

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN – León

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Investigación en Demografía y Salud - CIDS

Unidad de Salud Mental



Tesis para optar al Título Médico y Cirujano

Tema: Factores asociados en pacientes entre las edades de 10 – 50 años, ingresados con intento de suicidio al hospital Victoria Motta del área urbana del municipio de Jinotega en el periodo de Enero 2003 a Diciembre de 2005

**Autores: Ana Marisol Meléndez Aguirre
Gerardo Antonio Mejía García**

Tutor: Andrés Herrera Rodríguez. MD. MPH

León 23 de Junio del 2006

“ A la Libertad por la Universidad”

INDICE

Pag.

- Dedicatoria	
- Agradecimientos	
- Resumen	
I- Introducción -----	1
II- Antecedentes -----	4
III- Justificación -----	8
IV- Hipótesis-----	9
V- Planteamiento del problema-----	10
VI- Objetivos-----	11
VII- Marco teórico-----	12
VIII- Diseño metodológico-----	25
IX- Resultados-----	33
X- Discusión de resultados-----	39
XI- Conclusiones-----	42
XII- Recomendaciones-----	43
XIII- Bibliografía-----	47
XIV- Anexos-----	52

DEDICATORIA

Dedicamos nuestro trabajo a DIOS por bendecirnos y darnos fuerza para seguir adelante y ser cada día mejores.

A nuestros padres por su apoyo incondicional que brindan día a día.

A todos aquellos que participaron en nuestro estudio

Resumen

La Organización Mundial de la Salud estima que hay de 8 a 25 intentos de suicidio por cada suicidio, y la proporción es aun mayor entre los jóvenes. Los principales factores de riesgo para el intento de suicidio en los jóvenes son la depresión, el abuso de sustancias y los comportamientos agresivos. Nuestro objetivo general es conocer los principales factores de riesgo del intento de suicidio y los específicos identificar las principales características sociodemográficas, motivos y métodos usados en el intento de suicidio e identificar el estado depresivo de los entrevistados haciendo uso del test de Zung. Nuestro tipo de estudio es de casos (56) y controles (106) no pareados. Lo Resultados revelan que los principales factores asociados al intento de suicidio que obtuvieron mayor significancia estadística fueron: padecer enfermedad crónica OR:8.08 (IC 95% 0.82 – 194.70), padecer depresión grave OR: 7.6 (IC 95% 0.24 – 2.28), el convivir en una relación conflictiva en la familia OR: 7.5 (IC 95% 3.25 – 18.12), el tener ideas suicidas OR: 7.08 (IC 95% 3.38 – 14.97) y haber tenido familiares con intentos suicidas previos OR 3.12 (IC 95% 1.34 – 7.29). El método más usado en el intento de suicidio en los casos fueron los plaguicidas en un 51.7%, los fármacos 39.2% y arma blanca 3.5%. En los datos sociodemográficos el grupo etáreo que presentó más intento de suicidios fue de 15 a 19 años, el sexo femenino es más frecuente, el estar desempleado y el no tener educación formal representa un factor riesgo; El tener pareja, tener hijos y pertenecer a una religión son valores de protección en el intento de suicidio. La población de estudio presentó necesidades básicas insuficientes y viviendas inadecuadas. Refiriéndonos al contacto con la atención primaria en salud el 13% de los intentos de suicidios tuvo contacto con alguna unidad asistencial

Demostramos que en las mujeres es más frecuente el intento de suicidio y que la depresión es uno de los principales factores de riesgo.

Agradecimientos

Agradecemos profundamente.

A:

Dios por darnos la vida.

Nuestros padres por apoyarnos.

Nuestras parejas: Ericka Sandino Canelo y Dimas Sarantes Ramírez respectivamente.

Nuestro Tutor Dr. Andrés Herrera Rodríguez por sabernos guiar en la metodología del estudio y enseñarnos a abordar a los adolescentes y jóvenes con conducta suicida.

Todos aquellos participantes del estudio que nos brindaron la información.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida ocurre como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora tales como el aislamiento social, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, el envejecimiento, el desempleo, o los problemas económicos, los sentimientos de culpa y la dependencia de las drogas y el alcohol. (1)

El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte. El suicidio es la causa del 30 por ciento de las muertes entre los estudiantes universitarios y del 10 por ciento de las muertes en personas entre 25 y 34 años. Es la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Sin embargo, más del 70 por ciento de las personas que se suicidan son mayores de 40 años y la frecuencia aumenta dramáticamente en los mayores de 60 años, sobre todo en los varones. (2)

Según la organización mundial de la salud en el informe de estadísticas de salud de las Americas reportó que las tasas de mortalidad para el suicidio y lesiones autoinflingidas han ido aumentando en los últimos años. Las tasa (por 100,000 habitantes) más alta para el grupo ectareo de 15 – 24 años para el sexo masculino fue para Nicaragua 32.0, seguido de Guatemala 20.5 y Estados Unidos 16.8; mientras para el sexo femenino fue Nicaragua con 23.7, seguido por el Salvador con 19.6 y Cuba con 9.4. Mientras que para el grupo ectáreo 25 – 44 años para el sexo masculino la tasa más alta la obtuvo el Salvador con 64.5, seguido de Nicaragua con 30.7, Belice con 25.2, Costa Rica con 22.6 y Cuba con 22.3; para el sexo Femenino la más alta fue el Salvador con 11.5, seguido de Nicaragua con 9.9 y Cuba 9.0. En el grupo de 45 – 64 la tasa más alta para los masculino la obtuvo Guatemala con 38.5, seguido de Cuba 27.9, Estados Unidos con 24.5, y Nicaragua 24.1; y para el femenino la más alta fue Cuba con 11.4, seguido de Estados Unidos con 8.4 y Argentina con 6.8. y para el grupo mayor de 64 años la tasa más alta para los masculinos fue Cuba con 67.4 seguido de Argentina con 43.6, Estados Unidos con 43.5, el Salvador con 38.6 y costa Rica con 29.3 y la tasa más alta para las femeninas la obtuvo Cuba con 18.8 seguido de Colombia con 8.9 y Estados Unidos 7.7. Ver tabla No.1 (3)

Tabla No.1 Tasas de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas estimadas x 100,000 habitantes, en ambos sexos, grupos de edades y por país.

	Año	Total Tasa		5 a 14		15 a 24		25 a 44		45 a 64		64 a +	
		Tasa		Tasa		Tasa		Tasa		Tasa		Tasa	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
EE.UU.	1984-1986	19.3	5.3	1.1	0.4	20.5	4.3	23.2	6.5	24.5	8.4	43.5	7.7
	2000-2002	17.4	4.1	1.0	0.3	16.8	2.9	21.7	5.5	22.3	6.5	30.9	4.0
México	1984-1986	3.6	0.7	0.4	0.2	5.1	1.4	7.0	1.1	5.4	0.8	7.7	0.5
	2001-2003	7.4	1.4	1.1	0.7	11.4	2.9	11.4	1.7	8.6	1.4	12.8	1.0
Belice	1984-1986	3.2	0.0	0.0	0.0	3.9	0.0	9.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	2001-2003	13.3	1.5	0.0	0.0	20.4	4.0	25.2	3.3	16.0	0.0	16.0	0.0
Guatemala	1984-1987	4.1	1.1	0.4	0.2	7.5	2.5	10.1	2.1	6.1	1.0	6.9	1.7
	2001-2003	3.2	0.9	0.3	0.3	5.2	2.3	6.2	1.2	5.4	1.1	6.5	1.0
Salvador	1984-1986	29.1	9.8	0.4	0.9	51.3	29.9	64.5	11.5	38.5	3.7	38.6	1.9
	2001-2003	13.7	6.1	0.7	2.7	14.1	19.6	18.3	7.6	20.4	4.2	21.3	2.1
Honduras	1987-1988	9.0	2.2	1.0	0.7	9.6	4.6	13.4	2.5	10.9	2.6	18.2	1.7
	1989-1990	10.3	2.6	0.3	0.0	9.9	4.4	14.1	2.6	14.8	4.8	17.0	3.0
Nicaragua	2000-2002	16.9	8.2	1.5	2.2	32.0	23.7	30.7	9.9	24.1	5.8	18.9	1.7
Costa Rica	1984-1986	9.3	1.3	0.5	0.4	9.6	2.6	15.4	1.8	19.3	2.0	15.9	0.0
	2001-2003	15.1	2.9	0.9	0.5	17.7	7.2	22.6	3.6	23.9	2.2	29.3	0.0
Panamá	1984-1986	5.5	1.3	0.6	0.5	7.3	3.0	10.9	1.4	9.3	1.9	10.0	2.2
	2001-2003	11.4	2.0	0.9	0.2	15.4	3.1	16.3	2.2	17.0	2.3	21.8	4.2
Colombia	1984-1986	6.9	1.9	0.5	0.4	9.9	4.2	9.7	2.0	11.0	1.4	10.6	0.8
	2001-200	10.5	3.5	0.9	1.4	14.9	7.9	12.7	3.3	14.2	2.3	20.6	1.3
Argentina	1984-1986	10.2	3.6	0.5	0.2	6.7	3.4	10.0	3.8	18.1	6.8	43.6	8.9
	2001-2003	13.7	3.6	1.0	0.7	17.1	5.2	14.5	3.3	19.7	5.8	35.2	5.4
Brasil	1984-1986	6.4	2.4	0.3	0.4	6.2	3.7	9.8	3.7	11.8	3.9	14.7	3.4
	2000-2002	7.6	2.0	0.4	0.4	7.8	2.8	12.3	3.0	13.2	3.1	13.4	2.5
Cuba	2001-2003	21.2	2.8	0.6	0.4	11.5	9.4	22.3	9.0	27.9	11.4	67.4	18.8

Fuente: Estadísticas de las América 2006

Los adolescentes que realizan intentos de suicidio generalmente están más concentrados en sí mismo, tienen menos estrategias para resolver sus problemas, y son más pesimistas. La mayoría realizan el intento sin premeditación y de manera impulsiva y éstos tienen un mayor riesgo de estar deprimidos, de tener desesperanza. (4) En estados unidos, los intentos de suicidio son más frecuentes antes de llegar a la mediana edad. Los intentos de suicidio son particularmente frecuentes entre las adolescentes solteras y entre los solteros alrededor de los 30 años. Aunque las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia tres veces mayor que los hombres, éstos consuman el suicidio en una proporción cuatro veces mayor que ellas. (5, 6)

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), los resultados de la investigación científica establecen lo siguiente: Se calcula que hay de ocho a 25 intentos de suicidio por cada suicidio, y la proporción es aun mayor entre los jóvenes. (5) Se estima que por cada joven suicidada hay 30 intentos de suicidios hospitalizados y se estima que hay mas de 400 atentados suicidas. (11)

La organización mundial de la salud concluye que no se conoce claramente la magnitud de los intentos de suicidio en la mayor parte de los países. Hay algunos datos que indican que, en promedio, solo cerca de 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público. Los casos informados son por lo tanto solo la punta del iceberg y la gran mayoría de las personas suicidas siguen pasando inadvertidas. (11)

Un estudio realizado en la ciudad de León, Nicaragua sobre expresiones suicidas a 278 individuos de 15 a 24 años durante Agosto –Noviembre 2003, reportó que los varones en un 44.8% y las mujeres en un 47.4% presentaron expresiones suicidas; con 2.1% intentos suicidas en masculino y 1.5% los femeninos. Obteniendo para toda la población de estudio un 19.8% presentaban ideas suicidas, el 5.0% planes suicidas y un 1.8% intentos de suicidio. (2)

ANTECEDENTES

Etimológicamente la palabra suicidio procede de: sui "sí mismo" y cidium "matar". Esta problemática ha sido estudiada desde diversas perspectivas y disciplinas, entre ellas; Historia, Filosofía, Ética, y la Teología, o desde el enfoque de la Psiquiatría, el Psicoanálisis, la Antropología y la Sociología; también desde la perspectiva económica, geográfica, jurídica o política se ha intentado explicar esta conducta. (11)

La Organización Mundial de la Salud reportó que para el año 2000, unas 815 000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo. (9)

Los datos de un estudio multinacional sobre el comportamiento suicida en 13 países en el período comprendido entre 1989 y 1992, muestran la tasa media estandarizada por edades más alta de intentos de suicidio en los hombres se encontró en Helsinki y Finlandia (314 por 100 000 habitantes), se observó en Guipúzcoa, España, (45 por 100 000 habitantes). La tasa media estandarizada por edades más alta para las mujeres se registró en Cergy- Pontoise, Francia (462 por 100 000 habitantes), y la más baja correspondió nuevamente a Guipúzcoa (69 por 100 000 habitantes). El método más comúnmente usado fue el envenenamiento, seguido por las cortaduras. Más de la mitad de los que intentaban suicidarse hicieron más de una tentativa y casi el 20% de los segundos intentos fueron hechos dentro de los 12 meses posteriores al primero. (5,9)

Los datos de una muestra longitudinal representativa en Noruega, que incluyó a casi 10 000 adolescentes de 12 a 20 años de edad, mostraron que un 8% habían intentado suicidarse en alguna ocasión y 2,7% habían hecho ese intento durante los dos años del período de estudio. Los análisis demostraron que había mayor probabilidad de intento de suicidio si la persona había hecho una tentativa anterior, era de sexo femenino, de edad próxima a la pubertad, tenía pensamientos suicidas, consumía alcohol, no vivía con ambos padres o tenía escaso grado de autoestima. (9)

En España de las personas que intentan suicidarse del 15 al 25% lo intentarían al año siguiente, 10% lo conseguirá intentando hasta suicidarse en los próximos diez años y el 45 al 70% presentarían trastornos del humor con rasgos de impulsividad y agresividad (los diagnósticos más frecuentes son depresión, trastornos de la personalidad y alcoholismo). En los intentos de suicidio, el método más frecuentemente usado es la ingestión de medicamentos, siendo las benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y los antibióticos los más usados. (2,12)

En Latinoamérica y Estados Unidos, se reporta que por cada suicidio se producen de 10 a 15 intentos suicidas, y es mayor su relación para los adolescentes con respecto a los niños. El intento de suicidio acontece un 4% antes de los 10 años, el 29% entre los 10 y los 15 años, y el 67% entre los 15 y 18 años. El intento suicida está estrechamente vinculado con cierta predisposición que puede existir con esta conducta, por ello, se considera, que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de 300. (13)

En Estados Unidos para el año 2003 la asociación nacional del suicidio reportó 787,000 intentos suicidas por cada suicidio, 100 – 200 intentos suicida en jóvenes por caso reportado de suicidio y 3 intentos femeninos para cada intento masculino. (28)

En un hospital general privado de México, D.F., se realizó un estudio prospectivo de dos años de duración (1994 a 1996) de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias o directamente al de psiquiatría por intento de suicidio observándose que es común la repetición de la conducta suicida y 12 a 15% de quienes reinciden son enviada al mismo hospital en el curso de un año, muchos con trastornos psiquiátricos documentados. (14)

En Colombia, las investigaciones señalan que las tasas de suicidio han variado en forma importante durante los últimos 20 años oscilando entre tres y cinco por cada 100.000 habitantes. Un estudio de salud mental informa que los intentos de suicidios son de 12 x cada 1000 personas y se trata de un fenómeno sobre todo en jóvenes. (11,15)

Estudios realizados en Costa Rica en el año 2000, revelan que el 27% de los adolescentes habían pensado en suicidio en los últimos 12 meses, 16% habían realizado un plan suicida, el 8% realizó un intento de suicidio y 2% habían realizado un intento que requería atención médica. Las mujeres son 3-7 veces más frecuentes que intenten suicidio. (5)

En Nicaragua la tasa de suicidio ha venido aumentando, en 1985 era de 2.8 x 100,000 habitantes, en 1995 aumento a 4.7 x 100,000 habitantes, en 1997 fue de 6.59 x 100,000 habitantes afectando principalmente a los adolescentes. En Nicaragua en el año 2003 la tasa de intoxicación por plaguicidas fue de 2.6 x 10,000 habitantes, mientras que en el 2004 fue de 2.3 x 10,000; de la cual un 37% es de modo intencional (suicidio e intento de suicidio). (16)

En un estudio en la ciudad de León en el periodo comprendido 1999 – 2002 donde se obtuvo una tasa de intento de suicidio equivalentes a las de los países Europeos. Los intentos fueron más frecuentes entre las mujeres (15-19 años) jóvenes. El método más frecuente fue la intoxicación por medicamentos, seguido por los pesticidas. (22)

Un estudio realizado en el año 2001 en mujeres ingresadas al HEODRA se encontró que los eventos desencadenantes de los comportamientos suicidas fueron: Familiares, Conflicto de pareja, maltrato, abandono, abuso psicológico y físico, abuso sexual y laboral, muerte familiar, eventos sociales (Suicidios de amigos o familiares, reglas religiosas y de las escuelas, ruptura amorosa con la pareja) y eventos emocionales (Enojo hostilidad, pérdida del control, depresión, miseria, el escape o solución del problema). (17)

Un estudio sobre factores de riesgos asociados al intento de suicidio en los pacientes ingresados al hospital HEODRA en el periodo de 1998 – 2000. se encontró que sexo femenino predominó en el intento de suicidio en un 60.2%, la edad promedio fue 21.5 años. En un 26.4% se encontró con antecedentes previos de intentos de suicidios en la familia; dentro los factores de riesgos se destacan los problemas familiares (OR: 1.5), conflicto de pareja (OR: 6.5), Antecedentes de intentos previos en la familia (OR: 2.8). (18)

Un estudio realizado en los hospitales de las ciudades de Rivas, Jinotepe, Granada y Masaya. Sobre lesiones autoinfligidas durante los años 1996 – 1997; se encontró que los métodos usados en los intentos de suicidio fueron los plaguicidas en un 52%, fármacos 34%. Se caracterizaban por tener intentos previos en un 11.6% en las mujeres y 5.1% en los varones y dentro de los principales factores que desencadenaron el acto fueron los problemas familiares, conyugales, socioeconómicos y abuso sexual. (19)

Otro estudio realizado en el hospital de la ciudad de Ocotlán, sobre intentos de suicidios en los años 1993 – 1996. Se encontró que el sexo masculino prevaleció con un 61.2% y 38.7% el femenino, el método más usado fueron los plaguicidas; los factores de riesgos asociados fueron las relaciones familiares accidentales, abuso de alcohol y abuso sexual. Un 57.7% tuvo asistencia médica 6 meses previos al intento en una unidad de salud. (20).

En el hospital de Jinotega se realizó un estudio en el año 1995 – 1997, sobre intentos de suicidios por plaguicidas. Se descubrió que el grupo de edad más afectado fue de 14 – 23 años con 64.5% seguido de 24 -33 con 21.1%: con relación al sexo predominó el masculino con un 56.5% y femenino con 43.4%. Los factores precipitantes del intento de suicidio corresponden a: Problemas de pareja y problemas familiares. (27)

JUSTIFICACION

En algunos países no existen datos fidedignos sobre el intento de suicidio, la razón principal reside en la dificultad de recopilar la información. Una minoría de los intentos de suicidios va a los establecimientos de salud, en la mayoría de las ocasiones no se registran los casos de intento de suicidio esto es debido a factores como la edad, el método, la cultura y la accesibilidad a la atención de salud; En Nicaragua no existen datos estadísticos totales sino parciales que se obtienen de estudios monográficos en diferentes regiones del país por ello dificulta conocer la magnitud del problema. (9)

El intento suicidio representa un problema de salud pública en nuestro país entre la población joven ya que representan una alta tasa de ingresos hospitalarios similares a las de regiones europeas; lo que contribuye al uso de insumos médicos y recursos económicos. (22)

Los jóvenes que realizaron intento de suicidio tuvieron previo contacto con atención primaria en salud seis meses antes; no se detecto ni se trato a tiempo su problema; esto es debido a que no todo el personal médico reconoce una conducta suicida y presentan dificultad para abordar a los adolescentes, existe poco personal y corto tiempo para cada consulta. Si se detectara a tiempo se daría referencia a un especialista para su prevención. Por tales motivos necesitamos conocer los factores que inciden en el intento de suicidio en Jinotega. (22)

Hipótesis

- El intento de suicidio en los habitantes del área urbana del municipio de Jinotega es más frecuente en mujeres que en hombres y el principal factor de riesgo es la depresión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgos asociados al intento de suicidio en pacientes ingresados al hospital Victoria Motta del área urbana del municipio de Jinotega en el periodo comprendido Enero 2003 a Diciembre 2005?

OBJETIVO GENERAL

Conocer los principales factores de riesgos asociados al intento del suicidio en pacientes ingresados al hospital Victoria Motta entre las edades de 10 a 50 años, del área urbana del municipio de Jinotega en el periodo comprendido Enero 2003 a Diciembre 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICO

- ◆ Describir las características sociodemográficas de los participantes.

- ◆ Identificar los factores de riesgos que se asocian al intento de suicidio del área urbana del municipio de Jinotega.

- ◆ Conocer los motivos y métodos usados en el intento de suicidio.

- ◆ Identificar el estado depresivo de los entrevistados haciendo uso de la aplicación del test de Zung.

MARCO TEORICO

El comportamiento suicida: Se define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria. El comportamiento suicida abarca los gestos suicidas, deseo de morir, las ideas suicidas, planes suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio. (7, 23)

Gestos suicidas: Son los planes de suicidio y las acciones que tienen pocas posibilidades de llevar a la muerte. (7, 23)

Idea suicida: hace referencia a los pensamientos de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida. (7, 23)

El intento de suicidio: Acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo. (7, 23)

El suicidio: Hace referencia a haber causado intencionalmente la propia muerte. (7)

Síntomas del intento de suicidio:

Tempranos:

- Depresión
- Frases o expresiones de sentimientos de culpa
- Tensión o ansiedad
- Nerviosismo
- Conducta impulsiva

Tardíos:

- Cambio de conducta repentina (especialmente de calma después de un período de ansiedad)
- Regalar pertenencias, intentos de "poner en orden asuntos personales"
- Amenazas directas o indirectas de cometer suicidio
- Intentos directos de cometer suicidio. (1,4,6,21)

Las personas casadas tienen menos probabilidades de intentar o de llevar a cabo un intento de suicidio que las personas separadas, divorciadas o viudas que viven solas. Los intentos de suicidios son más frecuentes entre los familiares de quienes han realizado un intento o se han suicidado. (5,6)

Muchos intentos de suicidios ocurren en las cárceles, particularmente entre los varones jóvenes que no han cometido crímenes violentos. Estas personas generalmente se ahorcan, a menudo durante la primera semana de cárcel. 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. (1, 6, 13)

Intento de suicidio en la familia:

El intento de suicidio, es un drama que puede desarrollar condiciones familiares adversas. Las condiciones desfavorables y los conflictos de la sociedad se particularizan en el ambiente de las familias. Sin duda el intento de suicidio se ve impulsado por las expresiones de violencia intrafamiliar. (15)

En el ambiente familiar se desarrollan los factores más importantes relacionados con el estrés: presiones y exigencias que el núcleo hace sobre la persona y la predisponen a una enfermedad o alteración. (15)

Los efectos distorcionantes de estas alteraciones en la familia se manifiestan a través de la violencia intrafamiliar, que tienen expresiones en fenómenos tales como la desintegración y la frecuencia de la mala comunicación intrafamiliar, los sistemas injustos de castigos y la falta de apoyo entre los miembros. (15)

Los factores de riesgo del intento de suicidio:

Factores Genéticos

Una historia familiar de suicidio está asociada a conducta suicida en todas las fases del ciclo vital y a intentos violentos, que a su vez, están en íntima asociación con un trastorno psiquiátrico. (12) Estudios con gemelos, han mostrado que los monocigóticos presentan una mayor concordancia para suicidio que los dicigóticos y los niños adoptados víctimas de suicidio, tienen más familiares biológicos que cometieron suicidio; estudios sobre el patrón de

la herencia genética del comportamiento suicida indican que se trata de una herencia poligénica con presencia del alelo L en el gen codificador de la enzima TPH (Triptófano hidroxilasa), involucrada en la biosíntesis de la serotonina, y ello está asociado a un aumento del riesgo de intento de suicidio. (12, 24)

Factores Demográficos.

Los hombres cometen más suicidio que las mujeres, siendo la proporción de 4:1. Las mujeres hacen más intentos de suicidio en la misma proporción. En cuanto al intento ocurre predominantemente en: mujeres entre 20 y 29 años, ingiriendo pesticidas y otros medicamentos. Mientras el suicidio acontece mayormente en: hombres mayores a 50 años por ahorcamiento o uso de armas de fuego. En la etapa de los 15 a los 24 años, el suicidio es la tercera causa de muerte, siendo más común en los jóvenes de clase social baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con historial de homosexualidad, con algún trastorno de la personalidad y/o abuso de sustancias y con intento de suicidio previo. El riesgo de suicidio generalmente aumenta con la edad (por arriba de los 45 años), siendo especialmente grave en la vejez. Los factores de riesgos incluyen: aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, baja autoestima, sentimientos de rechazo familiar y social. Frecuentemente el enfermo da indicios comportamentales y/o verbales directos e indirectos de su intención suicida, por eso es más importante valorar el riesgo suicida en estos individuos. (1, 6, 12, 13, 25)

Factores Sociales

El intento de suicidio es asociado con escaso apoyo social. El individuo que tenga uno o dos amigos está más protegido que aquel que vive aislado, vive solo o tiene pocos amigos. Los individuos viudos, lo intentan más que los solteros, divorciados y casados. El casamiento, reforzado por los hijos, parece disminuir significativamente el riesgo de intento suicida. La familia disfuncional o en conflicto permanente aumenta el riesgo. (1, 6, 13)

Factores Ambientales

La actividad profesional es un factor clave en la prevención del riesgo de intento de suicidio. En cuanto el trabajo ejercido por el individuo es satisfactorio y compensador, se torna en un factor que disminuye el riesgo de intento suicidio; en cuanto es una fuente de problemas y estrés se puede transformar en un factor de riesgo. Entre las profesiones de mayor riesgo están la carrera militar y la medicina. Pues estos tienen mayor conocimiento de como morir.

Entre los médicos los más afectados son los psiquiatras, seguidos por los anestesiólogos y los oftalmólogos. (1, 6, 13)

Factores Neurológicos

El comportamiento suicida está asociado con una deficiencia de serotonina cerebral. Personas que intentan el suicidio tienen un metabolito de serotonina, el ácido 5-hidroxiindo-acético (5-HIAA), disminuido en el líquido cefalorraquídeo, asociado con hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal con altos niveles de cortisol libre en la orina (Variaciones funcionales en cada una de las etapas del metabolismo de la serotonina, secundarias a variaciones genéticas, pueden estar en el origen de las variaciones en la expresión del fenotipo. Es interesante que tales tasas están presentes en pacientes con comportamientos suicidas, independientemente de depresión u otros trastornos psiquiátricos, trazando una proporcionalidad con la letalidad de la tentativa de suicidio, o sea, las tentativas más letales se relacionan con índices más bajos de 5-HIAA en LCR. (1, 6, 13,24)

Las neuronas serotoninérgicas que inervan el córtex cerebral están probablemente localizadas en los núcleos del rafe, y los pacientes suicidas tienen cantidades disminuidas de serotonina en estos lugares del cerebro. (1, 6, 13, 24)

Algunos estudios demuestran que existe un menor número de neuronas noradrenérgicas en el locus ceruleus (lugar de donde deriva la inervación noradrenérgica del córtex cerebral) de pacientes suicidas. De la misma manera que las neuronas serotoninérgicas proveen inervaciones para prácticamente todo el sistema nervioso central. (1, 6, 13,24)

Factores Psicológicos.

La mayoría de los pacientes con intentos suicidas tienen una historia reciente de pérdida, que puede ser real, imaginada o temida, y existe un evento reciente en la vida de la persona que parece funcionar como desencadenante, como divergencia o pérdida de alguien importante, disolución de una relación amorosa, embarazo no deseado o aborto reciente. (1, 6, 13)

Impulsividad, dependencia a expectativas irrealistas, puede interferir en el riesgo de suicidio. Una persona impulsiva, puede, súbitamente, pensar que el suicidio terminaría con su sufrimiento y actuar en consecuencia. El suicidio impulsivo está frecuentemente asociado con el abuso de alcohol o de sustancias y puede ocurrir mientras la persona se encuentra intoxicada o en abstinencia. Individuos que son dependientes de otros para mantener su autoestima, a pesar del apoyo existente, siempre se sienten frustrados y deprimidos y pueden acabar intentando el suicidio. (1, 6, 13)

Trastornos Físicos

Algunas situaciones clínicas están asociadas con mayor riesgo de intento suicida, y el uso de ciertas drogas (por ejemplo, corticosteroides, anti-hipertensivos y algunos anticancerígenos) puede producir depresión, pudiendo llevar al suicidio. Pacientes en hemodiálisis constituyen un importante grupo de riesgo. (1, 6, 12, 13)

Una enfermedad física está presente en el 25% a 75% de los suicidios, aumentando este porcentaje con la edad. Estudios post-mortem revelaron que el 50% de los hombres con cáncer que cometieron suicidio lo hicieron dentro del año de recibir el diagnóstico. El cáncer de mama o genital es encontrado en el 70% de las mujeres con cáncer que cometieron suicidio, habiendo aun, otras enfermedades del sistema nervioso central que aumentan el riesgo de suicidio: esclerosis múltiples, enfermedad cardiovascular, demencia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida y epilepsia (en este caso la disposición de barbitúricos y otros medicamentos es importante). En los pacientes con SIDA, el suicidio parece acontecer al final de sus vidas. Otras enfermedades asociadas a mayor riesgo de suicidio son enfermedad de Cushing, anorexia nerviosa, síndrome de Klinefelter y porfiria. Patologías gastrointestinales como úlcera péptica y cirrosis, generalmente relacionadas a alcoholismo, fueron identificadas en pacientes con riesgo aumentado. Una condición urogenital de mayor riesgo es la

hipertrofia prostática. Todos estos son factores en los cuales frecuentemente se asocia un trastorno del humor. (1, 6, 12, 13)

Factores Protectores

Existen factores modificables que protegen contra el suicidio, entre ellos están el sentimiento de responsabilidad con la familia, miedo de desaprobación social, moral u objeción religiosa, y miedo a la muerte. (1, 6, 13)

Los factores de riesgos varían de acuerdo con la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse con el tiempo. Por lo general, los factores de riesgo del suicidio se presentan combinados. A continuación, se incluyen algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse:

- Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos de abuso de sustancias
- Comportamientos impulsivos
- Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres)
- Antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias
- Antecedentes familiares de suicidio
- Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional
- Intento de suicidio previo
- Presencia de armas de fuego en el hogar
- Encarcelación
- Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluyendo la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción (1, 6, 13)

Señales de aviso de sentimientos, pensamientos o intentos suicidas:

Muchas de las señales de aviso de posibles sentimientos suicidas son también síntomas de depresión. La observación de los siguientes comportamientos ayuda a identificar a las personas que pueden encontrarse bajo el riesgo de intento de suicidio:

- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño
- Pérdida de interés en las actividades habituales
- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia
- Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida
- Uso de alcohol y de drogas
- Descuido del aspecto personal
- Situaciones de riesgo innecesarias
- Preocupación acerca de la muerte
- Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar
- Sensación de aburrimiento
- Dificultad para concentrarse
- Deseos de morir
- Falta de respuesta a los elogios
- Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluyendo los siguientes comportamientos:
 - ❖ Verbaliza: "Quiero matarme" o "Voy a suicidarme"
 - ❖ Da señales verbales como "No seré un problema por mucho tiempo más" o "Si me pasa algo, quiero que sepan que ..."

- ❖ Regala sus objetos favoritos; tira sus pertenencias importantes
- ❖ Se pone alegre repentinamente luego de un período de depresión
- ❖ Puede expresar pensamientos extraños
- ❖ Escribe una o varias notas de suicidio. (11)

El suicidio ocurre con menos frecuencia entre los miembros practicantes de grupos religiosos (particularmente los católicos), que generalmente se apoyan en sus creencias, tienen lazos sociales cercanos que les protegen de la autodestrucción y además tienen prohibido por sus creencias el cometer tal acto. Sin embargo, la afiliación religiosa y las creencias profundas no impiden necesariamente la realización de actos suicidas por motivos de frustración, ira y desesperación, especialmente cuando se acompañan de sentimientos de culpabilidad o de indignidad. (11, 21)

Una de cada seis personas que se suicida deja una nota escrita. Las notas a menudo hacen referencia a relaciones personales o a acontecimientos que deben suceder después de haber muerto la persona. Las notas escritas por las personas de edad avanzada a menudo expresan preocupaciones por los que dejan atrás, mientras que las notas escritas por los jóvenes pueden ser de enfado o de reivindicación. Una nota dejada por alguien que intenta suicidarse pero no lo consigue indica que el intento fue premeditado; el riesgo de intentar de nuevo es por tanto elevado. (11, 21)

Más de la mitad de la gente que se suicida está deprimida. Los problemas matrimoniales, una relación amorosa rota o problemática o una reciente pérdida personal (particularmente entre las personas de edad avanzada) pueden precipitar la depresión. A menudo, un factor como la ruptura de una relación personal. La depresión combinada con una enfermedad orgánica puede llevar a intentar el suicidio. Una discapacidad física, especialmente si es crónica o dolorosa, tiene mayor probabilidad de acabar en un suicidio consumado. La enfermedad orgánica, especialmente aquella que es grave, crónica y dolorosa, tiene un papel importante en cerca del 20 por ciento de los suicidios entre las personas de edad avanzada. (1)

El suicidio es a menudo el acto final de una serie de comportamientos autodestructivos. El comportamiento suicida es especialmente frecuente entre las personas con experiencias traumáticas en su niñez, especialmente las que padecieron abusos o negligencia o el sufrimiento de un hogar monoparental, quizás porque éstas son más propensas a tener mayores dificultades en establecer relaciones profundas y seguras. Los intentos de suicidio son más probables entre mujeres maltratadas, muchas de las cuales también sufrieron abusos de niñas. (1) El alcohol incrementa el riesgo de conducta suicida porque agrava los sentimientos depresivos y disminuye el autocontrol. Alrededor de la mitad de los que intentan el suicidio están intoxicados en el momento de hacerlo. Puesto que el alcoholismo por sí mismo, particularmente si hay ingestión exagerada de forma aguda, causa a menudo sentimientos profundos de remordimiento en los periodos entre una ingestión y otra, los alcohólicos son particularmente propensos al suicidio incluso cuando están sobrios.(4)

La autoagresión violenta puede ocurrir durante un cambio de humor hacia una depresión profunda pero transitoria. Los cambios de humor pueden estar causados por fármacos o por enfermedades graves. Una persona que está experimentando un cambio de su humor hacia la depresión es, con frecuencia, consciente sólo de modo parcial, y probablemente después, recuerde sólo vagamente su intento de suicidio. Los que padecen epilepsia, especialmente aquellos con epilepsia del lóbulo temporal, con frecuencia experimentan episodios depresivos breves pero intensos lo que, unido a la disponibilidad de fármacos para tratar su enfermedad, incrementa el factor de riesgo para la conducta suicida. (1, 4)

Además de la depresión, existen otros trastornos mentales que aumentan el riesgo de suicidio. Por ejemplo, los esquizofrénicos, particularmente los que también están deprimidos (un problema frecuente en la esquizofrenia), son más propensos a intentar el suicidio que aquellos que no tienen dicho trastorno. Los métodos de suicidio que eligen los esquizofrénicos pueden ser insólitos y con frecuencia violentos. En la esquizofrenia los intentos de suicidio acaban generalmente en la muerte. El suicidio puede ocurrir en las primeras fases de la enfermedad y puede ser la primera indicación clara de que la persona padecía esquizofrenia. (2)

Las personas con trastornos de la personalidad están también en riesgo de suicidarse, especialmente las inmaduras, con poca tolerancia a la frustración y que reaccionan al estrés de modo impetuoso con violencia y agresión. Estas personas pueden beber alcohol en exceso, abusar de drogas o cometer actos criminales. La conducta suicida se exagera a veces por el estrés que inevitablemente conlleva la ruptura de relaciones problemáticas y las cargas que supone el establecer nuevas relaciones y estilos de vida. Otro aspecto importante en los intentos de suicidio es el método de la ruleta rusa, en el que la gente decide dejar que sea la suerte la que determine el desenlace. Algunos individuos inestables encuentran emocionantes las actividades peligrosas que implican jugar con la muerte, como conducir un vehículo de modo temerario o los deportes peligrosos. (2)

Métodos

El método escogido por una persona para suicidarse es a menudo determinado por la disponibilidad y por los factores culturales. También puede reflejar la seriedad del intento, puesto que algunos métodos, como saltar desde un edificio alto, hacen que sea virtualmente imposible sobrevivir, mientras que otros, como la sobredosis farmacológica, dejan abierta la posibilidad del rescate. Sin embargo, el usar un método que demuestra no ser mortal no indica necesariamente que el intento de la persona es menos serio. (1)

La sobredosis de fármacos es el método usado con más frecuencia en los intentos de suicidio. Dado que los médicos no prescriben barbitúricos a menudo, ha descendido el número de sobredosis con estos fármacos; sin embargo, está aumentando el número de sobredosis con otros fármacos psicotrópicos como los antidepresivos. La sobredosis de aspirina ha descendido desde más del 20 por ciento de los casos hasta aproximadamente el 10 por ciento. En cerca del 20 por ciento de los suicidios se usan dos métodos o más o una combinación de fármacos, lo que aumenta el riesgo de muerte. (1, 13, 21)

Entre los suicidios, el arma de fuego es el método más usado en los países donde su tenencia es legal. Es un método usado predominantemente por niños y varones adultos. Las mujeres son más propensas a usar métodos no violentos, como el envenenamiento (o la intoxicación farmacológica) y la inmersión, aunque en los últimos años han aumentado los suicidios por arma de fuego entre las mujeres. Los métodos violentos, como las armas de fuego o los ahorcamientos, son poco utilizados por aquellas personas que sólo quieren llamar la atención porque generalmente conducen a la muerte. (1, 13,21)

Un acto suicida a menudo contiene evidencias de agresión hacia otros, como puede verse en los asesinatos seguidos por un suicidio y en la alta incidencia de suicidios entre los prisioneros que cumplen condena por crímenes violentos. (1)

Prevención

Cualquier acto o amenaza suicidas deben ser tomados en serio. El 20 por ciento de las personas que intentan suicidarse repite el intento en el plazo de un año. Todas las personas que realizan gestos suicidas o que intentan suicidarse necesitan ser tratadas. Cerca del 10 por ciento de todos los intentos de suicidio resultan mortales. (1,6)

Aunque a veces un suicidio consumado o un intento de suicidio se presenta como algo totalmente sorpresivo o chocante, incluso para los familiares cercanos, los amigos y los compañeros, generalmente existen signos premonitorios. En general, los que se suicidan están deprimidos y por ende el paso práctico más importante para prevenir el suicidio es diagnosticar y tratar correctamente la depresión. Sin embargo, el riesgo de suicidio se incrementa cerca del comienzo del tratamiento de la depresión, cuando la persona se vuelve más activa y decidida pero aún sigue deprimida. (1, 6)

Un buen cuidado psiquiátrico y social después de un intento de suicidio es el mejor modo de prevenir nuevos intentos de suicidio. Como mucha gente que se suicida ya había previamente intentado hacerlo, se debe realizar un asesoramiento psiquiátrico inmediatamente después del intento. El asesoramiento ayuda al médico a identificar los problemas que contribuyeron al acto y a planear un tratamiento apropiado. (1, 6)

Tratamiento de los intentos de suicidio:

Mucha gente que intenta suicidarse es llevada todavía inconsciente a un servicio de urgencias. Cuando se sabe que una persona ha tomado una sobredosis de un fármaco o de un veneno, el médico sigue los siguientes pasos:

- Retirar la máxima cantidad posible del fármaco o del veneno del cuerpo de la persona, tratando de impedir su absorción y acelerando su excreción.

- Controlar los signos vitales y tratar los síntomas para mantener a la persona viva.

- Administrar un antídoto si se conoce exactamente el fármaco que ha sido ingerido y si existe ese antídoto.

Aunque por lo general las personas se encuentran físicamente bastante bien para ser dadas de alta tan pronto se haya tratado la lesión, a menudo son hospitalizadas para recibir asesoramiento y tratamiento psiquiátrico. Durante la valoración psiquiátrica, la persona puede negar todo problema. Con bastante frecuencia, la depresión grave que condujo al acto suicida es seguida por un período corto de mejoría del humor, así que raras veces se producen nuevos intentos suicidas inmediatamente después del inicial. Sin embargo, el riesgo de otro intento de suicidio es alto a menos que sean resueltos los problemas de la persona. (1,6)

Existen variaciones tanto en el tiempo de estancia en el hospital como en el tipo de tratamiento requerido. El enfermo psiquiátrico grave generalmente es ingresado en la unidad psiquiátrica del hospital para un control de forma continuada hasta que se resuelvan los problemas que lo han inducido al suicidio o hasta que tenga capacidad de afrontarlos. En caso de necesidad, se puede mantener al paciente en el hospital aun en contra de sus deseos porque representa un peligro para sí mismo o para otros. (2)

Como única medida de prevenir tales conductas, lo anterior obliga a realizar investigaciones para determinar las variables causales relevantes, y proponer estrategias terapéuticas preventivas. Estas acciones deben desarrollarse principalmente en los escenarios educativos dentro de los cuales los adolescentes se ven inmersos gran parte de su tiempo. (21)

Escala de Zung

La escala autoaplicada de depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítem para cada grupo, completándose la escala con dos ítem referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. (26)

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”¹, en otras se hace referencia a “su situación actual”², o a la semana previa³. (26)

DISEÑO METODOLOGICO

El estudio que realizamos es analítico de casos y controles no pareados.

El área de estudio fue el área urbana de la ciudad de Jinotega. Situada a 160 Km. de la capital que limita al norte con Honduras, al este con el Atlántico Norte, al sur con Matagalpa y al oeste con Esteli, a 1000 metros de altura sobre el nivel del mar, cuenta con una población urbana de 48,797 habitantes.

La población de estudio fueron los intentos de suicidio reportados por el sistema de vigilancia del hospital Victoria Motta en el área urbana del municipio de Jinotega en el periodo comprendido Enero 2003 a Diciembre 2005.

La **muestra** de estudio fueron todos los intentos de suicidios (70) que demandaron atención médica en el hospital Victoria Motta, entre las edades de 10 años a 50 años; procedentes del área urbana del municipio de Jinotega

La recolección de información se realizó de los expedientes del hospital y completamos la información por medio de una entrevista cara a cara en casa de habitación del participante. Por lo que nuestra muestra se redujo a 54 casos; ya que 6 fallecieron y 10 que no fue posible encontrarlos según la dirección por lo que se descartaron del estudio.

Nuestros controles (108) no pareados fueron dos por cada caso, pero se encontraron dos intentos de suicidio que contenían información valiosa por lo tanto se anexaron a los casos y nos quedamos con 106 controles seleccionados de la siguiente manera:

El área urbana de la ciudad de Jinotega consta de 54 barrios; estos se enumeraron y se sometieron a una tómbola para escoger 5 barrios (19 de Julio, Carlos Rizo, Proyecto Linda Vista, Germán Pomares y Alejandro Ramos Turcio) donde se realizó la selección de los controles. Posteriormente cada barrio fue codificado por números de manzanas y se seleccionó una manzana por barrio, se realizaron 22 controles en tres manzanas y 21 controles en dos manzanas; luego para aplicar la entrevista se inició por la primera casa de la esquina noroeste, avanzando cada dos casa a favor de las manecillas del reloj; si la casa seleccionada no coopera con el estudio, no existían habitantes con edades aproximadas a nuestros casos o estaba deshabitada procedimos continuar a la casa continua. Y si existían más de dos personas apropiadas para el estudio se escogió a uno mediante un sorteo, para evitar sesgo de selección de los controles.

Criterios de inclusión y exclusión para casos y controles.

Criterios de inclusión.	Criterios de exclusión.
Casos <ol style="list-style-type: none">1. Que habite en el área urbana de la ciudad de Jinotega.2. Que el intento de suicidio lo haya realizado en le periodo Enero2003 a Diciembre 20053. Que este dispuesto a colaborar con el estudio4. Que actualmente habite en la dirección encontrada en expedientes y registros.5. Que haya demandado atención medica en el hospital Victoria Motta.6. Que se encuentren entre las edades de 10 a 50 años	<ol style="list-style-type: none">1. Que habite fuera del área de estudio2. Intentos de suicidio que no estén comprendidos en el periodo de estudio.3. Que no este dispuesto a colaborar con el estudio.4. Que haya cambiado de dirección.5. Que no haya demandado atención medica en el hospital6. Que no se encuentren entre las edades de 10 a 50 años
Controles <ol style="list-style-type: none">1. que habiten en el área urbana del municipio de Jinotega. Y en la manzana seleccionada2. Que presenten las edades entre 10 a 50 años3. Que este dispuesto a colaborar con el estudio.4. Que no hubiese cometido intento suicida	<ol style="list-style-type: none">1. Que no habite en el área de estudio.2. Que no presente las edades comprendidas3. Que no colabore con el estudio.4. Que hubiese cometido intento suicida

Se les realizó una entrevista confidencial de preguntas abiertas y cerradas, que esta estructurada de la siguiente manera:

- I. Datos sociodemográfico.
- II. Factores asociados al intento de suicidio.
- III. Test de depresión de Zung.
- IV. Datos sobre el intento de suicidio.

Interpretación de la escala de Zung

En la escala de Zung cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como la sumatoria de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. (25)

Se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:

No depresión < 50 puntos

Depresión leve 51-59 puntos

Depresión moderada 60-69 puntos

Depresión grave > 69 puntos. (19)

El procesamiento y análisis de la información: se realizó una base datos haciendo uso del programa estadístico epi-info 2004 versión 3.3. Se elaboró y se procesó por los principales investigadores del estudio, se introdujeron los datos, se revisó por inconsistencia de la calidad de datos y posteriormente se analizó por medio de porcentajes y medidas probabilidad de riesgo: OR (Odds Ratio), IC 95% (Intervalo de confianza).

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • 11 - 14 años • 15 - 19 años • 20 - 24 años • 25 - 29 años • 30 - 34 años • 35 - 39 años • 40 - 44 años • 45 - 50 años
Sexo	Condición por la que se diferencian los hombres y las mujeres en la especie humana. Designa la sexualidad en la vida masculinos y femeninos.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Ocupación	Trabajo o empleo que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Ama de casa • Profesional • Jornalero • Comerciante • Desempleado
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Universitario • Técnico • Alfabetizado • Analfabeta
Religión	Conjunto de creencias, mitos o dogmas acerca de la divinidad y de las prácticas rituales para darle culto.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Católico • Evangélico • Testigo de Jehová • Ninguno • Otros
Nivel socioeconómico	Nivel económico y social, cultural, etc. en que se desenvuelve la existencia del cuidado en medio de un país.	Entrevista	

	<p>a. Tipo de vivienda:</p> <p>Adecuado: Pared de bloque, techo de cinc, piso de ladrillos.</p> <p>Inadecuado: pared de cartón, plástico, techo de paja, otros.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado • Inadecuado
	<p>b. Servicios básicos:</p> <p>Suficiente: Sin hacinamiento, con agua, con luz servicio de letrina e inodoro.</p> <p>Insuficiente: Hacinamiento, sin agua, sin luz, no hay inodoro, ni letrina.</p>	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Suficiente • insuficiente
Relaciones familiares o de parejas	<p>Integración con su familia o su pareja según las normas de la sociedad.</p> <p>Estable: integración armoniosa de la familia, buena comunicación, respeto mutuo, conviven bajo el mismo techo.</p> <p>Conflictivas: No existe comunicación entre las partes que conviven, falta de respeto, violencia intrafamiliar.</p>	Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> • Estable • Conflictiva
Idea suicida	Hace referencia a los pensamientos de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida.	entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Intento de suicidio	Las acciones suicidas con intención de muerte pero que no logran su propósito	entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

Causas del intento de suicidio	<p>Motivos o circunstancias que condujeron al individuo a realizar una acción de autolisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflictos familiares • Conflictos de parejas • Enfermedad • Problemas de identidad o preferencia sexual • Problemas con la justicia • Problemas económicos • Abuso de drogas • Depresión • Abuso sexual • Muerte de un ser querido • Llamar la atención 	entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No •
Abuso sexual	<p>Tipos de abuso: Severo: Siempre ocurre o sucede la inserción de alguna cosa como pene, dedo o algún otro objeto. Moderado: Siempre hay exhibicionismo o insinuaciones a actos sexuales, tocar o besar partes íntimas.</p>	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • Sí • No

Recibió atención medica en los últimos 6 meses	Acto de asistir a la consulta medica en busca de ayuda antes del suicidio.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Uso de sustancias psicoactivas	Patrón de ingestión o consumo de sustancias usado por el entrevistado que actúa sobre la actividad cerebral superior como sedante o estimulante	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Cocaína • Marihuana • Otros • Ninguna
Método utilizado en el intento de suicidio	Material, sustancia o mecanismo empleado con la finalidad de obtener o causar la propia muerte.	Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> • Arma de fuego • Arma blanca • Plaguicidas • Ahorcamiento • Fármacos • Lanzamiento al vacío • Otros
Forma de adquisición utilizada del método.	Conseguir una cosa por el trabajo, compra o cambio.	Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> • Comprado • Prestado • Regalado • Casual • Otros
Depresión	Desorden mental que se presenta con alteraciones en el humor, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, pérdida de energía y poca concentración.	Entrevista Test de Zung	<p>Puntaje del test de depresión de Zung :</p> <p>Nunca = 1 Algunas veces = 2 Frecuentemente = 3 Mayoría de tiempo o siempre = 4</p> <p>Total de puntos: > 50 no depresión. 51 - 59 depresión leve. 60 - 69 depresión moderada. > 69 depresión grave.</p>

Consideraciones éticas:

Debido a que este tema fue muy delicado e implicó volver a recordar un episodio traumático de sus vidas. Actuamos con mucho respeto, responsabilidad, comprensión y paciencia para cada uno de nuestros entrevistados. A los/as participantes se les explicó los objetivos y propósito de nuestro estudio. Se les solicitó autorización verbal personal o de su responsable para incluirlo en el estudio previa información de este.

Durante la entrevistas se garantizó la privacidad, anonimato a cada entrevistado; si no existía un ambiente de privacidad la casa visitada, se le realizó en otro momento que si prestara las condiciones. En algunos casos se presentó inestabilidad emocional por lo que se suspendió la entrevista y se dio apoyo inmediatamente luego se refirió al programa de salud mental del hospital. Al finalizar la entrevista se le entregó un trifoliar que contenía información sobre el tema y donde buscar ayuda.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos:

Encontramos en nuestra población de estudio (56 casos y 106 controles). En los casos de intento de suicidio el 30.5% se encuentran entre las edades de 15 a 19 años seguidos de las edades de 20 a 24 años con un 26.78%, mientras que en los controles el 34.9% pertenecen a las edades de 15 a 19 años y el 28.3% de 20 a 24 años. Según el sexo predominante fue el femenino en un 62.5% y el masculino 37.5% en los casos, y en los controles el 56.6% fueron femeninos y el 43.4% masculino. En cuanto a la ocupación en los casos el 32.1% eran estudiantes seguido de las amas de casa con el 30.3% y en los controles el 34.9% fueron estudiantes y 20.7% amas de casa. En relación con el nivel educativo en los casos se encontró que el 42.8% alcanzaron la secundaria y el 39.2% la primaria; para los controles el 44.3% cursaron secundaria y el 31.1% la primaria. En los casos el 58.9% eran católicos y un 30.3% no pertenecían a ninguna religión, en cambio los controles el 52.8% eran católicos y el 21.6% no pertenecían a ninguna religión. Refiriéndonos al estado civil el 50% de los casos eran solteros y 44.6% acompañados, mientras que los controles el 42.4% son solteros y 38.6% acompañados. Con respecto al número de hijos en los casos el 55.3% no tenían hijos y el 26.7% tenían de 3 a más hijos, y en los controles el 53.7% no tienen hijos y el 25.4% tiene de 1 a 2 hijos. Además encontramos en datos de pobreza que los casos tienen 71.4% un servicio básico insuficiente y una vivienda inadecuada en un 71.4% mientras que en los controles el 52.8% poseen servicios básicos insuficientes y el 56.6% presentan una vivienda inadecuada. (ver tabla No. 1)

Tabla No.2 Datos socioeconómicos de la población de estudio.

Variable	Casos		Controles		OR	IC 95%	P
	total	%	total	%			
Edad							
10 - 14	4	7.1	10	9.4	0.74	0.18 – 2.7	0.62
15 - 19	17	30.3	37	34.9	0.89	0.38 – 1.72	0.55
20 - 24	15	26.7	30	28.3	0.93	0.42 – 2.03	0.83
25 - 29	7	12.5	14	13.2	0.94	0.32 – 2.70	0.89
30 - 34	6	10.7	8	7.5	1.47	0.42 – 5.01	0.49
35 - 39	4	7.1	3	2.8	2.64	0.48 – 15.55	0.19
40 - 44	2	3.5	2	1.8	1.93	0.19 – 19.79	0.51
45 - 50	1	1.7	2	1.8	0.95	0.19 – 4.84	0.96
Sexo							
Femenino	35	62.5	60	56.6	1.28	0.63 – 2.62	0.46
Masculino	21	37.5	46	43.5	0.78	0.38 – 1.60	0.46
Ocupación							
Estudiante	18	32.1	37	34.9	1.23	0.59 – 2.55	0.55
Ama de casa	17	30.3	23	21.6	1.57	0.71 – 3.49	0.22
Profesional	2	3.5	9	8.4	0.40	0.06 – 2.09	0.23
Agricultor	6	10.7	13	12.2	0.86	0.27 – 2.62	0.77
Comerciante	2	3.5	6	5.6	0.82	0.08 – 3.55	0.55
Desempleado	5	8.9	2	1.8	5.10	0.84 – 39.44*	0.03
Jornalero	5	8.9	9	8.4	1.06	0.29 – 3.70	0.92
Otros	1	1.7	7	6.6	0.26	0.01 – 2.17	0.17
Escolaridad							
Primaria	22	39.3	33	31.1	1.43	0.69 – 2.97	0.29
Secundaria	24	42.8	47	44.3	0.94	0.46 – 1.90	0.85
Universitario	4	7.1	17	16.0	0.40	0.11 – 1.37	0.10
Técnico	1	1.8	4	3.8	0.46	0.02 – 4.57	0.48
Alfabetizado	0	0	1	0.9			
Analfabeta	5	8.9	4	3.8	2.50	0.11 – 1.37	0.10
Religión							
Católico	33	58.9	56	52.8	1.28	0.63 – 2.60	0.45
Evangélico	6	10.7	21	19.8	0.49	0.16 – 1.38	0.13
Testigo de Jehová	0	0	5	4.7			
Ninguno	17	30.4	23	21.6	1.57	0.71 - 3.49	0.22
Otros	0	0	1	0.9			
Estado civil							
Soltero	28	50	45	42.4	1.30	0.65 – 2.63	0.42
Casado	3	5.6	19	17.6	0.28	0.06 – 1.05*	0.03
Acompañado	24	44.4	42	38.9	1.26	0.062 – 2.67	0.49
Numero de hijos							
Ninguno	31	55.3	57	53.8	1.07	0.53 – 2.15	0.84
1 a 2	10	17.8	27	25.4	0.64	0.26 – 1.53	0.27
3 a más	15	26.8	22	20.7	1.40	0.61 – 3.17	0.38
Servicios básicos							
Suficiente	16	28.6	50	47.7	0.45	0.21 – 0.95	0.02*
Insuficiente	40	71.4	56	52.8	2.23	1.06 – 4.75	0.02*
Tipo de vivienda							
Adecuada	16	28.6	46	43.3	0.52	0.24 – 1.10	0.06*
Inadecuada	40	71.4	60	56.6	1.92	0.91 – 4.08	0.06*

Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a la población de estudio.

OR: Odds Ratio IC95%: intervalo de confianza 95% P: valor de P

De los resultados obtenidos en datos sociodemográficos asociamos algunas variables para observar su comportamiento en los casos y los controles: Se obtuvo que algunas variables tenían OR alto pero no fueron significativas, entre ellas las edades de 10 a 24 años, el no tener ningún nivel educativo, el no pertenecer a ninguna religión, el no tener pareja y no tener hijos. (ver tabla No. 2)

Tabla No. 3 Asociación de variables de datos sociodemográficos

Variables	Casos		Controles		OR	IC 95%	P
	SI	NO	SI	NO			
Edad							
10 - 24	37	19	76	30	0.77	0.36 – 1.63	0.45
25 - 39	17	39	25	81	1.41	0.64 – 3.10	0.34
40 - 50	3	53	4	102	1.44	0.25 – 8.01	0.63
Escolaridad							
Primaria y secundaria.	46	10	80	26	1.50	0.62 – 3.66	0.33
Educación superior	4	52	22	84	0.29	0.08 – 0.97	0.02*
Sin educación	6	50	4	102	3.06	0.72 – 13.64	0.08
Religión							
Sin Religión	17	39	23	83	1.57	0.71 – 3.49	0.22
Con Religión	39	117	83	223	0.64	0.29 – 2.41	0.22
Estado civil							
Con pareja	28	28	60	46	0.77	0.38 – 1.54	0.42
Sin pareja	28	28	46	60	1.30	0.65 – 2.63	0.42
Tienen hijos							
Sin hijos	30	24	58	50	1.08	0.53 – 2.19	0.84
Con hijos	25	31	49	57	0.94	0.46 – 1.89	0.84

Fuente: Datos obtenidos de entrevista a la población de estudio.

OR: Odds Ratio IC 95%: Intervalo de confianza 95% P: Valor de P

Factores asociados

Los principales factores asociados al intento de suicidio que obtuvieron mayor importancia en los casos fueron: El padecer enfermedad crónica aumenta en 8 veces más el riesgo de intentar suicidarse, seguido de padecer depresión grave en 7.6 veces más, el convivir en una relación conflictiva en la familia en 7.5 veces más, el tener ideas suicidas en 7 veces más y haber tenido familiares con intentos suicidas previos en 3 veces más. (ver tabla No.3)

Tabla No.4 Factores asociados al intento de suicidio en el área urbana del Municipio de Jinotega.

Variables	Casos		Controles		OR	IC 95%	P
	SI	NO	SI	NO			
Mecanismo de contagio							
Familia con intento s.	19	37	15	91	3.12	1.34 – 7.29	0.00*
Amigo con intento s.	21	35	31	75	1.45	0.69 – 3.04	0.28
Eventos negativos							
Prob. Preferencia sexual	1	55	1	105	1.91	0.0 – 71.40	0.64
Muerte de ser querido	3	53	6	100	0.94	0.18 – 4.48	0.93
Prob. económicos	227	29	60	46	0.71	0.35 – 1.44	0.30
Síntomas							
Llamar la atención	8	48	0	106	-	-	-
Ha tenido ideas suicida	46	10	26	80	7.08	3.38– 14.97	0.00*
Violencia intrafamiliar							
Conflicto familiar	46	10	40	66	7.59	3.25 – 18.12	0.00*
Conflicto de pareja	29	227	42	64	1.64	0.81 – 3.31	0.13
Abuso sexual severo	1	55	1	105	1.91	0.0 – 71.40	0.64
Diagnósticos							
Depresión leve	6	50	14	92	0.76	0.24 – 2.28	0.59
Depresión moderada	10	46	12	94	1.70	0.63 – 4.62	0.24
Depresión grave	28	27	13	93	7.68	3.29 – 18.19	0.00*
Enfermedad. crónica	4	52	1	105	8.08	8.82 – 194.7	0.03*
Consumo de sustancias							
Consumo alcohol	22	34	33	73	1.43	0.69 - 2.97	0.29
Consumo de cocaína	1	55	1	105	1.97	0.0 – 71.40	0.64
Consumo de marihuana	2	54	1	105	3.89	0.27 – 170.4	0.23
Consumo de alcohol 24 horas antes del intento	21	335	1	105	-	-	-
Con quien viven							
Solos	1	55	5	101	0.37	0.02 – 3.43	0.35
En pareja sin hijos	3	53	11	95	0.49	0.10 – 2.01	0.27
En parejas con hijos	21	35	33	73	1.33	0.64 – 2.77	0.41
Con sus padres	30	26	58	48	0.95	0.47 – 1.92	0.88

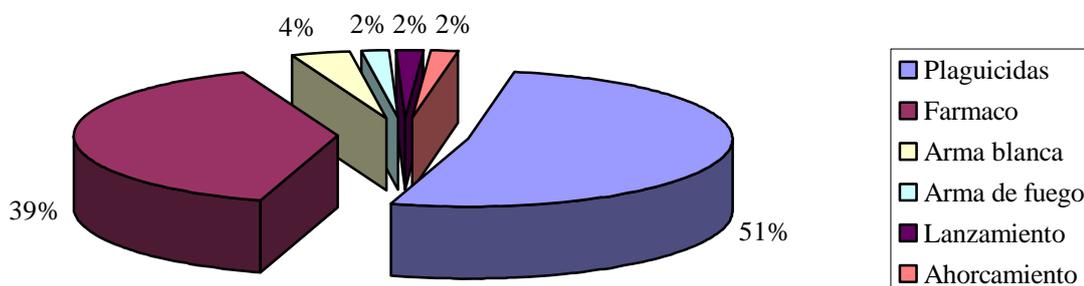
Fuente: Datos obtenidos de entrevista a la población de estudio.

OR: Odds Ratio IC 95%: Intervalo de confianza 95% P: Valor de P

Método en el intento de suicidio y forma de adquisición.

El método más usado en el intento de suicidio en los casos fue los plaguicidas en un 51.7% (29), los fármacos 39.2% (22) y arma blanca 3.5% (2). La forma en que adquirieron el método los casos el 66.8% (38) fue de manera casual, el 28.5% (16) comprado y el 3.5% (2) regalado. (ver gráfico No.1)

Gráfico No. 1 Métodos usados en el intento de suicidio por los casos en el área urbana del municipio de Jinotega



Contacto previo con la unidad de salud.

En los casos el contacto previo al intento suicida con la unidad de salud el 12.5% asistió a la unidad, de estos el 71.4% lo hizo antes de 6 meses y el 28.6% mayor a los 6 meses. Posterior al intento suicida en los casos un 91.0% recibió ayuda y un 8.9% no recibió; la ayuda prestada fue por psiquiatra 47.0%, médico 31.4%, Psicólogo 15.7% y amigos 5.9%. (Ver tabla No. 4)

En cuanto al tiempo que transcurrió entre tomar la decisión de suicidarse y llevarla a cabo se encontró que en los casos un 96.4% lo hizo en menos de 24 horas y un 3.5% en menos de una semana. Con respecto si los casos habían avisado a alguien de su decisión de quitarse la vida, respondieron que un 55.3% no aviso y el 44.6% si avisaron; de estos un 36% a familiares, un 32% a la pareja, el 24% a un amigo y el 8% a otras personas. (ver tabla No. 4)

Tabla No. 5 Datos de los intentos de suicidio en el área urbana del municipio de Jinotega.

Variables	Casos			
	SI	%	NO	%
Contacto previo con la unidad de salud	7	12.5	49	87.5
Antes de los seis meses	5	71.4	2	28.6
Después de seis meses	2	28.6	5	71.4
Recibió ayuda después del intento de suicidio	51	91.0	5	8.9
Psiquiatra	24	47.5	27	52.9
Médico	16	31.4	35	68.6
Psicólogo	8	15.7	43	84.3
Amigos	3	5.9	48	94.1
Cuanto tiempo tardo para tomar la decisión y llevarla a cabo				
Menos de 24 horas	54	96.4	2	3.6
Menos de una semana	2	3.6	54	96.4
Avisó a alguien de su decisión de quitarse la vida	25	44.6	31	55.3
Familiares	9	36	16	64
Pareja	8	32	17	68
Amigo	6	24	19	76
Otras personas	2	8	23	92

Fuente: Datos obtenidos de entrevista a la población de estudio.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que en los casos el grupo etáreo más afectados fueron las edades entre 15 a 19 años de edad seguido de 20 a 24 años de edad y en los controles de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, relacionando los casos y los controles estos grupos de edades no fue significativos. En cambio un estudio en el hospital HEODRA de León en los años 1999 – 2002 se obtuvo que los adolescentes especialmente el grupo de 15 a 19 años presentaran un mayor riesgo en el intento de suicidio. (21) Otro estudio realizado en Cuba en el año 1993-1995 sobre conducta suicida infanto-juvenil reportó que las edades de 17 a 19 años representan mayor riesgo. (35)

El sexo predominante en el intento de suicidio en los casos fue el femenino. Estudios realizados en Estados Unidos en el año 2003 reportaron que se cometieron 3 intentos femeninos por un masculino. (28)

El nivel educativo en los casos predomina la escolaridad primaria seguido de secundaria y en los controles la secundaria seguida de la primaria; asociando estas variables en los casos y los controles se obtuvo que entre más bajo sea el nivel educativo existe mayor riesgo de intentar suicidarse; coincidiendo con el estudio realizado en el hospital HEODRA de León en los años 1998 – 2000 se encontró que en la escolaridad secundaria represento 2 veces más el riesgo con relación a estudios superiores. (18). Igualmente en el estudio realizado en Camaguey; Cuba en el año 2000 la educación secundaria obtuvo mayor riesgo con relación a estudios universitarios. (31)

En cuanto a la ocupación se encontró en los casos mayor prevalencia en los estudiantes seguidos de las amas de casa y en los controles fueron estudiantes y amas de casa; pero al realizar el análisis de estas dos variables no se encontró significancia estadística, mientras que el estar desempleado para casos y controles tienen más probabilidad de intentar suicidarse coincidiendo con el informe mundial de violencia y salud donde la recesión económica y el desempleo son factores de riesgos. (9) Otro estudio, en Buenos Aires Argentina sobre conducta suicida en el año 1998 demostró que el estar desempleado y tener bajos ingresos representa predispone al intento suicidio. (36)

Refiriéndonos a la religión los casos reportan el catolicismo con mayor prevalencia y en los controles los católicos también prevalecieron; pero al asociar las personas que tenían religión y las que no tienen religión encontramos que las que no pertenecen a ninguna religión representan mayor riesgo de intentar suicidarse; esto concuerda con lo reportado en el informe mundial de violencia y salud donde la religión es un dato de protección ya que todavía los estudios no han demostrado una relación con las tasas de suicidio y el pertenecer a determinada religión. (9) Según el Vaticano reporta que los jóvenes no creen en Dios esto es debido a que se está construyendo una cultura sin Dios con malos hábitos del secularismo y relativismo. (32)

Con respecto al estado civil los solteros fueron más frecuentes en los casos y los controles, encontramos que los que no tenían parejas tienen más riesgo al intento de suicidio, pero no fue significativo. Refiriéndonos al número de hijo, el tener hijo tiene menos asociación en el intento de suicidio con relación a los que no tienen hijos, pero no fue significativo. En cambio estudio, en Buenos Aires Argentina sobre conducta suicida en 1998 se demostró que los solteros tienen más probabilidad de suicidarse y que el estar casado y tener pareja con hijos es un dato de protección. (36)

Los servicios básicos en los casos fueron insuficientes con viviendas inadecuadas y en los controles fueron servicios básicos insuficientes y viviendas inadecuadas; concordando un estudio en cinco hospitales de Managua en pacientes ingresados a emergencia en el año 2000 donde encontraron necesidades básicas insatisfechas y viviendas inadecuadas en la población. (30). Según estadísticas nacionales, de la población Nicaragüense un 32% no tienen agua potable permanente, dos tercios no poseen letrinas y un gran porcentaje no cuenta con una vivienda digna. (33,34)

Los principales factores de riesgos al intento de suicidio encontrados y que presentaron significancia estadística fueron: padecer enfermedad crónica, seguido de depresión grave, convivir en una relación conflictiva en la familia, el tener ideas suicidas y haber tenido familiares con intentos suicidas previos. Estos coinciden con el informe mundial de violencia y salud donde la depresión grave, tener relaciones familiares disfuncionales y enfermedades crónicas son los principales factores de riesgo para el intento de suicidio.(9) También un estudio realizado en el hospital HEODRA de León en el año 1998 – 2000 se encontró que las relaciones familiares conflictivas y el tener antecedente de intento de suicidio en la familia son factores de riesgos en el intento de suicidio. (18)

Otro estudio, en Cuba en la provincia de Bayamo sobre comportamiento de la conducta infanto-juvenil encontró como factores de riesgo Conflicto familiar, maltrato físico, Alcoholismo, trastornos psiquiátricos, enfermedades crónicas. (35) y el estudio realizado sobre conducta suicida en Buenos aires argentina en el año 1998 reportó que la depresión grave, el consumo de alcohol, consumo de drogas, ideas suicidas y violencia familiar representan un alto factor de riesgo al intento suicida. (36)

En nuestro estudio los métodos más utilizados en los casos fueron los plaguicidas seguidos de los fármacos. Estudios en España reportan que el método más usado son los fármacos; (2) además, otro estudio en el hospital militar de Camaguey, Cuba reporta que son los fármacos seguidos de plaguicidas. (31)

Con relación al contacto previo con la unidad de salud en los casos con intento de suicidio se encontró que uno de cada diez había asistido a una unidad de salud; coincidiendo con el estudio realizado en el hospital HEODRA en el año 1999 – 2002 donde se obtuvo que un 46% de las personas previo al intento de suicidio habían asistidos a la unidad de salud.(22)

En cuanto al tiempo que transcurrió para llevar a cabo el intento de suicidio en los casos y los controles un alto porcentaje lo realizó de manera impulsiva (antes de las 24 horas de tomar la decisión). Coinciden estos resultados con el estudio, en Camaguey, Cuba durante los años 1997- 2000 donde el 56.5% de los pacientes con intentos de suicidios tenían una personalidad con inestabilidad emocional, inseguros, emotivos, tensos y frustrados que los condujo a tomar la decisión de manera impulsiva. (31)

Lecciones aprendidas: Con este estudio aprendimos a trabajar en el área de estudio de manera metodológica, a tener buena comunicación durante la entrevista, averiguar cual es la situación de los adolescentes y jóvenes ante la problemática creciente del intento de suicidio. Por otro lado con este reporte se demuestra que el intento de suicidio es un problema de salud mental

Debilidades del estudio: Lo ideal sería tener los casos y los controles pareados para la edad y sexo pero en nuestro estudio no fue el caso. Además al intervenir con la entrevista pudo existir sesgo ya que las características presentadas por el individuo cuando ocurrió el intento de suicidio no fueron las mismas al realizar la entrevista, esto es debido a que fue un estudio retrospectivo.

CONCLUSIONES

El grupo etéreo que tuvo mayor prevalencia en los intentos de suicidio fue las edades entre 15 a 19 años y de 20 a 24 años. Siendo las mujeres más afectadas.

La ocupación en los casos y los controles que tuvieron mayor importancia fueron los estudiantes seguidos de amas de casa; además el estar desempleado aumenta el riesgo de intentar suicidarse. En la escolaridad se demostró que entre menor sea su nivel académico aumenta el riesgo de intento de suicidio. Refiriéndonos a la religión los casos reportan el catolicismo con mayor prevelección y en los controles los católicos también prevelecieron; pero al asociar las personas que tenían religión y las que no tienen religión encontramos que las que no pertenecen a ninguna religión tienen mayor riesgo. Con respecto al estado civil los solteros fueron más frecuentes en los casos y los controles, encontramos que los que no tenían parejas tienen más riesgo al intento de suicidio. Refiriéndonos al número de hijo, tener hijo tiene menos asociación en el intento de suicidio con relación a los que no tienen hijos.

En la mayoría de nuestra población de estudio poseen necesidades básicas insuficientes y viviendas inadecuadas; así lo muestran otros estudios donde se menciona que hay un alto índice de pobreza. (33)

Los principales factores de riesgos asociados al intento de suicidio fueron: Tener una enfermedad crónica, padecer de depresión grave, el convivir en una relación conflictiva en la familia, el tener ideas suicidas y haber tenido familiares con intentos suicidas previos.

El método más utilizado con fines de intento suicida fueron los plaguicidas, seguidos de fármacos esto es debido a que es una población agrícola. La forma en que adquirieron los métodos en la mayoría de los casos fue de manera casual. El 13% de los intentos de suicidios tuvo contacto con la atención primaria en salud. En cuanto al tiempo que transcurrió para llevar a cabo el intento de suicidio en los casos un 96.4% lo realizó de manera impulsiva (menos de 24 horas de haber tomado la decisión). Refiriéndonos si los casos habían avisado a alguien de su decisión de quitarse la vida, respondieron que un 44.6% si avisaron; de estos un 36% a familiares, un 32% a la pareja.

Demostramos que en las mujeres es más frecuente el intento de suicidio y que la depresión es uno de los principales factores de riesgo. Por lo tanto concluimos que la hipótesis es verdadera.

RECOMENDACIONES

MINSA:

- Al programa de salud mental del MINSA sugerimos capacitar al personal médico y de enfermería de atención primaria en salud de cómo detectar, abordar y referir a un paciente que presente conducta suicida; ya que muchas personas acudieron a una unidad de salud y no se le detectó a tiempo.
- A los pacientes que están en el programa de crónicos ver la posibilidad que se les realice una valoración de salud mental ya que estos pacientes están dentro de los principales factores de riesgo de intentar suicidarse por presentar estado depresivo.
- Sugerimos que a todo paciente con intento de suicidio que haya ingresado al hospital Victoria Motta u otra unidad se le de seguimiento por salud mental por un año una vez que se le dé de alta, ya que observamos en los expedientes que no asisten a sus citas programadas.
- Participación del psicólogo en las principales unidades de atención primaria en salud para facilitar la atención al público.
- Promover programas de educación y prevención sobre conducta suicida en colegios, universidades, club de adolescentes en colaboración con el ministerio de educación cultura y deporte.
- Podría elaborarse una página web en el internet donde se encuentre información al público sobre la conducta suicida en Nicaragua.

La Familia:

- Ante cualquier señal o conducta suicida debe creerle y tomarlo en serio.
- Ayudarle a encontrar respuesta y alternativas para la vida.
- Hacerle saber que desea ayudarlo y se sabe cómo.
- Facilitar que verbalice y exprese sus sentimientos.
- Explorar los motivos del intento sin temor y con seriedad.
- Estimular sus cualidades positivas y éxitos recientes, darle seguridad, cariño y no juzgarlo.
- Buscarle ayuda profesional especializada.
- Mantener guardados los plaguicidas en un lugar seguro y tratar de no hacerlo en sus casas.
- Escuchar con atención cuando un adolescente o joven tiene problemas o conducta suicida.

Individuo:

- Buscar ayuda profesional.
- Hacer ejercicios, deportes y otras distracciones como canto, Baile, artes plásticas y manualidades.
- No tomar medicamentos ni sustancias desconocidas que no sean prescrita por un profesional.
- No tome los problemas a la ligera, siempre hay una solución.
- Permita que su familia lo apoye.
- Busque con quien conversar cuando tenga disgustos con su pareja y la familia.
- Si sufre de abuso sexual acuda a la comisaría de la mujer y al programa de salud mental.
- Busque a alguien en que pueda confiar.
- No consumir drogas ni abusar del alcohol.
- Si sufre de trastornos depresivos busque ayuda a su médico de cabecera u otro profesional de la salud

La Comunidad:

- Sugerimos que las familias apoyen a comunicarse correctamente con la persona que tiene problema con la conducta suicida.
- No retar a la persona con ideas suicidas ni aliarse a su solución de muerte.
- Dar apoyo emocional y de soluciones a los familiares.
- Propiciar la comunicación del individuo en riesgo y su familia con grupos de autoayudas.
- Apoyar en la forma de prevenir e intervenir en la conducta suicida donde participe MINSA, policía, ONG, alcaldía y Sociedad civil.

La Policía:

- Promover que no se le venda bebidas alcohólicas a menores de edad
- Sugerimos a los casos con violencia intrafamiliar y abuso sexual acudan a salud mental.
- Recomendar a los vendedores de plaguicidas que no se les venda a menores de edad.

MAGFOR:

- Sugerirles a los agricultores no usar aquellos plaguicidas que mas intoxicaciones humanas han causados en Nicaragua, tal como el Metamidofos, el metilparatió y fosfina.
- Promover que los plaguicidas no se vendan al publico en general sino en establecimiento autorizados y que lleven un control de la venta y distribución del mismo.
- Promover la ley 274, ley de plaguicidas (compuesto por MINSA, MARENA Y MAGFOR), a la autoridad de aplicación la cual tiene la potestad de tomar en cuenta dichas recomendaciones. (36)

MECD:

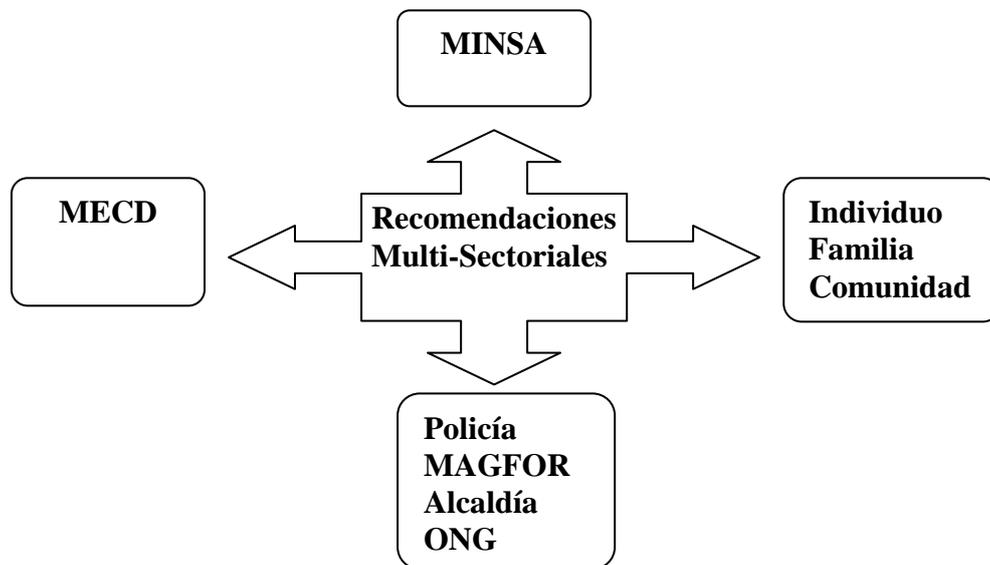
- Realizar campañas de capacitación en centros educativos sobre información de como prevenir la conducta suicida en adolescentes y jóvenes.
- Sugerimos una evaluación psicológica en centros escolares privados y públicos a jóvenes de alto riesgo
- Buscar el mecanismo para que los maestros informe a los padres de familia sobre comportamientos sospechosos de conducta suicida de los alumnos
- Ayudar a Promover la línea telefónica (1800 – 1822950) que brinda ayuda las 24 horas en los medios de comunicación y diferentes lugares como escuelas y club de adolescentes.
- Podrían impartirse capacitaciones en colegios sobre prevención de drogas y las consecuencias de estas.

Alcaldía:

- Apoyar en la construcción de parques y canchas
- Participar en ligas béisbol, fútbol, Voleibol y otros deportes.
- Buscar hermanamiento y patrocinios para formar centros de apoyo para la rehabilitación de los jóvenes de alto riesgo.

ONG:

- Apoyar en la formación de club de adolescentes donde se imparta educación sexual y reproductiva así como temas sociales violencia intrafamiliar, prevención de drogas y conducta suicida.
- Participar en la construcción de centros de recreación como escuela de danza, pintura artes plásticas y manualidades a la comuna.
- Participar en conjunto con MINSA, MECD, Alcaldía, Policía, MAGFOR y sociedad civil en la búsqueda de ideas para elaborar un plan de prevención del suicidio.



BIBLIOGRAFIA

1. Enciclopedia Medica en Español. (ADAM)Comportamiento suicida. Medline plus información de salud para usted.(en línea) 2003 (fecha de acceso 05-1-05)
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/00155.htm>
2. MSD. Manual Merck. Trastornos mentales. Cap 85. Comportamiento suicida. (en línea)2003(fecha de acceso 08-08-05)<http://www.msd.com.mx/content/hcp/mmerck-hogar/seccion07/seccion07-085html-22k>
3. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de la salud en las Americas por suicidio y lesiones autoinfligidas.(CD ROM)2006 , capitulo tres, sexta edición OPS. Pág. 173-178
4. Medline plus. Suicidio en adolescente.(en línea) 2002(fecha de acceso 09-10-05)<http://www.nlm.nih.gov/health-library/12-health.htm>
5. Ruiz Sánchez José, Cano Sánchez JustoPsicoterapia cognitiva de urgencia. Capitulo 10. La PCU del intento de suicidio. Psicología on line.(en línea).1ra edición 1999(fecha de acceso 09-10-05)
<http://www.psicologia-online.com/Esmubeda/librbros/urgencia9.htm>
6. Rivera Guillermo.Evaluación de riesgo del suicidio en la práctica clínica. Galenored Internacional.(en línea) 7/09/2004.Universidad federal de sao Paulo. Hospital SaoPaulo Paulo.. <http://www.galenored.com/grivera7/index.htm>
7. Martin Memorial Health Systems.Medicina del adolescente. Health Library Art. (en línea) 2003(fecha de acceso 09-10-04)
<http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/adolescent/agdhub.htm>.
8. Cutler DM, Glaeser EL, Norbert K. Explaining the Rise in youth suicide. Harvard Institute of Economic Research Paper 2001. Pag 1917

9. Etienne G, Linda L, Dahlberg, Jamesh Mercy. Antony B. World report on violence and health. Chapter 7 Self- directed violence. Pag 185 – 206.
10. Herrera Rodríguez Andrés, Caldera Trinidad, Kullgren Gunnar y Salander Renberg Ellinor. Suicidal expressions among young people in Nicaragua. Mayo 2006. Journal 127. No.83.
11. Orozco Cecilia. Epidemiología del suicidio. Psiquiatría clínica(en línea) 1999 (fecha de acceso 09-10-04)<http://www.astmhi.org/suicidio.htm#arriba>
12. Cataldo Neto A, Morelli LB, Meneses F. Paciente suicida. In: Fritscher CC, Chatki JM, et. Al, Organizadores. Manual de urgencias medicas. Porto Alegre. EDIPURS 2002. Pag 509-515.
13. Buena salud. Suicidio en los niños y adolescentes: Ultima escapada (en línea) 1999 (fecha acceso 09-09-05)<http://www.buenasalud.com/lib/Showdoc.cfn?libdocID-29838retur cat ID=22>
14. Revista panamericana de la salud publica.. El paciente con tendencias suicidas: Características generales.(en línea)Octubre 1999(fecha de acceso 09-10-05)Vol 6, No 4. <http://www.scielo.php?script=sci-pdf8pid=51020-49891999000900011.htm>
15. Castro Caballero Cipriano, Maldonado Gómez Olga y Yehuda Benguigue. La niñez, la familia y la comunidad. OPS/PALTEX 2004.Pag 502-508.
16. MINSA.Situación epidemiologica intoxicación por plaguicidas.(en línea) Febrero 2000 (fecha de acceso 17-02-06) <http://www.minsa.gob.nic/vigepi/html/boletin2000/semana07/.htm>
17. Herrera A, Dahlblom K, Dahlgren L, Kullgren G. Pathways to suicidal behavior among adolescent girls in NicaraguaDepartment of preventive Medicine and Public Health, Leon University, Leon Nicaragua, 2005. Pag 806 - 814

18. Soza orozco Nidia Alejandra, Salmeron S Maria Auxiliadora. Factores de Riesgo Asociados al intento de suicidio en pacientes ingresados en el departamento de Medicina Interna del HEODRA en el periodo comprendido Enero 1998 Abril 2000.(Tesis Doctoral). UNAN - Leon. Febrero 2003. Pag 28- 29.
19. Pérez Burto Norman Antonio, Barrios Rocha Noelia comportamiento epidemiológico en pacientes atendidos por lesiones autoinfligidas en los hospitales de la cuarta región durante 1996 – 1997. (Tesis Doctoral).UNAN – León. Febrero 2000 Pag 22 – 25.
20. Valdivia Lorente Reinaldo de Jesús, Merlo Membreño Ana. Intento de suicidio en pacientes atendidos en el hospital Modesto Agurcia Moncada Ocotal.NS durante el periodo 1993 – 1996.(Tesis Doctoral). UNAN – Leon. Pag 25 – 26.
21. Solano Mirta. Intento suicidio en adolescentes.(en línea) 2000 (fecha de acceso 15-12-05)<http://www.atmshsi.org/index.htm>
22. Caldera Aburto Trinidad. Mental health in Nicaragua. With special reference to psychological treuma and suicidal behavior., Department of healt, Department of Preventive Medicine and public, University of Leon. Nicaragua. 2004.
23. Cortes Alfaro Alba.Conducta suicida: Adolescencia y riesgo. Monografias.com (en línea) 2003(fecha de acceso 09-10-04) [http://www. Monografías. Com/trabajos15/conducta - suicida.shtml](http://www.Monografias.Com/trabajos15/conducta-suicida.shtml).
24. Correa H, Barbi E, Neves FS . Neurobiología del suicidio: Evidencia del papel serotoninergico, J. Bras Psiquiatría 2002;51:397-404
25. Roy A, Psiquiatric, Emergencias, in: Kaplan HI, Sodok BJ, Sinopsis Of Psychiatry. 8 th ed. Portoalegre: Artes medicas 1997. Pag.864-872.
26. Depresión Psicomag.com.Tiene usted depresión preguntele al Dr, Rosales. Test de depresión de Zugn (en línea) 2004 (fecha de acceso 09-10-05) [http://www. Depresión psicomag.com/esc.Zung.php](http://www.Depresiónpsicomag.com/esc.Zung.php)

27. Soto Sevilla Carla Marielle, Villarreina Nadina Salvadora. Intento de suicidio con plaguicidas en pacientes ingresados en el hospital Amin Allum durante 1995 - 1997.(Tesis Doctoral) UNAN – León 1998. Pag: 27
28. Centres for Disease Control and Prevention. El suicidio en estados unidos. (en línea) 2000(fecha de acceso 03-04-05)[http:// www.cde.gov/ncipc/factsheets/suicidio.htm](http://www.cde.gov/ncipc/factsheets/suicidio.htm).
29. II Censo de población y vivienda. 1997 INEC.
30. Cordero Jarquín Franklin Alonso. Intentos de suicidios en pacientes atendidos en sala de emergencia de cinco hospitales de Managua en el periodo de Agosto a Octubre del 2000.(Tesis Doctoral).UNAN – Managua.
31. Peña Galván Liuba Y, Casas Rodríguez Ludmila, Padilla de la Cruz Manuel. Comportamiento del intento de suicidio en grupos de adolescentes y jóvenes en el periodo comprendido de Enero 1997 a Diciembre del 2000, En paciente ingresados al hospital militar Octavio de la concepción.(Tesis Doctoral) Camaguey, Cuba.
32. Discurso de la a vigésima jornada mundial de la juventud en Colonia, Alemani,(en línea)2005.(fecha de acceso 20-05-06).
[Http: //www.news.bbc.conco.uk/ni/spanish/misc/newsid-4162000/4162108,stm](Http://www.news.bbc.conco.uk/ni/spanish/misc/newsid-4162000/4162108,stm).
33. INEC. Encuesta Nicaragüense de demografía y salud(en línea) 2001(fecha de acceso 20-05-06)
<Http://www.inec.gob.nic/endesa/resumen.pnf.pdf>.
34. INEC.VII Censo de población y III de vivienda 1995. Características económicas.

35. Morasen Disortuo Irene, Madrigal Manuel. Comportamiento de la conducta suicida infantojuvenil en menores de 20 años de procedencia urbana del policlínico de Bayam, Cuba durante Noviembre-Diciembre 1998. (en línea) 2000 (fecha de acceso 02-03-06). [Http://www.scieloprueba.sid.cu/scielo.php?scrip=sci-attet&pid=s0864-21251998000600008&ing=es&nrm=iso](http://www.scieloprueba.sid.cu/scielo.php?scrip=sci-attet&pid=s0864-21251998000600008&ing=es&nrm=iso).
36. Serfaty Edith. Conducta suicida en centro de investigación de Buenos Aires; Argentina. (en línea) Julio a Septiembre 1998 (fecha de acceso 12-02-06). <http://www.ral-adolescent-bvs.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s1414-713011998000100007&ing=es&nrm=iso>.
37. MINSA. Actividades epidemiológicas de los plaguicidas. Boletín epidemiológico. (en línea). año 2000 (fecha de acceso 10-09-05) Semana No. 42 http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2004/semana10/editorial10.pdf+magfor*ley*plaguicidas&hl=es&gl=ni&ct=clnk&cd=2.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN – LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MINSA

ENTREVISTA

El presente estudio está dirigido a conocer la problemática sobre el intento de suicidio en los habitantes de la ciudad de Jinotega, con el fin de proporcionar información y ayuda a la población, agradecemos de ante mano su colaboración.

NUMERO

CASO:

CONTROL:

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad: _____

Sexo: Femenino (1)

Masculino (2)

Procedencia:

Urbano (1)

Ocupación:

Estudiante (1)

Ama de casa (2)

Profesional (3)

Agricultor (4)

Comerciante (5)

Desempleado (6)

Jornalero (7)

Otros (8)

Escolaridad:

Primaria (1)

Secundaria (2)

Universitario (3)

Técnico (4)

Alfabetizado (5)

Analfabeta (6)

Religión:

Católico (1)

Evangélico (2)

Testigo de Jehová (3)

Ninguno (4)

Otros (5)

Estado Civil:

- Soltero (1)
- Casado (2)
- Acompañado (3)
- Separado (4)
- Viudo (5)

Número de hijos:

- Ninguno (1)
- 1 - 2 (2)
- 3 a más (3)

Datos de pobreza:

Tipo de vivienda:

- Adecuado (1)
- Inadecuado (2)

Servicios básicos:

- Suficientes (1)
- Insuficientes (2)

II. FACTORES ASOCIADOS:

Ha tenido ideas suicidas: Si (1)
No (2)

Ha intentado suicidarse: Si (1)
No (2)

Alguna otra persona en su familia a intentado suicidarse: Si (1)
No (2)

Ha tenido amigos que han intentado suicidarse: Si (1)
No (2)

¿Con quien viven?

- | | | |
|-------------------------|--------|--------|
| 1- Solos | Si (1) | No (2) |
| 2- En parejas sin hijos | Si (1) | No (2) |
| 3- En parejas con hijos | Si (1) | No (2) |
| 4- Con sus padres | Si (1) | No (2) |
| 5- Otros | Si (1) | No (2) |

Causas del intento del suicidio

1- Conflicto familiar:	Si (1)	No (2)
2- Conflicto de pareja	Si (1)	No (2)
3- Enfermedad crónica	Si (1)	No (2)
4- Problemas de identidad de preferencia sexual	Si (1)	No (2)
5- Problemas económicos	Si (1)	No (2)
6- Depresión	Si (1)	No (2)
7- Abuso sexual	Si (1)	No (2)
8- Muerte de un ser querido	Si (1)	No (2)
9- Llamar la atención	Si (1)	No (2)
10- Problemas con la justicia	Si (1)	No (2)

¿ Usa con frecuencia alguna de las siguientes sustancias?

1- Alcohol	Si (1)	No (2)
2- Marihuana	Si (1)	No (2)
3- Cocaína	Si (1)	No (2)
4- Otras drogas	Si (1)	No (2)
Especifique: 24 Hrs antes del intento	Si (1)	No (2)
24 hrs. después del intento	Si (1)	No (2)

MARCA CON UNA (X) LO QUE CREAS CONVENIENTE (Escala de Zung)

	N	A	F	M
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana es cuando me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5. Como igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				

N: Nunca o muy pocas veces A: Algunas veces F: Frecuente mente M: La Mayoría del tiempo o siempre

III. Datos del suceso

Métodos utilizados:

- Arma de fuego (1)
- Arma blanca (2)
- Plaguicida (3)
- Fármaco (4)
- Ahorcamiento (5)
- Lanzamiento al vacío (6)
- Otros (7)

Como adquirió el método:

- Comprado (1)
- Regalado (2)
- Prestado (3)
- Casual (4)
- Otros (5)

¿Tuvo contacto con alguna unidad asistencial de salud previo al intento de suicidio?:

- Si (1)
- No (2)

Especifique: < 6 meses (1)

> 6 meses (2)

¿Recibió ayuda después del intento de suicidio?

Si (1)

No (2)

¿De quien?:

Psiquiatra (1)

Psicólogo (2)

Médico (3)

Enfermera (4)

Amigo (5)

Familiar (6)

Sacerdote (7)

Otro (8)

¿Cuanto tiempo paso entre usted tomo la decisión y la llevo a cavo?.

Menos de 24 horas (1)

Menos de una semana (2)

Entre dos semanas y un mes (3)

Más de un mes (4)

¿Usted avisó a alguien de esta decisión?

Si (1)

No(2)

A quien:

Familiar (1)

Amigo (2)

Sacerdote (3)

Pareja (4)

Otros. (5)

DONDE BUSCAR AYUDA PARA PREVENIR EL SUICIDIO

- Llamar al teléfono de salud mental del MINSA (6322950, 1800 1822950) las 24 horas .
- Sala emergencia del hospital Victoria Motta (Dra.. Terán y Lic. Zúniga)
- ONG (Xochilt Acalt)
- Centro de Salud Guillermo Matute
- Comisaría de la mujer y la niñez.
- Médicos
- Trabajadora social y personal de enfermería de su confianza.
- Todos aquellos lugares que le inspiren confianza y le pueda ayudar

QUIEN PUEDE APOYARTE EN CASO DE IDEAS O INTENTO DE SUICIDIO.

- Personal de salud mental de los centros de salud
- Cualquier personal de salud.
- Amigos en quien usted confié.
- Familiares
- Profesores
- Religioso en quien usted pueda confiar sus problemas.
- Conversar con tu pareja
- La policía y bomberos

JINOTEGA CIUDAD MÁS SEGURA.



CADA VEZ

QUE UNO SUFRE NACE UNA NUEVA OPORTUNIDAD DE SER FELIZ EN LA VIDA.



UNAN-LEÓN CIDS

2003-2005

Introducción

La salud mental y física son inseparables y podemos decir no hay salud sin buena salud mental ya que están estrechamente vinculadas con algunas de nuestras capacidades para pensar, establecer relaciones de interdependencia con otros; para crear y encontrar le significado a la existencia

Objetivos

El presente plan POR LA VIDA brinda la oportunidad a todos de poder contar con ayuda oportuna y personal capacitado, en el momento que más lo necesite, Además brinda la oportunidad a los jóvenes de poder contar con quien platicar y buscar ayuda en caso de conducta suicida.

FORMAS DE BUSCAR AYUDA

Recuerde que siempre hay salida a las situaciones difíciles, y que muchas personas como usted ha encontrado salida a las situaciones aún más difíciles comunicando sus problemas y buscando ayuda.

Situaciones de riesgo del intento de suicidio.

- Tristeza.
- Deseo de tomar su vida por su cuenta.
- No buscar ayuda
- Intentos previos
- Tomar medicinas sin prescripción médica.
- Tomar licor y consumir drogas como marihuana, cocaína
- No recibir apoyo familiar.
- Disgusto con su pareja.
- Abuso sexual
- No tener en quien confiar
- Sufrir de violencia intrafamiliar
- .Depresión
- Mal rendimiento académico y laboral.
- Perdida de interés en las actividades que realiza
- Problemas económicos
- Enfermedades no curables
- Trastornos mentales

Recomendaciones para prevenirlos

- Buscar ayuda profesional
- Hacer ejercicios y deportes
- No tomar medicamentos desconocidos
- No tome los problemas a la ligera siempre hay una solución
- Permita que su familia lo apoye.
- Busque con quien conversar cuando tenga disgusto con su pareja.
- Sí sufre de abuso sexual busque ayuda en los lugares mencionados
- Busque a alguien en que pueda confiar.
- No consumir drogas ni abusar del alcohol.
- Buscar distracciones