

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



MED
378.242
Bri
2018

INFORME FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA GENERAL

**Comportamiento suicida en población que asiste a
consulta de atención primaria en el Centro de Salud de
Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018.**

Autoras:

Br. Karla Patricia Briones Álvarez

Br. Marcela Javiera Conrado Chamorro

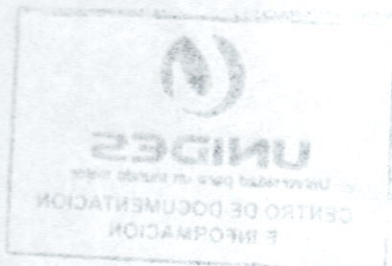
Tutor:

Dra. María Esther Paiz, Psiquiatra., MD., Msc., PhD

Asesor:

Dr. Steven N. Cuadra, MD., Msc., LicMed., PhD.

MANAGUA, NICARAGUA JULIO, 2018



ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA.....	iii
OPINIÓN DEL TUTOR	v
RESUMEN.....	vi
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	8
MARCO TEÓRICO	9
DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:	36
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS	46

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a todas las personas que colaboraron con la realización de esta investigación, en especial al personal del Centro de Salud de Altagracia, por ofrecernos su apoyo incondicional, a los pacientes por su colaboración con este estudio.

A nuestro Tutor Steven Cuadra, por su incondicional apoyo y valiosos consejos para que este trabajo fuera realizado con la mayor calidad posible.

A la Dra. María Esther Paiz, por sus valiosos conocimientos de Psiquiatría lo que enriqueció el valor científico de nuestro trabajo.

Le agradecemos al jurado examinador que desde su inicio mostraron interés y nos dieron el acompañamiento técnico que necesitamos para obtener los frutos de este trabajo.

Al personal de esta institución, sobre todo a nuestro Decano Dr. Raymundo Solano, quienes de una u otra manera brindaron muestras de apoyo y paciencia para que pudiéramos culminar nuestra tesis.

DEDICATORIA

Primeramente, le dedico y agradezco desde lo más profundo de mi alma a Dios, quien ha guiado e iluminado mi camino para llegar hasta donde me encuentro ahora.

A mi mama, la mujer más excepcional que conozco, gracias por tu confianza, por darme fuerza para seguir adelante, por tus consejos, tus desvelos, gracias por guiarme y estar a mi lado.

A mis abuelitos, que, sin su ejemplo de honradez, responsabilidad y amor al trabajo, sobre todo con su visión de que las personas debíamos prepararnos para defendernos en la vida, hoy no estaría culminando con este gran esfuerzo.

A mis hermanos que estuvieron pendiente y apoyándome en todo lo que estaba a su alcance.

A mi novio por darme siempre motivación, y palabras de aliento e inspirarme a ser mejor cada día.

Karla Patricia Briones Álvarez

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el período de estudio.

A mi madre, por darme la vida, amarme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste, gracias

Por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes: Myriam Chamorro Lacayo y Harvy Josué Herrera Vallejos.

Finalmente, a esta prestigiosa Universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos con los mejores y conocimientos logrando que seamos personas de bien sobre todo siendo excelentes profesionales.

Marcela Javiera Conrado Chamorro.

OPINIÓN DEL TUTOR

He evaluado los esfuerzos de las Doctora Karla Patricia Briones Álvarez y Marcela Javiera Conrado Chamorro para elaborar su informe de investigación para optar al título de Medicina y Cirugía intitulado "Comportamiento suicida en población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018.

He visto el esfuerzo, disposición y cariño que todo este tiempo le han dedicado a la investigación a pesar de las dificultades para coleccionar los datos y poder edificar el documento de manera ajustada con el tiempo y sus necesidades, además de cumplirse en todo el proceso los requisitos académicos, científicos y metodológicos.

El tema que han abordado es muy interesante y de máxima relevancia ya que bien se sabe es una problemática que está ocurriendo nivel mundial y se ha convertido en un problema de salud pública, su justificación es el daño que produce en el sujeto y a las personas que le rodean. Nicaragua es un país que está comenzando a aumentar sus tasas a cifras de riesgo mayor, donde se tiene que establecer planes y estrategias para disminuir el problema a cifras manejables.

Reciban las investigadoras mis más altas muestras de consideración, respeto y felicitaciones sinceras por el esfuerzo realizado solo me queda desearles mucho éxito en los años venideros como Médicos Generales.

RESUMEN

El presente estudio se llevó acabo con el objetivo de detallar el comportamiento suicida en la Población que asiste a la consulta de atención primaria en el Centro de Salud Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018.

Fue un estudio, con un universo de 22,485 pacientes que acudieron al Centro de Salud de Altagracia durante el periodo de estudio, constituyendo una muestra de 654 pacientes de las edades entre 18 años en adelante, lo que constituye el 3% del universo que acudieron al Centro De Salud de Altagracia en dicho periodo, sin embargo en el proceso final del estudio se revisaron 384 (58%) de las encuestas escritas con resultados positivos para comportamiento suicida, los que cumplieron con los estándares de criterios de inclusión.

La recolección de información se obtuvo mediante encuestas escritas, para la elaboración de las encuestas se hizo una revisión de la literatura y se consultaron médicos con experiencia en el tema, procedió a elaborar unas encuestas preliminares "piloto", esta fue validada por 10 pacientes.

Se obtuvieron los siguientes resultados: De acuerdo a la características sociodemográficas el grupo de edad que se afectó con mayor frecuencia fueron los de 18-25 años con un 66%, el sexo femenino en 60%, los pacientes con mayor porcentaje no trabajaban con 56%, con mayor ocupación fueron los estudiantes con un 48%, nivel de escolaridad con mayor frecuencia terminaron la secundaria con un 37%, el estado civil predominaron los solteros con un 44%, los participantes de mayor frecuencia practican la religión evangélica al igual que testigos de Jehová con 31%, con relación a la cohabitación habitan con mayor frecuencia con la familia en un 58%.

En relación al comportamiento suicida se encontró con mayor frecuencia el pensamiento suicida con un 94%.

Dentro de los factores precipitantes predominó los conflictos familiares con un 26%.

Dentro de los que realizaron el intento suicida los de mayor frecuencia fueron los que los realizaron por primera vez con un 75%.

Con este estudio se pretende crear una línea de referencia sobre el comportamiento suicida en la mencionada institución la cual le será útil al personal de salud, autoridades del MINSA a estudiantes, practicantes de la salud o público en general, además dará puntos claves para la detección precoz de este problema.

INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos más inquietantes y que mayor efecto ha causado dentro de la sociedad contemporánea ha sido el suicidio, entendido éste como un asunto de especial interés que ha llegado a considerarse como un comportamiento cuyo propósito fundamental consiste en poner fin a la propia existencia por su propia mano.

El acto del suicidio ha de considerarse como un intento de "superación" de una situación que resultó incontrolable, incluye el uso de energía, planificación y depresión desprovistas de intentos de superación. (3) En esta última década el desempleo, el incremento de los índices de criminalidad, la inseguridad ciudadana, el temor a la victimización, las acciones policiales discrecionales y represivas y la ineficacia institucional para tratar estos problemas, son las expresiones más evidentes de inseguridad y violencia en nuestra sociedad.

Los intentos de suicidio han sido exclusivos de países industrializados, hoy en día se habla de que es un problema que existe a nivel mundial. El intento de suicidio y suicidio consumado constituyen un importante problema de salud pública. La OMS estima que más de 800 mil personas mueren por suicidio cada año; mientras, muchos más intentan suicidarse. (1)

En Europa se producen más de 700.000 intentos de suicidios al año, siendo el suicidio una de las tres principales causas de muerte entre los jóvenes europeos. Austria, Bélgica, Francia, Dinamarca, y Finlandia presentan los mayores índices de suicidio entre 30 y 40 por 100.000 habitantes al año. (2)

En América reflejo alrededor de 65.000 defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7,3 por 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009,. Desde una perspectiva subregional, el Caribe no hispano y América del Norte presentaron las tasas más elevadas en el periodo 2005-2009, mientras que

las tasas más bajas se observaron en las subregiones de América Central, Caribe hispano y México, y de América del Sur. (3)

En los Estados Unidos cada día se suicidan 84 ciudadanos estadounidenses. El suicidio ocupa la tercera causa de muerte entre las edades de 10-24 años y la segunda en el grupo de 25 a 34 años y, además, es la séptima causa de todas las muertes. (4)

Históricamente América latina ha tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial, los datos de mortalidad han sido descritos como irregulares, estudios realizados se mostraron datos de tasas de mortalidad de suicidios por todas las causas que sexo masculino lo lleva acabo más que las mujeres.

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) reporta que los países que presentan las tasa más fueron; en primer lugar Nicaragua con tasas de 13.21 suicidios por 100.000 habitantes (2007), en segundo lugar El Salvador 7.92 suicidios por 100.000 habitantes (2004), en tercer lugar Costa Rica 7.14 suicidios por 100.000 habitantes (2008) y en cuarto lugar República Dominicana con tasas de 5.57 suicidios por 100.000 habitantes al año (2008). Se puede afirmar que el suicidio es un problema de salud pública en la Región de Centroamericana y República Dominicana.

El Ministerio de Salud (MINSA) reporta que los suicidios de menores de 18 años, el 58% de los casos son mujeres. Los datos revelados reflejan que de 2013 a 2017, el número de suicidios se mantienen entre los 32 y 42 casos. Precisaron que en 2013 se registraron 36 suicidios, en 2014 fueron 39. En el 2015 la cifra ascendió a 42, mientras que en 2016 bajó a 37 y en 2017, 32 casos. Con el presente estudio se pretende conocer el comportamiento suicida en población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia en febrero-marzo 2018 con el fin de aportar a la implementación de acciones preventivas ya que como es bien sabido, nos enfrentamos a un problema de Salud Pública, afectando grupos en edad reproductiva y productiva.

ANTECEDENTES

En un estudio realizado en Bolivia entre el año 2009-2011 sobre la epidemiología el suicidio consumado al caracterizarlo se registra casos desde los 10 años de edad y donde más se presenta es entre los 20 a los 35 años, especialmente en hombres. (14)

En un estudio realizado en México en el año 2012 donde se presenta una panorámica epidemiológica del suicidio consumado, de tendencia y actual, así como de la conducta suicida en el país se Revisó la mortalidad por suicidio de 1991 hasta 2011, y análisis sobre la conducta suicida por medio de encuestas transversales. Encontrando que desde 1991 a 2011 el suicidio ha crecido 275%. Actualmente el suicidio se incrementa en el grupo de 15-29 años de edad. La prevalencia de por vida de ideación suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y 3.8% reportaron intento de suicidio (3)

En un estudio descriptivo de corte transversal, en el área de salud urbana del Policlínico "Marcio Manduley", del municipio Centro Habana con el propósito de identificar el comportamiento epidemiológico y de los factores Psicosociales asociados al intento suicida (IS) en el último trienio (2004-2007). En 41 personas con intentos suicidas, las principales conclusiones fueron: la tasa de prevalencia en el área de salud estudiada se mantiene estable, observándose un incremento importante en el grupo de edades de 15 a 19 años, las características epidemiológicas que predominaron en los pacientes estudiados fueron sexo femenino, raza blanca, estado civil soltero, nivel de escolaridad secundaria y como ocupación la de técnicos y obreros. Comprobamos que la depresión mayor, los sentimientos de culpa y desesperanza y el hogar desorganizado fueron los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida, y que las razones principales por las cuales intentaron suicidarse fueron: los sentimientos de soledad y minusvalía, la descompensación situacional y los conflictos amorosos. (6)

Entre 1999-2002 en el HEODRA se realizó un estudio sobre intentos suicidas en el cual 326 personas fueron admitidos al hospital, de los cuales excluyeron a 17 casos

por suicidios, 28 personas abandonaron antes de la entrevista. Finalmente, de dicho estudio se obtuvo los siguientes resultados:

El nivel educativo de los pacientes predominó la secundaria para el 51.0%, la población económicamente activa empleada fue el 23.9%, desempleada 10.6%, estudiante 45.9%, ama de casa 19.3%. La distribución de edades según sexo: 15 – 19 años, 53.4% sexo femenino, 37.5% masculino, seguido de 20 – 24 años 20.8% para masculino, 15.5% femenino. El estado civil más común fueron los solteros 54.9%, seguido de los casados 31.9%. La procedencia de los afectados 92.7% urbano y rural 7.3% (9)

Para el mismo período del estudio anterior (1999-2002), se realizó un estudio en San Rafael del Norte – Jinotega sobre el perfil psicológico en pacientes con intento suicida y en estos se encontró que la edad más afectada fue 17-25 años; el sexo predominante para el suicidio fue femenino 78.3%, el nivel académico predominante fue primaria incompleta, la procedencia más frecuente fue rural, la ocupación predominante fue ama de casa, seguidos de los estudiantes; el 100% de los pacientes en estudio; provenían de familias desintegradas, con antecedentes de intento suicida y suicidio en familias de los pacientes que habían intentado suicidarse (11)

En un estudio realizado en Hospital Antonio Lenin Fonseca, en Nicaragua, entre el 2001 y 2004 cuyo objetivo era identificar las principales diferencias de género relacionadas en la conducta suicida reveló que la población de riesgo son los adolescentes y los jóvenes, estudiantes, solteros con antecedentes de conflictos familiares, con predominio del sexo femenino en una proporción de 1.6 mujeres por 1 hombre (4)

En otro estudio sobre la expresión suicida en Nicaragua realizado en jóvenes se observó que las expresiones suicidas graves está dentro del rango reportado en los países industrializados. Un intento de suicidio o completado en alguien cercano, se asocia con expresiones suicidas propias, incluso en ausencia de aumento de la

angustia mental. Los intentos suicidios fueron de 6,5%, la ideación suicida fue de 22,6% y los planes suicidas fueron de 10,3% (8)

Los autores revisaron la biblioteca del Centro de Salud de Altagracia en la búsqueda de estudios similares y no se encontró ningún estudio que revele el comportamiento suicida en esta unidad. Para lo cual, la presente investigación será el punto de referencia para futuras investigaciones e intervenciones que la unidad de salud asuma con los resultados obtenidos.

JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud de Altagracia, siendo un puesto de atención primaria en la capital donde se satisface las necesidades de salud de la población en su ámbito jurisdiccional a través de la atención integral ambulatoria, con énfasis en promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños fomentando la participación ciudadana, donde se ha observado un incremento en el número de población atendida, a pesar de estos datos no existe ningún estudio sobre comportamiento de pacientes suicidas en dicha institución, por lo que el autor se motivó a realizar esta investigación

En la presente investigación se pretende crear un estudio o línea de referencia sobre el comportamiento suicida en la mencionada institución, la cual les será útil al personal de salud, autoridades del MINSA, a estudiantes, practicantes de la salud o público en general, además dará puntos claves para la detección precoz de este problema y de esta manera sumarse a los esfuerzos que realiza el Ministerio de salud, para combatir este problema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Centro de Salud de Altagracia siendo un puesto de atención integral, atiende una amplia población y cuenta con diferentes especialidades en Salud, una de estas áreas es psicología donde se atienden alrededor de 80 casos semanales, y estos en su mayoría de pensamientos suicidas.

No se conoce con exactitud las causas por las que en estos últimos años ha habido un aumento de intento de suicidio, apesaradamente muchos han podido concluir con sus vidas, por lo cual surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el comportamiento suicida en población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Detallar el comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio
2. Determinar el comportamiento suicida en los pacientes a estudio.
3. Identificar factores precipitantes a comportamiento suicida en dicha población.
4. Mostrar frecuencia de intentos suicidas en los pacientes que participan en la presente investigación.

MARCO TEÓRICO

Suicidio proviene del latín: sui (sí mismo) cidium (matar), "atentado contra la propia vida", "matarse". Los griegos lo expresaban como autokeiria de autos: sí mismo, y keiros: mano, lo que significaría: muerte elegida por uno mismo, o sea ejecutada por mano propia. El término latino enfatiza la idea de matar y el griego la del acto con intención o deliberado.

El suicidio es el acto por el cual un sujeto se autoinflige la muerte, también es denominado autolisis. Puede darse en individuos psíquicamente sanos a consecuencia de una situación límite.

La conducta suicida abarca las actitudes o ideas suicida, los intentos de suicidios y el suicidio. Los planes y actos de tipo suicida a menudo se denominan gestos suicida, que sobre todo son de tipo comunicativo. Ese tipo de mensaje que el suicida potencial envía no deben ser pasado por alto, son peticiones de ayuda que requieren una cuidadosa evaluación y tratamiento encaminado a aliviar una miseria moral y prevenir las repeticiones de intentos especialmente si se tiene en cuenta que las personas que hacen el primer intento vuelven a probar un año después o antes.

La diferencia entre el suicidio e intento suicida no es absoluta, ya que puede haber intentos de suicidio en los que la persona actúe con tanta determinación que su decisión de quitarse la vida solo se ve frustrada porque es descubierto y se aplican medidas para su recuperación, mientras que otro intento suicida puede acabar teniendo un desenlace fatal porque la persona calculó mal sin tener plena intencionalidad de causarse la muerte (6).

El suicidio desde una perspectiva Histórica y Psicosocial:

El comportamiento suicida data de muchos siglos atrás. Durante la época romana la vida no era muy apreciada y el suicidio era considerado de forma neutral e incluso positiva (15).

San Agustín en el siglo IV rechazó cualquier forma de comportamiento suicida. Así para la sociedad occidental fue considerado pecaminoso por cientos de años y se estableció dentro de la ley en la mayoría de los países occidentales (15).

A principio del siglo XX existían dos corrientes principales. Una iniciada por Emile Durkheim desde el punto de vista sociológico y la otra por Sigmund Freud quien se centró en el aspecto psicológico (15).

Emile Durkheim postuló tres tipos de suicidio:

1) **El Altruista:** Está literalmente pedido por la sociedad. En este caso, las costumbres o reglas del grupo reclaman el suicidio en determinadas circunstancias.

2) **El Egoísta:** Estos se producen cuando la persona tiene muy pocos lazos con la comunidad.

3) **El Anómico:** Se producen cuando la relación habitual entre la persona y su sociedad se estrella repentinamente, ejemplo: pérdida de un empleo o de un amigo íntimo (15).

Sigmund Freud en su teoría psicológica estableció que el origen del suicidio se hallaba en la mente. Los hombres se identifican de forma ambivalentes con los objetos que aman así que, cuando son frustrados, el lado agresivo de la ambivalencia se dirige contra la persona internalizada.

Posteriormente Menninger afirmó lo siguiente:

1. El deseo de matar
2. El deseo de ser matado
3. El deseo de morir

El estudio más importante de intento suicida fue por Edwin Stengel (1964) Lo importante de sus argumentos y presentaciones estadísticas parecen sugerir que

los que llevan a cabo un intento suicida y los que realmente se suicidan representan dos poblaciones esencialmente diferentes.

- 1) Los que intentan el suicidio, pero son pocas los que llegan a suicidarse.
 - 2) Los que se suicidan, muchos de los cuales lo habían intentado previamente (15).
- Más tarde el comité de nomenclatura y clasificación reunidas en Filadelfia (1971) bajo coordinación A. Beck distingue 3 amplias categorías:

- a) "El suicidio completo" consiste en un acto voluntario, auto infligido de la amenaza vital que termina con la muerte.
- b) "El intento suicida" es el mismo tipo de acto, con injuria física, pero sin muerte.
- c) "Las ideas suicidas" que incluyen ideas y actos suicidas, indicadores de una pérdida del deseo de vivir, pero de los que no resulta injurias físicas (21).

Canetto y Lester (1995) proponen una categorización del suicidio considerando el tipo de daño contemplando dos tipos de comportamiento: 1) Comportamiento suicida mortal - Los actos suicidas que ocasionan la muerte.

- 2) Comportamiento suicida no mortal - Las acciones suicidas que no provocan la muerte

Durkheim (1982) sostuvo que el suicidio como fenómeno social no podía explicarse desde unos factores meramente psicológicos o biológicos –individualistas–; sino que al ser un hecho social de la relación–individuo sociedad, debía tener una explicación científica en el ámbito de las ciencias sociales y debía tener una objetividad desde las ciencias naturales. Es a partir de esta dialéctica que reconviene a la sociología no olvidar su tarea de continuar haciendo abordajes críticos, reflexivos, rigurosos y objetivos, para tratar los hechos sociales y los comportamientos humanos como el suicidio, desde un enfoque moderno que toque verazmente sus causales. Frente a esto, emerge en el campo de la sociología y en otros campos disciplinares, el interés de comprender más el fenómeno y su interpretación, de acuerdo con los contextos sociales, refiriendo su lenguaje, símbolos y representaciones para proponer nuevas alternativas de intervención sobre esta problemática social.

El posicionamiento de la sociología a partir de E. Durkheim, en el siglo XIX, la presenta como disciplina estructuralista de las ciencias sociales que estudia los fenómenos reconocidos en la sociedad de una forma dinámica, no solo interesada en investigar las acciones particulares de los individuos (Durkheim, 1982). A. Comte y J. Stuart Mill, son referentes para E.

Durkheim en su trabajo teórico y científico acerca de la metodología de las ciencias sociales, dividido en tres obras significativas para la sociología: las reglas del método sociológico (1895), la división del trabajo social (1893) y el suicidio (1897).

Este último es un estudio de los tipos de suicidios presentados en su época, que lo llevará a la reflexión sobre los ambientes culturales y los problemas de cohesión social, desde una investigación social apoyada en su propio método, que concibe como la explicación científica en ciencias sociales, bajo el nombre de hecho social (Mardones, 1991, p. 138).

La modernización de las ciencias sociales ha implicado hacer transformaciones conceptuales partiendo de las exigencias que cada época representa. El marcado interés sobre el significado del hombre y su vinculación social, conducen a los científicos modernos y posmodernos a asumir una posición más crítica sobre la realidad social del ser humano, en su condición individual y colectiva.

El posicionamiento de la sociología ha generado discusión sobre el tema del dualismo individuo-sociedad, debate que se da a partir de los aportes que filósofos como K. Popper, M. Weber, A. Schutz, K. Marx, G. Mead, entre otros, retoman de análisis que parten de enfoques filosóficos de las ciencias naturales, hasta llegar a la construcción ideológica de los conceptos individuo y sociedad, como centro de estudio de la nueva ciencia social contemporánea (Mardones, 1991).

El suicidio es "todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado" (Durkheim, 1982, p. 7).

Los hechos sociales de los siglos XVIII y XIX, ocasionados por movimientos humanos que cambiaron el orden social de Europa y de Estados Unidos, motivaron a Durkheim (1982) a explicar, desde la realidad sociocultural, el suicidio como un fenómeno social.

Lo concebía como uno de los efectos de las alteraciones de la sociedad de su época, y que al presentar tendencias patológicas, requería de un método de investigación crítico y confiable, que explicara las razones del comportamiento suicida. Las transformaciones de orden social que se presentaron en estos siglos, son efecto de los cambios que comenzaron a vivir los individuos en su cotidianidad. Pasar del feudalismo al capitalismo ocasionó problemas que se manifestaron en la mudanza de los individuos para conformar espacios comunes que se llamaron caseríos; dejar la producción tradicional del campo por el salario de las empresas, acabarse el trueque para entrar al mercado, fueron asuntos que incrementaron la pobreza. Se instauró la institucionalidad, aumentaron los poblados sin condiciones urbanas y se acrecentaron los problemas de seguridad.

Estos hechos sociales determinaron un asunto social que en su época muchos no consideraron, y que Durkheim (1982) definiera como "un fenómeno que resultara de todos estos juntos", el "suicidio" (p. 43), refiriéndose a la muerte voluntaria como un acto de protesta o de liberación, por las dificultades a las que se vieron sometidos, a la impotencia para resolver los problemas que provocaron inconvenientes, complicaciones y contrariedades a razón del entrante proceso capitalista; lo que desencadenaría prácticas sociales que llevaron a los individuos a buscar diferentes soluciones. La ideación o el acto mismo de la muerte a mano propia, se convirtió en un símbolo de libertad.

En su desarrollo el suicidio comprende tres etapas de gran importancia:

A) Etapa de consideración: el sujeto considera el suicidio como una posibilidad para resolver problemas reales o aparentes. Puede surgir del ambiente familiar, por influencia de la prensa, literatura o cine; lo facilita la inhibición y el aislamiento social.

B) Etapa de Ambivalencia: caracterizada por la indecisión y pugna, entre tendencias constructivas y destructivas, existen avisos de suicidio.

C) Etapa de decisión: el individuo ha adoptado ya la decisión de matarse; muestra indicios indirectos; actos preparatorios, ideas y representaciones concretas, súbito cambio de actitud angustiada y deprimida a serenidad aparente. El curso de las tres etapas es variable. Se caen totalmente sus mecanismos auto preservadores y se pone en marcha el proyecto suicida. (7)

Características Sociodemográficas

Edad

El suicidio es raro antes de la pubertad, es decir, en los niños de entre seis y once años. Se considera que alrededor del 10 por ciento de quienes lo intentan lo consiguen. En las personas de 15-21 años, se estima que el intento es mayor en las mujeres que en los hombres 3:1. La frecuencia suicida aumenta con la edad, entre los hombres el pico es después de los 45 años, en mujeres entre los 55 y 64 años, (22, 23, 24).

Sexo

La tasa de suicidio consumado es más elevada entre los varones, aunque también hay un incremento paulatino entre las mujeres. Las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres (3:1), los hombres logran su objetivo con mayor frecuencia que las mujeres (3:1). Por lo cual a las mujeres jóvenes por lo general se les considera de menor riesgo, según los factores de riesgo relacionados con la edad y el sexo (13) La tasa es doble en hombres que en las mujeres, aunque estas

diferencias no son tan acentuadas en los países del Tercer Mundo (y en China, por ejemplo, se suicidan más mujeres que varones). También difiere la tasa de suicidio según el estado civil, con un mayor riesgo en personas viudas, divorciadas y que viven solas, que las casadas (12).

Trabajo

El suicidio es más frecuente entre los desempleados que entre las personas que trabajan. La pobreza y una función socialmente disminuida (ambas consecuencia del desempleo) a menudo parecen asociarse con un incremento del comportamiento suicida, en especial cuando se ha perdido repentinamente el trabajo. Por ejemplo: En Uruguay en el 2005 se dio un derrumbe económico, que lo llevó a una de las más altas tasas de suicidio en América; 20 por cada 100.000 habitantes (3)

Ocupación:

El estudio más reciente realizado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre los intentos de suicidio del Ministerio de Salud, reveló que los estudiantes y las amas de casa son más propensos a esta práctica al registrar un 20%, seguido de los obreros de la construcción con un 7%, los empleados públicos con un 4% y los trabajadores agrícolas con un 2%. (23)

Escolaridad:

En relación a otros estudios realizados se observa el nivel de bachillerato secundaria, predomina con respecto a los demás niveles de escolaridad, con un porcentaje de 46.1%, le sigue primaria completa con un 23%, bachillerato incompleto con un 15.3% y finalice el nivel técnico con igual porcentaje. Varios estudios evidencian que, a mayor escolaridad, más altas serán las destrezas intelectuales, sociales y personales del individuo, y ellas son claves para resolver algunas dificultades que pueden desencadenar ideación suicida

Estado Civil:

La conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad). Por otra parte, no está demostrado que el matrimonio sea un factor protector en las distintas culturas. Así, en Pakistán existen tasas más altas de suicidio entre las mujeres casadas que entre los hombres casados o las mujeres solteras, y en China, las mujeres casadas mayores de 60 años presentan tasas más altas de suicidio que las viudas o solteras de la misma edad (14)

Religión:

La religión, 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. 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.

Con quien viven:

En relación de con quienes viven, según los estudios las personas con comportamiento suicida predominan un 57.6% convivía con una familia nuclear y el 31.8% con una familia extensa, los que lo siguen las personas que conviven con su pareja con un 22% y un bajo porcentaje lo ocupan las personas que viven solas con 17%.

Comportamiento suicida:

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la "aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia". Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte.

La conducta suicida es un fenómeno complejo, con diferentes implicaciones, tanto psicopatológicas como existenciales, sociales y morales, por lo que resulta complicado dar una definición única y universal a la misma.

Diversos autores han tratado de definir la conducta suicida (Durkheim, Schneider), pero es tal vez Rojas (1984) el que establece un concepto más operativo: "Se entiende por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte (suicidio consumado) o a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), bien de forma activa o pasiva". Es decir, que dentro de la conducta suicida no sólo hay que contemplar la consumación del suicidio, sino también la cantidad de matices auto agresivos existentes en la misma y que necesariamente no llevan a la muerte a la persona pero que marcan a partir de este momento su propia existencia.

Dos son los elementos que integran a la conducta suicida, el "Criterio auto infligido", es decir la propia acción violenta, y el "Criterio de propósito", que hace referencia a la finalidad de muerte. La presencia de ambos criterios o la ausencia de uno de ellos determinan las diferentes formas con que puede presentarse la conducta suicida.

Elementos que integran la conducta suicida:

Parasuicidio: También llamado "Gesto Suicida". Es el conjunto de conductas voluntarias e intencionales que el sujeto pone en marcha con el fin de producirse daño físico y cuyas consecuencias son el dolor, la desfiguración, la mutilación o el daño de alguna función o parte de su cuerpo, pero sin la intención de acabar con su vida. Incluimos aquí entre otros, los cortes en las muñecas, las sobredosis de medicamentos sin intención de muerte y las quemaduras. La intención en el Parasuicidio o Gesto Suicida no es por lo tanto la muerte, sino que tiene que ver con el deseo de conseguir algo (más cariño, que la pareja no le abandone, un empleo, etc.) para lo cual la persona cree que no dispone de otro tipo de recursos personales.

Ideas suicidas: La persona contempla el suicidio como solución real a sus problemas, si bien aún no se ha producido un daño físico contra sí mismo. No existe aún una idea clara ni de cómo ni de cuando, pero entre las alternativas que puede tener para solucionar su situación problemática ya está presente el suicidio.

Crisis suicida: De entre todas las alternativas que la persona disponía para solucionar la situación problemática, el suicidio comienza a tomar protagonismo. La idea ha tomado cuerpo y se activan a nivel psíquico un conjunto de impulsos de muerte, que le llevan a establecer un plan suicida.

Suicidio consumado: Cuando el Criterio de Propósito o de Muerte y el Criterio Auto Infligido se suman, se establece un plan de acción con diferentes niveles de elaboración. Si la puesta en práctica de este plan tiene "éxito" conduce a la muerte del sujeto.

Suicidio frustrado: Es un acto suicida que no conlleva a la muerte de la persona porque determinadas circunstancias externas, muchas veces casuales y siempre no previstas acontecen en el momento crítico. No es por lo tanto un Parasuicidio,

ya que en el Suicidio Frustrado sí que hay una voluntad real de producirse la propia muerte. Sirva como ejemplo el caer sobre las cuerdas de un tendedero al arrojarse por una ventana.

Téntativa de suicidio: Toda conducta que busca la propia muerte pero para lograr el propósito la persona no emplea los medios adecuados y por lo tanto el sujeto no consigue acabar con su vida. Es un intento que puede fallar por múltiples causas, desde no tener una firme decisión de suicidarse hasta por el empleo de medios "blandos". Existe el "propósito de muerte" pero el "criterio auto infligido" no es el adecuado.

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

El deseo de morir representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: "La vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares (17)

La representación suicida está constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

Las ideas suicidas consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

- Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer".
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo".
- Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún

no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir (18)

La amenaza suicida consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresadas por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo.

Debe considerarse como una petición de ayuda. El gesto suicido es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

El intento suicida también denominado Parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o auto-lesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

Los intentos de suicidio tienen muchos significados y sea cual sea su grado de letalidad, se le debe prestar especial atención; son la muestra viva para conocer la verdad sobre las características y causas de que los seres humanos adopten la autodestrucción como solución (19)

Podemos hablar de la tentativa de suicidio tal y como la definió Durkheim el mismo acto que define como suicidio, solo que detenido en su camino, es decir, antes de que dé como resultado la muerte del individuo. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud considera que el intento de suicidio sería un acto suicida cuyo

resultado no es la muerte. En el caso de los actos suicidas que no tienen como resultado final la muerte, encontramos que incluso han recibido distintas denominaciones como intento de suicidio, tentativa de suicidio o Parasuicidio.

En general, el rango de comportamientos que suelen abarcar estos conceptos es tremendamente amplio, yendo desde los llamados gestos suicidas o intentos de suicidios manipulativos hasta tentativas muy graves no letales.

El suicidio frustrado es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte. El suicidio accidental es el realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto.

También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se auto-agrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida. Suicidio intencional es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

Sin embargo, el aspecto más clave del fenómeno suicida es el problema de la intencionalidad. A pesar de que pueda parecer que el problema de conocer los motivos que impulsaron al individuo a intentar suicidarse se solucionen, ya que este se encuentra vivo y puede ser entrevistado, lo cierto es que es bastante más complejo. Por ejemplo, además del deseo de morir, se han descrito fundamentalmente las siguientes intencionalidades conscientes: chantaje (obtener de los otros algo que no se ha podido obtener por otros medios); demandar atención ante una situación vivida como desesperada; escapar ante un peligro o amenaza (real o irreal, presente o futura, física o social), agredir psicológica y vengativamente a otros con la responsabilidad de la propia muerte etc.

Además en particular, en el caso de los adolescentes se ha afirmado que generalmente se da en la cima de una crisis interpersonal en la que aparecen sentimientos de desesperación y confusión por lo que puede ser difícil conocer la intención de los sujetos, incluso para ellos mismos. De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidenta o intencional (14)

Factores precipitantes:

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta (3). El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente con el número de factores presentes, si bien algunos de ellos tienen un peso específico mayor que otros (2, 13). La estimación del riesgo de suicidio se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos (20)

Factores de riesgo individuales:

- Intentos de suicidio previos: Son el predictor más importante de conducta suicida (15).
- Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas: ejerce un papel muy significativo, y no es sólo un factor de riesgo, sino también un factor precipitante (5).
- Depresión mayor: es el trastorno mental que de forma más común se asocia con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general (16).
- Otros trastornos mentales: trastorno bipolar y esquizofrenia (26).
- Factores psicológicos: desesperanza y rigidez cognitiva (16).
- Edad: los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada.

- Sexo: los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio (17).
- Presencia de enfermedad crónica o incapacitante (2, 17).

Factores de riesgo familiar y contextual.

- Historia familiar de suicidio: aumenta el riesgo de conducta suicida (27), especialmente en el género femenino (2, 17) y cuando se produce en un familiar de primer grado (7).
- Factores sociales y ambientales: falta de apoyo social (9, 7), nivel socioeconómico y situación laboral (17, 26, 28).
- Historia de maltrato físico o abuso sexual: en concreto, los producidos durante la infancia presentan una asociación consistente con la conducta suicida

Factores de riesgo que pueden actuar como precipitantes de una conducta suicida

- Eventos vitales estresantes: pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (económicas o laborales), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo (2, 17, 36).
- Fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o tóxicos: aumenta el riesgo del mismo, al facilitar el paso de la ideación a la conducta suicida (2, 17).
- Acoso por parte de pares (iguales): en adolescentes, se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas

El alcohol y la depresión, factores de riesgo de suicidio más prevalentes en pacientes con patología dual.

Se ha identificado que los trastornos por consumo de sustancias tienen influencia en el desarrollo de riesgo suicida, siendo el alcohol la sustancia que más se ha asociado a los intentos de suicidio. Varias investigaciones plantean que los intentos de suicidio ocurren en momentos en que la persona ha tenido un consumo de alcohol de forma aguda.

Se ha señalado que el consumo de esta sustancia produce una pérdida del sentido de la realidad y dificultad para encontrar soluciones adaptativas, así como incrementa la probabilidad del uso de métodos más letales, lo cual aumenta también el riesgo y el acto suicida en sí mismo.

En este sentido, conviene resaltar el modelo de prevención de recaídas descrito por Marlatt y Gordon (1985). Estos autores plantean que, en momentos de recaída, se produce una disminución del nivel de autoeficacia, autocontrol y autorregulación, lo cual conlleva al incremento de emociones negativas en los consumidores de sustancias.

Actualmente, el alcohol y la depresión son los factores de riesgo de suicidio más prevalentes en los pacientes que sufren patología dual (condición clínica en la que coexisten de forma simultánea o secuencial un trastorno adictivo y otro trastorno mental) y a los que hay que prestar especial atención, según destaca la Dra. Mercedes Navío, médico psiquiatra y directora del Proyecto Prevención de Suicidio de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, en el marco de las XVIII "Jornadas Nacionales de Patología Dual", organizadas por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). Por este motivo, según esta experta, el abordaje del riesgo de suicidio requiere de un tratamiento específico de la patología mental subyacente. "Habitualmente este tratamiento específico incluye intervenciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas combinadas, de corte cognitivo-

conductual, dialéctico conductual, terapia de resolución de problemas y encuadre individual y grupal", explica la Dra. Navío.

Los trastornos por uso de sustancias y patología dual están asociados a un elevado riesgo de intentos de suicidio y suicidio consumado. De hecho, en el suicidio consumado, el consumo de sustancias adictivas se identifica con más frecuencia, después de los trastornos depresivos. El alcohol es un factor de riesgo de conducta suicida y en el 25-35% de los casos de suicidios hay un trastorno por uso de alcohol, según esta experta.

En este sentido, se ha comprobado que hasta el 45% de los suicidas presentan alcohol en plasma, comprobado mediante exámenes toxicológicos en la autopsia. "El riesgo de morir por suicidio en el alcoholismo es 9,8 veces mayor respecto a la población general", afirma la Dra. Navío. A este respecto, asegura que la asociación entre dependencia de alcohol y suicidio se incrementa al aumentar la edad, entre los 20 y los 50 años.

En un comparativo de suicidas alcohólicos mayores de 50 años con pacientes alcohólicos más jóvenes se evidenció que, los sujetos de más de 50 años, presentaban mayor prevalencia de trastornos afectivos y problemas médicos graves, respecto a los más jóvenes.

En cuanto a sexos, en otro estudio más reciente en suicidas mayores de 65 años, un 35% de los varones y un 18% de las mujeres tenían historia de dependencia / abuso de alcohol. "Este último dato es de especial relevancia ya que, en la práctica diaria, el alcoholismo en las mujeres es de difícil detección y está infra diagnosticado". Patrones de consumo Dentro de los diferentes patrones de consumo de alcohol, siempre se habla de la dependencia, aunque esta situación no es mayoritaria en las personas con uso problemático de alcohol.

Fármacos Psiquiátricos factor de riesgo en intentos de suicidios y suicidios

Peter Gøtzsche (Næstved, Dinamarca, 1949), profesor de Diseño y Análisis de Ensayos Clínicos de la Universidad de Copenhague, lleva años abogando por la reducción drástica del uso de fármacos contra las dolencias psiquiátricas.

En su libro *Psicofármacos que matan y denegación organizada* (Los libros del Lince), el investigador danés analiza las carencias de la ciencia que justifica el uso de estos medicamentos y explica por qué cree que, pese al consenso que despiertan entre los psiquiatras, "están haciendo más daño que bien".

Los antipsicóticos son algunos de los medicamentos más tóxicos que existen, aparte de la quimioterapia para el cáncer. Producen daño cerebral permanente, algunas veces incluso después de un tiempo de uso relativamente breve, y hacen más difícil que la gente vuelva a vivir una vida plena. El Gøtzsche refiere que en realidad no necesitamos fármacos antipsicóticos, porque frente a lo que implica el nombre, antipsicótico, no curan las psicosis.

Los antipsicóticos tranquilizan a la gente, pero también les arrebatan parte de sus emociones, parte de sus pensamientos normales. Puedes ver que algunos de ellos se convierten en zombis, que no pueden hacer nada.

En 1954, cuando la clorpromazina fue descubierta y llegó al mercado, se consideraba una mala droga, la comparaban con una lobotomía química. Sin embargo, un año después, de repente, era buena. Eso es muy extraño. Hubo un presidente de la Sociedad Americana de Psiquiatría Biológica que afirmó que ese fármaco era como la insulina para la diabetes. Es algo demencial, porque si tienes diabetes, te falta insulina, y cuando a ti te dan algo que te falta es un buen tratamiento. Pero cuando tienes una psicosis no te falta nada, así que la comparación es errónea. Sin embargo, desde que se lanzó aquella idea se ha hablado de un desequilibrio químico. No hay desequilibrio químico, nunca se ha

podido demostrar que haya nada en los pacientes psicóticos o depresivos diferente de las personas sanas. El desequilibrio químico es una mentira.

El Instituto Nacional para la Salud Mental en América, llevó a cabo un ensayo con clórpromazina y fármacos similares y placebo y concluyeron justo lo contrario de lo que pasa cuando das estas drogas a la gente. Observaron que los pacientes eran menos apáticos, que se movían más y parecían mejorar. Estas drogas hacen justo lo contrario. Esto sucede porque los ensayos no están bien cegados.

El Dr. Gotzhe afirma que las drogas psiquiátricas matan a mucha gente, además lisiarlas, tanto físicamente como cerebralmente. Estas enfermedades muchas veces tienen que ver con fuertes emociones que la gente no puede manejar y que les hace asustados, ansiosos. Utilizando psicoterapia se puede enseñar a la gente a manejar esos fuertes sentimientos que les acaban convirtiendo en pacientes psiquiátricos.

Por otro lado, los pacientes se ponen nerviosos cuando dejan la medicación. Se preguntan qué pasará, si volverán a estar deprimidos. Y sí, si dejas un antidepresivo de un día para otro, muchas personas tendrán una depresión en cuestión de días, pero esto no es una depresión real, es una depresión fruto de la abstinencia. Ahora ha cambiado tu cerebro, como si un alcohólico deja el alcohol, se sentirá mal.

Dentro de las afectaciones psicológicas se encuentran:

SOMATIZACIONES: malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias).

OBSESIONES Y COMPULSIONES: Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL: Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

DEPRESIÓN: Estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD: Presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD: Hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA: Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE: Comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO: Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Frecuencia de Comportamiento suicida:

El riesgo de suicidio es difícil de evaluar de manera eficaz en los pacientes psiquiátricos individuales. Es bien sabido que la baja tasa de suicidios lleva al problema de los falsos casos positivos o negativos [23]. Varios estudios han mostrado no sólo que un intento de suicidio es un factor de riesgo importante para el suicidio, sino también que el riesgo de suicidarse después de hacer un intento es más evidente durante el primer año y disminuye luego durante los años siguientes. Öjehagen y cols. [28] siguieron durante un año después del intento índice a una

población de personas que habían tratado de suicidarse; el 2% se suicidó. En una población de individuos con trastornos del estado de ánimo que habían tratado de quitarse la vida, el 12% se suicidó en el plazo de un año (20). En estudios de seguimiento de más de cinco años después de un intento de suicidio, Johnsson-Fridell y cols. (14), Nordström y cols. (21) e Isometsä y Lönnqvist [13] encontraron que alrededor del 50% de las víctimas de suicidio morían en un plazo de 12 meses. Se ha informado que los pacientes con una comorbilidad de más de un diagnóstico del eje I o diagnósticos de los ejes I y II según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) corren un riesgo mayor de conducta suicida.

Mann y cols. [16] compararon a individuos que habían intentado suicidarse con otros que no lo habían hecho, y encontraron en los primeros que la comorbilidad de un trastorno de la personalidad era más frecuente que la gravedad objetiva de la depresión actual. Cheng y cols. 1997 [8] encontraron el riesgo más alto de suicidio en los pacientes con comorbilidad de trastorno límite de la personalidad y depresión grave. Lecrubier y Ustun [15] comunicaron que la comorbilidad con trastorno de angustia y depresión se asociaba con mayor suicidalidad, expresada como intentos de suicidio.

Escalas de evaluación del comportamiento suicida.

La SUAS es una escala de evaluación por especialistas, consta de 20 elementos puntuados de 0-4, y sigue un formato de Likert (tabla I). Se basa en una entrevista y cumplimentarla lleva 20-30 minutos aproximadamente.

La MADRS [17] consta de diez elementos, puntuado cada uno de 0-3. También es una escala de evaluación por especialistas construida para la evaluación del tratamiento de la depresión. Uno de los elementos mide los pensamientos suicidas.

La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) [5] es un instrumento de autoevaluación construido para medir la desesperanza como factor clave en el comportamiento suicida. Consta de 20 elementos, puntuado cada uno 0 o 1.

La Escala de Intención Suicida (SIS) [7] es un instrumento de evaluación por especialistas con 15 elementos, puntuado cada uno de 0-2 y construido para la evaluación de un intento de suicidio

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Se llevó cabo un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Área de estudio: Se realizó en el centro de salud de Altagracia del SILAIS Managua ubicado en el barrio Altagracia, del distrito III, del municipio de Managua, capital de Nicaragua.

Universo: Estuvo constituido por 22,485 pacientes que acudieron a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, en el período de febrero-marzo 2018.

Muestra: Equivale a 654 pacientes de las edades entre 18 años en adelante, lo que constituye el 3% del universo que acudieron al Centro De Salud de Altagracia en dicho periodo, sin embargo en el proceso final del estudio se revisaron 384 (58%) de las encuestas escritas con resultados positivos para comportamiento suicida, los que cumplieron con los estándares de criterios de inclusión.

Tipo de muestra: No se utilizó ninguna fórmula estadística porque se hizo por conveniencia.

Fórmula estadística para la extracción de la muestra: En vista de que la muestra fue por conveniencia, no se utilizó ninguna fórmula estadística para la extracción de la misma.

Unidad de análisis: Lo conforman las encuestas escritas de los pacientes que participan en la cohorte con dicha investigación.

Criterios de selección

Estos se dividieron en 2 tipos como inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Edad igual o mayor de 18 años
- Pacientes que acudió al centro por consulta en el periodo de estudio
- Que aceptase participar voluntariamente.
- Que presentara comportamiento suicida en algún momento de su vida

Criterios de Exclusión:

- Que no haya completado satisfactoriamente el instrumento de recolección
- Que decidió abandonar el estudio después de haber empezado su participación.
- Pacientes sin la capacidad para responder a las preguntas de la encuesta o cuidador/tutor que no pueda contestar por ella.
- Que sean menores de 18 años.
- Que no hayan presentado ningún comportamiento suicida en algún momento de su vida

Fuente de información: Fue de tipo primaria, constituida por la encuesta escrita dada a cada paciente.

Técnica de obtención de la muestra:

1. Solicitud de autorización a la dirección del Centro de Salud Altagracia para la elaboración del estudio.
2. Seleccionar a los pacientes al azar de las diferentes áreas con voluntad para participar en el estudio.
3. Entregar encuestas escritas a cada participante dispuesto a llenar las respuestas del instrumento prediseñado que obedece a las variables de la investigación.

Instrumento de recolección de los datos: Se utilizó una ficha de recolección de información conteniendo preguntas, previamente elaboradas con las 13 variables seleccionadas.

Variables del estudio: Fueron un total de 13 variables, las que se dividieron de acuerdo a cada objetivo específico de la siguiente forma.

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas de la población en estudio

- Edad
- Sexo
- Trabajo
- Ocupación
- Escolaridad
- Estado Civil
- Religión
- Con quien viven

Objetivo 2: Determinar el comportamiento suicida en los pacientes a estudio.

- Pensamiento suicida
- Intento suicida

Objetivo 3: Identificar factores precipitantes a comportamiento suicida en dicha población.

- Factores precipitantes

Objetivo 4: Mostrar frecuencia de intentos suicidas en los pacientes que participan en la presente investigación.

- Primera vez
- Subsecuente

Plan de Análisis de Datos: La información obtenida a través de la aplicación del instrumento fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 23.0 versión para Windows (SPSS Inc 2015). La información es presentada en tablas y gráficos utilizando el programa de Excel y Power Point.

Aspectos éticos: La información que se recolectó se manejó de manera confidencial, con el compromiso que los datos obtenidos fueran utilizados únicamente con fines didácticos.

RESULTADOS

En Relación al grupo de edades de los casos estudiados, el grupo de 18-25 años reportaron 253(66%); de 26-35 años fueron 34(9%); de 35-45 años hubieron 68(17%); de 46-55 años se encontraron 19(5%), 66-75 años reportaron 5(1.50%) y 76-85 años se hallaron 5(1.50%) para un total de casos (100%) Ver anexo tabla 1

De acuerdo al sexo de los casos estudiados, del sexo masculino se reportaron 150 (40%) y para el sexo femenino fueron 234(60%). Ver anexo tabla 2

En relación a la situación laboral de los casos investigados, se reportaron un 169 (44%) declaran tener un trabajo fijo mientras que un 215 (56%) dicen no tenerlo. Ver anexo tabla 3

Con relación a la ocupación de los casos participantes, encontramos que 150(39%) son ama de casa, también tenemos 8(3%) son asistentes de hogar, encontramos que 19(5%) son comerciantes, hubieron 5(1%) son vigilantes, se reportaron 2(1%) son jornaleros, en 13(8%) con otra ocupación y encontramos 187(48%) son estudiantes. Ver anexo tabla 4

En relación a la escolaridad consignada en las encuestas realizadas a los pacientes, tenemos que 55(14%) cursaron hasta primaria, pero 142(37%) terminaron la secundaria, otro 89(23%) tienen carrera técnica y 98(25%) lograron culminar la universidad. Ver anexo tabla 5

Con respecto al estado civil de los casos del estudio, descubrimos 172(44%) son solteros, 68(18%) se encuentran casados y 144(38%) en unión estable.

Ver anexo tabla 6

En correspondencia a la religión los pacientes tenemos que 79(21%) practican la católica, que 119(31%) son evangélicos, luego 120(31%) son testigos de jehová, 18(5%) son mormones, 30(8%) otras religiones y 18(5%) no tienen religión. Ver anexo tabla 7

Según los resultados del estudio con relación a con quien viven, logramos conocer que 58(15%) viven solos, luego 98(26%) viven con su pareja, encontramos 3(1%) viven con amigos y 225(58.6%) viven con su familia. Ver anexo tabla 8

Para determinar el comportamiento suicida en los pacientes del estudio, encontramos que 360(94%) han tenido pensamiento suicida y un 24(6%) de los pacientes han intentado suicidarse. Ver anexo tabla 9

Identificamos los factores precipitantes a comportamiento suicida en los casos investigados, encontramos 102(26%) es por conflictos familiares, luego 4(1%) por enfermedad física, 23(5%) por problemas psicológicos, 75(16%) por problemas financieros, 2(1%) por problemas con la justicia, 6(1.5%) es causado por muerte de un familiar, 2(1%) es por abuso sexual o físico, 93(25%) por problemas entre parejas, 1(1%) por embarazo no previsto, 71(18%) por uso de drogas y 15(4%) por uso de fármacos. Ver anexo tabla 9

Mostramos la frecuencia de intentos suicidas en los 24 pacientes que llegaron a realizar el acto, donde encontramos que 18(75%) ha intentado suicidarse por primera vez y 6(25%) han sido subsecuentes en el intento suicida.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La conducta suicida sigue representando un serio problema de salud pública en Nicaragua. El presente estudio realizado en el centro de Salud de Altagracia – Managua, en el periodo de tiempo que va de febrero a marzo del año 2018 podemos observar:

El rango de edad fue de 18-25 años, con un 66% estos son los que han presentado comportamiento suicida, resultado el cual concuerda con estadísticas de estudios nacionales ya que ha habido un aumento alarmante del comportamiento suicida entre los jóvenes, aunque no concuerda con estudios internacionales donde países del primer mundo, como en Estados Unidos en el cual el intento suicida es más frecuente en la pubertad hasta la adolescencia.

El sexo que predomino fue el femenino con 60% siendo el grupo que más tiene pensamiento suicida y más se ha intentado suicidar, dicha cuestión coincide prácticamente con la totalidad de la bibliografía, ya que el mayor porcentaje de intento suicida es cometido por las mujeres, pero la consumación de este es por los hombres. Varias explicaciones se han planteado para entender la diferencia existente entre los hombres y mujeres en relación con el suicidio, los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas, tienen mayor prevalencia de alcoholismo, utilizan medios más violentos y por lo tanto el suicidio es más exitoso, en cambio en la mujer es más prevalente el intento ya que en ella predomina la depresión.

En lo que corresponde a la situación laboral un 56% declaro no estar trabajando, estos son los que más han tenido conducta suicida, concordando con varios estudios que indican que entre los desempleados hay más conductas suicidas, la pobreza y una función socialmente disminuida (ambas consecuencias del desempleo) a menudo llevan a la desesperanza y está a la depresión, por lo que deducimos que el desempleo es un factor que predispone a la conducta suicida.

De los participantes el tipo de ocupación que más se ejercía eran los estudiantes con el 48%, seguido de las amas de casa con un total del 39%, la población analizada presenta la distribución habitual con otros estudios ya que por lo general los más vulnerables son los desempleados, como las amas de casas y los estudiantes. En cuanto a los estudiantes probablemente se sientan presionado para adaptarse socialmente, tener un buen desempeño académico y actuar con responsabilidad, y en cuanto a las amas de casa puede estar relacionado con el hecho de que no se sienten útil socialmente, además de ser infravaloradas, otras por sufrir violencias por parte de sus familiares o parejas, todo esto conlleva a la depresión y hasta el suicido.

En términos de educación de los participantes el que predominó fueron los que cursaron hasta la secundaria con 37%, no necesariamente el factor sociodemográfico grado de escolaridad está relacionado a conducta suicidas, además no concuerda con estadísticas de otros estudios de países que están en vías de desarrollo como el caso de Nicaragua, donde es más frecuente la conducta suicida en población analfabeta o escolaridad primaria.

En el caso del interrogante de estado civil, los mayores índices estuvieron sobre los solteros con un 44%. Según la bibliografía revisada si se observa una relación directa con los solteros, ya que es secundario a la desesperanza y abandono que sienten tener, así como un vacío en vida, lo cual tiene relación además con no tener hijos ni otras responsabilidades; por lo que podemos considerar el estado civil como un factor predisponente para conductas suicidas.

De los encuestados un 58.6% de la población vive con su familia, de este grupo podemos observar que los que más han tenido conductas suicidas han sido los que viven con la familia, Si bien no abunda la literatura que estudie esta variable, el autor coincide que probablemente que existe una clara evidencia de difusión familiar en los lugares Nicaragüense, como la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordias familiares; deduciendo que el factor cohabitación con familiares es un factor predisponente para suicidas.

Se les pregunto sobre el tipo de religión que practicaban y los indican más altos están en 31.3% testigos de jehová, el 31% evangélicos y 20.6%, por muchos de los testigos de jehová lo que podemos deducir que el factor religión no es un medio de protección a los suicidios según este estudio, contrario a lo que indican diversas literaturas donde refieren que la participación en actividades religiosas es un factor protector para el suicidio.

En el estudio, en cuanto a comportamiento suicida se evidencia que existe una gran prevalencia de pensamiento suicida con un porcentaje de 94% y una cifra significativa de intentos con 6% de la población, datos que concuerdan con estudios nacionales e internacionales donde la conducta suicida se ha convertido prácticamente en un problema de salud pública, las muertes por propia voluntad representan la segunda causa de fallecidos entre los jóvenes de 15 a 29 años, después de los accidentes de tránsito. Realmente desde el pensamiento suicida al intento no hay un gran paso, solo basta con intervenir diversos factores y exponer a una persona a situaciones al límite para desencadenar el acto, en algunos casos, el dolor sufrido es tal, que la persona no es capaz de hacerle frente, sintiendo un nulo control sobre su vida y llegando a creer que no puede hacer nada para mejorar su situación.

En los últimos años en Nicaragua a habido un aumento alarmante de conducta suicida, esta probablemente al aumento de violencia, disfunciones familiares, problemas económicos que hemos venido observando en nuestra sociedad.

Como hemos observado para hacer surgir el comportamiento suicida existen muchos factores precipitantes, en este estudio se evidencio que el más común es por conflictos familiares con un porcentaje de 26%, seguido no por mucho por problemas de parejas con 25%, según la bibliografía revisada, Los estudios para países tanto en vía de desarrollo como desarrollados revelan que como mayor factor precipitante para conductas suicida prevalece con 80-100% de trastornos mentales en casos de suicidio logrado y Se estima que el riesgo de suicidio en personas con trastornos del humor (principalmente depresión) es 6-15%; con alcoholismo, 7-15%;

y con esquizofrenia; a pesar que este estudio no concuerde con cifras internacionales al revisar la literatura nacional pudimos observar que si hubo una gran concordancia ya que varios estudios reportan que el principal factor precipitante seria por desintegración familiar, esto probablemente a que El matrimonio y la familia son realidades cada vez más frágiles, existe maltrato físico y psicológico por parte de miembros de la familia, estas dañan a los integrantes de la misma porque pierden la libertad y el sentido de su propia identidad.

Para finalizar mostramos frecuencia de intentos suicidas en los pacientes a estudio del total de los encuestados 24 pacientes reportaron que intentaron cometer el suicidio de estos se encontró que 75% lo intento por primera vez y 25% habían sido subsecuentes datos que no concuerdan mucho con estudios que refieren que La tasa de suicidios en personas que han intentado suicidarse previamente, es significativamente elevada, especialmente en los primeros años después de su intento, lo que hace que un previo intento suicida sea otro pronosticador importante de futuro suicidio. Aproximadamente la mitad de las personas que se suicidan tienen una historia previa de intentos suicidas, y una cuarta parte de ellas habrá intentado suicidarse en el año anterior a su muerte. Existen muchas reincidencias en el suicidio esto probablemente a que en muchas ocasiones no se busca la ayuda necesaria por diferentes miedos como creer que la ayuda no serviría de nada, por miedo a ser hospitalizados, por vergüenza a admitir ante los demás y ante sí mismos de que tiene un problema, por miedo a ser juzgados por la sociedad y que los llamen, "locos" (mal llamados así por la sociedad y el estigma social). En otros casos, no buscan ayuda porque no saben dónde acudir, aunque más de la mitad de los individuos que han intentado suicidarse ya habían contactado con profesionales de la salud y no encontraron la ayuda que buscaban.

CONCLUSIONES

- De acuerdo con las características sociodemográficas los que más han presentado comportamiento suicida fueron el rango de edad de 18-25 años, sexo femenino, los que no estaban laborando, el tipo de ocupación estudiantes, grado de escolaridad los que cursaron hasta secundaria, solteros, con predominio de los que viven con su familia, de religión evangélica y Testigo de Jehová
- Según los resultados obtenidos de comportamiento suicida se evidenció que existe una gran prevalencia de pensamiento suicida
- Se identificó que el factor más precipitante de comportamiento suicida fue por conflictos familiares, seguido no por mucho por problemas en pareja
- En el estudio los que más se intentaron suicidar fueron los que intentaron por primera vez.

RECOMENDACIONES

- Crear un programa en los centros de salud de prevención al suicidio donde se realicen charlas, actividades recreacionales, sociodramas.
- Implementar comisiones que hagan secuencias a casos de pacientes que han pensado o intentado suicidarse.
- Crear líneas telefónicas a nivel SILAIS los cuales se den a conocer a través de los medios de comunicación (Radio, Panfletos, Televisión) para ayuda a personas con crisis suicidas.
- Hacer grupos de apoyos por comunidad para fortalecer los lazos familiares y la comunicación.
- Poner un responsable de la dirección psicosocial a nivel nacional.
- Que el gobierno incentive y promueva más fuentes de trabajos tanto a nivel del Estado como a las pequeñas y medianas empresas, además sector privado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud - Dirección General de Vigilancia Epidemiológico
2. Ministerio de Salud - Oficina Nacional de Estadísticas. Base de Datos de Defunciones.
3. Análisis de la situación del suicidio en Nicaragua. [Acrobat Reader™ 5.0]
4. 1998 [18-11-2006]; Editorial Formato Pdf. Disponible en: www.minsa.gob.ni.
5. MINSA. Manual resumido para el taller de capacitación al personal de salud
6. y comunidad en la atención a la persona con intento suicida, Managua,
7. Nicaragua, 2003
8. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es
9. Fernández J. Preguntas sobre el suicidio, servicio 061 Aragón. Agosto 2000.
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm.
10. Hernández Q. Epidemiología del suicidio adolescente. Disponible en: [www.Suicidioadolescente. Info/ epidemiologia. Html](http://www.Suicidioadolescente.Info/epidemiologia.Html).
11. Internacional, Población América Latina, La muerte por la mano propia. Google, Publicada junio 22 2005. www.tierramerica.net/2003/0922.
12. MINSA. Boletín epidemiológico, editorial Formato Pdf, Pub semana 01, 2005, Managua Nicaragua: www.minsa.gob.ni. 8) Foege W, Horan J. Guía para el funcionamiento de Sistemas Hospitalarios de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa. Nicaragua. (Basada en la clasificación de Internacional de Lesiones de Causa
13. Externas ICECI; Versión 1.2; Julio 2004 y las Guías para Sistema de Vigilancia de Lesiones de OMS/OPS/CDC 2001). Epidemiological Reviews. Vol. 25, 2003.
14. Durkheim Emile. El suicidio. 1a edición. Premia editora S.A. México; 1986.
15. Páez Darío. Salud Mental y Factores Psicosociales. Editorial Fundamentos. Madrid España 1986.
16. Meléndez Darce, Ana Cristian. Vigilancia Epidemiológica. Universidad Nacional Autónoma. UNAN León, Managua, Nicaragua C. A. 2006
17. Medina Aguirre, Lesly. Periódico La Prensa, Managua 12 de agosto del 2007.

18. Herrera A., Caldera T., Kullgren G., Peña R., & Salander Renberg, E. Attitudes towards suicide among young people in Nicaragua: A community based study. Submitted manuscript; 2006. (41): 692-697.
19. Rivadeneyra, Y. & Villareal, D. El suicidio escape ante un vacío existencial; Criterio, 2(51), pp.10; 2006.
20. Allport, G.W.; Attitudes. En Handbook of Social Psychology, Worcester, Mass: Clark University Press, 1935.
21. Urraca Martínez, Salvador; Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad; Tesis doctoral, 1982.
22. Caldera T, Herrera A, Renberg E, Kullgren G. (2004).
23. Parasuicide in a low income country: results from three-year hospital surveillance in Nicaragua. Pérez N. "Comportamiento epidemiológico de pacientes atendidos por lesiones autoinflingidas en los hospitales de la cuarta región durante 1996-1997". Tesis para optar al título de Doctor en Medicina. León-Nicaragua; febrero 2000.
24. Phillips M, Li X & Zhang Y. (2002) Suicide rates in China, 1995-99. Lancet, 359,835-40. 26) Goldman H. Psiquiatría General. 2 da ed. Mexico D. F: El Manual Moderno, S.A.de C.V; 1989.
25. Montes N. Conducta suicida en pacientes hospitalizados en el HEODRA período 1994 – 1997. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina. LeónNicaragua; Abril, 1998.
26. Más personas mueren en el mundo por suicidio que por conflictos bélicos. OPS/OMS. Disponible en: www.paho.org/spanish/DD/PIN/PSOSO90,htm-16k.
27. Urkheim, Emilio. El suicidio. Bs. As. Schapire editor. 971(3ª edición) Enciclopedia Encarta 2001. Microsoft Corporation. 2000.
28. Terroba G, Saltijeral T, Gómez M. El suicidio y el intento de suicidio: Una perspectivageneral de las investigaciones realizadas durante los últimos años. IV Reunión de Investigación. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría; 2004. p. 310-315.
29. Rocha Castillo Comportamiento Epidemiológico del Intento de Suicidio Atendidos en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello. León, Nicaragua, enero 2000 – diciembre 2001.

30. Narváez S, Morales A; Comportamiento suicida y género en pacientes de 15 a 44 años en el Hospital Antonio Lenin Fonseca. Rev. Nicaragua. 2002: 28-33 49. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M et al. Crossnational prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. British J Psychiatry 2008
31. OPS - CID - UNAN - LEON. (2011). Suicidio en Centroamérica y República Dominicana, 1988-2008. Panama.
32. Caldera, T. (2008). Epidemiología de la conducta suicida. Leon, Nicaragua 30. Carrasquilla, J. M. (2004). <http://montedeoya.homestead.com/suicidio.html>.
33. Centers for Disease Control and Prevention. Monthly vital statistic report, annual summary of births, marriage, divorces and deaths, United States, 1992. National Center of Health Statistics, September 1993:13-23.
34. Fernando Mansilla Izquierdo Psiquiatra. Epidemiology of Suicide in Chile. Abstract. The study of suicide is complex because it involves multiple factors: epidemiological, personal, family
35. Hirschfeld R, Russell J. Assessment and treatment of suicidal patients. N Engl J Med 1997; 337:910-915.
36. Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC, OPS. Oficina.
37. Regional para las América de la organización Mundial de la Salud 2002
38. Gabriel Montes Sosa, F. M. (diciembre de 2009). EL PENSAMIENTO SOCIAL SOBRE EL SUICIDIO EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO. Enseñanza e Investigación en Psicología, 14(2), 312.
39. Mairena, A. R. (2005). Intentos de suicidios admitidos en el Hospital Docente de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Fletes, Managua, Nicaragua Durante el periodo agosto 2003 – diciembre 2005. MANAGUA: UNAN - MANAGUA.
40. Mateo Bautista, Marcelo Correa. Relación de ayuda ante el suicidio. Argentina: San Pablo. ISBN 950-861-264-9
41. MINSA Y CSE. (2012). Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI). Managua
42. MINSA. Oficina Nacional de Estadísticas. (2014). Registro de Defunción por Suicidio. Managua.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas de la población en estudio

Tabla 1

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Edad	Edad de los pacientes agrupado en 7 grupos	Encuesta escrita		18-25 26-35 36-45 56-65 66-75 76-85
Sexo	Características fenotípicas que diferencian al sexo Masculino del Femenino en los investigados anotado en el expediente	Encuesta escrita	Masculino Femenino	
Trabajo	Determina si los pacientes al momento de encuestar están realizando alguna labor para obtener ingresos económicos	Encuesta escrita	Si No	
Ocupación	Es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido.	Encuesta escrita	Ama de casa Asistente del hogar Comerciante Vigilancia Jornalero Estudiante Otros	
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven o adulto asiste a la escuela, universidad, para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Encuesta escrita	Primaria Secundaria Técnico Universidad	
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal.	Encuesta escrita	Soltero Casado Unión Estable	
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Encuesta escrita	Ninguna Católica Evangélica Testigo de Jehová Mormón Otros	
Con quien vive	Personas con las que habitan en el hogar.	Encuesta escrita	Vive solo Vive con su familia Vive con su pareja Vive con amigos	

Objetivo 2: Determinar el comportamiento suicida en los pacientes a estudio.

Tabla 2

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Pensamiento suicida	Son ideas acerca de hacerse daño a usted mismo o quitarse la vida.	Encuesta escrita	Si No	
Intento suicida	Es la autoagresión llevada a cabo con la intención de morir que, sin embargo, no resulta en la muerte del individuo	Encuesta escrita	Si No	

Objetivo 3: Identificar factores precipitantes a comportamiento suicida en dicha población

Tabla 3

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Factores precipitantes a comportamiento suicida	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir un comportamiento suicida	Encuestas escritas	Conflicto familiar Enfermedad física Problemas Psicológicos Problemas financieros Problemas de justicia Muerte de un familiar Abuso sexual o físico Problemas entre pareja Embarazo no previsto Uso de Drogas Uso de Fármacos	

Objetivo 4: Mostrar frecuencia de intentos suicidas en los pacientes que participan en la presente investigación.

Tabla 4

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA
Primera Vez	Si han realizado una acción por primera vez, es decir nunca antes realizada	Encuesta escrita	Si No	
Subsecuente	Acción que se realiza después del siguiente.	Encuesta escrita	Si No	

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

Carcterísticas Sociodemograficas					
Edad	18-25	<input type="checkbox"/>	Escolaridad	Primaria	<input type="checkbox"/>
	26-35	<input type="checkbox"/>		Secundaria	<input type="checkbox"/>
	36-45	<input type="checkbox"/>		Técnico	<input type="checkbox"/>
	46-55	<input type="checkbox"/>		Universidad	<input type="checkbox"/>
	56-65	<input type="checkbox"/>	Estado Civil	Soltero	<input type="checkbox"/>
	66-75	<input type="checkbox"/>		Casado	<input type="checkbox"/>
	76-85	<input type="checkbox"/>		Unión Estable	<input type="checkbox"/>
Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>		Ninguna	<input type="checkbox"/>
	Femenino	<input type="checkbox"/>		Católica	<input type="checkbox"/>
Trabaja	Si	<input type="checkbox"/>	Religión	Evangélica	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>		Testigo de Jehová	<input type="checkbox"/>
Ocupación	Ama de casa	<input type="checkbox"/>		Mormón	<input type="checkbox"/>
	Asistente del hogar	<input type="checkbox"/>		Otros	<input type="checkbox"/>
	Comerciante	<input type="checkbox"/>	Con quien vive	Vive solo	<input type="checkbox"/>
	Vigilancia	<input type="checkbox"/>		Vive con su familia	<input type="checkbox"/>
	Jornalero	<input type="checkbox"/>		Vive con su pareja	<input type="checkbox"/>
	Estudiante	<input type="checkbox"/>		Vive con amigos	<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="checkbox"/>			

Factores precipitantes a comportamiento suicida	
Factores Precipitantes	Conflicto familiar <input type="checkbox"/>
	Problemas Psicológicos <input type="checkbox"/>
	Problemas financieros <input type="checkbox"/>
	Problemas de justicia <input type="checkbox"/>
	Muerte de un familiar <input type="checkbox"/>
	Abuso sexual o físico <input type="checkbox"/>
	Problemas entre pareja <input type="checkbox"/>
	Embarazo no previsto <input type="checkbox"/>
	Uso de Drogas <input type="checkbox"/>
Uso de Fármacos <input type="checkbox"/>	

Comportamiento suicida	
Pensamiento suicida	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
Intento suicida	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>

Frecuencia de Intentos Suicida	
Primera vez	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
Subsecuente	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>

ANEXO 3: TABLAS DE SALIDA DE LOS DATOS

Tabla 1: Grupo de edades con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-25 años	253	66
26-35 años	34	9
36-45 años	68	17
46-55 años	19	5
66-75 años	5	1.50
76-85 años	5	1.50
Total	384	100%

Fuente Base de datos

Tabla 2: Sexo de los investigados con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	150	40%
Femenino	234	60%
Total	384	100%

Fuente Base de datos

Tabla 3: situación laboral de los pacientes con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Si	169	44%
No	215	56%
Total	384	100%

Fuente Base de datos

Tabla 4: Ocupación de los casos investigados con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	150	39%
asistente del hogar	8	3%
comerciante	19	5%
Vigilante	5	1%
jornalero	2	1%
estudiante	187	48%
Otros	13	3%
Total	384	100%

Fuente Base de datos

Tabla 5: En relación a la escolaridad de los pacientes con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	55	14%
secundaria	142	37%
Técnico	89	23%
universidad	98	25%
Total	384	100%

Fuente Base de datos

Tabla 6: Con respecto al estado civil de los casos con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	172	44%
Casado	68	18%
Unión estable	144	38%
Total	384	100%

Fuente Base de datos

Tabla 7: En correspondencia a la religión de los participantes con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	18	5%
Católica	79	21%
Evangélica	119	31%
Testigo de Jehová	120	31%
Mormones	18	5%
Otra	30	8%
Total	384	100%

Fuente Base de datos

Tabla 8: Según los resultados del estudio en la relación a la con quien viven los pacientes con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Con quien viven	Frecuencia	Porcentaje
Vive solo	58	15%
Vive con su pareja	98	26%
Vive con su familia	225	58%
Vive con amigos	3	1%
Total	384	100%

Fuente Base de datos

Tabla 9 El comportamiento suicida en los participantes que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Comportamiento	Frecuencia	Porcentaje
Pensamiento suicida	360	94%
Intento suicida	24	6%
Total	384	100%

Fuente Base de datos

Tabla 10 Factores precipitante a comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Factores precipitantes	Frecuencia	Porcentaje
Conflicto familiar	102	26%
Enfermedad física	4	1%
Problemas Psicológicos	23	5%
Problemas financieros	65	16%
Problemas de justicia	2	1.00%
Muerte de un familiar	6	1.50%
Abuso sexual o físico	2	1.00%
Problemas entre pareja	93	25%
Embarazo no previsto	1	1.00%
Uso de Drogas	71	18%
Uso de Fármacos	15	4%
Total	384	100%

Fuente Base de datos

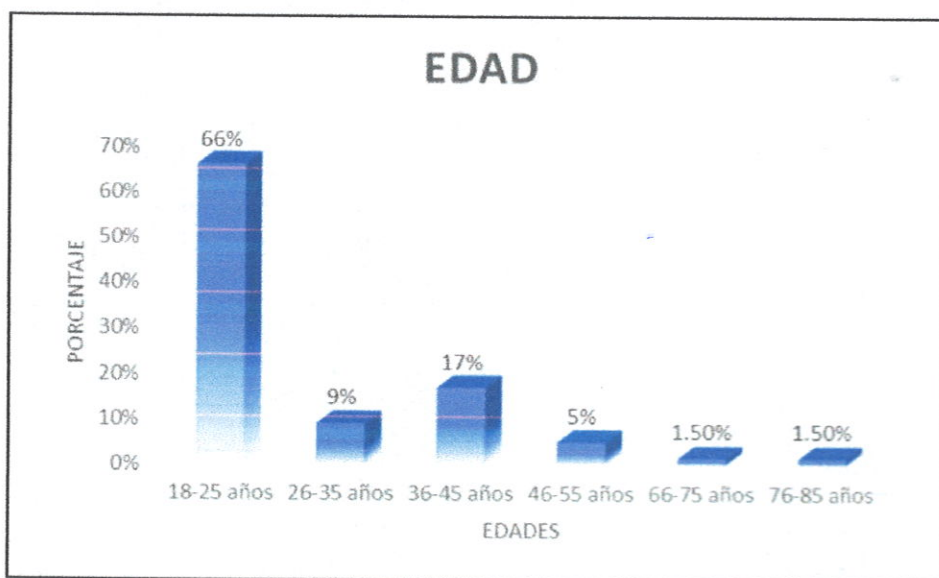
Tabla 11: Frecuencia de intentos suicidas en los 24 pacientes que llegaron a realizar el acto en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

Frecuencia de intentos suicida	Frecuencia	Porcentaje
Por primera vez	18	75%
Subsecuente	6	25%
Total	24	100%

Fuente Base de datos

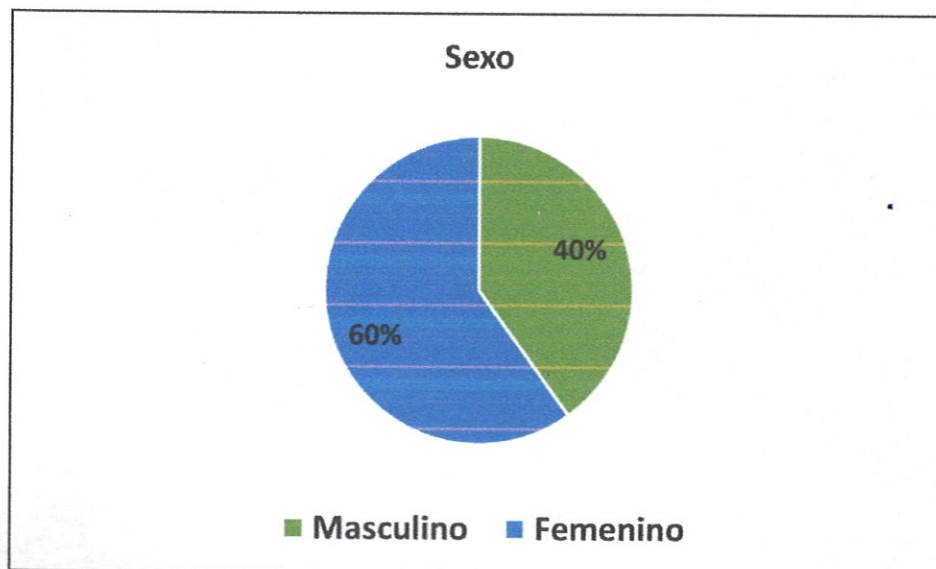
ANEXO 4: GRAFICO DE LOS RESULTADOS

Gráfica 1: Grupo de edades con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018



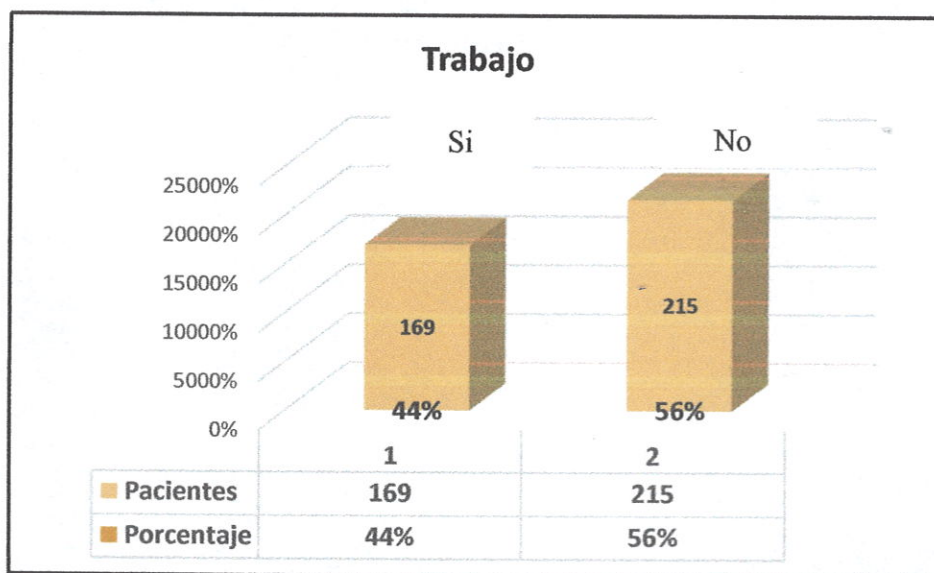
Fuente tabla 1

Gráfica 2: Sexo de los investigados con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018



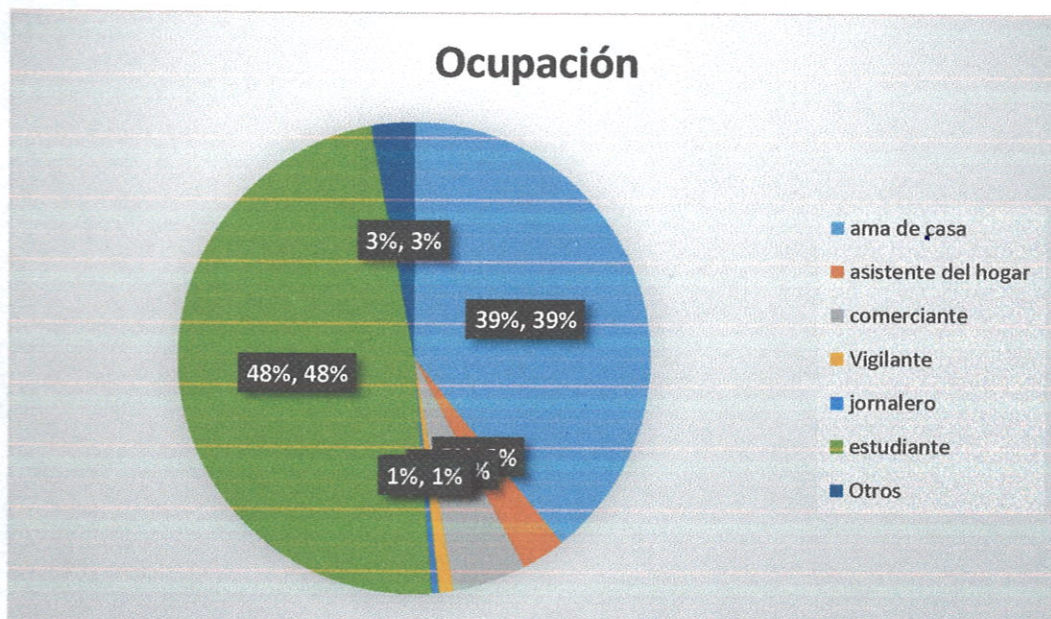
Fuente Tabla 2

Gráfica 3: Situación laboral de los pacientes con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018



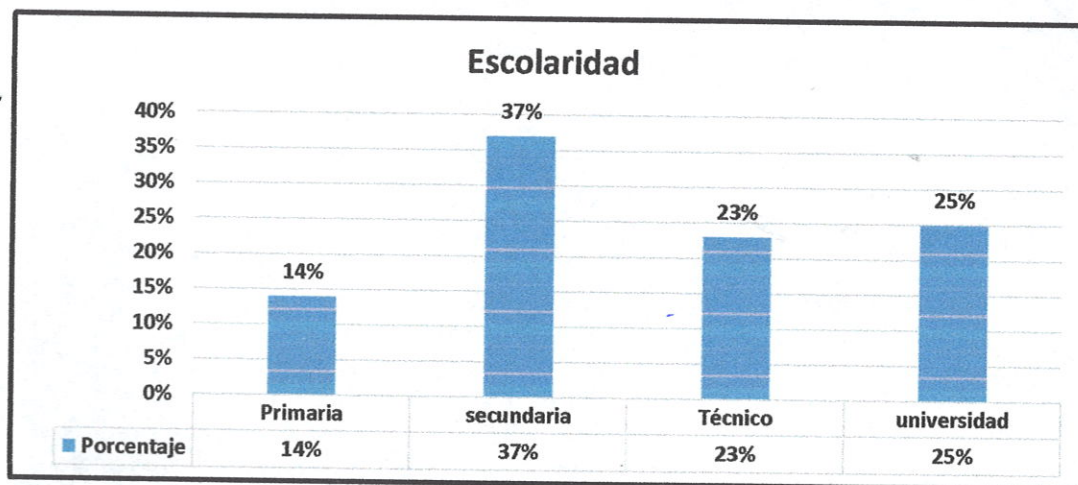
Fuente Tabla 3

Gráfica 4: Ocupación de los casos investigados con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018



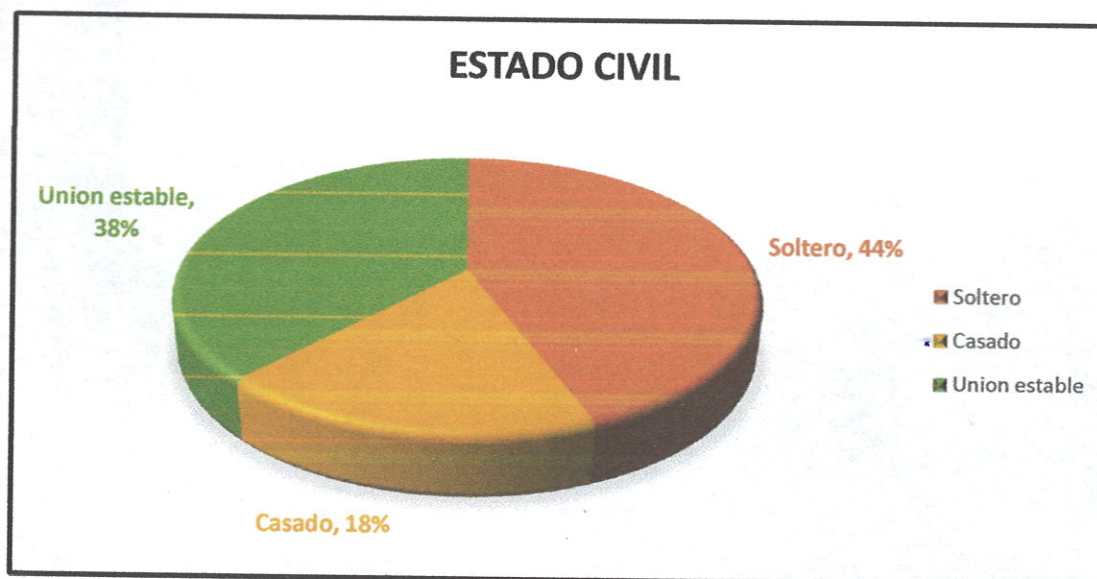
Fuente Tabla 4

Gráfica 5: En relación a la escolaridad de los pacientes con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018



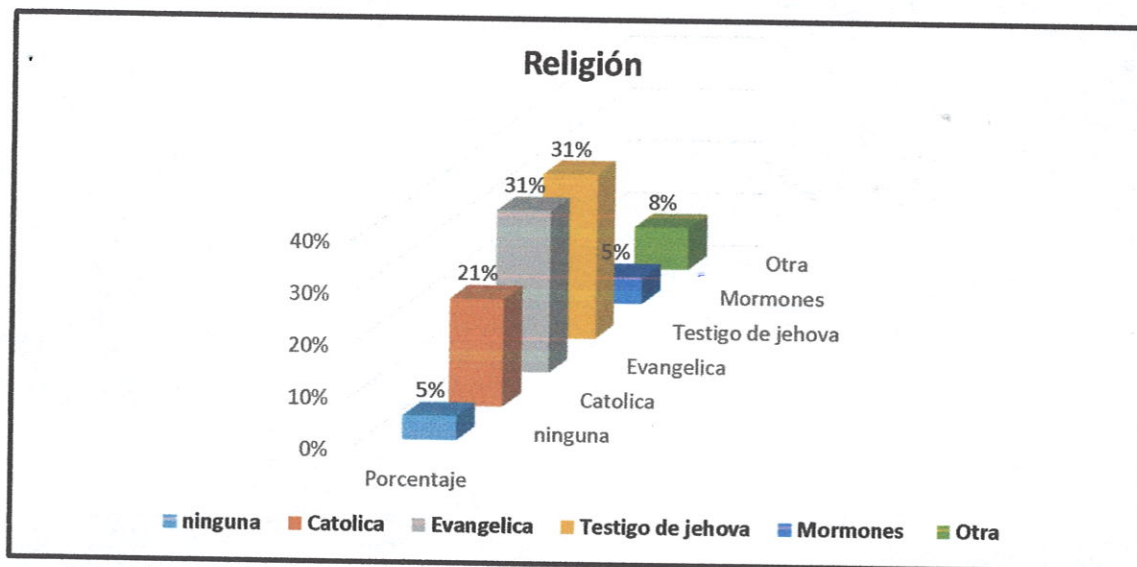
Fuente Tabla 5

Gráfica 6: Con respecto al estado civil de los casos con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018



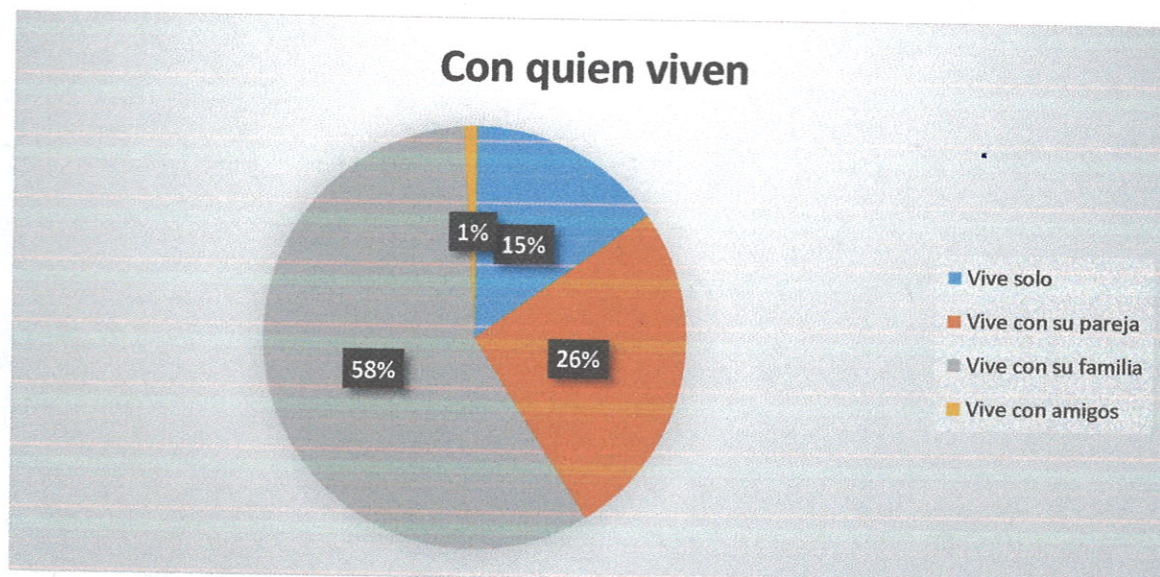
Fuente Tabla 6

Gráfica 7: En correspondencia a la religión de los participantes con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018



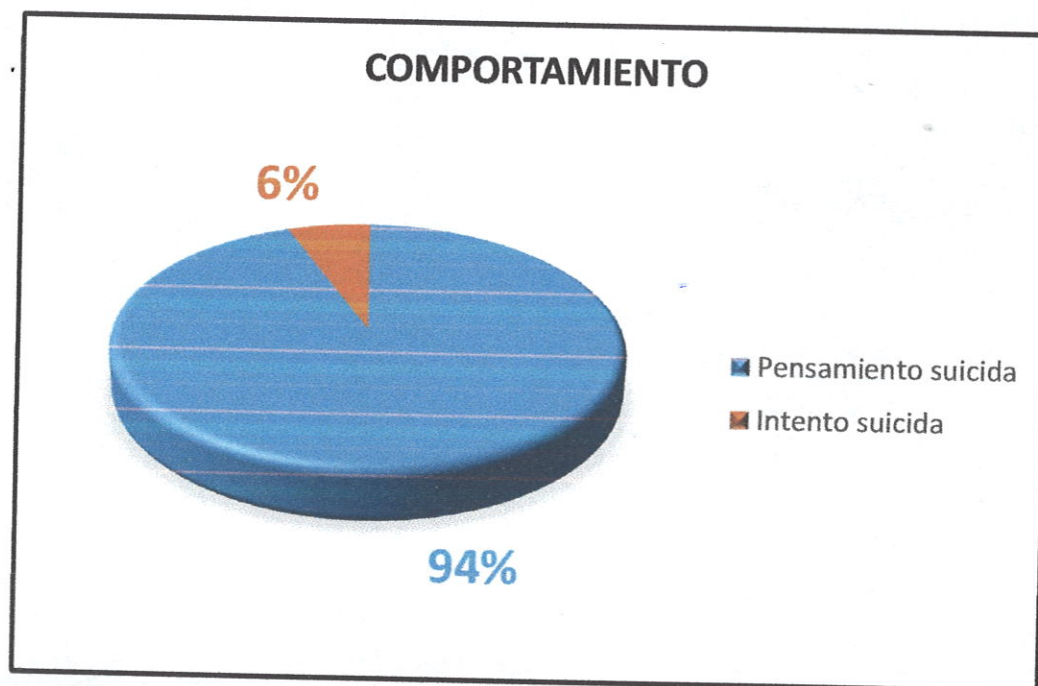
Fuente Tabla 7

Gráfica 8: Según los resultados del estudio en la relación a con quien viven los pacientes con comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018



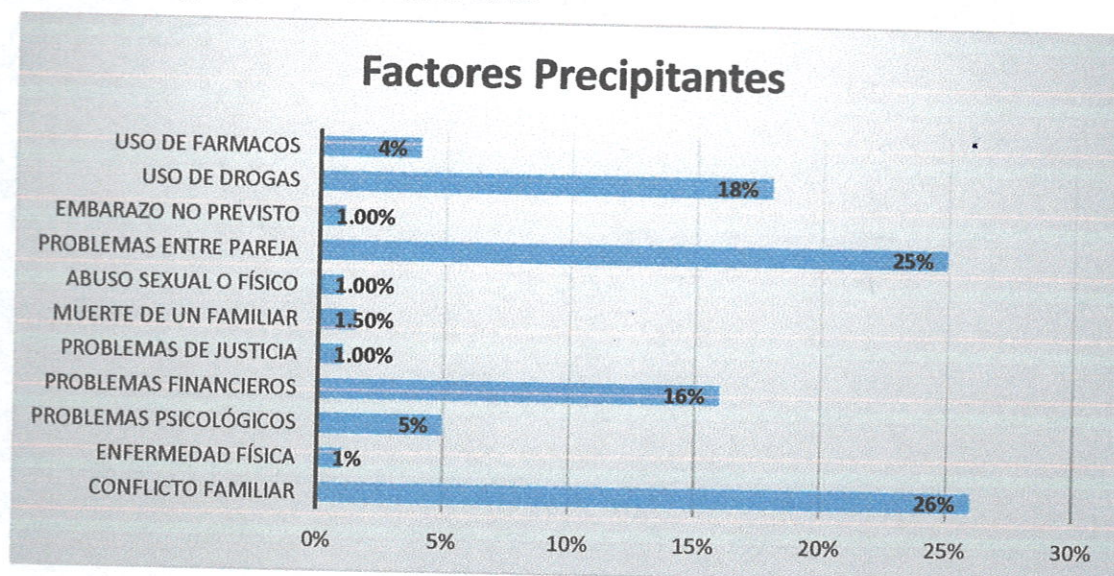
Fuente Tabla 8

Gráfica: 9 El comportamiento suicida en los participantes que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018



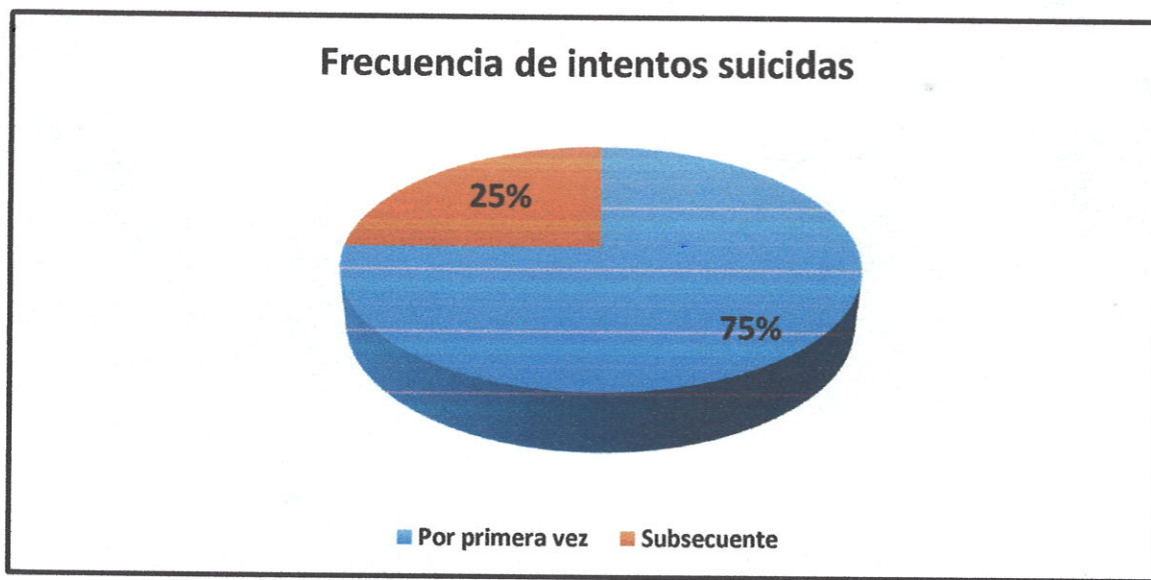
Fuente Tabla 9

Gráfica 10 Factores precipitantes a comportamiento suicida en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018



Fuente Tabla 10

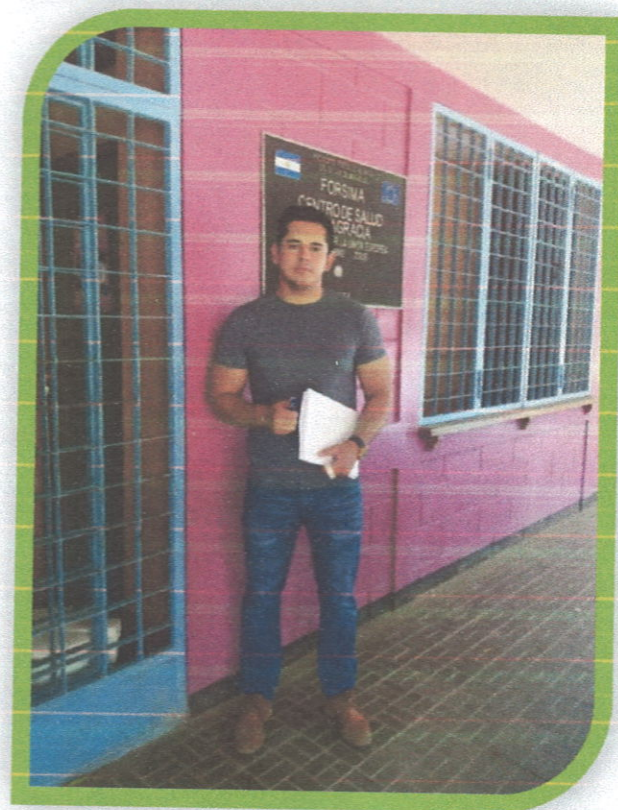
Gráfica11: Frecuencia de intentos suicidas en los 24 pacientes que llegaron a realizar el acto en la población que asiste a consulta de atención primaria en el Centro de Salud de Altagracia, SILAIS Managua, febrero-marzo 2018

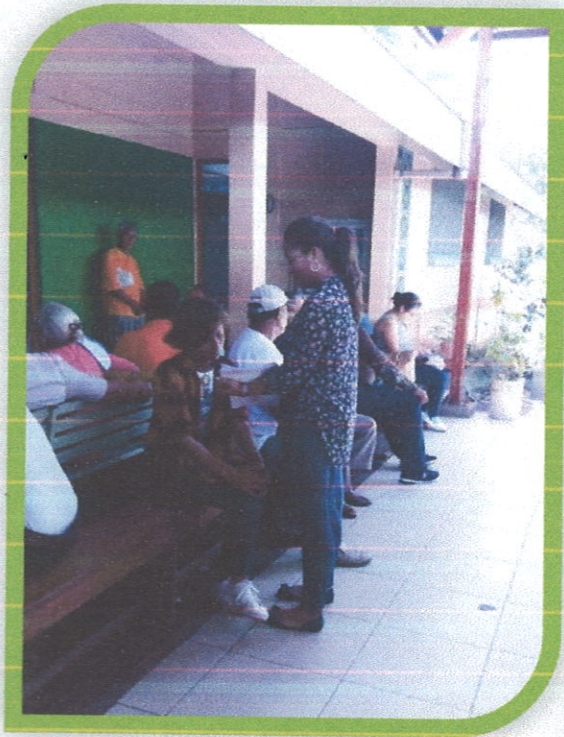


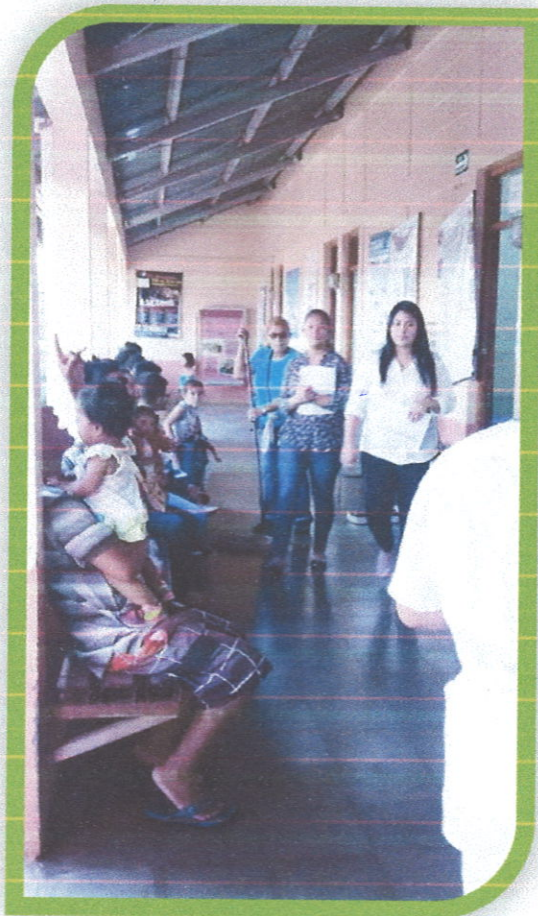
Fuente Tabla 11

ANEXO 5: IMÁGENES DEL PROCESO A ESTUDIO











UNIVERSITY OF THE PHILIPPINES
CENTRO DE DOCUMENTACION