Tentativa de suicidio en adolescentes residentes en Bartolomé Masó durante el período 2013-2014

Suicide Tentative on Adolescents from the Location Bartolomé Masó during the Period 2013 -2014

Lic. Aleida Santamarina Fernández,[I] Lic. Marcia Santamarina Fernández ,[II]Lic. Luis Ángel Yero Suárez,[II] Lic. Xiomara Suárez Periche ,[II] Lic. Odalis Quintero Ríos ,[II]Lic. Wilfredo Joel Pupo Báez[III]

I I Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Granma Celia Sánchez Manduley. Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba.
II Licenciado (a) en Enfermería. Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba.
III Licenciado en Psicología. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas de Granma Celia Sánchez Manduley. Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción. La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales.
Objetivo: Caracterizar los adolescentes con intento suicida que estuvieran notificados en la tarjeta de enfermedades de declaración obligatoria, en el período comprendido desde el bienio 2013-2014.
Métodos: Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo. El universo lo constituyó los 25 adolescentes con intento de suicidio que residían en el área de salud del Policlínico Docente del municipio de Bartolomé Masó en Granma. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, ocupación, localidad, método empleado, motivo de la tentativa de suicidio. Los datos se obtuvieron, a través del registro de suicidios en la tarjeta de enfermedades de declaración obligatoria, del Departamento de Salud Mental y encuesta realizada que recoge los datos generales del paciente, la dirección particular, la fecha de ocurrido el hecho y el método empleado.
Resultados: El mayor número de intentos suicidas fue en las edades comprendidas entre 15 y 19 años, con predominio del sexo femenino y la procedencia fue mayormente urbana del Consejo popular de Zarzal, como ocupación predominó los estudiantes con 84 %, como método empleado para realizar el Intento Suicida la ingestión de medicamentos y el número de intento de suicidio se incrementó en 41.7% en el 2014.
Conclusiones: En los intentos suicidas estudiados existe prevalencia en las edades 15 y 19 años, en el sexo femenino utilizaron ingestión de psicofármacos. Se incrementó en el 2014.
Palabras Clave: Intento Suicida, adolescencia, métodos.

ABSTRACT

Introduction: Adolescent is defined as a main stage of the important cycle between childhood and adulthood, which starts with the puberty changes characterized by deep biologic, psychological and social changes.
Objectives: To characterize the adolescents with suicide tentative notified in EDO card during the period 2013- 2014.
Methods: A retrospective and descriptive study was carried out. The sample was formed by 25 adolescents with suicide tentative from the health area of Policlinic of Bartolome Masó municipality, Granma. The studied variables were : age, sex, occupation, living place employed

method for suicide and the motives for it. Data were obtained through the register of suicides from the obliged disease declaration (EDO) from the Mental Health Department and through a questionnaire about the general information of the patient, address, date of the suicide tentative and method employed for it.
Results: The major number of suicide tentative was from the 15 to 19 years old, with a predominance of the females and their origin was particularly urban from Zarzal locality .Students predominated (84%). The method used for the suicide tentative was the ingestion of pharmacs, meanwhile the number of suicide tentative increased to 41.7% in 2014.
Conclusions: On the suicide tentative there is prevalence on the ages from 15 to 19 years old. In the feminine sex was used the ingestion of pharmacs and there is an increased in 2014.
Keywords: Suicide Tentative, Adolescence, Methods

INTRODUCCIÓN

La **adolescencia** es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.
De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud**, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.[1,2]
El suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupando un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos, sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes de vehículos de motor. Y lo peor es que la tendencia es a incrementarse según los estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada día, al menos 1 000 personas se suicidan y 10 000 lo intentan; de hecho, esta forma extrema de autoagresión se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en la mayoría de los países y entre las 5 primeras en las naciones desarrolladas de Europa y América del Norte. Durante la última década ocupó el tercer o cuarto lugar como origen de defunción en las personas de 15-49 años de edad.
Según las estimaciones, para el 2020 las víctimas en todo el mundo podrían ascender a 1,5 millones. Anualmente el número de suicidios en Estados Unidos es alrededor de 22 000, aunque algunos estiman que la cifra real es el doble. Por su parte, Cuba y los demás países caribeños y latinoamericanos conforman algunos de los territorios que poseen menos de 20 000 suicidios por año.[3]
El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.
En Cuba la incidencia del suicidio en adolescentes ha ido descendiendo, y se notan cambios sustanciales en los reportes de las principales causas de muerte entre los 10 y 19 años de edad entre 1970 y 2008, y de 126 defunciones se descendió a 35 en ese último año.4 A pesar de esta reducción, continúa siendo un problema de salud, y ocupa en la actualidad la cuarta causa de muerte en las edades de 10-19 años, por lo que nuestro país incrementa sus esfuerzos para trabajar en la reducción de este indicador en una población tan vulnerable y expuesta como es la adolescente.
La provincia Granma en 1996 tuvo una tasa de suicidio de 16.1 x 100 000 habitantes, la cual se incrementa en 1997 a 17.2 x 100 000 habitantes y ocupó la 5ta causa de muerte detrás de las enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares y accidentes. En el municipio de Bayamo se reportó una tasa de 17.3 x 100 000 habitantes en 1996 la cual descendió a 12.5 x 100 000 habitantes en 1997. En cuanto al intento suicida las tasas x 100 000 habitantes fueron de 149.9 en 1996, incrementándose a 158 en 1997. Esta tendencia al aumento de las tasas se ha hecho evidente en los últimos 5 años, siendo más llamativo en el grupo menor de 15 años de edad.

En el municipio de Bartolomé Masó de la provincia de Granma el intento de suicidio en adolescentes se incrementó en 41.7 % en el 2014. Continúa siendo un problema de salud, por lo que nuestra área de salud incrementa sus esfuerzos para trabajar en la reducción de este importante problema de salud en esta población vulnerable y expuesta, lo cual motivó la realización de este trabajo con el objetivo de caracterizar todos los adolescentes con intento suicida que estuvieran notificados en la tarjeta EDO, para lograr un mayor conocimiento sobre este problema de salud y así enfrentarlo adecuadamente.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo de los 25 adolescentes con el diagnóstico de intento suicida, pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente Bartolomé Masó, en el municipio del mismo nombre de Granma en el período comprendido desde 2013 hasta el 2014 que se atendieron en la consulta de salud mental y se excluye aquellos atendidos fuera del municipio. Las variables estudiadas: La edad se tomó según años cumplidos: 10-14 años y 15-19 años; y el sexo, según género: masculino y femenino, ocupación, localidad (rural y urbana), métodos violentos o duros: utilización de armas de fuego, armas blancas, ahorcamiento, precipitación, quemaduras, sección de vasos sanguíneos. Métodos pasivos o suaves: ingestión de psicofármacos, de sustancias tóxicas, u otros medicamentos, motivo de la tentativa de suicidio. La información se obtuvo del Departamento de Salud Mental de la mencionada área, a través del registro de suicidios en la tarjeta de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), y Guía para la discusión del intento de suicidio **(Anexo 1)**realizada que recoge los datos generales del paciente, la dirección particular, la fecha de ocurrido el hecho y el método empleado. La información recogida de los instrumentos, se mantendrá bajo el uso estricto y confiabilidad de los autores del trabajo.

Para el análisis de los datos se utilizaron frecuencias absolutas y relativas y se emplearon, para su presentación y comprensión, tablas y gráficos estadísticos.

RESULTADOS

Se analiza el comportamiento de la tentativa de suicidio según edad y sexo (tabla 1), constatamos en el 2013 que los intento de suicidio en adolescentes representó el 37.5% de los 40 casos, en el 2014 de 24 casos fue de 41.7 % observándose incremento de la conducta suicida en la adolescencia, predominó el sexo femenino en la etapa de la adolescencia tardía (15-19 años), lo que representó 80%.

Tabla 1. Distribución de la muestra según etapa de la adolescencia, año y sexo

	2013						2014						Bienio	
Etapa de la Adolescencia	M	%	F	%	Total	%	M	%	F	%	Total	%	No	%
Temprana	1	33.3	2	66.7	3	20	-	-	2	20	2	20	5	20
Tardía	-	-	12	100	12	80	1	10	7	70	8	80	20	80
Total	1	6.7	14	93.3	15	100	1	10	9	90	10	100	25	100

En relación al comportamiento de la tentativa de suicidio según la localidad de procedencia (tabla 2), en los 2 años de estudio predominaron los pacientes del área urbana del Consejo popular de Zarzal, con 6 de ellos, para 24 %, seguido por el Consejo Popular del Plan Turquino de Providencia con el 20 %.

Tabla 2. Distribución de intentos suicidas según Consejos Populares

Consejos populares	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Zarzal	6	26.0			6	24
Masó	4	17.3			4	16
Canabacoa			1	50	1	4
El Podrío	1	4.4			1	4
Providencia	5	21.7			5	20
Río Yara	1	4.4	1	50	2	8
Caney	3	13.1			3	12
Sao Grande	1	4.4			1	4
Las Mercedes	2	8.6			2	8
Total	23	92	2	8	25	100

Nota: CP Corojo, Frío de Nagua y San Lorenzo no presentaron intentos suicidas

Respecto a la tentativa de suicidio según la ocupación (tabla 3), en el Bienio 2013-2014 fue más frecuente en los estudiantes, con 84 %, seguido de las ama de casa, con 8,6 %.

Tabla 3. Distribución de intentos suicidas según ocupación

Ocupación	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ama de casa	-	-	2	8.6	2	8
Estudiante	1	12.5	20	86.9	21	84
Militar	1	12.5			1	4
Desocupado			1	4.4	1	4
Total	2	8	23	92	25	100

Fue más frecuente la ingestión de medicamentos como método para efectuar la tentativa suicidio (tabla 4), con preponderancia en el sexo femenino (95,8 %), aunque no es frecuente una paciente femenina utilizó la cortadura de vena con arma blanca.

Tabla 4. Distribución de intentos suicidas según métodos utilizados

Métodos	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Métodos duros						
Heridas por armas blancas o de fuego	1	4.2			1	4
Métodos suaves						
Ingestión de Medicamentos	23	95.8	1	100	24	96
Total	24	100	1	100	25	100

Los conflictos de pareja fue el principal motivo de la tentativa suicida con un 39.2%, seguido con 30.4% los conflicto con la madre y el padre.

Tabla 5. Distribución de intentos suicidas según móvil del intento suicida

Motivo del Intento Suicida	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conflicto de Pareja			9	39.2	9	36
Conflicto Interpersonal Escuela	1	50			1	4
Conflicto Madre y Padre			7	30.4	7	28
No Sabe	1	50			1	4
Conflicto Familiar			5	21.7	5	20
Depresión			1	4.4	1	4
Alcoholismo			1	4.4	1	4
Total	2	8	23	92	25	100

DISCUSIÓN

En la mujer existe una gran tasa de suicidios durante la adolescencia, que luego desciende de forma marcada en las demás etapas de la vida. Igualmente se plantea que la menor edad registrada es la de 13 años. [5]Coincidiendo que en nuestro estudio hubo adolescente de esta misma edad en el 2013.

Cabe señalar que los adolescentes experimentan, mientras crecen, fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr el éxito, inquietudes financieras y otros miedos. En algunos, el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, los conflictos de pareja o las mudanzas a otras comunidades, pueden perturbarlos e intensificar las dudas acerca de sí mismos. En ciertos casos el suicidio aparenta ser una "solución".

Los intentos suicidas se han incrementado considerablemente en los adolescentes y jóvenes en las últimas décadas según reflejan los diversos estudios, en el cual se expone que toda llamada de atención sobre la posibilidad de ver la autolesión como solución a un problema debe ser

tomada en serio, no restársele importancia y remitirse a evaluación especializada, esta debe ser integral y tener en cuenta al adolescente en su contexto familiar, escolar y social.[5]

Respecto a la localidad de procedencia de los integrantes de la serie, la tentativa de suicidio fue más frecuente en las áreas urbanas que en las rurales. El intento de suicidio es más frecuente en el área urbana que en la rural según el criterio de Reina Betancourt C,6 lo que denota que se debe trabajar fuertemente con los factores que pudieran estar facilitando el suicidio en el Consejo Popular de Zarzal.

Al analizar la ocupación de los pacientes, la tendencia al suicidio resultó mayor en los estudiantes ya que se deben encontrar en la etapa escolar para su formación como futuros profesionales, El método de suicidio está influenciado por factores socioculturales, pues las costumbres de un país o la comunidad van a estar siempre presentes en todo el accionar del individuo. Además estará determinado por la planificación del acto de algunos suicidas, que han elegido de antemano la forma de su muerte, lo que no ocurre cuando se trata de un suicidio en corto circuito, donde el sujeto utiliza lo primero que tenga a su alcance. El sexo también influye en la selección del método, pues las mujeres utilizan los más suaves, como la ingestión de tabletas o la incisión en las venas del antebrazo; mientras que los hombres emplean procedimientos más duros como el ahorcamiento, las quemaduras, la precipitación ante vehículos o el disparo con armas de fuego. Ello no excluye que en ocasiones un método determinado pueda ser utilizado por cualquiera de los sexos.[7,8]

Según lo expuesto en la bibliografía sobre el tema, [9,11] los procedimientos más empleados para el suicidio son los que están disponibles para el sujeto, aunque se ha descrito una mayor frecuencia de las armas de fuego, el ahorcamiento, los psicofármacos y los venenos agrícolas.

Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico o psicológico. La violencia contra los niños y las niñas en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpecen el desarrollo espiritual de la personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos en ella que predisponen a la realización de actos suicidas, entre los que se destacan la propia violencia, la impulsividad, baja autoestima, las dificultades en las relaciones con personas significativas, la desconfianza, por sólo citar algunos.

Otras veces las relaciones están caracterizadas por la sobreprotección, la permisividad y la falta de autoridad, todo lo cual conspira contra el buen desarrollo de la personalidad de los niños y las niñas, quienes se tornan caprichosos, demandantes, poco tolerantes a las frustraciones, manipuladores y egocéntricos, pretendiendo que todos los seres humanos los traten de la misma manera indulgente que lo hacen los familiares, lo que provoca diversos problemas de adaptación desde la más temprana infancia, los que se recrudecen en la adolescencia, cuando la socialización ocupa un lugar preponderante en la conformación definitiva de la personalidad.

La actitud de la familia ante el intento de suicidio infantil constituye un dato de suma importancia y cuando sea posible hay que evaluar la capacidad que tienen los padres y las madres para comprender y modificar los factores que han predispuesto o precipitado el intento de suicidio. Es necesario que la familia comprenda que la conducta suicida siempre indica una adaptación inadecuada y requiere tratamientos psicológicos, psiquiátricos o ambos, según sea la gravedad del caso y nunca limitarlo a la resolución de la crisis suicida. Los conflictos familiares y los sentimientos de desesperanza referidos en nuestro estudio fueron igualmente encontrados por Paula en su estudio sobre factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes. [12]

De manera general, se puede dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres momentos.[14]

1- Infancia problemática, caracterizada por un elevado número de eventos vitales negativos, tales como abandono paterno, hogar roto, muerte de seres queridos por conducta suicida, alcoholismo paterno, depresión materna, dificultades socioeconómicas, abuso sexual, maltrato físico o psicológico, etc.

2- Recrudecimiento de los problemas previos con la incorporación de los propios de la edad, como son las preocupaciones sexuales, los cambios somáticos, los nuevos retos en las relaciones sociales, la independencia, la vocación, etc.

3- Etapa previa al acto de suicidio que se caracteriza por la ruptura de una relación valiosa o un

cambio inesperado de su rutina cotidiana, a la cual le es imposible adaptarse de una manera creativa, apareciendo los mecanismos autodestructivos.

Cuando el suicidio de un adolescente ocurre en la escuela se deben tomar las siguientes medidas:

1- Evitar las explicaciones simplistas del hecho ocurrido
2- Evitar que el suicidio sea presentado como un acto heroico, romántico, fascinante, o como una salida probable ante determinadas situaciones.
3- Identificar los problemas de la salud mental de la víctima y correlacionarlos con la conducta suicida, especialmente si era portador de una enfermedad reconocible.
4- Brindar ejemplos de otros estudiantes, que en similares situaciones, en peores condiciones y con motivos parecidos, buscaron otras soluciones no destructivas para adaptarse.
5- Lograr que los estudiantes identifiquen otras salidas ante los problemas que conllevaron el suicidio del compañero.
6- Lograr que identifiquen aquellos factores protectores que hubieran podido evitar el suicidio del compañero.

Los maestros y profesores, con un mínimo de entrenamiento en la prevención del suicidio, pueden prestar una valiosa ayuda en la disminución de esta causa de muerte entre sus estudiantes, principalmente erradicando en ellos y en los padres y madres de los estudiantes, los criterios erróneos relacionados con el comportamiento suicida:

Sobre la base de las consideraciones anteriores, es importante que la sumatoria de los factores de riesgo no sea un índice de una inminente ocurrencia de intento suicida, porque esta decisión depende del prisma propio del sujeto y su capacidad de afrontamiento ante determinados sucesos o situaciones. Se hace necesario garantizar el seguimiento y la rehabilitación del paciente que ha realizado un intento de suicidio, además es obligatoria su remisión al psicólogo del grupo básico de trabajo. Igualmente, es importante la capacitación teórica y práctica del personal médico y de enfermería, así como de los trabajadores sociales, respecto al suicidio y a la tentativa de suicidio que incluya acciones de promoción de salud dirigidas a fomentar actitudes y estilos de vida saludables, ajenos a la conducta suicida, así como a prevenir tal acto, y asistir y rehabilitar a los afectados, con la participación activa de todos los sectores de la comunidad y la optimización de la atención a los pacientes con conducta suicida, de manera que se logre incorporarlos rápidamente a una vida socialmente útil, mediante el vínculo sistemático de las instituciones hospitalarias con el personal de salud de la comunidad y la escuela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montesino Valdés C. Comportamiento de la conducta suicida en el Municipio Pinareño de San Luís. Rev. Cubana de Enfermería. [Internet]. 2004 [citado 12 diciembre 2008]; 20 (2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. González Arias S, O'Farrill Fernández MA. Conducta suicida. Enfoque sistémico. Rev Cubana Psicol. [Internet]. 2003 [citado 3 octubre 2008]; 20 (2): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/ressisi/0001200041805_065.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001-Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
4. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2008. [Monografía en Internet]; La Habana: [Citada 23 de diciembre de 2011]. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/dne/

5. Shneidmam E. Tratado de Psiquiatría. Suicidio. En Freedman A. La Habana. 1984; 3:1954 (En Edición Revolucionaria).
6. Castillo Ledo I. Caracterización del intento suicidio en el municipio Roda. Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente [serie en internet]. 2007 [citado 22 de Agosto de 2007];(8):125-42. Disponible en: http://www.paidopsiquiatria.com/numero8/art9.pdf
7. Hernández Aguilar I, Barreto García M. Conducta suicida. Rev. Ciencias Médicas La Habana. 2006 [citado 14 Feb 2013]; 12(2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12_2_06/hab12206.htm
8. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [citado 14 Feb 2013]; 27(1). Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_27_1_11/mgi04111.htm
9. Ybarra RP. Más de la mitad de los suicidas habían avisado de sus intenciones. El País 2009 2 Nov; Secc Sociedad [citado 22 Sep 2011]. Disponible en:http://sociedad.elpais.com/sociedad /2009/11/02/ actualidad/1257116407_850215.html
10. Tuesca Molina R, Navarro Lechuga E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.). 2003; 17: 19-28.
11. Alvero Francés F. Cervantes. Diccionario manual de la lengua española. 3 ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1976.
12. Paula Pavez, Natalia Santander, Jorge Carranza, Pablo Vera-Villarroel. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Rev. méd. Chile 2009;137(2):.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de prácticas clínicas para la atención integral al adolescente. 2 ed. La Habana: MINSAP; 2002.
14. Pérez Barrero SA. La adolescencia y el comportamiento suicida. Bayamo: Ediciones Bayamo; 2002.
15. Hernández Aguilar I, Barreto García M. Conducta suicida. Rev Ciencias Médicas La Habana. 2006 [citado 14 Feb 2013]; 12(2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12_2_06/hab12206.htm

ANEXO 1
Guía para la discusión del intento de suicidio
I.-Generales del sujeto
Fecha de ocurrido el intento de suicidio: D___M__A____
Fecha de aplicada la encuesta D___M__A____

- Sexo M___ F____
- Edad____
- Había intentado el suicidio con anterioridad Si___ No____ Método utilizado_____
- Método empleado para intentar el suicidio actualmente_____
- ¿Dónde realizó el intento de suicidio En la casa____ En la escuela___ En otra parte___
- Se encontraba solo ___ Había otras personas con el sujeto___
- El intento de suicidio ocurrió en la madrugada___ en la mañana___ al mediodía___ en la tarde____ en la noche___
- Cuando fue la última vez que lo vio un médico: Hace una semana___ Hace más de una semana pero menos de un mes_____ Hace más de un mes pero menos de tres meses. Hace más de tres meses pero menos de seis meses. Entre seis meses y un año. Hace más de un año____

II.- Cadena preventiva

1. Fue visto por el médico de familia? No__ Si__
2. ¿Fue evaluado el riesgo de suicidio? No__ Si __
3. ¿Fue incluido en alguno de los grupos de riesgo? No__Si__
    - Deprimido
    - Intento suicida

- Ideación suicida
- Sobreviviente
- Sujeto vulnerable en crisis

4.- Tenía antecedente de intento de suicidio? No__ No se explora__ Si__

- Había tenido 24 horas de observación hospitalaria? No __ Si__
- Tenía seguimiento por Psiquiatría? No__ Si__

5.- Fue aplicada la Guía Práctica para la evaluación del riesgo de suicidio? No__ Si__

6.- Fue remitido por el médico de familia a:

- Psicólogo del área de salud

- Psiquiatra del área de salud
- Guardia de psiquiatría

VII.- Fue visto por el psicólogo No__ Si__

- Fue evaluado el riesgo de suicidio No __Si__
- Fue remitido al psiquiatra del área o a la guardia de Psiquiatría? No __Si__

VIII.- Fue visto por el psiquiatra No __Si__

- Fue evaluado el riesgo de suicidio No __Si__
- Fue remitido a la guardia de psiquiatría?. No__ Si__

IX.-Fue visto por la guardia de psiquiatría? No __Si__

- Fue hospitalizado? No __Si__

III.- Conclusiones

- Falló la cadena preventiva? No__ Si__
- En la atención primaria de salud? No__ Si__
- En los servicios de salud mental? No__ Si__
- En el hospital psiquiátrico? No__ Si__

Recibido: 13 de mayo de 2015
Aceptado: 29 de julio de 2015

*Aleida Santamarina Fernández***.** Universidad de Ciencias Médicas de Granma Celia Sánchez Manduley, Cuba. Correo electrónico: geminis1973@grannet.grm.sld.cu