



Lesiones autoinfligidas intencionales en adolescentes

Abreu Pérez, Daysi¹

Baéz Portal, Alina²

Leiva Cubeñas, Yamilka Eulalia³

¹ Facultad de Ciencias Médicas de Morón/Esp. II grado en Pediatría, Dr.C. Médicas, Investigadora Titular, Profesora Titular, Morón, Ciego de Ávila, Cuba, Libertad 45 A, Morón, email: daisya72@infomed.sld.cu, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8414-0542>

² Facultad de Ciencias Médicas de Morón/Esp I grado Medicina Familiar, Aspirante a Investigador, Asistente, Morón, Ciego de Ávila, Cuba, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2837-996X>

³ Facultad de Ciencias Médicas de Morón/Esp I grado Medicina Familiar, MsC Educación Médica, Aspirante a Investigador, Auxiliar, Morón, Ciego de Ávila, Cuba, Orcid:<https://orcid.org/0000-0001-5797-3709>

Resumen:

Introducción: las lesiones autoinfligidas intencionales constituyen un problema de salud en el mundo. En Cuba representaron la tercera causa de muerte en adolescentes en 2019. Objetivo: describir algunas características clínicas y epidemiológicas de los adolescentes con lesiones autoinfligidas intencionales. Método: estudio descriptivo transversal a partir de una población de 35 adolescentes pertenecientes al área sur del municipio de Morón que presentaron estas lesiones y estuvieron ingresados en el período comprendido de enero a diciembre del 2018. La historia clínica individual y la encuesta a familiares fueron las fuentes de obtención de la información. Se utilizaron el porcentaje y la media y se cumplieron los preceptos éticos. Resultados: la media de edad fue de 17,1 años, con predominio del sexo femenino (82,86 %). Solo el 31,43 % tenía antecedente de trastorno psiquiátrico. La mayoría tenía nivel escolar secundario (71,43 %). Predominó la presencia de violencia física en el hogar (74,29 %), la ausencia de la figura paterna (68,57%) y el tipo de familia ampliada (48,57%). El modus operandi más utilizado fue la ingestión de psicofármacos (74,29%). Un 45,71% requirió medicamentos luego del alta hospitalaria. Conclusiones: incrementar las evidencias científicas de la importancia de las lesiones autoinfligidas en adolescentes, permitiendo al equipo de salud y las autoridades sanitarias del primer nivel de atención puedan sustentar actividades promocionales y preventivas en los adolescentes vulnerables.

Palabras clave: PSICOTRÓPICOS/envenenamiento; SUSTANCIAS DE ABUSO POR VÍA ORAL; ADOLESCENTE; HERIDAS Y LESIONES; VIOLENCIA DOMÉSTICA; INTENTO DE SUICIDIO; TRASTORNOS MENTALES.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia, es la etapa establecida entre la niñez y la adultez, se inicia por cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones; comprende para la mayoría de los autores desde los 10 hasta los 19 años¹ y para algunos desde los 10 hasta los 24 años.² Se considera a la adolescencia una etapa complicada del desarrollo, pues además de los cambios anatomofisiológicos que implica, aparece la necesidad de independencia que conllevan, en muchas ocasiones, a contradecir las reglas y expectativas de los adultos.³

El suicidio se define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria.⁴ Desde hace algunos años al suicidio se le conoce también con el nombre de lesiones autoinfligidas intencionalmente o, intencionales.⁵ Ellas constituyen las manifestaciones dramáticas del fracaso de los adolescentes al enfrentarse con ese nuevo mundo; en consecuencia, ponen en tela de juicio las conductas sociales de los adultos, lo que resulta un conflicto de generaciones.¹

Algunos autores señalan que las lesiones autoinfligidas intencionales representan la tercera causa de muerte de los adolescentes en el mundo. Algunas de las investigaciones en relación con la idea suicida, establecen relaciones entre estas lesiones y las características psicológicas, sociales y demográficas de las personas y las consideran como una manifestación universal de causa multifactorial.^{6,7}

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2025 el suicidio representó la tercera causa de muerte en las edades de 15 a 29 años; cerca de 720 000 personas fallecen cada año en el mundo y el 73 % en países de bajos y medios ingresos.⁷ Soler-Sánchez y cols.,⁸ declaran que por cada muerte reportada se realizan entre 10 y 20 intentos fallidos de autoagresión. Refieren además que, en Australia, China, Irlanda, Nueva Zelanda y Suecia las lesiones autoinfligidas intencionales constituyen la causa principal de muerte en menores de 15 años y en países como Canadá, Venezuela, Estados Unidos de América y Cuba tiene una presencia importante.

En Cuba, según el Anuario Estadístico de Salud de 2024, las lesiones autoinfligidas intencionales en la población en general constituyeron la décima causa de muerte, con una tasa de mortalidad de 16,5 por 100000 habitantes, con predominio del sexo masculino. En el grupo de 5 a 18 años, representó la quinta causa de muerte con una tasa de mortalidad de 0,9 por cada 100000.⁹

En Ciego de Ávila en 2024 se reportaron 49 muertes por esta causa, lo cual representa una tasa de 12,8 por 100 000 habitantes, con unos años de vida potencialmente perdidos de 4,6 y 1 en los sexos masculino y femenino respectivamente.⁹ Los valores anuales oscilan sobre estas cifras.⁹ Estos datos muestran que las lesiones autoinfligidas intencionales constituyen un problema de salud en el territorio en un grupo poblacional vulnerable como lo es la adolescencia. Esto requiere de la necesidad de profundizar en sus peculiaridades.

El objetivo de este trabajo es describir algunas características clínicas y epidemiológicas de los adolescentes con lesiones autoinfligidas intencionales del área sur del municipio Morón en la provincia de Ciego de Ávila.



II. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los adolescentes pertenecientes al área sur del municipio de Morón que presentaron lesiones autoinfligidas intencionales en el período comprendido de enero a diciembre del 2018. Se trabajó con la totalidad de 35 adolescentes entre 12 y 18 años ingresados por esta causa en el Hospital Provincial General Docente “Roberto Rodríguez Fernández” y atendidos, posterior a su egreso, por el grupo interdisciplinario de salud mental del área sur del municipio Morón. Se excluyeron los adolescentes que consumaron las lesiones autoinfligidas intencionales y con hechos de sangre mayores.

Como fuente de información primaria se utilizó una encuesta a los familiares de los adolescentes y como secundarias, las historias clínicas individuales: hospitalaria y del centro de salud mental del área sur del municipio de Morón. Los datos obtenidos en todas las fuentes se incluyeron en una planilla confeccionada por los autores.

Se estudiaron las variables: edad, sexo, nivel escolar, presencia de antecedentes psiquiátricos, el uso de medicamentos luego de la evaluación con el alta hospitalaria, situación intrafamiliar y modus operandi.

La situación intrafamiliar se caracterizó a partir de las variables: tipo de familia (según su ontogénesis), presencia de violencia física en el hogar y presencia patriarcal. Se clasificó la familia según la ontogénesis, en nuclear, extensa o extendida y mixta o ampliada. Se consideró familia nuclear cuando convivían hasta dos generaciones, padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos; familia extensa o extendida cuando había presencia de dos generaciones o más con la inclusión o no, de hijos casados o en unión consensual con descendencia o sin ella y familia mixta o ampliada, ante cualquier tipo de familia que rebasara las anteriores estructuras, con la inclusión de otros parientes y amigos.¹⁰

La violencia física en el hogar se consideró verbal cuando se refirieron gritos, humillaciones, manipulación y otras manifestaciones y física cuando hicieron alusión a golpes, empujones, heridas con objetos y otras.

Se consideró la presencia patriarcal cuando existía la figura paterna en el seno familiar. Respecto a la conducta médica a seguir se realizó el ingreso hospitalario y valoración por psiquiatría infantil en todos los casos, tratamientos medicamentosos o no, en dependencia de la evaluación anterior y seguimiento por el equipo de salud mental del primer nivel de atención a la salud al egreso. Se creó una base de datos en el sistema estadístico SPSS versión 18.0 para Windows. Se utilizó el porcentaje y la media como medidas de resumen. En la investigación se cumplieron las pautas de la declaración de Helsinki. Los padres o tutores firmaron el consentimiento informado y aceptaron la participación de los adolescentes en la investigación y la divulgación de los resultados respetando el anonimato.

III. RESULTADOS

Del total de 35 casos (Tabla 1), la media de edad fue de 17,1 años y predominó el sexo femenino (82,86%).

Tabla 1 - Adolescentes con lesiones autoinfligidas intencionales según edad y sexo

Edad	Sexo	No.	%
------	------	-----	---

Media	17,1	Femenino	29	82,86
Desviación típica	1,2	Masculino	6	17,14
Mínima/Máxima	15/18	Total	35	100,00

Fuente: historias clínicas

Al analizar la situación intrafamiliar (Tabla 2), predominó la presencia de violencia física en el hogar (74,29 %), la ausencia de la figura paterna en el seno familiar (68,57 %) y el tipo de familia ampliada (48,57%). En cuanto al nivel escolar se observó un predominio del nivel escolar secundario (71,43 %) con respecto al preuniversitario (28,57 %).

Tabla 2 – Adolescentes con lesiones autoinfligidas intencionales según la situación intrafamiliar

Situación intrafamiliar	n=35	No.	%	Chi cuadrado
Violencia física en el hogar	Si	26	74,29	p<0,004
	No	9	25,71	
Presencia del padre	Si	11	31,43	p<0,028
	No	24	68,57	
Tipo de familia	Nuclear	6	17,14	p<0,074
	Extensa	12	34,29	
	Ampliada	17	48,57	

Fuente: encuesta

Según el modus operandi predominó la ingestión de psicofármacos en 26 pacientes (74,29%), seguido en orden decreciente, por la laceración de la muñeca en 7 (20,00%) y el ahorcamiento en dos (5,71%).

Se recogió el antecedente de trastorno psiquiátrico en 31,43 %. Solo un 45,71 % requirió el uso de medicamentos luego de la evaluación con el alta hospitalaria realizada por psiquiatría infantil

IV. DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en cuanto a la edad y sexo de los adolescentes coinciden con un estudio cubano, realizado en una comunidad urbana del municipio de Santa Clara en la provincia de Villa Clara,¹¹ pero resultan diferentes a los de Pérez-Abreu y cols.,¹² y a los resultados de otro estudio, realizado Villa Clara, en el que se refiere un predominio de edades adultas por encima de los 20 años pero igualmente del sexo femenino.¹³

La frecuencia encontrada en cuanto a la edad en este trabajo, pudiera deberse a lo que también otros autores consideran: es al final de la adolescencia temprana, el período donde se enfatizan los cambios psicológicos, emocionales y hormonales por los que transitan los adolescentes, los que los llevan a tomar decisiones favorecedoras de lesiones autoinfligidas intencionales.¹⁴ Se ha planteado que las mujeres utilizan métodos menos letales, en relación con los hombres, que llegan a la consumación del acto suicida.¹⁵



En este estudio solo 11 pacientes presentaron antecedentes de desórdenes psiquiátricos a diferencia de lo encontrado por Hyun-Choi y cols.,¹⁵ quienes hallaron que aproximadamente la mitad de los adolescentes tenían antecedentes patológicos familiares. Se ha informado sobre la existencia de predisposición familiar en la conducta suicida, por lo cual es necesario precisar con los pacientes, si existen estos antecedentes para evaluar el riesgo suicida.¹⁶

La ingestión de psicofármacos es también el modus operandi preponderante para otros autores.^{14,17-19} Robinson y cols.,²⁰ encontraron en su serie los métodos duros como la autolesión directa, y un los actos mortales no especificados, en el 14,6 % recurrieron a la ingestión de sustancias.

En cuanto al análisis de la situación intrafamiliar predominó la violencia física en el hogar, la misma representa un factor detonante muy importante en las lesiones autoinfligidas intencionales como refieren Argota-Matos y cols.,¹⁸ En el trabajo de Pérez-Abreu y cols.,¹² se observan los conflictos familiares como la variable causante de mayor número de estas lesiones. Se ha descrito en la literatura que el factor de riesgo asociado a las lesiones autoinfligidas intencionales más elevado, es el antecedente de violencia física familiar en sus diferentes manifestaciones, con marcada presencia en los intentos consumados.^{21,22}

En los niños y adolescentes sometidos a situaciones de abuso físico y sexual tiene una alta incidencia la conducta suicida. Se ha informado que el abuso sexual es más frecuente en varones con trastornos psicopatológicos, así como que la orientación sexual se ha asociado a ideación y conducta suicida.²³⁻²⁵

La familia ampliada aporta el mayor número, con 17 casos en relación con la extendida y la nuclear, lo cual no se corresponde con el estudio de Méndez y cols.,¹⁴ donde predominó la familia de tipo nuclear. Autores cubanos y extranjeros observaron en sus estudios que el nivel secundario de escolaridad fue el más frecuente,^{14,18,26} lo cual se identificó también entre los resultados de esta investigación.

Argota-Matos y cols.,¹⁸ observaron que la incidencia del intento suicida disminuyó respecto al incremento del nivel educacional y consideraron que esto se explica por una mayor preparación para enfrentar conflictos y hallarles solución. También se ha encontrado relación entre el bajo estatus socioeconómico y el bajo nivel educativo intrafamiliar con conducta suicida en la adolescencia.²⁷ El rendimiento académico bajo ha sido asociado a ideación suicida y a tener una actitud negativa acerca de la escuela y la actividad escolar, con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida.²⁷

En ocasiones los adolescentes con conflictos en diferentes esferas tienen una serie de necesidades que desean cumplir, incluyendo algunas como estar a la moda, participar en fiestas, usar ropas de marcas, lucir prendas, entre otros, como el resto de los adolescentes de su ámbito escolar o del lugar donde viven y sus padres no tienen la solvencia económica para facilitarlo, por lo cual en ocasiones roban, realizan actividades de venta o negocios no legales y ante las dificultades para lograr su objetivo, realizan intentos de lesiones autoinfligidas intencionales.²⁸

Durante la hospitalización a todos los investigados se les realizó la valoración por el psiquiatra infantil; 45,71% requirió tratamiento para controlar los trastornos de la ansiedad o la depresión presente en ellos y luego del egreso, continuaron con un seguimiento en el primer nivel atención a la salud. Alvis y cols.²⁹ en Ibagué, zona urbana de Colombia, al igual que en este estudio, realizan la valoración por psiquiatría,

aunque los mismos quedan reservados para los casos con antecedentes de lesiones autoinfligidas intencionales y los pacientes con un solo intento se evalúan primeramente por los servicios de Psicología.

V. CONCLUSIONES

Estos resultados obtenidos contribuyen a incrementar las evidencias científicas de la importancia de las lesiones autoinfligidas en adolescentes, permitiendo al equipos de salud y las autoridades sanitarias del primer nivel de atención puedan sustentar actividades promocionales y preventivas en los adolescentes vulnerables.

REFERENCIAS

1. Gómez-Castillo B. Antecedentes de dependencia en adolescentes. Rev Elec Psic Izt [Internet]. 2017;20(2):427-41.
2. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescent. The Lancet Child & Adolescent Health 2018;2(3):p223-8.
3. Guzmán-Marín L. La adolescencia. Principales características [Internet]. México: Escuela Nacional Colegio de Ciencias y Humanidades. 2017.
4. Estanquero-Ortega L, Corona-Miranda B, Pardo-Rodríguez R. Evaluación del programa nacional de suicidio en el municipio Güines, Mayabeque. Rev Cubana Hig Epidemiol 2024;61:e1469.
5. Corona-Miranda B, Hernández-Sánchez M, García-Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev Haban Cienc Med 2016;15(1):90-100.
6. Hernández-Castillo MD, Galicia-Torres MR, Ávila-Gonzaga SE, Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano AE, Rodríguez-Caballero A, et al. Intento de suicidio en población pediátrica: abordaje integral en el área de urgencias. Acta Pediatr Mex 2024; 45 (Supl 1): S73-S88
7. Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa. Suicidio. Datos y cifras [Internet]. Marzo 2025 [citado agosto 2025]; Nota descriptiva s/n [aprox. 4 p]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/suicide>
8. Soler-Sánchez YM, Pérez-Rosabal E, Mejías-Cesar M, López Sánchez MC, Cesar-Rodríguez MA. Programa educativo para potenciar factores protectores en adolescentes con conducta suicida. Multimed 2016;20(1):161-71.
9. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Anuario Estadístico de Salud 2024 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2025 [citado 23 Ene 2021].
10. Pilaloe-Tamayo SE. Guía anticipatoria para contribuir al cumplimiento de las funciones básicas del caserío San Antonio. Parroquia Huambaló, 2015. [Internet] Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2016.
11. Rojas-Rojas M, León-Martínez CA, Troya-Gutiérrez A. Aspectos demográficos y psicosociales de adolescentes con intento suicida. Acta Med Centro 2025;19
12. Pérez-Abreu S, Cuellar-Álvarez J, Ferrer-Lozano D. Caracterización del intento suicida en adolescentes desde un centro comunitario de salud mental. AMC [Internet]. 2018 [citado 23 Ene 2021];22(4):500-13.



13. Vázquez-Ramos D, Arango-Díaz A, Pacheco-Fuentes YJ, Castellanos-Sánchez E, Sierra-Ruíz YJ, Ruíz-Ramos MC. Caracterización de la conducta suicida en la Provincia de Villa Clara. *Acta Med Centro*. 2024;018(1).
14. Méndez-Bustos P, Fuster-Villasaca J, Tapia A, Lopez-Castroman J. Característica clínica, psicológica y sociofamiliar de la conducta suicida en adolescentes chilenos: análisis de correspondencias múltiples. *Medwave* 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.5867/medwave.2022.06.002567>
15. Hyun-Choi Y, Hee-Choi Y, Hee-Lee D, Yeon-Lim J, Kim K, Hee-Lee J. Characteristics of Adolescent Patients Admitted to the Emergency Department due to Attempted Suicide by Poisoning; a Brief Report. *Adv J Emerg Med*. 2020;4(2):e26. Disponible en: <https://www.sid.ir/FileServer/JE/57004320200210.pdf>
16. Sánchez-Echeverri J. Factores de riesgo relacionados con el pensamiento y conducta suicida en una adolescente [Internet]. Medellín: Universidad de Medellín; 2019.
17. Álvarez-Borges CR, Carmenate-Rodríguez ID, Linares-Batista I. Características psicopatológicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. *Rev Hosp Psiquiatr Habana* 2023;20(1)
18. Argota-Matos N, Álvarez-Caballero M, Camilo-Colás VM, Sánchez-Maso Y, Barceló-Román M. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. *Rev Med Electr [Internet]*. 2015 [citado 23 Ene 2021];37(1):30-8.
19. Vázquez-López P, Armero-Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García-Cruz JM, Bonet-Luna C, Notario-Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *Anales Pediatr* 2023;98(3):204-212.
20. Robinson K, Scharinger C, Brown RC, Plener PL. Comunicación de la angustia: amenazas y gestos suicidas entre jóvenes clínicos y comunitarios. *Psiquiatr Inf Adolesc Eur* 2022;32(8):1497-1506.
21. Martínez-Schiabo A, Viola L. Intento de autoeliminación en la niñez y adolescencia. Presentación de un modelo de prevención del intento de autoeliminación en niños y adolescencia tempranos en un Hospital Pediátrico en Montevideo. *Med clín soc [Internet]*. 2021 [citado 23 Ene 2018];5(3):145-51.
22. Martín GR, Martínez GL, Ferrer LD. Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2017 [citado 23 Ene 2021];33(3):281-95.
23. Pfeffer C R. Suicidio, conducta suicida e ideación suicida. En: J M Wiener y M K Dulcan (ed.): *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona, Masson, 2006; 901-913.
24. Kumar P, Srivastava S, Shankar MP, Sinha D. Suicidal ideation among adolescents—the role of sexual abuse, depression, and impulsive behavior. *Front Psychiatry* 2021;12:726039
25. Moreno-Cubela J, Meriño-Pompa Y, Llumbet-Sánchez Y, Cedeño-Torres M. Trastorno de depresión mayor e intento suicida en una paciente pediátrica víctima de abuso sexual. *Rev Cienc Med Pinar Rio* 2022;26(3).
26. Forsters M, Grigsby TJ, Gower AL, Mehus CJ, McMorris BJ. The Role of Social Support in the Association between Childhood Adversity and Adolescent Self-injury and Suicide: Findings from a Statewide Sample of High School Students. *J Youth Adolesc*. 2020;49(6):1195-1208.

27. Revilla-González E, Fuentes-Barrera A. Prevención del suicidio en educación secundaria: una revisión sistemática. [tesis].Universidad de Valladolid, Palencia 2024.
28. Toribio-Lagarde V. La influencia de la moda en la identidad cultural del adolescente.Tesis] Granada: Universidad de Granada, España 2020.
29. Alvis LF, Soto AM, Grisales RH. El intento de suicidio en Ibagué: el silencio de una voz de auxilio. Rev Criminalidad [Internet]. 2017 [citado 23 Ene 2018];59(2):81-92. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6226257.pdf>