

POLICLINICO UNIVERSITARIO "FELIPE POEY ALOY", NUEVA PAZ

COMPORTAMIENTO DEL INTENTO SUICIDA EN EL MUNICIPIO DE NUEVA PAZ

Dr. Idalberto Aguilar Hernández¹, Lic. Leidi Sandra Perera Millian² Dra. Dairys Esquivel Rodríguez³, Dra Mayra E. Barreto García³

1. Especialista de II grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Master en Urgencias Médicas en Atención Primaria.
2. Licenciada en Enfermería. Profesora Instructora
3. Especialista de I grado en MGI. Profesor Auxiliar

RESUMEN

Se realizó un proyecto de investigación que responde a un diseño descriptivo y retrospectivo en el periodo comprendido desde el 1 de enero de 1994 hasta el 31 de diciembre del 2004 en los 440 pacientes que acudieron a los servicios de urgencias de las unidades asistenciales de este territorio, con el objetivo de analizar el comportamiento del Intento Suicida y su relación con el funcionamiento familiar. Se utilizaron los registros primarios estadísticos y la aplicación del test de funcionamiento familiar FF-SIL. Se concluyó que el Intento Suicida prevalece en pacientes de 20 a 29 años, del sexo femenino, con nivel escolar medio, los estudiantes, el estado civil soltero y con residencia urbana. Prevalció como antecedente patológico personal los trastornos psiquiátricos depresivos y la presencia de Intentos Suicidas en los familiares, así como el método más empleado fue la ingestión de psicofármacos. Predominó la disfunción familiar en los pacientes con Intentos Suicidas. Se propone la realización de una intervención comunitaria en familias disfuncionales para disminuir la incidencia de este daño a la salud.

Descriptores DeCS: **INTENTO DE SUICIDIO**

INTRODUCCIÓN

El suicidio se ubica entre las 10 primeras causas de muerte en el mundo; según la Organización Mundial de la Salud, la cual estima que al menos 1110 personas se suicidan cada día y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, religión, etnia y alerta sobre el

incremento de las tasas de suicidio como una tendencia creciente sobre todo en la población joven, planteando que cada 42 segundos alguien hace un Intento Suicida con ocurrencia del suceso, cada 17 minutos sobre todo en jóvenes entre 5 y 14 años de edad, los que en determinado momento de su existencia sienten que la vida no tiene sentido por diferentes causas entre las que están: enfermedades físicas o mentales, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, las dificultades cotidianas de un mundo convulso; convirtiendo al Suicidio en la mejor y única opción para ellos. ^{1,2}

Los logros de la civilización y el progreso social producen un cambio en las condiciones materiales de vida, cambiando también al propio hombre; las reservas del organismo humano en lo referente a las características psicológicas y sociales, no siempre dan alcance a los cambios de estas condiciones externas en determinados individuos, produciéndose así un desequilibrio en el estado de salud ³ conllevando al hombre hasta el suicidio en sí; el cual se define como el acto humano de autolesionarse con la intención consciente y declarada de morir para acabar para siempre con la presión de una angustia que vivencia el individuo como insoportable; comprende el Intento y el Suicidio en sí. ⁴

En los países desarrollados de Europa y América del Norte, el suicidio figura entre la quinta y décima causa de defunción más importante y aparece como segunda o tercera causa entre personas de 15 a 44 años de edad. En trabajos realizados en diferentes partes del mundo se ha encontrado que la frecuencia del suicidio es mayor en los hombres que en las mujeres mientras que el Intento Suicida es mayor en mujeres que en hombres.

Según informes de criterios de tratamientos y de muestradores se producen entre 10 y 15 Intentos Suicidas por cada suicidio que ocurre, siendo mayor aún la relación en los niños y adolescentes. ^{5,6}

Este fenómeno que va en aumento en todos los países del mundo, se encuentra considerado ya como parte de "Las enfermedades del desarrollo", así tenemos por ejemplo más de 8000 casos en el año 1992 en los Estados Unidos comprendidos entre las edades de 15 a 24 años ⁷, al igual que en Francia, donde el incremento ha alcanzado cifras alarmantes ⁸.

Así se tiene que en el trienio 1963 – 65 el suicidio en Cuba tenía tasas de 12,7 x 10 000 hab., en los años 1974 se ubicaba como séptima causa de muerte y en el año 1984 se colocaba como la sexta causa de fallecimiento en el país con tasas de 22.0 x 100 000 hab.

A partir del año 1990 en nuestro país el suicidio ocupa la sexta causa de mortalidad general y la segunda en edades de 15-19 años. En el año 1990 la tasa fue de 18.2 por cada 100 000 habitantes y fue disminuyendo hasta que en el año 2000 se encontró en 13.6. ⁹

La provincia La Habana se ha mantenido en igual comportamiento e incluso en ocasiones ha tenido tasas superiores a la media nacional como sucedió en el año 1995 que alcanzó 23,3 x 100

000 habitantes. Güines en el año 2003 tuvo una tasa de 18.6 y en el 2004 de 15.5. La tasa provincial fue de 15.8, encontrándose entre la sexta y séptima causa de muerte.

El municipio de Nueva Paz con igual tendencia creciente en estos años ha llegado a presentar tasas como sucedió en el año 1996 con 37,7 x 100 000.

En los últimos 3 años se reportan tasa municipal de suicidio por encima de 34 x 100000 habitantes, cifra esta que no corresponde con la tasa esperada de países en vías de desarrollo y además el total de intentos y suicidios no cumplen la razón esperada.

Sobre la base de las ideas anteriores es que debemos trabajar a partir de la lectura y el análisis del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida elaborado por el Grupo Nacional de Psiquiatría en el año 1998, que establece como objetivos principales: evitar el Primer Intento Suicida, su repetición y la consumación poniendo en manos del médico de la familia un instrumento de trabajo, para así lograr disminuir las muertes por estas causas ¹⁰ y llegar a los indicadores anhelados por nuestro Ministerio según los objetivos, propósitos y directrices en el año 2000 para mejorar la salud de la población cubana ¹¹.

En estos momentos en que las áreas más débiles de la salud mental lo constituyen la promoción y la prevención de salud y que estos daños representan una amenaza importante para el bienestar del ser humano, es que en ellas debemos trabajar y practicar nuestros conocimientos para lograr impactos positivos; pues constituye una conducta realmente evitable.

El Intento Suicida constituye desde los años 90 el principal problema de salud en Nueva Paz, lo cual motivó seleccionar esta línea de investigación como un protocolo de tesis relacionado con la determinación de los factores epidemiológicos que influían en la misma, estableciendo un estudio retrospectivo desde 1994 hasta el año 2000 sin precedentes investigativos en el municipio relacionado con el tema. Los resultados validaron que en este territorio estos factores se comportaron de forma similar a los expuestos en la literatura médica internacional.

Posteriormente se continúa investigando sobre el tema y en el año 2004 se presenta otros resultados en la Jornada de Medicina Familiar donde se acotan cambios en la aparición de estos factores relacionados con los grupos de edades, sexo y métodos según género, lo cual motivó realizar otras actividades de investigación que dieran respuesta a esta problemática identificada.

Teniendo en cuenta que este daño constituye el principal problema de salud en Nueva Paz y en los últimos diez años las tasas de esta conducta se encuentran por encima de la media nacional y provincial, así como mi participación en diferentes tipos de reuniones donde se aborda el análisis de este programa me motivó a analizar el comportamiento del Intento Suicida en el municipio de Nueva Paz.

PREGUNTAS CIENTÍFICAS

- ¿Cómo se comportan sociodemográficamente los pacientes con Intentos Suicidas?
- ¿Cuáles son los métodos utilizados por los pacientes con Intento Suicida?
- ¿Cómo el funcionamiento familiar influye en los pacientes con Intentos Suicidas?

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un proyecto de investigación que responde a un diseño descriptivo y retrospectivo en el periodo comprendido desde el 1 de enero de 1994 hasta el 31 de diciembre del 2004 en los 440 pacientes que acudieron a los servicios de urgencias de las unidades asistenciales de este territorio, con el objetivo de analizar el comportamiento del Intento Suicida y su relación con el funcionamiento familiar

Se utilizaron métodos empíricos, estadísticos y teóricos. Se aplicó el Test FF-SIL que constituye una Prueba de Percepción para evaluar el funcionamiento familiar.

El método estadístico se empleó para la determinación de la muestra y la tabulación de los datos de las encuestas aplicadas y a partir de ellos, establecer las generalizaciones.

De los métodos teóricos se utilizaron el análisis y síntesis y el análisis histórico y lógico. El análisis y síntesis proporcionó la información necesaria del estado actual del objeto de investigación, considerando diversos autores que han trabajado el tema y sus resultados.

Operacionalización de variables:

1. Edad: es una variable cuantitativa, continua a escala ordinal a través de los siguientes grupos de edades (10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 y más años). Se describieron según años cumplidos.
2. Sexo: cualitativa, nominal, a escala dicotómica (masculino o femenino) y se expresó según sexo biológico.
3. Escolaridad: variable cualitativa ordinal en la cual se utilizó la siguiente escala según último año vencido:
 - Primaria no terminada: Aquellos que no tienen realizado el sexto grado.
 - Nivel primario: Los que tienen un certificado que demuestre su primaria terminada.
 - Nivel secundaria o medio: Los que tienen un certificado de haber terminado su secundaria básica.

- Nivel preuniversitario: Los que tienen certificado de haberse graduado de preuniversitario.
 - Técnico medio: Tiene certificado de Bachiller con un técnico medio.
 - Universitario: Los que tienen concluidos los estudios de una carrera universitaria.
4. Ocupación: variable cualitativa, ordinal que se utilizó la siguiente escala según la actividad que desempeña:
- a. Cuenta propista: Aquella persona que trabaja un oficio de forma independiente, pero pertenecen a la ONAT y al Ministerio del Trabajo.
 - b. Ama de casa: Aquellas personas que nunca han tenido vínculo laboral y se dedican a las labores domésticas.
 - c. Estudiante: Aquella persona que actualmente se encuentra realizando algún estudio.
 - d. Intelectual: Profesional que labora o desempeña una carrera universitaria.
 - e. Obrero calificado: Aquellas personas que desempeñan un oficio para el cual han obtenido una calificación.
 - f. Jubilado: Las personas que han concluido su vida laboral anterior y que reciben un retiro por los años trabajados.
 - g. Dirigente: Persona que ocupa un cargo en la dirección de una empresa o instituciones y que se le paga por su actividad.
5. Método utilizado: variable cualitativa nominal politómica con la siguiente escala (ingestión de psicofármacos, ingestión de sustancias, ingestión de otros medicamentos, fuego, ahorcamiento, arma blanca y precipitación de altura y/o proyección contra vehículo en marcha)
6. Funcionamiento Familiar: es una variable cuantitativa, ordinal, que se utilizó según funcionamiento familiar a través del Test de Percepción FF-SIL.

Es una prueba que se diseñó en 1994 para medir percepción de funcionamiento familiar, la cual es de fácil aplicación y calificación para el equipo de atención primaria. Fue creada por Pérez de la Cuesta, Louro y Bayane y fue validada en una muestra de familia de dos municipios de Ciudad de La Habana y obtuvo alta confiabilidad y validez, lo cual indica que la prueba mide lo que pretende medir a través de las dimensiones siguientes:

1. Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes decisiones de las tareas cotidianas.
2. Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales, con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. Comunicación: Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
4. Adaptabilidad: Habilidad para cambiar estructura de poder y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
5. Afectividad: Capacidad de los miembros de vivencias y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
6. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
7. Permeabilidad: Capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar a la familia en cuatro tipos:

	Puntos
1. Familia funcional	70 a 57
2. Familia moderadamente funcional	56 a 43
3. Familia disfuncional	42 a 28
4. Familia severamente disfuncional	27 a 14

Para dar salida a los primeros tres objetivos de la investigación se confeccionó una encuesta que contempla nueve acápite que incluyen las variables sociodemográficas seleccionadas y se aplicó el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Ambos se les aplicó a los familiares de los pacientes con intentos suicidas por el investigador.

El análisis estadístico de los porcentajes se realizó usando la tabla de contingencia a través de la dócima X^2 (Steel and Torrie 1988). En las tablas donde se combinan varios factores la significación dentro de la tabla se refiere a la interacción entre los factores.

En los casos en que se alcanzó diferencias significativas ($P < 0.05$, $P < 0.01$ ó $P < 0.001$) se aplicó la dócima de comparación múltiple de Duncan (1955).

Se procesó la información de forma estadística a través de una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP, los textos se procesaron en Word XP y las tablas y gráficos se realizaron en Excel XP utilizando valores absolutos y porcentuales. Todo ello permitió arribar a conclusiones y recomendaciones.

Se tuvo en cuenta para la realización de la investigación el consentimiento previo de los pacientes y familiares involucrados en la investigación, siendo factible la realización del estudio de este fenómeno por su aporte práctico así como la experiencia del investigador en esta línea de investigación.

RESULTADOS

En los 11 años que abarca nuestro estudio se tomó como universo los 440 Intentos Suicidas ocurridos en el municipio de Nueva Paz; de ellos 319 del sexo femenino para un 72.50% y 121 (27.50%) del sexo masculino, representando una proporción aproximada de 3:1; datos similares a los encontrados por otros autores que plantean el predominio femenino en proporciones análogas a las nuestras, por ser este tipo de daño preferible en las féminas.

En la tabla 1 se aprecia como predomina el Intento Suicida en el grupo de 20 – 29 años de edad (27.72%), seguido de este grupo de edad están las personas comprendidas entre los 10 y 19 años con el 22.50% y los de 30 a 39 años con el 21.36% y posteriormente aparecen los de 40 años y más con menores incidencias.

Tabla 1: Distribución de los Intentos Suicidas según grupo de edades y sexo.

GRUPOS DE EDADES (Años)	S E X O				TOTAL	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
10-19	77	17.50	22	5.00	99	22.50ab
20-29	93	21.13	29	6.59	122	27.72a
30-39	67	15.22	27	6.13	94	21.36b
40-49	35	7.95	19	4.32	54	12.27c
50-59	27	6.15	10	2.28	37	8.42c
60-69	11	2.50	3	0.68	14	3.18c
70 y MÁS	9	2.05	11	2.50	20	4.55c
	EE=±1.31 NS				EE=±1.6731 ***	
TOTAL	319	72.50a	121	27.50b	440	100.00
	EE=±2.38 ***					

EE: Error estándar

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** P< 0.001

NS: P > 0.05 No significativo

Al analizar el nivel de escolaridad se evidenció que predominó el nivel escolar medio, con 123 casos, lo que representa el 27.95 %, seguidos del nivel primario con 85 casos, para un 19.31 % y a continuación aparecen 83 casos con primaria no terminada para el 18.86 %. (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los Intentos Suicidas por escolaridad.

Nivel escolar	No.	%
Primaria no terminada	83	18.86b
Nivel primario	85	19.31b
Nivel medio	123	27.95 a
Nivel preuniversitario	56	12.72c
Técnico medio	51	11.59c
Universitario	42	9.57c
EE y Sign		±1.75 ***
Total	440	100.00

EE : Error estándar

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** P < 0.001

En la tabla 3, se presenta la distribución de casos según la ocupación observándose que el Intento Suicida fue más frecuente en los estudiantes, con 157 casos, para un 35.68% y en segundo lugar las amas de casa con 79 pacientes, para un 17.95 %.

Tabla 3. Ocupación en los pacientes con Intentos Suicidas. Nueva Paz 1994-2004

Ocupación	No.	%
Cuenta propista	38	8.64c
Ama de casa	79	17.95b
Estudiante	157	35.68a
Intelectual	28	6.36c
Obrero Calificado	51	11.60c
Jubilado	49	11.13c

Dirigente	38	8.64c
EE y Sign		±1.69 ***
Total	440	100.00

EE: Error estándar

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según

Duncan (1955)

*** P< 0.001

El método utilizado para realizar el Intento Suicida que predominó fue la ingestión de psicofármacos en ambos sexos (66.36%) como se muestra en la tabla 4 seguido del ahorcamiento con el 12.07% y de la ingestión de sustancias con el 7.94% preferible por las féminas.

El fuego y las armas aportaron un mínimo de casos, 3.63% y 1.58% respectivamente; mientras que sólo se reportaron tres casos que emplearon la precipitación de altura y/o la proyección contra vehículos en marcha (0.70 %)

Tabla 4. Distribución de los Intentos Suicidas según método utilizado y sexo.

MÉTODO UTILIZADO	S E X O				TOTAL	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
Ingestión de Psicofármacos	238	54.09	54	12.27	292	66.36a
Ingestión de Sustancias	26	5.90	9	2.04	35	7.94bc
Ingestión de Medicamentos	24	5.45	10	2.27	34	7.72bc
Fuego	13	2.95	3	0.68	16	3.63cd
Ahorcamiento	14	3.18	39	8.89	53	12.07b
Arma Blanca	3	0.68	4	0.90	7	1.58d
Precipitación de Altura y/o Proyección contra vehículos en marcha	1	0.25	2	0.45	3	0.70d
	EE=±1.23 NS				EE=±1.69 ***	
TOTAL	319	72.50a	121	27.50b	440	100.00
	EE=±2.38 ***					

EE: Error estándar

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** P< 0.001

NS: P > 0.05 No significativo

En la tabla 5 se aprecia como se comporta el funcionamiento familiar donde se evidencia que los Intentos Suicidas predominaron en familias disfuncionales con 211 casos, para un 64.53 %, y severamente disfuncionales el 7.03 % lo que representa que el 71.56 % de las familias son disfuncionales.

Tabla 5. Comportamiento del Funcionamiento Familiar

Funcionamiento familiar	No.	%
Familia funcional	50	15.29b
Familia moderadamente funcional	43	13.15bc
Familia disfuncional	211	64.53a
Familia severamente disfuncional	23	7.03c
EE y sign		±2.39 ***
Total de Familias	327	100.00

EE: Error estándar

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** P< 0.001

Fuente: Test de Percepción FF-SIL

DISCUSIÓN

Estudios similares relacionados con los Intentos Suicidas realizados en Inglaterra arrojaron que el 73% de estos correspondían al sexo femenino, e incluso en personas con una alta frecuencia de recidivas en períodos cortos de tiempo al igual que en Francia donde estudios realizados concluyeron datos semejantes. ¹²⁻¹⁴

Al analizar los resultados obtenidos con la distribución de los grupos de edades y sexo no corresponde con la literatura revisada, la cual plantea que el mayor número de casos oscilan entre 15 y 24 años de edad ¹⁻⁸, hecho que se explica por sí solo, si tenemos en cuenta que en nuestro país se le garantiza a los adolescentes una etapa confortable y donde nuestra juventud está libre de los factores de riesgo importantes que se presentan a esta edad en otras latitudes. No obstante a estas estadísticas Juárez – Aragón ¹⁵ en México tiene un estudio que demuestra como grupo de edad más vulnerable al Intento Suicida a los jóvenes de 18 a 33 años de edad con porcentajes superiores al 38 %.

Los resultados de escolaridad pueden estar determinados porque las personas con bajo nivel suelen ser menos reflexivas, más impulsivas, donde suelen predominar factores emocionales en su conducta, propiciando la aparición del Intento Suicida; mientras que las personas con un alto nivel de escolaridad tiene un mejor control de sus emociones y sus impulsos. Coincide este resultado con otros estudios realizados en nuestro país en que existe un predominio de la escolaridad baja en pacientes con conducta suicida ^{16,17}

Los Intentos Suicidas tienen proporción mayor en las personas no vinculadas a trabajo ni estudio; por lo que el desempeño social aparece en nuestra investigación como un riesgo para la aparición de la conducta suicida, mostrándose que las personas que están vinculadas a la sociedad tienen un menor riesgo a realizar conducta suicida. Iguales resultados se encontraron en el Policlínico "Mario Manduley", en Centro Habana, y en el Policlínico Docente de Guanabacoa. ¹⁸ En estudios más antiguos también predominan en las amas de casa. Al parecer es un factor que está presente durante la historia. ¹⁹

Relacionado con el método utilizado hace varios años otros autores en nuestro continente han encontrado hallazgos similares como Lecomte en Francia ⁸ y Juárez Aragón en México ¹⁵

La literatura registra como una disfuncionabilidad familiar provoca la aparición de dichos conflictos, y desencadena estas conductas. Se estudiaron por Herrera, 23 personas con antecedentes de intentos suicidas y sus familias, en un área de salud, para conocer las características del funcionamiento familiar y de los eventos vitales que experimentaban. Se determinó que el 82,6 % de las familias tenía un funcionamiento familiar evaluado de regular o malo, que en el total de la muestra se hallaron crisis familiares no transitorias siendo más frecuentes las crisis por desorganización y desmoralización. Se consideró el deterioro de las relaciones familiares como un factor de riesgo importante. ²⁰

CONCLUSIONES

- Predominó el grupo de 20 a 29 años, del sexo femenino, con nivel escolar medio y los estudiantes
- Más de la mitad de los pacientes empleó como método la ingestión de psicofármacos
- Predominó la disfunción familiar en casi las tres cuartas partes de los pacientes con Intentos Suicidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lester D. The monthly distribution of suicides and urbanization. *Percept- Mot- Skills*. 1998; 86(3-2): 1458.
2. Pérez Barrero S. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cub Med Gen Int* 1999; 15(2): 196 –217.
3. Guerra de Macedo C. Mensaje del Director. *Bol of Saint Panam* 1986; 101(6):1.

4. Shaffer D. La prevención del suicidio en la adolescencia. *J Am Acad Child Adolesc Psychia Try* 1988; 27(6): 657-87.
5. Riera Betancourt C, Alonso Betancourt O, Marro O. La conducta suicida y su prevención. La Habana: Ciencias Médicas; 2000.
6. Álvarez Sintés R. Atención familiar. En: *Temas de Medicina General Integral*. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2001, Vol 1.p. 209 – 79.
7. Riera C, Alonso O, Madrid E. La conducta suicida y su prevención. La Habana: Ciencias Médicas; 1995.
8. Lecomte Fornes P. Suicide among youth and young adults, 15 through 24 years of age. *Paris J-Forensic-Sci* 1998; 43(5): 964 - 8.
9. Riera C, Alonso O, Madrid E. La conducta suicida y su prevención. La Habana: Ciencias Médicas; 1995.
10. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Psiquiatría. Programa Nacional de prevención de la conducta suicida. La Habana: MINSAP; 1998.
11. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices hacia el año 2000. La Habana: MINSAP; 1992.
12. Lester D. Judging the sex and age of suicide note writers. *Percept- Mot- Skills* 1998; 86 (3-2): 1218.
13. Mzelewz S, Jonsson K, Aberg M. A prospective study on the epidemiology of burns in patients admitted to the harare burn units. *Burns*. 1999; 25 (6): 499 – 504
14. Pochard F, Robins M, Fassel Al. Suicidal action and sacrificial violence systemic and anthropological hypothesis. *Encephale*.1999; 25 (4): 296 – 303.
15. Juarez- Aragón G, Castanon – González JA, Pérez Morales AJ. Clinical and epidemiology characteristics of severe poisoning in an adult population admitted to an intensive care unit. *Gac Med Mex (México)*. 1999; 135 (6): 669 - 75.
16. Montes de Oca Campo,I, Martínez Camejo,I. Autoagresión por quemaduras. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996; 12(2) : 113-19.
17. Guibert Reyes, W, Del Cueto, E. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.ptp.script=sci_artext.pid-s08642125200300050004ing=esnrm=iso.
18. Rodríguez Valdés, R. Pedraza Vilela,M, et al. Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Rev Cubana Med Mil* 2004; 33(1). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.ptp.script=sci_artext.pids013865572004000100004ing=esnrm=iso
19. Cruz Tamargo F. Estudio de factores de riesgo de intento suicida en el Municipio Habana Vieja. Ciudad de La Habana: Científico Técnica; 1999.
20. Herrera PM, Avilés K. Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(2):134-7

SUMMARY

It was carried out a project of investigation that responds to a retrospective and descriptive design in the period between January 1st, 1994 until December 31st, 2004 in the 440 patients that went

to the urgency services of the care center units of this territory with the objective to analyze the behavior of the suicide attempt and its relation with the family functioning. The statistical primary registrations were used and the application of the family functioning test FF-SIL. It was concluded that the suicide attempt prevails in patients from 20 to 29 years, of female sex, with medium school level, the students, the single marital status and with urban residence. As personal pathological antecedent prevailed depressive psychiatric disorders and the presence of suicide attempts in the relatives and the most used method was the intake of mood-altering drugs. Family dysfunction predominated over the patients with suicide attempts. The execution of community intervention in dysfunctional families is proposed to diminish the incidence of this damage to the health.

Subject Headings: **SUICIDE, ATTEMPTED**

Dr. Idalberto Aguilar Hernández
E-mail: idaguilar@infomed.sld.cu