

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN - MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Tesis para optar al título de:

Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología

**“Intento de suicidio en pacientes atendidos en el hospital
‘Gaspar García Laviana’: reiteración, motivos y tipos de
métodos. Rivas, Nicaragua 2013 - 2018.”**

Autora: Lic. Rebeca Alejandra Muñoz Rodríguez

Tutor Metodológico: Dr. Luis Adolfo Carballo Palma, MD
Máster en Población y Salud.
Máster en Salud Pública.

Tutor Científico: Dr. Guillermo Gosebruch Icaza, MD
Especialista en Psiquiatría
Máster en Salud Pública.

Managua, 28 de Marzo, 2019

CONTENIDO

<i>DEDICATORIA</i>	i
<i>AGRADECIMIENTOS</i>	ii
<i>APROBACION DEL TUTOR</i>	iii
<i>RESUMEN</i>	iv
I. INTRODUCCION	5
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
III. ANTECEDENTES	8
IV. JUSTIFICACIÓN	12
V. OBJETIVOS	13
VI. MARCO TEÓRICO	14
VII. HIPÓTESIS	34
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	35
IX. RESULTADOS	39
X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	48
XI. CONCLUSIONES	52
XII. RECOMENDACIONES	54
XIII. BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	58

CUADROS DE FRECUENCIAS

Cuadro 1. Distribución de pacientes según características sociodemográficas.....	69
Cuadro 1. Distribución de pacientes según características sociodemográficas. (Continuación).....	70
Cuadro 2. Estadísticos descriptivos de variables cuantitativas	70
Cuadro 3. Distribución de pacientes por otras características.....	71
Cuadro 4. Distribución de pacientes según habían tenido intento de suicidio anterior.....	72
Cuadro 4. Distribución de pacientes según habían tenido intento de suicidio anterior. (Continuación)	73
Cuadro 5. Distribución de pacientes según tipo de método empleado.....	74
Cuadro 5. Distribución de pacientes según tipo de método empleado. (Continuación).....	75
Cuadro 6. Distribución de pacientes según motivo principal.	76
Cuadro 6. Distribución de pacientes según motivo principal. (Continuación) ...	77

DEDICATORIA

A Dios:

Por darme cada día la fortaleza para continuar, sabiduría en cada una de mis decisiones y por darme esta oportunidad promoviendo los recursos necesarios para concluir con éxito mi especialidad.

A mi familia:

Por haberme apoyado incondicionalmente en todo momento, por instruirme con valores y principios que me han permitido ser una persona de bien y así llegar a esta nueva etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente gracias a Dios por estar conmigo en cada paso que doy y porque él me abrió todas las puertas necesarias hasta llegar a concluir esta etapa de mi vida.

Agradecer a mis padres y a mi hermana por su apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida y en mi formación profesional.

Un agradecimiento especial a mis tutores, Dr. Luis Carballo Palma y Dr. Guillermo Gosebruch Icaza por dedicar su tiempo, paciencia y brindarme su apoyo en la elaboración de este trabajo investigativo.

A los docentes que nos facilitaron sus conocimientos en cada concentración y en áreas de rotación.

Agradezco a Lic. Massiel Jiménez Arana por su amistad incondicional en estos tres años de estudio, sus consejos y compartir conmigo sus conocimientos en el transcurso de esta especialidad.

A todas las instituciones que me apoyaron en la elaboración de este estudio.

APROBACIÓN DEL TUTOR

El estudio realizado por la Lic. Muñoz denota el empeño puesto para la identificación de fuentes de información alternas para visibilizar un tema de gran trascendencia. La sensibilidad por quienes día a día batallan mentalmente y el compromiso ante ellos han determinado el esfuerzo puesto en la aplicación de técnicas estadísticas y de investigación para realizarlo.

Los resultados encontrados los ha puesto a disposición de una audiencia más allá de lo institucional, de lo formal, formulando recomendaciones que para nada eluden tanto los determinantes sociales de la salud distales como los proximales, planteando acciones a nivel comunitario, familiar e individual.

El trabajo realizado está revestido de la calidad, responde a las expectativas planteadas de utilizar fuentes secundarias, probar hipótesis estadísticas y obtener conclusiones válidas y confiables a la luz de los datos que la Lic. Muñoz tuvo disponibles.



Luis Adolfo Carballo Palma, MD
Máster en Población y Salud.
Máster en Salud Pública.

RESUMEN

El presente estudio ha tenido como objetivo analizar el intento de suicidio en pacientes atendidos hospital departamental de Rivas. Se siguió un diseño analítico y correlacional, en que la existencia de intento de suicidio previo ha sido contrastada con el sexo y el área de residencia. El universo y la muestra lo constituyeron el 100% de los pacientes atendidos con diagnóstico de intento de suicidio en el periodo de estudio, según el registro de egresos hospitalarios un total de 103 pacientes y 267 reportados en el listado de vigilancia epidemiológica de intoxicaciones por plaguicidas. Los datos se obtuvieron del expediente clínico en instrumento diseñado para el estudio, la unidad de observación fue el expediente y la unidad de análisis los pacientes con intento de suicidio. Entre los principales resultados se observa que son más afectadas las personas con edad comprendida de 20 a 34 años, correspondiendo al grupo de edad adultos jóvenes, las de sexo masculino, con escolaridad primaria, soltero, de residencia rural, en su mayoría con 3 a 4 hijos, de profesión agricultor. Más de la mitad habían tenido un intento de suicidio y menos de la mitad recibieron un seguimiento psicoterapéutico, el 61.9% tenían consignado en el expediente algún tipo de trastorno mental. Los métodos más frecuentes fueron los de categoría 'Extraño' principalmente a expensa de ingesta de plaguicidas y el motivo de mayor frecuencia fue de índole conyugal. Con los datos disponibles no se logra tener evidencia de rechazar las hipótesis de que la proporción de hombres y mujeres con intento de suicidio anterior es diferente y en forma análoga entre residentes del área urbana y del área rural, ya que a pesar de que hay 1.8 hombre por cada una mujer que ha tenido intento de suicidio anterior esto no tiene validez estadística ($p>0.05$). En forma similar, a pesar de que por cada 1.2 residente del área urbana hay una del área rural que ha tenido intento suicida previo, esto no es estadísticamente significativo ($p>0.05$). Se recomienda reforzar elementos estructurales y de proceso, con enfoque de los determinantes sociales de la salud para la prevención del suicidio.

I. INTRODUCCION

En el mundo el suicidio constituye un serio problema de salud pública. La complejidad del fenómeno en cuanto a su multifactorialidad causal como los aspectos culturales involucrados en las causas, repercusiones familiares y sociales, inciden negativamente en su prevención, abordaje, registro adecuado para programar y medir el impacto de las acciones. (López, 2005)

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se suicidan aproximadamente ochocientas mil personas a nivel mundial, afectando a los países tanto de altos como bajos recursos, lo cual es una cifra alarmante en la salud por lo que es una problemática que amerita una intervención pronta y oportuna. (OMS, Prevención del Suicidio un imperativo social, 2014)

La conducta suicida ocurre como una respuesta ante una situación que la persona ve y vive como devastadora, tales como son el aislamiento social, pérdida de un ser querido, trauma emocional, enfermedades físicas graves, desempleo o situación económica desequilibrada, los sentimientos de culpa y dependencia a las drogas.

En estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud se ha concluido que la mayoría de estos intentos de suicidio y suicidios consumados son en la edad adolescente y constituyen una de las principales causas de muertes entre las edades de 15 a 26 años, este es un hallazgo relevante, sin embargo, esto es algo que podemos prevenir con el diagnóstico y tratamiento precoz, dirigidas a los que están en riesgo y sobre todo un seguimiento adecuado del paciente e intervenir con el entorno que lo rodea, trabajando así las causas que ocasiona este hecho para prevenirlos de esta manera garantizar el bienestar y salud mental del individuo. (OMS, Prevención del Suicidio un imperativo social, 2014)

Según, las proyecciones el suicidio en el mundo, se estima que representa el 1.8% de la carga global total de enfermedad en 1998, y el 2.4% en los países con economía de mercado y las economías anteriormente socialistas, para el 2020.

En nuestras unidades proveedoras de servicios los profesionales de salud deben atender de manera integral e identificar los síntomas de ideas e intentos de suicidio de los pacientes atendidos, para hacer un diagnóstico precoz para un oportuno manejo y seguimientos de estos casos por los especialistas de manera disminuir la mortalidad. El tratamiento estará orientado a establecer una comunicación satisfactoria en sus distintos ámbitos de vida y corregir los factores psicosociales y los riesgos, para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

En Nicaragua existes pocos estudios y en el departamento de Rivas aún no se cuenta con un análisis que nos muestre la situación epidemiológica actual y como está afectando esta problemática a la población en general para encontrar los factores de riesgos y dar la recomendaciones a instituciones, al personal de salud de esta manera lograr disminuir los casos de intentos suicidas y por ende el suicidio ya que su importancia en la prevención es incidiendo en aquellos factores psicosociales, nuestra perspectiva como sector salud debe ser enfocada a que el paciente supere la ideación suicida proporcionándole apoyo mediante un equipo multidisciplinario.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El intento de suicidio y el suicidio representan un problema de salud pública, es importante señalar que esta problemática según estudios anteriores es más frecuente en los adolescentes y jóvenes debido a múltiples factores asociados que conllevan a la tentativa o al suicidio, esto incide negativamente en su prevención. Intentar suicidarse no es una conducta impulsiva, la mayoría de los suicidas antes de tomar esta decisión lo expresan en forma clara o lo dejan en evidencia sin necesidad de expresarlo de forma verbal.

En el hospital Gaspar García Laviana del departamento de Rivas aún no existe un análisis sobre los intentos de suicidio, su reiteración y seguimiento de igual manera cómo podemos prevenirlo. Por lo que se plantea el siguiente problema:

¿Cuál es el análisis del intento de suicidio en pacientes atendidos en el hospital Gaspar García Laviana del departamento de Rivas entre el año 2013 al 2018?

III. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estiman que cada año más de 800,000 personas se suicidan. Por cada muerte por suicidio hay 20 intentos. El suicidio es la segunda causa de muerte en personas con edad comprendida entre 15 y 29 años. (OPS|OMS, 2017).

El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. En el año 2012 el 75% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego son algunos de los métodos más frecuentes de suicidio en todo el mundo. (OMS, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>, 2016).

Según investigaciones realizadas por OPS publicados el año 2015, en lo que se refiere a la tasa de mortalidad en casos de suicidios consumados, es más frecuente en hombres con respecto a mujeres con una diferencia 3 % según resultados en el 2012. (OPS, 2015).

Según la OMS en su informe de Prevención del Suicidio un Imperativo Global, las estadísticas eran un registro total de 804,000 muertes por suicidios lo que representaba una tasa total de 11.4 x 100,000 habitantes (15.0 hombres, 8.0 eran mujeres), en el año 2012. En los países económicamente desarrollados se suicidan hasta 3 veces más los hombres en relación de los países medianos y bajos la relación hombre mujer es mucho menor en un 1.5 %. (López, 2005)

Una investigación psicológica realizada en el Hospital público de Argentina con el objetivo de analizar componentes familiares y factores asociados al intento suicida en el año 2015 con una muestra de 116 pacientes atendidos en ese año demostró que el 51 % de los casos atendidos fueron mujeres en su mayoría sin pareja, se obtuvo una media de 28 años de edad y por cada suicidio consumado estos pacientes ya habían tenido 2 intentos anteriores,

los sentimientos de soledad y la ideación suicida fueron los efectos negativos encontrados. (Burgos, N, & Bustamente, 2017)

En estudios realizados en el 2014 por OPS se aproxima que un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2013). El suicidio representa 1.4 % de las muertes a nivel mundial (Varnik, 2012) y se clasifica entre las 20 principales causas de mortalidad. En la Región de las Américas ocurren alrededor de 65.000 defunciones por suicidio anualmente. (OPS-OMS, 2014)

Entre el 1997 y el 2012 en Nicaragua fallecieron 5,673 personas por lesiones autoinfligidas intencionalmente (Clasificación CIE10: X60-X84). Dos de cada 100 defunciones en el país son por estas causas. Ocho de cada 10 personas que fallecen por suicidio son residentes del área urbana. La tasa específica de mortalidad por lesiones auto infligidas en hombres oscila entre 10.98 y 7.02 por 100,000; en tanto que en mujeres se encuentra entre 3.28 y 2.49 por 100,000. En el 2012 por cada una mujer que fallece por lesión auto infligida, fallecen tres hombres. La edad mediana de los fallecidos por suicidio es de 26 años, en hombres es de 28 años y en mujeres de 21 años. (OMS/OPS, 2015).

Investigaciones realizadas por estudiantes de Medicina y Cirugía de la UNAN Managua, cuyo objetivo fue describir el abordaje de intentos suicidas en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense en el año 2015 en este se estudiaron 12 pacientes ingresados por intento de suicidio en dicho Hospital, el grupo etario que predominó en los pacientes fue de 12 a 15 años de edad, del sexo femenino, de procedencia urbana, con bajo nivel socioeconómico, dentro de un núcleo familiar disfuncional, con antecedentes de intentos suicidas negados. Dentro de los factores desencadenantes y el método más utilizado fue el farmacológico. (Wendy, 2016)

En un estudio realizado en el año 2005 por estudiantes de Medicina y Cirugía de UNAN -León, cuyo objetivo fue describir las características de la conducta suicida (Intento de suicidio y suicidio), registrados por el sistema de vigilancia

epidemiológica de cinco Hospitales en Nicaragua, indico que en intentos de suicidios los métodos más utilizados fueron el envenenamiento por fármacos (57.9%) y plaguicidas (28.6%), mientras que en los suicidios fueron los plaguicidas (73.7%) y los fármacos (10.5%). En intentos de suicidios los principales factores de riesgos en mujeres fueron: Conflicto familiar (50.5%) y problemas conyugales (14.9%), mientras que en los hombres fueron los problemas depresivos (6.4 %) y financieros (3.4%), en cambio en suicidios fueron los conflictos familiares (30%), problemas conyugales (16.7%), con predominio en hombres y en mujeres muerte familiar (7.7%). Al menos una cuarta parte de la conducta suicida está vinculada con la evidencia de alcohol. (Dalia Lopez, Reynaldo Rodriguez, 2005).

El estudio realizado en el Departamento de Jinotega en el año 2006 por estudiantes de Medicina de la UNAN-León, revela que los factores de riesgos asociados a intentos suicidas son el padecer una enfermedad crónica con un OR 8.08 lo que indica que estas personas presentan 8 veces más el riesgo de realizar un intento que una persona que no presente dichas condiciones, otro factor de riesgo es padecer depresión grave con un OR 7.06 teniendo el riesgo 7 veces más de presentar un intento suicida. El método frecuente en intentos suicidas fue el uso de plaguicida con 51.7%, seguido los fármacos con un 39.2% y herida por arma blanca con 3.5% y el 13% tuvo atención primaria. (Ana Melendez y Gerardo Aguirre, 2006., 2006).

Amalia Morales en un artículo de un diario local en el año 2014, bajo el nombre 'Adiós a la Vida' encuentra que la tasa de suicidio en el 2007 es de 6.9 por cada 100,000 habitantes, habiéndose registrado más de un caso por día (370 casos), según los registros del Instituto de Medicina Legal entre el 2007 y el 2013 el suicidio representa entre el nueve y el 13% de las muertes por causas violentas en el país. Según la OMS es la tercera causa de muerte a nivel mundial en las edades de 15 a 44 años y probablemente llegaría a convertirse en la segunda causa de muertes en los adolescentes de 10 y 14 años de edad. (La Prensa, 2014).

Investigación realizada por estudiantes del Hospital Psicosocial Dr. José Dolores Fletes en el año 2014, con el objetivo de conocer el Perfil

epidemiológico del suicidio en los departamentos de Carazo, Granada, Masaya y Rivas obtuvieron los siguientes resultados: La edad más frecuente fue de 20 a 39 años lo que representó el 54% de la población en estudio, seguido de 40 a 50 años (21%). Respecto al sexo los hombres se encontraron en primer lugar con un 78%, según el estado civil el 39.8% vivían en unión libre, en la escolaridad el 50.5% tenían aprobada primaria, el 56% de los pacientes recibieron atención médica antes de fallecer, el mecanismo más utilizado fue la ingesta de productos químicos y plaguicidas con un 43.9%, según el comportamiento los días con mayores casos fueron lunes, Jueves y los meses de mayo y diciembre con un 10%. (Yetty Vásquez, 2014)

Datos estadísticos del área de toxicología del MINSa fallecieron por intoxicaciones agudas por plaguicidas entre el año 2011 al 2016, la frecuencia por SILAIS fue: Matagalpa con 350 casos, Jinotega con 300 casos, Nueva Segovia con 200 casos, Carazo con 150 casos, Rivas, León, Madriz, Managua con 100 casos. (Jacqueline Berroterán, 2012, 2015)

Un artículo publicado en el sitio web del 19 digital, en el año 2018 bajo el nombre "MINSa fortalecerá programas dirigidos a la promoción de la vida" se planteó que en Nicaragua la reducción del suicidio es de 11% y que estas cifras deben seguir reduciéndose, se está teniendo 37 jóvenes menores de 18 años que pierden la vida de forma anual por causa del suicidio, el 58% ocurrieron en mujeres y el 31% ocurrieron en edades de 14 años. Se destacan los departamentos Managua (19%), Chinandega (18%), Matagalpa (12%), Jinotega (10%) en personas menores de 18 años. En el caso de menores de 14 años destacan: Managua, Matagalpa, León, Chinandega, Jinotega y Estelí. (digital, 2018)

IV. JUSTIFICACIÓN

Los suicidios forman parte de las primeras diez causas de muerte a nivel mundial por lo cual se consideran un problema de salud pública debido a la alta prevalencia en los casos, provocando un mayor costo en las atenciones por la demanda al sistema de salud en recursos humanos y económicos.

Cada intento de suicidio representa un peligro eminente para el individuo debido a las repercusiones que esto conlleva tanto el daño orgánico que este produce, así como también psicológico, hasta equilibrar estos dos ámbitos el paciente continuaría en riesgo.

El suicidio es prevenible a través de un seguimiento al paciente que realice tentativas antes de consumarlo y a pacientes que padezcan algún tipo de patologías como trastornos mentales, también reforzando la vigilancia hacia los productos más utilizables para cometer este acto como los plaguicidas y sustancias ilícitas como elementos clave en la prevención.

Es importante señalar que en algunos de los casos consumados hubo hasta dos o tres intentos hasta lograr el objetivo, pero también es importante conocer el actuar del personal de salud no solo en la parte clínica sino el seguimiento de este paciente una vez egresado de la unidad interactuando con él y su entorno, debido a esto es que hablar de intento de suicidio requiere de una especial atención.

En el hospital Gaspar García Laviana aún no se ha realizado un análisis que indique sobre la atención de personas que han tenido intento de suicidio en esta unidad de salud y como es el seguimiento de este una vez egreso. Es por esta razón la importancia de realizar esta investigación que tiene como objetivo **Analizar el intento de suicidio atendido en el Hospital Gaspar García Laviana del departamento de Rivas entre el año 2013 al 2018**, esto servirá como una herramienta en la toma de decisiones para ayudar a identificar el comportamiento y contribuir a contrarrestar este fenómeno, beneficiando a toda la sociedad, a los servicios de salud y epidemiología.

V. OBJETIVOS

V.I OBJETIVO GENERAL:

- Analizar el intento de suicidio atendido en el hospital 'Gaspar García Laviana' departamento de Rivas entre el año 2013 al 2018.

V.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes a estudio.
2. Establecer la relación entre variables de tiempo, espacio y persona con la reiteración del intento suicida.
3. Establecer la relación entre variables de tiempo, espacio y persona con el método utilizado en los intentos de suicidio en la población a estudio.
4. Establecer la relación entre variables de tiempo, espacio y persona con el motivo que determina el intento suicida en la población a estudio.

VI. MARCO TEÓRICO

El intento suicida puede considerarse como una acción que produce una lesión intencional, dependientemente de la letalidad del método empleado y el conocimiento real de su intención, debe verse a la luz del saber actual como una falla de su mecanismo de adaptación al medio ambiente, provocada por una situación conflictiva en ese momento o permanente, que genera un estado de tensión emocional, así como también atribuible a un desequilibrio de su psicología interna, originado por las diversas causas y factores que intervienen en el hecho, esta parte desde aspectos cognitivos que es imaginar hacerlo, hasta la conducta suicida que es ya realizada verbalmente.

La acción suicida de una persona que no logro consumar el hecho de quitarse su propia vida es definida como un intento suicida. El suicidio en si es el acto de quitarse la vida libremente por propia elección.

El concepto de 'acto suicida' fue introducido en 1969 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y define éste como "todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil'.

Es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado. (Izquierdo, 2014)

Según el diccionario de la lengua española la palabra suicidio se deriva del latín: SUI = Sí mismo. CIDIUM O CAEDERE = Matar; esto significa matarse así mismo o atentarse contra su propia vida. (online)

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

tener plena intencionalidad de causarse la muerte. (Dalia Lopez, Reynaldo Rodriguez, 2005).

Otras definiciones de conductas suicidas

Conductas suicidas: Son las encaminadas a conseguir consciente o inconscientemente el acto suicida.

Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.

Suicidio consumado: Es el acto suicida que se ha llevado a cabo con éxito.

Suicidio frustrado: Acto suicida que no ha conseguido el objetivo por alguna circunstancia imprevista.

Simulación suicida: Es el acto suicida que no cumple su objetivo, porque ha y fingimiento o presentación de algo como real, cuando no existía una auténtica intención de consumir el acto.

Ideación suicida: Son los pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida.

Gesto suicida: Es dar a entender con actos, que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realizará.

Amenaza suicida: Es dar a entender con palabras a sobre una acción suicida que se realizará.

Suicidio colectivo: La conducta suicida que llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes. Los suicidios en grupo, tanto si implican un gran número de personas como si sólo son dos (como un par de enamorados o cónyuges), representan una forma extrema de identificación con la otra persona. Los suicidios de grandes grupos de gente tienden a ocurrir en sectas y en situaciones con una gran carga emocional.

Suicidio racional: Una persona que inmerso en una enfermedad crónica, incapacitante, deterioro progresivo, toma la decisión de que suicidarse es la solución a su sufrimiento.

Intento de suicidio: Se engloban aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal.

El parasuicidio: o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Forman parte del parasuicidio las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras. (online)

Conducta Suicida

La conducta suicida es un fenómeno multicausal y complejo que ha estado presente en todas las épocas históricas y todas las sociedades, se manifiesta por una variedad de comportamientos en un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo. (Dalia Lopez, Reynaldo Rodriguez, 2005)

El comportamiento suicida abarca el suicidio consumado, intento suicida, las amenazas suicidas y la ideación suicida con ideas y pensamientos específicos, así como en general llamados por algunos autores parasuicidio y síndrome presuicidal.

Cualquier conducta debe considerarse como un alto riesgo futuro. Este fenómeno va en aumento en todos los países, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre todo los países de alto desarrollo tecnológico, donde las causas más importantes de muerte son las llamadas "enfermedades del desarrollo" (cardiovasculares, cerebrovasculares, accidentes, entre otros) con incremento del suicidio en un 15 % en dichos

países, convirtiéndose en segunda causa la muerte entre individuos menores de 35 años.

Existe un amplio rango de conductas suicidas con algunas diferencias cualitativas:

Planificación o pensamientos suicidas con intención de morir.

Amenaza, expresión verbal de intención suicida.

Gesto, amenaza suicida con los medios disponibles para intentarlos.

Conducta destructiva directa (Reyes, 2015)

Incidencia y prevalencia

Se encuentra una gran variabilidad de porcentajes de prevalencia en diferentes países. Según la OMS (2012) las tasas de suicidio más elevadas se dan en los países de Europa del Este (Lituania o Rusia) y las más bajas en América Central y América del Sur (Perú, México, Colombia o Brasil). En cuanto al sexo, el suicidio es mucho más frecuente en hombres, en cambio el intento de suicidio se da más en mujeres (Miranda de la Torre, Cubillas, Román y abril, 2009). Asimismo, en los países ricos los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, en cambio estos porcentajes cambian en aquellos países de ingresos bajos o medianos, en los cuales 1,5 hombres se suicidan por cada mujer. Respecto a la edad, se ha comprobado que los casos de suicidio se elevan a medida que ésta aumenta. Sin embargo, la OMS en 2012 señala como grupos de alto riesgo de suicidio a jóvenes adultos (15 a 44) y a adolescentes de 15 a 19 años. (OMS, Prevención del Suicidio un imperativo social, 2014).

Intento Suicida según condición sociodemográfica

El suicidio es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Afecta a las familias, a las comunidades y a países enteros. A nivel mundial,

más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que equivale a una cada cuarenta segundos. Por cada muerte por suicidio se estima que hay 20 intentos. El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Aunque mueren más hombres por suicidio, las mujeres tienen más intentos. (OPS, 2017).

En la Región de las Américas, ocurren aproximadamente 65.000 muertes por suicidio cada año. En muchos países, las muertes por suicidio pueden estar subestimadas. Las tasas más altas de la Región se registran en el Caribe no hispano y en Norteamérica. Es la tercera causa de muerte en personas de 20 a 24 años de edad y la cuarta en los grupos de 10 a 19 años y de 25 a 44 años de edad. Los suicidios en hombres representan aproximadamente el 79% de todas las muertes por suicidio. (OPS, 2017)

La situación por edades y sexo presenta diferencias apreciables entre países, aunque siempre es mayor el número de suicidios en los hombres. En Canadá, Estados Unidos y Cuba, más del 60 % de los suicidios en ambos sexos ocurre entre los 15 y los 44 años, y declina a partir de los 45, más aún en las mujeres, aunque aumenta el número de suicidios en este grupo de año en año, a pesar de que en estos países se adoptan estrategias para la protección económica y social de los ancianos.

Los patrones demográficos de suicidio también difieren según el estado civil, con un mayor riesgo en las personas viudas, divorciadas y que viven solas. En los Estados Unidos las tasas ajustadas de suicidio de los negros han sido siempre del orden de la mitad que de los blancos (6.4 contra 11.6 × 100 000), pero esa diferencia se reduce claramente en los jóvenes de 25 a 34 años, pues los jóvenes negros casi igualan a los blancos en dicho grupo de edad en ambos sexos: 19.2 en los hombres y 4.8 en las mujeres de la raza negra frente a 24,7 en los hombres y 5.0 en las mujeres de la raza blanca, en 1992. Pudiera estar influyendo en este fenómeno la homogeneización de las características de los cambios en la educación y en las dinámicas familiares de las familias americanas, con independencia del grupo racial al que pertenezcan. (Wilfredo Guilbert Reyes, 2002; Reyes, 2015)

Hablando de Ocupación, el suicidio es más frecuente entre los desempleados que entre las personas que trabajan. La pobreza y una función socialmente disminuida (ambas consecuencias del desempleo) a menudo parecen asociarse con un incremento del comportamiento suicida, en especial cuando se ha perdido repentinamente el trabajo. (Paula Esteban, 2013, 2013).

Factor de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Factores de riesgo más frecuentes:

Trastorno mental o drogodependencia.

Comportamientos impulsivos.

Acontecimientos vitales estresantes no deseados o pérdidas recientes (ruptura familiar, separación de los padres y falta de comunicación con los padres).

Antecedentes familiares de trastorno mental o drogodependencia.

Antecedentes familiares de suicidio.

Violencia familiar (abuso físico, sexual o verbal/emocional).

Intento de suicidio previo.

Presencia de armas de fuego en el hogar.

Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluida la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción. (online)

Factores de riesgo suicida en adolescentes

Hay que tener en cuenta que la inmensa mayoría de los adolescentes esconden las marcas de la autolesión, muchas veces utilizando la ropa. Por este motivo es conveniente resaltar la importancia de la exploración física en estos pacientes.

La importancia de cada factor de riesgo y su clasificación dependerán de cada contexto. Esos factores pueden contribuir directamente a comportamientos suicidas, pero también pueden contribuir indirectamente al influir en la sensibilidad individual a los trastornos mentales. Sería erróneo hacer una distinción clara entre las áreas identificadas. Así como cada factor de riesgo individual se relaciona con otros, las áreas no se excluyen mutuamente. Es mucho más útil considerar que las áreas van de lo sistémico a lo individual. Algunos factores de riesgo específicos en realidad podrían ubicarse al mismo tiempo en más de una de las áreas. (OMS, Prevención del Suicidio un imperativo social, 2014)

El suicidio en los adolescentes no es un mito, sino un problema real y muy grave, de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud, representa la segunda causa principal de mortalidad entre personas de 15 a 29 años de edad. (OMS, Prevención del Suicidio un imperativo social, 2014).

En un estudio reciente llevado a cabo en Dinamarca se observó que 46.5% de los adolescentes que intentan el suicidio quieren morir realmente, y que apenas 2.5% solo quiere "llamar la atención", lo que contradice la idea de que los adolescentes usan el intento de suicidio solo para atraer la atención hacia sí mismos. Este mismo estudio demostró también que 50% de los adolescentes presentan ideas de suicidio durante más de un mes y que muchos de estos jóvenes no se sentían apreciados por sus padres y este sería el motivo principal para acabar con su vida.

Ideación suicida, intento de suicidio y suicidio

Hablar de ideas de suicidio, intentos de suicidio o sobre el suicidio es un asunto bastante difícil para todos los familiares, pero esto se refleja de manera mucho más patente por lo general en los padres de los adolescentes, que con frecuencia se sienten culpables y no saben cómo afrontar la situación que plantea el problema en el ambiente familiar. En este momento de angustia los profesionales sanitarios deben abrir espacios para el diálogo y deben intentar

acoger a los padres de la manera más empática, tratando la situación de la manera más cuidadosa y profesional posible, evitando posibles juicios.

Un estudio publicado en 2014 demuestra que los adolescentes acaban con su vida con métodos bastante agresivos, como el ahorcamiento y el uso de armas de fuego. Otro dato relevante indica que los adolescentes cometen más suicidios mientras que las adolescentes cometen intentos de suicidio.

Un factor de riesgo contrastado es la relación entre el suicidio y las enfermedades mentales. Los estudios indican que 75% de los adolescentes que se suicidan tienen algún tipo de trastorno mental, principalmente trastornos afectivos, como depresión y trastorno bipolar. La dependencia de varias drogas está asociada a un aumento del riesgo de intento de suicidio en los adolescentes. (OMS, Suicidio, 2018)

Además, las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo, los refugiados y migrantes; las comunidades indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales; y los reclusos. Con diferencia, el principal factor de riesgo de suicidio es un intento previo de suicidio. (OMS, Suicidio, 2018)

Debemos estar atentos a ideas preconcebidas erróneas, como las que indican que las alteraciones del estado de ánimo o la autolesión son situaciones normales en esta fase de la vida. (OMS, Suicidio, 2018)

Métodos de suicidio

Se estima que alrededor de un 20% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego.

El conocimiento de los métodos de suicidio más comunes es importante para elaborar estrategias de prevención basadas en medidas de eficacia probada, entre ellas la restricción del acceso a los medios de suicidio. (OMS, Suicidio, 2018)

Prevención y control

Los suicidios son prevenibles. Existen algunas medidas que se pueden adoptar entre la población, los grupos de población y las personas para prevenir el suicidio y los intentos de cometerlo. Esas medidas incluyen:

Restricción del acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos).

Información responsable por parte de los medios de comunicación.

Introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol.

Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo.

Capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas.

Seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.

El suicidio es un problema complejo y, consiguientemente, las actividades de prevención exigen la coordinación y colaboración de múltiples sectores de la sociedad, incluidos los de salud, educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, derecho, defensa, política y medios de comunicación. Esas actividades deben ser amplias e integradas, dado que ningún enfoque individual por separado puede tener efecto en una cuestión tan compleja como el suicidio. (OMS, Suicidio, 2018)

La idea de suicidarse

Se entiende por suicidio todo acto u omisión de este realizado voluntariamente con el propósito de dejar de existir, es decir, de quitarse la vida. Generalmente la persona que decide suicidarse tiende a estar pasando por un período de profundo sufrimiento vital en diferentes aspectos

importantes de su vida, sin poder hacerle frente y estando en un estado de desesperación en el que la única salida que pueden ver es la muerte.

La vivencia de un trauma profundo, el diagnóstico de una enfermedad incurable, el acoso de otras personas o la desesperación y sensación de total ausencia de control sobre la propia vida son algunos de los múltiples aspectos que pueden precipitar en algunas personas el intento de matarse. Si bien mediante este tipo de actos se busca la muerte, en su mayoría las personas que los llevan a cabo no buscan el fallecimiento en sí sino la liberación y el cese del sufrimiento que algo les causa.

A nivel orgánico suele relacionarse la conducta suicida con un bajo nivel de serotonina en el sistema nervioso. Existen factores de riesgo importantes tales como la presencia de psicopatología (el trastorno bipolar, seguido de las adicciones, la depresión, la esquizofrenia y el trastorno límite de la personalidad son algunos de los más vinculados a intentos de suicidio), el sexo (si bien la ideación es más frecuente en mujeres, los hombres tienden a llevar a cabo el acto suicida en una mayor proporción de casos) y la edad, la impulsividad y la desesperación, la presencia o conocimiento de otros suicidios en el entorno cercano o la existencia de estresores persistentes y a los que no se puede confrontar debido a la inexistencia de suficientes recursos.

Además, existen diferentes tipos de suicidio, clasificables en función de diversos criterios. A continuación veremos algunos de los principales:

Tipos de suicidio según la motivación

Una de los principales aspectos a tener en cuenta cuando evaluamos un acto suicida es el motivo que ha impulsado a la persona a provocar su propia muerte. En este aspecto podemos encontrar una gran cantidad de tipos de suicidio, siendo algunos de los principales los siguientes.

Suicidio llamada de atención o grito de ayuda

Algunas personas recurren al intento de suicidio como mecanismo para llamar la atención hacia un hecho concreto o pedir ayuda ante hechos que no son

capaces de controlar. Puede tener fines manipulativos y no suele quererse el deceso en sí a menos que la situación problema no cambie.

Con finalidad de muerte

El objetivo de este tipo de suicidio es lograr la propia muerte. Suele ser planificada cuidadosa y meticulosamente.

Como huida

La mayor parte de suicidios tienen como objetivo real el cese del sufrimiento y no la muerte en sí. El deceso es visto como la única alternativa al sufrimiento que causa un elemento concreto de la realidad (por ejemplo el acoso o las deudas), motivo por el cual el sujeto decide disponer de su propia vida. Generalmente se da de forma impulsiva y sin grandes planificaciones previas.

Finalista

Este tipo de suicidio suele estar dirigido a conseguir un objetivo determinado diferente a la muerte o a la huida. Tiende a no buscarse la propia muerte sino a fingir o aparentar dicha búsqueda con el fin de conseguir algún tipo de beneficio. Ejemplos de ello son el de grito de ayuda antes mencionado o el de venganza, aunque también puede perseguir beneficios de tipo económico como el hecho de que otros cobren seguros de vida.

Por venganza

El suicidio por venganza o de tipo paranoide es un tipo de suicidio el cual se realiza con el propósito de provocar daños a otras personas, con el fin de hacer sentir culpabilidad y/o sufrimiento a alguien concreto.

De balance

Se considera como tal el suicidio llevado a cabo por personas que, en ausencia de psicopatología y tras un prolongado periodo de tiempo intentando hacer frente a una situación conflictiva y dolorosa, deciden tras hacer un balance que continuar viviendo no supone ningún tipo de ganancia ni para ellos mismos ni para el entorno. Suele observarse en casos de ancianos y personas con limitaciones serias.

Tipos de suicidio según la modalidad o método

Las personas que eligen darse muerte recurren a diferentes medios para ello según la intencionalidad concreta de su acción, de su necesidad de tener el

control de la situación, del nivel de sufrimiento que quieren padecer o simplemente de la disponibilidad de medios concretos. Si se clasifican los suicidios e intentos de suicidio por el método empleado para ello, podemos encontrarnos con diferentes tipos.

Blandas

Se trata de formas de suicidio que en principio no causan traumas evidentes y que tienden a causar adormecimiento y poco dolor. Una de las principales formas de suicidio con métodos blandos es la ingestión de cantidades masivas de fármacos, como los barbitúricos. La persona suele tener un papel más pasivo en su propia muerte, esperando los efectos de su acción.

Asimismo suponen una mayor probabilidad de arrepentimiento y salvación, y en muchos casos los efectos pueden ser revertidos antes de que causen el fallecimiento.

Duras

Dentro de esta clasificación se incorporan métodos que implican una mayor brutalidad, tales como el suicidio mediante el uso de armas (sean blancas o de fuego), electrocutarse, arrojarse al vacío o el ahorcamiento. Tienden a suponer una mayor probabilidad de muerte que las blandas y revestir cierta brutalidad.

En comparación con las formas blandas de suicidio, es mucho más probable que causen algún tipo de sufrimiento. También suelen ser métodos que suponen una actuación directa del individuo a la hora de provocar su propia muerte.

Extrañas

Este tipo de suicidios suelen provocar un elevado nivel de sufrimiento antes de producir la muerte, revistiendo cierta crueldad hacia uno mismo. Suelen ser llevadas a cabo en situaciones de psicopatología, especialmente psicótica. Ejemplos de ello serían la ingesta de sustancias corrosivas o cortantes, ahogarse a sí mismo o prácticas auto caníbales.

Enmascaradas

Se trata de muertes que son provocados por la propia persona de una manera tal que pueden confundirse con muertes naturales o con homicidios. Suelen perseguir una intencionalidad concreta, como el cobro de seguros de vida por parte de allegados o inculpar a alguien de la propia muerte.

Según el nivel de regulación e integración social

Una de las clasificaciones realizadas tras varios estudios es la llevada a cabo por Durkheim, quien consideraba el suicidio un acto causado fundamentalmente por elementos sociales. En este sentido se encuentran cuatro posibles clasificaciones, relacionados con el nivel de integración del individuo en la sociedad o la regulación de esta sobre la vida de las personas.

Suicidio egoísta

Se entiende como tal al tipo de suicidio que se realiza cuando las vinculaciones sociales del individuo son débiles y el individuo no se siente integrado en la sociedad. No es capaz de sentirse satisfecho debido a la falta de realización como ser social. Se siente desbordado, incapaz y sólo.

Altruista

Se trata de la muerte auto infligida que se produce por un exceso de integración grupal, viendo la propia muerte como un sacrificio realizado en beneficio al grupo. Se valora más al grupo que al propio individuo.

Anómico

El suicidio anómico es el suicidio que llevan a cabo aquellas personas que tienen una regulación social insuficiente. La sociedad cambiante e inestable hace que no se tengan referentes, modificando los valores del individuo y pudiendo provocar una pérdida de la identidad.

Fatalista

Al contrario que el anterior, el suicidio fatalista es visto como aquel llevado a cabo por individuos sometidos a un control y regulación social excesivos, sintiéndose opresión e impotencia que pueden llevar a buscar la muerte como huida de tal situación.

Según la presencia de planificación previa

La autolisis puede clasificarse también según se haya planificado previamente o no.

Suicidio accidental

Se trata del tipo de suicidio que se produce por accidente. El sujeto no quería realmente morir, pero su actuación genera una situación que acaba con su vida.

Reflexivo, intencional o premeditado

El suicidio premeditado es aquel en el que la persona que lo lleva a cabo ha planificado de antemano tanto la manera como el momento y lugar de su muerte. En algunos casos en que el motivo es la vivencia de hechos traumáticos o en que el sujeto manifestaba una gran ansiedad puede observarse un repentino estado de calma y serenidad previamente al acto, resultado de haber tomado la decisión.

Suicidio impulsivo

El suicidio impulsivo es aquel que se lleva a cabo sin premeditación previa. El sujeto puede haber pensado en quitarse la vida anteriormente, pero no lleva a cabo esta acción hasta un momento en que se siente altamente activado y desesperado. Puede ocurrir en situaciones generadoras de alta ansiedad, durante un brote psicótico o durante un episodio maníaco.

Según el resultado

Intentar quitarse la vida puede terminar generando diferentes resultados, según si el intento tiene o no éxito.

Autoagresión no suicida

En este caso no estamos ante un verdadero intento de suicidio. El sujeto se autolesiona por diferentes motivos pero sin que dicha acción suponga un riesgo real para su vida o bien sin que la autolesión pretenda este hecho. En ocasiones puede llegar a provocar la muerte.

Intento/Tentativa de suicidio

Se considera intento o tentativa de suicidio todo acto realizado voluntariamente con la intención de conseguir la propia muerte sin que dicha acción tenga éxito en su objetivo.

Suicidio consumado

Llamamos suicidio consumado aquel en el que la persona ha actuado con el fin de darse muerte y ha logrado su objetivo.

Suicidio frustrado

Se trata del tipo de intento de suicidio que se ha llevado a cabo con el propósito de lograr la muerte, empleando para ello métodos que por norma general provocan el deceso del individuo. Sin embargo la intervención de elementos circunstanciales e imprevisibles, como la aparición de otras personas, la rápida actuación de los servicios médicos, una mala planificación o un uso inexacto de los medios escogidos para darse muerte han impedido que se acabe provocando el fallecimiento.

Según la implicación de otras personas

En ocasiones el suicidio involucra, sea de forma voluntaria o involuntaria, a más de una persona. En este sentido podemos encontrar los siguientes tipos de suicidio.

Suicidio colectivo o en masa

Se trata de un tipo de suicidio en el que más de una persona o un colectivo entero eligen y pactan propiciar su propia muerte de forma voluntaria. Los motivos para ello pueden ser varios, tales como la huida de un factor aterrador o bien el convencimiento de que tal acto les puede reportar algún tipo de beneficio. Este tipo de actos suelen ocurrir en contextos de situaciones de guerra o bien en sectas.

Ampliado

El suicidio ampliado se basa en la idea de que un individuo decide quitarse la vida pero, además de ello, considera necesaria o incluso compasiva la muerte

de otros generalmente vinculados a él. Estas otras personas no han manifestado la intención de querer morir.

El individuo da muerte primero a los demás, los cuales son generalmente familiares cercanos como hijos, pareja o familia, y posteriormente se quita la vida. Este tipo de situaciones suelen darse en entornos familiares en las que la persona que quiere suicidarse considera que quienes dejan atrás van a sufrir en gran medida o no podrán sobrevivir sin ella.

Suicidio asistido o eutanasia

La eutanasia o suicidio asistido supone la finalización de la vida de una persona mediante la participación de otra u otras, participación autorizada y demandada por el propio sujeto o bien por su entorno cercano en el caso de lesiones irreversibles que no permitan la toma de una decisión por parte del individuo.

Suicidio inducido

Se trata de un acto de autolesión con propósito de muerte que ha sido provocado o facilitado debido a la coacción o a la sugestión que otras personas han provocado en el individuo que se suicida. El sujeto puede ser amenazado u obligado a darse muerte, o bien se puede facilitar de forma activa que tenga ganas de morir.

Falso suicidio

En este caso no estamos ante un verdadero caso de suicidio. Se trata generalmente de un homicidio o asesinato que se ha realizado de tal manera que parezca que el sujeto en cuestión se haya quitado la vida por sí mismo. (Mimenza, 2013).

Autolesiones: Señales de alarma

Otro indicio de suma importancia que debe servir de alarma son los casos de autolesión en adolescentes. Algunos datos muestran que alrededor de 70% de los adolescentes que se autolesionan acaban cometiendo al menos un intento de suicidio.

Puede considerarse autolesión el acto de herirse sin la intención de morir, como hacerse cortes en el cuerpo, morderse, quemarse o incluso saltar desde sitios altos con el objetivo de provocarse fracturas.

Los testimonios de los adolescentes muestran que la autolesión alivia su sufrimiento psíquico, además de ser una manera de superar los pensamientos negativos o incluso de expresarlos.

Anamnesis

Para facilitar la investigación sobre el intento de suicidio en los adolescentes se recomienda plantear durante la anamnesis trece situaciones que deben analizarse con el adolescente y con los padres:

Intentos de suicidio previos.

Alteraciones del estado de ánimo, ansiedad y agitación.

Irritabilidad intensa sin justificación aparente.

Empezar a hablar de suicidio/muerte.

Cambios en los cuidados higiénicos habituales.

Abuso de alcohol y de otras drogas.

Situaciones de autolesión.

Aislamiento de familiares.

Aislamiento de amigos.

Tener actitudes violentas.

Comentarios con contenidos de desesperanza.

Buscar información sobre métodos de suicidio.

Conflictos en relación con la identidad sexual.

La adolescencia es un periodo de transición difícil tanto para los propios adolescentes como para los padres y los demás familiares, por eso debemos estar atentos a ideas preconcebidas erróneas, como las que indican que las alteraciones del estado de ánimo o la autolesión son situaciones normales en esta fase de la vida. (Mauer, 2007)

Factores de riesgo en el adulto

Los factores de riesgo suicida en el adulto están conformados por los que se arrastran desde la infancia y la adolescencia más aquellos inherentes a esta etapa de la vida.

Historia de tratamiento psiquiátrico, ya sea de forma ambulatoria u hospitalizada.

Poseer un trastorno disocial de la personalidad.

Abusar del alcohol u otras drogas.

Problemas económicos.

Intento de suicidio previo.

El desempleo, sobre todo en el primer año, puede ser un factor predisponente, así como el fracaso profesional.

Antecedentes criminales (lesiones, homicidio, robo, entre otros). (Zapata, Agosto 2007) .

VII. HIPÓTESIS

El estudio plantea los siguientes juegos de hipótesis estadísticas:

Hipótesis nula: Entre hombres y mujeres la reiteración de intento suicida es igual.

Hipótesis alterna: Entre hombres y mujeres la reiteración de intento suicida es diferente.

Hipótesis nula: La reiteración de intento suicida es igual entre quienes residen en el área urbana y los que residen en el área rural

Hipótesis alterna: La reiteración de intento suicida entre quienes residen en el área urbana y los que residen en el área rural es diferente.

Estadísticamente:

H0: Reiteración de intento suicida en hombres = Reiteración de intento suicida en mujeres.

H1: Reiteración de intento suicida en hombres \neq Reiteración de intento suicida en mujeres.

H0: Reiteración de intento suicida en residentes del área urbana = Reiteración de intento suicida en residentes del área rural.

H1: Reiteración de intento suicida en residentes del área urbana \neq Reiteración de intento suicida en residentes del área rural.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se ha realizado un estudio siguiendo un diseño analítico, correlacional.

Área de estudio

Los servicios de atención a pacientes del hospital 'Gaspar García Laviana' en la ciudad de Rivas.

Universo y muestra

El universo lo conforman el total de pacientes que acudieron al hospital 'Gaspar García Laviana' por intento suicida entre el 2013 y el 2018, según los registros de vigilancia epidemiológica. Un total de **267** pacientes.

Para el análisis del seguimiento psicoterapéutico, el tipo de método utilizado y las razones que motivaron el intento, el universo lo integran la totalidad de pacientes que fueron hospitalizados por intento suicida en el período de estudio, un total de **103** pacientes según la oficina de estadísticas.

Estrategia de muestreo

Tamaño muestral: Dada la magnitud del universo, el estudio ha incluido la totalidad de pacientes que acudieron al hospital 'Gaspar García Laviana' por intento suicida en el período de estudio, es decir al 100% del universo.

Marco de muestreo: El marco de muestreo para analizar las características sociodemográficas lo representa el archivo electrónico de la vigilancia epidemiológica de intoxicación por plaguicidas a cargo de la oficina de epidemiología del hospital 'Gaspar García Laviana'. Este registro contiene la información de todos los intentos de suicidio al no existir una forma exclusiva de registrar el '*Intento Suicidio con otros métodos o sustancias*' por ser la intoxicación por plaguicidas el principal método utilizado. En este registro se incluyen tanto los pacientes que son hospitalizados como aquellos que se les brinda atención ambulatoria. Un segundo marco de muestreo, para el análisis del seguimiento psicoterapéutico, el tipo de método utilizado y las razones que motivaron el intento lo constituye el archivo clínico del hospital, donde se

encuentran los expedientes clínicos de todos los pacientes que fueron hospitalizados.

Unidad de análisis: Paciente que reside en el departamento de Rivas y que entre el 2013 y el 2018 acudió al hospital 'Gaspar García Laviana' por intento suicida.

Unidad de observación: El archivo electrónico de registro de intoxicación por plaguicidas –a cargo de la oficina de epidemiología-, para la totalidad de casos, y el expediente clínico de los pacientes que por dicha causa fueron hospitalizados.

Criterios de inclusión y exclusión de la población a estudio

Se incluyen a este estudio:

- Paciente residente en el departamento de Rivas.
- Paciente que entre 2013 y el 2018 acudió a los servicios de atención del hospital 'Gaspar García Laviana' por intento suicida.

Se excluyen de este estudio:

- Paciente que reside fuera del departamento de Rivas.
- Paciente con fecha de ingreso anterior al 1 de enero del 2013.
- Paciente con fecha de egreso posterior al 31 de diciembre del 2018.
- Paciente que entre 2013 y el 2018 acudió a los servicios de atención del hospital 'Gaspar García Laviana' por intento suicida y falleció por dicha causa.

Fuentes de información:

El estudio utilizó información de fuente secundaria, siendo estas el archivo electrónico de registro de intoxicación por plaguicidas y el expediente clínico de cada paciente.

Técnicas de recolección de datos:

Para la realización de la investigación previamente se solicitó un permiso al director del Hospital Gaspar García Laviana, de cuya autorización se obtuvo para fines exclusivos del estudio, el archivo electrónico de registro de

intoxicación por plaguicidas (en MS Excel), además –en base a los objetivos- se aplicó instrumento de recolección de la información a los expedientes clínicos de los casos que requirieron hospitalización.

Instrumento de recolección de la información:

No se ameritó de instrumento para utilizar el archivo electrónico de registro de intoxicación por plaguicidas, pero sí para la obtención de la información del expediente clínico de los casos que fueron hospitalizados, el instrumento fue diseñado atendiendo los objetivos específicos y las variables del estudio, cuya aplicación estuvo a cargo de la investigadora principal del estudio.

Procesamiento de la información:

Toda la información, tanto la del archivo electrónico de registro de intoxicación por plaguicidas como la obtenida con el instrumento fue procesada en SPSS statistics versión 20 de IBM, herramienta con la que se obtuvieron las tablas de frecuencias simples y relativas, así como las de asociación y correlación con sus correspondientes estadísticos de prueba. Para la información obtenida con el instrumento se conformó una tabla datos en Microsoft Excel 2016 con los correspondientes controles de calidad para la digitación.

Control de sesgo:

Para reducir el sesgo de información, el instrumento, previo a su aplicación, fue validado en prueba de campo aplicada al 10% de los expedientes del estudio, realizándose los respectivos ajustes posterior a la prueba. Para el control de sesgo de digitación, esta actividad fue realizada por la investigadora principal y el apoyo de un asistente que tuvo acceso visual tanto al instrumento impreso como a la pantalla de captura. Al archivo electrónico de registro de intoxicación por plaguicidas le fueron aplicados filtros para asegurar la calidad de los datos.

Aspectos éticos:

Dado que el diseño no incluyó la interacción directa con los sujetos del estudio, no amerita la obtención de aval del comité de ética del Ministerio de Salud, sin embargo fueron realizadas las gestiones pertinentes para contar con la

autorización de las autoridades competentes del SILAIS de Rivas y del hospital 'Gaspar García Laviana', garantizando que el uso que se ha dado a los datos obtenidos de la investigación fueron con fines exclusivos para este estudio, teniendo en cuenta los principios de la ética médica.

Limitantes del estudio:

No se logró contar con la totalidad de los casos que fueron atendidos por intento de suicidio en el hospital a estudio.

IX. RESULTADOS

Características socio demográficas

Se estudiaron un total de 103 personas que entre el 2013 y el 2018 fueron hospitalizadas con el diagnóstico de 'Intento de suicidio', en las que la edad mínima fue de 13 y la máxima de 75 años, un promedio de 25.9 años, desviación estándar de 12.1; edad mediana de 23; con un rango intercuartílico entre 17 (p_{25}) y 32 años (p_{75}). El grupo de edad de mayor frecuencia fue el de quienes tenían entre 20 y 34 años con 42.7%, seguido del grupo de 15 a 19 años con 24.3%, el grupo de menor frecuencia fue el de quienes tenían 50 o más años con 3.9%. **(Cuadros 1 y 2).**

El 53.4% de las personas estudiadas eran del género masculino y el 46.6% de género femenino. **(Cuadro 1).**

De las personas incluidas en el estudio, el 12.6% no alcanzó ningún nivel de escolaridad, 57.3% alcanzó algún grado de primaria, 27.2% lograron algún año de secundaria y solamente el 2.9% llegó a la universidad. **(Cuadro 1).**

En la distribución de las personas según estado civil se observa que el 48.5% eran solteros, 40.8% estaban en unión estable y 10.7% eran casados. **(Cuadro 1).**

La mayoría de las personas residían en el área rural (60.2%), en el área urbana sólo residían el 39.8%. **(Cuadro 1).**

El 48.5% tenían hijos ($n=50$), en los que el mínimo fue de 1 y el máximo de 4, con un promedio de 3.4 hijo, con desviación estándar de 0.7, mediana de 4, recorrido intercuartílico entre 3 (p_{25}) y 4 (p_{75}). El 3.9% de las personas no tenían hijos, 5.8% tenían de 1 a 2 hijos, 42.7% tenían de 3 a 4 y en un 47.6% este dato no estuvo consignado en el expediente. **(Cuadros 1 y 2).**

Se observa que en todos los municipios del departamento hubo personas con intento de suicidio en el período del estudio, el municipio de Rivas es el de mayor frecuencia 20.3%, seguido de Tola con 15.5%, Altagracia y Belén ambos con 12.6%, Cárdenas (11.7%), San Juan del Sur (8.7%), Moyogalpa

(6.8%), Potosí (4.9%), San Jorge (3.9%) y Buenos Aires con 2.9%. **(Cuadro 1).**

El 29.1% de las personas eran agricultores, la ocupación más frecuente, seguida de estudiante con 27.2% y ama de casa con 20.4%. **(Cuadro 1).**

Según los años del estudio, de las 103 personas que fueron hospitalizadas por intento de suicidio las mayores frecuencias se observaron en los años 2016 (16.5%), 2017 (19.4%) y 2018 (21.4%). El 42.7% de los casos se observa en el período del 2013 al 2015. **(Cuadro 3).**

En el 20.4% de las personas se había consignado en el expediente el padecer de algún tipo de trastorno mental existente antes del intento de suicidio, en el 44.7% se consignó la no existencia de trastorno mental previo. En el 34.9% no estaba registrada esta información. **(Cuadro 3).**

Más de la mitad de los pacientes incluidos en este estudio habían tenido un intento de suicidio anterior (51.5%). **(Cuadro 3).**

El 52.4% de las personas emplearon un método clasificado como 'Extraño', principalmente a expensa de la ingesta de plaguicidas. El 38.8% empleó un método Blando, a expensa de ingesta de fármacos y sólo un 7.8% usó un método de tipo 'Duro', principalmente a expensa de herida por arma blanca. **(Cuadro 3).**

En el 42.7% de los casos se identificó en el expediente habersele dado seguimiento ambulatorio posterior al alta. (Cuadro 3).

Los motivos de tipo familiares fueron los más frecuentes con un 38.8% seguido de los de tipo conyugal (27.2%), Desconocido (21.4%) y Depresión (12.6%). **(Cuadro 3).**

Reiteración Suicida

El 51.5% de las personas habían tenido anteriormente –al menos- un intento de suicidio anterior. En los grupos de edad de 20 o más años el 50.0% o más de las personas que fueron hospitalizadas por intento de suicidio antes ya habían tenido un intento de suicidio anterior, destacando el grupo de 35 a 49 años con 64.7%, seguido de grupo de 20 a 34 años con 56.8%. En los

menores de 15 años el 23.1% tuvieron al menos un intento de suicidio previo **(Cuadro 4)**.

El 58.2% de los hombres habían tenido un intento de suicidio anterior, en tanto en las mujeres esta proporción fue de 43.8%. **(Cuadro 4)**.

Según escolaridad, todas las personas que alcanzaron el nivel universitario (n=3) habían tenido un intento de suicidio anterior, este evento ocurrió en el 60.7% de quienes alcanzaron la educación secundaria y el 49.2% de quienes solo estudiaron algún grado de primaria. **(Cuadro 4)**.

Las personas con estado civil 'Casado/a' son las que en mayor proporción habían tenido un intento de suicidio anterior con un 54.5%, seguido de quienes están en unión estable (52.4%) y en soltería (50.0%). **(Cuadro 4)**.

Entre las personas que tienen hijos es mayor la proporción de quienes han tenido un intento de suicidio anterior (54.0%). En quienes no tienen hijos esta proporción es sólo de 25% (n=4). Según la cantidad de hijos, en los que tienen de 3 a 4 hijos el 54.5% habían tenido un intento de suicidio anterior, en tanto que es de 50.0% entre quienes tienen entre 1 a 2 hijos. **(Cuadro 4)**.

Según área de residencia, el 53.7% de las personas que residen en el área urbana habían tenido un intento de suicidio anterior, evento que se dio en el 50.0% de las que residen en el área rural. **(Cuadro 4)**.

En todos los municipios hubo al menos una persona que antes ya había tenido un intento de suicidio, esta proporción es más alta en San Juan del Sur con 75.0% (n=4), Cárdenas (66.7%), Rivas (57.1%), San Jorge (55.6%) y Altagracia (53.8%). En los municipios de Belén (30.8%) y Buenos Aires (33.3%) esta proporción fue más baja. **(Cuadro 4)**.

La ocupación más frecuente de las personas incluidas en el estudio fue Agricultor (n=30), entre ellos el 53.3% había tenido un intento de suicidio anterior, esta proporción fue de 39.3% entre los Estudiantes (n=28) y de 47.6% en las Ama de casa (n=21). **(Cuadro 4)**.

Según los años que incluyó el estudio, el porcentaje de quienes tenían un intento de suicidio anterior osciló entre 69.3% en el 2013 y 43.8% en el 2015.

En el período 2013-2015 el 52.3% de las personas había tenido un intento de suicidio anterior, en tanto que esto ocurrió en el 49.1% en el período 2016 – 2018. **(Cuadro 4).**

El 61.9% de las personas que en el expediente tenían consignado padecer de algún trastorno mental habían tenido un intento de suicidio anterior, en tanto entre quienes había consignado la no presencia de un trastorno mental esta proporción fue de 41.3% **(Cuadro 4).**

Entre quienes se brindó seguimiento ambulatorio el 50.0% tenían intento de suicidio anterior, esta proporción fue de 52.5% entre quienes no se les brindó seguimiento ambulatorio **(Cuadro 4).**

El 53.7% de quienes emplearon un método Extraño habían tenido intento de suicidio anterior, aunque esta proporción es más alta en quienes usaron un método Duro (75.0%) sólo 8 personas emplearon este método. **(Cuadro 4).**

El 84.6% de quienes tuvieron como motivo principal estado Depresivo había tenido intento de suicidio anterior, esto ocurrió en el 47.5% de quienes tuvieron motivo de tipo Familiar y 42.9% de tipo Conyugal. **(Cuadro 4).**

Método utilizado

De los tres tipos de métodos utilizados en los intentos de suicidio, el de tipo 'Extraño' –que incluye la ingesta de plaguicidas– fue el que con mayor frecuencia fue el más utilizado. Según los grupos de edad, en que salvo en los grupos extremos (menores de 15 con 7.7% y los de 50 o más años con 25.0%), en los demás grupos más de la mitad de las personas utilizó un método Extraño: 64.0% en los de 15 a 19 años; 59.1% en los de 20 a 34 y 58.8% en los de 35 a 49 años ($p < 0.05$). **(Cuadro 5).**

En cuanto a género, los hombres en mayor proporción utilizan un método Extraño (65.5%) en tanto que las mujeres en mayor proporción usan un método Blando (56.3%). **(Cuadro 5).**

Según la escolaridad, la mayor proporción de las personas que no alcanzan ningún nivel de escolaridad utilizan un método Extraño (65.5%), similar a los que alcanzan algún grado de primaria (59.3%). Los métodos Blandos son

utilizados por la mitad de las personas con educación Secundaria y por la totalidad de las personas que alcanzaron el nivel universitario (n=3). **(Cuadro 5).**

La mitad de las personas solteras utilizan un método Extraño, el cual es utilizado por el 57.1% de las que están en 'Unión estable' y el 45.5% de los Casados/as. **(Cuadro 5).**

Según el área de residencia en el método Blando fue más frecuentemente usado por residentes del área urbana (56.1%), en tanto que en el área rural el método Extraño fue el más utilizado (64.5%). **(Cuadro 5).**

Tanto en personas con hijos (58.0%) como en las que no los tienen (50.0%) el método más utilizado es el de tipo Extraño. Según la cantidad de hijos, el método Blando es utilizado por el 50.0% de quienes tienen de 1 a 2 hijos (n=6), el método duro es utilizado por el 50.0% de quienes no tienen ningún hijo (n=4); el método Extraño es usado por el 59.1% de quienes tienen de 3 a 4 hijos y el otro 50.0% de quienes tienen de 1 a 2 hijos. **(Cuadro 5).**

El método de tipo Blando fue más frecuentemente utilizado en San Juan del Sur (75.0%), Buenos Aires (66.7%), Rivas (61.9%) y Tola (53.8%). Un método de tipo Extraño fue utilizado por todas las personas de Altagracia, por el 71.4% de Moyogalpa, el 58.3% de las de Cárdenas, el 56.3% de Tola y el 55.6% de San Jorge ($p < 0.05$). **(Cuadro 5).**

Según ocupación, quienes están Desempleados (66.7%), las Ama de casa y Estudiantes (57.1% cada uno) usaron en mayor frecuencia un método Blando. Los Agricultores (86.7%) y Obreros (80.0%) usan en mayor frecuencia un método Extraño ($p < 0.05$). **(Cuadro 5).**

El método Extraño es notablemente más frecuentemente utilizado en el año 2015 (81.3%), en el año 2016 la proporción de quienes usaron este método fue de 52.9%. En el año 2018 la mitad de las personas usaron un método Blando y la otra mitad un método Extraño. Tanto en el período 2013 – 2015 (56.8%) como en el 2016 – 2018 (49.2%) el uso del método Extraño fue más frecuente. **(Cuadro 5).**

Las personas que en el expediente tenían consignado padecer de algún trastorno mental utilizaron con mayor frecuencia un método Blando (69.1%), en tanto que las que no padecían trastorno mental usaron con mayor frecuencia un método Extraño (60.9%). **(Cuadro 5).**

Las personas con antecedente de intento de suicidio anterior usaron en mayor proporción un método Blando, en cambio quienes no tenían ese antecedente usaron más un método Extraño (61.0%). **(Cuadro 5).**

Quienes tenían como motivo principal del intento de suicidio asuntos de carácter Conyugal utilizaron en mayor proporción un método de tipo Extraño, en tanto que las personas con motivo Depresivo (53.8%) y Familiar (47.5%) usaron en mayor proporción un método Blando. **(Cuadro 5).**

Motivo principal

El motivo principal del intento de suicidio más frecuente fue por asuntos de índole Familiar con un 38.8%, el que predominó en la mayoría de las categorías de las características de las personas del estudio. Según edad, sólo entre quienes tienen de 20 a 34 años (31.8%) y 35 a 49 (41.2%) predomina el motivo de índole Conyugal, en los demás grupos es el motivo Familiar el más frecuente, 76.9% en menores de 15 años, 40.0% en los de 15 a 19 y 50.0% en las personas de 50 o más años. **(Cuadro 6).**

Tanto en hombres (32.7%) como en mujeres (45.8%) el motivo más frecuente es el Familiar, le sigue en importancia el Conyugal con 25.5% y 29.2% respectivamente. **(Cuadro 6).**

Según la escolaridad, salvo en las que alcanzaron algún grado de Primaria en las que el motivo con mayor proporción fue el Conyugal (32.2%), en los demás grupo predomina el motivo Familiar en un 53.8% quienes no alcanzan ningún nivel de escolaridad, 46.4% en las de nivel Secundaria y 66.7% en personas de nivel Universitario. **(Cuadro 6).**

En cuanto al estado civil, sólo entre Soltero/a se observa claro predominio del motivo Familiar (48.0%), el motivo Conyugal es el de mayor proporción entre las personas en Unión estable (33.3%) y en los Casados/as (36.4%) ($p < 0.05$). **(Cuadro 6).**

Según el área de residencia, tanto entre quienes residen en el área urbana (43.9%) como los que residen en el área rural (35.5%) el motivo más frecuente fue el Familiar. El motivo de índole conyugal fue el segundo en importancia con 24.4% y 29.0% respectivamente. **(Cuadro 6).**

Entre las personas que tienen hijos el motivo Conyugal fue el más frecuente con 36.0%, entre las que no tienen hijo el motivo Familiar fue el más frecuente con 75.0% (n=4). Según la cantidad de hijos entre quienes tienen de 3 a 4 hijos el motivo Conyugal es del 36.4% ($p < 0.05$). **(Cuadro 6).**

En los municipios de Buenos Aires (66.7%) y Moyogalpa (57.1%) el motivo Conyugal es el más frecuente. En tanto que el motivo Familiar es más frecuente en San Juan del Sur (75.0%), Potosí (60.0%) Rivas (52.4%), Tola (37.5%), Cárdenas (33.3%) y Belén (30.8%). **(Cuadro 6).**

Según ocupación, entre Agricultores con 33.3% y Comerciantes con 50.0% (n=4) el motivo más frecuente fue Conyugal. El motivo Familiar fue más frecuente entre Estudiantes (57.1%) y quienes no tenían Ninguna ocupación (66.7%). **(Cuadro 6).**

Según los años que incluyó el estudio, predomina con claridad el motivo Familiar en el 2015 (50.0%), 2014 (46.7%), 2013 (46.2%) y 2017 (40.0%). En el 2018 predomina el motivo Conyugal con 40.9%. **(Cuadro 6).**

En las personas que en el expediente tenían consignado padecer de algún trastorno mental el motivo Depresivo fue el más frecuente con 38.1% seguido del motivo Familiar con 33.3%. Entre los que no padecían trastorno mental el motivo Conyugal fue del 37.0% seguido del motivo Familiar con 30.4% ($p < 0.05$). **(Cuadro 6).**

Tanto entre quienes tenían antecedente de intento de suicidio anterior (35.8%) como entre quienes no tenían ese antecedente (42.0%) el motivo más frecuente fue el Familiar. **(Cuadro 6).**

El motivo Familiar predominó en las personas que utilizaron cualquiera de los métodos, 46.3% entre quienes utilizaron método Blando, 37.5% en los que

utilizaron método Duro y 33.3% en los que utilizaron método Extraño. **(Cuadro 6).**

Prueba de hipótesis

El estadístico t de student fue utilizado en las pruebas de hipótesis para valorar la igualdad de dos proporciones, encontrándose que con los datos del estudio no se encuentra evidencia que indique que:

- 1) La reiteración suicida es diferente en hombres y mujeres.
- 2) La reiteración suicida es diferente entre personas del área urbana y del área rural.

Vigilancia Epidemiológica

Se registró un total de 267 pacientes entre el 2013 y el 2018 fueron atendidos con el diagnóstico de 'Intento de suicidio' en el hospital Gaspar García Laviana". El grupo de **edad** con mayor frecuencia fue el de 20 a 34 años con un 51.3%, seguido del grupo de 15 a 19 años con 22.8% y en menor frecuencia la edad comprendida de 50 años o más.

El 53.4% del total atendidos eran varones y el 46.6% eran mujeres.

Los **municipios** con mayor frecuencia fueron Rivas con 32.8% en segundo lugar Tola 18.0%, seguido por Altagracia con 12.7%.

Más de la mitad residían en el área rural con 52.8%, el 47.2% eran del área urbana.

X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el tema de la salud mental, son pocos los estudios enfocados de manera pura en el intento de suicidio, la mayoría que abordan este aspecto incluyen los casos de suicidio consumado. Según la OPS|OMS '*...un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio...*' considerando que por cada suicidio consumado, hay más de 20 intentos de suicidio. (OPS|OMS, 2014).

El presente estudio del intento de suicidio en personas atendidas en el hospital 'Gaspar García Laviana' de la ciudad de Rivas, como punto de partida ha utilizado como fuente de datos el listado de eventos sujetos a notificación diaria en la vigilancia epidemiológica que incluye dentro de su rutina la intoxicación por plaguicidas, al ser el uso de estas sustancias el principal método utilizado y al no existir una fuente rutinaria de registro de casos de conducta, intento y suicidio consumado.

La vigilancia de intoxicación por plaguicidas ha servido para tener la noción más completa de la magnitud de los intentos de suicidio (clasificación CIE10: X60-X84) ya que del registro de egresos hospitalarios sólo se puede tener información de los casos que habiendo llegado con vida al hospital, lograron ser hospitalizados y con ello habérseles hecho un expediente clínico donde obtener información más extensa. En el registro de los egresos es el grupo de códigos X de la CIE-10 al que corresponden los diagnósticos de egresos concernientes a intento de suicidio, es decir la clave para poder tener el listado de todos los que al egresar, para el caso, tuvieron diagnóstico de egreso de 'intento de suicidio'. No a todos quienes permanecen ingresados por esta causa se les asigna un código entre X60 y X84 al egresar, ya que suele ocurrir que en forma explícita no se incluye en el texto del diagnóstico de egreso '*por intento de suicidio*', con lo que el codificador estadístico no registra el diagnóstico con algún código de este grupo.

De tal manera que una limitación del estudio es el no haber podido contar con la totalidad de casos de intentos de suicidio que en el período 2013 – 2018, egresaron del hospital 'Gaspar García Laviana' por las razones mencionadas,

que escapan al control de la investigadora. Lo anterior no quita el mérito de haber podido estudiar un evento de tanta trascendencia e importancia sanitaria aun no habiendo disponible una fuente de datos con la mejor completitud.

Se ha encontrado que la distribución de las personas con intento de suicidio según edad es similar a lo que, tanto la OPS|OMS reporta en diferentes informe, como en lo encontrado en los estudios en Argentina (Burgos, 2017), el hospital Alemán Nicaragüense (Vásquez, 2014) y en el hospital 'Roberto Calderón' de Managua (Martínez, 2006). La mayor frecuencia del intento de suicidio está en personas con edad está en quienes tienen entre 15 y 29 años. La edad media de 25.6 años difiere de la del estudio de Burgos (28 años), lo cual puede deberse tanto a la diferencia en la esperanza de vida (76.8 vs 75.8 años en el quinquenio 2015 – 2020), como al patrón de distribución de la población por edad, en que los menores de 35 años representan el 56.0% en Argentina, en Nicaragua son el 67.4% en ese mismo quinquenio (CELADE, 2019). Con los datos disponibles no se logra tener evidencia de rechazar las hipótesis de que la proporción de hombres con intento de suicidio anterior es diferente es diferente a la proporción de mujeres con intento de suicidio anterior, a pesar de que hay 1.8 hombre por cada una mujer que ha tenido intento de suicidio anterior esto no tiene validez estadística ($p > 0.05$) para poder inferirlo a toda la población de personas con intento de suicidio.

La proporción según sexo de los intentos de suicidio encontrada (53.4% varones) difiere en más de cuatro puntos porcentuales de lo encontrado en el estudio de Burgos (49%), pero coincide con la proporción encontrada en el estudio de Martínez (53%). La OPS|OMS en el informe 'Prevención del suicidio' ha encontrado que la proporción de hombres que cometen suicidio es diferente en países según el nivel de ingreso, con una relación hombre mujer de 3 a 1 en países ricos y de 1.5 a 1 en países con ingreso medio o bajo. El adecuado registro, tanto en cuanto a la calidad de la información como a la completitud por lo complicado que es involucrar a autoridades de diferentes dependencias, hace que la sub notificación afecte también la calidad de la información. (OPS|OMS, 2014).

La mayoría de las personas residían en el área rural (60.2%), este hallazgo no es consistente con lo publicado del 2015 por la OPS a nivel nacional en que sólo 2 de cada 10 personas que fallecieron por suicidio residían en el área rural (OPS, 2015), sin embargo el estudio de Vásquez (2014) encuentra que el 76% de los suicidios se da en residentes del área urbana, aunque este estudio se realizó con información de municipios cabeceras de cuatro departamentos del país, en los que la población es predominantemente urbana. Con los datos disponibles no se logra tener evidencia de rechazar las hipótesis de que la proporción de personas del área urbana con intento de suicidio anterior es diferente a la proporción de personas del área rural con intento de suicidio anterior, a pesar de que hay 1.2 residentes del área urbana por cada un residente del área rural que ha tenido intento de suicidio anterior esto no tiene validez estadística ($p>0.05$) para poder inferirlo a toda la población de personas con intento de suicidio.

Las categorías de ocupación utilizadas en el estudio han sido tomadas del listado de ocupaciones elaborado por el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), al no ser posible conocer si otros estudios en el país siguen esta recomendación explicaría las diferencias entre uno y otro, así la ocupación más frecuente han sido Agricultor (29.1%), Ama de casa (20.4%) y Estudiante (12.6%). La distribución de frecuencias encontrada por Vásquez (2014) guarda coherencia con que los casos son mayoritariamente del área urbana, así, encuentra que las ocupaciones más frecuentes son Obreros (21.9%), Agricultores (12.1%), Amas de casa (11.3%) y Estudiantes (8.1%).

El antecedente de padecer algún trastorno mental es una de las características con mayor grado de predicción para un intento de suicidio documentado en la literatura. A pesar de que es mencionado en los estudios que se han realizado en el país, el abordaje ha sido discreto. Cooper y colaboradores (2005) han encontrado que en personas con antecedente de autolesión deliberada (como proxy al intento de suicidio) la probabilidad de consumir el suicidio es de 76% mayor en quienes anteriormente han recibido tratamiento psiquiátrico (trastorno mental). Se ha encontrado en este estudio que el 13.1% de las personas que tuvieron intento de suicidio tenían

consignado en su expediente padecer algún trastorno mental, lo cual orienta que debe hacerseles un abordaje cercano.

El principal factor de riesgo de suicidio es un intento previo de suicidio (OMS, 2018), es la principal variable predictiva del determinante individual para sufrir muerte por suicidio, quienes han tenido un intento de suicidio corren un riesgo mucho mayor de morir por suicidio que quienes no lo han tenido, además, se estima que por cada suicidio pueden ocurrir hasta 20 intentos suicidas (OMS, 2014), habiendo por cada suicidio consumado de ocho a 10 intentos de suicidio y por cada intento ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo (Miranda, 2009). En pacientes del Hospital 'Roberto Calderón' de Managua, 20 de cada 100 pacientes hospitalizados por intento de suicidio tenían antecedente de intento de suicidio previo (Martínez Jáenz, 2006). En el hospital Alemán Nicaragüense, tres de los 12 pacientes pediátricos hospitalizados por intento de suicidio (edad entre 6 y 15 años) tenían antecedente de intento de suicidio previo y en cuatro de ellos, algún familiar había tenido al menos un intento de suicidio (Valle, 2016). En Jinotega el antecedente de tener un familiar con intento de suicidio aumenta 3 veces el riesgo de tener intento de suicidio (Meléndez, 2006). En Guadalajara tres de cada diez adultos jóvenes atendidos por intento de suicidio reportaron haber tenido al menos un intento de suicidio previo. (Morfín-López, 2016).

XI. CONCLUSIONES

Del estudio Análisis de intento de suicidio en pacientes atendidos en el hospital Gaspar García Laviana en el año 2013 al 2018 se concluye lo siguiente:

1. Se identificó que el grupo de edad con más frecuencia de intento de suicidio son los adultos jóvenes de sexo masculino, con escolaridad alcanzada primaria, soltero/a, residente del área rural. La mitad del grupo que se estudió tienen hijos con mayor proporción de 3 a 4, el municipio con mayor número de personas fue en Rivas de ocupación agricultor. El año con menor frecuencia fue el 2013 y el que tuvo mayor número de atenciones por intento de suicidio fue el 2018, no se logró analizar la religión de los pacientes estudiado debido a que este dato no se reportó en la unidad de análisis. En el seguimiento ambulatorio más de la mitad de los pacientes atendidos no recibieron seguimiento psicoterapéutico una vez egresados de la unidad hospitalaria.
2. Más de la mitad de las personas presentaron 2 o más intento de suicidio en su mayoría realizados con un tipo de método extraño y por problemas familiares. En mayor proporción en las personas menores de 15 años y en menor frecuencia las personas del grupo de edad de 35 a 49 años.
3. En los tipos de métodos, predominó que la mayoría de personas menores de 15 años optaron un método blando y los de 15 a 19 años intentan suicidio con un método extraño.
4. El motivo principal fue de índole conyugal en las personas de 35 a 49 años, depresivo en el grupo de edad de 50 a más, el familiar en las personas de 20 a 34 años y por motivos desconocidos en los menores de 15 años de edad. Del año 2013 al 2015 la mayoría de los intentos de suicidio en el periodo fueron por motivo desconocidos así mismo en el periodo de tiempo del 2016 al 2018. En cuanto a los municipios el motivo conyugal fue de mayor frecuencia en Buenos Aires, depresivo en Belén, familiar en Cárdenas y por motivo desconocido en San Jorge estos en su mayoría de residencia rural.
5. Con los datos disponibles no se logra tener evidencia de rechazar las hipótesis de que la proporción de hombres y mujeres con intento de

suicidio anterior es diferente y en forma análoga entre residentes del área urbana y del área rural, ya que a pesar de que hay 1.8 hombre por cada una mujer que ha tenido intento de suicidio anterior esto no tiene validez estadística ($p>0.05$). En forma similar, a pesar de que por cada 1.2 residente del área urbana hay una del área rural que ha tenido intento suicida previo, esto no es estadísticamente significativo ($p>0.05$). Se recomienda reforzar elementos estructurales y de proceso, con enfoque de los determinantes sociales de la salud para la prevención del suicidio.

XII. RECOMENDACIONES

A funcionarios del nivel central del Ministerio de Salud:

1. Diseñar un Plan Estratégico Multisectorial de la prevención del suicidio en Nicaragua y la elaboración de planes operativos anuales inter-institucionales, de aplicación en los sectores del MOSAFC.
2. Elaborar Normas, Guías o Protocolo para el abordaje comunitario, familiar e individual de personas con intento de suicidio, incluyendo la conformación de redes de apoyo e intervención en crisis, aprovechando las tecnologías de información y comunicación, así como las redes sociales.
3. Capacitar al personal de salud que brinda atención ambulatoria, tanto en hospitales como en atención primaria para elevar la sensibilidad en la detección oportuna de personas con ideación o conducta suicida. Incluyendo el monitoreo de la referencia y contra referencia.
4. Limitar el acceso a medio para suicidarse en este caso los plaguicidas.

A los encargados de la atención hospitalaria:

1. Realizar controles de calidad a la base de vigilancia epidemiológica en donde se registran los datos de pacientes con intoxicaciones por plaguicidas por ende los intentos de suicidio por este tipo de método.
2. Construir una base de datos propia de pacientes atendidos por intento de suicidio que utilizan otros tipos de métodos y sustancias.
3. Evaluaciones periódicas de los expedientes clínicos para garantizar un abordaje psicoterapéutico adecuado.
4. Garantizar el seguimiento psicoterapéutico por psiquiatría y/o psicología en los pacientes que egresan de la unidad con diagnóstico de intento de suicidio principalmente a las personas con más de una tentativa de suicidio.
5. Dar seguimiento y referir a nivel de atención primaria a los egresados en donde se cuente con psicología para un manejo multidisciplinario.

También así garantizando su seguimiento a personas que abandonan consulta externa del hospital.

6. Garantizar seguimiento a personas con trastornos mentales.

SILAIS:

1. Restringir el consumo inadecuado de fármacos controlados mediante el monitoreo de los establecimientos autorizados para la venta de los mismos.
2. Capacitar al personal de salud de atención primaria para que detecten de manera oportuna personas con idea de intentos de suicidio y sean referidos al segundo nivel de atención.
3. Crear un equipo de salud mental que fortalezca el abordaje de casos con intento de suicidio.
4. Promover la salud mental a través de los diferentes medios de comunicación ya que existen muchos tabú sobre el intento de suicidio.
5. Incorporar en los planes de los ESAFC acciones para promover la salud mental.
6. Incluir en el listado de problemas dispensarizados, las familias que hayan tenido algún miembro que haya fallecido por suicidio o haya tenido intento de suicidio.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Melendez, A (2006). *Factores asociados en pacientes de 10_50 años ingresados con intento suicida al Hospital Victoria Motta del area urbana del Municipio de Jinotega en el periodo enero 2003 a Diciembre 2005.* Jinotega: UNAN.
2. López, D. (2005). *Vigilancia de conducta suicida observacional en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.* Leon: UNAN.
3. Digital. (4 de Abril de 2018). *MINSA fortalecera programas dirigidos a la promocion de la vida.* Obtenido de <http://www.el19digital.com>
4. Esteban, P. (2013). *El suicidio y la importancia de su prevencion.* Leioa.
5. Fletes, H. (2014). *Perfil epidemiologico del Suicidio.* Managua: Unan Managua.
6. Burgos, G. (2017). *Funcionamiento familiar e intentos suicidas en un hospital publico de Argentina.* Acta de investigaciones psicologicas.
7. Izquierdo, F. M. (2014). *Suicidio y prevención.*
8. Berroteran, J. (2012, 2015). *Plaguicidas.* Managua, Nicargaua.
9. Morales, A. (8 de Junio de 2014). *El suicidio epidemia Silenciosa, adios a la vida.* La Prensa.
10. Mauer, D (2007). *Señales de Alerte de suicidio en adolescente.*
11. Mimenza, O. (2013). *Los 26 tipos de suicidio , segun diferentes criterios.* Barcelona: psicologiaymente.
12. OMS. (2014). *Prevención del Suicidio un imperativo social.* Washintong DC: Edicion en ingles OMS.
13. OMS. (Septiembre de 2016). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

14. OMS. (24 de Agosto de 2018). *Suicidio*. Obtenido de Suicidio-World Health Organization: WWW.Who.int
15. OMS/OPS. (25 de Mayo de 2015). *El Suicidio segun vigilancia epidemiologica*. Obtenido de Estado de situacion en Nicaragua: <http://www.paho.org>nic>
16. *Psicologia Online*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/>
17. OPS. (7 de Septiembre de 2017). *Dia mundial para la Prevención de suicidio 2017; Tomate un minuto para cambiar una vida*. Obtenido de WWW.paho.org
18. OPS, OMS. (mayo de 2015). Boletin Informativo. *El Suicidio bajo vigilancia epidemiologica*. Nicaragua.
19. OPS-OMS. (2014). https://www.google.com.ni/?gws_rd=cr,ssl&ei=eWRIWJnOD8KXmQGb0rTgDQ#q=investigaciones+sobre+intentos+suicidas+ops. (O. d. (CHA/HA), Ed.) Recuperado el 4 de ENERO de 2017, de https://www.google.com.ni/?gws_rd=cr,ssl&ei=eWRIWJnOD8KXmQGb0rTgDQ#q=investigaciones+sobre+intentos+suicidas+ops: https://www.google.com.ni/?gws_rd=cr,ssl&ei=eWRIWJnOD8KXmQGb0rTgDQ#q=investigaciones+sobre+intentos+suicidas+ops
20. Reyes, G. G. (2015). *Epidemiologia del Intento Suicida*. SCIELO, 18.
21. Valle, W. (2016). *Abordaje de intento suicida en pacientes atendidos en el Hospital Aleman Nicaraguense*. Managua: UNAN Managua.
22. Ministerio de Salud (Agosto 2013) Manual de promoción y prevención de las conducta de riesgo en adolescente para fortalecer familias.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO
UNAN-MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
HOSPITAL GASPAR GARCIA LAVIANA**

La siguiente ficha de recolección de datos es para Analizar el intento de suicidio atendido en el Hospital Gaspar García Laviana del departamento de Rivas entre el año 2013 al 2018. Los datos en este documento solo serán manejados por los investigadores y vistos por el tutor de la monografía.

Autorización de la Dirección: Previa Autorización de la dirección del Hospital Gaspar García Laviana del SILAIS Rivas se procede a recolectar la información de los expedientes de los pacientes en estudio:

INSTRUCCIONES.

Conteste primero el encabezado del Instrumento que hace referencia a los datos generales.

La ficha se desarrolla en 5 apartados, revise el expediente clínico y Seleccione los datos según corresponda con una **X** en la casilla correspondiente a la variable evaluada.

REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
SILAIS RIVAS
HOSPITAL GASPAS GARCIA LAVIANA
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I.- DATOS GENERALES

SILAIS: Rivas Municipio: _____ U/S: Hospital Gaspar García Laviana

Servicio: _____ Muestra: _____ Fecha: _____

Número del expediente: Número de ficha:

II. OBJETIVO ESPECÍFICO NO. 1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes a estudio.

N°	VARIABLES	VALOR	X
1	Edad	0. Menor de 15 años	0
		1. 15 - 19 años	1
		2. 30 - 34 años	2
		3. 35 - 49 años	3
		4. Mayor de 50 años	4
2	Sexo	0. Masculino	1
		1. Femenino	2
3	Escolaridad	0. Ninguno	0
		1. Primaria	1
		2. Secundaria	2
		3. Universitario	3

N°	VARIABLES	VALOR	X
4	Estado civil	0.Sotero/a	0
		1.Unión estable	1
		2.Casado/a	2
		3.Divorciado	3
		4.Viudo	4
5	Residencia	0.Rural	0
		1.Urbana	1
6	Religión	0.Católico	0
		1.Evangélico	1
		2.Ninguno	2
		3.Otros	3
7	Número de hijos	0.Ninguno	0
		1.1 a 2	1
		2.3 a 4	2
		3.No registrado	3
8	Ocupación	0.Estudiante	0
		1.Ama de Casa	1
		2.Agricultor	2
		3.Desempleado	3
9	Municipio	0.Rivas	1
		1.San Jorge	2
		2.Tola	3
		3.Belén	3
		4.Potosí	4
		5.Cárdenas	5
		6. Buenos Aires	6
		7.San Juan del Sur	7
		8.Altagracia	8
		9.Moyogalpa	9

III. OBJETIVO ESPECÍFICO NO. 2. Establecer la relación entre variables de tiempo, espacio y persona con la reiteración del intento suicida.

N°	VARIABLES	VALOR	X
1	Tentativas	0.SI	0
	Anteriores	1.NO	1
2	Seguimiento	0.SI	0
	ambulatorio	1.NO	1

IV. OBJETIVO ESPECÍFICO NO. 3. Establecer la relación entre variables de tiempo, espacio y persona con el método utilizado en los intentos suicidas en la población a estudio.

N°	VARIABLES	VALOR	X
1	Método blando	0.Ingesta de fármacos	0
		1.Ingesta de barbitúricos	1
2	Método duro	0.Uso de armas de fuego	0
		1.Uso de armas corto punzantes	1
		2.Ahorcamiento	2
		3.Arrojarse al vacío	3
2	Método extraño	0.Ingesta de plaguicidas	0
		1.Ingesta de hidrocarburos	1

V. OBJETIVO ESPECÍFICO NO. 4. Establecer la relación entre variables de tiempo, espacio y persona con el motivo que determina el intento suicida en la población a estudio.

N°	VARIABLES	VALOR	X
1	Conyugales	0.SI	0
		1.NO	1
2	Familiares	0.SI	0
		1.NO	1
3	Económicos	0.SI	0
		1.NO	1
4	Depresión	0.SI	0
		1.NO	1
5	Aislamiento	0.SI	0
		1.NO	1
6	Abuso Sexual	0.SI	0
		1.NO	1
7	Problema de identidad Sexual	0.SI	0
		1.NO	1
8	Deseo de llamar la atención	0.SI	0
		1.NO	1

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo 1 Identificar las características sociodemográficas de los pacientes a estudio.

Variable	Definición	Escala	Valor
Edad	Número de años que ha vivido el paciente desde su nacimiento, hasta la fecha del intento de suicidio.	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 15 años • 15 -19 años • 20-34 años • 35-49 años • Mayor de 50 años
Sexo	Características individuales de una especie dividiéndolos en masculino y femenino	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Escolaridad	Nivel académico aprobado hasta el momento del intento de suicidio	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria • Secundaria • Universitario
Estado Civil	Relación conyugal existente entre 2 personas	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Unión estable • Casado • Divorciado • Viudo
Residencia	Domicilios de los pacientes en estudios	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
Número de hijos	Cantidad de hijos biológicos o adoptivos que tiene el paciente al momento del intento de suicidio	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1 a 2 • 3 a 4 • No registrado
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Evangélico • Católico • Ninguno • Otros

Variable	Definición	Escala	Valor
	relación con la divinidad (un dios o varios dioses)		
Ocupación	Actividad laboral a la cual se dedica un individuo para sustentar su economía.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Ama de Casa • Agricultor • Desempleado
Municipio	Territorio claramente definido en la cual habita el paciente a estudio	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Rivas • San Jorge • Tola • Belén • Potosí • Cárdenas • Buenos Aires • San Juan del Sur • Altagracia • Moyogalpa

Objetivo 2. Establecer la relación entre variables de tiempo, espacio y persona con la reiteración del intento suicida.

Variable	Definición	Escala	Valor
Tentativas Anteriores	Conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia de la persona intentaba morir tentativa suicida	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Seguimiento Psicoterapéutico	Tratamiento ambulatorio por consulta externa	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Objetivo 3. Establecer la relación entre variables de tiempo, espacio y persona con el método que determina el intento suicida en la población a estudio.

Variable	Definición	Escala	Valor
Método blando	Se trata de formas de suicidio que en principio no causan traumas evidentes y que tienden a causar adormecimiento y poco dolor. Una de las principales formas de suicidio con métodos blandos es la ingestión de cantidades masivas de fármacos, como los barbitúricos.	Nominal	Ingesta de fármacos Ingesta de barbitúricos
Método duro	Dentro de esta clasificación se incorporan métodos que implican una mayor brutalidad	Nominal	Uso de Armas de Fuego Uso de Armas de cortopunzantes Ahorcamiento Arrojarse al vacío
Método extraño	Este tipo de método suelen provocar un elevado nivel de sufrimiento antes de producir la muerte, revistiendo cierta crueldad hacia uno mismo. A este se le atribuye ingesta de sustancias corrosivas o cortantes	Nominal	Ingesta de plaguicidas. Ingesta de hidrocarburos

Objetivo 4. Establecer la relación entre variables de tiempo, espacio y persona con el motivo que determina el intento suicida en la población a estudio.

Variable	Definición	Escala	Valor
Conyugales	Conflicto de pareja	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Familiares	Cualquier tipo de problemática surgida entre los diferentes miembros de una familia.	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Económicos	Problemas económicos se refiere a la administración de recursos escasos para satisfacer necesidades infinitas.	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Aislamiento	Separación de una cosa, persona o población para colocarla de forma incomunicada y apartada.	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Abuso Sexual	Define la violencia sexual como "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona.	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Variable	Definición	Escala	Valor
Problema de identidad Sexual	La orientación sexual es la organización específica del erotismo y el vínculo emocional de un individuo en relación con el género de la pareja involucrada en la actividad sexual, puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales.	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Deseo de llamar la atención	Estas personas en su grado máximo tienen una personalidad desajustada, concretamente pertenecen al grupo dramático de los desórdenes de personalidad*.	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

CUADROS DE FRECUENCIA

Cuadro 1. Distribución de frecuencias de los pacientes del estudio según características sociodemográficas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
		%	IC ₉₅
Edad			
Menor de 15 años	13	12.6	6.9 – 20.6
15 a 19 años	25	24.3	16.4 – 33.7
20 a 34 años	44	42.7	33.0 – 52.9
35 a 49 años	17	16.5	9.9 – 25.1
50 o más años	4	3.9	1.1 – 9.7
Sexo			
Femenino	55	53.4	43.3 – 63.3
	48	46.6	36.7 – 56.7
Escolaridad alcanzada			
Ninguna	13	12.6	6.9 – 20.6
Primaria	18	57.3	47.5 – 67.0
Secundaria	28	27.2	18.9 – 36.8
Universitaria	3	2.9	0.6 – 8.3
Estado civil			
Soltero/a	50	48.5	38.6 – 58.6
Unión estable	42	40.8	31.2 – 50.9
Casado/a	11	10.7	5.5 – 18.3
Residencia			
Urbana	41	39.8	30.3 – 49.9
Rural	62	60.2	50.1 – 69.7
Hijos			
Sí	50	48.5	38.6 – 58.6
No	4	3.9	1.1 – 9.6
No registrado	49	47.6	37.6 – 57.7
Número de hijos			
Ninguno	4	3.9	1.1 – 9.6
1 a 2	6	5.8	2.2 – 12.3
3 a 4	44	42.7	33.0 – 52.9
No registrado	49	47.6	37.6 – 57.7
Total	103	100.0	

Cuadro 1. Distribución de frecuencias de los pacientes del estudio según características sociodemográficas. (Continuación)

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
		%	IC ₉₅
Municipio de residencia			
Altagracia	13	12.6	6.9 – 20.6
Buenos Aires	3	2.9	0.6 – 8.3
Belén	13	12.6	6.9 – 20.6
Cárdenas	12	11.7	6.2 – 19.5
Moyogalpa	7	6.8	2.3 – 13.5
Potosí	5	4.9	1.6 – 11.0
Rivas	21	20.4	13.1 – 29.5
San Jorge	4	3.9	1.1 – 9.6
San Juan del Sur	9	8.7	4.1 – 16.0
Tola	16	15.5	9.2 – 24.0
Ocupación			
Agricultor	30	29.1	20.6 – 38.9
Ama de casa	21	20.4	13.1 – 29.5
Comerciante	4	3.9	1.1 – 9.6
Desempleado	2	1.9	0.2 – 6.8
Estudiante	13	12.6	6.9 – 20.6
Ninguna	25	24.3	16.4 – 33.7
Obrero	5	4.9	1.6 – 11.0
Otro	3	2.9	0.6 – 8.3
Total	103	100.0	

Cuadro 2. Estadísticos descriptivos de variables cuantitativas

Estadístico	Edad (años)	Número de hijos	Estancia hospitalaria (días)
Observaciones	103	50	103
Valor mínimo	13	1	1
Valor máximo	75	4	25
Promedio	25.9	3.4	5.2
Desviación estándar	12.1	0.7	4.3
Percentil 25	17	3	3
Mediana	23	4	4
Percentil 75	32	4	6

Cuadro 3. Distribución de frecuencias de los pacientes del estudio por otras características.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
		%	IC ₉₅
Intentos suicidas por años			
2013	13	12.6	6.9 – 20.6
2014	15	14.6	8.4 – 22.9
2015	16	15.5	9.2 – 24.0
2016	17	16.5	9.9 – 25.1
2017	20	19.4	12.3 – 28.4
2018	22	21.4	13.9 – 30.5
Período			
Del 2013 al 215	44	42.7	32.0 – 52.3
Del 2016 al 2018	59	57.3	47.2 – 66.9
Se le brindó seguimiento ambulatorio			
Sí	44	42.7	33.0 – 52.9
No	59	57.3	47.2 – 66.9
Padece trastorno mental			
Sí	21	20.4	13.1 – 29.5
No	46	44.7	34.9 – 54.8
NR	36	34.9	25.8 – 44.9
Intento de suicidio anterior			
Si	53	51.5	41.4 – 61.4
No	50	48.5	38.6 – 58.6
Tipo de método			
Blando	41	38.8	30.3 – 49.9
Duro	8	7.8	3.4 – 14.7
Extraño	54	52.4	42.3 – 62.4
Motivo principal del intento de suicidio			
Conyugales	28	27.2	18.9 – 36.8
Depresión	13	12.6	6.9 – 20.6
Familiares	40	38.8	29.4 – 48.9
Desconocido	22	21.4	13.9 – 30.5
Total	103	100.0	

Cuadro 4. Distribución de frecuencias de los pacientes del estudio por características estudiadas según habían tenido intento de suicidio anterior.

Características	Intento de suicidio anterior				Total	
	Sí		No		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Edad						
15 a 19	12	48.0	13	52.0	25	100.0
20 a 34	25	56.8	19	43.2	44	100.0
35 a 49	11	64.7	6	35.3	17	100.0
50 o más	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Menor de 15	3	23.1	10	76.9	13	100.0
Sexo						
Masculino	32	58.2	23	41.8	55	100.0
Femenino	21	43.8	27	56.3	48	100.0
Escolaridad						
Ninguna	4	30.8	9	69.2	13	100.0
Primaria	29	49.2	30	50.8	59	100.0
Secundaria	17	60.7	11	39.3	28	100.0
Universitaria	3	100.0	0	0.0	3	100.0
Estado civil						
Soltero/a	25	50.0	25	50.0	50	100.0
Unión estable	22	52.4	20	47.6	42	100.0
Casado/a	6	54.5	5	45.5	11	100.0
Tiene hijos						
Si	27	54.0	23	46.0	50	100.0
No	1	25.0	3	75.0	4	100.0
NR	25	51.0	24	49.0	49	100.0
Número de hijos						
Ninguno	1	25.0	3	75.0	4	100.0
1 a 2	3	50.0	3	50.0	6	100.0
2 a 3	24	54.5	20	45.5	44	100.0
NR	25	51.0	24	49.0	49	100.0
Residencia						
Urbana	22	53.7	19	46.3	41	100.0
Rural	31	50.0	31	50.0	62	100.0
Total	53	100.0	50	100.0	103	100.0

Cuadro 4. Distribución de frecuencias de los pacientes del estudio por características estudiadas según habían tenido intento de suicidio anterior. (Continuación)

Características	Intento de suicidio anterior				Total	
	Sí		No		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Municipio						
Altagracia	7	53.8	6	46.2	13	100.0
Buenos Aires	1	33.3	2	66.7	3	100.0
Belén	4	30.8	9	69.2	13	100.0
Cárdenas	8	66.7	4	33.3	12	100.0
Moyogalpa	3	42.9	4	57.1	7	100.0
Potosí	2	40.0	3	60.0	5	100.0
Rivas	12	57.1	9	42.9	21	100.0
San Jorge	5	55.6	4	44.4	9	100.0
San Juan del Sur	3	75.0	1	25.0	4	100.0
Tola	8	50.0	8	50.0	16	100.0
Ocupación						
Agricultor	16	53.3	14	46.7	30	100.0
Ama de casa	10	47.6	11	52.4	21	100.0
Comerciante	3	75.0	1	25.0	4	100.0
Desempleado	2	100.0	0	0.0	2	100.0
Estudiante	4	30.8	9	69.2	13	100.0
Ninguna	12	48.0	13	52.0	25	100.0
Obrero	3	60.0	2	40.0	5	100.0
Otro	3	5.7	0	0.0	3	100.0
Trastorno mental						
Sí	13	61.9	8	38.1	21	100.0
No	19	41.3	27	58.7	46	100.0
NR	21	58.3	15	41.7	36	100.0
Se le brindó seguimiento ambulatorio						
Sí	22	50.0	22	50.0	44	100.0
No	31	52.5	28	47.5	59	100.0
Año del intento de suicidio						
2013	9	69.2	4	30.8	13	100.0
2014	7	46.7	8	53.3	15	100.0
2015	7	43.8	9	56.3	16	100.0
2016	10	58.8	7	41.2	17	100.0
2017	9	45.0	11	55.0	20	100.0
2018	11	50.0	11	50.0	22	100.0
Período						
Del 2013 al 2015	23	52.3	21	47.7	44	100.0
Del 2016 al 2018	30	49.1	29	58.9	59	100.0
Total	53	100.0	50	100.0	103	100.0

Cuadro 5. Distribución de frecuencias de los pacientes del estudio por características estudiadas según tipo de método empleado.

Características	Tipo de método						Total	
	Blando		Duro		Extraño		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Edad/*								
Menor de 15	11	84.6	1	7.7	1	7.7	13	100.0
15 a 19	8	32.0	1	4.0	16	64.0	25	100.0
20 a 34	14	31.8	4	9.1	26	59.1	44	100.0
35 a 49	6	35.3	1	5.9	10	58.8	17	100.0
50 o más	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4	100.0
Sexo/*								
Masculino	14	25.5	5	9.1	36	65.5	55	100.0
Femenino	27	56.3	3	6.3	18	37.5	48	100.0
Escolaridad								
Ninguna	3	23.1	2	15.4	8	61.5	13	100.0
Primaria	21	35.6	3	5.1	35	59.3	59	100.0
Secundaria	14	50.0	3	10.7	11	39.3	28	100.0
Universitaria	3	100.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0
Estado civil								
Soltero/a	22	44.0	3	6.0	25	50.0	50	100.0
Unión estable	15	35.7	3	7.1	24	57.1	42	100.0
Casado/a	4	36.4	2	18.2	5	45.5	11	100.0
Tiene hijos								
Si	16	32.0	5	10.0	29	58.0	50	100.0
No	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4	100.0
NR	24	49.0	2	4.1	23	46.9	49	100.0
Número de hijos								
Ninguno	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4	100.0
1 a 2	3	50.0	0	0.0	3	50.0	6	100.0
2 a 3	13	29.5	5	11.4	26	59.1	44	100.0
NR	24	49.0	2	4.1	23	46.9	49	100.0
Residencia/*								
Urbana	23	56.1	4	9.8	14	34.1	41	100.0
Rural	18	29.0	4	6.5	40	64.5	62	100.0
Total	41	39.8	8	7.8	54	52.4	103	100.0

/*: p<0.05

**Cuadro 5. Distribución de frecuencias de los pacientes del estudio por características estudiadas según tipo de método empleado.
(Continuación)**

Características	Tipo de método						Total	
	Blando		Duro		Extraño		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Municipio/*								
Altagracia	0	0.0	0	0.0	13	100.0	13	100.0
Buenos Aires	2	66.7	0	0.0	1	33.3	3	100.0
Belén	7	53.8	0	0.0	6	46.2	13	100.0
Cárdenas	4	33.3	1	8.3	7	58.3	12	100.0
Moyogalpa	1	14.3	1	14.3	5	71.4	7	100.0
Potosí	2	40.0	1	20.0	2	40.0	5	100.0
Rivas	13	61.9	2	9.5	6	28.6	21	100.0
San Jorge	2	22.2	2	22.2	5	55.6	9	100.0
San Juan del Sur	3	75.0	1	25.0	0	0.0	4	100.0
Tola	7	43.8	0	0.0	9	56.3	16	100.0
Ocupación/*								
Agricultor	3	10.0	1	3.3	26	86.7	30	100.0
Ama de casa	12	57.1	3	14.3	6	28.6	21	100.0
Comerciante	2	50.0	0	0.0	2	50.0	4	100.0
Desempleado	1	50.0	0	0.0	1	50.0	2	100.0
Estudiante	8	61.5	1	7.7	4	30.8	13	100.0
Ninguna	13	52.0	2	8.0	10	40.0	25	100.0
Obrero	0	0.0	1	20.0	4	80.0	5	100.0
Otro	2	66.7	0	0.0	1	33.3	3	100.0
Trastorno mental								
Si	13	61.9	2	9.5	6	28.6	21	100.0
No	16	34.8	2	4.3	28	60.9	46	100.0
NR	12	33.3	4	11.1	20	55.6	36	100.0
Intento de suicidio anterior								
Si	23	52.3	3	6.8	18	40.9	44	100.0
No	18	30.5	5	8.5	36	61.0	59	100.0
Se le brindó seguimiento ambulatorio								
Si	16	32.0	5	10.0	29	58.0	50	100.0
No	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4	100.0
Año del intento de suicidio								
2013	6	46.2	1	7.7	6	46.2	13	100.0
2014	6	40.0	3	20.0	6	40.0	15	100.0
2015	3	18.8	0	0.0	13	81.3	16	100.0
2016	6	35.3	2	11.8	9	52.9	17	100.0
2017	9	45.0	2	10.0	9	45.0	20	100.0
2018	11	50.0	0	0.0	11	50.0	22	100.0
Período								
Del 2013 al 2015	15	34.1	4	9.1	25	56.8	44	100.0
Del 2016 al 2018	26	44.1	4	6.8	29	49.2	59	100.0
Total	41	39.8	8	7.8	54	52.4	103	100.0

/*: p<0.05

Cuadro 6. Distribución de frecuencias de los pacientes del estudio por características estudiadas según motivo principal.

Características	Motivo principal								Total	
	Conyugal		Depresivo		Familiar		Desconocido		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Edad										
Menor de 15	1	7.7	1	7.7	1	7.7	10	76.9	13	100.0
15 a 19	6	24.0	5	20.0	4	16.0	10	40.0	25	100.0
20 a 34	14	31.8	4	9.1	13	29.5	13	29.5	44	100.0
35 a 49	7	41.2	2	11.8	3	17.6	5	29.4	17	100.0
50 o más	0	0.0	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4	100.0
Sexo										
Masculino	14	25.5	11	20.0	12	21.8	18	32.7	55	100.0
Femenino	14	29.2	2	4.2	10	20.8	22	45.8	48	100.0
Escolaridad										
Ninguna	1	7.7	3	23.1	2	15.4	7	53.8	13	100.0
Primaria	19	32.2	8	13.6	14	23.7	18	30.5	59	100.0
Secundaria	8	28.6	1	3.6	6	21.4	13	46.4	28	100.0
Universitaria	0	0.0	1	33.3	0	0.0	2	66.7	3	100.0
Estado civil/*										
Soltero/a	10	20.0	10	20.0	6	12.0	24	48.0	50	100.0
Unión estable	14	33.3	2	4.8	13	31.0	13	31.0	42	100.0
Casado/a	4	36.4	1	9.1	3	27.3	3	27.3	11	100.0
Tiene hijos/*										
Si	18	36.0	2	4.0	16	32.0	14	28.0	50	100.0
No	0	0.0	1	25.0	0	0.0	3	75.0	4	100.0
NR	10	20.4	10	20.4	6	12.2	23	46.9	49	100.0
Número de hijos/*										
Ninguno	0	0.0	1	25.0	0	0.0	3	75.0	4	100.0
1 a 2	2	33.3	0	0.0	2	33.3	2	33.3	6	100.0
3 a 4	16	36.4	2	4.5	14	31.8	12	27.3	44	100.0
NR	10	20.4	10	20.4	6	12.2	23	46.9	49	100.0
Residencia										
Urbana	10	24.4	5	12.2	8	19.5	18	43.9	41	100.0
Rural	18	29.0	8	12.9	14	22.6	22	35.5	62	100.0
Total	28	2.7.2	13		22		40		103	100.0

/*: p<0.05

Cuadro 6. Distribución de frecuencias de los pacientes del estudio por características estudiadas según motivo principal. (Continuación)

Características	Motivo principal								Total	
	Conyugal		Depresivo		Familiar		Desconocido		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Municipio										
Altagracia	4	30.8	2	15.4	3	23.1	4	30.8	13	100.0
Buenos Aires	2	66.7	0	0.0	1	33.3	0	0.0	3	100.0
Belén	3	23.1	3	23.1	3	23.1	4	30.8	13	100.0
Cárdenas	3	25.0	2	16.7	3	25.0	4	33.3	12	100.0
Moyogalpa	4	57.1	1	14.3	0	0.0	2	28.6	7	100.0
Potosí	1	20.0	0	0.0	1	20.0	3	60.0	5	100.0
Rivas	4	19.0	3	14.3	3	14.3	11	52.4	21	100.0
San Jorge	2	22.2	1	11.1	3	33.3	3	33.3	9	100.0
San Juan del Sur	0	0.0	1	25.0	0	0.0	3	75.0	4	100.0
Tola	5	31.3	0	0.0	5	31.3	6	37.5	16	100.0
Ocupación										
Agricultor	10	33.3	5	16.7	8	26.7	7	23.3	30	100.0
Ama de casa	8	38.1	1	4.8	4	19.0	8	38.1	21	100.0
Comerciante	2	50.0	0	0.0	1	25.0	1	25.0	4	100.0
Desempleado	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
Estudiante	2	15.4	1	7.7	1	7.7	9	69.2	13	100.0
Ninguna	2	8.0	4	16.0	6	24.0	13	52.0	25	100.0
Obrero	2	40.0	1	20.0	0	0.0	2	40.0	5	100.0
Otro	0	0.0	1	33.3	2	66.7	0	0.0	3	100.0
Trastorno mental/*										
Si	3	14.3	8	38.1	3	14.3	7	33.3	21	100.0
No	17	37.0	3	6.5	12	26.1	14	30.4	46	100.0
NR	8	22.2	2	5.6	7	19.4	19	52.8	36	100.0
Intento de suicidio anterior										
Si	12	22.6	11	20.8	11	20.8	19	35.8	53	100.0
No	16	32.0	2	4.0	11	22.0	21	42.0	50	100.0
Se le brindó seguimiento ambulatorio/*										
Si	6	13.6	7	15.9	8	18.2	23	52.3	44	100.0
No	22	37.3	6	10.2	14	23.7	17	28.8	59	100.0
Año del intento de suicidio										
2013	4	30.8	1	7.7	2	15.4	6	46.2	13	100.0
2014	4	26.7	4	26.7	0	0.0	7	46.7	15	100.0
2015	3	18.8	1	6.3	4	25.0	8	50.0	16	100.0
2016	4	23.5	2	11.8	6	35.3	5	29.4	17	100.0
2017	4	20.0	3	15.0	5	25.0	8	40.0	20	100.0
2018	9	40.9	2	9.1	5	22.7	6	27.3	22	100.0
Período										
Del 2013 al 2015	11	25.0	6	13.6	6	13.6	21	47.7	44	100.0
Del 2016 al 2018	17	28.8	7	11.9	16	27.1	19	32.2	59	100.0
Total	28	27.2	13	12.6	22	21.4	40	38.8	103	100.0

/*: p<0.05