2012]; 6(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol6_4_07/mie08407.pdf
13. Mardomingo MJ. Psicopatología del niño y el adolescente. En: Cordovano AP. Suicidio e intento de suicidio. Madrid: Driz de Sotos; 2004. p. 30-34.
14. Ibarra AJ. Intoxicaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Neonatológicos. *Rev Esp Pediatr.* 2006; 153:3-15.
15. González Sánchez LC. Propuesta de intervención psicológica para prevenir la repetición del intento suicida en adolescentes del área norte de la provincia de Ciego de Ávila [tesis]. Ciego de Avila: Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara"; 2010.
16. Mardomingo MJ, Catolin Zamora ML. Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: características epidemiológicas. *An Esp Pediatr* 1992; 37(1):29-32.
17. Martínez PO, Gómez BD, Bustos CE. Envenenamientos en pediatría. Análisis de los casos observados en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" en el período de 1990 a 1992. *Rev. Méx. Puer Pediatr* 1994; 1:132.
18. Mardomingo MJ, Catalina ML. Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en los niños y adolescentes. *Pediatría* 1992; 34:12-15.
19. Marttunen MD, Aro HM, Henriksson MM, Lonnquist JK. Mental disorders in adolescents suicide. *Arch Gen Psychiatr* 2001; 1: 48.

20. Bond GR. Home use of syrup of Ipecac associated with a reduction in pediatric emergency department visits. *Ann Emerg Med* 1995; 25:338-43.
21. Chinchilla Moreno A, Correas J, Quintero FJ. El paciente suicida. En: Chinchilla, Alfonso. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: MASSON; 2004.
22. Sánchez Suso I, Lopez Hernández I. El intento suicida como causa de intoxicación en pediatría. *Rev Cub Med Int Emerg* [Internet]. 2007 [citado 17 Mar 2012]; 6(4):925-933. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol6_4_07/mie08407.pdf
23. Pérez Barrero SA, Mosquera D. El suicidio, prevención y manejo. *Memorias de un curso necesario*. Madrid: Pléyades; 2006.
24. Rodríguez Méndez O. Conducta suicida. En: Rodríguez Méndez O. *Salud Mental Infanto-Juvenil*. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p. 181-86.
25. Velásquez Argota JM. Valoración del riesgo de repetición inmediata del intento suicida en la adolescencia y propuesta de un modelo de intervención. *Rev Saludarte*. 2008; 6(2): 17-53.
26. *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (DSM-IV)*. 3ra ed. Barcelona: Expas; 1995.
27. Reyes WG. Enfrentamiento especializado al paciente suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2002 [citado 20 de septiembre 2010]; 18(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi08202.htm
28. Hill SY, Steinhauer S, Park J, Zubin J. Event-related potential characteristics in children of alcoholics from high density families. 1990 Feb; 14(1):6-16.
29. Martínez Hernández O, García Lorenzo I, Rodríguez Fajardo X. Eventos vitales asociados a la conducta suicida. Hospital Docente Psiquiátrico Provincial "Antonio Guiterras Holmes". 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2008 [Internet]. 2008 [citado 20 Sep 2010] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4540/1/interpsiquis_2008_32724.pdf
30. Colectivo de autores. *Salud mental: experiencias Cubana* [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: Ministerio de Salud Pública; 2008.
31. Castillo Izquierdo G, Mora Castro A. Factores asociados al intento suicida en niños y adolescentes. La Habana: Congreso Nacional de Adolescencia; 2002.
32. Miranda de la Torre I. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Ment*. 2009; 32(6): 495-502.
33. Pérez Olmos I, Rodríguez Sandoval E, Dussan Buitrago M. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Rev Salud Públ* [Internet]. 2007 [citado 20 Mar 2008] [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642007000200007&script=sci_arttext
34. Guilbert RW. Epidemiología de la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2002 [citado 20 Mar 2012]; 14(4): 25-32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252002000200007&script=sci_arttext
35. Guilbert RW, del Cueto de Inastilla ER. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2003 [citado 20 Mar 2012]; 19 (5):62-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000500004&script=sci_arttext
36. Burgain González R, Galeno Feal P, Balo Junquera F. Ingestión de fármacos como causa de suicidio en Galicia. *Rev Psiquiatr Fac Med*. 2000; 27(1):62-7.
37. Granados Cosme J, Delgado Sánchez G. Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(5):102-11.

38. Wagner AM. Depresión en la adolescencia (las complejidades de la transferencia): el drama del niño maltratado. Rev Asoc Méd Argentina. 2007; 120(3):11-19. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=487180&indexSearch=ID>
39. El aburrimiento puede ser fatal para la salud. Bol Al Día [Internet]. La Habana: Infomed; 2010 [citado 20 Nov 2010] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/aldia/view-aldia.php?idn=3705>

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de la población según edad y sexo.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
11	1	3,6	0	0	1	3.6
12	2	7.1	0	0	2	7.1
13	2	7.1	1	3.6	3	10.7
14	4	14.3	0	0	4	14.3
15	5	17.8	1	3.6	6	21.4
16	7	25.0	0	0	7	25.0
17	4	14.3	1	3.6	5	17.9
total	25	89.2	3	10.8	28	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 2. Distribución de la población según manifestaciones relacionadas con el comportamiento suicida anterior.

COMPORTAMIENTO SUICIDA ANTERIOR	No.	%
Ideación suicida	7	25.0
Amenaza suicida	2	7.1
Gesto suicida	2	7.1
Intento suicida	11	39.3

Fuente: Encuesta

Tabla No. 3. Distribución de la población según factores de riesgo familiares.

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES	No.	%
Un miembro de mi familia quedó físicamente incapacitado.	1	3.6
Un miembro de mi familia presentó problemas emocionales o psicológicos.	2	7.1
Un miembro de mi familia presenta una enfermedad psiquiátrica.	1	3.6
Mi padre se embriaga con frecuencia.	1	3.6
Otro miembro se embriaga con frecuencia.	5	17.9
Mi padre ha intentado contra su vida alguna vez.	2	7.1
Mi madre ha intentado contra su vida alguna vez	2	7.1
Otro miembro de mi familia ha intentado contra su vida alguna vez	5	17.9
Algún miembro ha manifestado que no vale la pena vivir.	2	7.1
Han existido discusiones importantes entre mis padres.	3	10.7
Ha existido agresividad entre mis padres.	3	10.7
Mis padres me han agredido verbalmente	6	21.4
Mis padres me han agredido físicamente	6	21.4
Uno de mis padres abandonó el hogar.	10	35.7
Existen familiares que cumplen privación de libertad.	5	17.9
He perdido familiares allegados.	4	14.3
No nos comunicamos bien en mi familia.	13	46.5

Fuente: Encuesta

Tabla No. 4. Distribución de la población según factores de riesgo escolares.

FACTORES DE RIESGO ESCOLARES	No.	%
Los profesores me exigen por encima de mi capacidad para aprender	2	7.1
Me "trajinan" en la escuela	2	7.1
Ha disminución mi rendimiento escolar	2	7.1
Rechazo la escuela	12	42.9
Tengo dificultad en las relaciones con mis amigos	2	7.1
Tengo dificultad en las relaciones con mis profesores	2	7.1
Ha disminuido mi motivación respecto a la escuela	4	14.3
He desaprobado por primera vez	3	10.7
He tenido llamada de atención humillante por algún profesor	2	7.1
He sido víctima de maltrato físico por algún profesor	1	3.6
He sido víctima de maltrato verbal por algún profesor	2	7.1
No tengo orientación vocacional definida	4	14.3
No me gusta estudiar	3	10.7

Fuente: Encuesta

Tabla No. 5. Distribución de la población según factores de riesgo personales.

FACTORES DE RIESGO PERSONALES	No.	%
Tristeza	23	82.1
Aburrimiento	21	75.0
Pérdida de los intereses y placer en algunas actividades.	2	7.1
Me cuesta trabajo dormirme.	10	35.7
Duermo en exceso	6	21.4
Me siento intranquilo o agitado	9	32.1
Últimamente me muestro rebelde sin causa aparente	1	3.6
No me concentro bien.	7	25.0
Últimamente me encuentro de mal humor	6	21.4
Me canso con facilidad.	8	28.6
Tengo preocupaciones por la música, juegos, libros relacionados con el tema de la muerte	2	7.1
Tengo deseos de morirme	6	21.4
Me siento enfermo sin tener enfermedad alguna.	3	10.7
No tengo apetito	6	21.4
Como exageradamente.	3	10.7
Lloro sin motivos.	10	35.7
La soledad me agrada.	6	21.4
He sido víctima de violación.	2	7.1
Tengo amistades que han intentado contra su vida.	12	42.9
Tengo amistades con adolescentes que no estudian.	4	14.3
Tengo dificultad en las relaciones con mis padres	9	32.1
He tenido llamadas de atención humillantes por mis padres.	5	17.9
He padecido de algún trastorno de salud mental.	3	10.7
He tenido tratamiento psiquiátrico anteriormente.	3	10.7

Fuente: Encuesta