

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua
Facultad de Ciencias Médicas

Hospital Docente de Atención Psicosocial José Dolores Fletes
Managua Nicaragua.



Tesis para optar al título de médico psiquiatra

*Intentos de suicidios admitidos en el Hospital Docente de Atención Psicosocial
Dr. José Dolores Fletes, Managua, Nicaragua
Durante el periodo Agosto 2003 – Diciembre 2005*

Dr. Alberto Raúl Martínez Mairena
Residente Tercer año de Psiquiatría

Tutor: Dr. José Ayerdis Zamora
Médico Psiquiatra
UNAN Managua

Asesor: Dr. Andrés Herrera Rodríguez
MD MPH
UNAN León

Lic. Julio C. Rocha
Msc. Salud Pública
Heodra León.

Managua, Febrero, 2006

Resumen

Antecedentes

En Nicaragua, la situación actual de la salud mental esta condicionada por las evidentes restricciones económicas, los conflictos generados por la guerra y la polarización política de la población. A esto además, se suman los problemas de funcionamiento de la familia, así como la falta de alternativas claras para la población. También se destacan la poca atención gubernamental en el área de salud mental.

Método.

Este es un estudio descriptivo de corte transversal. Con la aplicación de un instrumento estandarizado internacional (escala SIS de Beck, 1974) aplicado como sistema de vigilancia de intento de suicidios en el Hospital Psiquiátrico Nacional de Managua, Nicaragua entre agosto 2003 y diciembre 2005

Objetivos.

Este estudio tiene como propósito describir las características socio-demográficas, así como, examinar los métodos usados, el tiempo, el lugar de ocurrencia, motivos del intento de suicidio, intencionalidad y severidad de los intentos. Finalmente establecer un sistema de vigilancia del intento de suicidio para ser medidas de monitoreo y prevención en el Hospital Psiquiátrico Nacional.

Resultados.

Doscientos cuatro pacientes fueron estudiados en 29 meses. El 51.5% de los intentos de suicidios fueron mujeres con predominio de los grupos etareos entre 15-24 años, siendo la mayoría del área urbana. El nivel escolar mas afectado fue la secundaria con un 42.6% para ambos sexos. Según la ocupación el 28.9% del total de los intentos estaban empleados y un 23.6% desempleados. El 22.1% no tenían ninguna religión, y según el estado civil el 42.2% eran solteros \ as. También el 73% de los intentos ocurrieron en su casa de habitación, siendo el método más utilizado ahorcamiento con un 20.9%, y el 59.9 % de los intentos de suicidio expresaron haber tenido algún contacto previo con alguna unidad de salud. De acuerdo a la escala SIS el 23.3% de los varones y el 48.5% de las mujeres hizo un intento de suicidio severo ($X^2=12,802$, $pv=0,002$).

Conclusión.

La conducta suicida (intento de suicidio) de acuerdo al sistema de vigilancia del HPN tiene rostro de mujer, adolescente y joven, soltera, estudiante, de religión católica, con serios problemas de funcionamientos en la familia y con tendencia de usar métodos letales en casa de habitación; y que circulan frecuentemente, buscando algún tipo de ayuda psicológica por las unidades de salud sin ser detectados. Adicionalmente, con intencionalidad impulsiva, con características ambivalentes, teniendo como resultados un intento en su mayoría severo y asociado a mas de un tercio de ellos a trastornos de salud mental con riesgos potenciales a suicidarse en el futuro si no se presta atención a través de un sistema de vigilancia epidemiológica inteligente.

Dedicatoria

A:

Dios y mi familia.

En especial a todos los pacientes sobrevivientes del intento suicida por su participación voluntaria a participar en el estudio.

Agradecimiento

Al Dr. José Ayerdis por brindarme el apoyo necesario y sus valiosas recomendaciones como tutor del estudio.

Al Dr. Andrés Herrera Rodríguez, por su valiosa asesoría, por su constante motivación en el estudio, por su apoyo incondicional y tiempo dedicado, sin el cual no hubiese llevado a feliz término el estudio.

Al Lic. Julio Rocha, por sus oportunas observaciones y recomendaciones.

A mis compañeros médicos residentes, médicos generales, al personal de enfermería, psicología y trabajo social. Por el apoyo brindado en este esfuerzo.

A la subdirección docente del HPN, por haberme brindado la oportunidad de realizar este estudio avalando la necesidad de establecer un sistema de vigilancia de las autolesiones.

Titulo

*Intentos de suicidios admitidos en el Hospital Docente de Atención Psicosocial
Dr. José Dolores Fletes, Managua, Nicaragua
Durante el periodo Agosto 2003 – Diciembre 2005*

INDICE

	CONTENIDO	PAGINAS
I	Introducción.....	1
II	Antecedentes	3
III	Justificación.....	4
IV	Planteamiento del problema.....	5
V	Objetivos.....	6
VI	Marco Teórico	7
VII	Diseño Metodológico.....	19
VIII	Resultados	25
IX	Discusión de los Resultados.....	35
X	Conclusiones.....	40
XI	Recomendaciones.....	41
XII	Bibliografía.....	42
XIII	Anexos.....	44

I. INTRODUCCION

El suicidio es una de las principales causas de defunción a escala mundial; se plantea en relación al suicidio un problema sanitario de tal magnitud, que los esfuerzos a desarrollar por las organizaciones de salud en diferentes latitudes están dirigidos a prevenir y controlar la conducta suicida.

El suicidio es la décimo tercera causa principal de muerte en el mundo. Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinfligida son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad⁷. En el año 2000, unas 800 mil personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14.5 por 1000.000 mil habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos⁷.

En todos los países el suicidio es mayor en hombres que en mujeres a excepción de China y la India, donde predomina el sexo femenino¹. La tendencia suicida es mayor en mujeres, que en hombre debido posiblemente, al mecanismo de llanto por ayuda (cry for help), contrario al pensamiento suicida que tiene una tendencia similar para ambos sexo.

En Europa se producen más de 700.000 intentos de suicidio al año, y el suicidio es 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; estos índices son inferiores a los que se dan en los países del este europeo. Desde 1970 el suicidio ha aumentado especialmente en el grupo de edad de 15 a 24 años; en Francia son unos 12.000 suicidios al año. El alcoholismo y la drogadicción tienen su implicancia en este fenómeno, por lo tanto uno como otro son efectos vinculante a la acción suicida.^{17,18}.

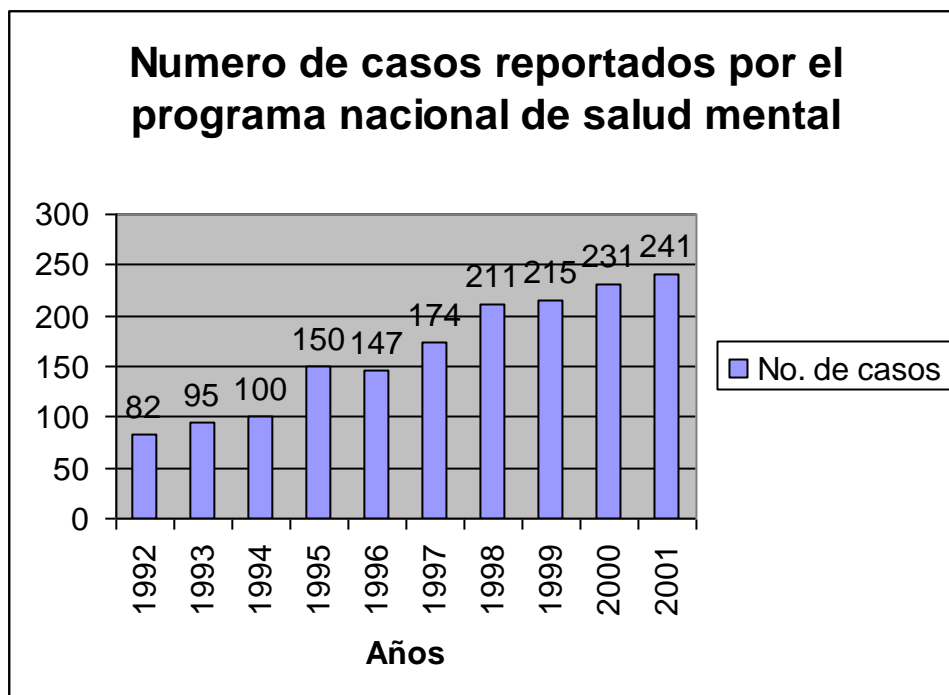
En los Estados Unidos, cada día se suicidan 84 ciudadanos americanos. El suicidio ocupa la tercera causa de muerte en las edades de 10-24 años y la segunda en el grupo de 25-34 y además, es la séptima causa de todas las muertes.¹³

En América Latina los sistemas de información están pobremente desarrollados; sólo se cuenta con estadísticas de algunos países como Argentina que en el año 1997 registró tasas de suicidio en hombres, de 8.45 y en mujeres 2.77; en Brasil la tasa de suicidios en hombres fue de 7.72 y en mujeres 2.12; en Chile en es de hombres 9.97 y en mujeres de 1.64; en Colombia, en hombres fue de 5.50 y mujeres de 1.94 y, en Venezuela en hombres de 8.13, en mujeres de 1.83 por 100.000 habitantes respectivamente. República Dominicana registró en 1998 tasas de suicidio en hombres de 3.09 y en mujeres 1.44; en Ecuador la tasa en

hombres fue de 6.49 y en mujeres 4.0; en México en los años 1998-1999 se registró tasas en hombres de 6.65 y 6.93 y en mujeres 1.23 y 1.26 respectivamente. El Salvador en ese mismo período registró tasas elevadas de suicidio, correspondiendo a hombres 10.93 y 12.9 y en mujeres 9.50 y 10.18, por 100.000 habitantes.¹⁴

En Nicaragua la tasa de suicidio en el año 2000, fue de 7.15; en el 2001, 7.19; en el 2002, 6.74, en el 2003 6.5. La distribución por sexo fue en hombres: En el 2001, 9.4, en el 2002 9.7. En mujeres: En el 2001, 4.7, en el 2002, 3.7 por 100.000.habitantes^{9,10}

Según el Ministerio de Salud de Nicaragua, el suicidio se ha incrementado en los últimos 10 años, considerándose un problema de Salud Pública, ocupando el año 2002 el octavo y noveno lugar como causa de muerte en los grupos etáreos de 15-24 años y de 25-49, años respectivamente. ¹⁰



Por otro lado, la Policía Nacional en el año 1,999 registró 204 suicidios y en el año 2000, se registran 211¹⁵. En el Hospital Psiquiátrico Nacional, las estadísticas reflejan 33 casos de intentos suicidas, en el año 2000, 61, en el 2001, 75, en el 2002, igual numero de casos en el 2003 ¹⁹. En el año 2004, se registran 101 casos de intentos suicidas, en el año 2005, 81 casos, cifras que reflejan un incremento del problema.

II. ANTECEDENTES

El comportamiento suicida avanza silenciosamente como un problema latente de salud pública; siendo cada día un problema que ocupa a sectores vinculados con la población adolescente y jóvenes en plena etapa productiva.

En Nicaragua, la situación actual de la salud mental esta condicionada por las evidentes restricciones económicas, los conflictos generados por la guerra y la polarización política de la población. Mas los problemas de funcionamiento e integración de la familia, así como la falta de alternativas claras debidas para la población. La atención en salud mental de la mayoría de la población, es limitada; brindada principalmente por el Hospital Psiquiátrico Nacional. Una alternativa comunitaria es el modelo CAPS que ha funcionado en algunos departamentos del país: León, Chinandega, Managua, Granada y Bluefields. ¹¹.

Las diversas opciones de asistencia y tratamiento psiquiátrico en la comunidad han sido reducidas en los últimos 15 años en su cobertura, algunas han desaparecido. Algunos CAPS, han sido cerrados y otros trasladados a instalaciones más pequeñas y con poco personal médico y paramédico.

III. JUSTIFICACION

En Nicaragua no ha sido la costumbre el establecimiento de sistemas de vigilancia de autolesiones; siendo hasta ahora una de las principales limitantes del programa de Salud Mental del MINSA. A esto se suma la escasez de recursos humanos entrenados en los centros de salud del país para la detección temprana de intentos de suicidios. Además, de la poca inversión económica, de infraestructura y recursos humanos en salud mental, se ha establecido únicamente 1% del presupuesto nacional en salud, para salud mental, pero en la práctica esto no se cumple. Dado que la salud mental en Nicaragua, ha estado detrás de las cortinas de la estigmatización social además de la carencia de recursos.

En la actualidad en el Hospital de Atención Psicosocial “José Dolores Fletes”, hospital de referencia nacional es la primera vez que se intenta establecer un sistema de monitoreo continuo de factores predisponentes de los intentos de suicidios en pacientes que acuden a emergencia en este centro hospitalario. Esta información puede ser de utilidad para el personal de salud que realiza el abordaje de pacientes con conductas suicida, trabajadores sociales y padres de familias que tienen en los hogares a personas con pensamiento suicida. El presente reporte tiene como base el éxito que tuvo la puesta en marcha de un sistema de vigilancia de autolesiones en la sala de emergencia del HEODRA-León entre 1999-2002, donde se evidenció que muy pocos de los participantes en el estudio de León repitieron otro intento suicida después de la entrevista individual.²⁰

En el estudio de León se reportó que de 204 personas que le dieron seguimiento por dos años solo el 11% de ellos fallecieron, siendo el 100% de estos hombres. Sin embargo, el 5% de las mujeres intentó suicidarse nuevamente después de 24 meses. Por tanto, esta propuesta de sistema de vigilancia de autolesiones se sustenta en lo enunciado anteriormente²⁰.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La identificación de personas en riesgo de cometer suicidio, entre los que intentan suicidarse, es una de las más grandes aspiraciones para los que se dedican a la práctica clínica de la salud mental. Poniendo en evidencia, que el intento de suicidio representa unos de los hechos importantes en la conducta suicida (gesticulación suicida, deseo de morir, idea suicida, plan suicida, intentos suicidios y suicidio). Diferentes aproximaciones se han desarrollado para la detección temprana del intento de suicidio y la escala de SIS Beck de 1974 es una de ellas. Donde el intento de suicidio ha sido definido por severidad o intensidad por el cual el paciente desea terminar con su vida. Siendo este instrumento usado ampliamente en el mundo.

Por consiguiente, con este esfuerzo estamos intentando acercarnos a las personas que asisten a la emergencia del hospital nacional psiquiátrico de Managua para averiguar si el intento de suicidio esta asociado a factores multicausales o particulares, entre otros:

Sociodemográficos, métodos, motivos, y/o circunstancias, intencionalidad, trastornos de salud mental asociados y severidad del intento.

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer un sistema de vigilancia de intentos de suicidios en pacientes atendidos del Hospital Psiquiátrico Nacional. Durante el periodo Agosto 2003- Diciembre 2005.

Objetivos Específicos

1. Describir las características socio-demográficas de los intentos suicidas.
2. Examinar los métodos usados, el tiempo, el lugar de ocurrencia, repetición del intento, motivos del intento de suicidio y diagnósticos asociados.
3. Conocer la intencionalidad y severidad del intento suicida a través de la Escala SIS de Beck en pacientes atendidos durante el estudio.
4. Contar con los elementos necesarios para el establecimiento de un sistema de vigilancia de los intentos suicidas a fin de elaborar medidas de monitoreo, seguimiento y prevención.

VI. MARCO TEORICO

Aunque el hombre se ha interesado desde tiempos remotos por el fenómeno suicida, hasta el siglo XIX no se elaboran las primeras teorías que intentan explicar con un cierto rigor esta desconcertante conducta humana.²

Denominamos concepción patológica del suicidio a una teoría elaborada a principios del siglo XIX por la escuela de psiquiatría francesa, que considera el suicidio como un síntoma de enfermedad mental.

En el siglo XX conviene destacar que la occidentalización de las costumbres parece ir asociado a un aumento de la conducta suicida. En los últimos años, así mismo, los grandes movimientos migratorios que se están viviendo en Europa están teniendo probablemente influencia sobre la conducta suicida. Además que la influencia de los medios de comunicación en la conducta suicida parece ser importante, especialmente en la población infante-juvenil. Finalmente la despenalización del suicidio no llegó hasta bien entrado el siglo XX (Inglaterra 1961, Irlanda 1993). Las teorías explicativas intentan dar una explicación global de la conducta suicida. En general, en ella se encuentran elementos interesantes de cara a su estudio y posterior aplicación terapéutica.

Para Menninger, era el resultado de una rabia homicida dirigida para uno mismo como un homicidio invertido, también era considerado como un mecanismo de auto contagio, derivado de la culpa.²⁵

Dentro de las teorías cognitivas: Beck y Cols, descubrieron que la desesperanza estaba más ligada al suicidio consumado que la experiencia subjetiva de la depresión. Representantes de las teorías sociológicas como Morselli consideraban el suicidio como consecuencia de la escasez de recursos para sobrevivir de algunos miembros de sociedad, con las inevitables pérdidas de los más débiles.²⁵

Durkheim (1897), concluye que el suicidio es el resultado de las influencias y el control de la sociedad y propone dos variables que hay que tener en cuenta: El grado de integración social del individuo y el grado de reglamentación social de los deseos individuales. Así mismo distinguió cuatro tipos de suicidio; el Egoísta, que se da en aquellos individuos no fuertemente integrados a su grupo social, el Altruista; que se da en aquellos excesivamente integrados en el grupo pero con carencias de individualización, el Anómico; aquellos con una integración distorsionada en el grupo y el suicidio fatalista, resultante de una reglamentación excesiva que termina aplastando a esos individuos.²⁵

Schnider, distingue tres variedades con características psicológicas bien definidas:²⁵

Suicidio balance:

Tiene lugar cuando una persona a pesar de sus esfuerzos prolongados durante mucho tiempo, llega a caer en una situación económica y social, en que la vida no tiene valor para sí, conclusión a la que llega, reflexivamente, sacando el balance de su esfuerzo y las satisfacciones que tiene.

Suicidio corto circuito:

Se da cuando un individuo tras la recepción de una noticia desagradable o bajo la impresión de un suceso que lo coloca frente a una emoción, pierde el control y pone fin a su vida.

Suicidio teatral:

Hay aquí una acentuación afectiva en el estado de ánimo del suicida pero falta una completa sinceridad de propósito, se desea más sensación que morir realmente.

Freud consideró el suicidio como un fenómeno intrapsíquico originado previamente en el inconsciente, y en cuyas psicodinamias intervenían sobre todo la agresión y la hostilidad contra sí mismo al no poder exteriorizarla.

Desde el punto de vista religioso, las religiones monoteístas consideran el suicidio como un acto o pecado contra Dios. Así, en los primeros Cristianos se soportaba el sacrificio hasta la muerte inflingida por otros como muerte ejemplar pero no aceptaban el suicidio voluntario.

El Budismo rechaza el suicidio, al entender que el tiempo de sufrimiento de la tierra no debe de ser modificado, al ser consecuencia de tener que purgar pecado de una existencia anterior.

El Islam rechazaba el suicidio, puesto que es Alá quien debe elegir el momento en que cada uno debe morir, aunque tolera el suicidio como forma de sacrificio voluntario en "La guerra Santa".

El Hinduismo es más tolerante con el suicidio, aceptando algunos rituales suicidas (Sati) como la viuda tras el fallecimiento del marido para expiar los pecados del mismo y ganar el honor para sus hijos y aunque lleva tiempo prohibida, no a desaparecido por completo.

Las teorías psiquiátricas muy imbuidas de la creencia de que los suicidas tienen algunos trastornos mentales, que implica un comportamiento anormal, se basa en la alta prevalencia de trastornos mentales que se dan en los suicidios. ²⁵

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es el producto, de dos factores:

a) Las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida,

b) Las circunstancias externas que les llevan a actuar en un momento y lugar determinados.

Podemos considerar en el suicidio diversos tipos de factores: personales, familiares, ambientales etc. Nacen por lo tanto, varias interrogantes: ¿Cuáles son? ¿Qué importancia tienen? ¿Cómo se pueden valorar? Pero, para la adecuada comprensión del tema es preciso clarificar la terminología del acto suicida, conocer sus valores epidemiológicos y las tendencias evolutivas de la conducta suicida.

El modelo Silverman y Felner (1995), proponen una serie de procesos que conducen al suicidio, sobre los que se podría aclarar preventivamente.

Concepto y Clasificación de Conductas Suicidas:

Por Suicida: Se entiende toda conducta que busca y encuentra una solución a un problema existencial mediante un acto que atenta contra la vida del sujeto.

Acto Suicida: Hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Ideación Suicida: Persistentemente se precisa, planea o desea cometer suicidio.

Intento de Suicidio: Acto Suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Suicidio: Muerte que resulta de un acto suicida.

La OMS clasifica las tasas de suicidios de una comunidad en bajas, medias, altas. y muy altas en función del número de suicidios por 100.000 habitantes por año. De modo que cifras inferiores a 5 /100.000 habitantes al año se consideran como bajas, tasas entre 5 y 15 como medias, entre 15 y 30 como altas y por encima de 30 muy altas⁴.

El suicidio en adolescentes y adultos jóvenes figura entre las cinco primeras causas de muerte en numerosos países y en **EELW** (Suiza) constituye la tercera causa de muerte entre los jóvenes de edades comprendidas entre 15 - 24 años^{2, 3}.

Factores Sociodemográficos:

Sexo: La tasa de suicidio consumado es más elevada entre los varones, si bien hay un incremento paulatino de suicidios 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 tanto, a las mujeres jóvenes por lo general se les considera de menor riesgo, según estos factores de riesgo relacionados con la edad y el sexo.

Edad: Afortunadamente el suicidio en la infancia constituye un hecho aislado siendo raros los casos de suicidio en menores de 12 años. Sin embargo en Nicaragua se reportan algunos casos.¹¹

A partir de la adolescencia e inicio de la edad adulta las tasas de suicidio divergen en los diferentes países. Las personas de la tercera edad constituyen el grupo de edad con tasas más elevadas de suicidio consumado².

En Nicaragua en el año 1992 representó la quinta causa de muerte entre los 15 y 34 años y la octava entre los 15 y 49, en 1996 ha pasado a ser la primera y la cuarta causa respectivamente. Si tomamos en cuenta que los expertos consideran que por cada suicidio se producen entre 30 y 60 intentos, debemos inferir que la carga de morbimortalidad para el país es grande, especialmente en años potenciales de vida perdidos¹².

Estado Civil: El suicidio es un hecho más frecuente en las personas solteras, separadas, divorciadas o viudas. Parece actuar el matrimonio como factor protector, especialmente si se tienen hijos, tendencia más acentuada en la mujer. Diversos datos muestran que las personas solteras tienen tasas de suicidio 2 veces superiores a los casados y en el caso de viudos y divorciados las tasas son 3 y 5 veces superiores. Una excepción ocurre en los grupos más jóvenes (15-19 años) ya que la tasa de suicidio es 1.5 y 1.7 veces superior en hombres y mujeres casadas respectivamente³.

Religión: En general, la participación en actividades religiosas es un factor protector para el suicidio. Las sociedades donde hay diferentes denominaciones con fuerte presencia como la católica y la evangélica repercuten en bajas tasas de suicidio. En cambio cuando la presencia religiosa es baja las tasas de suicidio se incrementan².

Desempleo: Muchos estudios han demostrado la relación existente entre desempleo y conducta suicida, siendo el desempleo de larga duración un factor especialmente estresante. Estudios en los países Nórdicos ponen de manifiesto que aproximadamente la mitad de las personas que cometen intentos suicidas carecían de empleo.

Distribución Geográfica: La incidencia de las conductas suicidas varia no solo entre los distintos países sino que incluso lo hace dentro del mismo país. En general puede decirse que las tasas de suicidio y de tentativas son más altas en las Áreas urbanas, siendo más elevadas cuando mayor es el número de habitantes de la ciudad.

Época del año, día y hora: La mayoría de las estadísticas ponen de manifiesto que las tasas de suicidio son más bajas en los meses de invierno, incrementándose durante los últimos meses del año, algunos autores señalan el mes de enero como un mes de alta incidencia de suicidios.

Los días intermedios de la semana parecen ser los más señalados para llevar a cabo las conductas suicidas, estando la mayoría de los estudios de acuerdo que la tarde y la noche serían los momentos de mayor riesgo a lo largo del día.

Factores Familiares: Casi la mitad de los pacientes con historia familiar de suicidio, realizan también un intento suicida.

En la hipótesis las explicaciones propuestas pueden agruparse en dos categorías fundamentales: el fenómeno psicológico de la identificación con el familiar suicida y los factores genéticos en la transmisión de la conducta suicida³.

Factores Psicológicos y Psicopatológicos: Para el Psicoanálisis, el suicidio representa una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado introyectado.

Algunos estudios encuentran que aquellos individuos que presentan características suicidas tienden al aislamiento social, experimentan dificultades interpersonales en mayor grado, su amor propio es escaso y menos confiados que los no suicidas.

Estudios epidemiológicos realizados en adultos encuentran que entre el 90-100% de las personas suicidas presentan un trastorno mental, fundamentalmente depresión, alcoholismo o esquizofrenia que al asociarse a sucesos adversos tales como pobreza, desempleo, pérdida de personas queridas, discusiones con la familia o los amigos y problemas legales aumentan el riesgo de atentar contra sí mismas⁷. Según la Organización Panamericana de la Salud la depresión constituye el 65% de los intentos de suicidio⁴ y del 30 al 90% de suicidio¹⁷.

En Estados Unidos la relación suicidio-alcohol varía desde 28 a 53% y frecuentemente se asocia al uso de armas de fuego, sin embargo, en otros países como Australia se asocia tanto al uso de armas de fuego como a otras sustancias. El alcohol está involucrado en el 15-64% de los intentos de suicidio.

En relación con el conflicto familiar en Europa se correlacionó altas tasas de suicidio con la caída en las tasas de matrimonios y aumento en el número de parejas divorciadas. Además se ha demostrado que personas con desordenes mentales y conflictos familiares aumentaban el riesgo de suicidio en 9 veces¹⁷.

La enfermedad física, sobre todo si es incapacitante, dolorosa, crónica o incurable, está presente en el 20 al 70% de los suicidios a escala mundial ².

Métodos Suicidas: En la elección del método suicida intervienen una gran variedad de factores, como la disponibilidad y accesibilidad de los mismos, la aceptación socio cultural, la capacidad letal, etc. Esta serie de hechos tienen como consecuencia que se observen grandes variaciones en lo que se refiere al método empleado en función de variables como sexo, edad, medio rural o urbano y latitud geográfica estudiada.

Los varones prefieren métodos suicidas más letales. Las mujeres suelen utilizar métodos más pasivos y menos violentos.

Otro hecho para mencionar es que los métodos suicidas varían con el paso del tiempo, muchas veces en función de la disponibilidad de los mismos

En lo que a intento de suicidio se refiere, todos los autores están de acuerdo en afirmar que la intoxicación medicamentosa es el método más utilizado⁵.

Entre estos medicamentos se encuentran las Benzodiazepinas que están indicadas en el tratamiento de la ansiedad, depresión, terrores, insomnio, alteraciones músculo esquelético, convulsiones, síndrome de abstinencia al alcohol y como tratamiento coadyuvante en la anestesia. Debido a su amplia disponibilidad, es la intoxicación medicamentosa más frecuente. Generalmente, se produce por la ingestión del fármaco con fines autolíticos, con frecuencia acompañado de alcohol y otras sustancias; es un fármaco que suele acompañar a la sobredosis de drogas de abuso, y es utilizado por los drogadictos para disminuir los síntomas de los síndromes de abstinencia.

La mortalidad en los casos de intoxicación solo por benzodiazepinas es rara (DL50 1.6g/Kg.). Pero, con frecuencia éstas se ingieren con otras drogas y/o alcohol (en más de 75% de los casos), potenciándose sus efectos. En un estudio multicéntrico, efectuado en 317 intoxicados agudos con carácter grave, sólo fallecieron cinco pacientes

por intoxicación medicamentosa. Estando las benzodiazepinas implicadas en cuatro de ellos (en tres asociada con otros fármacos y solo en un caso como único responsable).²⁰

La carbamacepina en la práctica médica se utiliza como anticonvulsivante, pero, se han descrito casos de intoxicaciones agudas voluntarias. La intoxicación por sí misma no es grave, y salvo complicaciones sobreañadidas, los pacientes se recuperan a las 48 horas aún después de la ingesta de dosis masivas. En los casos descritos de evolución fatal, aparecen complicaciones respiratorias, siendo la más frecuente la insuficiencia respiratoria aguda por aspiración del contenido gástrico. Con respecto a los efectos tóxicos relacionados con la dosis, en las intoxicaciones agudas, se van descrito casos que han sobrevivido después de la ingestión de 80 g. La mayoría de los casos fatales descritos han sido después de la ingestión de 60 g de forma aguda o bien después de la ingestión de 6 g en un paciente con un tratamiento crónico.²⁰

El paracetamol o acetaminofeno posee efecto antipirético y analgésico. La dosis requerida para producir toxicidad es desconocida, pues ésta varía en función de la actividad del citocromo P-450 (variable entre personas), cantidad de glutatión, y su capacidad de regeneración. Sin embargo, en varios estudios retrospectivos se sugiere que puede existir toxicidad con dosis únicas superiores a 250 MG/Kg. de peso pero se prefiere aceptar una dosis menor para definir el riesgo de toxicidad, quedando ésta en una sola dosis de 7,5 g o más en adultos o, 140-150 MG/Kg. en niños.²⁰

La intoxicación suele ocurrir dentro de distintos contextos, siendo el más frecuente con enorme diferencia sobre el resto la ingestión intencionada aguda en grandes dosis con fines suicidas. También se ha descrito la ingestión accidental, y la coingestión de grandes dosis, no intencionadas, con fármacos opiáceos como el propoxifeno o la codeína. Otras formas de sobre dosificación son el cálculo erróneo de la dosis, excesiva automedicación por parte del enfermo, el uso de fórmulas de adultos para niños u otros errores en el reconocimiento de las distintas formas de presentación del medicamento o, incluso, la adulteración del producto¹⁶.

Los valores culturales y las políticas sociales influyen también en las preferencias por los métodos de suicidio. En diferentes sociedades agrarias, los plaguicidas se pueden conseguir fácilmente y constituyen el método más popular de suicidio. Así a sido reportado en áreas rurales.

Uno, de los plaguicidas más peligrosos y más utilizado en nuestro medio es el Fosforo de Aluminio el cual está destinado a ser utilizado en la agricultura para conservar cosechas; se presenta en tabletas de 0.6 hasta 3 gramos. Es un producto muy tóxico y la dosis letal media para seres humanos es de 20 MG/Kg. de peso. En Nicaragua la morbilidad por esta sustancia es de 4/100.000; la mortalidad entre, 1-2/100.000 y la letalidad entre el 30 y 45%. Es utilizado en la mayoría de las veces para intento de suicidio⁸.

El Paraquat es un herbicida que pertenece a la familia de los bipyridilos, es hidrosoluble. En Nicaragua las presentaciones más frecuentes varían de 20 a 40% de concentración. La dosis letal para el ser humano se ha calculado en 30 MG/Kg. La incidencia es de 4/100.000 y la letalidad de 16%. La forma principal de intoxicación es la intencional.

Los Órgano fosforados se utilizan como insecticidas, nematicidas, herbicidas, fungicidas y en la industria. Es liposoluble y la presentación varía del 20 al 70% de principio activo. La dosis letal varía de acuerdo al tipo de producto, pero en general son de alta toxicidad (DL50 0-50 MG/Kg.) y moderada toxicidad (DL50 50-500 MG/Kg.). En Nicaragua la morbilidad es de 9.6/100.000, la mortalidad es de 1/100.000 y la letalidad es del 8%⁸.

Poblaciones específicas de alto riesgo: En las últimas décadas se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas en jóvenes convirtiéndose en la segunda o tercera causa de muerte en los adolescentes de la sociedad.

Los rasgos de personalidad más frecuentes de los adolescentes suicidas son: Hostilidad, impulsividad, rabia y baja tolerancia a las frustraciones.

A medida que avanza la edad hay mayor riesgo de suicidio ya que las personas ancianas tienen un propósito más firme de encontrar la muerte y en ellos hay etiología multifactorial: Soledad, aislamiento, enfermedad somática, depresión.

Trastornos psiquiátricos y suicidio:

Trastornos del estado de ánimo: Constituyen la categoría diagnóstica más frecuentes entre las personas que se suicidan. Los estudios muestran que los trastornos en los sujetos suicidas varían entre 45% y el 77%. Se estima que aproximadamente el 15% de los pacientes con trastornos del estado ánimo acaban consumando el suicidio. La Depresión es el trastorno mental que más se asocia con el suicidio. Se ha revelado que hasta el 80% que se suicidaron tenían varios síntomas depresivos. El Trastorno Bipolar no tratado alcanza hasta el 20% de suicidio consumado³⁰.

Ansiedad: Uno de los hallazgos más importantes de los últimos años es que la ansiedad, y concretamente la crisis de angustia constituye un factor de riesgo de suicidio importante a corto plazo.

Dependencia de sustancias: La dependencia de sustancias, ya sea del alcohol o de abuso, aumenta hasta cinco veces el riesgo de suicidio en un paciente. Es importante señalar que, aunque el alcohol es la sustancia con mayor prevalencia en este grupo diagnóstico, la mayoría de los suicidios se dan en aquellas personas que abusan de múltiples sustancias. Después de los trastornos del estado de ánimo, la dependencia de

sustancias constituye el diagnóstico más frecuente realizado en las personas que cometen suicidio. Aproximadamente el 25% de los sujetos que se suicidan en los Estados Unidos presentan alcoholismo³⁰.

Esquizofrenia: Aproximadamente el 50% intentan suicidarse y un 10% de ellos consuman el suicidio. La mayor parte de los suicidios en estos pacientes ocurren en varones jóvenes. También es destacable que en la esquizofrenia no es máximo durante la fase alucinatoria activa; es más probable que el suicidio se consuma cuando la psicosis esté bajo control y el esquizofrénico se encuentra en fase de recuperación depresiva de la enfermedad. (En este sentido, la esquizofrenia se diferencia de la depresión en que esta última el riesgo suicida aumenta durante la fase psicótica delirante). Los pacientes esquizofrénicos con mayor riesgo son varones jóvenes, generalmente en los primeros años del trastorno, que se encuentran en remisión y sin síntoma psicótico, pero que siguen deprimidos y han llegado a la conclusión de que su vida es diferente de cómo era antes.

Trastornos límite de la personalidad: La conducta suicida en un paciente con trastorno límite de la personalidad constituye un reto especial para el clínico, sobre todo porque debe distinguir entre una tentativa potencialmente mortal y la auto mutilación crónica o los intentos de suicidio como características habituales. La incidencia de suicidios consumados en estos pacientes es del 3-8%.³⁰

Evaluación del riesgo de suicidio en servicios de urgencias: La evaluación del riesgo de suicidio en urgencias es una de las tareas más importantes y de mayor responsabilidad dentro de la práctica psiquiátrica¹⁶. Es fundamental tener en cuenta una serie de factores y poseer buena técnica de entrevista con el fin de obtener información completa³. Las personas suicidas emiten señales de angustia, siempre hay avisos previos y necesidad de comunicar su sentir pidiendo ayuda.

Para los autores españoles Ros Montalbán, García y Vásquez-Barquero refieren que el intento suicida se refleja como gritos comunicativos de ayuda al considerarlo frecuentemente como reactivo al estrés vital. Para algunos autores dos de cada tres de los suicidas anuncian su intención ya sea a su médico, familia o amigos.

Para Poldinger el anuncio previo varía de un 69 a un 78%.

Es muy frecuente encontrar clínicamente dificultades para distinguir los gestos suicidas cuando preguntamos la paciente directamente acerca de su pensamiento suicida, su intención de intentar suicidarse, en muchos casos corremos el riesgo de no obtener respuesta o se enmascara la misma, debemos buscar ayuda y proveernos de información con miembros de la familia, amigos, compañeros de estudio y trabajo y los maestros.

El médico de atención primaria cobra especial relevancia, pues hasta el 80% de las personas que se suicida ofrecen algún tipo de “aviso” y más de las dos terceras partes de los suicidios consumados se dan en pacientes que el mes antes había consultado a su médico. Por lo que se deberían explorar y valoración de la ideación suicida en todo aquel paciente con ánimo triste, aquellos que han tenido un intento suicida, también debemos de considerar que dejar una nota de despedida indica determinación y añade gravedad. También los mensajes a compañeros sobre temas laborales pendientes, sacar los papeles del seguro, hacer o arreglar el testamento son signos especialmente preocupantes. Realizar una llamada telefónica solicitando ayuda es un reflejo de escasas terminaciones²⁵.

Aunque resulta incomodo hay que preguntar por la intensidad de la ideación suicida estableciendo a través de preguntas directas y sencillas una exploración sistemática de riesgo suicida, saber que piensa el paciente nos permite valorar en gran medida el riesgo conociendo su situación vital en ese momento, el grado de satisfacción, presencia de pensamiento, alrededor de la muerte, presencia o no de planes suicidas y su letalidad de acceso a los medios de autodestrucción.

Según Walter y Poldinger el acto suicida va precedido por una evolución de tres fases: En la primera fase el paciente considera el suicidio como una forma de resolver los problemas reales o aparentes.

En la segunda etapa comienza la ambivalencia, prima la indecisión, la lucha interna de tendencia destructivas y las que favorecen la integridad, aquí es donde se avisa con frecuencia la ideas autoquímica. Por ultimo la decisión a cristalizado y existe el acto imperativo concreto del suicidio, muchas veces la ansiedad y la desesperación han desaparecido totalmente, manteniéndose sedado²⁵.

Intervenciones terapéuticas: Identificación precoz de los pacientes de riesgo, plan integral de atención al sujeto con riesgo suicida:

- Diagnóstico de la situación al sujeto con riesgo suicida, del paciente y su entorno.
- Contención del riesgo suicida inmediato.
- Plan de asistencia a medio y largo plazo.

Terapia Psicoterapéutica: La estrecha relación terapeuta-paciente nos permite el enfoque de la situación aguda y las psicoterapias más utilizadas son de inspiración dinámica y orientación cognitiva.

Principios generales del tratamiento de los trastornos del estado del animo; la prevalencia de los trastornos del estado de animo alcanza el 20% en los niveles de atención primaria y medicina general; Algunas claves en el cuadro clínico deben levantar sospechas como existencia de tratamientos previos por

episodios depresivos, antecedentes de intentos de suicidio, historia familiar por estas causas, existencia de alcoholismo y abuso de drogas⁵.

Si el médico estima que el riesgo de suicidio es alto el paciente requiere consulta psiquiátrica con hospitalización y en algunos casos los familiares y amigos pueden encargarse de vigilar al paciente.

En la literatura revisada se recomienda ante un paciente que se sospeche de ideación suicida con riesgo:

Permanecer callado y escuchar con atención

Mostrar interés en lo que la persona le pasa.

Tome en serio las amenazas de suicidio.

Deje que el suicida potencial hable acerca de sus sentimientos.

Acéptelo; no lo juzgue.

Pregúntele con cuanta intensidad y frecuencia ha pensado en ella.

Pregúntele si tiene algún plan para llevar a cabo el suicidio.

Investigue de manera discreta si esa persona cuenta con los medios para llevar a cabo su plan.

No le jure guardar secreto; más bien coménteselo a alguien.

Asegure a esa persona que esta bien y que es necesario que reciba ayuda²⁹

Señales de Peligro:

- Cambios inexplicables en los hábitos de comer, vestir y dormir.
- Retraimiento ó evasión de amistades, familiares ó de actividades cotidianas.
- Conducta violenta y/o comportamiento rebelde.
- Uso inmoderado del alcohol u otras drogas.
- Abandono inusual del cuidado y la apariencia personal.
- Cambios notorios y extraños de la personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultades para concentrarse o deterioro inusual en la calidad de trabajo.
- Pérdida de interés en distracciones y en las relaciones sociales, en especial las afectivas.
- Presentación de múltiples quejas somáticas como dolores de cabeza, abdominales y fatiga crónica asociado a estados emocionales.
- Hablar frecuentemente “del fin”, “de que seria mejor no estar aquí”, “pronto terminará todo” ó frases que indican alguna forma de despedida ^{5,9}.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

El estudio: Es descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: El estudio se llevó a cabo en el Hospital Docente de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Fletes, en el departamento de Managua, de referencia nacional. Este Hospital cuenta con 271 trabajadores: Médicos especialistas en psiquiatría 7, médicos residentes 10, médicos generales 5, enfermeras 15, y 75 auxiliares de enfermería, licenciadas en psicología 7, trabajadoras sociales 6. El resto lo integra el personal administrativo.

El hospital cuenta con 193 camas censables, distribuidas en dos salas de pacientes crónicos, dos salas de pacientes agudo y un área para la atención de emergencia y consulta externa. Contando con servicios diferenciados (privado). El promedio anual de ingresos en estos tres años fue de 1108 pacientes por año. El promedio de estancia en el año 2005 fue de 73 días y programado 30 días.

El universo: La población de estudio, estuvo constituida por todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico de intento de suicidio en el Hospital Psiquiátrico Nacional durante el periodo de Agosto 2003-Diciembre 2005.

Muestra: 214 pacientes fueron admitidos en el hospital en el periodo establecido para efecto de análisis solo se tomaran en cuenta 204 porque 10 no fue posible entrevistarlos.

Definición de caso: paciente que demanda atención voluntaria o involuntariamente que sufre lesión auto infligida.

Criterios de Inclusión: Todos los pacientes ingresados con diagnóstico de intento suicida.

Criterios de Exclusión: pacientes con otros diagnósticos de ingreso y pacientes que rechazan ser entrevistados.

Técnica y fuente de datos: Primaria, a través de entrevista personal a los pacientes hospitalizados, realizada por el investigador del estudio y apoyado por personal medico del hospital a través del expediente clínico como fuente secundaria para conocer el diagnóstico.

Para la recolección de datos se utilizó una ficha estructurada (instrumento estandarizado internacional escala SIS de Beck, 1974) con preguntas abiertas y cerradas. La cual ha sido aplicada en varios países de Europa y

en Nicaragua por el equipo de salud mental de la UNAN-León. Incluye la evaluación de la escala de intento de suicidio (SIS), contiene 15 preguntas que determinan la severidad del intento. La que tiene una escala definida de 0 a 30 puntos, pero para el caso del hospital psiquiátrico de Managua la escala fue dividida en tres categorías: leve, moderado y severo. Además, ha este instrumento los europeos y en Nicaragua se le ha agregado variables sociodemográficas con la intención de conocer mejor la distribución del intento de suicidio.

Variables de estudio.

Características sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado Civil
- Religión

Tiempo

- Hora
- Día
- Mes

Lugar de Ocurrencia

- Casa
- Trabajo
- Calle

Causa

- Conflicto con la familia
- Problemas financieros
- Enfermedad física
- Problemas psicológicos
- Muerte familiar

Método

- Ahogamiento
- Lanzándose o provocando accidentes
- Saltando

- Quemándose
- Objetos corto punzantes
- Alcohol
- Sustancias psicotrópicas
- Plaguicidas
- Arma de fuego
- Fármacos

Diagnósticos (trastornos mentales)

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS), 1974

- Leve
- Moderado
- Severo

Previo al intento suicida, recibió tratamiento medico.

Cambio de dirección en el último año

Repetición del intento suicida.

Recolección de Información: Todos los días, incluyendo fines de semana se monitorearon los casos de intentos de suicidios que asistieron al Hospital Psiquiátrico Nacional. A cada uno se les realizó una ficha que describe variables sociodemográficas, tiempo, causa, lugar de ocurrencia, el método utilizado y diagnóstico. Cada año se elaboró un reporte de los principales avances del sistema de vigilancia el cual sirvió como tesis de promoción al año siguiente del principal investigador. Este representa el informe final descriptivo que acumula la información de los 29 meses de seguimiento y monitoreo del sistema de vigilancia.

Manejo y análisis de los datos: El manejo y análisis de los datos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 12 realizando cruces de variables, frecuencia y asociación de los mismos. Los datos son presentados en tablas, y gráficos.

Consideraciones Éticas

Esta propuesta fue sometida a la sub-dirección docente del hospital Psiquiátrico Nacional, a cada uno de los participantes se le explicó los objetivos de la investigación, las ventajas y desventajas de participar y se le solicitó consentimiento para responder el cuestionario. Se les explicó que la información sería manejada con sumo cuidado y con ética profesional y que sus nombres no serían reflejados en el informe final. Todos los participantes fueron referidos a su centro de atención más cercano, con el propósito de dar el seguimiento desde el centro de salud, centro de rehabilitación, y consulta externa del hospital psiquiátrico, incluyendo psicoterapia grupal.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

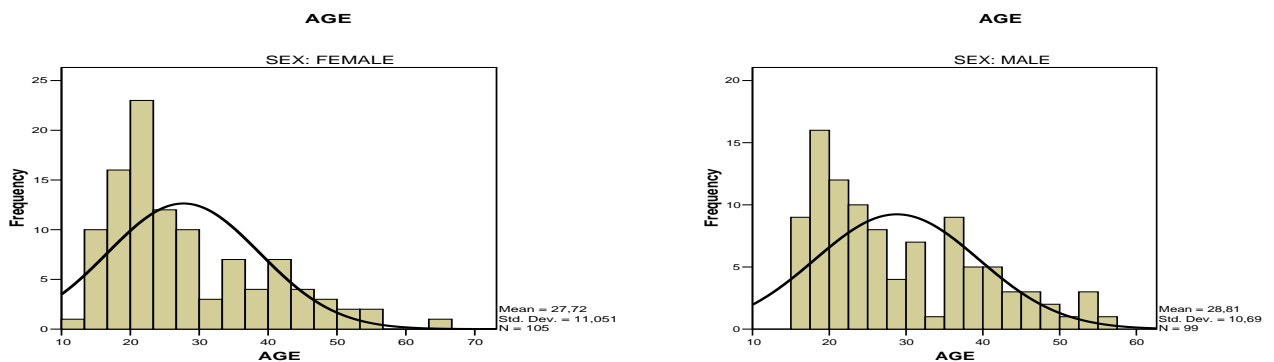
Variables	Concepto	Escala / valor
Edad	Tiempo transcurrido, años cumplidos desde el nacimiento a la fecha de la entrevista.	10-14 15-19 20-24 25 -29 30 -34 35 y más
Sexo	Diferencias físicas y constitutivas del hombre y mujer.	Masculino Femenino
Procedencia	Urbano procedente de la ciudad Rural procedente del campo.	Urbano Rural
Escolaridad	Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio, universidad.	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Ocupación	A qué se dedica actualmente y/o en que trabaja.	Empleado Desempleado Estudiante Enfermo Ama de casa
Estado Civil	Condición de un individuo en lo que toca a su relación con la sociedad.	Soltera/o Divorciado Separado viudo Primer Marido/Esposa Segundo o Subsecuentes cónyuge Legal Cohabita
Religión	Culto que se atributa a la divinidad.	Ninguna Católica Evangélica Otra
No. de hijos	Hijos(as) procreado por el entrevistado.	0 1-2 3-5 > de 5
Tiempo		
Hora	Vigésima cuarta parte del día solar medio	1:00-8:00AM 9:00-12:00MD 13:00-17:00PM 18:00-24:00PM Lunes

Día	Periodo de 24 horas/días de la semana	Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
Mes	Cada una de las 12 partes del año	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre
Lugar de ocurrencia	Sitio donde la persona intento suicidarse.	Casa Trabajo Calle otros
Método	Consignado en el cuestionario	Ahogamiento Lanzándose o provocando accidente Saltando Quemándose Objetos corto punzantes Alcohol Sustancias psicotrópicas Plaguicidas Arma de fuego Fármacos
Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)	Le ve Moderada Severa	0-7 8 – 14 Mayor de 14
Diagnóstico	Arte o acto de reconocer una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.	CIE-10 ,(Trastorno mentales y del compartimiento).

VIII. RESULTADOS

En estos 29 meses del sistema de vigilancia se presenta la información de 204 intentos, siendo las medidas de tendencia central, para las mujeres una media de 28 años, una mediana de 22 años, y una moda de 23 años con relación a los hombre se observa una media de 29 años, una mediana de 26 años, y una moda de 19 años. En las medidas de dispersión se encontró en los hombres una desviación estándar de 10.690 y las mujeres un valor de 11.051, el rango mínimo de edad para los hombres fue de 16 años y para las mujeres de 13, el máximo de 56 años para los hombres y las mujeres de 64 años.

Grafico No. 1 Medidas de Tendencia Central y de Dispersión



La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los entrevistados. La relación hombre mujer fue de 1/1.06. Predominando el sexo femenino con el 51.5%. Los grupos etareos mas afectados son de 15-19 años (23.5%), de 20-24 (23%) y de 25-29 (15.7%) siendo mas evidente en mujeres, de 20-24 (25.7%). El 81.9% son originarios del departamento de Managua, el 15.2% otras departamentos y otras procedencias el 2.9%. La mayoría del área urbana. En cuanto a la escolaridad el 42.6% tiene educación secundaria siendo la mayoría mujeres, el 36.3% primaria, más en los hombres, universitario 12.8% y analfabeta 8.3%. En relación a la ocupación, prevalece el grupo de empleados con el 28.9%, siendo la mayoría hombres, el grupo de desempleados representó un 23.6%, de estos la mayoría fueron hombres, las amas de casa representaron un 15.2%, y el grupo de estudiantes y enfermos representaron un 13.7% y 13.2% respectivamente. De los entrevistados hombres y mujeres el 35.3% refieren pertenecer a la religión católica, el 32.5% evangélica, no profesan religión 22.1%, otras religiones 10.3%. En el estado civil el 51.5% de los hombres eran solteros, separados, divorciado y viudos representan para los hombres el 17.2% y para las mujeres el 25.7%, casados y juntados el 26.3% para lo hombres y 30.5% las mujeres. En relación al numero de hijos un 61.6% de los hombres no tienen hijos contra el 39.1% de las mujeres, tiene de 1 a 2 hijos en los varones el 24.3% y las mujeres el 35.2% de 3 a 5 hijos 13.1% para los varones y 23.8% para las mujeres.

Tabla 1: Características sociodemográficas. Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003-Diciembre 2005

Variables	Masculino		Femenino		Totales	
	No	%	No	%	No	%
Sexo	99	48.5	105	51.5	204	100
Edad						
10-14	0	0	4.0	3.8	4.0	2.0
15 – 19	25	25.2	23	21.8	48	23.5
20 – 24	20	20.2	27	25.7	47	23
25- 29	14	14.1	18	17.1	32	15.7
30-34	7.0	7.1	5.0	4.8	12	5.9
35-39	14	14.1	9.0	8.6	23	11.3
40-44	8.0	8.1	9.0	8.6	17	8.3
45-49	5.0	5.1	5.0	4.8	10	4.9
50 y más	6.0	6.1	5.0	4.8	11	5.4
Total	99	100	105	100	204	100
Procedencia						
Managua	76	76.8	91	86.6	167	81.9
Otros departamentos	18	18.2	13	12.4	3.0	15.2
Otra procedencia	5.0	5.0	1.0	1.0	6.0	2.9
Total	99	100	105	100	204	100
Escolaridad						
Analfabeto	10	10.1	7.0	6.7	17	8.3
Primaria	40	40.4	34	32.4	74	36.3
Secundaria	38	38.4	49	46.7	87	42.6
Universitaria	11	11.1	15	14.2	26	12.8
Total	99	100	105	100	204	100

Ocupación						
Empleado	35	35.3	24	22.9	59	28.9
Desempleado	30	30.3	18	17.1	48	23.6
Estudiante	9.0	9.1	19	18.1	28	13.7
Ama De Casa	0	0	31	29.5	31	15.2
Jubilados	2.0	2.0	0	0	2.0	1.0
Enfermo	16	16.2	11	10.5	27	13.2
Otros	7.0	7.1	2.0	1.9	9	4.4
Total	99	100	105	100	204	100
Religión						
Ninguna	27	27.3	18	17.1	45	22.1
Católica	32	32.3	40	38.1	72	35.3
Evangélica	28	28.3	38	36.2	66	32.3
Otra	12	12.1	9	8.6	21	10.3
Total	99	100	105	100	204	100
Estado Civil						
Soltero /a	51	51.5	35	33.3	86	42.2
Divorciado /separado /viudo	17	17.2	27	25.7	44	21.5
Casado/ Juntado	26	26.3	32	30.5	58	28.4
Desconocido	5.0	5.0	11	10.5	16	7.9
Total	99	100	105	100	204	100
No. De hijos						
0	61	61.6	41	39.1	102	50
1-2	24	24.3	37	35.2	61	29.9
3-5	13	13.1	25	23.8	38	18.6
Mayor de 5	1.0	1.0	2.0	1.9	3.0	1.5
Total	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

La tabla 2 presenta la estructura familiar de los participantes. El grupo que vive con parientes en segundo grado de consanguinidad (otros) representa el 39.2%, predominantemente en varones. El grupo que vive con sus padres el 16.7%, predominando el sexo masculino. Vive solo con sus padres y niños el 15.3%, vive sola(o) con su padre sin niño 13.2%, vive solo con su niño 4.4 %.

Tabla 2: Estructura familiar de pacientes con Intentos suicidas Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003-Diciembre 2005

Estructura Familiar	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Vive solo /a	4.0	4.0	5.0	4.8	9.0	4.4
Vive sola con niño	1.0	1.0	8.0	7.6	9.0	4.4
Vive sola con sus padre sin niño	15	15.2	12	11.4	27	13.2
Vive con sus padres y niño	11	11.1	20	19.1	31	15.3
Vive con sus padres	21	21.2	13	12.4	34	16.7
Vive con otros amigos	0	0	8.0	7.6	8.0	3.9
Vive en una institución	4.0	4.0	2.0	1.9	6.0	2.9
Otros	43	43.5	37	35.2	80	39.2
TOTAL	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

La hora y días de ocurrencia de los intentos fue más frecuente entre las 18:00 y 24:00 horas, (33.8%), seguido de 13:00 y 17:00 (32.4%), de 9:00 y 12:00, (25.5%). Los días más frecuentes fueron, domingo (20.1%), miércoles (18.6%), lunes (14.2%), Martes, jueves y sábado (12.3%) respectivamente. Los meses con mayor número de casos son agosto y julio con 11.8% y 11.3% respectivamente, seguido de noviembre con 10.8% y octubre con 10.3% ver tabla No. 3 y 4.

Tabla 3: Hora y día de ocurrencia de los intentos suicidas Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003-Diciembre 2005

Hora en que ocurrió el intento	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
1:00-8.00 AM	8.0	8.1	9.0	8.6	17	8.3
9:00-12:00 MD	21	21.2	31	29.5	52	25.5
13:00-17:00 PM	34	34.3	32	30.5	66	32.4
18:00- 24:00 PM	36	36.4	33	31.4	69	33.8
Total	99	100	105	100	204	100
Día de Ocurrencia						
Lunes	17	17.2	12	11.5	29	14.2
Martes	11	11.1	14	13.3	25	12.3
Miércoles	16	16.2	22	20.9	38	18.6
Jueves	12	12.1	13	12.4	25	12.3
Viernes	6.0	6.0	15	14.3	21	10.3
Sábado	11	11.1	14	13.3	25	12.2
Domingo	26	26.3	15	14.3	41	20.1
TOTAL	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

Tabla 4: Meses de ocurrencia de los intentos de suicidio Hospital Psiquiátrico José Dolores Fletes, Managua agosto, 2003-diciembre, 2005

Meses	No.	%
Enero	9.0	4.4
Febrero	11	5.4
Marzo	9.0	4.4
Abril	18	8.8
Mayo	9.0	4.4
Junio	20	9.8
Julio	23	11.3
Agosto	24	11.8
Septiembre	18	8.8
Octubre	21	10.3
Noviembre	22	10.8
Diciembre	20	9.8
Total	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

La tabla 5 describe el lugar de ocurrencia y la tabla 6 el método utilizado. El 73.0% de los intentos ocurrieron en la casa de habitación, siendo mayor en las mujeres, el 7.4% ocurrió en casa de amigos y otros lugares, el 6.4% de los intentos ocurrieron en hospitales. Y el 5.8% en instituciones como iglesia,

policía, centro de trabajo. El método utilizado más frecuente fue; Colgado/ ahorcado con el 20.9%, predominando el sexo masculino. Los sedantes, psicotrópico, hipnóticos y otras drogas que actúan en el sistema nervioso central el 28.0%, en su mayoría más usado por mujeres. El método, objeto corto punzante 18.4%, con mínima diferencias para ambos sexos. El uso de alcohol fue del 16.6%, principalmente con los varones. Uso de pesticida como método fue el 7.9%

Tabla 5: Lugar de Ocurrencia de los Intentos Suicidas Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003- Diciembre 2005

Lugar de Ocurrencia	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Casa de amigos y otros	6.0	6.1	9.0	8.6	15	7.4
Casa de habitación	63	63.6	86	81.9	149	73
Hospital	11	11.1	2.0	1.9	13	6.4
Institución (Iglesia, policía, cárcel, trabajo.)	10	10.1	2.0	1.9	12	5.8
Otros lugares (Calle, cauce, monte, parque)	9.0	9.1	6.0	5.7	15	7.4
TOTAL	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

Tabla 6: Métodos usados según intentos suicidas Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto-Diciembre 2005

Método utilizado del intento suicida	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Grupo No. 1						
0.Ahorcamiento	35	23.8	23	17.7	58	20.9
1.Arma de fuego	2.0	1.4	1.0	0.8	3.0	1.1
2.lanzándose o provocando accidente	5.0	3.4	2.0	1.5	7.0	2.5
3.saltando al vacío	3.0	2.0	0	0	3.0	1.1
4.Quemándose	1.0	0.7	0	0	1.0	0.4
5.Objeto corto punzante	28	19	23	17.7	51	18.4
6. Ahogamiento	1.0	0.7	0	0	1.0	0.4
7.Pesticida	10	6.8	12	9.2	22	7.9
Grupo No. 2						
8.Uso de droga de SNC	15	10.2	44	33.9	59	21.3
9.Otras drogas	4.0	2.7	15	11.5	19	6.9
Grupo No. 3						
01.Alcohol	38	25.9	8.0	6.2	46	16.6
02.Otras sust. Psicotrópica	5.0	3.4	2.0	1.5	7.0	2.5
TOTAL	147	100	130	100	277	100

Fuente: encuesta 2003-2005

Nota: No cuadra 100% porque algunos utilizaron más de un método

La tabla 7, muestra los contactos previos con unidades de salud, donde el 44.1% nunca habían estado en contacto previo al intento siendo la mayoría las mujeres, asimismo, el 41.4% de los hombres y el 41.9% de las mujeres habían estado en contacto con la unidad de salud al menos 6 meses antes del intento. ; el 12.1% de los varones y el 8.57% de las mujeres habían estado en contacto con la unidad más de seis meses antes del intento.

La tabla 8, presenta la pregunta ¿cuál fue su intención? Aquí se observó que el 69.6% de los entrevistados expresaron que tenían la intención de matarse o morirse, predominante el sexo femenino. El 10.3% dijeron que su intención era llamar la atención, en su mayoría las mujeres. Y no querían realmente matarse el 12.8%, en su mayoría los varones. El 2.9% dijo no estar seguros de morirse.

Tabla 7: Contactos con unidades de Salud previo al intento suicida Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003-Diciembre2005

Contacto Previo al Intento Suicida	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
NUNCA	41	41.4	49	46.7	90	44.1
<6 MESES	41	41.4	44	41.9	85	41.7
>6 MESES	12	12.1	9.0	8.6	21	10.3
>12 MESES	3.0	3.1	2.0	1.9	5.0	2.4
Si, no esta seguro, no recuerda	2.0	2.0	1.0	0.9	3.0	1.5
TOTAL	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

Tabla 8: ¿Cual fue su intención? Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003-Enero 2005

¿Cuál fue su intención?	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Quería matarme / morirme	67	67.7	75	71.4	142	69.6
Llamar la atención	8.0	8.1	13	12.4	21	10.3
No quería matarme	17	17.2	9.0	8.6	26	12.8
No sé, si realmente era morirme	3.0	3.0	3.0	2.8	6.0	2.9
Otros	4.0	4.0	5.0	4.8	9.0	4.4
Total	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

En la tabla 9, se presentan los motivos ¿por qué lo hizo? Se pudo notar que los problemas relacionados con el funcionamiento familiar, como la relación entre esposo y pareja, padre de familia, muerte y ruptura familiar representó un 48.5% expresado en su mayoría los varones. Los problemas relacionados con el estilo de vida (alcohol, droga, otros) fue el 11.3% en su mayoría por el sexo masculino. Los problemas relacionados con el desempleo, vivienda representó el 8.8% existiendo mínimas diferencias entre ambos sexos, otros motivos un 31.4% mas frecuente en los varones.

Tabla 9 ¿Por qué lo hizo? Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003-Diciembre2005

¿Porqué lo hizo?	M		F		TOTAL	
	No	%	N	%	N	%

Problemas relacionados con el grupo de apoyo incluido las circunstancias familiares.						
Problemas en relación entre esposo y pareja, padres o familia política, ruptura familiar por separación o divorcio	36	36.4	63	60	99	48.5
Problemas relacionados con el estilo de vida: uso de alcohol, drogas, otros.	17	17.1	6.0	5.7	23	11.3
Problemas relacionado con el desempleo, vivienda y situación económica	9.0	9.1	9.0	8.6	18	8.8
Otros motivos: Deseperada, irme de este mundo, oír voces no dormir, aburrimiento.	37	37.4	27	25.7	64	31.4
Total	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

En la tabla 10 se encuentra la pregunta ¿Qué pasó en su vida que tomó este camino? El 42.1% expresaron problemas relacionados con la pareja, esposo, ruptura familiar, separaciones en su mayoría las mujeres. Relacionados con estilo de vida 16.2%, en su mayoría los varones. El 11.3% debido al desempleo, empleo y situación económica, principalmente las mujeres. Otros motivos 30.4% más expresado por mujeres.

Tabla 10. ¿Qué pasó en su vida que tomó ese camino? Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003— Diciembre 2005

¿Qué pasó en su vida, que tomó ese Camino?	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Problemas en relación entre esposa y pareja, padre de familia, ruptura familiar, separación y divorcio y muerte de familiar.	36	36.3	50	47.6	86	42.1
Problemas relacionados con el estilo de vida: uso de alcohol, drogas, otros.	27	27.3	6.0	5.8	33	16.2
Problemas relacionados al desempleo, situación económica y vivienda	9.0	9.1	14	13.3	23	11.3
Otros Motivos: me quieren matar, oigo voces, por mi gusto, estoy triste, el diablo me habla.	27	27.3	35	33.3	62	30.4
Total	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

La tabla 11 y 12 presenta la pregunta ¿cual es su situación actual y Qué piensa hoy? Y ¿siente la necesidad de ser ayudado? El 44.1% del total expresaron no volver hacerlo siendo en su mayoría varones. Buscar

ayuda (trabajo, familia, amigo) fue de 28.4% para ambos sexos. El 15.7%, del total expresó morirme o matarme, siendo una manifestación mas de las mujeres. Una actitud ambivalente, del 11.8%, presentado mas en las mujeres. ¿Siente la necesidad de ser ayudado? Lo estudiados manifestaron diferentes tipos de ayuda como: Ayuda profesional (Psicológica, Médica) en un 52.0%, ayuda familiar un 21.1% manifestado más por mujeres, el 8.8% ayuda religiosa, ayuda inespecífica represento 11.3% más en el sexo masculino, expreso no necesitar ayuda y no sé y no sabe 3.4% para ambos sexos.

Tabla 11: ¿Cuál es su situación actual? ¿Qué piensa hoy? Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003-Diciembre 2005

¿Situación actual? ¿Que Piensa hoy?	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
No volver a hacerlo	52	52.5	38	36.2	90	44.1
Morirme, matarme	11	11.1	21	20	32	15.7
Ambivalencia	6.0	6.1	18	17.1	24	11.8
Buscar ayuda	30	30.3	28	26.7	58	28.4
TOTAL	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

Tabla 12: ¿Siente la necesidad de ser ayudado? Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003-Diciembre 2005

¿Siente la necesidad de ser ayudado?	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Ayuda profesional (psicológica, medica, otra)	49	49.5	57	54.3	106	52
Ayuda familiar	18	18.2	25	23.8	43	21.1
Ayuda religiosa	12	12.1	6.0	5.7	18	8.8
No necesita ayuda	4.0	4.0	3.0	2.8	7.0	3.4
No se, no sabe	2.0	2.0	5.0	4.8	7.0	3.4
Inespecífico	14	14.2	9.0	8.6	23	11.3
Total	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

La tabla 13 presenta el porcentaje de relación a la repetición del intento suicida, el 24.6% era su primera vez que repetía. El 14.2% lo realizaba por segunda vez, y el 41.7% nunca lo habían hecho. En cuanto a la intención del acto, impulsivo no planificado (73.5%), presentado más en hombres. El 23.6% fue un acto deliberado o planificado. En cuanto a la certeza o inseguridad de lo que estaba haciendo, el 52.9 manifestó inseguridad más en mujeres. El 47.1 % dijeron estar seguro de lo que estaban haciendo. Con relación al cambio de dirección habitacional, el 76.9% tenían la misma dirección desde hace un año.

Tabla 13: Repetición de Intentos de Suicidios, Intención del acto suicida, Certeza de lo que esta haciendo en su vida, Cambio de dirección en último año. Hospital Psiquiátrico Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003-Diciembre 2005

VARIABLE	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
1. Repetición de Intento Suicida						
No repitió durante el último intento	44	44.4	41	39	85	41.7
Primera vez que repite el intento	23	23.3	27	25.7	50	24.6
Segunda vez que repite	13	13.1	16	15.3	29	14.2
Tercer intento suicida	7.0	7.1	9.0	8.6	16	7.8
Se perdió el caso	4.0	4.1	2.0	1.9	6.0	2.9
Lleva más de tres casos	8.0	8.0	10	9.5	18	8.8
Total	99	100	105	100	204	100
2. Intención del Acto Suicida						
Acto deliberado o planificado	19	19.2	29	27.6	48	23.6
Acto impulsivo no planificado	77	77.8	73	69.5	150	73.5
Serios intentos	0	0	1.0	1.0	1.0	0.5
Se desconoce intención	2.0	2.0	2.0	1.9	4.0	1.9
Gesto suicida	1.0	1.0	0	0	1.0	0.5
Total	99	100	105	100	204	100
3. Certeza o Seguridad de lo que está haciendo en su vida						
Certeza o seguridad	57	57.6	39	37.1	96	47.1
Inseguridad	42	42.4	66	62.9	108	52.9
Total	99	100	105	100	204	100
4. Cambio de dirección durante el último año						
Misma dirección que el año que intentó suicidarse	80	80.8	77	73.3	157	76.9
Cambio la dirección previamente vive en la misma área de cobertura	5.0	5.1	18	17.1	23	11.3
Cambio dirección fuera área de cobertura, departamento	5.0	5.1	6.0	5.7	11	5.4
Cambio de dirección de donde residía	7.0	7.0	3.0	2.9	10	4.9
Se desconoce	2.0	2.0	1.0	1.0	3.0	1.5
Total	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

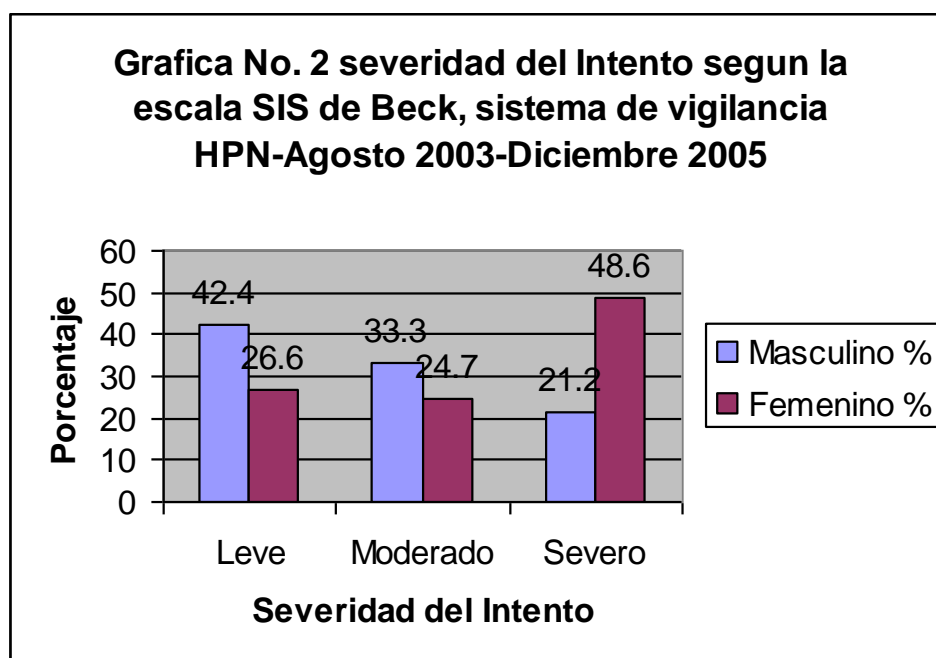
La tabla 14 presenta los diagnósticos más frecuentes que están presentes al momento del ingreso al hospital. En este sentido los Trastornos Depresivos fueron encontrados en un 38.2% más en las mujeres, los Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas y alcohol el 22.0% más en los hombres, los intentos suicidios solamente como diagnóstico el 16.7%, diagnóstico trastornos mentales orgánicos 4.9%, otras psicosis 4.4%, Trastornos Delirantes y Trastorno Afectivo Bipolar 2.4% respectivamente y otros diagnósticos 8.2%.

Tabla 14: Diagnóstico asociado al Intento Suicida, Hospital de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Fletes. Managua, Agosto 2003-Diciembre 2005

Diagnóstico	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
T. Depresivo (epilepsia, VIF, VIH, abuso sexual, psicotrópicos)	22	22.2	56	53.2	78	38.2
Intento Suicida	15	15.2	19	18.1	34	16.7
Trastorno Mental de Comportamiento debido a alcohol y otras drogas	38	38.4	7.0	6.7	45	22
Trastorno Mental Orgánico	7.0	7.1	3.0	2.8	10	4.9
Otras Psicosis	7.0	7.1	2.0	1.9	9.0	4.4
Esquizofrenia	3.0	3.0	1.0	1.0	4.0	2.0
Abuso Sexual	0	0	3	2.8	3.0	1.5
Trastorno delirante	4.0	4.0	1.0	1.0	5.0	2.4
Trastorno Afectivo Bipolar	0	0	5.0	4.8	5.0	2.4
Agitación Psicomotriz	0	0	1.0	1.0	1.0	0.5
Trastorno Obsesivo Compulsivo	0	0	1	1	1.0	0.5
Trastorno de Estrés postraumático	0	0	2.0	1.9	2.0	1.0
Trastorno esquizofreniforme	3.0	3.0	0	0	3.0	1.5
Violencia Intrafamiliar	0	0	2.0	1.9	2.0	1.0
Trastorno límite de Personalidad	0	0	2.0	1.9	2.0	1.0
Total	99	100	105	100	204	100

Fuente: encuesta 2003-2005

En el grafico no. 2 se aprecia el análisis de la severidad del intento de suicidio de acuerdo a la escala SIS de Beck. Donde se muestra que el 42.4% de los hombres hicieron un intento leve y las mujeres el 26.2%. Por otro lado, el 33.3% de los hombres y el 24.7% de las mujeres la severidad del intento fue moderado. Y finalmente el 21.2% de los hombres y el 48.6% de las mujeres presentaron un intento de suicidio severo, siendo estadísticamente significativo entre hombres y mujeres con un valor de $\chi^2 = 12,802$, $pv = 0,002$



Fuente: encuesta 2003-2005

IX. DISCUSION

La procedencia de los intentos suicidas en su mayoría corresponde al departamento de Managua, zona urbana. Tal a como lo muestra la literatura el fenómeno del comportamiento suicida es un evento urbano. Los grupos más frecuentes con intento suicida fueron adolescentes y adultos jóvenes con aproximadamente dos tercios, lo que corresponde con las investigaciones existentes en la literatura (9), (28). Esto también se corresponde con el sistema de vigilancia ejecutado por la UNAN León donde también encontró que más de dos tercios de los intentos de suicidio correspondían a las edades entre 19-24 años de edad (22). Al concluir este estudio las mujeres participantes, presentan más frecuencia en los intentos suicidas en relación a los hombres, tal como lo muestra la literatura (2), (28). El nivel académico secundario predomina, lo cual tiene relación directa con el grupo de adolescentes y jóvenes, se puede decir que en los centros de estudios (escolares), los conflictos interpersonales propios de esa edad, o la desintegración familiar, pudiesen estar desarrollando sentimientos de desesperanza. En segundo lugar aparece el nivel primario, seguido del universitario y en cuarto lugar la condición analfabeta.

Con relación al perfil ocupacional los empleados representan la mayoría en relación a los desempleados (3). Aunque la mayoría en nuestro estudio fueron empleados, este dato hay que tomarlo con preacusación por que a lo mejor algunos de ellos son sub-empleados o posee trabajo de tiempo parcial. En estudios realizados en los países nórdicos identificaron que aproximadamente la mitad de las personas que hacen intento suicida carecían de empleo (3). No obstante debe de notarse que un conjunto de fuerzas culturales y sociales tienden a influir. Así podemos observar que las tasas de suicidio de Gran Bretaña disminuyeron, entre 1962- 1971, al mismo tiempo que aumentaba el desempleo (27). Por otro lado en estudio realizado en Australia, se pone de relieve el carácter cambiante de esa relación, ya que las tasas de suicidio correspondiente a la gente de mediana edad; que al parecer estuvo mas afectada, por la depresión del decenio de 1930, se han conservado estables o en descenso (27). Esta tendencia puede proveer un indicador, aunque poco preciso, del efecto de los cambios adversos en las estructuras familiares y en las oportunidades restringidas y expectativas de este grupo de población. Por lo que se necesita un enfoque mucho mas amplio para determinar los lazos entre economías deprimidas y personas con intento suicidas (27). Sin embargo, de acuerdo a estudio realizado por la UNAN León (Herrera A. Caldera, et al, 2005) en 278 jóvenes entre 15-24 años, ellos no encontraron relación entre las variables socioeconómicas y el intento de suicidio, pero si demostraron que las mujeres adolescentes que tienen amigos/as con expresiones severas de suicidio (ideas suicida, planes e intentos) fueron seis veces probables para intentar quitarse la vida, pero además, ellos agregan que este evento actúa como un fenómeno de contagio entre los jóvenes en Nicaragua. La mayoría de los entrevistados pertenecían a la religión católica y

evangélica, coincidiendo con estudios realizados en la ciudad de León (20). Pero es bueno destacar que en este caso 22 de cada 100 casos presentados en el HPN no tenían ninguna religión. Como se ha mostrado en muchos estudios esta variable tiene un efecto protector. Por lo que estos grupos no son favorables a la prevención de la conducta suicida según literatura. (2)

Otro elemento para destacar en estos resultados corresponde a la alta prevalencia de evangélico (mas de un tercio) que han intentado suicidarse. Mencionamos este dato porque sumado con otras religiones representan a más de 40 por cada 100 que intentan suicidarse y corresponden a religiones que no son la católica. Se menciona en la literatura que la religión actúa como mecanismo de protección frente a este problema de salud mental, sin embargo, en este caso particular pareciera todo lo contrario. Una explicación posible puede ser que la iglesia católica esta perdiendo adeptos, y que estos cuando se pasan a otra religión más si son adultos les pueden estar generando inestabilidad emocional e incluso sentimientos de culpa. O por otro lado, los mensajes de culpa que se transmiten a los feligreses los empujan hacia eventos como el intento de suicidios. En un estudio cualitativo hecho por la UNAN-León en el 2001 encontró que de cada 8 entrevistas a profundidad de intentos de suicidios con adolescentes al menos 2 habían cambiado recientemente de religión católica a evangélica y según los resultados de las entrevistas la mayoría de los que habían cambiado de religión experimentaban sentimientos de culpa. También, otro hecho a destacar en este estudio de León es que, algunas adolescentes se les prohíben tener novios o relaciones sentimentales con personas que no son de la misma religión y al parecer esto actúa como elementos desencadenantes de crisis en los/as adolescentes y/o adultos (24). La religión es un hecho muy particular en Nicaragua que merece destacar y dar seguimiento por la proliferación de diferentes religiones donde producto de la desesperanza y la pérdida de valores la gente esta buscando refugio y apoyo. Sin embargo, al parecer la población aun no esta preparada para esta transición religiosa. Según la más reciente encuesta de opinión hecha por (CDGallup, marzo, 2005) (31) en 1281 nicaragüenses mayores de 16 años destaca que en Nicaragua el 57% son católicos pero además agrega que el catolicismo esta perdiendo adeptos frente a otras religiones pero especialmente frente a los evangélico \ protestante. Es este estudio menciona que los evangélicos \ protestantes en Nicaragua son ahora el 29.0%. más aun todavía cuando comparamos estos resultados con el estudio hecho por la misma firma en 1996 donde se encontró que los evangélicos en Nicaragua eran del 21% lo que evidencia una pérdida franca del 8% en menos de 10 años. Este fenómeno de pérdida de feligreses de la religión católica ha sido admitido por la iglesia católica de este país, y entre las razones que se mencionan están, lenguaje usado por los sacerdotes, poca preparación que se da a los niños, los jóvenes, la familia, pero además se suman escándalos de pedofilia, homicidios, estafas que han involucrado a algunos sacerdotes. Y en el caso de Nicaragua los eventos de corrupción y el involucramiento de la iglesia católica en actividades políticas (23). ,

El intento de suicidio es un hecho más frecuente en las personas separadas, solteras y viudas, lo cual coincide con los resultados del estudio, en donde un buen porcentaje tienen la condición de separado en ambos sexos. Se encontró en nuestro estudio que cerca de la mitad de los participantes no tenían hijos al momento del intento. También, la literatura muestra que las personas sin hijos y solteros tienen mayor predisposición al intento suicida (3) ya que el matrimonio parece actuar como factor protector, principalmente en las mujeres.

La estructura familiar constituye la unidad básica de la sociedad, en nuestro estudio se evidencia el mal funcionamiento de la familia por la desarticulación social, lo que no contribuye a la protección y prevención del intento, y por el contrario actúa como mecanismo facilitador del evento, esto coincide con información revisada (28)

En cuanto al tiempo de ocurrencia los meses con más frecuencia de intento de suicidio fueron julio, agosto, octubre y noviembre, lo que se corresponde con el estudio efectuado por la UNAN León (22). Los días de más ocurrencia fueron en orden de frecuencia domingo, miércoles, lunes y sábado coincidiendo con lo señalado por la literatura con respecto al comportamiento cultural de las personas en los fines de semana, días de diversión con mayor consumo de alcohol o drogas (4). Con relación a las horas de ocurrencia la mayor frecuencia de los intentos fue por la tarde y la noche, que significa los dos cuartos de tiempo del día. Esto coincide con literatura revisada a nivel internacional (plagsalud 2001). Sin embargo la mayoría de los casos que asistieron al HPN fueron hospitalizados y/o referidos posteriormente a sus unidades de salud correspondiente, no lográndose establecer la comunicación que permita conocer el seguimiento pertinente a los casos, debido a la carencia de un sistema de referencia y contrarreferencia en las unidades de salud de Managua y el hospital psiquiátrico nacional.

Se observó en el estudio que la diferencia es mínima entre el uso de métodos colgado y corto punzantes en ambos sexos. Es mínima en el uso del alcohol y sustancias psicotrópicas, con predominio del hombre en estos métodos. Pero no así, con el método pesticida en el cual hay un predominio del sexo femenino. Es llamativo el comportamiento de la mujer en cuanto al uso de los métodos más letales, los que históricamente han sido más utilizados por hombres quienes tienen más determinación hacia un comportamiento agresivo. De acuerdo a nuestros resultados este hallazgo debe ser vigilado de forma inteligente (vigilancia epidemiológica inteligente) con el propósito de implementar medidas efectivas de prevención en el ámbito comunitario. Como por ejemplo restricción sobre el acceso a métodos letales.

Cerca de la mitad, nunca habían estado en contacto con la unidad de salud, pero se observó y queremos hacer hincapié, que la conducta suicida es un acto que ocurre mayoritariamente en las casas. La mayoría de los intentos suicida ocurrieron en su casa de habitación correspondiendo con la literatura que señala que la casa es un ambiente propio para desarrollar relaciones agradables, o desagradables que pueden desencadenar intentos suicidas. (1) llama la atención que cerca de 10 de cada 100 casos de intentos de suicidio ocurrió dentro de instituciones, 13 de los 204 casos de nuestro estudio ocurrió en un ambiente hospitalario, lo que demuestra la fragilidad institucional, pudiendo demostrarse que el hecho suicida es impredecible en el comportamiento de las personas. En otro orden se pudo notar que cerca de un cuarto de los pacientes habían cambiado de dirección al momento del estudio.

Además, aproximadamente tres cuarto de la población estudiada la verdadera intención era matarse o morirse, más de la mitad tenían problemas con su pareja conflicto familiar, lo que coincide con estudios realizados en León (20). También, cerca de las tres cuartas partes manifestó la necesidad de ayuda, predominando la ayuda profesional, seguido de la ayuda familiar y religiosa, lo que representa una buena oportunidad para fortalecer los centros de atención primaria y secundaria en salud mental, apoyado con acciones comunitarias, pero sobre todo con los individuos, la familia la comunidad y los gobiernos locales, sin olvidar la participación de la iglesia.

También, quisimos conocer que otros diagnósticos acompañaban al intento suicida y observamos que la Depresión, Alcoholismo y Droga, Trastornos Mentales Orgánicos, eran unos de los frecuentes, coincidente con la literatura (29). Por otro lado, queremos destacar que menos de $\frac{1}{4}$ de los intentos no-tenía otra patología adjunta como diagnóstico. Además, con ayuda del instrumento en las preguntas abiertas se pudo encontrar que al menos 12 de cada 100 casos de intentos de suicidio habían sido abusados sexualmente. Asimismo, la UNAN León hizo un estudio en 1997 en hombres y mujeres de 25-44 años de edad, donde encontraron que el 20% de los hombres y el 26-27% de las mujeres con intentos de suicidio habían sido abusadas sexualmente alguna vez en su vida antes de los 19 años. (23). Por otro lado, al menos 12 de cada 100 casos de intentos expresaron tener un miembro de la familia que había hecho un intento y/o suicidio previo. Lo que puede estar sugiriendo probablemente que algunos de los casos actúan por efecto de modelo ante este evento negativo en su vida. Con relación a la escala SIS, nuestros resultados muestran que las mujeres presentaron el doble de severidad con relación a los hombres. De acuerdo a la escala SIS de Beck (26), esto se puede relacionar con la letalidad de los métodos que las mujeres están usando en Nicaragua que posiblemente pudiese deberse a la triada: alta prevalencia de trastornos mentales en las mujeres, más problemas relacionados a disfunción familiar y al poco acceso a los servicios de salud mental. Sin embargo, esta triada puede revertirse porque más de la mitad de los participantes en el estudio han

manifestado ayuda profesional. A esto último debe ponerse mucha atención porque estas personas con mayor severidad pueden ser potenciales candidatas a hacer suicidio en el futuro.

X. CONCLUSIONES

Se detectó que quienes más intentaron suicidarse fueron las mujeres en los grupos de edad adolescentes y adulto joven, siendo la secundaria y primaria predominante.

Con relación al estado civil, solteros y separados son los más afectados de igual forma los que no tienen hijos. Con respecto a la ocupación, los empleados y desempleados fueron los grupos más afectados. Todos provenientes del área urbana, destacándose además la religión católica.

Se observó que las personas que intentaron suicidarse estaban relacionado al mal funcionamiento familiar y de pareja, la mayoría de los intentos sucedieron en su casa de habitación, siendo las horas predominantes las tardes y las noches y los días, Domingo, Miércoles, Lunes, y Sábados, y más frecuentes en los meses de, Julio, Agosto, Octubre y Noviembre.

Los métodos más frecuentes utilizados fueron; Ahorcamiento, drogas que actúan sobre el sistema nervioso central y objeto corto punzante. Pero también se destaca que la mayoría de los intentos suicidas, ya habían realizado uno o más intentos previos al ingreso y también contactos previos con las unidades de salud.

Una de las razones predominantes fue la intención de morir o matarse, siendo los motivos conflictos familiares, conflicto de pareja, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol. Pero por otro lado, estos resultados muestran que una mayoría esta dispuesta a recibir ayuda profesional (psicológica) familiar y/o religiosa.

También se encontró que Los trastornos depresivos. Trastornos Mentales Orgánicos y los asociados al consumo de psicotrópicos y Alcohol fueron los diagnósticos mas frecuentes.

Finalmente el uso de la escala SIS muestra que el 48.6% de las mujeres hizo un intento severo. Lo que puede estar relacionado con la letalidad del método.

El sistema de vigilancia de autolesiones del hospital psiquiátrico aun es insuficiente para la clasificación de los intentos suicidas asociados a los diagnósticos, y para el monitoreo, seguimiento y control epidemiológico.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud y al Programa Nacional de Salud Mental:

A) Incorporar al hospital psiquiátrico nacional al sistema de vigilancia epidemiológica de lesiones de causas externas, para fortalecer la capacidad de registro del sistema de información.

B) Promover el intercambio de estos resultados con otros centros hospitalarios donde se lleva sistema de vigilancia de autolesiones, así, como centros de atención primaria y CAPS de otros departamentos del país.

Al Hospital:

A) A los trabajadores de salud mental del hospital psiquiátrico deberán de observar más de cerca a los pacientes adolescentes y adultos jóvenes, solteros, con conflictos familiares, trastornos mentales e intentos previos, para el abordaje integral y sistemático de estas personas por el alto riesgo suicida que representan.

B) Fomentar un programa educativo orientado al personal médico y paramédico para mejorar la clasificación de los trastornos mentales a través de la **CIE-10, DSMIV**, y aplicar los protocolos de abordaje de la Conducta Suicida, Trastornos Depresivos y Trastornos Mentales debido a Alcohol y Psicotrópicos principalmente.

Trabajo en Redes:

a) Grupos de Autoayuda:

- Crear y fortalecer grupos de autoayudas para familiares y pacientes sobrevivientes para la prevención de la conducta suicida.
- Orientados al mejoramiento de la autoestima, funcionamiento familiar y de las relaciones interpersonales.

b) Instituciones: MECD, Alcaldías, MIFAMILIA, Policía Nacional, ONG , Universidades, etc.

- Facilitar los resultados de esta investigación a instituciones y organizaciones que trabajan en la prevención del suicidio.
- Formular estrategias o modelos de intervención para la prevención de la conducta suicida.
- Coordinar acciones con actores o líderes comunitarios, religiosos, juveniles y de la sociedad civil que trabajan el área de la salud mental para la prevención del suicidio.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Prevención de la Violencia, nota técnica № 7, 2000. Pág. 1-7
2. Bobes JG; Prevención de las Conductas Suicidas y Parasuicidas. MASSON. Barcelona España, 1998, Pág. 5-11.
3. Bobes JG; Prevención de las Conductas Suicidas y Parasuicidas, op. cit., Pág. 13-19- 47-52- 59-65-75- 84-105.
4. Desjarlais R; Salud Mental en el Mundo (OPS 1997), Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos; Suicidio Pág.95-126
5. Harrison; Medicina Interna Harrison Volumen II. Principios Generales del Tratamiento de los Trastornos del Estado de Animo.
6. Herrera A; suicide behavior and sexual abuse, among women and men 25-44 years old, Leon, Nicaragua, 1999.
7. Informe Mundial sobre la violencia y la salud: restunen. Washington, DC, OPS. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud 2002.
8. Ministerio de salud, Nicampa (2002); Intoxicaciones por plaguicidas y mordeduras por serpientes/ Centro Nacional de toxicología P. Ed. Managua.
9. Normas de Abordaje del Suicidio en Nicaragua. Managua 1997. Pág. 1-10.
10. Ministerio de Salud Nicaragua SINEVI 2003.
11. Ministerio de Salud Nicaragua: Análisis de situación de Salud en Nicaragua, 2002.
12. Ministerio de Salud Nicaragua Programa Nacional de Salud Mental. (2001).
13. National Center for Injury Atlanta, GA. 2001-2002.
14. PAHO/WHO Technical Information System (TIS) 2 enero 2003.
15. Policía Nacional, Anuario Estadístico 2000. Managua Nicaragua. Pág. 5-8
16. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. (<http://www.uninet.edu/tratado/indautor.htnl>)
17. Reducing Suicide: a national imperative/SK
18. Suicidio en Europa. (www.fundamor.org.co)
19. Sistema de información estadística. Hospital Psiquiátrico Nacional. Managua 2003.
20. Rocha Castillo Comportamiento Epidemiológico del Intento de Suicidio Atendidos en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello. León, Nicaragua, Enero 2000 – Diciembre 2001
21. The cost of crisis. RWF DIEKSTRA. KJM VAN DE LOO, 1972.
22. Caldera Trinidad. Mental Health in Nicaragua. With special reference to psychological trauma and suicidal behaviour. 2004
23. Herrera Andres. Sexual abuse among men and women between 25-44 years old in Leon Nicaragua. Maters Thesis. Umea University, 2000
24. Herrera Andres, Dahlblom K, Dahlgren y Kullgren G. pathways to suicidal behaviour among adolescent girl in Nicaragua. Social science & medicine. Volume 62, Issue 4, February 2006, pages 805-814.
25. Pérez Hernández Máximo, Psiquiatra social. Intento suicida. Una aproximación al problema.
26. Banco de Instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3ª. Edición. J.Bobes, M.P.G. Portilla, M.T. Bascaran, M. Bousono. Cap. VI. Pag. 75.
27. OMS/ OPS, Representación en Nicaragua , Diseminación selectiva de la información, Salud Mental, Boletín numero 1, Capitulo 3, Abril 2001.

28. Republica de Nicaragua Ministerio de salud, Boletines Epidemiológicos, Vigilancia de lesiones, 2003-2004, semana 39, año 2004.
29. Michael G. Gelder, Juan J. López-Ibor Jr, Nancy Andeasen, Tratado de psiquiatría, Tomo 2, suicidio, capítulo 4.15
30. Tratado DSM IV, Masón, suicidio capítulo 36, página 1381-1385.
31. Diario La Prensa CID Gallup, marzo, 2005. encuesta de opinión pública.

Anexo

UNIDAD DE SALUD _____

FECHA DE ENTREVISTA _____ HORA: _____

ENTREVISTADOR: _____

HISTORIA CLINICA

No. _____

FECHA: _____

NOMBRE: _____

AREA:

1 = RURAL _____ 2 = URBANA _____

DIRECCION: _____

SEXO:

Masculino (1)

Femenino (2)

EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____

GRADO APROBADO: _____

0 – ANALFABETA 2 – SECUNDARIA

1 – PRIMARIA 3 – UNIVERSITARIA

NIVEL O POSICION ECONOMICA:

(1) Estudiante

(2) Ama de casa

(3) Jubilado

(4) Económicamente activo = empleado

- (5) Económicamente activo – desempleado
- (6) Económicamente inactivo (enfermo)
- (7) Otros

OCUPACION: _____

DURACION DEL EMPLEO: _____

DURACION DEL DESEMPLEO: _____

888 no se conoce (cuanto tiempo lleva empleado, desempleado)

999 no aplicable (jubilado o un niño menor de 15 años)

RELIGION:

- (0) Ninguna
- (1) Católica
- (2) Evangélica
- (3) testigo de Jehová
- (4) otra.....

ESTADO CIVIL:

- (1) Soltera (o) nunca casado (a)
- (2) Viuda(o)
- (3) Divorciado(a)
- (4) Separado(a)
- (5) Primer marido o esposa
- (6) Segundo o subsecuente cónyuge
- (7) Legal cohabita
- (8) Unión libre
- (9) Se desconoce

NUMERO DE PERSONAS A SU CARGO _____

ESTRUCTURA FAMILIAR:

- (0) Vive sola
- (1) Vive sola con niños
- (2) Vive sola con sus padres, sin niños
- (3) Vive con sus padres y niños
- (4) Vive con sus padres
- (5) Vive con otros/amigos
- (6) Vive en una institución
- (7) Otros

Hora en que ocurrió el intento suicida : _____ horas.

Día en que ocurrió el intento suicida : _____

Mes en que ocurrió el intento suicida : _____

Año en que ocurrió el intento suicida : _____

TRATAMIENTO O CUIDADOS Y RECOMENDACIONES SUGERIDA.

- (0) Ninguno
- (1) Hospital (paciente ambulatorio)
- (2) Hospital (paciente hospitalizado)
- (3) Tratamiento en centro de salud
- (4) Centro de atención psicosocial

METODO QUE UTILIZO PARA REALIZAR EL INTENTO SUICIDA.

GRUPO No. 1

- (00) Colgado
- (01) Armas de fuego y explosivos
- (02) Lanzándose o provocando accidentes
- (03) Saltando
- (04) Quemándose
- (05) Objetos corto-punzantes
- (06) Ahogamiento
- (07) Herbicidas, pesticidas

GRUPO No. 2

- (08) Uso de drogas con efectos del s.n.c. (diazepan, etc.)
- (09) Reumatismo y otras drogas (cloroquina, etc.)

GRUPO No. 3

- 1) Alcohol
- 2) Sustancias psicoactivas (cocaína, tolueno etc.)

PREVIO AL INTENTO SUICIDA RECIBIO TRATAMIENTO MEDICO.

- (0) Nunca
- (1) Si, menos de seis meses
- (2) Si, más de seis meses y menos de doce meses
- (3) Si, no esta seguro, no recuerda

AREA DE RESIDENCIA EN EL MOMENTO DEL INTENTO DE SUICIDIO.

(Donde estaba cuando esto ocurrió)

¿ CUAL FUE SU INTENCION?

¿PORQUE HIZO ESTO?

¿QUE PASO EN SU VIDA QUE TOMO ESTE CAMINO?

¿CUAL ES SU SITUACION ACTUAL? ¿QUE PIENSA HOY?

¿SIENTE LA NECESIDAD DE SER AYUDADO?

CAMBIO DE DIRECCION DURANTE EL ULTIMO AÑO:

- (1) Paciente tiene la misma dirección que el ultimo año que intento suicidarse
- (2) Cambio la dirección previamente, pero sigue viviendo en la misma área de cobertura
- (3) Cambio de dirección fuera del área de cobertura pero en el mismo departamento
- (4) Cambio la dirección previamente de donde residía
- (5) Se desconoce

REPETICIONES DE INTENTOS SUICIDAS:

- (0) No repitió durante el último intento
- (1) Primera vez que repite el intento suicida
- (2) Segunda repetición de intentar suicidarse
- (3) Tercer intento de suicidio
- (4) _____ intento suicida
- (5) Se perdió el caso

INTENCION DEL ACTO SUICIDA:

- (1) Acto deliberado o planificado
- (2) Acto impulsivo, no planificado
- (3) Gesto parasuicida
- (4) Sobredosis
- (5) Serio intento suicida
- (6) Se desconoce la intención

CERTEZA O SEGURIDAD DE LO QUE ESTA HACIENDO EN SU VIDA:

- (1) Certeza o seguridad
- (2) Inseguridad

SIS SUICIDE INTENT SCALE

1.- AISLAMIENTO:

¿ ESTABA ALGUNA PERSONA CERCA DE USTED CUANDO INTENTO HACERSE DAÑO USTED MISMO?
Eje: EN EL MISMO CUARTO, CONVERSACION TELEFONICA.

- 0.- alguno presente
- 1.- alguno próximo o en contacto (eje. Teléfono)
- 2.- ninguno próximo o en contacto

2.- MEDIDA DEL TIEMPO:

¿ EN QUE MOMENTO HIZO USTED ESTO? ¿ESTABA USTED **EXPECTANDO** O ALGUIEN? ¿PODRIA ALGUIEN LLEGAR PRONTO?
¿ CONOCIA USTED QUE TENIA ALGUN TIEMPO ANTES QUE ALGUIEN PUDIERA LLEGAR?.

- 0.- No pensó acerca de la posibilidad
- 1.- Midió el tiempo para tal no probable intervención
- 2.- Midió el tiempo para tal muy probable intervención

3.- PRECAUCION EN CONTRA DE SER DESCUBIERTO Y/O INVENTOS:

¿ HIZO ALGUNA COSA PARA PREVENIR QUE ALGUIEN PUDIERA ENCONTRARLA? Eje: DESCONECTO EL TELEFONO, PUSO UNA NOTA EN LA PUERTA, ETC.

0.- No precaución del todo

1.- Prevención pasiva, tal como evitar a otros, pero no hacer nada para prevenir la intervención de ellos (eje: estar solo en el cuarto, sin llave la puerta)

2.- Precaución activa. (eje: estar solo en el cuarto con la puerta con llave)

4.- ACCION PARA GANAR AYUDA DESPUES DEL INTENTO:

DESPUES DEL ANTENTADO CONTRA SÍ MISMO, LLAMO A ALGUIEN PARA DECIR LO QUE HABIA HECHO.

0.- Notifico a potenciales ayudadores en cuanto al tiempo

1.- Contacto pero no específicamente notifico a potenciales ayudadores en cuanto al intento.

2.- No contacto, o notifico ayudadores.

5.- ACTO FINAL EN ANTICIPACION DE MUERTE:

HIZO ALGUNA COSA, TAL COMO PAGAR RECIBOS, DECIR ADIOS, ESCRIBIR UN TESTAMENTO, UNA VEZ QUE DECIDIO HACERSE DAÑO USTED MISMO.

0.- Ninguno

1.- Sufridos pensamientos acerca de crear o hacer algunos arreglos en anticipación de muerte

2.- Planes definitivos hechos (crear creaciones, cambiar una probabilidad, dar presente, tomas seguros).

6.- GRADO DE PLANIFICACION:

¿HABRIA USTED PLANEADO ESTO PARA ALGUN TIEMPO? ¿ HIZO USTED ALGUNA PREPARACION TAL COMO GUARDAR PILDORAS, ETC.?.

0.- No preparación (no plan)

1.- Mínimos o moderada preparación

2.- Extensa preparación (planes detallados)

7.- NOTA SUICIDA (CARTA DE DESPEDIDA):

¿ ESCRIBIO UNA O MÁS NOTAS DE DESPEDIDAS? SI ES "SÍ" ¿ PARA CUANDO?. SI ES "NO?" PENSO USTED ACERCA DE ESCRIBIR ALGO?.

0.- Ninguna nota, no pensó acerca de escribir una

1.- Pensó escribir una pero no hizo nada

2.- Existencia de una carta, o escribió la nota pero la rompió

8.- COMUNICACIÓN DE INTENTO ANTES:

DURANTE ÉL ULTIMO AÑO, DIJO A VECINOS, AMIGOS Y/O MIEMBROS DE LA FAMILIA, IMPLICITO O EXPLICITO, QUE USTED TENIA LA INTENCION DE HACERSE DAÑO A SÍ MISMO?.

0.- Ninguna

1.- Equivocas comunicaciones (ambiguas o implícitos)

2.- Inequivocas comunicaciones (explícitas)

9.- PROPOSITO DE ACTO:

¿ PUEDE USTED DECIRME QUE USTED ESPERABA CONSEGUIR CON EL DAÑO A SI MISMO?.

- 0.- Principalmente manipular a otros
- 1.- Descanso temporal
- 2.- Muerte

10- EXPECTADORES EN CUANTO A FATALIDAD DEL ACTO:

¿ QUE PENSABA USTED DE LA POSIBILIDAD DE MORIR COMO RESULTADO DE SU ACTO?.

- 0.- Paciente pensó que morir no era deseado o no pensó acerca de esto
- 1.-Paciente pensó que morir era posible pero no probable
- 2.- Paciente pensó que morir era probable o cierto.

11.- CONCEPCIONES DE LA LETALIDAD DEL METODO:

SI SOBREDOSIS: ¿ PENSO QUE LA CANTIDAD DE PILDORAS TOMADAS FUE MAS O MENOS LA DOSIS QUE PODRIA MATARLO A USTED?.

OTRO: ¿ PENSO ACERCA DE OTRO METODO QUE PODRIA SER MAS O MENOS PELIGROSO QUE EL QUE USTED USO?.

- 0.- Menos sufrimiento para el/ella, que el/ella pensaban podría ser mortal, o sufrir, no pensó acerca de esto (tenia mas píldoras).
- 1.- Sufrir no estaba seguro o pensaba que el/ella debía ser letal.
- 2.- Acto excedido o igualado que el paciente pensaba era letal.

12.- GRAVEDAD DEL INTENTO:

CONSIDERO SU ACTO COMO UN INTENTO A TOMAR SU VIDA:

- 0.- Paciente no considero un acto como un intento serio a finalizar su vida
- 1.- Paciente estaba incierto considerando su acto como un serio intento a finalizar su vida.
- 2.- Paciente considero el acto como un serio intento a poner fin a su vida.

13.- AMBIVALENCIA HACIA VIVIR:

¿CUALES FUERON SUS SENTIMIENTOS HACIA LA VIDA Y LA MUERTE? ¿EL DESEO DE VIVIR ERA MAS FUERTE QUE EL DE MORIR? ¿O NO TENIA CUIDADO POR VIVIR O MORIR?

- 0.- Paciente no deseaba morir
- 1.- Paciente no tenia cuidado por vivir o morir
- 2.- Paciente deseaba morir

14.- CONCEPCION DE REVERSIBILIDAD:

¿ QUE PENSABA ERA EL CHANCE DE SOBREVIVIR SI PUDIESE RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO DESPUES DEL INTENTO?.

- 0.- Paciente pensaba que morir podría ser diferente si el/ella recibía atención medica
- 1.- Paciente fue incierto en caso de muerte podría ser evitado por atención medica
- 2.- Paciente fue cierto de morir aun si el/ella recibía atención medica.

15.- GRADO DE PREMEDITACION:

¿CUAN LARGO ANTES DE SU ACTO TENIA USTED DECIDIDO HACER ESTO? ¿ TENIA USTED PENSAMIENTO ACERCA DE ESTA POR ALGUN TIEMPO O HIZO ESTO POR IMPULSO?.

0.- Ningún impulso

1.- Contemplo el acto por tres horas o menos, previo al intento

2.- Contemplo el acto por más de tres horas antes del intento

Valoración Escala SIS:

LEVE: 0 – 7

MODERADO: 8 – 14

SEVERO: Mayor de 15

Impresión Diagnostica:

(comorbilidad con el intento suicida ej. depresión mas intento suicida)
