

*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA*

*UNAN-LEON*

*FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS*

*CARRERA DE PSICOLOGIA*



*TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADA. EN  
PSICOLOGIA.*

*ACTITUD Y AFECTACION QUE TIENE EL SUICIDIO EN PERSONAS DE  
20-50 AÑOS DE LA COMUNIDAD "LA PALMERITA" MUNICIPIO  
MALPAISILLO PERIODO COMPRENDIDO MAYO - OCTUBRE 2008.*

*AUTORAS:*

*XOCHILT TAMARA ESPINOZA ULLOA.*

*NANCY ELIET SOLIS LEYTON.*

*TUTOR:*

*Dr. TRINIDAD CALDERA.*

*León, 04 de Diciembre del 2009.*

## DEDICATORIA

*Con mucho amor y respeto dedico este trabajo a mi madre, María Josefina Ulloa Velásquez, quien me ha brindado la oportunidad y gozo de profesionalizarme gracias a su esfuerzo y abnegación, gracias madre.*

*También a mis hermanos que de alguna manera me han apoyado.*

*Xochilt Tamara Espinoza Ulloa.*

*A Dios, que me ha dado la fuerza para llevar a buen término esta investigación.*

*A mi madre, Lidia E. Leytón por su apoyo incondicional y por darme la oportunidad de cumplir mi meta de ser una profesional.*

*Nancy Eliet Solís Leytón.*

## AGRADECIMIENTO

*Agradecemos a todas las personas que colaboraron en la realización de esta investigación, en especial a la población de la comunidad La Palmerita que participaron en dicho estudio, a nuestro tutor Dr. Trinidad Caldera por su apoyo y colaboración con nuestro estudio.*

*A mi madre por siempre estar cuando necesito de ella, por sus ánimos de superación y su caudal de conocimientos que me ha transmitido a lo largo de toda mi vida.*

*A mi hermano Carlos por apoyarme con sus conocimientos y destrezas.*

*Xochilt Tamara Espinoza Ulloa.*

*A Dios por haberme dado la sabiduría y entendimiento para culminar mi carrera.*

*A mi madre por estar a mi lado, dándome ánimo y su apoyo a lo largo de mi carrera universitaria.*

*A mis hermanos que de una manera u otra, me apoyaron en todo momento.*

*Nancy Eliet Solís Leytón.*

## RESUMEN

Uno de los fenómenos más inquietantes y que mayor efecto ha causado dentro de la sociedad contemporánea ha sido el suicidio, entendido éste como un comportamiento cuyo propósito consiste en poner fin a la propia existencia por su propia mano. Según datos estadísticos revelados por la OMS, se calcula que 500.000 personas entre menores de quince años y adultos en general, deciden acudir a esta práctica cada año. La situación del suicidio en Nicaragua en el periodo 1999 - 2003 se registraron 1,762 suicidios, 70% en hombres y 30% en mujeres. Debido que es una comunidad en riesgo por sus características de emigración y pobreza extrema nuestro planteamiento de problema fue: ¿Cuál es la Actitud y Afectación que tiene el suicidio en personas de 20-50 años habitantes de la comunidad “la palmerita” Malpaisillo periodo mayo a octubre 2008? El objetivo de este trabajo es identificar la actitud que tienen las personas de 20-50 años de la comunidad la palmerita respecto al suicidio, así mismo indagar las afectaciones que desencadena el suicidio en estos habitantes. El tipo de estudio es Descriptivo de Corte Transversal. Para cumplir con los objetivos se utilizó el test SCL90-R de L. Derogatis, adaptado por María Casullo 1999/2004 y el cuestionario ATTS de Salander Renberg 1986/1996. Obteniendo que: los síntomas más relevantes son somatizaciones con un 100% para ambos sexos, depresión con un 71.10% para hombres y 54.50% para mujeres, hostilidad con un 90.90% para hombres y 85.70% para mujeres y psicoticismo con el 54.50% para hombres y 52.40% para mujeres. El 78% de la población presenta una actitud positiva leve ante el suicidio, la cual expresan por la conformidad y prefieren el suicidio como la segunda causa de morir.

## INDICE

I. INTRODUCCION.....	3
II. ANTECEDENTES.....	5
III. JUSTIFICACION.....	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V. OBJETIVOS.....	10
VI. MARCO TEORICO.....	11
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	22
VIII. RESULTADOS.....	29
IX. DISCUSION.....	49
X. CONCLUSION.....	51
XI. RECOMENDACIONES.....	52
XII. BIBLIOGRAFIA.....	53
XIII. ANEXOS.....	56

## I. INTRODUCCION

Uno de los fenómenos más inquietantes y que mayor efecto ha causado dentro de la sociedad contemporánea ha sido el suicidio, entendido éste como un asunto de especial interés que ha llegado a considerarse como un comportamiento cuyo propósito fundamental consiste en poner fin a la propia existencia por su propia mano. El suicidio prevalece en aquellas familias con antecedentes de alcoholismo y drogadicción, los niños y adolescentes son más propensos a formar parte de los intentos de suicidio, debido a que el consumo constante del alcohol conlleva frecuentemente a discusiones en el interior del hogar que impacta negativamente en las relaciones entre cada uno de los integrantes del núcleo familiar. La mayor parte de las personas que cometen suicidio tienen una enfermedad mental. <sup>(1)</sup>

El suicidio provoca diversos sentimientos y reacciones entre las personas estrechamente unidas con la víctima y un impacto al superviviente. Las reacciones de los cercanos pueden ser muy variadas: se pueden tratar de sentimientos profundos de pérdida, acompañados con gran tristeza, de rabia por sentir que lo hacen a uno responsable de lo sucedido o porque la víctima rechazó lo que se le ofrecía, culpa, vergüenza o confusión, acompañados de un sentimiento de responsabilidad por la muerte, sentimiento de fracaso e impotencia por ser incapaces de ofrecerle lo que el otro necesitaba, alivio por quedar libre de molestias y demandas insistentes de la víctima, el sentimiento de sentirse abandonado ambivalencia, reacciones de duda, obtención en negar que se ha dado el suicidio y posible en el superviviente. Entre los que estaban más distantes en relación con la víctima se puede producir rabia, porque el suicida ha eludido sus responsabilidades sociales y morales o por verse acusados como responsables o por sentirse acusados por los no intereses en su prójimo; culpa por pensar que no se ha apreciado lo suficiente a la víctima, repulsión resultante de la elección del suicida de prescindir de ellas; intranquilidad por una vaga necesidad de auto examen para determinar lo que estaba errado o racionalizar malestar sentido y expulsarlo de si mismo. <sup>(2)</sup>

La forma extrema de huida de una situación vital y de una tensión emocional intolerable es el suicidio. El acto del suicidio ha de considerarse como un intento de "superación" de una situación que resultó incontrolable, incluye el uso de energía, planificación y depresión desprovistas de intentos de superación.<sup>(3)</sup>

En esta última década el desempleo, el incremento de los índices de criminalidad, la inseguridad ciudadana, el temor a la victimización, las acciones policiales discrecionales y represivas y la ineficacia institucional para tratar estos problemas, son las expresiones más evidentes de inseguridad y violencia en nuestra sociedad. Al respecto considerando que la identidad de cada persona se forma en la confluencia de una serie de fuerzas sociales que opera sobre el individuo y frente a los cuales actúa y se hace así mismo, la falta de recursos económicos que afecta a la mayoría de las familias en nuestro país, trae como consecuencia las insatisfacciones básicas (salud, educación, alimentación, vivienda, etc.) que sumado a la inseguridad social, desastres naturales y la apropiación de conductas violentas en las situaciones cotidianas estas inciden directamente en el fenómeno del suicidio.<sup>(3)</sup>

## II. ANTECEDENTES

A lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad hacia el acto del suicidio, sus formas y su frecuencia. En la Europa Antigua, sobre todo en el Imperio Romano, el suicidio estaba consentido y hasta era considerado como un acto honroso; por esta razón los antiguos romanos admitían muchas razones legítimas para su práctica. Son muchos los medios por los cuales una persona puede lograr este objetivo, aunque se destacan, entre otros, el suicidio por asfixia (ahorcamiento), aplicación de altas dosis de estupefacientes por vía intravenosa, accidentes automovilísticos provocados, el hecho de lanzarse desde una gran altura, entre otros. <sup>(4)</sup>

El suicidio ocurre en cualquier parte del mundo y es responsable de alrededor de la mitad de todas las muertes debidas a violencia. En todo el mundo, cada año alrededor de un millón de personas fallecen como resultado del suicidio. <sup>(9)</sup>

Farberow (1975), considera que desde que se registra la historia de la humanidad la práctica del suicidio es conocida. En las sociedades primitivas la muerte siempre ha sido una materia de gran tabú; los tabúes se acumularon alrededor del suicidio por su propia naturaleza. Es así que, entre los pueblos antiguos se sabe que los hebreos desconocían en realidad el suicidio. Los judíos comenzaron a suicidarse después de la Diáspora, que provocó un caos y una confusión extrema entre ellos. De igual manera en la India desde los tiempos de Alejandro Magno y posteriormente, ocurrían muchos suicidios. En China, Grecia y Roma ese hecho fue frecuente en todas las clases sociales. <sup>(7)</sup>

El Harakiri o Seppuku es conocido universalmente. Término japonés que se usa para denominar un suicidio ritual por desentrañamiento (Hara-Kiri: Cortadura de vientre). Esta es una práctica común entre los samuráis, que preferían el suicidio y rechazaban cualquier tipo de muerte natural. De esta forma mantenían su honor limpio, por eso, antes de ver su vida deshonrada, preferían quitársela. <sup>(6)</sup>

El suicidio (muerte auto infringida) ocurre en cualquier parte del mundo y es responsable de alrededor de la mitad de todas las muertes debidas a violencia. En todo el mundo, cada año, alrededor de un millón de personas fallecen como resultado del suicidio. Las conductas suicidas pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Más del 90% de todos los suicidios se relacionan con trastornos emocionales u otras enfermedades psiquiátricas. <sup>(4)</sup>

Molina C. Eudilia en relación al suicidio, apunta al hecho de asociarlo con situaciones tales como la depresión, consumo de sustancias prohibidas o alucinógenas, pérdida de un ser querido, abusos de índole física o sexual, trastornos de la personalidad, utilización de armas, falta de apoyo por parte de los padres de familia del menor, conflictos al interior del hogar, pobreza extrema, etc. <sup>(3)</sup>

Paul Ballas hace referencia que en Estados Unidos el suicidio es la tercera causa de muerte en las personas de 15-24 años de edad, después de los accidentes fortuitos y de los homicidios. <sup>(1)</sup>

La situación de los suicidios en el resto del mundo no es muy distinta a la de nuestro país. Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que en los últimos 45 años, las tasas por suicidio han aumentado en 60 por ciento en el mundo, calculando que 500.000 personas entre menores de quince años y adultos en general, deciden acudir a esta práctica cada año. Este problema está ahora entre las tres causas principales de muerte entre las edades de 15 a 44 años (ambos sexos). Las cifras no incluyen los intentos suicidas arriba de 20 veces más frecuente que el suicidio consumado. Según datos expuestos en el Taller Regional de Prevención de la Conducta Suicida celebrado en León en agosto pasado. La OMS estima que de los países centroamericanos sólo Guatemala mantiene los índices controlados, pues pasó de 514 casos en 2002 a 217 el año pasado. Igualmente, se señala que Nicaragua, El Salvador, Belice y Costa Rica están dentro de los que han aumentado los índices de las “muertes voluntarias”. En los últimos 17 años los suicidios se han incrementado en más de

un 350 por ciento en Nicaragua. Este mal amenaza anualmente a 20 mil personas en el país, según datos proporcionados por el encargado del programa de Salud Mental del MINSA, Dr. Carlos Fletes. <sup>(16)</sup>

La situación del suicidio en Nicaragua en el periodo 1999 - 2003 se registraron 1,762 suicidios, 70% (1,233) en hombres y 30% (529) en mujeres, con una razón hombre - mujer de 2:1. Durante el año 2003 se registraron 354 suicidios, correspondiendo el 73% (260) a hombres y el 27% (94) a mujeres, lo que representa una tasa de suicidio de 6.5 x 100.000 habitantes. Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) con mayores tasas de suicidio en el 2003 fueron Chinandega con 10 x 100,000 habitantes (43) Managua con 8 x 100000 habitantes (104) y Matagalpa con una tasa de 7 x 100.000 habitantes (43) <sup>(15)</sup>

Dada la situación de suicidios en Nicaragua, desde 1999 los departamentos académicos de salud pública y salud mental de la UNAN- León junto con las autoridades de salud local del municipio de León, acordaron estudiar los intentos de suicidio registrados dentro del sistema de vigilancia de lesiones del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA). En el año 2003 se realizó un estudio comunitario sobre actitudes hacia la conducta suicida en jóvenes de 15 -24 años, utilizando un cuestionario para medir las actitudes hacia la conducta suicida (ATTS), el cual fue realizado entre agosto y noviembre del mismo año. <sup>(17)</sup>

### III. JUSTIFICACION

Es importante hacer mención que el suicidio es un fenómeno que afecta a cualquier persona, principalmente a aquellas que no ponen o no han desarrollado su inteligencia emocional, con la cual se hace frente a todas las situaciones de la vida. Por tal razón el objetivo de nuestro trabajo es conocer la actitud y afectación que tiene el suicidio para los habitantes de la comunidad “La Palmerita”, municipio de Malpaisillo.

En la actualidad el suicidio es un problema mundial que figura entre las diez causas más frecuentes del fallecimiento. El interés alrededor de esta temática está aumentando, pues el suicidio impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que vivimos. En nuestra sociedad el suicidio se considera demasiado espantoso y sin sentido por lo que es tratado casi como un tema tabú. En 1897 Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto de individualismo. Lo consideraba como una consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración. <sup>(13)</sup>

Este estudio se realizó en esta comunidad, porque es una comunidad en riesgo debido que son personas migrantes y que viven en extrema pobreza. También porque esta comunidad forma parte de la ruta crítica de atención mental y otros suicidios, la cual abarca: Achuapa, El sauce, Santa Rosa del peñón, El jicaral, La Reynaga-Malpaisillo, Telica, Quesalguaque, León, La Paz centro y Nagarote.

Consideramos que con este estudio será posible desarrollar programas que permitan contribuir con el mejoramiento del desarrollo personal, social, y por ende el mejoramiento de las condiciones de salud de esta población así como a otras comunidades en riesgo. Debido que este problema no sólo afecta a la víctima, sino también a toda su estructura social: familia, amigos y conocidos.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La comunidad La Palmerita se conformo de los pobladores emigrantes de las haciendas cafetaleras, principalmente del Tuma La Dalia. Esta es una comunidad caracterizada por la extrema pobreza y con una conducta violenta. Antes de realizar este estudio se reporto intentos y suicidio consumado, en el año 2007-2008(según datos del movimiento de mujeres María Elena Cuadra), por lo cual vimos necesario plantearnos el siguiente problema:

¿Cuál es la Actitud y Afectación que tiene el suicidio en personas de 20-50 años en los habitantes de la comunidad “la palmerita” municipio de Malpaisillo en el periodo comprendido mayo a octubre del 2008?

## V. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

- λ Determinar la actitud y Afectación Psicológica que tiene el suicidio para las personas de 20 -50 años de la comunidad “la palmerita”.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- λ Determinar datos sociodemográficos de los habitantes de la comunidad la palmerita.
- λ Identificar la actitud que tienen las personas de 20-50 años de la comunidad la palmerita ante el suicidio.
- λ Indagar las afectaciones psicológicas que desencadena el suicidio en estos habitantes.

#### IV. MARCO TEORICO

Definición:

Suicidio procede del latín: sui-sí mismo y cidium-matar, que significa matarse a sí mismo. Atentar contra la propia vida; y suicida: dicese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente. <sup>(8)</sup>

El suicidio es el acto por el cual un sujeto se autoinflige la muerte, también es denominado autolisis. Puede darse en individuos psíquicamente sanos a consecuencia de una situación límite. <sup>(5)</sup>

**La conducta suicida** es una conducta agresiva, cuya meta es la obtención de la muerte, a través de un acto de autolesión realizado con el propósito de autodestrucción. <sup>(7)</sup>

La conducta suicida abarca las actitudes o gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicido consumado. <sup>(9)</sup>

Ese tipo de mensajes que el suicida potencial envía no deben ser pasados por alto, son peticiones de ayuda que requieren una cuidadosa evaluación y un tratamiento encaminado a aliviar la miseria moral y prevenir la repetición de intentos, especialmente si se tiene en cuenta que el 20% de las personas que hacen un primer intento vuelven a probar un año después y en el 10% de los casos consuman el suicidio. <sup>(9)</sup>

La comunicación en la conducta suicida se clasifica según:

1. **Su forma:** Puede ser verbal (incluyendo escrita); no verbal y comportamental.
2. **Si es directa o indirecta:** Puede ser abierta y clara, implícita e indirecta. Son formas de comunicación el retrainimiento, la donación de objetos estimados, fantasías de muerte, sepultura o rescate de situaciones peligrosas.

3. **Sustancias o contenido:** Puede contener expresiones de culpabilidad explicaciones del acto suicida o instrucciones para las demás personas, por ejemplo testamentos o cartas de los suicidas.
4. **Objeto de la comunicación:** En las situaciones más interpersonales la comunicación ya dirigida a una persona o personas concretas; cuando las motivaciones son intrapersonales, la comunicación va más bien dirigida a la sociedad en general.
5. **Finalidad:** Puede ser patente o indirecta, a veces se trata de un pedido de auxilio, un deseo de que lo contengan y lo rescaten, un medio para manifestar la hostilidad y el odio, una imputación final de culpa, un modo de humillar a otros o hacerles sentirse culpables, o una forma de echarse así mismos culpas de absorber a otros y de espiar los delitos propios.<sup>(4)</sup>

Los métodos de intento de suicidio varían desde los relativamente no violentos (como envenenamiento o sobredosis) hasta los violentos (como dispararse a sí mismo con un arma). Los hombres tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, lo cual puede explicar el hecho de que los intentos de suicidio en hombres sean más efectivos.<sup>(1)</sup>

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

- A) **Etapas de consideración:** el sujeto considera el suicidio como una posibilidad para resolver problemas reales o aparentes. Puede surgir del ambiente familiar, por influencia de la prensa, literatura o cine; lo facilita la inhibición y el aislamiento social.
- B) **Etapas de Ambivalencia:** caracterizada por la indecisión y pugna, entre tendencias constructivas y destructivas, existen avisos de suicidio.
- C) **Etapas de decisión:** el individuo ha adoptado ya la decisión de matarse; muestra indicios indirectos; actos preparatorios, ideas y representaciones concretas, súbito cambio de actitud angustiada y deprimida a serenidad aparente. El curso de las tres etapas es variable. Se caen totalmente sus mecanismos auto preservadores y se pone en marcha el proyecto suicida.<sup>(7)</sup>

Uno de los autores que ha estudiado el suicidio desde el punto de vista sociológico es Durkheim. Su tesis acerca del suicidio radica que se trata de un fenómeno social constante y no susceptible de explicación en términos individuales. Es la resultante de toda una serie de condiciones sociales, que engloban elementos de tipo familiar, cultural y religioso. Son dos las variables a tomar en consideración, por una parte el grado de integración del individuo y el grado de regulación social de los deseos individuales.

Por otra parte para Durkheim (1897) existen tres tipos de suicidio de acuerdo con el tipo de perturbación en relación con la sociedad y el individuo.

1. Suicidio Egoísta: es el efecto de la falta de interés del individuo por la comunidad y del hecho de estar insuficientemente integrado a ella.
2. Suicidio Altruista: clasifica para la gente sobre la que la sociedad tiene influencia estricta, tiene muy poco individualismo y puede ser impulsado a la autodestrucción. Pertenece a esta categoría el anciano y el enfermo que quieren librar de sí mismo a la sociedad.
3. Suicidio Anómico: es aquel en el que la sociedad fracasa en el control y regulación de la conducta de los individuos. <sup>(14)</sup>

En su teoría acerca del suicidio, Durkheim hace énfasis en la influencia que tiene el ambiente en los individuos, independientemente de su individualidad. Dicha influencia se da en un contexto social, donde es de gran importancia el grado de integración y regulación social de las personas y es de esta manera que clasifica los tres tipos de suicidios. <sup>(1)</sup>

### **ACTITUD ANTE EL SUICIDIO**

La actitud es uno de los conceptos más relevantes en psicología social (Berkowitz, 1972; MC Guire, 1985). No es un concepto aislado, sino que se haya en estrecha relación con otros conceptos psicológicos como: motivación, percepción, personalidad y conducta. <sup>(5)</sup>

Allport (1935), lo define de la siguiente forma: "Estado de disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que ella está relacionada". Una actitud tiene los siguientes componentes:

- Cognitivo: ideas y creencias sobre el objeto de la actitud.
- Afectivo: emociones que produce el objeto de la actitud.
- Conductual: acción respecto al objeto de la actitud. Aunque se afirma que la medida de las actitudes carece de valor predictivo sobre la conducta, porque las actitudes sólo son uno de los factores que determinan la conducta.

Los tres componentes pueden o no estar relacionados, pues a veces hay contradicciones entre ellos; por ejemplo, las actitudes ante la muerte con frecuencia son contradictorias, pues la muerte en sí encierra una contradicción. Estos tres componentes, permiten a su vez diferenciarlas de las creencias (que serían el aspecto cognitivo de la actitud) y de las opiniones (que serían la manifestación verbal de las actitudes).<sup>(19)</sup>

Las funciones de las actitudes son tanto a nivel individual como social:

- Comprensión: de la realidad y/o de los otros, confiriendo una sensación de orden y predictibilidad en la vida.
- Satisfacción de necesidades personales: pueden ser útiles para alcanzar metas personales.
- Defensa del yo: de amenazas o conflictos percibidos.
- Expresión de valores: que permiten el establecimiento o solidificación de la identidad personal.

Se puede conseguir un cambio de actitudes, creando incongruencia entre los tres componentes de éstas, por ejemplo, presentando alguna información nueva. Aunque el peso que pueda tener esta información tiene mucho que ver con la credibilidad y atractivo de la fuente, el canal de comunicación y el mensaje transmitido. El cambio de actitud no suele producirse de inmediato a partir de la transmisión de la información sino que existe un periodo de latencia. Otros factores que pueden producir un cambio de actitud, tienen lugar a nivel de las distintas funciones de la actitud:

- Actitudes orientadas a la comprensión: pueden cambiar cuando a sujetos en situaciones nuevas o ambiguas, se les da información que reduce la ambigüedad.
- Actitudes orientadas a las necesidades: pueden cambiar por un cambio de las necesidades o si un cambio de actitud puede ayudar a alcanzar una meta.
- Actitudes orientadas a la defensa del yo: se pueden modificar ante factores que alivian una supuesta amenaza o malestar.
- Actitudes que expresan valores: son las más difíciles de cambiar porque tienen que ver con las creencias nucleares básicas y con el sentido de uno mismo. Aunque a veces, el tomar conciencia de la incongruencia entre una actitud y los valores, puede producir un cambio. <sup>(19)</sup>

La actitud de la sociedad frente al suicidio ha sido tradicionalmente de rechazo debido a que constituye una conducta cultural prohibida. Cada sociedad tiene ante el suicidio una actitud pronunciada, cada grupo social proyecta para este acto una inclinación colectiva que le es propia y de la que derivan las inclinaciones individuales. La actitud de las religiones en relación al suicidio ha sido, en general, de condenación y se ha basado en la creencia de que la vida humana con todas sus cualidades y defectos es un don divino que el hombre no puede rechazar. La iglesia cristiana tiene gran respeto a la vida como un don de Dios, y prohíbe estrictamente ponerle fin a la vida. <sup>(18)</sup>

Los parientes de las personas que han cometido un intento de suicidio fallido o eficaz, a menudo se culpan o se enojan mucho ya que ven el intento o el acto como una actitud egoísta. Sin embargo, cuando las personas tienen una conducta suicida, con frecuencia piensan erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y parientes al irse de este mundo y esta creencia irracional los lleva a tener este comportamiento. <sup>(1)</sup>

Las actitudes ante la muerte son un producto de la educación, que varía en función del contexto cultural. Están estrechamente relacionadas con la visión personal del mundo y con la posición que uno considera que ocupa en el mundo. Esto a su vez tiene que ver con el control percibido de la realidad, en concreto de las leyes naturales (visión de control o de sometimiento), pues una sensación de control sobre éstas (es más acusado en los países desarrollados) lleva a tener menos conciencia del poder de la naturaleza sobre la vida y por lo tanto de la muerte. También tienen que ver con las experiencias relacionadas con la muerte, con la esperanza de vida y con las creencias sobre lo que es un ser humano. Las principales actitudes descritas ante la muerte son: Ansiedad, temor, preocupación y aceptación. <sup>(20)</sup>

Desde el punto de vista médico, la muerte se debe aceptar de forma fría e unipersonal, cuando la muerte afecta a uno de los seres queridos, es difícil predecir cómo se repondrá de esta situación, que para unas personas será el paso de una mejor vida y para otros la transformación de un nuevo ser. Estas actitudes hacia la muerte, variaran de acuerdo al ciclo vital en el que se encuentra el individuo. Para el adulto la muerte es algo final e irreversible. <sup>(21)</sup>

La actitud hacia el suicidio en Nicaragua es muy común, según el estudio realizado por el Dr. Andrés Herrera a través de un análisis de regresión logística binaria, se demostró que las mujeres que tenían un amigo o un familiar cercano con expresiones suicidas tenían 4.6 veces más posibilidades de tener alguna conducta suicida en comparación con aquellas mujeres que no tenían presente

este evento. Según el estudio esto quiere decir que las expresiones suicidas actúan como un evento de contagio en las personas. <sup>(22)</sup>

En relación a las actitudes hacia la conducta suicida en Nicaragua, los jóvenes nicaragüenses estuvieron en desacuerdo hacia las actitudes suicidas, se debe posiblemente a todas las normas generadas por la iglesia católica. También las actitudes hacia la conducta suicida fueron encontradas como normal y común en aquellos sujetos que tenían un amigo, familiar o conocido que ha pensado, intentado o llevo a cabo el acto suicida, se vuelven más permisivos también para aquellos que tienen sus propias ideas suicidas. También se encontró muy significativo que los sujetos con familiares suicidas, refieren que es una actitud impredecible y que está relacionada a problemas de salud mental. Por otra parte los sujetos manifestaron que el fenómeno del suicidio es un llanto por ayuda.

Actitudes relacionadas ante el suicidio hace mención:

- Conducta suicida: suicidio, intento e ideas suicidas.
- Expresiones suicidas: Gesticulaciones suicidas, deseo de morir (leves), idea suicida, planes suicidas y actitud suicida (severas). <sup>(17)</sup>

Las actitudes sociales frente al suicidio están cambiando, pero aun así pueden limitar el apoyo que se encuentra disponible. El silencio de los demás puede reforzar los sentimientos de estigma, vergüenza y de "diferencia". Si los demás se sienten avergonzados, incomodados o evasivos respecto al suicidio, uno puede llegar a sentirse intensamente aislado. La pérdida de alguien cercano produce un dolor y un duelo intensos. La pérdida de alguien por suicidio provoca con frecuencia distintas respuesta y emociones. El duelo tras una muerte por suicidio es prolongado. El estado de shock, el aislamiento social y el sentido de culpa son a menudo mayores y el elemento de elección plantea cuestionamientos dolorosos. <sup>(23)</sup>

## AFECTACIONES

La muerte siempre causa angustia y ansiedad, sobre todo, cuando es uno de nuestros seres queridos, independientemente del nivel o grado de cultura y conciencia que se tenga. El duelo, es la reacción psicológica que se da después de la muerte de un ser querido, por ejemplo: cuando la muerte se puede prever, como en los casos de enfermedades graves y fatales, se da un duelo anticipado, pero tanto en estos casos como en los de muerte repentina se dan dos niveles de vivencias impredecibles:

- El primer nivel es de impacto, de negación. Cuando decimos, “esto no puede ser, porque a él o a ella”, “porque me tenía que pasar a mí” entre otros. La ansiedad intensa es seguridad de mecanismos de negación, donde se experimenta una sensación de irrealidad.
- Luego pasa una fase o nivel de aceptación, acompañado de llanto copioso o control excesivo y que puede durar horas, días, meses y hasta años, presentando síntomas de depresión, preocupación por la imagen del muerte, tristeza, rabia, culpabilidad, sueños con la persona que murió y algún grado de insomnio.

El duelo también se puede volver una enfermedad y se le conoce en términos médicos como duelo patológico, aunque es considerado difícil de definir estrictamente, porque los síntomas son típicos de periodos largos de tiempo de duración, de dolor, desesperación, con exageración de síntomas de angustia y negación de lo ocurrido. También la hostilidad de lo sucedido y la culpabilidad de no haber hecho algo más por el ser querido, puede causar mayor dolor y predisponer a un duelo patológico. <sup>(21)</sup>

La pena es dolorosa y agotadora. No resulta siempre fácil decir cuándo puede haber llegado la hora de pedir ayuda. Puede elegir buscar ayuda si:

- continúa sintiéndose paralizado y vacío unos meses después de la muerte del ser querido.
- no puede dormir o sufre pesadillas.

- siente que no puede soportar los sentimientos intensos o sensaciones físicas como el agotamiento, la confusión, la ansiedad o pánico y la tensión crónica.
- se siente abrumado por los pensamientos y sentimientos que le han sobrevenido a causa de la muerte de un ser querido, como pueden ser la ira, el sentimiento de culpa o de rechazo.
- siente la necesidad de compartir su dolor pero no tiene a nadie con quién hacerlo.
- se mantiene constantemente activo para no sentir (por ej. trabajando todo el tiempo).
- constata que ha estado bebiendo o tomando drogas de forma excesiva.
- constata que se está preocupando o está pensando sobre el suicidio el mismo.
- tiene miedo porque las personas que le rodean son vulnerables y no pueden hacer nada frente a su dolor. <sup>(23)</sup>

En otro estudio realizado por el Dr. Herrera en Nicaragua a través de entrevistas a profundidad a mujeres que habían intentado suicidarse, encontró cuatro categorías importantes cualitativas.

1. Condiciones estructurales adversas, como por ejemplo: las inequidades sociales, la carencia de normas y valores en la sociedad y la fracturación en la estructura familiar.
2. Los eventos negativos en la vida, entre ellos, los conflictos en las familias, abuso sexual en la niñez, violencia, los duelos en las familias y el contagio social por conducta suicida.
3. Problemas emocionales serios en la vida de los jóvenes, por ejemplo: tema de vergüenza por humillaciones constantes que los hace sentir culpables y que los empuja hacia un sentimiento de ambigüedad, acompañado de

sentimientos de rechazo que los hace sentir impotentes, indefensos y miserables y a esto se le agrega el amor caprichoso que el Dr. Herrera lo describe como la sensación de pasión y amor hacia alguien inalcanzable, que generalmente comienza con un sentir de pasión, amor y celos hacia uno mismo.

4. Las acciones tomadas por los jóvenes es debido a la falta de capacidad para resolver los problemas, encontrando pocas posibilidades de escoger y finalmente terminando suicidándose.

El efecto que tiene el suicidio en la comunidad y en las familias, es de contagio porque estos no buscan ayuda profesional. <sup>(24)</sup>

Dentro de las afectaciones psicológicas se encuentran:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **FACTORES PSICOLÓGICOS**

Estos factores psicológicos influyen no solo en la personalidad y las constelaciones psicosomáticas del individuo, sino también las motivaciones de su comportamiento suicida. La acción suicida del individuo quiere dar a entender las presiones y tensiones interiores y satisfacer necesidades internas (lo típico es que esto ocurra después de haber sufrido la pérdida de un ser querido, o que se sienta incapaz de hacer trabajo alguno). Su estado anímico de depresión, retraimiento, agotamiento físico y emocional; puede presentarse como necesidad de explicación y penitencia por su sentimiento de culpa. Se observan síntomas de dependencia frustrada, hostilidad y agresividad; tal vez por la repulsión sentida o masoquismo.<sup>(5)</sup>

El aprendizaje juega un papel fundamental en la conducta agresiva. Seres humanos y animales pueden aprender a evitar reaccionar de forma agresiva ante situaciones que originan una respuesta hostil, y pueden de forma paralela actuar de manera agresiva frente a situaciones que no provocan violencia.<sup>(11)</sup>

## VII. Diseño metodológico.

**Tipo de estudio:** El estudio es descriptivo de corte transversal.

**Área de estudio:** La comunidad “La palmerita” pertenece al poblado de los Terreros (Terrero #5) municipio de Malpaisillo, Departamento de León-Nicaragua. Con una distancia de León a Malpaisillo de 47 Km (Carretera asfaltada) y de Malpaisillo a la Comunidad de 12 Km (Camino de tierra). Se encuentra sobre una llanura, a 600 mts/Sobre el nivel del mar. Clasificada como una zona sin riesgo para el asentamiento humano. (Datos según INITER). La comunidad abarca 700 manzanas, de estas 123 manzanas no son apropiadas para la agricultura, debido a la profundidad del suelo que es arcilloso. También consta de aproximadamente 525 hectáreas, Con una población de 600 habitantes. El 40% de la población se dedica a las labores agrícolas y el resto a la economía de patio.

**Universo:** Son todas las personas residentes en la comunidad “La Palmerita”.

**Población:** Los 149 Habitantes entre 20-50 años de edad, de la comunidad “La Palmerita”, Municipio de Malpaisillo.

**Muestra:** 32 habitantes de las edades entre 20-50 años, de la comunidad “La Palmerita”, Municipio de Malpaisillo.

**Tipo de muestreo:** Aleatorio simple por conglomerado. Se utilizo el censo brindado por el Moviendo de Mujeres María Elena Cuadra, para obtener los datos cuantitativos se selecciono a todas las personas de 20-50 años, luego ubicamos los nombres de las personas entre las edades de 20-50 años en una caja y al azar se seleccionó a una persona por familia. Siendo este representativo para nuestro estudio.

### **Criterios de inclusión para la muestra:**

- ❖ Que sean habitantes de la comunidad “La Palmerita”, Municipio de Malpaisillo.
- ❖ Que tenga la edad entre 20-50 años.
- ❖ Que estén dispuestos a colaborar en el estudio.

### **Criterios de exclusión para la muestra:**

- ❖ Que no sean habitantes de la comunidad “La Palmerita”, Municipio de Malpaisillo.
- ❖ Que no tenga la edad entre 20-50 años.
- ❖ Que no estén dispuestos a colaborar en el estudio.

**Procedimiento de recolección de datos:** Inicialmente se solicitó la autorización de los y las habitantes de la comunidad para llevar a cabo el estudio, luego se les dió una explicación del objetivo del estudio a los habitantes seleccionados y posteriormente se les solicito que respondieran:

- a) Un cuestionario que evalúa la actitud que los individuos tienen ante el suicidio. (ATTS)
- b) El Test que evalúa patrones de síntomas de suicidio presentes en individuos. (SCL90-R)

**Método de recopilación de datos:** Para la recopilación de los datos se utilizo:

**A) Cuestionario ATTS** (Actitudes Relacionadas al Suicidio). Las preguntas del cuestionario fueron desarrolladas para medir actitudes hacia el suicidio. Este instrumento consiste de tres secciones principales: primero, contacto con problemas suicidas (la posibilidad de formular ideas, proyectos, intentados y completados el suicidio); segundo, actitudes multidimensional; y tercero, la propia satisfacción de vida así como el comportamiento suicida. La sección sobre el propio comportamiento suicida (expresiones) incluye preguntas como:

- 1 ¿Alguna vez ha sentido usted que no merecía vivir?

2. ¿Alguna vez ha lamentado usted no estuviera muerto, por ejemplo que usted podría ir a dormir y no despertarse?
3. ¿Alguna vez ha pensado usted tomar su vida, incluso si usted realmente no lo haría?
4. ¿Alguna vez ha alcanzado usted el punto dónde usted seriamente pensó tomar su vida, o quizás hizo proyectos como usted iría sobre hacerlo?
5. ¿Alguna vez ha hecho usted una tentativa de tomar su propia vida?

**B) Test SCL90-R** que evalúa patrones de síntomas de suicidio presentes en individuos, cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
  - 2) Obsesiones y compulsiones ( OBS)
  - 3) Sensitividad interpersonal ( SI)
  - 4) Depresión ( DEP)
  - 5) Ansiedad (ANS)
  - 6) Hostilidad (HOS)
  - 7) Ansiedad fóbica ( FOB)
  - 8) Ideación paranoide ( PAR)
  - 9) Psicoticismo (PSIC).
- 
- 1) Índice global de severidad ( IGS)
  - 2) Índice positivo de Malestar ( PSDI)
  - 3) Total de síntomas positivos ( TP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este

índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

**Plan de análisis:** Se analizó la información haciendo uso del procedimiento propuesto por:

**a)** El cuestionario ATTS que evalúa la actitud que los individuos tienen ante el suicidio, el cual se evalúa de la siguiente manera: de acuerdo al contacto con el problema del suicidio se saca la frecuencia de cada uno de los indicadores en las cuatro preguntas que corresponden a este acápite. Referente a la actitud se categoriza cada pregunta como positiva o negativa, se hace un corte, todas aquellas personas que responden de 0-20 toman un valor de inadecuado ante el suicidio y de 20-50 toman un valor de adecuado ante el suicidio. Aquellas preguntas con respuesta positiva se le dará el valor de 1 y aquellas preguntas con respuestas negativas se le dará el valor de 0, esto según criterio clínico, luego se suma dando así un resultado del nivel de actitud.

**b)** El Test que evalúa patrones de síntomas de suicidio presentes en individuos. El cual se evalúa de la siguiente manera:

1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.

2) Se suman los valores asignados a cada ítem y se divide ese total por el número de ítems respondidos.

3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).

4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.

5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

Además utilizamos para el plan de análisis de ambos instrumentos el programa SPSS-12.

**Control de sesgo:** Para garantizar la confiabilidad de nuestro estudio, tomamos en cuenta algunas medidas como:

Sesgos	Control de sesgos
Que la población en estudio no entienda como responder a los test.	Explicar las instrucciones de los test, para que los participantes de nuestro estudio quedaran claros.
Que la población no asista a la casa base donde se realizara la aplicación de los test de este estudio.	La realización de los test se realizo casa a casa, procurando no interferir en sus quehaceres.
Que el material a utilizar no esté en tiempo y forma.	Garantizar el material a utilizar, previendo instrumentos adicionales en caso de errores.
Si la población en estudio fuese analfabeta.	Se adecuo el test SCL90-R y el cuestionario ATTS donde se leyó cada uno de los ítems en voz alta, para que las personas seleccionadas pudiesen participar en este estudio.

### **Consideraciones éticas:**

- ❖ Se solicito la participación a cada habitante de la comunidad La Palmerita con amabilidad, cortesía y respeto.
- ❖ Se solicito autorización para la realización del estudio a los y las líderes de la comunidad.
- ❖ Se garantizo responsabilidad en la aplicación del test.
- ❖ Se garantizo a los participantes discreción y confiabilidad de la información obtenida.
- ❖ El estudio no ocasiono ningún daño físico o psicológico a los participantes.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Método
D A T O S  S O C I O D E M O G R A F I C O S	Es un conjunto de datos propios de cada sujeto en el cual se especifica cada individuo.	Edad	20-30 31-40 41-50 años.	CUESTIONARIO ATTS
		Sexo	Femenino, masculino.	
		Procedencia	Urbana, rural.	
		Estado civil	Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Separado (a) En pareja	
		Educación	Primaria completa o incompleta. Secundaria completa o incompleta. Terciario incompleta o universidad completa.	
		Contacto con el problema del suicidio	Nunca, Alguna vez, Frecuentemente, No aplicable, No, Si.	
Actitud	Creencia o sentimiento de una persona que determina su predisposición a valorar favorable o desfavorablemente los objetos y sujetos que la rodean y que, por lo tanto, influye en su comportamiento. La integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre si.		Muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, muy en desacuerdo.	

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Método
A F E C T A C I O N E S	Manifestaciones de daños que pueden producirse como efecto de la presencia de un trastorno.	Somatizaciones	Nada, Muy poco, Poco, Bastante, Mucho.	TEST SCL90-R
		Obsesiones y compulsiones	Nada, Muy poco, Poco, Bastante, Mucho.	
		Sensitividad interpersonal	Nada, Muy poco, Poco, Bastante, Mucho.	
		Depresión	Nada, Muy poco, Poco, Bastante, Mucho.	
		Ansiedad	Nada, Muy poco, Poco, Bastante, Mucho.	
		Hostilidad:	Nada, Muy poco, Poco, Bastante, Mucho.	
		Ansiedad fóbica	Nada, Muy poco, Poco, Bastante, Mucho.	
		Ideación paranoide	Nada, Muy poco, Poco, Bastante, Mucho.	
		Psicoticismo:	Nada, Muy poco, Poco, Bastante, Mucho.	

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS

### Datos Sociodemográficos

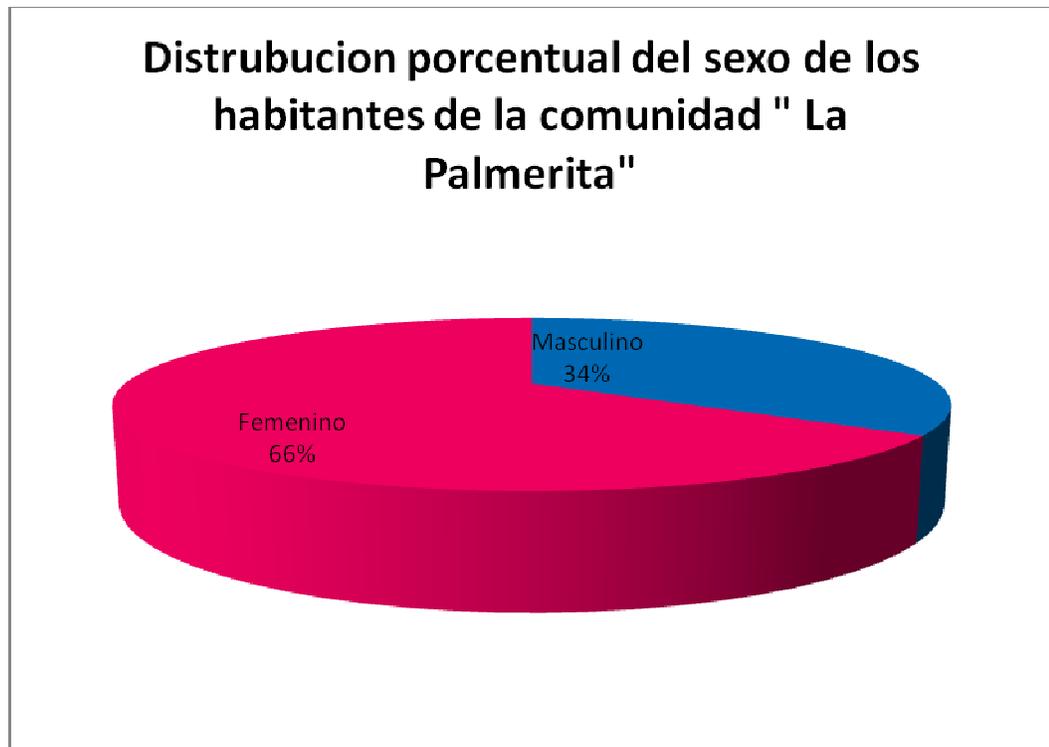
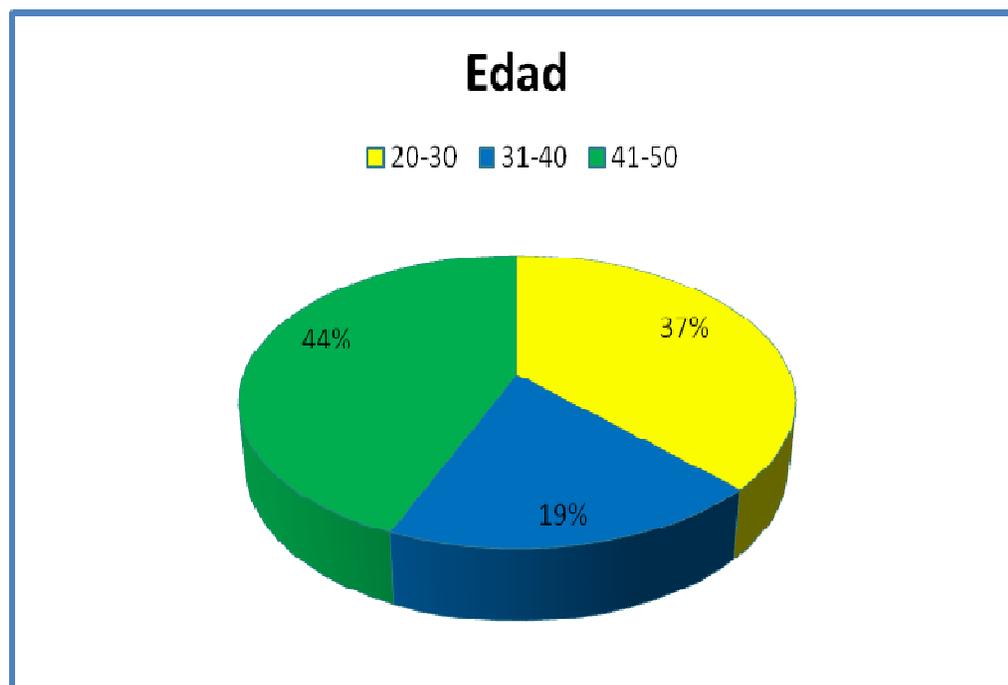


Grafico N°1

Fuente: Cuestionario de actitud ante el suicidio.

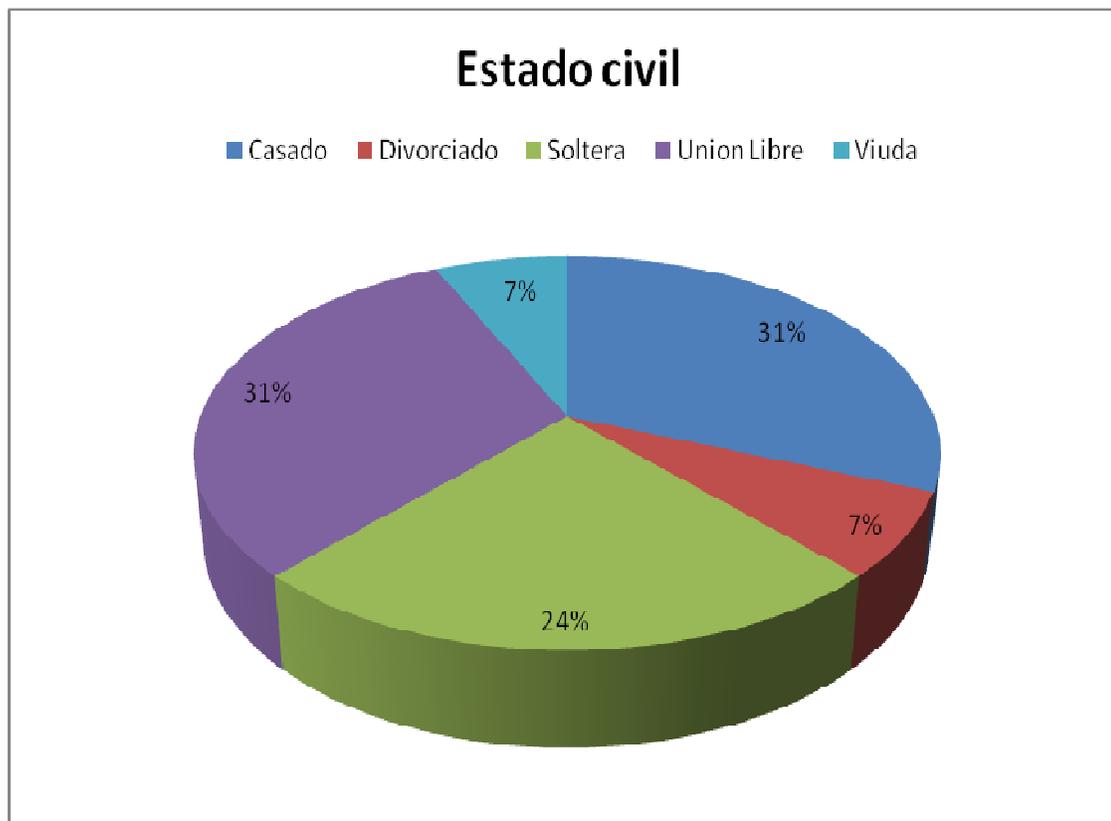
El 34 % de la población encuestada es de sexo masculino y con mayor porcentaje se encuentra el sexo femenino equivalente al 66% de la población encuestada.



**Grafico N°2**

**Fuente:** Cuestionario de actitud ante el suicidio.

**La mayoría de la población encuestada oscila entre 41-50 años de edad, con un porcentaje de 44%, siguiéndoles el 37% con las edades comprendidas de 20-30 años, seguida de un 19% de las edades 31-40 años.**



**Grafico N°3**

**Fuente: Cuestionario de actitud ante el suicidio.**

**El 31% de la población encuestada son casadas/os, con el mismo porcentaje los de union libre, el 24% es soltero/a, y por último con el 7% se encuentran divorciados y viudos/as.**

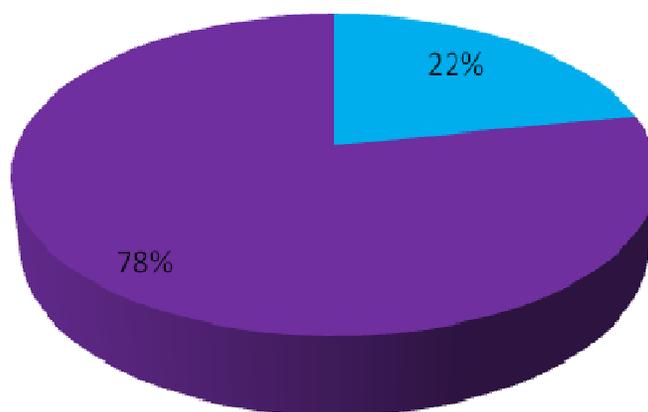
## **CUESTIONARIO ACTITUDES RELACIONADAS AL SUICIDIO (ATTS).**

Aplicamos este instrumento con el propósito de identificar las actitudes de esta población en relación al suicidio.

Los resultados de este instrumento son:

### **Actitud Ante el Suicidio**

■ Actitud negativa    ■ Actitud positiva leve



**Gráfico N°4**

**Fuente: Cuestionario de actitud ante el suicidio**

**Con respecto a la actitud que tiene la población ante el suicidio, los resultados indican que el 78% de la población encuestada presenta una actitud positiva leve ante el suicidio y el 22% presenta una actitud negativa.**

Referente a la pregunta, ¿Tus padres/madre, hermanos/as, hijos/as, compañeros/as, otros familiares, amigos/as, compañeros/as de trabajo u otros han intentado suicidarse?

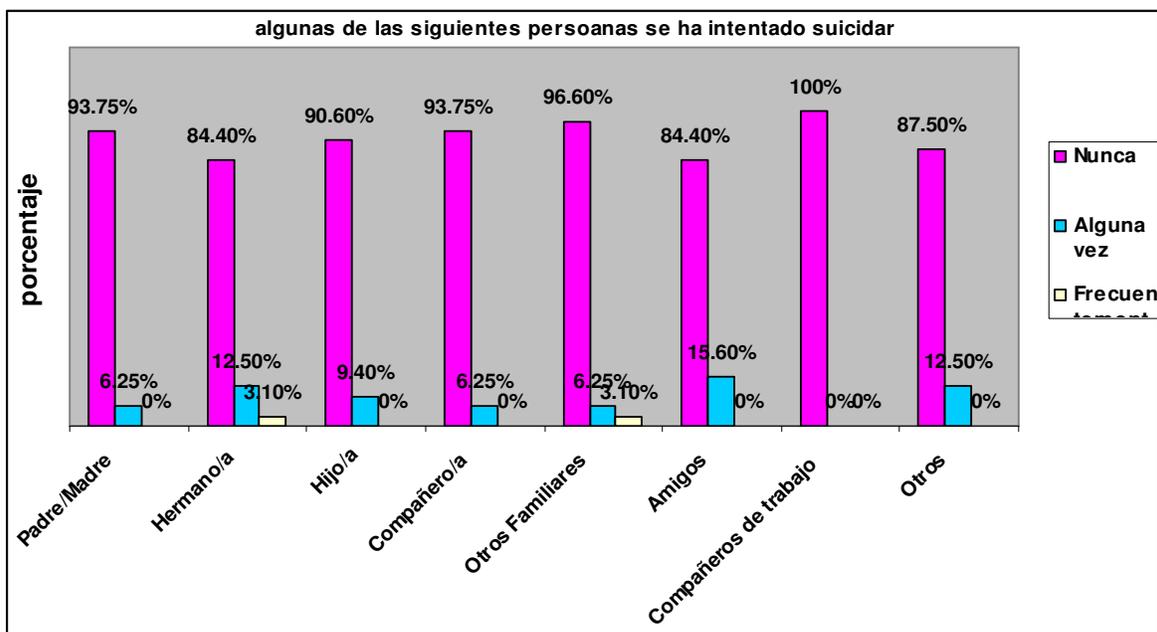


Grafico N°5

Fuente: Cuestionario de actitud ante el suicidio

El 93.75% de la población encuestada hace referencia a que nunca sus padres y compañeros han intentado suicidarse, el 6.25% dicen que alguna vez si lo intentaron; el 84.4% refieren que nunca sus hermanos y amigos lo han intentado, el 12.5% refieren que sus hermanos han intentado alguna vez y el 15.6% que sus amigos lo han intentado alguna vez; el 90.6% refieren que nunca sus hijos y otros familiares nunca han lo han intentado, el 9.4% refieren que sus hijos si lo han intentado alguna vez, el 6.25% que otros familiares lo han intentado alguna vez y el 3.1% que otros familiares lo intentaron frecuentemente; el 100% refieren que compañeros de trabajos nunca lo han intentado; el 87.5% refieren que otros nunca lo han intentado y el 12.5% refieren que otros lo han intentado alguna vez.

Referente a la pregunta,

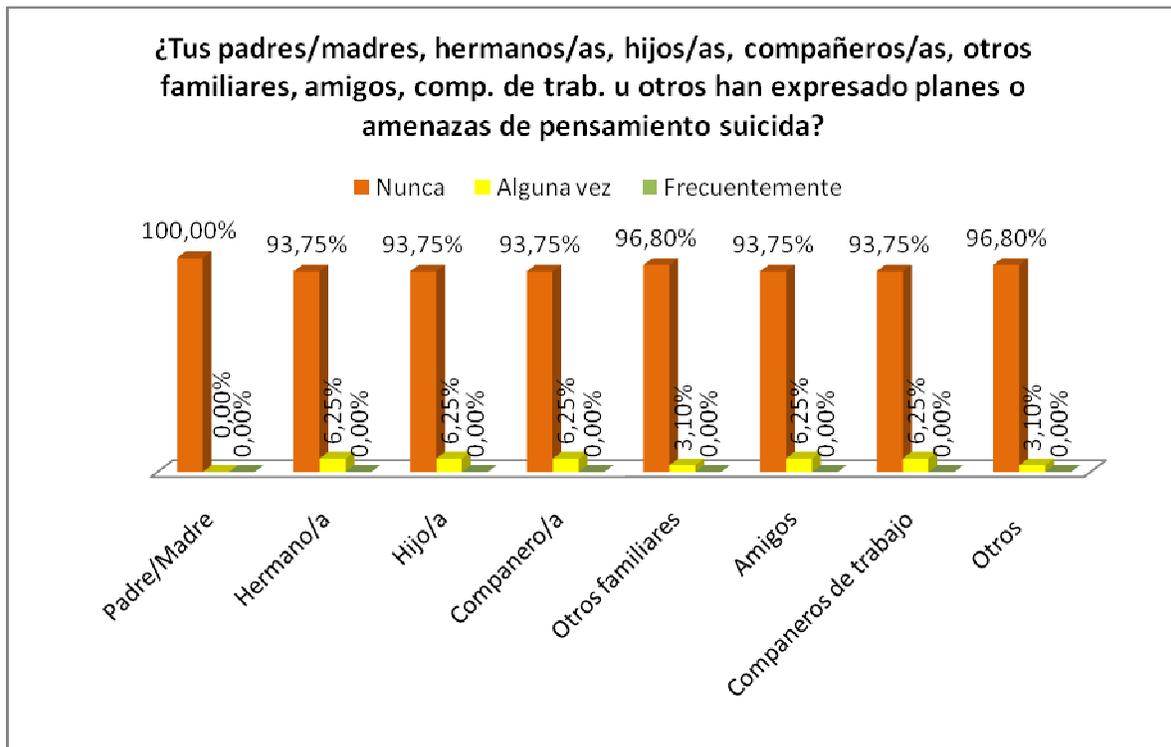
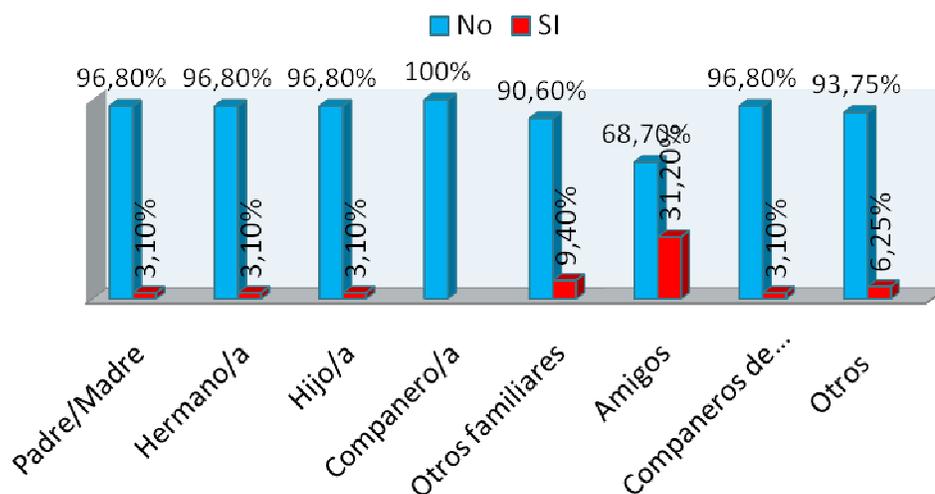


Gráfico N°6

Fuente: Cuestionario de actitud ante el suicidio

El 100% de la población encuestada refiere que nunca sus padres han expresado planes o amenazas suicidas; el 93.75% refiere que sus hermanos, hijos, compañeros, amigos y compañeros de trabajo nunca lo han expresado, el 6.25% refiere que sus hermanos, hijos, compañeros, amigos y compañeros de trabajo lo han expresado alguna vez; el 96.8% refiere que otros familiares y otros nunca lo han expresado y el 3.1% que si alguna vez lo han expresado.

**En este momento conoce alguna persona a su alrededor que tenga pensamiento suicida?**



**Grafico N°7**

Fuente: Cuestionario de actitud ante el suicido

El 100% de la población encuestada refiere que en este momento no saben si sus padres, hermanos, otros familiares, amigos y compañeros de trabajo tengan pensamiento suicida, el 93.75% no saben si hijo y otros tengan pensamiento suicida, el 6.25% refieren que si conocen; y el 96.8% no saben que sus compañeros tengan pensamientos suicidas y el 3.1% refiere que si sabe.

¿Se ha suicidado alguna de las siguientes personas tus padres/madre, hermanos/as, hijos/as, compañeros/as, otros familiares, amigos/as, compañeros/as de trabajo u otros?

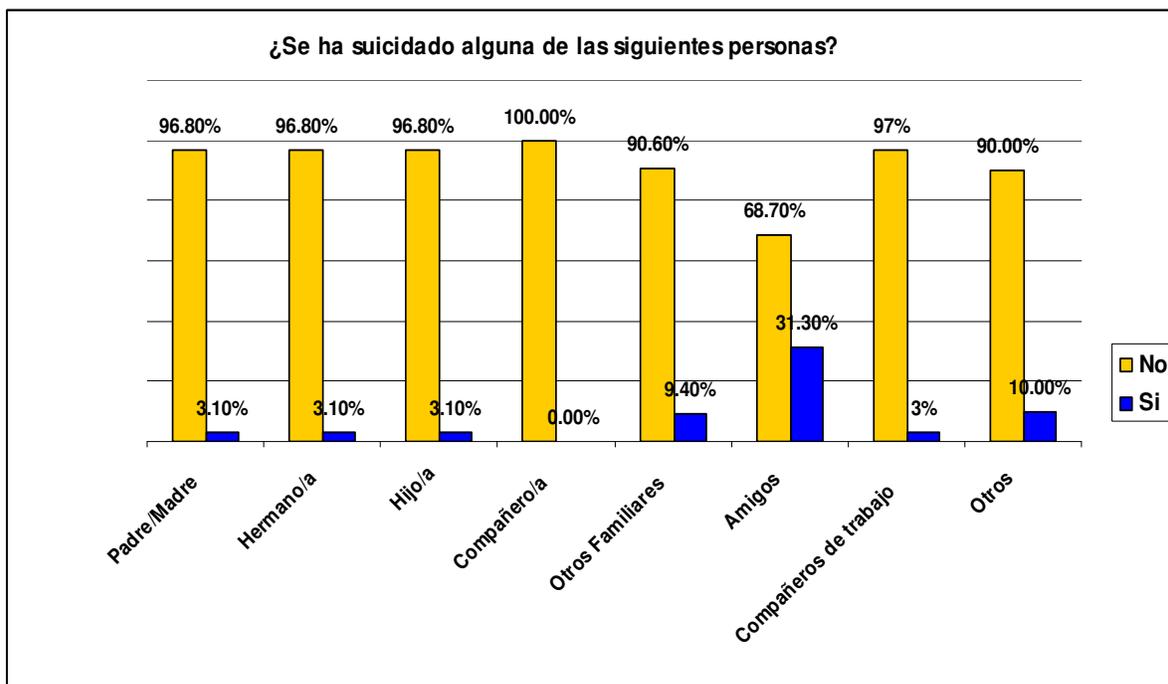


Grafico N°8

Fuente: Cuestionario de actitud ante el suicidio

El 96.8% refiere que sus padres, hermanos, hijos, compañeros de trabajo no se han suicidado, el 3.1% refiere que si su padre, hermano, hijo y compañero si lo ha hecho; el 100% refieren que sus compañeros no se han suicidado; el 90.6% refieren que otros familiares no lo han hecho, el 9.4% refiere que sí; el 68.7% refiere que sus amigos no lo han hecho, el 31.2% refiere que sus amigos han muerto por suicidio.

En la pregunta:

**Todos moriremos tarde o temprano. indique cual de las sig. formas desearia**

■ Enfermedad ■ Accidente ■ Suicidio ■ Vejez ■ Homicidio

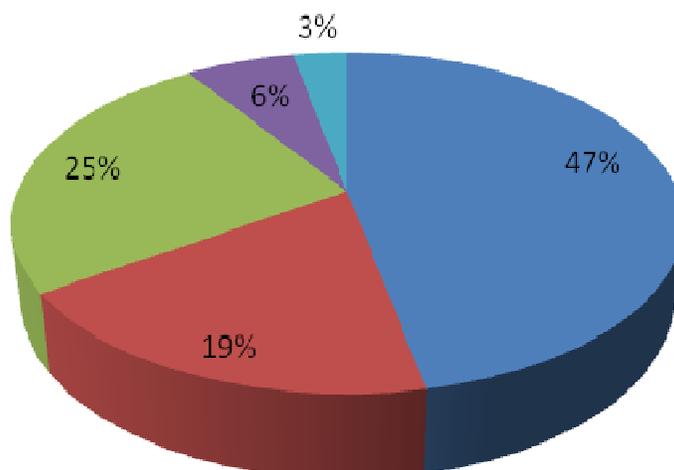


Gráfico N°9

Fuente: Cuestionario de actitud ante el suicido

El 47% de las personas encuestadas refieren que preferirían morir por enfermedad, el 25% refieren que por suicidio, el 19% por accidente, el 6% por vejez y el 3% por homicidio.

### Segun su opinion, En que ocasiones piensa ud. que el suicidio debe ser prevenido?

- En todos los casos
- En algunos casos si, en otros no
- En ningun caso, si alguien quiere suicidarse, nadie, incluyendo los servicios medicos, tienen derecho a impedirlo

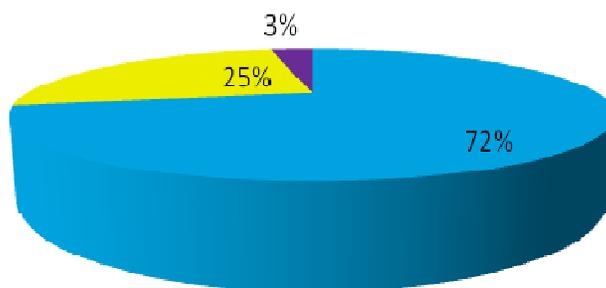


Grafico N°10

Fuente: Cuestionario de actitud ante el suicidio

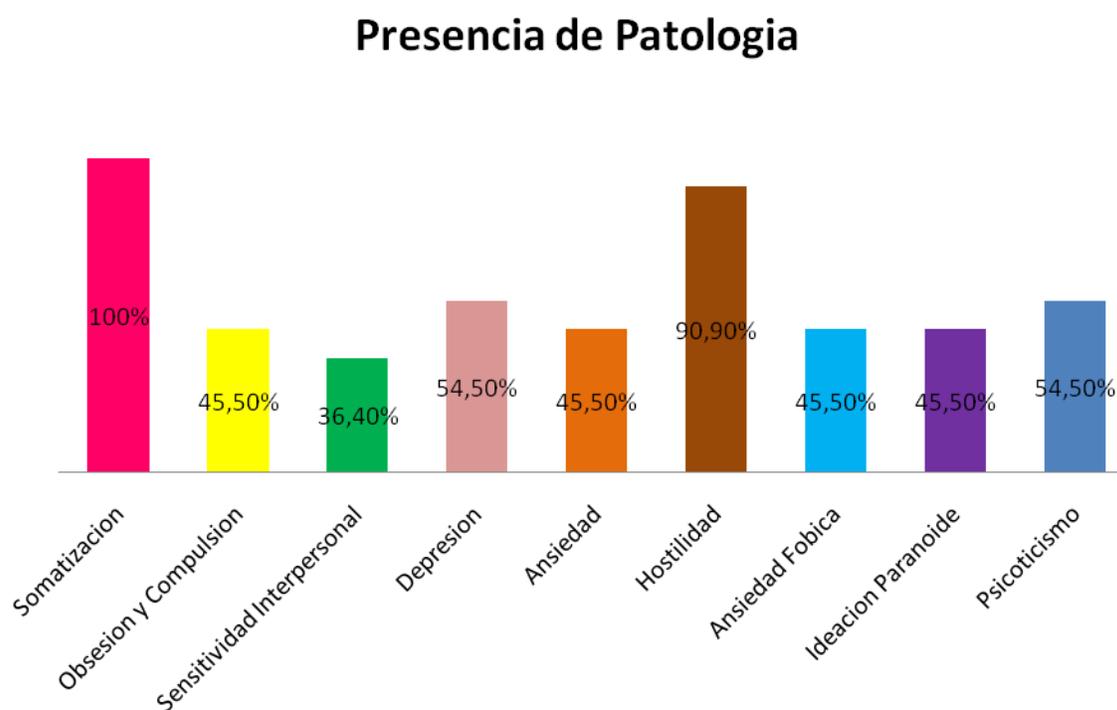
**El 72% de la población encuestada refiere que según su opinión el suicidio debería ser prevenido en todos los casos, el 25% refiere que en algunos casos y en otros no y el 3% refiere que en ningún caso nadie tiene derecho a impedir el acto.**

## INVENTARIO DE SINTOMAS SCL-90-R DE L. DEROGATIS

Aplicamos este instrumento con el propósito de indagar los patrones de síntomas presentes en individuos.

Los resultados de este instrumento son:

### DIMENSIONES PRIMARIAS EN RELACION A LOS HOMBRES



**Grafico N°11**

**Fuente: Test SCL90-R**

1. **Somatizaciones:** Se encontró que el 100% de los hombres que representan el 34% de la población encuestada, tienen presencia de síntomas en donde la persona percibe estos malestares relacionadas con diferentes disfunciones corporales.

2. **Obsesiones y Compulsiones:** Se encontró que el 45.50% de la población masculina tienen presencia de síntomas de pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

3. **Sensitividad Interpersonal:** Se encontró que el 36.40% del género masculino tienen presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

4. **Depresión:** El 54.50% de la población masculina, muestra la presencia de manifestaciones clínicas como: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas.

5. **Ansiedad:** Evalúa la presencia de signos generales tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos. Encontramos que el 45.50% de la población masculina tienen presencia de estos síntomas.

6. **Hostilidad:** Hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. Se encontró que el 90.90% de los hombres tienen presencia de estos síntomas.

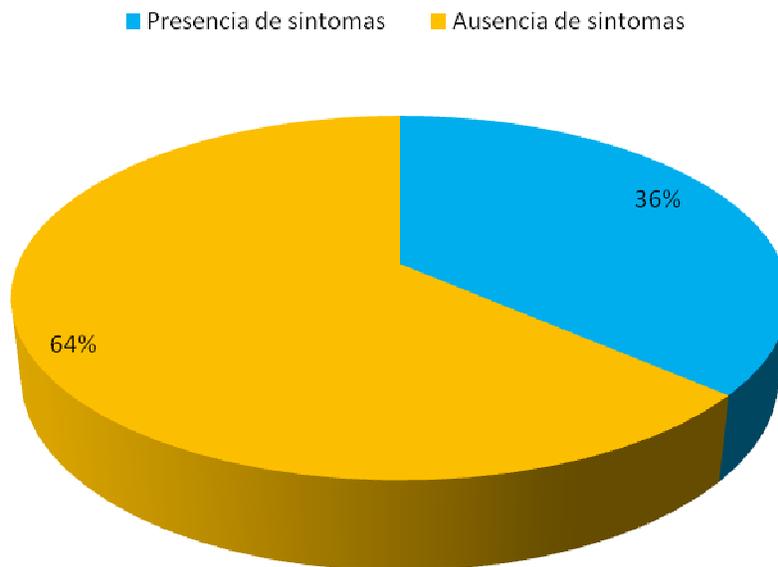
7. **Ansiedad Fóbica:** Se encontró que el 45.50% de la población masculina tienen una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que lo provoca.

8. **Ideación Paranoide:** Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desordenes del pensamiento. El 45.50% de los hombres presentan signos de pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

9. **Psicoticismo:** Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. Según el instrumento encontramos que el 54.50% de los hombres

## INDICES GLOBALES

### Indice de Severidad Global en hombres



Fuente: Test SCL90-R  
Gráfico N°12

El 36% de los hombres tienen presencia de síntomas de severidad global, lo que indica el nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido y el 64% restante no presenta síntomas de severidad global.

## Sintomas Positivos en hombres

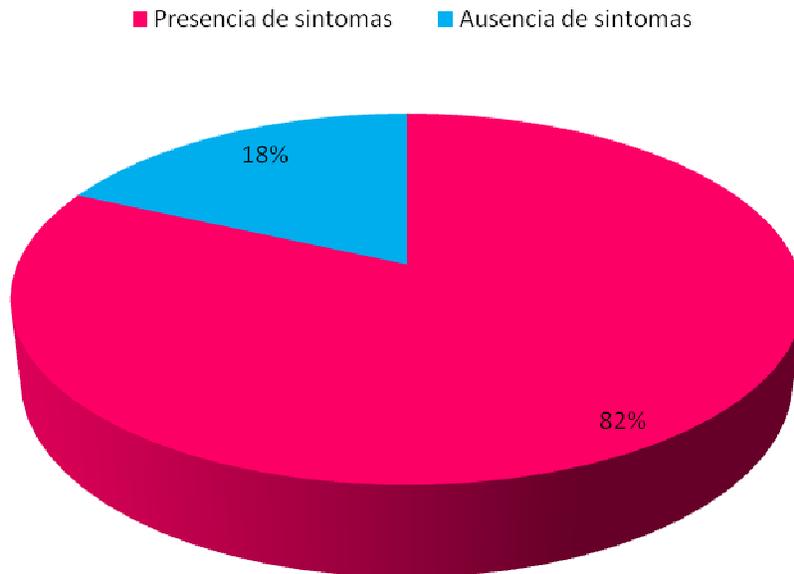


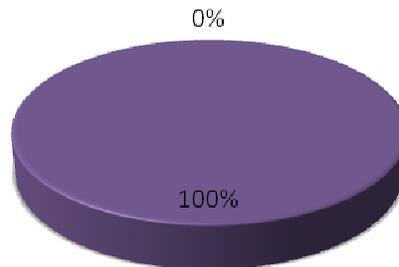
Grafico N°13

Fuente: Test SCL90-R

El 82% de los hombres tienen presencia de síntomas positivos, lo que se considera como indicadores de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (Imagen positiva) y el 18% restante no presenta síntomas positivos.

## Malestar Sintomatico Positivo en Hombres

■ Presencia de malestares   ■ Ausencia de malestares



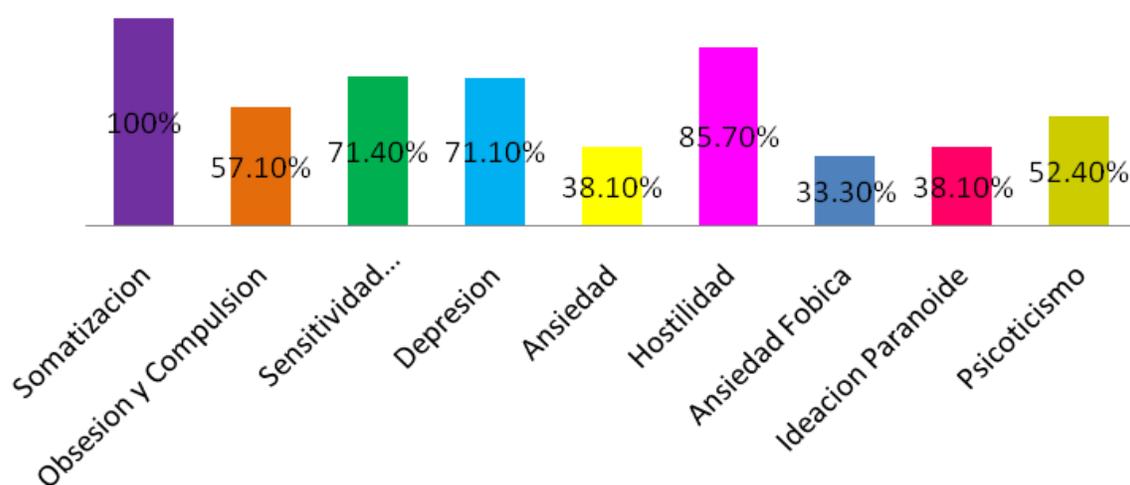
**Gráfico N°14**

**Fuente: Test SCL90-R**

**El 100% de los hombres tienen presencia de malestares sintomáticos positivos que indica si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan.**

## DIMENSIONES PRIMARIAS EN RELACION A LAS MUJERES

### Presencia de Patología



**Grafico N°15**

Fuente: test SCL90-R

**1. Somatizaciones:** Se encontró que el 100% de las mujeres que representan el 66% de la población encuestada, tienen presencia de síntomas en donde la persona percibe estos malestares relacionadas con diferentes disfunciones corporales.

**2. Obsesiones y Compulsiones:** Se encontró que el 57.10% de la población femenina tienen presencia de síntomas de pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

**3. Sensitividad Interpersonal:** Se encontró que el 71.40% del género femenino tienen presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

**4. Depresión:** El 71.10% de la población femenina, muestra la presencia de manifestaciones clínicas como: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas.

**5. Ansiedad:** Evalúa la presencia de signos generales tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos. Encontramos que el 38.10% de la población femenina tienen presencia de estos síntomas.

**6. Hostilidad:** Hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. Se encontró que el 85.70% de la población femenina tienen presencia de estos síntomas.

**7. Ansiedad Fóbica:** Se encontró que el 33.30% de la población femenina tienen una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que lo provoca.

**8. Ideación Paranoide:** Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desordenes del pensamiento. El 38.10% de las mujeres presentan signos de pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

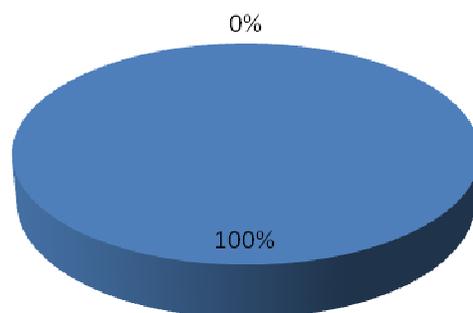
**9. Psicoticismo:** Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. Según el instrumento encontramos que el 52.40% de las mujeres presentan estos síntomas.

## INDICES GLOBALES

**El 100% de las mujeres tienen presencia de síntomas de severidad global, lo que indica el nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.**

### Indice de Severidad Global en Mujeres

■ Presencia de síntomas   ■ Ausencia de síntomas



**Gráfico N°16**

**Fuente: Test SCL90-R**

## Sintomas Positivos en Mujeres

■ Presencia de síntomas   ■ Ausencia de síntomas

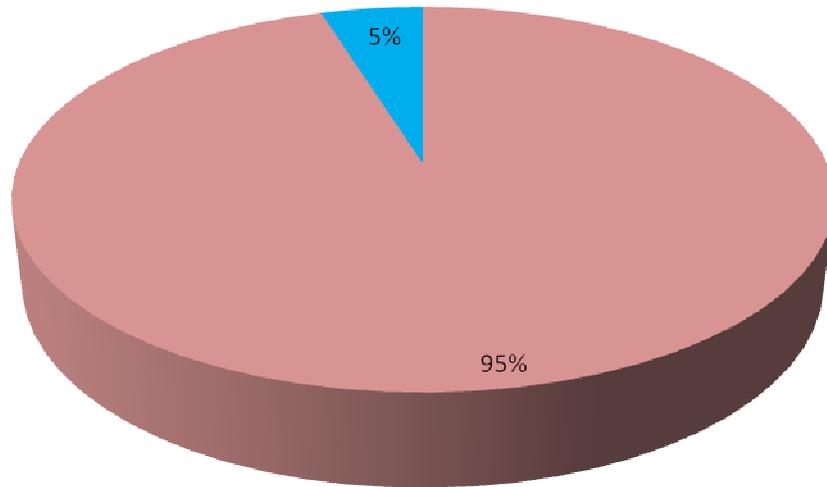


Grafico Nº17

Fuente: Test SCL90-R

**El 95% de las mujeres tienen presencia de síntomas positivos, lo que se considera como indicadores de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (Imagen positiva) y el 5% restante no presenta síntomas positivos.**

## Malestar Sintomático Positivo en Mujeres

■ Presencia de Malestares    ■ Ausencia de Malestares

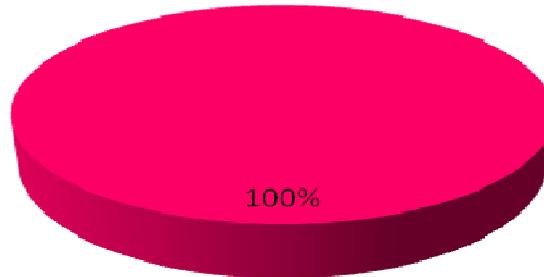


Gráfico N°18

Fuente: Test SCL90-R

El 100% de las mujeres tienen presencia de malestares sintomáticos positivos que indica si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan.

## IX. DISCUSION

Actualmente en la comunidad “La Palmerita” no se había realizado ningún estudio con objetivo de investigar actitudes ante el suicidio y sintomatología patológica.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, señala que el suicidio esta entre las tres causas principales de muerte entre las edades de 15-44 años. <sup>(16)</sup> En este estudio encontramos que los grupos en riesgo se encuentran entre las edades de 20-30 años y de 41 a 50 años. También se observo que el estado civil es un factor de riesgo, ya que según Paul Ballas hace mención que únicamente los casados no están propensos a cometer suicidio. <sup>(1)</sup> Por tanto el 38% de la población encuestada (solteros, divorciados y viudos) en este estudio están propensos a cometer suicidio por su estado civil.

La actitud que presentan los pobladores de la comunidad “La Palmerita” es una actitud positiva leve, lo cual quiere decir que se encuentran en riesgo de presentar ideas, planificar, intentar y hasta llevar a cabo el suicidio consumado, lo antes mencionado está asociado a la pobreza, hostilidad que presentan los pobladores ante sus vecinos y el acceso a satisfacer las necesidades básicas. Lo que indica que los pobladores están viendo el suicidio como la segunda causa de morir.

En relación a esto Durkheim, en su teoría acerca del suicidio hace énfasis en la influencia que tiene el ambiente en los individuos, independientemente de su individualidad donde es de gran importancia el grado de integración y regulación social de las personas. <sup>(1)</sup>

Otro aspecto a discutir en este estudio es el contacto que las personas encuestadas han tenido con individuos que han intentado o consumado el suicidio, debido que en este estudio encontramos que el 31.30% de la población tuvo amigos que se suicidaron y en relación a esto según el estudio (Heaven can wait) realizado por el Dr. Andrés Herrera indica que las personas que tenían un amigo o familiar cercano con expresiones suicidas tenían más posibilidades de

tener alguna conducta suicida en comparación con aquellas personas que no tenían presente este evento. Lo cual indica que estas expresiones suicidas actúan como un evento de contagio en las personas.<sup>(22)</sup>

El suicidio es un problema multifactorial, debido que una vez que se han roto las defensas psicológicas, es mayor la posibilidad de que la persona se deje vencer por la tensión emocional cuando esta aparece. Formando parte de los síntomas a reconocer en una persona con actitud positiva leve ante el suicidio, se encuentra la depresión, ansiedad y compulsión.<sup>(9)</sup> Esta teoría es acertada para nuestro estudio ya que los resultados arrojan que existe una fuerte presencia de estas sintomatologías patológicas en las personas en estudio, se puede decir que estos síntomas son como **“un grito de auxilio”**.

Es posible que estas personas sientan que el lugar que están habitando no lo vean como su hogar, debido a una inadecuada adaptación. También otro factor que influye es el aspecto económico y el desempleo e íntimamente relacionado con el deseo que están desarrollando ante su vida. Definitivamente el suicidio tiene gran influencia en la vida de las personas, produciendo un impacto en su vida, desarrollando afectaciones que se manifiestan a través de su comportamiento social, emocional y físico.

## X. CONCLUSION

Según los resultados concluimos que:

1. De acuerdo a los datos sociodemográficos se observo que el mayor porcentaje de la población encuestada corresponde al sexo femenino. Uno de los datos más relevantes entre las edades viene dependiendo del sexo y el estado civil de las personas, siendo otro factor que predispone a los pobladores de la comunidad para que desarrollen esta actitud positiva ante el suicidio.
2. De acuerdo a la Escala ATTS (Actitud ante el Suicidio) la actitud que tienen los pobladores de la comunidad la palmerita ante el suicidio es positiva leve, donde los habitantes de esta comunidad están viendo esta problemática como la segunda causa de morir.
3. Se observo un evidente desarrollo de sintomatología psicológica entre las cuales las más frecuentes son: Somatización, Hostilidad, Depresión, Sensitividad interpersonal, Obsesiones y Compulsiones, lo que nos indica que las afectaciones son vistas como normal, ya que la cultura y la inestabilidad económica viene siendo un factor determinante que los induce al suicido, lo que su comportamiento, actitud e incluso sus acciones van cambiando dependiendo de su estado emocional.

## XI. RECOMENDACIONES

### 1. Al MINSA:

- Identificar comunidades que estén en riesgo de desarrollar comportamiento suicida.
- Elaborar un plan estratégico dirigido a la actitud que presentan los pobladores de comunidades en riesgo.
- Capacitar al personal de atención médica, sobre el manejo de un paciente suicida y sus familiares.
- Crear una unidad de atención para el paciente suicida.

### 2. A la universidad (Escuela de Psicología):

- Extender sus áreas de prácticas profesionales en lugares rurales donde el acceso a la obtención de consultas psicológicas no es disponible.
- Elaborar una línea de base de casos con ideación e intento.
- Incluir en el pensul académico el abordaje a pacientes suicidas y también a sus familiares.

## VI. BIBLIOGRAFIA

1. Paul-Ballas, D.O. Dr. Tango, Inc. PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Department of Psychiatry Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia; 2004.
2. Pérez Barrero Sergio A. Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos. Ed. Hospital. Psiq.de la Habana; 2000.
3. Pérez Barrero, Sergio A. Lo que Usted debiera saber sobre Suicidio. Ed. Imagen Gráfica SA de CV; 1999.
4. Freud -Sigmund. "El malestar en la cultura". URKHEIM, Emilio. "El suicidio". Bs. As. Schapire Editor. .971 (3º edición). Enciclopedia Encarta 2001". Microsoft Corporation; 2000.
5. Farre Martí, Josep M. Enciclopedia de la Psicología. Barcelona, España. Editorial Océano; 2006.
6. S.G.F Brandon. Diccionario de las religiones comparadas. Volumen I. 1975.
7. Alarcon-Vidal. Psiquiatría. Argentina. Edit. Panamericana. 1986.
8. Cáceres J. Gili –Gustavo. Diccionario ideológico de lengua española ED. LA.ED. 4ª REIMP Barcelona 1954.
9. American Association of Suicidology; American Foundation for Suicide Prevention; International Association for Suicide Prevention; National Institute of Mental Health; National strategy for Suicide Prevention, y Organización Mundial de la Salud.
10. Molina C. Eudilia. Depresión y suicidio. 1ra. Edición. Managua: Fondo editorial CIRA, 2000.

11. Urkheim, Emilio. El suicidio. Bs. As. Schapire editor. 971(3ª edición) Enciclopedia Encarta 2001. Microsoft Corporation. 2000.
12. Pérez Barrero Sergio A. El Suicidio. Comportamiento y Prevención. Ed. Oriente. Santiago de Cuba; 1997.
13. Durkheim Emile. El suicidio. 1ª edición. Premia editora S.A. México; 1986.
14. Páez Darío. Salud Mental y Factores Psicosociales. Editorial Fundamentos. Madrid España 1986.
15. Meléndez Darce, Ana Cristian. Vigilancia Epidemiológica. Universidad Nacional Autónoma. UNAN León, Managua, Nicaragua C. A. 2006
16. Medina Aguirre, Lesly. Periódico La Prensa, Managua 12 de Agosto del 2007.
17. Herrera A., Caldera T., Kullgren G., Peña R., & Salander Renberg, E. Attitudes towards suicide among young people in Nicaragua: A community based study. Submitted manuscript; 2006. (41): 692-697.
18. Rivadeneyra, Y. & Villareal, D. El suicidio escape ante un vacío existencial; *Criterio*, 2(51), pp.10; 2006.
19. Allport, G.W.; *Attitudes*. En Handbook of Social Psychology, Worcester, Mass: Clark University Press, 1935.
20. Urraca Martínez, Salvador; *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad*; Tesis doctoral, 1982.
21. Molina C. Eudilia. Psicología Familiar. 2da. Edición. Managua: Fondo editorial CIRA, 2000.
22. Herrera, Andrés. Heaven can wait. Studies on suicidal behaviour among Young people. Umea university medical dissertations. 2006.

23. Kate Hill, Keith Hawton, Aslog Malmberg y Sue Simkin. El duelo por el suicidio de un ser querido. Reproducido con la autorización de The Royal College of Psychiatrists. 1997. (sitio en internet). Disponible en:<http://www.befrienders.org/int/spanish/index.asp>. Consultado el 25 de Noviembre del 2009.
24. Herrera, Andres, Dahlblom k., Dahlgren L., Kullgren G. Pathways to suicidal behaviour among adolescent girls in Nicaragua. 2006. (62): 805-814.

# ANEXOS

SCL-90-R.

Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.

Prof. M.M. Casullo.

**Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.**

**SCL-90-R**

**L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.**

**Nombre..... Edad:..... Fecha de hoy:**

.....

*Marcar con una cruz las opciones que correspondan*

**Sexo:**

Mujer

Varón

**Educación:**

Primario incompleto

Secundario incompleto

Terciario incompleto

Primario completo

Secundario completo

Terciario/universitario completo

**Estado civil:**

Soltero

Divorciado

Viudo/a

Casado

Separado

En pareja

**Ocupación:** .....

**Lugar de nacimiento:** .....

**Lugar de residencia actual:** .....

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.**

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.
9. Tener dificultad para memorizar cosas.
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.
12. Dolores en el pecho.
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.
14. Sentirme con muy pocas energías.
15. Pensar en quitarme la vida.
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.
17. Temblores en mi cuerpo.
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.
19. No tener ganas de comer.
20. Llorar por cualquier cosa.
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.
23. Asustarme de repente sin razón alguna.
24. Explotar y no poder controlarme.
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.
27. Dolores en la espalda.
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
29. Sentirme solo/a.
30. Sentirme triste.
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.
32. No tener interés por nada.
33. Tener miedos.
34. Sentirme herido en mis sentimientos.
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.
36. Sentir que no me comprenden.
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.

40. Náuseas o dolor de estómago.
41. Sentirme inferior a los demás.
42. Calambres en manos, brazos o piernas.
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.
44. Tener problemas para dormirme.
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.
46. Tener dificultades para tomar decisiones.
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.
48. Tener dificultades para respirar bien.
49. Ataques de frío o de calor.
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.
51. Sentir que mi mente queda en blanco.
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
53. Tener un nudo en la garganta.
54. Perder las esperanzas en el futuro.
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados
59. Pensar que me estoy por morir.
60. Comer demasiado.
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.
67. Necesitar romper o destrozar cosas.
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
74. Meterme muy seguido en discusiones.
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
79. Sentirme un/a inútil.
80. Sentir que algo malo me va a pasar.
81. Gritar o tirar cosas.
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.

86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
89. Sentirme culpable.
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.