



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS
Hospital Universitario General Dr. Gustavo Aldereguía Lima
Provincia Cienfuegos. Cuba.



**Fallecimientos por suicidio.
Análisis y caracterización en el
Municipio Cienfuegos. Cuba**

Autores

**Dra. Esther Yarinely Hernández Dieguez
Dr. Carlos Rafael Quesada Batista
MSc. Lic. José Luis Montes de Oca Montano**

Provincia Cienfuegos. Cuba. Año 2017

Copy right: COLECTIVO DE AUTORES / EDITORIAL MÉDICA JIMS, S. L.
Reservados todos los derechos.
Queda hecho el depósito que marca la Ley.

ISBN: 978-84-95062-79-6
Depósito legal: B-8069-2017

Queda prohibida, salvo excepciones previstas en la Ley,
toda forma de reproducción, distribución, comunicación pública
y transformación de esta obra sin la autorización
de los titulares de la propiedad intelectual.
La infracción de los derechos mencionados puede ser
constitutiva de delito contra la propiedad intelectual.

COLECTIVO DE AUTORES

Dra. Esther Yarinely Hernández Dieguez

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor instructor. Profesional de la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología. Municipio Abreus. Provincia Cienfuegos. Cuba.

Dr. Carlos Rafael Quesada Batista

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Profesional del Hospital Psiquiátrico de Cienfuegos. Cuba.

MSc. Lic. José Luis Montes de Oca Montano

Tecnólogo de la Salud. Perfil: Gestión de Información en Salud. Master en Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos y Miembro de la Unión de Informáticos de Cuba (UIC).

EDITORIAL MÉDICA JIMS, S. L.

DEDICATORIA

Dedicamos esta investigación:

A nuestras familias, por su eterno e incondicional apoyo para poder alcanzar cada uno de los propósitos trazados en aras de nuestra superación profesional.

A las Instituciones Cienfuegueras de la Salud, que permitieron y colaboraron en la realización de esta investigación.

A todas las personas quienes de una manera u otra colaboraron para hacer realidad este proyecto, reciban nuestro infinito agradecimiento.

PRÓLOGO

El suicidio es un problema grave de Salud Pública definido como todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la misma víctima, sabiendo ella que debía producir este resultado.

La presente investigación dirige sus esfuerzos a caracterizar los fallecidos por suicidio en el municipio Cienfuegos, durante el año 2014. A tal efecto se diseñó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en el cual fueron revisadas las historias clínicas individuales de los fallecidos por suicidio en los consultorios médicos a los que pertenecían, y se aplicó una entrevista para recoger información relacionada con las variables estudiadas. El procesamiento de la información se realizó con el programa estadístico SPSS versión 15,0. Los resultados se presentan en diversas tablas y gráficos en los que se reflejan las frecuencias absolutas y porcentuales inherentes a las diversas manifestaciones del fenómeno en cuestión.

Como principales resultados de la investigación, debe referirse el predominio de los casos entre 25 y 49 años, del sexo masculino, blancos, de bajo nivel de escolaridad y sin vínculo laboral, divorciados, con antecedentes de ideas y señales suicidas, siendo el método más utilizado el ahorcamiento, sin tratamiento médico, y el principal factor de riesgo lo constituyó el consumo de alcohol.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: Marco Teórico - Conceptual y Objetivos de la Investigación	11
El suicidio	11
Antecedentes históricos	11
Aspectos psicológicos del suicidio	14
Factores de incidencia biográfica	14
Factores predisponentes	14
Epidemiología del suicidio	15
¿Cómo se suicidan las personas?	17
Las personas que cometen suicidio tienen las siguientes características	19
Factores protectores del suicidio	20
CAPÍTULO II: Diseño Metodológico	21
Clasificación del estudio	21
Población identificada	21
Información relacionada con las variables	21
Operacionalización de las variables	22
Consideraciones éticas	25
Técnicas y procedimientos	25
Procedimiento estadístico	26
CAPÍTULO III: Análisis y discusión de los resultados	27
Conclusiones	42
Recomendaciones	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	48
ANEXO 2. ENCUESTA A FAMILIARES DEL PACIENTE FALLECIDO POR SUICIDIO	49

INTRODUCCIÓN

El suicidio es causa frecuente de defunción a nivel mundial, por lo que a pesar de su carácter individual, está considerado como un grave problema de salud en casi todos los países. Se conoce desde la misma existencia del hombre, con marcada connotación en las civilizaciones más antiguas durante la Edad Media y disminución de su incidencia posteriormente. Luego, en el siglo XVIII reapareció de forma impetuosa, descrito por el abate Desfontaines, que fue el primero que empleó el término suicidio que se ha mantenido hasta la actualidad⁽¹⁾.

En Japón, la conducta autoquímica se rodeaba de un gran ceremonial entre las clases nobles. En ocasiones, el Hara - Kiri no se practicaba por decisión del suicida, sino que era impuesto por el Mikado a sus súbditos, quienes le obedecían ciegamente. Por otra parte, la religión ha llevado al suicidio a muchas personas a causa del temor a un castigo supremo, tal como ha sucedido cuando se ha pronosticado el «Día del Juicio Final», y en el caso del suicidio colectivo de 400 personas en la secta religiosa «Templo del Pueblo» en noviembre de 1979. Con los albores del siglo XX se elaboraron las primeras teorías que intentan explicar la conducta suicida. Durkheim, máximo representante de la corriente sociológica, toma en consideración sólo las influencias de factores socioculturales, y Freud y Menninger, entre otros, invocan diferentes mecanismos inherentes al psiquismo, ignorando otros puntos de vista⁽²⁾.

Existen falsas creencias acerca del suicidio, como la que plantea que todos los suicidas son enfermos mentales. Si bien, aproximadamente, el 10 % de los pacientes con esquizofrenia materializan el acto suicida y la inmensa mayoría de los suicidios consumados (más del 90 %), se da en personas que presentan trastornos psiquiátricos en el momento de su muerte, fundamentalmente de carácter afectivo o alcoholismo, y un pequeño porcentaje de suicidios se da en personas que han sufrido la pérdida de un ser querido, un desastre económico o la pérdida del estatus social.

Existe también una alta incidencia de suicidios en pacientes no psiquiátricos con enfermedades terminales. La persona en el momento de cometer el acto suicida, generalmente está alterada, atormentada y ambivalente. Este último es uno de los principales rasgos del suicidio; consiste en la presencia simultánea de fuertes sentimientos de vida y muerte, de odio y amor, hacia personas queridas en su contexto de relaciones sociofamiliares.

Con mucha frecuencia, el acto suicida es la acción de una persona confundida que se siente desesperada y a la que le falla el apoyo social. Cualquier persona que esté desesperanzada, desesperada, desilusionada y le fallen sus mecanismos de autorregulación, puede quitarse la vida⁽³⁾.

La tesis más plausible a la luz de los conocimientos actuales parece ser la que interpreta la conducta suicida «como expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del individuo a

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva actual o permanente, que genera un estado de tensión emocional, o como consecuencia de un desequilibrio de su psicología interna atribuible a diversas causas», concepto que afronta una valoración integral y dialéctica de los factores que intervienen en el hecho⁽⁴⁾.

Las motivaciones que llevan al hombre a adoptar una conducta suicida varían, siendo numerosos los ejemplos de personalidades célebres cuyos motivos de autodestrucción se conocieron, desde Demócrito, que se dejó morir de hambre al constatar la merma de sus capacidades intelectuales, y Catón que consideró indigno vivir en Roma bajo la dictadura del César, hasta el célebre escritor Ernest Hemingway que puso fin a su vida al conocer que tenía cáncer. Los intentos suicidas tienen muchos significados y sea cual sea su grado de letalidad debe prestársele especial atención, son la muestra viva para conocer las características y causas de que las personas adopten la autodestrucción^(4,5).

El suicidio es una de las causas más frecuentes de defunciones a nivel mundial. Con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud y la OMS, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) lleva años sumando esfuerzos para que el mundo adquiera conciencia en un esfuerzo colectivo para evitar que las bases de datos de más muertes por suicidio continúen llenando estadísticas. Es por este motivo que el 10 de septiembre está reservado como un día especial con carácter internacional para la prevención del suicidio⁽⁵⁾.

Equivalencias para la reflexión

Las estimaciones mundiales de causas de muerte, pronostican que el suicidio ascenderá en el 2020, a la décima causa de muerte en el mundo. Un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, pronosticó en 1983 un aumento de la depresión y el suicidio en diferentes culturas, debido al gran consumo de alcohol, drogas y a la variedad de fármacos; pero también motivado por las crisis de muchos sistemas de valores e ideas que han aumentado la desesperanza social, el derrumbe de los tradicionales mecanismos protectores de los grupos sociales que dejan a muchas personas expuestas a los efectos del desarraigo, la desintegración familiar y el aislamiento social, los rápidos cambios en el medio físico y social que originan en las personas estrés psicosocial agudo o prolongado, y el aumento de la expectativa de vida en la mayoría de los países⁽⁶⁾.

Las naciones desarrolladas presentan altas tasas de mortalidad por suicidio. Corea del Sur y Japón presentan las tasas más altas del mundo, con 24,8 y 27,0 de cada 100.000 personas, respectivamente; seguidos por Bélgica (21,3), Finlandia (20,3) y los Estados Unidos (11,1) donde el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes, además se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con las lesiones autoinfligidas suman miles de millones de dólares estadounidenses al año⁽⁷⁾.

En Estados Unidos donde el suicidio es, numéricamente, un problema mayor (más de 25.000 casos por año), la situación ha llevado a plantear múltiples investigaciones que tienden a esclarecer las razones del comportamiento violento auto-infligido y sus relaciones con la violencia dirigida hacia otros. Ejemplo de ello es que se ha abordado el estudio de la influencia de los medios de comunicación en el comportamiento violento y por otro lado se hacen estudios de alteraciones bioquímicas que explicarían el comportamiento suicida⁽⁸⁾.

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

En China, Suecia, Australia y Nueva Zelanda constituye la principal causa de mortalidad entre los adultos jóvenes⁽⁵⁵⁾, siendo de 100 a 200 intentos suicidas por cada suicidio consumado entre los adolescentes^(54, 58). La tasa de suicidio es mayor en Norteamérica con respecto a los países europeos⁽²⁵⁾. Por ejemplo, en España, según los últimos datos oficiales, hay 4,5 suicidios por cada 100.000 habitantes, aumentando la incidencia con la edad. En lo particular, un estudio comparativo entre Ciudad de México (México) y Los Ángeles (EUA) ilustró que la tasa de suicidio es mayor en la segunda ciudad⁽⁹⁾.

En América Latina se destaca en primer lugar, Cuba, con una alta tasa de suicidio, en segundo lugar Brasil, y Colombia en tercer lugar. En Colombia el suicidio no alcanza tasas superiores a 5 por cada 100 000 habitantes, encontrándose entre los países con tasas bajas⁽⁷⁾. En el año 2009 se presentó una tasa de 4,1 por 100.000 habitantes; y discriminando por grupos poblacionales, se encontró que las tasas más altas se presentaron en adultos jóvenes, donde los hombres entre 25 y 29 años se ubicaron en 12 por 100.000 y las mujeres entre 18 y 24 años en 4 por 100.000⁽¹⁰⁾.

En Cuba en los años 1960, la tasa de mortalidad por suicidio fue de 15,4 por 100.000 habitantes y en la década de los 70 comenzó a ascender hasta 19 por 100.000⁽⁵⁾. A partir de 1980 la tasa bruta se mantiene por encima de 20 por 100.000 habitantes hasta 1982, en que se produce la tasa más alta de los últimos 30 años con 23,2 por 100.000, siendo esta cifra el 4 % de las defunciones ocurridas ese año. Se realizó entonces una investigación de carácter nacional y como resultado de la misma se puso en marcha el Programa Nacional de Prevención a la Conducta Suicida, que se revisa en 1995⁽¹¹⁾.

El Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida en nuestro país tiene como objetivos:

- Reducir la morbilidad por intento suicida.
- Reducir los indicadores de mortalidad por suicidio consumado.
- Desarrollar acciones de promoción de salud para fomentar actitudes y estilos de vida saludables, ajenos a la conducta suicida.
- Detectar grupos de riesgos en la población.
- Optimizar la atención a toda persona que haya tenido una conducta suicida.
- Reducir tasas de mortalidad por suicidio en la población de menos de 20 y más de 60 años.
- Establecer un sistema de vigilancia en salud.
- Capacitar al personal de salud y salud mental, y a la comunidad en temas de salud mental.
- Realizar investigaciones cualicuantitativas para tipificar la conducta suicida.

En Cuba el suicidio se ha convertido en un daño importante para la salud, las lesiones autoinfligidas intencionalmente se encuentran entre las 10 primeras causas de muerte, desplazando a la cirrosis hepática, y ocupando la novena causa de muertes de todas las edades en el 2013 y 2014 con 1.490 y 1.430 defunciones, respectivamente, las cuales representan una tasa de 13,4 y 12,8 por 100 000 habitantes⁽¹¹⁾.

La distribución de la conducta suicida en Cienfuegos coincide con la observada en el país. En el año 2010 se registraron 426 intentos y de ellos murieron 42 por esta causa. Siendo su distribución en años posteriores muy similar, aunque con tendencia a su aumento, registrándose

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

605 intentos en el 2011, con 40 suicidios para una tasa de 9,9, y en el 2012 en la provincia ocurrieron 61 suicidios lo cual representa el 14,7 siendo esta cifra la más elevada en los últimos 6 años y superando la media nacional. En el 2013 ocurrieron 50 para una tasa de 12,5, y en el 2014 se suicidaron 52 personas para una tasa de 13,2 por 100.000 habitantes, a expensas de varios municipios, entre ellos el municipio cabecera, que aumentó su tasa en un 18,8 % con respecto al año anterior y desplazó en la mortalidad a la cirrosis hepática y a las enfermedades de las arterias y las arteriolas⁽¹²⁾, motivando la realización de la presente investigación, y planteando la siguiente interrogante:

Problema de Investigación:
¿Cuáles son las características de los fallecidos por suicidio en el municipio Cienfuegos en el año 2014?

Objetivo General

Caracterizar a los fallecidos por suicidio en el municipio Cienfuegos en el año 2014.

Objetivos Específicos

- 1. Describir las variables sociodemográficas (edad, sexo, color de la piel, estado conyugal, grado de escolaridad, procedencia, ocupación) de los fallecidos por suicidio.**
- 2. Determinar la presencia de señales y características del acto suicida.**
- 3. Identificar si recibió atención previa y los factores de riesgo relacionados con el suicidio.**

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Suicidio

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2008: 103) se define como «la acción de matarse a sí mismo». Durkheim (2004: 14), en su célebre obra *El Suicidio* lo definió como: «todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado». Esta definición implica diferenciarlo de un accidente el cual se considera un hecho inesperado, imprevisto y no intencional.

El suicidio lo consideramos como un fenómeno individual que tiene injerencia social, por esta razón resulta esencial para este estudio y para las ciencias sociales conocer su desarrollo legislativo e histórico en las diferentes sociedades⁽¹³⁾.

Antecedentes históricos

El significado del término suicidio puede dar nombre a varias categorías y puede llegar a ser polisémico debido a que no existe una única nomenclatura aceptada para este concepto. Sin embargo, etimológicamente podemos concluir que la palabra suicidio proviene del latín, de las expresiones latinas *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar), lo que viene a significar «matarse a sí mismo».

Partiendo del estudio que al respecto realizó Carmen Juanatey Dorado, en los Pueblos Primitivos se reconocen fines altruistas en estos tipos de muerte. A modo de ejemplo podemos encontrar:

- Los visigodos permitían la muerte de sus ancianos ya cansados de la vida, precipitándolos desde «la roca de los abuelos».
- En los celtas, el designio eugénico se completaba con el propósito eutanásico, lo que llevaba a que se diera muerte (muerte voluntaria) a los ancianos valetudinarios.
- Los hindús practicaban el suicidio y lo justificaban como un paso para mejorar la condición de su alma.
- En la India los enfermos incurables eran muertos introduciéndoseles barro en su nariz y boca hasta ahogarlos.

Así, Carmen Juanatey concluye que el «tratamiento del suicidio no obedece a una pauta común, si no que más bien depende de las circunstancias concretas (geográficas, económicas, culturales) presentes en cada una de las sociedades estudiadas por la antropología jurídica».

En la antigüedad, en países como Japón, China y gran parte de Europa, el suicidio no sólo era frecuente, sino que en muchos casos era honroso. En la Grecia clásica el suicidio estaba considerado como algo indigno y vergonzoso, y de hecho, en cierta manera, estaba perseguido. En Atenas, los cuerpos de las personas que se habían suicidado no se enterraban en los cementerios porque se consideraban impuros.

Fueron las escuelas filosóficas las que produjeron un cambio social y cultural proponiendo la visión del suicidio como un problema de libertad humana, idea que fue formulada en un primer momento por los estoicos y estuvo muy considerada por los epicúreos y los cínicos. Además varios filósofos como Sócrates, que acabó suicidándose, o Sófocles, comulgaban con la libertad de las personas respecto a poder acabar voluntariamente con sus vidas. Sin embargo, otros pensadores se posicionaban en contra del suicidio, como por ejemplo, Platón y Aristóteles. Platón rechazaba el suicidio, pensaba que las personas que se suicidaban cometían una ofensa grave contra la sociedad, aunque exculpaba ciertos suicidios que estaban relacionados con acontecimientos muy graves. Aristóteles, a su vez, lo rechazaba enérgicamente y de forma determinante, considerando a la persona suicida como una persona muy cobarde que no sabe afrontar las dificultades y las tesituras de la vida.

En el Siglo VI el intento suicida «es considerado como un acto moralmente reprochable, asimilable al homicidio y castigado en consecuencia, con sanciones rigurosas». En los siglos VII y VIII, la Iglesia empezó a castigar severamente a quienes intentaban suicidarse y en el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino atribuyó el suicidio a una inspiración demoníaca y a un pecado contra Dios. Desde el Sínodo de Nímes de 1284, hasta nuestros días el Derecho Canónico prohíbe las exequias religiosas y sepultura en Campo Santo para los muertos por suicidios.

En la época moderna, la Ordenanza Criminal Francesa de 1670 marca también el inicio de una nueva época en la consideración del suicidio que culmina con su total despenalización. Así es como en 1791 por el Decreto Guillotin se permite la entrega del cuerpo a la familia y el derecho a una sepultura honorable.

Así el suicidio desaparece como figura jurídico-penal, pero no –claro está– la participación en el suicidio de otro o el homicidio consentido.

Específicamente, Prusia (1796), Austria (1850) e Italia (1889) continúan con la idea despenalizadora de Francia. En Estados Unidos ocurre algo similar a Europa, a pesar de que los Estados de Rhode Island, Massachusetts y Virginia penalizan el suicidio de diferentes formas. A lo largo de los siglos XVII y XVIII la incriminación a la muerte voluntaria prácticamente había tocado fin.

Hacia 1820, el médico J. P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un «trastorno mental» y en 1838, Esquirol se refirió al acto suicida como una consecuencia de una crisis de tipo afectiva.

Hacia finales del siglo XIX, Morselli (1879) y el sociólogo francés Durkheim (1897) introducen los factores sobre los cuales se basarían los estudios posteriores y las teorías sociológicas sobre el suicidio.

En sus textos, Durkheim define el suicidio como «todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado», y concluye que la forma de prevención más eficaz es la promoción del sentido de pertenencia de los individuos a un grupo o a una comunidad^(13, 14).

En el siglo XX el estudio sobre el suicidio se hace más emergente debido al aumento del índice de suicidio que se produce a nivel mundial. El psicoanálisis, la sociología, el existencialismo y la biología se muestran cada vez más atraídos por este fenómeno y dedican una gran parte de sus esfuerzos a analizar las causas y las consecuencias de la conducta suicida, así como a su prevención. Sin embargo, cabe anotar que otras legislaciones como la de Gran Bretaña tardan hasta el siglo XX, específicamente hasta 1961, para despenalizar el suicidio⁽¹⁴⁾.

Otros importantes autores desarrollaron ideas muy distintas a la anterior y mientras que algunas de estas teorías permanecen vigentes, otras han desaparecido de la comprensión actual del suicidio. Freud introdujo la teoría sobre la presencia innata de una pulsión de agresión y de muerte, una tendencia a la autodestrucción presente en el inconsciente; Ringel (1953) señaló que en el síndrome presuicida la inhibición de la agresividad causa el aislamiento del individuo, y que éste termina descargando la agresión contra sí mismo; y Schneider (1954) indicó, quizá por primera vez, las diferencias entre el suicidio y la tentativa suicida. Algunos años más tarde, Kreitmen (1977) propuso la substitución de la expresión «tendencia suicida» por la palabra «parasuicidio», introduciendo en este concepto el acto deliberado de ingerir drogas en cantidades no prescritas en las fórmulas terapéuticas, pero eliminando igualmente la intencionalidad de morir⁽⁷¹⁾.

En este mismo sentido, Farbelow y Litman (1970) clasificaron la conducta suicida en tres categorías: «Ser» (quienes no quieren morir pero consideran la posibilidad de llamar la atención por medio de una tentativa de suicidio), «No ser» (quienes ya tomaron la decisión de hacerlo y no buscan ayuda) y «Ser o no ser» (quienes no pueden decidir entre morir o vivir y dejan que sea el «destino» o el azar quien decida por ellos).

Según estos autores, la mayor parte de estos individuos guardan la esperanza de ver cambiar su situación, en caso de ser salvados⁽¹⁶⁾.

También debemos mencionar el suicidio como un acto colectivo. Este fenómeno tuvo una importancia en China, donde se dio el primer caso de suicidio colectivo. Los suicidios chinos colectivos (SCC) se celebraban cada 5 años y aunque parezca algo anticuado y degenerativo se siguen practicando hasta el día de hoy. Esta costumbre se arraigó en otros países que se hicieron partícipes de la tradición china. Los médicos de aquella época consideraban el suicidio como una forma de eliminar los males de este mundo.

En la actualidad el índice de suicidios está aumentando alarmantemente. En los últimos 45 años ha aumentado en un 60 %, según los datos de la Organización Mundial de la Salud. En el año 2000 se calculó que alrededor de un millón de personas en todo el mundo habían fallecido por suicidio, siendo además la tercera causa de muerte a nivel mundial entre los 15 y 44 años. En general, el suicidio es una de las principales causas de mortandad en el mundo. Por ejemplo, ya en 1990 murieron por suicidio aproximadamente 818.000 personas de las cuales 189.500 procedían de países desarrollados. Se predijo que en 2020 el suicidio será la décima causa de muerte a nivel mundial teniendo en cuenta todas las edades⁽¹⁷⁾.

Aspectos psicológicos del suicidio

Para Solórzano Niño (1996), y a diferencia de Delmas citado por Solórzano «...piensa que la depresión produce seis veces más suicidios que el resto de la patología mental. Aunque no es la única variable que entraría a jugar allí, pues aunque toda depresión lleva consigo la idea de suicidio, no toda idea de suicidio está determinada por una depresión, agrega el mismo Solórzano (1996); así como no todo suicidio implica una enfermedad mental como afirma Delmas, pues también existen otras variables que tienen que ver con el contexto, las circunstancias y su relación con la historia y personalidad del individuo»⁽¹⁸⁾.

Desde otro punto de vista, Rojas (1984) divide en dos grupos de factores el fenómeno del suicidio.

Factores de incidencia biográfica, entre los que encontramos:

- Error existencial: «sentimiento de fracaso que experimentan las personas adultas, inclusive algunos jóvenes, cuando su carrera profesional ha sido truncada, o no ha sido del todo exitosa».
- Trabajo carente de gratificación: «... estas personas se caracterizan por haber realizado trabajos que no eran de su agrado presionados por las circunstancias, o por factores económicos característicos de esta sociedad utilitarista, o por trabajos vividos como frustrantes».
- Problemas económicos crónicos: «... puede que un hombre viva con bastantes dificultades económicas y no piense en el suicidio, pero un hombre con estas características y además sin un proyecto vital en curso, sin esperanzas ni planes para el futuro se convierte en un posible caso de intento de suicidio...».

Factores predisponentes, en los que se acumulan:

- Factores biológicos: 1. Edad: «...el suicidio ha sido siempre un problema de los años medios y últimos de la vida, aunque hoy existe una enorme incidencia de intentos de suicidio entre adolescentes y ciertos grupos de universitarios....»; 2. Sexo: «En el hombre, la frecuencia estadística es mayor, que en la mujer (se suicidan tres veces más hombres que mujeres)»; y 3. Familia «...a principios del siglo XX Ritti creyó en la existencia de familias suicidas, sin embargo más tarde se afirmó que la herencia y predisposición constitucional están relacionadas con otros factores como las depresiones y el alcoholismo en los casos de suicidas».
- Factores culturales: 1. Cultura técnica: «Con el capitalismo moderno, nace la idea de obtener mayor capital con el menor esfuerzo posible y en el menor tiempo... Llega de esta manera la máquina a reemplazar las labores del hombre cambiando la forma de vida. A eso se suma la angustia y se desencadenan ideas y pensamientos suicidas»; 2. Civilización hedonista: «... el hedonista ha escogido una base sobre la cual apoyarse, la búsqueda del placer a través de todas las situaciones de la vida. Cuando esto ocurre, cuando se presentan situaciones dolorosas o angustiantes toma la decisión de ir por el camino de la muerte»; 3. La deshumanización: «... es hablar de soledad, de alejamiento y anonimato, de ausencia de comunicación, de no vínculos, de falta de relación»; y 4. Vida competitiva: «...ser tildado como un fracasado es como la muerte».
- Factores psicológicos: 1. Temperamento: «...los temperamentos de tipo impulsivo relacionado con otros factores como frustración o miedo pueden condicionar un intento de suicidio»; 2. El plano estimativo axiológico: «... este es el caso de los genios o de los individuos que llegan

a un ambiente inadecuado para desplegar su vocación de vida. Desde el aspecto patológico quedan aquí incluidas las personalidades psicopáticas y los neuróticos»; 3. El estado civil: «...el número de suicidas era mayor en personas solteras, que en personas casadas, y dentro de éstos primaban como posibles suicidas los que no tenían hijos»; 4. El aislamiento.

– Factores desencadenantes: «éstos hacen referencia a aquella pequeña cosa, situación o emoción que faltaba para tomar la decisión y acabar con la propia vida (las crisis ideológicas, los planteamientos incorrectos de la existencia u otras situaciones similares)»^(18, 19).

Epidemiología del suicidio

Existen estimaciones realizadas de que cada 40 segundos alguien comete suicidio y se realiza una tentativa de suicidio cada 3 segundos. Los suicidios superan las muertes por conflictos bélicos y son superiores o comparables a las muertes provocadas por accidentes de tránsito.

Según Medina, en su investigación realizada en Colombia en el año 2008, entre los factores de riesgo, la presencia de trastornos mentales ha recibido más atención, ya que se ha observado que del 90 al 98 % de las personas que intentan suicidarse padecía algún trastorno mental en el eje I, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), y el 46 % algún trastorno de la personalidad, en particular los trastornos límite, antisocial y obsesivo-compulsivo. Entre los trastornos del eje I destacan el trastorno depresivo mayor y el trastorno por consumo de sustancias. Con respecto a este último, el riesgo para presentar la conducta suicida en la población con tal padecimiento se ha calculado en 2,6 veces el de los sujetos que no lo tienen, incluso al controlar de forma estadística por los trastornos psiquiátricos comórbidos⁽²⁰⁾.

Actualmente las tasas de suicidio se han incrementado globalmente. Este incremento ha sido observado con una intensidad aún mayor entre los jóvenes^(20, 21).

¿Quiénes cometen suicidio?

Sexo

Está comprobado que la mayoría de las personas que se suicidan son hombres. En los estudios realizados por la OMS se obtiene que en todos los países del mundo la tasa de suicidio de las mujeres es menor que la de los hombres, exceptuando la República Popular China, puesto que en los últimos años ha habido en este país más suicidios de mujeres que de hombres (Ruiz y Orly, 2006). También debemos hacer referencia a la variable sexo cuando mencionamos el método utilizado para el suicidio. Los hombres emplean métodos más violentos como las armas de fuego, el ahorcamiento, la precipitación desde edificios altos o hacia vehículos en movimiento, quemarse, etc. Sin embargo, las mujeres suelen emplear métodos menos agresivos como la sobre ingesta de venenos o incisiones con elementos cortantes⁽²²⁾.

Edad

Los hombres tienen una tasa global de 26,9 muertes por 100.000 (datos de la OMS, 1998), las tasas para cada grupo etáreo fueron de 1,2 en el grupo de 5 a 14 años, subiendo progresivamente hasta 55,7 en el grupo por encima de 75 años.

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

La misma tendencia es encontrada entre las mujeres: partiendo de una tasa global de 8,2 muertes por 100.000, la tasa en el grupo de 5 a 14 años fue de 0,5 subiendo hasta 18,8 en el grupo de mujeres mayores de 75 años. Aunque las tasas de suicidio entre los ancianos son mayores que en los jóvenes, cuando consideramos los números absolutos actualmente existen más personas jóvenes falleciendo por suicidio que ancianos. Los jóvenes pasaran a ser el principal grupo de riesgo de suicidio en un tercio de los países.

Según la OMS, en 1998, el 55 % de los suicidios fueron cometidos por personas entre 5 y 44 años de edad. Este dato refleja una tendencia mundial de crecimiento de las tasas de suicidio en los jóvenes^(22, 23).

Color de la piel

En los EUA, en la década del 90, la mayoría de los suicidios fueron cometidos por hombres blancos (73 %), seguidos de las mujeres blancas (18 %), los hombres negros (6 %) y las mujeres negras (1 %). Los países con las mayores tasas de suicidio (europeos en su mayoría) poseen predominio de caucasianos en la composición étnica de su población. No hay datos en otros países que asocien el color de la piel y el riesgo de suicidio^(23, 24).

Estado civil

El estado civil de una persona también puede repercutir según las estadísticas en una mayor o menor presencia del suicidio. Respecto a esta variable podemos afirmar que las personas que no viven solas tienen índices de su suicidio menores que las que están acompañadas. Varios estudios afirman que el índice de suicidios es mayor en personas divorciadas y viudas, siendo el grupo con menor frecuencia de suicidio el de aquellos que pertenecen a una familia casada y con hijos. Según el estudio WHO/EURO el mayor porcentaje de suicidios se presentaba en aquellas personas que estaban solteras, divorciadas o viudas. Es por lo tanto, como ya formuló Durkheim en 1897, el núcleo familiar el que hace que el individuo se sienta más integrado en la sociedad y por ello tenga más reparo a la hora de pensar en acabar con su vida. Cabe pues pensar que los hijos y aquellas personas a las que amamos son una cierta «atadura» a esta vida y que, en general, los suicidas suelen ser aquellos que se sienten muy solos en este mundo^(23, 24).

Profesión

Aunque puede resultar extraño, la ocupación profesional es otro factor que se puede relacionar con el acto suicida ya que según lo analizado anteriormente, aquellas ocupaciones que estén muy desvalorizadas y aquellas que provocan una gran cantidad de angustia y estrés serán las profesiones que presenten un mayor índice de suicidios. Pero además de lo planteado, existe otro factor importante que hace que ciertas profesiones estén más relacionadas con el suicidio, siendo este factor la cercanía a enfermedades tanto físicas como sociales y también la cercanía y el conocimiento de estos comportamientos. Por ello, Vega Piñero y otros presentan la profesión médica como una profesión clásica con un alto nivel de suicidio debido «al estrés laboral, al acceso fácil a fármacos o métodos letales, la drogadicción y alcoholismo, la competitividad en la profesión, el deterioro de la imagen del médico, la conflictividad conyugal y el divorcio, etc.» (Vega-Piñero y cols., 2002). Además se apoyan en estudios que reafirman que el suicidio es frecuente en los médicos, sobre todo en los psiquiatras, anestesistas y dentistas, además de

en otras profesiones como los abogados y los farmacéuticos. En el otro extremo del nivel socioeconómico figuran los trabajos considerados muy arduos por la exigencia física o mental durante un elevado número de horas, con pocos días de vacaciones y además mal remunerados. Estos empleos producen un alto índice de suicidios como es el caso de ciertos trabajos agrícolas y de la minería. Este último, por ejemplo, es en Argentina la ocupación que presenta un mayor índice de suicidios^(23, 24).

Religión

La religión, por su parte aparece como un factor social que protege al individuo del suicidio. Durkheim (1897) plantea que, en general, las personas que se consideran religiosas tienen un riesgo de suicidio menor que las que se consideran ateas, por lo tanto podemos decir que la religión es un factor protector ante el suicidio. Para él la religión ayuda a mantener la integración social y la considera como una variable fundamental a la hora de analizar los factores que previenen el suicidio. Actualmente las religiones monoteístas consideran el suicidio como un pecado contra Dios. El Islam no acepta el suicidio, puesto que la vida de los musulmanes sólo puede depender de Alá, pero lo consideran un acto heroico cuando el suicidio es un sacrificio voluntario religioso para el bien del Islam, por ejemplo si es realizado en la «guerra santa». El budismo también rechaza el suicidio puesto que el tiempo de sufrimiento en la tierra no debe ser modificado ya que es consecuencia de los actos malignos cometidos en una vida anterior. El hinduismo lo rechaza, pero es más tolerante puesto que acepta ciertos casos de suicidios, como los practicados en rituales o los cometidos por mujeres viudas para expiar los pecados del marido y ganar el honor para sus hijos. En general, las religiones consideran la vida como algo sagrado y el suicidio suele estar considerado como un acto indeseable, por ello las personas religiosas presentan una menor tasa de suicidio frente a las personas que se consideran no religiosas.

El estado mental

El suicidio y los intentos de suicidio han sido asociados a las enfermedades psiquiátricas. Autopsias psicológicas de suicidas (Barraclough y cols., 1974; Conwell y cols., 1996; Foster y cols., 1997) y entrevistas diagnósticas con personas que hicieron serias tentativas de suicidio (Beautrais y cols., 1996) mostraban que al menos el 90 % padecía de algún trastorno psiquiátrico.

Los diagnósticos más frecuentes son los trastornos afectivos y el abuso de sustancias (Conwell y cols., 1996; Foster y cols., 1997; Beautrais y cols., 1996; Beskow y cols., 1990). Diversos estudios muestran que el 15 % de las personas con trastorno depresivo recurrente (Jamison, 1986), el 20 % de los bipolares (Jamison, 1986), el 10 % de los esquizofrénicos (Johns y cols., 1986) y el 18 % de los alcohólicos (Roy y Linnoila, 1986) pueden cometer suicidio^(23, 24).

¿Cómo se suicidan las personas?

Esa pregunta no es tan fácil de ser respondida. Colt, citado por Stone, en 1999, hizo una lista de las personas que se suicidaron en los últimos 200 años, encontrando varias decenas de posibilidades que variaban desde las más comunes, como las armas de fuego, ahorcamiento, uso de pesticidas y tabletas, hasta formas poco usuales como: lanzarse dentro de volcanes, tocar cables de alta tensión, entrar en jaulas de leones, dejar de alimentarse, decapitarse con guillo-

tinias hechas en casa, etc. Como escribiera Draper «cada hombre muere de un modo notablemente personal», citado por Levy en 1979.

Los estudiosos consiguen establecer algunos patrones sobre la selección del método suicida. El factor más importante es la disponibilidad y la accesibilidad al método.

En 1992, Marzuk y cols. investigaron los suicidios en cinco distritos de Nueva York y observaron que tenían tasas similares de suicidio por utilizar métodos que estaban igualmente disponibles para todas las personas en los cinco distritos (por ejemplo: ahorcamiento, sofocación). Ellos observaron, entretanto, diferencias en las tasas de suicidio entre los distritos cuyos métodos no eran igualmente disponibles en todos ellos (por ejemplo, precipitarse desde alturas, envenenamiento con monóxido de carbono). Las diferencias en las tasas de suicidio se debían exclusivamente a las diferencias en el acceso a los métodos.

Nowers en 1997, mostró que casi el 40 % de los suicidios en la ciudad de Nueva York ocurre por precipitación de lugares elevados. Varah, en 1981, observó que el método escogido para suicidarse dependía de su disponibilidad y que, por ejemplo, cuando el método escogido era la ingesta de drogas la selección recaía sobre la droga más accesible: insecticida en Sri Lanka, ácido acético en Surinam y sosa cáustica en Perú.

Rich y cols. mostraron que en Toronto un control más estricto del uso de armas de fuego a finales de los años 70 resultó en un descenso importante en las tasas de suicidio por ese método, y hubo un aumento simultáneo en la mortalidad por precipitación de alturas. La limitación de un método (arma de fuego) fue sustituido por otro (precipitarse de alturas).

A pesar de ser un factor muy importante la disponibilidad o acceso a los métodos no responden completamente a la pregunta inicial: ¿cómo las personas se suicidan?

Si así fuera podríamos esperar que los policías se suicidasen exclusivamente usando armas de fuego y los médicos usando drogas. Otros factores de carácter social y cultural también son importantes como la imitación del comportamiento suicida, particularmente en jóvenes. Conocimiento y familiaridad, pues el uso de un método dependerá también, además de su disponibilidad y accesibilidad, del grado de familiaridad que el sujeto tenga con dicho método.

Factores culturales también influyen en la elección de un método para cometer suicidio. Durkheim, por ejemplo, había observado que en Inglaterra el suicidio por ahorcamiento era particularmente raro, pues en ese país esta muerte era frecuentemente asociada a la pena que se daba a asesinos y traidores⁽²⁵⁾.

La tasa global de suicidios fue estimada por la OMS en 16 casos por cada 100.000 habitantes. Como en casi todos los países las tasas para los hombres son mayores que para las mujeres.

En el mundo, las tasas más elevadas para ambos sexos se encuentran en Europa. Tasas especialmente elevadas ocurren en un grupo de países de Europa Oriental con características socioculturales semejantes y que comparten una historia reciente común: Estonia, Letonia, Lituania, Hungría, Ucrania y Rusia. Las menores tasas en Europa fueron reportadas por los países mediterráneos occidentales (Italia, Portugal, España, Grecia).

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

En las Américas, las mayores tasas de suicidio fueron observadas en Cuba, seguida por Canadá y EUA. Las menores tasas en las Américas corresponden a los países de América Central: Guatemala y Honduras.

China e India aportan cerca de 30 % de todos los suicidios registrados en el mundo sin que aparezcan entre los 10 primeros países según sus tasas⁽²⁶⁾.

Varios estudios han relacionado el comportamiento suicida con las estaciones del año, los meses, el día de la semana y la hora del día.

En cuanto a las estaciones, la primavera (marzo a mayo) fue la de mayores tasas de suicidio en el hemisferio norte. Existen teorías que ligan ese hallazgo con la duración de la luz del día, considerando que el suicidio sería más frecuente durante el día que durante la noche. Por otro lado, variables climáticas pueden afectar la incidencia de crisis depresivas indirectamente afectando el comportamiento suicida.

Los feriados y los días festivos parecen tener un efecto protector contra el suicidio. Sin embargo, ocurre un exceso de suicidios en los días que siguen a esas fechas festivas.

Los primeros días de la semana, especialmente los lunes, parecen estar particularmente asociados a los suicidios. Los fines de semana presentan menores tasas. En cuanto a la hora del día, las tentativas de suicidio son más frecuentes por la tarde y los suicidios ocurren con mayor frecuencia en las primeras horas de la mañana.

Todos estos datos corroboran la existencia de ritmos comportamentales, probablemente ligados a influencias del clima en los ciclos biológicos. No obstante los factores psicológicos y culturales también pueden influenciar sobre esos ritmos. Por ejemplo, se piensa que el suicidio estaría asociado con la desesperanza ocurriendo en las épocas y días que simbolizan el reinicio de las actividades: primavera (después del invierno), el inicio del día o de la semana, el fin de las fiestas, etc.⁽²⁶⁾.

Las motivaciones ligadas a los actos auto-agresivos, incluyendo el suicidio, son muy variadas y difíciles de precisar. Vale resaltar, que en el 90 % de los casos es posible identificar algún trastorno psiquiátrico en los suicidas, particularmente, mas no exclusivamente, trastornos afectivos y abuso de sustancias, siendo este uno de los principales determinantes de riesgo^(26, 27).

Las personas que cometen suicidio tienen las siguientes características:

- Pertenecer al sexo masculino.
- Edad comprendida entre 35 y 44 años.
- Recurren a métodos mortales como las armas de fuego, la precipitación y el ahorcamiento.
- Predominio de enfermedades psiquiátricas como el alcoholismo, la dependencia de otras sustancias, los trastornos esquizofrénicos y los trastornos del humor en forma depresiva.
- Si se trata de individuos jóvenes, puede ser el debut de una esquizofrenia, un trastorno de conducta o una depresión.

Existen aproximaciones clínicas que sugieren que el propósito de una persona que se suicida no es primariamente morir sino resolver sus problemas que le causan dolor. En este sentido hay quienes consideran el suicidio como usar la propia muerte para resolver los problemas de la vida. Sin embargo, la aproximación se dificulta por razones que son inherentes al mismo suicidio, es decir que no siempre se puede dilucidar la intencionalidad y en algunos casos se hace ateniéndose a indicadores externos, pues no siempre es posible establecer la intención del suicida. Ejemplo de ello son los pacientes psicóticos en quienes es difícil valorar el grado de contacto con la realidad, o en los casos en los que la muerte del suicida resulta inexplicable para familiares y allegados⁽²⁸⁾.

Factores protectores del suicidio

Los factores protectores del suicidio son aquellos que disminuyen o evitan la posibilidad de la ocurrencia de un suicidio:

- Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y en la comunidad de forma positiva.
- Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
- Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
- Tener capacidad de autocontrol sobre su propio «destino», parafraseando al poeta chileno Pablo Neruda, cuando expresó: «Tú eres el resultado de ti mismo».
- Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
- Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
- Tener buena autoestima, auto imagen y suficiencia.
- Poseer inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
- Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- Ser receptivos a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
- Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.
- Capacidad para utilizar las fuentes que brindan salud mental: las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc.
- Se debe educar a los adolescentes a favor de acudir a estos servicios, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y evitar con ello que no se haga un uso racional de las mismas por desinformación o desconocimiento⁽²⁸⁾.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Clasificación del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo para caracterizar los fallecidos por suicidio en el Municipio Cienfuegos en el año 2014.

Población identificada

Estuvo integrada por todos los pacientes fallecidos por suicidio consumado del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014, según datos del Departamento de Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud, mayores de 19 años con previo consentimiento del familiar o amigo sin incluir las muertes dudosas.

La recogida de la información se realizó a través de la revisión documental por parte de los autores de la investigación de las historias clínicas individuales en los CMF a los que pertenecían los pacientes, previo consentimiento del familiar (Anexo 1), aplicándose una encuesta a los familiares de los fallecidos para recoger información relacionada con las variables a estudiar (Anexo 2).

Información relacionada con las variables: anexo 1

- Demográficas: edad, sexo, color de la piel.
- Sociales: procedencia, nivel de escolaridad, vinculo laboral, estado conyugal, parentesco con el entrevistado, tipo de familia, funcionamiento familiar.
- Relacionadas con el suicidio: comunicación y señales suicidas, donde cometió el suicidio, en que horario ocurrió el suicidio, se encontraba solo en casa, métodos empleados,
- Relacionadas con el manejo del paciente con riesgo suicida: tratamiento y seguimiento por psiquiatra o médico de familia, cuando fue la última vez que lo vio un médico, ingresos en el servicio de psiquiatría. dispensarización como riesgo suicida en el CMF.
- Factores de riesgo: antecedentes de intento suicida, consumo de drogas, APP de trastornos psiquiátricos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES: IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN

Variable. Edad.

Tipo. Cuantitativa discreta.

Escala. 19, 20, n.

Descripción. Según edad del fallecido.

Definición operacional. Obtenida de historia clínica.

Indicador. Porcentaje, media aritmética.

Variable. Sexo.

Tipo. Cualitativa nominal dicotómica.

Escala. Masculino (M). Femenino (F).

Descripción. Según sexo biológico.

Definición operacional. Obtenida de historia clínica.

Indicador. Distribución frecuencias, porcentaje.

Variable. Color de la piel.

Tipo. Cualitativa nominal politómica.

Escala. 1. Blanco; 2. Negro; 3. Mestizo.

Descripción. Según color de la piel.

Definición operacional. Obtenida de historia clínica.

Indicador. Distribución frecuencias, porcentaje.

Variable. Procedencia.

Tipo. Cualitativa nominal dicotómica.

Escala. 1. Urbana; 2. No urbana.

Descripción. Según procedencia⁽²⁹⁾.

Definición operacional. Obtenido de historia clínica.

Indicador. Distribución frecuencia, porcentaje.

Variable. Nivel Escolar.

Tipo. Cualitativa ordinal Politómica.

Escala. 1. Bajo Nivel Primaria. Secundaria; 2. Alto nivel. Pre-Universitario; 2.Técnico medio; 3. Universitario.

Descripción. Según nivel de escolaridad terminado.

Definición operacional. Obtenida de Historia Clínica.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje

Variable. Vínculo laboral.

Tipo. Cualitativa. Nominal dicotómica.

Escala. 1. Si; 2. No.

Descripción. Según vínculo laboral.

Definición operacional. Obtenida de Historia Clínica.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Estado Conyugal.

Tipo. Cualitativa. Nominal. Politómica.

Escala. 1. Soltero(a); 2. Casado(a); 3. Acompañado(a); 4. Divorciado(a); 5. Viudo(a).

Descripción. Según estado conyugal.

Definición operacional. Obtenida de Historia Clínica.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Parentesco del entrevistado.

Tipo. Cualitativa nominal.

Escala. Padre. Madre. Hijo. Hermano. Abuelo. Tío. Primo. Otro.

Descripción. Según parentesco con el entrevistado.

Definición operacional. Entrevista a familiar.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Tipo de familia.

Tipo. Cualitativa Ordinal.

Escala. 1. Nuclear. 2. Extensa. 3. Ampliada.

Descripción. Según tipo de familia (30).

Definición operacional. Obtenida de Historia Clínica.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Funcionamiento familiar.

Tipo. Cualitativa. Ordinal. Dicotómica.

Escala. Funcional. Moderadamente disfuncional. Disfuncional. Severamente disfuncional.

Descripción. Según el funcionamiento familiar (30).

Definición operacional. Obtenida de Historia Clínica.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Método suicida.

Tipo. Cualitativa Nominal. Politómica.

Escala. Ahorcamiento. Envenenamiento. Quemaduras. Arma de fuego. Otras.

Descripción. Según método empleado para suicidarse.

Definición operacional. Entrevista a familiar.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Lugar ocurre suicidio.

Tipo. Cualitativa nominal Politómica.

Escala. En la casa. Especifique: Habitación. Baño. Patio. En otro lugar.

Descripción. Según el lugar donde ocurre el suicidio.

Definición operacional. Entrevista a familiar.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Hora del suicidio

Tipo. Cualitativa nominal Politómica.

Escala. En la madrugada; en la mañana; al mediodía; en la tarde; en la noche.

Descripción. Según el horario en que ocurre el suicidio.

Definición operacional. Entrevista a familiar.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Antecedentes de Tratamiento y seguimiento por Psiquiatría.

Tipo. Cualitativa. Nominal dicotómica.

Escala. Si. No.

Descripción. Según el tratamiento y seguimiento por psiquiatría.

Definición operacional. Obtenida de Historia Clínica

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Última vez que vio al médico.

Tipo. Cualitativa ordinal Politómica.

Escala. 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.

Descripción. Según la última vez que lo vio un médico

Definición operacional. Obtenida de Historia Clínica

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Intentos psiq.

Tipo. Cualitativa nominal dicotómica.

Escala. 1. Si; 2. No.

Descripción. Según ingresos en el servicio de psiquiatría.

Definición operacional. Obtenida de Historia Clínica.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Antecedentes ideas suicidas

Tipo. Cualitativa nominal dicotómica

Escala. 1. Si; 2. No.

Descripción. Según antecedentes de ideación suicida

Definición operacional. Entrevista a familiar.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Señal suicidas.

Tipo. Cualitativa nominal dicotómica.

Escala. 1. Si; 2. No.

Descripción. Según señales suicidas.

Definición operacional. Entrevista a familiar.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Antecedentes de suicidio.

Tipo. Cualitativa nominal dicotómica.

Escala. 1. Si; 2. No.

Descripción. Según antecedentes de intento suicida

Definición operacional. Obtenida de Historia Clínica

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. Consumo de drogas.

Tipo. Cualitativa nominal dicotómica.

Escala. 1. Si; 2. No.

Descripción. Según Consumo de drogas.

Definición operacional. Obtenida de Historia Clínica.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Variable. SESE casa.

Tipo. Cualitativa nominal dicotómica.

Escala. 1. Si; 2. No.

Descripción. Según si se encontraba solo en casa

Definición operacional. Entrevista a familiar.

Indicador. Distribución frecuencias. Porcentaje.

Consideraciones éticas

Durante la realización de esta investigación no existió la posibilidad de causar daño biológico, psicológico o social. Se tuvo en cuenta los aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información, partiendo del principio de justicia social, el respeto a las diferencias y tratar a todos por igual, lo que quedó reflejado de igual manera en el modelo de consentimiento informado que se le entregó a cada una de las personas entrevistadas (anexo I)

Por último afirmamos que todos los datos serán de estricta confidencialidad por parte del investigador.

Técnicas y procedimientos

Los autores recogieron los datos a través de las Tarjetas de Enfermedades de Declaración Obligatoria en la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología del Municipio de Cienfuegos y las Historias Clínicas en los CMF. Una vez recogida la información necesaria, se procedió a visitar la casa de los familiares del fallecido, y después del saludo y presentación, se solicitó al familiar la disponibilidad de colaborar en un intercambio, el cual se realizó con la privacidad requerida, creándose una atmósfera adecuada dentro de la relación médico- familiar del fallecido. Para el desarrollo exitoso de la entrevista, se les explicó los objetivos del encuentro, la investigación propuesta, y su importancia, solicitándole su consentimiento informado por escrito para participar en la misma, se respondieron todas las dudas que tenían y se procedió a la firma del consentimiento informado (anexo 1).

El guión contó con una etapa, en la que se aplicó la Encuesta a Familiares del Paciente Fallecido por Suicidio, cuyo autor es el Prof. Dr. Sergio A. Pérez Barrero (anexo 2), donde se dio salida a los objetivos uno, dos y tres.

Concluida la entrevista, se agradeció al familiar por su colaboración, con la despedida formal correspondiente.

Procedimiento estadístico

Se utilizó el procesador estadístico, Estatical Package for Social Sciencies (SPSS) versión 15.0 para Windows. En el procesamiento de los datos se usó para las variables cualitativas el porcentaje. Los resultados se expresaron en tablas de distribución de frecuencias.

CAPÍTULO III ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El suicidio continúa siendo un gran misterio. Nadie sabe con certeza por qué una persona se quita la vida, cuando es lo más valioso que posee un ser humano; en ocasiones ni el mismo individuo sabe por qué lo intenta. A casi todos los seres humanos les ha pasado esta idea por la mente; por ejemplo, la frase «quisiera morirme» o la ingestión de 3 tabletas para dormir, con el pensamiento de «no quisiera despertar más», son, de una forma u otra, manifestaciones de evasión a situaciones conflictivas internas o externas⁽³¹⁾.

La conducta suicida es la manifestación más extrema de violencia contra sí mismo. Esta conducta, en especial, el suicidio consumado, tiene una gran importancia social y por tanto, desde tiempos inmemorables ha sido objeto de preocupación y de estudio para conocer y explicar el por qué acontece y poder modificarla.

La tabla 1 muestra que en el estudio predominaron los casos entre 25 a 49 años de edad representados por el 36,8 %, seguido del grupo etáreo de 50 a 59 años con un 31,6 %, a continuación el de 60 y más con un 21,1 %, mientras que el menor porcentaje correspondió al grupo de 19 a 24 años con un 10,5 %. La edad media fue de 48,8 años.

TABLA 1. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según grupo etáreo en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Grupos etáreos	Frecuencia	%
19-24	2	10,5
25-49	7	36,8
50-59	6	31,6
60 y más	4	21,1
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Cabe señalar que la soledad, los problemas económicos, la falta de apoyo familiar, el uso de algunos fármacos –muchas veces necesarios, pero algunos de ellos con efectos depresivos–, y otras múltiples causas producen cuadros afectivos que pueden conducir al suicidio y no precisamente la edad como factor de riesgo biológico.

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

Los resultados de esta investigación coinciden con los de Sergio Pérez en Ciudad de La Habana, Elena Jiménez en Santiago de Cuba en el año 2011 y Ana Sarracent en el Hospital Psiquiátrico de la Habana en el 2013⁽³²⁻³⁴⁾.

Sin embargo estos resultados no concuerdan con lo planteado por otros estudios, en los que se refiere que el índice de suicidio es más elevado en personas con más de 60 años de edad⁽³⁵⁾.

Los datos de la tabla 2 expresan que el suicidio fue más frecuente en el sexo masculino representando el 84,2 %.

TABLA 2. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según sexo en el municipio Cienfuegos. Año 2014.		
Sexo	Frecuencia	%
Femenino	3	15,8
Masculino	16	84,2
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Este predominio pudiera relacionarse con los patrones socioculturales imperantes en la sociedad cubana, en la que prevalece la cultura patriarcal, otorgándole al sexo masculino el papel de jefe de hogar, de proveedor; roles que pudieran presionar o deprimir al hombre cuando es incapaz de cumplirlos, sea por falta de recursos psicológicos o económicos. Además de las creencias populares como, por ejemplo, «los hombres no lloran», frase que expresa la diferencia de género y los ubica en una posición discriminatoria, pudiendo provocar el aislamiento social, la represión de sus emociones e incluso limitarles la búsqueda de ayuda.

Los resultados de este estudio coinciden con los descritos en la literatura nacional e internacional^(22, 32-35).

La tabla 3 muestra que el 68,4 % de los casos tenían la piel de color blanco, mientras que el 31,6 % fue no blanco. Estos resultados pudieran estar en relación con las características demográficas del Municipio Cienfuegos, en el que predominan las personas de color blanco de la piel en todos los consejos populares⁽³⁶⁾.

Con la revolución del 1959, por primera vez en Cuba se iniciaron políticas cuyo propósito era la eliminación de toda forma de discriminación, y notablemente la racial. A pesar de este esfuerzo, que ya dura más de 50 años, los intelectuales que trabajan el tema de las desigualdades han notado en sus obras que aún persisten desigualdades según el color de la piel en el país⁽³⁷⁾.

Morales Domínguez en el 2007 y Albizu en el 2008, advierten en sus estudios que a pesar de las leyes adoptadas y los logros sociales realizados por el gobierno revolucionario, todavía

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

persisten diferencias entre los blancos y los no blancos en términos del modelo de bienestar al cual acceden⁽³⁸⁾.

TABLA 3. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según color de la piel en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Color de la piel	Frecuencia	%
Blanca	13	68,4
No blanca	6	31,6
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Estas diferencias en algunas esferas, pueden tener repercusión negativa en la conducta suicida, no por el color de la piel, sino por la expresión de este determinante social de la salud en la estratificación de la sociedad que puede ubicar a los individuos en posiciones más o menos ventajosas y hacerlos más o menos vulnerables.

Los resultados concuerdan con varias investigaciones^(39, 40).

La tabla 4 muestra que predominaron los casos de procedencia urbana representadas por el 94,7 %, mientras que sólo el 5,3 % procedía de la no urbana. Estos resultados pudieran estar relacionados con las características del municipio cabecera donde predominan los consejos populares urbanos⁽³⁶⁾.

TABLA 4. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según procedencia en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Procedencia	Frecuencia	%
Urbana	18	94,7
No Urbana	1	5,3
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

En los centros urbanos se concentran los recursos, y su crecimiento brinda, sin duda, más oportunidades de participación social y política; así como acceso a los medios de comunicación, a la información, a la tecnología y al empleo. Las zonas urbanas también aumentan el acceso del personal sanitario a los grupos de población destinatarios y proporcionan a los residentes mayor disponibilidad de servicios de agua potable, saneamiento, educación, establecimientos de salud y transporte⁽⁴¹⁾.

No obstante, la urbanización no planificada también puede exacerbar las desigualdades sociales al exponer a los residentes a una mayor contaminación del aire y a una escasez de los servicios básicos.

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

El desarrollo urbano incontrolado también puede aumentar la propagación de entornos que no son propicios para la salud que son riesgos para las enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud como es el suicidio, que afectan de manera excesiva a los residentes pobres y a los ancianos de las ciudades^(42, 43).

Los resultados de este estudio coinciden con los de Mariela Chacón en Santiago de Cuba en el año 2013 en el que también predominó el área urbana en un 54,9 % de los casos⁽³¹⁾.

El análisis de la tabla 5 evidencia que fueron más numerosos los casos de bajo nivel de escolaridad representados por el 52,6 %, seguidos por el 47,4 % con alto nivel.

TABLA 5. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según nivel de escolaridad en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.		
Escolaridad	Frecuencia	%
Bajo nivel	10	52,6
Alto nivel	9	47,4
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Como se conoce, los adultos mayores actuales eran preadolescentes, adolescentes o adultos jóvenes al triunfo de la revolución y tenían que trabajar, si encontraban dónde o con quien, para ganarse el sustento diario; muchos de ellos eran niños limpia botas o vendedores de periódicos o ya obreros; por otro lado la existencia de escuelas era mínima y el presupuesto del estado para la educación era muy escaso.

Como el sistema educacional actual de Cuba exhibe altos niveles de equidad, no se identifica el nivel educacional como factor de riesgo por el equipo básico de salud y las acciones de promoción y prevención de salud pueden ser ineficientes ante el riesgo suicida.

Si la escolaridad de un individuo o de un grupo es baja, dificulta la comprensión de las medidas de prevención y control de la salud, entorpece la comunicación social y puede contribuir a la insatisfacción de necesidades básicas, lo que de manera indirecta constituye una amenaza para la salud. La insuficiente escolaridad con regularidad conduce a deficiente educación integral, por lo que se comporta como factor de riesgo⁽⁴⁴⁾.

La educación igualmente determina las oportunidades de empleo y de ingresos familiares, de manera que no es sorprendente que las personas con menos educación tengan peores resultados de salud⁽⁴⁵⁾.

Varios autores cubanos han obtenido similares resultados en sus investigaciones⁽³¹⁻³³⁾.

En la tabla 6 se observa que predominaron los casos sin vinculo laboral (52,6 %), mientras que el 47,6 % estaban vinculados laboralmente.

TABLA 6. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según vínculo laboral en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Vínculo laboral	Frecuencia	%
Si	9	47,4
No	10	52,6
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Al analizar el vínculo laboral de estos pacientes pudo observarse que la mayoría carecían del mismo y en varios casos eran jubilados, lo cual en algunas personas conduce a una disminución y pérdida de funciones, y puede provocar un repliegue en cuanto a las relaciones familiares, es decir, se dan situaciones de soledad y aislamiento, debido a la reducción de las relaciones sociales, los contactos interpersonales en cantidad e intensidad, sobre todo, en ámbitos extrafamiliares y otros grupos de la misma edad. En el núcleo familiar cambian las relaciones conyugales y las posibilidades de satisfacer las necesidades materiales⁽³⁴⁾.

Varios estudios realizados en Cuba coinciden con los resultados de esta investigación^(33, 34).

La tabla 7 muestra que en el estudio, el 52,6 % de los casos estaban divorciados, el 26,3 % solteros, el 10,5 % casados y el 5,3 % acompañados o viudos exhibiendo el menor porcentaje. La literatura señala el gran riesgo para esta conducta, que representa la falta de pareja, planteándose además que en el caso de los viudos el mayor riesgo está en el segundo año de viudez⁽³⁵⁾.

TABLA 7. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según estado conyugal en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Estado conyugal	Frecuencia	%
Soltero	5	26,3
Casado	2	10,5
Acompañado	1	5,3
Divorciado	10	52,6
Viudo	1	5,3
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Si bien la falta de pareja no afecta a todos por igual, tampoco se comporta igual una mujer sin pareja, que un hombre sin ella, desde el punto de vista social, familiar o personal. Esta situación puede contribuir a la soledad, falta de afecto, problemas económicos, falta de seguridad

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

emocional y apoyo; pudiendo facilitar la aparición de cuadros de ansiedad y depresivos, con sus correspondientes consecuencias⁽³⁵⁾.

Estos resultados coinciden con los estudios de Loraine Glez y Yurien Negrin en Santi Spiritus en el año 2013^(35, 46).

La tabla 8 muestra que la mayoría de los entrevistados no tenían parentesco de primera línea con los fallecidos, representados por el 57,9 %, seguido de los hermanos con un 26,3 %, y a continuación las madres representadas por el 10,5 %, y con menor porcentaje los tíos con un 5,3 %.

TABLA 8. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según parentesco del entrevistado en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Parentesco	Frecuencia	%
Madre	2	10,5
Hermano	5	26,3
Tío	1	5,3
Otros	11	57,9
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

En la literatura revisada pocos estudios incluyen esta variable; aunque esta información puede orientar a la falta de personas cercanas a los fallecidos, mostrando carencia de redes de apoyo social a los pacientes, que pudieron haberlos llevado al aislamiento social y a la soledad, descritos como factores de riesgo del suicidio.

Los resultados obtenidos en este estudio difieren de los autores Edgar Muñoz Morales y María Gutiérrez, en los que los familiares entrevistados obtuvieron el siguiente orden de frecuencia: la madre (27 %), un hermano (20 %), el cónyuge (15 %), el padre (10 %) y el resto fue otro tipo de familiar (28 %), el cual había convivido con la persona fallecida por un período no inferior a cinco años⁽⁴⁷⁾.

En el análisis de la tabla 9 se observa que predominaron las familias nucleares con un 47,4 %, seguidas de las extensas con un 36,8 %, y estando representadas las familias ampliadas por el 15,8 %.

Este predominio de las familias nucleares concuerda con las características de las familias Cienfuegueras según datos aportados por el análisis de la situación de salud del municipio en el año 2014⁽⁴⁸⁾.

Además, en el Municipio de Cienfuegos en los últimos años se han realizado proyectos para mejorar la accesibilidad a viviendas a través de la entrega de subsidios a los más necesitados,

otorgamiento de créditos bancarios, dándole salida a los lineamientos del Partido Comunista de Cuba, lo que pudo favorecer este resultado.

TABLA 9. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según tipo de familia en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Tipo de familia	Frecuencia	%
Nuclear	9	47,4
Extensa	7	36,8
Ampliada	3	15,8
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

La familia es fundamental como red social primaria, en cualquier etapa de la vida, pues es el primer recurso y el último refugio, por lo que en la conducta suicida esta situación toma gran importancia.

Investigar sobre las características ontogénicas de la familia pudiera ser beneficioso en estos casos porque propicia información sobre la convivencia intergeneracional, que pudiera comportarse como factor de riesgo para el suicidio, destacando que un porcentaje no despreciable de los pacientes pertenecían a familias extensas o ampliadas, lo que puede evidenciar la convivencia de varias generaciones debajo de un mismo techo, pudiendo provocar rechazos, conflictos e incluso violencia si tenemos en cuenta que en el estudio han predominado los casos de bajo nivel de escolaridad, sin vínculo laboral, divorciados o solteros.

Los resultados de la investigación difieren del estudio de Elena Jiménez realizado en Santiago de Cuba en el año 2011 en el que predominaron las familias ampliadas en un 55,6 %⁽³³⁾.

Según la información mostrada en la tabla 10, predominaron las familias disfuncionales representadas por el 52,6 % (26,3 + 10,5 + 15,8), exhibiendo un mayor porcentaje las moderadamente disfuncionales, seguidas de las severamente disfuncionales y a continuación las disfuncionales, y en menor porcentaje las familias funcionales representadas por el 47,4 %.

El funcionamiento familiar desempeña una función importante en la aparición de la conducta suicida, pues las personas se enfrentan a diversas situaciones en el marco familiar, las cuales al no ser bien comprendidas y analizadas llevan a un desequilibrio emocional que pueden desencadenar la realización de actos suicidas.

El factor de riesgo ausencia de apoyo familiar es más probable en la conducta suicida y está presente en las familias disfuncionales. Esto puede estar dado por dos mecanismos: en primer lugar, puede reflejar la sensación del sujeto de que no es necesario, significativo o útil dentro del grupo social en que se desenvuelve; y en segundo lugar, con su aislamiento reduce las posibilidades de recibir apoyo y evitar la conducta suicida como solución. Debe tenerse en cuenta

que el suicida necesita apoyo social de tipo emocional valorativo. El contacto humano posibilita amortiguar la tensión y tristeza, y aumenta el sentimiento de solidaridad⁽¹¹⁾.

TABLA 10. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según funcionamiento familiar en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Funcionamiento familiar	Frecuencia	%
Funcional	9	47,4
Moderadamente disfuncional	5	26,3
Disfuncional	2	10,5
Severamente disfuncional	3	15,8
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Algunos autores señalan que muchas veces los miembros de las familias ocasionan daños físicos, psicológicos o sexuales a otros miembros de la misma familia, deteriorando la integridad y causando un serio daño a la personalidad y cuando se asocia a otros factores sociales puede constituir un riesgo de conducta suicida⁽⁴⁹⁾.

Sin embargo las familias armónicas, equilibradas y con interacciones positivistas muestran mejores capacidades adaptativas para enfrentar con éxito las frustraciones existenciales; así como la reestructuración de la convivencia familiar de manera creadora ante eventos generadores de sufrimiento; por tanto, no puede soslayarse que los factores de riesgo de la conducta suicida son múltiples y en su multicausalidad, la familia de donde procede la víctima es sólo un factor entre muchos, pues la mala capacidad de adaptación no es posible atribuirla únicamente a disfunciones familiares, cuando existen también otros elementos que favorecen esa errada actitud ante la vida⁽⁵⁰⁾.

Los resultados de este estudio coinciden con varias investigaciones nacionales⁽³³⁻³⁵⁾.

La tabla 11 evidencia que el 57,9 % de los casos presentaron antecedentes de ideación suicida contra un 42,1 % que no los tuvieron.

La ideación suicida es un factor de riesgo muy importante, tanto a corto como a largo plazo, sobre todo en las personas con trastornos mentales. En la valoración de la ideación suicida es necesario tener en cuenta que las personas mayores pueden evitar la comunicación de la ideación suicida o de la sintomatología depresiva^(51, 52).

La vigilancia de este factor de riesgo es vital para desencadenar acciones que contribuyan a prevenir el acto suicida.

En la literatura revisada existen varias evidencias que coinciden con estos resultados, como el artículo de Jorge Negrin Calvo en 2013, que demostró una asociación estadísticamente sig-

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

nificativa entre la ideación suicida y el suicidio; así como la investigación de Ana Sarracent en El Hospital Psiquiátrico de La Habana donde también fueron mayoría los pacientes con este antecedente^(34,46). Sin embargo difiere de la investigación de Elena Jiménez Betancourt en el policlínico Universitario José Martí Pérez de Santiago de Cuba⁽³³⁾.

TABLA 11. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según antecedentes de ideación suicida en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Antecedentes de ideación suicida	Frecuencia	%
Si	11	57,9
No	8	42,1
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

En el análisis de la tabla 12 se evidencia que predominaron los casos con señales suicidas representados por el 68,4 %, mientras que el 31,6 % carecían de ellas.

TABLA 12. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según señales suicidas en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Señales suicidas	Frecuencia	%
Si	13	68,4
No	6	31,6
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

La identificación de factores de riesgos y de comportamientos, que pueden considerarse como prodrómicos de suicidio, es importante en el seguimiento de los pacientes. Son numerosos los estudios que describen este fenómeno social e identifican entre las principales conductas: comportamientos agresivos, cambio brusco en los hábitos de comer y dormir, cambios súbitos en el estado de ánimo, hacer algo así como testamentos o cartas de despedida, proferir amenaza suicida a amigos, familiares o personal de salud, pérdida de la ilusión por el futuro, sentimientos de desesperanza o desilusión frecuente, entre otros⁽³⁹⁾.

Ante la situación planteada, se impone desarrollar acciones en salud con vistas a reducir la mortalidad por suicidio y la morbilidad asociada a la conducta suicida, por lo que es importante integrar una estrategia de implementación para fortalecer el trabajo del equipo de salud mental, fundamentada en un modelo comunitario y salutogénico, que incluya acciones de promoción de salud dirigidas a fomentar actitudes y estilos de vida saludables, ajenos a la conducta suicida;

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

así como a prevenir tal acto, 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.

Estos resultados coinciden con la investigación de Elena Jiménez Betancourt en el Policlínico Universitario José Martí Pérez de Santiago de Cuba⁽³³⁾.

Según la tabla 13 fueron más utilizados los métodos duros, el 73,7 % de los casos eligió el ahorcamiento, mientras que el 21,1 % usó otros métodos y el 5,3 % escogió quemarse.

TABLA 13. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según método empleado para suicidarse Cienfuegos. Año 2014.

Método empleado	Frecuencia	%
Ahorcamiento	14	73,7
Quemarse	1	5,3
Otros	4	21,1
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Según lo expuesto en la bibliografía sobre el tema, 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⁽³¹⁾.

El método de suicidio está influenciado también por los 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, 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^(31, 55).

Varios autores coinciden que los hombres utilizan métodos duros para el suicidio y describen el ahorcamiento como el de elección, mientras que las mujeres optan por quemarse o ingerir fármacos en la mayoría de las ocasiones, resultados que concuerdan con esta investigación^(33, 34, 53, 54).

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

La tabla 14 muestra que el 68,4% de los pacientes utilizaron su casa para consumar el hecho, mientras que el 31,6 % seleccionaron otro lugar.

TABLA 14. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según lugar del suicidio en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Lugar	Frecuencia	%
En la casa	13	68,4
En otro lugar	6	31,6
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Este resultado puede estar en relación con el estilo de vida de estos pacientes, la falta de apoyo familiar y al no estar vinculados a las actividades laborales, propician que sea su hogar el lugar escogido por ellos para realizar el acto suicida, sintiéndose más seguros y con menos probabilidades que lo descubran.

Este resultado coincide con otros estudios en los que también el domicilio fue el lugar de elección para realizar el acto suicida en ambos sexos, seguido por otros lugares como el campo y la vía pública entre otros⁽⁵⁶⁾.

Según muestra la tabla 15 el 57,9 % de los hechos ocurrieron en el horario de la mañana, seguido del horario de la madrugada y tarde representado por el mismo porcentaje (21,1 %).

TABLA 15. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según horario del suicidio en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Horario	Frecuencia	%
En la madrugada	4	21,1
En la mañana	11	57,9
Al mediodía	4	21,1
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Aunque se reportan suicidios en varias horas del día, el predominio encontrado en la investigación fue en las primeras horas de la mañana. Se considera que se debe a la frecuencia con que se asocian las señales biológicas de la depresión con el insomnio y otros trastornos del sueño en este grupo poblacional⁽⁵⁷⁾.

Los resultados de la investigación coinciden con otros estudios realizados en el país⁽⁵⁷⁾.

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

La tabla 16 evidencia que el 63,2 % de los suicidios ocurrieron en otros sitios de la casa, el 15,8 % en el patio de la casa y el 10,5 % en el baño o en la habitación.

TABLA 16. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según sitio donde ocurre el suicidio en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Sitio	Frecuencia	%
Habitación	2	10,5
Baño	2	10,5
Patio	3	15,8
Otro sitio de la casa	12	63,2
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

En la literatura revisada fueron escasas las investigaciones que se referían a esta variable, encontrando diferencias con un estudio realizado en Colombia en el año 2010 en el que predominaron los casos que consumaron el hecho en la habitación y en el baño⁽⁵⁴⁾.

Este resultado nos demuestra el grado de soledad por ausencia de familiares que existía en los pacientes, por lo que no se encontraban presionados al elegir el lugar de la casa para suicidarse, estaban solos.

Según los resultados expresados en la tabla 17 predominaron los pacientes que se encontraban solos en la casa representados por el 73,3 %.

TABLA 17. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio si se encontraba sólo en la casa en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Se encontraba sólo en casa	Frecuencia	%
Sí	14	73,7
No	5	26,3
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

No se encontraron referencias en la literatura revisada sobre esta variable; no obstante a raíz de este estudio sería interesante incorporarla en otros estudios pues constituye una causa fundamental de sentimientos de soledad, falta de apoyo familiar, de factores protectores, desesperanzas y mayores posibilidades de consumar el suicidio.

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

La tabla 18 muestra que predominaron los casos que no llevaban tratamiento ni seguimiento por el psiquiatra o médico de la familia, representados por el 78,9 %.

TABLA18. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según tratamiento y seguimiento por psiquiatría o médico de familia en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.

Tratamiento y seguimiento	Frecuencia	%
Sí	4	21,1
No	15	78,9
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Esta investigación demuestra la incorrecta dispensarización y seguimiento del riesgo suicida por los servicios de salud, pues el 68,4 % presentaron señales suicidas y sin embargo se evidenciaron acciones insuficientes, fallas en el programa, que pudieron contribuir al desenlace fatal.

La conducta suicida es un fenómeno complejo mediado por factores biológicos, psicológicos y sociales. La correcta evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de la patología de base del paciente es el mecanismo más efectivo a la hora de abordar el tema^(58, 59).

Varios autores coinciden en que recibir tratamiento integral y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, enfermedad física o abuso de alcohol actúa como factor protector ante la conducta suicida⁽⁶⁰⁾ aunque se debe destacar que la historia de tratamiento psiquiátrico previo, demuestra antecedente de morbilidad psiquiátrica y puede constituir un factor de riesgo⁽⁶¹⁾.

Burns CD, Cortell R y Wagner BM en los Estados Unidos y Jans T en Wuerzburg, Alemania, comprobaron la importancia del seguimiento médico después del intento suicida. Según la OMS del 15 al 30 % de los pacientes que se autolesionan repite la conducta antes del año, y entre el 1 y el 2 % se suicidarán entre los 5 y 10 años siguientes a la tentativa⁽⁶²⁾.

Los resultados de esta investigación coinciden con varios estudios nacionales e internacionales⁽⁶⁰⁻⁶⁴⁾.

La tabla 19 muestra que el 52,6 % de los casos llevaban más de un año sin ver a un médico, el 21,1 % más de 3 meses y menos de 6 meses, el 15,8 % más de 1 semana menos de 1 mes y el 5,3 % más de un mes y menos de 3 meses.

Los resultados evidenciados en esta tabla concuerdan con el análisis anterior, en el que el 78,9 % de los pacientes no llevaban tratamiento, ni seguimiento, relacionado con que la mayoría hacía más de un año que no veía a un médico en consulta, manifestando las fallas del sistema de salud y el mal funcionamiento de los grupos básicos de trabajo en el Municipio de Cienfuegos.

TABLA 19. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según la última vez que lo vio un médico en el municipio Cienfuegos. Año 2014.

Última vez que lo vio un médico	Frecuencia	%
Hace una semana	1	5,3
Hace más de una semana pero menos de un mes	3	15,8
Hace más de un mes pero menos de tres meses	1	5,3
Hace más de tres meses pero menos de seis meses	4	21,1
Hace más de un año	10	52,6
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo, cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de persona puede ser un valioso colaborador en su prevención y la consulta del médico general integral sería uno de los lugares indicados para ayudar a estos pacientes⁽⁶²⁾.

Está demostrado científicamente que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que se ofrezca al sujeto para el análisis de sus propósitos auto-destructivos⁽⁶²⁾.

Los resultados del estudio coinciden con varios autores⁽⁶¹⁻⁶⁴⁾.

En el análisis de la tabla 20 se evidencia que predominó el factor de riesgo consumo de drogas con un 63,2 %, seguido de APP de trastornos psiquiátrico con un 57,9 %, seguido de que sólo el 21,1 % de los casos estaban en dispensarización como RIS en el consultorio médico de la familia, y con menor porcentaje los pacientes con antecedentes de intento suicida representados por el 15,8 %.

Es importante identificar y evaluar los factores de riesgo para intervenir en la prevención de la conducta suicida, dada la presencia de factores de riesgo específicos ya comentados. Se requiere prestar una especial atención además a la valoración de las circunstancias, entorno de la persona, expectativas y calidad de vida.

Las estimaciones sugieren que el riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con consumo de droga que en la población general, coincidiendo con los resultados de esta investigación⁽⁶⁵⁾.

TABLA 20. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según factores de riesgos asociados al suicidio en el Municipio Cienfuegos 2014.

Factores de riesgos asociados al suicidio	Frecuencia	%
Antecedentes de intento suicida	3	15,8
APP de trastornos psiquiátrico	11	57,9
Dispensarización como RIS en el CMF	4	21,1
Consumo de drogas	12	63,2

Fuente: Formulario de datos.

En diferentes estudios se ha puesto de manifiesto que los antecedentes de trastorno mental se asocian al suicidio, sobre todo, los del estado de ánimo y en concreto, la depresión⁽⁶⁶⁾.

La existencia de antecedentes personales de intentos suicida en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado. En el meta-análisis de Harris y Barraclough, encuentran que las personas con intentos previos tienen 40 veces más riesgo de suicidio que la población general⁽¹¹⁾.

Según los resultados observados en la tabla 21 la droga que más consumían los pacientes que se suicidaron fue el alcohol en un 52,6 %, seguida de los psicofármacos con un 15,8 %.

TABLA 21. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según tipo de drogas que consumían en el Municipio Cienfuegos 2014.

Tipo de drogas	Frecuencia	%
Alcohol	10	52,6
Psicofármacos	3	15,8

Fuente: Formulario de datos.

El alcohol y las sustancias producen desinhibición y anulan las restricciones para el suicidio en una determinada persona con dependencia de sustancias, y por tanto, actúan como precipitante agudo del suicidio. La dependencia de sustancias, ya sea del alcohol o de drogas de abuso, aumenta hasta cinco veces, el riesgo de suicidio en un paciente, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida^(67, 68).

Fallecimientos por suicidio: Análisis y caracterización en el Municipio Cienfuegos

La prescripción de medicamentos psicoactivos inadecuadamente, en especial en el nivel primario de atención, es frecuente, siendo las principales razones para ello la falta de tiempo del profesional para la evaluación completa de los casos, la banalización de la gravedad del uso y de los efectos colaterales de estos tipos de medicamentos⁽⁶⁹⁾.

La reserva de los medicamentos psicoactivos en las residencias, constituyen a veces un verdadero arsenal terapéutico, lo que, en momentos de impulsividad se transforma en un poderoso medio para el suicidio. Además de favorecer la práctica de la automedicación, facilita la intoxicación por ingestión intencional, además de que, la falta de cuidados con la farmacia casera puede afectar la eficiencia y la seguridad de los medicamentos, debido al mal almacenamiento e incluso a la caducidad⁽⁶⁹⁾.

Los resultados de esta investigación coinciden con varios estudios nacionales e internacionales^(32, 33, 53).

La tabla 22 muestra que predominaron los casos que no habían ingresado en el servicio de psiquiatría con un 84,2 %.

TABLA 22. Distribución de los pacientes fallecidos por suicidio según ingreso en el Municipio Cienfuegos. Año 2014.		
Ingreso en el servicio de psiquiatría	Frecuencia	%
Sí	3	15,8
No	16	84,2
Total	19	100,0

Fuente: Formulario de datos.

Este resultado pudiera estar relacionado con que sólo el 15,8 % de los pacientes tenían antecedentes de intento suicida, y generalmente estos son los casos que mayoritariamente se ingresan, sin descartar otras patologías asociadas a estos pacientes que tal vez requerían ingresos pero por las fallas del programa descritas anteriormente no se realizó.

Habitualmente, la decisión de hospitalizar a un paciente tras un intento de suicidio es un proceso complejo que dependerá de varios factores entre los que se podrían citar, la gravedad clínica del episodio, la planificación y letalidad del plan, el riesgo suicida inmediato del paciente, la patología psiquiátrica de base o la presencia de comorbilidades y la existencia o no de apoyo familiar o social⁽⁷⁰⁾.

Diversos autores consideran que estos pacientes deberían tratarse de la forma menos restrictiva posible, aunque un factor clave a la hora de decidir si una persona puede ser tratada de forma ambulatoria o mediante ingreso hospitalario es su seguridad, ya que, en general, los pacientes con mayor intencionalidad suicida se manejan mejor ingresados⁽⁷⁰⁾.

Conclusiones

Con el presente trabajo se puede concluir que el suicidio fue más frecuente en los adultos jóvenes, del sexo masculino, con piel blanca y de procedencia urbana, con un nivel de escolaridad entre primaria y secundaria, donde la mayoría no trabajaban, procedentes de familias nucleares pero con alteraciones en su funcionamiento. Por otra parte se determinó que los antecedentes de ideación y señales suicidas predominaron en los pacientes estudiados; el método más utilizado fue el ahorcamiento preferentemente en el horario de la mañana, la mayoría de los casos no llevaban tratamiento con anterioridad y hacia más de un año que no se veían con un médico, encontrándose como principales factores de riesgo los antecedentes de enfermedades psiquiátricas, y entre ellas la depresión y en primer lugar el consumo de drogas siendo el alcohol la más utilizada.

La prevención del suicidio requiere un enfoque innovador, integral y multisectorial, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

Recomendaciones

Con este estudio se recomienda realizar una intervención profiláctico-educativa con los grupos de riesgos, acorde con los datos obtenidos, para aprender a oír la «voz de auxilio» del posible suicida y trabajar sobre las causas evitables del mismo.

Las investigaciones en este suplemento son recursos inspirados para señalar los retos y las recompensas del enganche a la investigación de la prevención del suicidio, y sugieren las direcciones futuras de la investigación que tienen el potencial de avance para la reducción de tentativas y muertes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Celia Moreno Campa, Carlos Luis Díaz Cantún, Raxsy Soler Santana, Marlenis Brossard Cisnero, Isabel Cristina Carbonell García. Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN [revista en la Internet] 2012 feb vol.16 no.2 Santiago de Cuba. [citado 2015 feb 18] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000200008&lng=es&nrm=iso
2. Martínez Pérez V, Parra Lorenzo Z. Repercusión familiar del comportamiento suicida. Rev Cubana de Med Gen Integr. 2005; 20(5-6): 2-3.
3. Pérez V, Lorenzo Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. Rev. Cubana de Med. Gen. Integr. 2005; 20(5-6): 1-3.
4. Pérez Barrero Sergio. Epidemiología del suicidio. 2008. Tomado de <http://www.psiquiatria.com.ar/index.html/>
5. Bertolote, J.M. Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. World Psychiatry. 2004; 2(3): 147-52.
6. Revista Habanera de Ciencias Médicas versión ISSN 1729-519X Rev. haban cienc méd vol.11, supl.5 Ciudad de La Habana 2012.
7. Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Ryoko S, Konishi A, Kato D, et al. Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. BMC Psychiatry 2007; 7(64). <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2180171/>> [consulta: 18 enero 2015].
8. Mansilla Izquierdo F. La conducta suicida y su prevención. <<http://www.psicologia-online.com/mo-nografias/9/conducta3.shtml>> [consulta: 14 feb 2015].
9. Hernández-Bringas, Héctor Hiram, Flores-Arenales, El suicidio en México Papeles de Población, vol. 17, núm. 68, abril-junio, 2011, pp. 69-101 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México. ISSN (Versión impresa): 1405-7425 Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11219270004>
10. Édgar Jhonny Muñoz Morales, María Isabel Gutiérrez Martínez. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles, rev.colomb.psiquiater. vol.39 no.2 Bogotá Apr./June 2010. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502010000200006&script=sci_arttext
11. Sarmiento Falcón Zenia, Santiago Sánchez Sánchez, Idania Vargas Polanco, Mary Álvarez Rodríguez. Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales MEDISAN v.14 n.8 Santiago de Cuba 8/oct.-16/nov. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000800002&lng=es&nrm=iso
12. MINSAP. Departamento de Estadísticas e información de salud. Estadísticas vitales. Mortalidad por causas 2008-2012. Consultado en www.minsal.cl.
13. José Manuel Corpas Nogales. Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. Gaceta de Antropología, 2011, 27 (2), artículo 33. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html
14. Pérez Barrero SA. Guía práctica para la evaluación del riesgo suicida. Revista Psiquiátrica Peruana 2010; 1:33-6.
15. Lecomte D, Fornes P. Suicide among young adults, 15 through 24 years of age Forensic sci 2011; 43(5): 964-8.
16. Larraguibel, M, Gonzáles, P, Martínez, V, Valenzuela, R. Mayo. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. [Consulta: 14 feb 2015]. Disponible: <http://www.scielo.cl/scielo.php>

17. Nakagawa A, Grunebaum MF, Oquendo MA, Burke AK, Kashima H, Mann JJ. Clinical correlates of planned, more lethal suicide attempts in major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2009; 112(1-3): 237-42.
18. Gibb BE, Andover MS, Miller IW. Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. *Depress Anxiety.* 2009; 26(6): 568-74
19. Sher L, Stanley BH, Harkavy-Friedman JM, Carballo JJ, Arendt M, Brent DA, et al. Depressed patients with co-occurring alcohol use disorders: a unique patient population. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69(6): 907-15.
20. Medina O, Cardona D, Rátiva J. Caracterización del suicidio en Armenia, Colombia, 2004–2008. *Orbis* [Internet]. 2010 [citado 28 Mar 2014]; 15(5): 76-102. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/709/70916420005.pdf>.
21. Alarcón R. La salud mental en América Latina, 1970 – 1985. *Bol of Saniit Panam* 2011; 105(3): 577.
22. Bolton JM, Belik SL, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(7): 1139-49.
23. Galfalvy H, Huang YY, Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Increased risk of suicide attempt in mood disorders and TPHgenotype. *J Affect Disord.* 2009; 115(3): 331-8.
24. Barrientos, G, Peláez, J.J, Hernández, T. Prevención y Control de la Conducta Suicida: guía para el diseño e implementación de programas locales; Proyecto de Cooperación Técnica entre países; Cuba, República Dominicana y Panamá; “Fortalecimiento del Componente Salud Mental en la Atención Primaria”. 2005, OPS/MINSAP, La Habana, pp 43-45.
25. Jiménez Betancourt E. Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2015 Ene 26]; 15(3): 339-344. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000300010&lng=es
26. Agüera Ortiz L. Psiquiatría en el anciano. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA (editores). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2009, p. 661-672.
27. Harwood D. Suicidio en ancianos. En: Jacoby R. Oppenheimer C (coordinadores). *Psiquiatría en el anciano*. 3ra edición. Barcelona: Edit. Masson; 2010.
28. Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS, Reynolds CF. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behavior in the elderly. *Drug Aging.* 2010; 22(3): 11-24.
29. Silvia Martínez Calvo. Análisis de Situación de Salud. La Habana; Ed. Ciencias Médicas.; 2006. p. 87-88.
30. Louro Bernal Isabel. Atención familiar. En Roberto Álvarez Sintés. *Temas de Medicina General Integral*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. pp. 209 -78.
31. Chacón Veranes M, Galán Sánchez A, Guerra Alavarez L, Marin Laera Y, Núñez Naranjo J. Tentativa de suicidio en la población mayor de 15 años durante el bienio 2011-2012. *Rev MEDISAN* [serie en Internet] 2013 [Consultado: 12 de marzo de 2015]; 17(10): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001000008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Pérez Barrero Sergio, Reytor Sol Francisco. *Revista Cubana Medicina General Integral* v. 11 n. 4. Ciudad de La Habana jul.-ago, 2011.
33. Jiménez Betancourt Elena. Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron. *Rev MEDISAN* [serie en Internet] 2011 [Consultado: 12 de marzo de 2015]; 15(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Sarracent Sarracent Ana, García Pérez Teresita, Brown Miclin Pastora. Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en La Habana. *Rev Hosp. Psiquiátrico de la Habana* [serie en Internet] 2013 [Consultado: 12 de marzo de 2015]; 10(1): Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph12113.html>
35. González Fernández Loraine, Fajardo Bernal Jaime, Fajardo López Eliza, Freixas Plá Consuelo, Alba Durán Reina. Suicidio en el adulto mayor. Artículo original [Internet]: Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_76_No.4/suicidio_adulto_mayor_tc.pdf
36. Oficina Nacional de Estadística e Información. Censo de Población y Vivienda. Cienfuegos 2012.

37. Morales Domínguez, Esteban. 2007. Desafíos de la problemática racial en Cuba, Ciudad de la Habana. Fundación Fernando Ortiz.
38. Albizu-Campos E., J.C., 2008, Contrapunteo cubano de la muerte y el color, en Revista Novedades en Población, Centro de Estudios Demográficos- Universidad de La Habana, Año 4, No. 7. La Habana, Cuba.
39. Madariaga C, Gómez A, Iriondo P, Savarese V, Taylor B, Ríos G. Prevalencia del Suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2008. Rev Chil Neuro-psiquiat [Internet]. 2010 [citado 27 Feb 2015]; 48(3):197-206. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000400004&script=sci_arttext
40. Mansilla Izquierdo F. Suicidio y prevención. Palma de Mallorca: Intersalud Neurociencias; 2010 [citado 11 Feb 2015]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3146/1/suicidio_y_prevenccion_fernando_mansilla_izquierdo.pdf
41. United Nations Populations Fund. State of the world's population. New York: NY: UNFPA; 2007.
42. World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control [Internet]; 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf
43. McKee M, Rechel B, Mladovsky P, Deville W, Rijk B, Petrova-Benedict R. The future of migrant health in Europe [Internet]; 2011. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf
44. Toledo Curbelo Gabriel .Fundamentos de Salud Pública. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. P. 18, 152.
45. Macro International, Inc. Measure DHS Stat compiler. DHS database [Internet]; 2011. Acceso el 20 de julio de 2014.
46. Negrín Calvo Yurien, Toledo Prado Jorge, Cabrales Escobar José Andrés, Carpio Muñoz Emilio, Muro García Amparo, Oria Barreto Amparo. Factores de riesgo asociados al suicidio en el municipio Sancti Spiritus en el quinquenio 2005-2009 [Internet]; Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/183/1073>
47. Muñoz Morales Edgar Jhonny, Gutiérrez Martínez María Isabel. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño. Rev colomb psiquiatría [revista en Internet]. 2010 Abr/Jun [citado 2 May 2015]; 3(2): Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502010000200006&script=sci_arttext
48. MINSAP. Análisis de Situación de Salud. Cienfuegos; 2014.
49. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo [artículo en línea] MEDISAN 2008; 13(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm
50. Hernández Trujillo Ariane, Eiranova González Irina, López Acosta Yelina M. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. Rev MEDISAN [revista en Internet]. 2013 [citado 2 May 2015]; 17(12): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013_001200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Ostling S, Waern M. Attempted suicide in the elderly: Characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. Am J Geriatr Psychiatr. 2010; 18 (1): 57-67.
52. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Corton E, Jimenez-Arriero MA, Lopez-Ibor JJ, et al. Differences Between Younger and Older Adults in the Structure of Suicidal Intent and Its Correlates. Am J Geriatr Psychiatr. 2010; 18(9): 839-47.
53. Moreno Pascual Ricardo, Navia González Felipe Antonio. Muertes por suicidio en la ciudad de Constitución (Chile) entre los años 2001-2011. Rev Medwave [Internet]. 2012; 12(9): Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5528>
54. Espriella Ricardo. Suicidio en instituciones psiquiátricas. Rev.colomb.psiquiatr [Internet]. 2010 [citado 2 May 2015]; 39(2): Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502010000200005&script=sci_arttext&tlng=pt
55. Sarmiento Falcón Z, Sánchez Sánchez S, Vargas Polanco I, Álvarez Rodríguez M. Conducta suicida y

- su relación con los factores de riesgo psicosociales. MEDISAN. 2010 [citado: 12 junio 2014]; 14(8). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san02810.htm
56. F. Cano, A. Rico, R. Marín, M. Blanco, M. Santos, J. Lucena. Suicidio en menores de 26 años en Sevilla. Cuad. med. Forense; 18 (2). Sevilla abr.-jun. 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062012000200002&script=sci_arttext
 57. Portal Miranda José Ángel, Montano Díaz Marco Antonio. Mortalidad por suicidio en adultos mayores, provincia Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2009 Ene [citado 2 May 2015]; 13(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100002&lng=es&nrm=iso
 58. Martínez Cárdenas A, González Sábado R, Martínez González A, Martínez González O, Martínez Hernández R, Martínez Rosabal S. Adulto mayor con riesgo suicida y funcionamiento familiar. Enciclopedia de las ciencias Sociales y Humanísticas II; 2011.
 59. Kraus JE, Horrigan JP, Carpenter DJ, Fong R, Barrett PS, Davies JT. Clinical features of patients with treatment-emergent suicidal behavior following initiation of paroxetine therapy. J Affect Disord. 2010; 120(1-3): 40-7.
 60. Malfent D, Wondrak T, Kapusta ND, Sonneck G. Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. Int J Geriatr Psychiatry. 2010; 25: 843-9.
 61. Ritchie CW, King MB, Nolan F, O'Connor S, Evans M, Toms N, et al. The association between personality disorder and an act of deliberate self harm in the older person. Int Psychogeriatr. 2011; 23(2): 299-307.
 62. Perera García Yugmila, Power Smith Sandra Luisa, Swaby Donicario Virgen, Hernández Faure Carlos, Peral Ochoa Mileibis. Caracterización del seguimiento médico a pacientes con intento suicida en edad escolar en el municipio Guantánamo. Revista Información Científica 2014; 87(5): Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_87_No.5/caracterizacion_del_seguimiento_medico_pacientes_intento_suicida_tc.pdf
 63. Van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. Crisis. 2011; 32(6): 319-33.
 64. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Corton E, Jimenez-Arriero MA, Lopez-Ibor JJ, et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2010; 3(1): 13-8.
 65. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
 66. Malfent D, Wondrak T, Kapusta ND, Sonneck G. Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. Int J Geriatr Psychiatry. 2010; 25: 843-9.
 67. Tadeo Pérez Martínez Víctor. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral, acerca de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. Ciudad de La Habana [Internet]. 2011 oct-dic [citado 2 May 2015]; 27(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000400004&script=sci_arttext
 68. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: metaanalyses based on psychological studies. Environ Health Prev Med. 2008; 13: 243.
 69. Peron Toledo. Elissa, Félix de Oliveira Magda Lúcia. Medicamentos psicoactivos: estudio de mujeres con intento de suicidio en un municipio del sur de Brasil. Index Enferm; 21(1,2) ene.-jun. 2012: Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000100008&script=sci_arttext&lng=3Des
 70. Bobes García J, Giner Ubago J, Daiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.
 71. Cohen, D. Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas. Fondo de Cultura Económica; Buenos Aires: 2007.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO. Caracterización de los pacientes fallecidos por suicidio consumado en el Municipio de Cienfuegos, año 2014.

Después de conocer los objetivos que se persiguen con el estudio, ser aclarada las dudas que he tenido, saber que mi participación en el estudio es voluntaria, y que todo lo informado por mí será confidencial y debidamente custodiado, decido firmar el presente documento.

He tenido contacto con el Dr. _____, el cual me explicó todos los detalles del estudio. (Nombre y apellidos)

Por tanto: por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad, firmo el presente documento de participación en el estudio.

(Nombre y Apellidos)

(Nombre y Apellidos)

Firma del médico _____

Fecha _____

Firma del familiar _____

Fecha _____

ANEXO 2. ENCUESTA A FAMILIARES DEL PACIENTE FALLECIDO POR SUICIDIO

Autor: Prof. Dr. Sergio A. Pérez Barrero

El Departamento de Estadísticas del Policlínico nos ha informado que en esta familia ha ocurrido un suicidio. Le agradeceríamos que nos permitiera hacerle algunas preguntas para una investigación que llevamos a cabo con todas las personas que han perdido un ser querido por esta causa. De antemano le expresamos nuestro más profundo agradecimiento por la sinceridad de sus respuestas

I. Generales del fallecido

- Sexo: M ___ F ___ Edad ___ Color de la piel: _____
- Procedencia: urbana _____ no urbana _____
- Nivel de escolaridad: 1. Bajo nivel: Primaria _____ Secundaria _____
2. Alto nivel: Pre-Universitario _____ Universitario _____
- Vínculo laboral: Si ___ No ___
- Estado conyugal : Soltero ___ Casado ___ Unión estable ___ Divorciado ___
Viudo _____
- Parentesco con el entrevistado: Padre ___ Madre ___ Hijo ___ Hermano ___
Abuelo ___ Tío ___ Primo ___ Otro _____
- Tipo de familia: Nuclear _____ Extensa _____ Ampliada _____
- Funcionamiento familiar: Funcional ___ Disfuncional _____

II. Comunicación y señales suicidas

- Antecedente de ideación suicida (Amenazado con suicidarse, que había dicho que tenía deseos de morir, que era mejor estar muerto que vivo, que había pensado acabar con su vida, que no quería seguir siendo una carga para los demás, que la vida no valía la pena vivirla, que estaba cansado de vivir, que para vivir así era preferible estar muerto, etc.):
Si _____ No _____
- Señales suicidas: (Historia familiar de conducta suicida, intento suicida anterior, evento vital reciente, enfermedades psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y pánico, sentimientos de soledad minusvalía y culpa, enfermedad física discapacitante, cambios de hábitos alimenticios, retraimiento, dificultad en las relaciones interpersonales, consumo indebido de alcohol o drogas, testamento, notas.): Si _____ No _____

III. Características del acto de suicidio

- Método empleado para suicidarse _____
- Lugar donde ocurrió el suicidio: En la casa _____
Especifique: Habitación _____ Baño _____ Patio _____ En otro lugar _____
- Se encontraba solo en la casa _____
- Horario en que ocurrió el suicidio: en la madrugada _____ en la mañana _____ al mediodía _____
en la tarde _____ en la noche _____

IV. Atención previa al suicidio

- Llevaba tratamiento y seguimiento: con el psiquiatra _____ con el psicólogo _____
con el médico de familia _____ No llevaba tratamiento ni seguimiento alguno _____
- 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 _____
- Ingreso en el servicio de Psiquiatría: Si _____ No _____

V. Factores de riesgo

- Antecedente de intento suicida: Si _____ No _____
- APP de trastornos psiquiátricos: Si _____ No _____
- Dispensarización como RIS en el CMF: Si _____ No _____
- Consumo de drogas (por parte del victimario): Si _____ No _____
Si su respuesta es afirmativa especifique marcando con una x
Alcohol _____ Psicofármacos _____ Otras: _____