



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA Y SALUD
(CIDS)**

***TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN CIENCIAS SOCIALES CON
MENCION EN EPIDEMIOLOGIA***

***PERFIL PSICOLOGICO DE LAS PERSONAS QUE COMETIERON
SUICIDIO EN EL MUNICIPIO DE LEON,
Enero 2004 - Octubre 2006.***

***Usando Autopsia Psicológica enfocados en depresión y uso de alcohol
Estudio basado en un Sistema de Vigilancia Hospitalario***

AUTORA: CLAUDIA OBANDO

**TUTORES: GUNNAR KULLGREN, MD, PhD
DR. TRINIDAD CALDERA, MD, PhD**

León, 2007

DEFINICION DE TERMINOS

Comportamiento suicida: Es cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente graves

Conducta suicida: Término que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio

Perfil Psicológico: Rasgos psicológicos que caracterizan la personalidad (esfera cognoscitiva, conductual, pensamiento y el funcionamiento psíquico).

Autopsia psicológica: Investigación realizada mediante entrevista estructurada a familiares del occiso, vecinos, amigos y cuantas personas sean necesarias. Tiene como objetivo determinar si el suicidio fue la causa de la muerte así como los signos que presagiaron lo ocurrido.

Acto suicida: Incluye el intento de suicidio y el suicidio

Autolesión intencionada: En ingles "deliberate self harm" (dsh) Nombre que sirve para designar el intento de suicidio. Acto mediante el cual un sujeto cercena o corta una parte cualquiera de su cuerpo. Pero no necesariamente tiene que ser con propósitos suicidas.

Idea suicida: Abarca un amplio campo de pensamiento desde el deseo de morir, que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida, la expresión de deseos de morir "la vida no merece la pena vivirla", y la representación suicida consistentes en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado)

Parasuicidio: Termino utilizado principalmente en Europa para referirse al intento suicida. Conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo. La finalidad es terminar con su vida.

Perfil suicida: Rasgos psicológicos que caracterizan a un suicida potencial (por ej, impulsividad, pobreza en las relaciones interpersonales, hostilidad, que son rasgos frecuentes, pero no exclusivos de los suicidas. No se ha encontrado un perfil único que sea común a todos.

Suicida: La persona que ha terminado su vida por suicidio, el que ha realizado intentos de suicidio de carácter grave con peligro para la vida, el que realiza actos peligrosos para la vida o para su integridad física, psicológica o su desarrollo social.

Suicidio: Es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se autoagrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio de sí mismo, el acto suicida que termina en la muerte.

Suicidio consumado: Suicidio

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM – III- R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HEODRA: Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello

MAP-I: Modelo de Autopsia Psicológica

SPSS: Statistical Packet for Social Science

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SVL: Sistema de Vigilancia de Lesiones

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

INDICE

I. RESUMEN

II. INTRODUCCION.....	1
III. ANTECEDENTES.....	4
IV. OBJETIVOS.....	7
V. MARCO TEORICO.....	8
VI. DISEÑO METODOLOGICO.....	20
1. Tipo de estudio.....	20
2. Área de estudio.....	20
3. Periodo de estudio.....	20
4. Población de estudio.....	21
5. Criterios de inclusión y exclusión.....	21
6. Operacionalización de las Variables.....	23
7. Método de selección de la población de estudio.....	27
8. Instrumento de recolección.....	27
9. Trabajo de campo.....	27
10. Fuente.....	28
11. Posibles sesgos.....	28
12. Plan de Análisis.....	29
VII. RESULTADOS.....	30
VIII. DISCUSION.....	39
IX. LIMITACIONES Y FORTALEZAS.....	43
X. CONSIDERACIONES ETICAS.....	44
XI. CONCLUSIONES.....	46
XII. RECOMENDACIONES.....	47
XIII. REFERENCIAS.....	49
XIV. ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Este estudio pretende conocer el Perfil Psicológico de las personas que cometieron suicidio, quienes residían en el área urbana del municipio de León en el periodo 2004 - 2006. De igual manera describir características sociodemográficas, aspectos psicosociales en los casos de suicidio, Identificar el contexto en que ocurrió el suicidio y describir aspectos relacionados a depresión, alcohol y uso de droga.

Método: A través del método de autopsia psicológica que permite reconstruir el perfil psicológico del occiso. La autopsia psicológica es una caracterización retrospectiva de aspectos personales, familiares y sociales del suicida, para obtener información integral a través de personas que tenían una relación íntima con la víctima.

Resultados

El total de casos reportados en el Sistema de Vigilancia fueron 19, se realizó entrevistas a familiares de 14 casos, 7 eran hombres y 10 mujeres la media de sus edades fue 48 años, hubo 3 rechazos, 2 cambios de domicilio que no se pudieron encontrar. De los 14 casos, de los cuales el 10 eran hombres, y 4 mujeres la media de sus edades fue 27.9 años. Eran solteros 5, casados 2, unión libre 6, 7 primaria inconclusa, 8 aprobaron primaria, 3 secundaria inconclusa, 2. Trabajadores activos 12, estaban desempleados 2. La mayoría de los casos ocurrieron en su casa, lo hicieron durante la mañana, con alguna persona presente en el lugar. Consumieron alcohol y otras sustancias por parte de la víctima previo a cometer suicidio en. En cuanto al método prevalecen los plaguicidas, siendo la fosfina la de mayor uso. En relación a la Escala de depresión de Hamilton, en la mitad de los casos hubo ausencia de síntomas depresivos y en el resto de los casos síntomas de depresión media y moderada. Más de la mitad se embriagaba más de una vez al mes. Los familiares consideran que la víctima bebía más de la cuenta y que debió recibir ayuda médica para tomar menos. 11 consumía drogas legales y 3 drogas ilegales. Alcohol es la bebida más consumida, consumían entre 1 y 3 litros de cerveza en su mayoría, todo esto en un día típico de bebida. La frecuencia de consumo menos de una vez al mes 3 casos y 2 o 3 veces por semana con igual número, sin embargo es importante destacar que 2 de los casos consumían diario. Los casos no usaban ningún tratamiento en especial a excepción de uno diagnosticado y que recibía tratamiento antidepressivo. Sin embargo 5 hombres y 2 mujeres de los casos estuvo hospitalizado en los últimos 3 meses, debido a: alucinaciones debido a abstinencia alcohólica, bajos niveles de glucosa en sangre, cortadura en mano (accidente laboral), 2 intentos de suicidio en la misma persona 6

y 2 meses antes de su muerte, dos por intoxicación alcohólica (varón y mujer) y por parto 6 meses antes. Al explorar aspectos relacionados a los conflictos personales, en 9 de los casos consideran que las víctimas tenían conflictos consigo mismo, insatisfacciones, etc. Tenían problemas amorosos 10. Sin embargo estas personas tenían intereses, planes a futuro, dentro de los cuales los más importantes eran: laborales, familiares y bienes materiales. En cuanto a las señales de advertencia que los familiares de las víctimas identificaron en las víctimas quienes exteriorizaron verbal y no verbalmente fueron: verbalizaciones suicidas como No vale la pena seguir viviendo, me quiero morir, etc. comentarios pesimistas acerca del futuro, abatimiento, descuido de sí mismo, aumento de consumo de alcohol, expresión de sentimientos de soledad, desesperanza e intentos de suicida anteriores, sin embargo a pesar de haber hecho claras expresiones de morir sus familiares no pudieron prevenir debido a falta de conocimiento acerca de cómo prevenir, donde buscar ayuda

Conclusiones

Los casos estudiados eran jóvenes, casados o en unión de hecho, trabajadores activos, con un nivel académico de primaria inconclusa y religión católica, consumidores activos de bebidas alcohólicas. En sus relaciones interpersonales no estaban satisfechos de ser como eran, se quejaban continuamente de su forma de actuar, tuvieron algún tipo de problema con su pareja, sin embargo tenían intereses, planes futuros de tipo laboral, familiar. Manifestaron algunas señales a sus familiares por ejemplo; Verbalizaciones suicidas, Comentarios pesimistas acerca de su futuro, afectivamente los observaron abatidos, enfadados, descuido de sí mismo, consumieron bebidas alcohólicas con frecuencia desacostumbrada. El contexto en el que ocurrió el suicidio en la mayoría de los casos fue: en su hogar, por la mañana, con familiares presentes y las víctimas consumieron alcohol previo al suicidio, siendo la Fosfina el método más utilizado. Hubo ausencia de síntomas depresivos en la mitad de los casos, Depresión media y moderada en el resto de los casos en el último mes antes de su muerte.

Palabras claves: Comportamiento suicida, Conducta suicida, Perfil psicológico. Autopsia Psicológica.



I. Introducción

El suicidio es un acto en el cual deliberadamente una persona se quita la propia vida. El comportamiento suicida es cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente graves en la que se pone en riesgo la vida, es un problema de salud pública en todo el mundo y es el resultado de una acción voluntaria, premeditada y realizada con conciente intento autodestructivo, no obstante vago y ambiguo¹.

En el año 2000 se estimó que 815 000 personas murieron por suicidio a nivel mundial. Esto representa una tasa de mortalidad anual de 14.5 por 100 000 habitantes. Suicidio es la decimotercera causa de muerte a nivel mundial y esta entre las cuatro primeras causas de muerte en el grupo de población de 15-44 años.²

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo se suicidan a diario tres mil 500 personas. Además, que entre 5 mil y 15 mil atacan contra su vida.³

En los países de Europa Oriental las tasas de suicidio son altas desde 37.9 por 100,000 en Estonia a 51.6 en Lituania en el año 2001. Las tasas de suicidio son bajas principalmente en Latinoamérica en el 2002 (Colombia 4.5 por 100,000)⁴

Para ambos sexos los suicidios fueron la principal causa de muerte en Chile, Canadá y Costa Rica y Nicaragua en el grupo de edad de 15 – 24 años de acuerdo a los tres últimos años reportados (2000- 2003) y el segundo lugar en Cuba, Trinidad y Tobago en el mismo grupo etáreo en el periodo 2001 – 2003.⁵

En Nicaragua, las tasas de suicidio se han triplicado entre 1990 y 2002 (2.4 a 7.19 por 100,000). Desde 1986 es la primera causa de mortalidad en el grupo de edad de 15 – 34. Desde 1997 hasta 2004 los suicidios han incrementado de la décimo tercera a décimo primera causa de mortalidad general.⁶

En Nicaragua los intentos de suicidios entre las personas jóvenes es también un grave problema de salud. Las proporciones son similares a las de la mayoría de las regiones europeas, proporciones altas entre las personas jóvenes, en particular entre las adolescentes y jóvenes. Un estudio en León, Nicaragua muestra que la proporción de intentos de



suicidio más alta se encuentra en el grupo de edad 15 - 19 años, con una proporción 3 veces más alto en mujeres que en hombres.⁷

Los estudios de autopsia psicológica hechos en muchos países han demostrado con gran consistencia que 90% o más de víctimas del suicidio tienen un diagnóstico psicopatológico en el momento de muerte⁸

En un estudio realizado por Conwell et al encontró que al menos uno o más trastornos del eje I del DSM IV fueron diagnosticados en 90.1% de las víctimas del suicidio. El uso de sustancias fue uno de los desórdenes más frecuentes, seguido por desórdenes de humor y psicosis. La edad de muerte indica que mientras más joven era un predictor significativo de abuso de la sustancia o dependencia, mientras que a mayor edad predijo desórdenes del humor.⁹

Estos hallazgos sugieren que el riesgo para el suicidio aumenta con la edad en individuos con enfermedades afectivas, sobre todo en los hombres de mayor edad y deprimidos quienes en este caso son población blanco en promover estrategias de prevención del suicidio.

Por otro lado datos del estudio del Área de Captación Epidemiológica Epidemiologic Catchment Área (ECA) indican que en más del 80% de alcohólicos la enfermedad comenzó antes de los 30 años, mientras que para la gran mayoría el uso y abuso de drogas empieza antes de los 20¹⁰.

En casos de muertes dudosas a veces determinar la causa de mortalidad es un proceso difícil pero a través de exámenes retrospectivos, como la Autopsia psicológica es posible aclararla. La autopsia psicológica es una caracterización retrospectiva de la personalidad y la vida de quienes cometen suicidio, entrevistando a personas que tenían relación íntima con la víctima durante su vida para obtener información de la persona.¹¹

El término autopsia psicológica fue creado por Edwin Shneidman a finales de los años 50. De acuerdo con Shneidman ayuda a los examinadores médicos y profesionales de la ley criminal y civil ya que puede contribuir a la identificación de los determinantes del suicidio.¹¹



Es por tanto importante esta investigación ya que existen pocas publicaciones utilizando este método en países en vías de desarrollo así como en Nicaragua. Permitiendo conocer aspectos de la persona fallecida, profundizando en el patrón o comportamiento psicológico del suicida en un esfuerzo por reducir la probabilidad de suicidio entre grupos similares de individuos y desarrollar futuras intervenciones.



II. Antecedentes

En los 90's la escuela cubana de psiquiatría utiliza un modelo creado por el Instituto de Medicina Legal, el cual fue validado por dos investigaciones en víctimas de suicidio en 1991 y 1994. El modelo de la autopsia psicológica nombrado MAP-I (modelo de autopsia psicológica en personas suicidas), estructurado y sistematizado totalmente, de una manera que se reduce al mínimo el margen de error, dado que todos los investigadores tienen que hacer la exploración de la misma manera, conduciéndose por un instructivo en el MAP-I con la posibilidad de respuestas cerradas, para evitar la implicación de los elementos subjetivos en cada caso, y también verificarlo a través de terceras persona y por lo tanto garantizar el valor como evidencia pericial.¹¹

En 1996 Conwell "y otros" de la Universidad de Rochester realizaron un estudio donde relacionaron, edad con los diagnósticos del Eje I del DSM- III- R en víctimas de suicidios consumados. El objetivo fue examinar los diagnósticos psiquiátricos de las víctimas, predecibles con la edad. Se hizo con 141 personas en edades de 21 a 92 años, las cuales consumaron suicidio. Se utilizó el método de autopsia Psicológica, a través de análisis de regresión múltiple. Se obtuvo que uno o más condiciones del Eje I fueron diagnosticadas en las víctimas de suicidio. El desorden por el uso de sustancias fue el más frecuente seguido por desordenes del estado de ánimo y enfermedades psicóticas primarias.⁹

Los primeros estudios sobre autopsia psicológica son de tipo descriptivos de casos de suicidio consecutivos. Proporcionando las primeras ideas de la naturaleza del comportamiento suicida, pero tenían también algunas limitaciones metodológicas.¹¹

Han surgido estudios donde han aplicado diseños de casos y controles, tomando los sujetos de control vivos de una muestra representativa de la población general y han utilizado entrevistas estandarizadas para comprobar los trastornos mentales y su comorbilidad, tanto entre sus casos como entre sus controles. Donde se les hizo una entrevista a los familiares y personas cercanas de 519 personas que cometieron suicidio y de 536 personas que murieron por otras lesiones (control) se seleccionó geográficamente al azar 23 lugares representativos de China.¹²

Después del ajuste por sexo, edad, lugar de residencia, y sitio de la investigación, ocho predictores significativos de suicidio permanecían en el modelo de regresión logística. En orden de importancia estaban:



síntoma de depresión mayor, intentos de suicidio previos, tensión aguda de muerte, baja calidad de vida, estrés crónico, conflicto interpersonal severo en los 2 días antes de la muerte, y un familiar o amigo con previa conducta suicida. El riesgo del suicidio aumentó substancialmente con exposición a los factores de riesgo múltiples: ninguno de las 265 personas del difunto que fueron expuestas a al menos uno de los ocho factores de riesgo ha muerto por suicidio, pero 30% (90/299) con dos o tres factores de riesgo, 85% (320/377) con cuatro o cinco factores de riesgo, y 96% (109/114) con seis o más factores de riesgo ha muerto por suicidio.¹²

Un estudio de autopsia psicológica en 20 niños y adolescentes entre 12-19 años que habían cometido suicidio y un grupo control ajustado revelo que 85% de las víctimas y 18% del grupo control habían expresado ideas suicida. Un número estadísticamente significativo de las víctimas tenían una historia de amenazas de suicidio (55%), intentos de suicidio (40%), uso y abuso de drogas y alcohol (70%), conducta antisocial (70%), personalidad cohibida (65%). Conducta suicida de padres, parientes, o amigos y una historia de problemas emocionales, abusos y ausencia paternal también fueron factores significantes para las víctimas.¹³



III. TOPICO DE INVESTIGACION: SUICIDIO

PROBLEMA DE INVESTIGACION: FALTA DE UN PERFIL PSICOLOGICO DE LOS SUICIDIOS

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cual era el perfil psicológico de las personas que consumaron suicidio, problemas de alcohol y factores contextuales relacionados al suicidio en el área urbana del municipio de León Enero 2004 – Octubre 2006?



IV. OBJETIVOS

GENERAL

- Conocer el perfil psicológico de las personas que consumaron suicidio, abordando problemas de alcohol y factores contextuales relacionados al mismo en el área urbana del municipio de León Enero 2004 – Octubre 2006.

ESPECÍFICOS

1. Describir características sociodemográficas, aspectos psicosociales e Identificar el contexto en que ocurrió el suicidio.
2. Describir aspectos relacionados a depresión, alcohol y uso de drogas.



V. MARCO TEORICO

Los mecanismos psicológicos que conducen a la conducta suicida se asemejan a los frecuentemente implicados en otras formas de autodestrucción como el alcoholismo, a menudo el suicidio es el acto final de una serie de acciones autodestructivas. Las experiencias infantiles traumáticas, en particular los sufrimientos de un hogar roto o de privación parental son significativamente más comunes entre las personas con tendencia a la conducta autodestructiva, quizás por que éstas tienden más a tener dificultades graves para establecer relaciones seguras y significativas.

El suicidio suele ser el resultado de motivaciones múltiples y complejas, los factores causales del suicidio comprende, factores mentales, sobre todo depresión; factores sociales, desilusión y pérdida; personalidades anormales, impulsividad, agresión y enfermedades físicas. En los adolescentes suicidas pueden ser: antecedentes de suicidio en la familia, abuso de alcohol y drogas, trastornos de conducta, trastornos depresivos, estados de ansiedad.

Algunos de los factores que pueden incrementar el riesgo del suicidio son: características sociodemográficas como vivir solo, ser soltero, divorciado o viudo, estar desempleado, ser varón, ser jóvenes, estos actos se vuelven más frecuentes después de la pubertad con una incidencia que aumenta durante los años de la adolescencia. Estas personas tienen una historia de varios intentos previos, algunos han sido diagnosticados con algún tipo de alteración mental como psicosis, depresión, trastornos afectivos, esquizofrenia.¹⁴

Etapas del Suicidio¹⁴

1. **Consideración:** El sujeto considera el suicidio como una probabilidad para resolver problemas reales o aparentes, lo facilita la inhibición de la agresión y el aislamiento social.
2. **Ambivalencia:** Caracterizada por la indecisión ambivalente y pugna entre las tendencias constructivas y destructivas, en esta etapa hay señales o gestos de suicidio.



3. **Decisión:** El sujeto ha adoptado ya la decisión de matarse, muestra indicios indirectos, actos preparatorios, ideas y representaciones concretas, súbitos cambios de actitud de angustia a serenidad aparente.

El curso de estas tres etapas es variable, a veces muy rápido, puede ser prolongada o detenerse en algunas etapas.

Teorías explicativas del Suicidio¹⁵

Una variedad de psicólogos han propuesto teorías alternativas que explican por qué la adolescencia es un periodo de contemplación de suicidio para algunos. Pero sobre todo, que el suicidio está ligado a la presencia de depresión. Para individuos que están deprimidos, el suicidio puede verse como una opción viable.

La depresión se expresa en diferentes formas en cada una de las tres fases de la adolescencia. En la adolescencia temprana, la depresión puede ser manifestada a través de enojo y la persona puede desorganizarse o la conducta errática. En la adolescencia media, una fase de rebelión, puede manifestarse la depresión en autonomía exagerada y los arranques de enfados. Después en la adolescencia tardía se acompaña de un sentido de separación, con la desilusión, descontento, y un sentido de pérdida. Durante este periodo, la depresión es expresada más típicamente por sentimientos de tristeza y culpa.

Por consiguiente, la adolescencia tardía es el periodo en el que el suicidio probablemente podría ser el resultado de depresión y podría explicar la incidencia aumentada de suicidio por eso en esta fase de desarrollo.

Shneidman discutió cuatro elementos de suicidio: 1. de mayor hostilidad 2. Exacerbación de la perturbación 3. Aumento del enfoque intelectual y 4. La Interrupción. Hostilidad involucra "las calidades dentro del individuo que es hostil hacia el ego" o maneras en las que el individuo es su propio enemigo, como comprometer en conductas autodestructivas.



Según Shneidman, la perturbación se refiere a "cómo se perturbó, agitó o mentalmente se perturbó una persona". Shneidman identificó el concepto de cesación como la chispa que enciende la mezcla potencialmente explosiva anterior. La cesación involucra la idea que uno puede poner un alto a su dolor, produciendo una solución percibida para el individuo desesperado.

Las explicaciones Psicodinámicas, según Freud, ven el suicidio como el conflicto de agresión interior hacia uno mismo. Una teoría psicodinámica más contemporánea de suicidio es que los adolescentes escapan de los conflictos y tensiones a través del suicidio.

Teorías Humanísticas plantean que, "La satisfacción de las necesidades básicas esenciales los humanos crecerán y se orientaran su naturaleza se dirige a comprender su potencial si el permiso de las condiciones externas lo permite". Por consiguiente, los adolescentes suicidas pueden tener dificultad en satisfacer sus necesidades básicas.

La teoría existencial se enfoca en las dificultades individuales, en encontrar el significado de la vida. La incapacidad para descubrir el significado de la vida también puede llevar a sentimientos de inutilidad, desesperación, y depresión. Estos sentimientos pueden, a su vez, llevar al suicidio.

Una explicación cognoscitiva para el suicidio sugiere que, cuando a los adolescentes les faltan las habilidades para resolver los problemas de forma adecuada, enfrentando los problemas provocadores de tensión, ellos desarrollan una actitud de desesperación y en el futuro intenta suicidarse porque ellos no ven ninguna otra alternativa. Holmes describió este proceso de esta manera: Una incapacidad para resolver sus problemas puede llevar a los adolescentes a los sentimientos de desesperación que puede relacionarse estrechamente al suicidio. Los adolescentes mentalmente rígidos deciden el suicidio como una solución a sus problemas, ellos seguirán sólo esa solución y no considerarán soluciones alternativas.

El Modelo de Trayectoria de Suicidio que incluye cuatro categorías principales de factores de riesgo que deben examinarse al trabajar con adolescentes suicidas: biológico (ej., depresión, factores genéticos, el género masculino), psicológico (ej., depresión, autoestima baja, la desesperación, problemas existenciales, pobres estrategias de resolución de conflictos), cognoscitivo (ej., de desarrollo nivelado, negativo consigo mismo, rigidez cognoscitiva, generalización,



abstracción selectiva), y medioambiental (ej., experiencias familiares negativas, los eventos de vida negativos, pérdidas, la presencia de armas de fuego).

A través de la vida, nos encontramos en situaciones y eventos que agregan su peso a cada factor de riesgo. Cuando el peso combinado de éstos el riesgo alcanza el punto donde las habilidades y fortalezas se pueden debilitar y derrumbarse, y surge la ideación suicida. Una vez presente, la ideación suicida parece alimentarse a sí mismo. Puede exhibirse advirtiendo señales y puede ser intensificado por eventos inesperados. En el análisis final, sin embargo, cuando se comete el intento de suicidio, ocurre debido a las contribuciones de las cuatro categorías de riesgo anteriores.

Por consiguiente, el suicidio en los adolescentes involucra las experiencias de vida relacionadas a cada uno de los factores de riesgo anteriores y la contribución de estos a tomar la decisión del intento de suicidio.

Señales de Advertencia emitidas por los Suicidas^{16, 17}

Es primordial tener claro que toda persona que piense suicidarse emite una serie de señales de angustia que pueden ser detectadas por las personas que le rodean o por profesionales entrenados. La detección a tiempo puede significar la diferencia entre la vida y la muerte. La conducta suicida abarca las actitudes o gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado.

Los gestos suicidas son aquellos planes y actos de tipo suicida que parecen tener pocas probabilidades de éxito. Ese tipo de mensajes no deben ser pasados por alto, son peticiones de ayuda que requieren una cuidadosa evaluación y un tratamiento encaminado a aliviar el sufrimiento y prevenir la repetición de intentos, especialmente si se tiene en cuenta que el 20% de las personas que hacen un primer intento vuelven a probar un año después y en el 10% de los casos consuman el suicidio.

El intento de suicidio es, pues, un acto suicida sin consecuencias fatales, bien porque la intención era ambigua o la forma elegida tenía un potencial letal bajo. La mayoría de las personas que hacen algún intento de suicidio están ambivalentes respecto al deseo de morir, de hecho el intento puede ser una demanda de ayuda y puede fallar porque es más fuerte el impulso de vida.



El suicidio consumado es el que tiene como resultado la muerte. El comportamiento autodestructivo puede ser directo (incluye generalmente ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) o indirecto (caracterizado por exponerse a un riesgo que compromete la vida sin intención directa de provocarse la muerte, generalmente de forma reiterada y a menudo inconscientemente, con consecuencias que, en última instancia, pueden ser autodestructivas). Ejemplos de este tipo indirecto de conducta suicida son el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, el hábito fumar, comer excesivamente, descuidar la propia salud, provocarse automutilaciones, la adicción a someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas, hacer huelga de hambre, llevar un comportamiento delictivo y conducir de forma imprudente.

Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social, El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal.

Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima –sin reconocerlo- se autodestruye lentamente, esto se presenta por ejemplo en el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física.

Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco.

La conducta suicida se puede clasificar en cuatro tipos:

1. La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
2. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, la persona considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
3. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que "no hay otra salida.

El intento suicida como medio de comunicación, en donde el individuo no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean. También puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.



En la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del individuo y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El suicida intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

Por otro lado, algunos autores consideran que la impulsividad propia del adolescente explica en parte el acto suicida. Así, mientras mayor sea la impulsividad de un individuo, mayor será la posibilidad de autodestrucción.

A su vez, se ha encontrado una relación entre la incapacidad del joven para manejar las situaciones angustiantes y la tendencia al suicidio, y una preocupación excesiva con respecto al fracaso. Así, la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado por algunos jóvenes para manejar tanto el estrés como las situaciones indeseables en la vida.

Manifestaciones posibles:

1. Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
2. Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
3. Actuaciones violentas, irritabilidad, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.
4. Uso de drogas o del alcohol.
5. Abandono poco usual en su apariencia personal.
6. Cambios pronunciados en su personalidad.
7. Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
8. Quejas frecuentes de dolores físicos tales como los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.
9. Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.
10. Poca tolerancia de los elogios o los premios.
11. Poca disposición a aceptar ayuda o a establecer contacto.
12. Conductas autoeróticas aumentadas.



El adolescente que está contemplando el suicidio también puede:

1. Quejarse de ser "malo" o de sentirse "abominable."
2. Lanzar indirectas como: "no les seguiré siendo un problema", "nada me importa", "para qué molestarse" o "no te veré otra vez."
3. Poner en orden sus asuntos; por ejemplo, regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc.
4. Ponerse muy contento después de un período de depresión.

Conductas autodestructivas

1. Robos, delincuencia.
2. Mentiras.
3. Escapes de la casa o colegio.
4. Promiscuidad sexual.
5. Abuso de drogas.
6. Cambio súbito de religión.
7. Accidentes frecuentes.
8. Fallo escolar o laboral.

La persona puede:

Amenazar con suicidarse

Hablar o escribir acerca de su deseo de morir

Parecer deprimida, triste, ajena o desesperada

Presentar significativos cambios en su comportamiento, aspecto, humor o disposición (ya sea que cambie de "normal" a deprimida, o viceversa)

Abusar de drogas o alcohol

Lastimarse a sí misma, deliberadamente

Decir que si faltara nadie la extrañaría

Regalar sus más preciados objetos personales

Médicos e investigadores frecuentemente han debatido sobre si aquellos que cometen suicidio son iguales o diferentes de aquellos que intentan suicidarse o expresan el deseo de hacerlo. Algunos, como Shafi cree que la persona que comete suicidio realmente es diferente del que intenta suicidio. ¹⁸

De acuerdo con el, el que intenta suicidarse usa medios menos violentos y expresa sus deseos a otros. En los resultados de este estudio la mayoría de niños y adolescentes quienes cometieron suicidio habiendo previamente expresado en sus propias palabras su deseo de morir o amenazaron con suicidarse. Sólo un número pequeño de víctimas no había expresado el deseo de morir o amenazaron con hacerlo. Nosotros creemos que existe una estrecha relación entre los deseos de morir, amenazas suicidas y suicidio consumado. Frecuentemente los "que amenazaron" se volvieron los "suicidas". ¹⁸



La exposición al suicidio o la conducta suicida de parientes y amigos parecen ser un factor significativo influenciando a una persona joven y vulnerable para cometer suicidio. ¹⁸

Otros factores que contribuyen a la vulnerabilidad son historia de conducta antisocial, personalidad inhibida, frecuente uso de drogas o alcohol, historia de problemas emocionales de padres, y ausencia paternal o abuso físico o emocional. ¹⁸

Uno de los hallazgos sorprendentes era que un alto porcentaje de las víctimas se describió como tímido pero al mismo tiempo había demostrado conducta antisocial. Generalmente se ha dicho que las personas suicida dirigen la agresión destructiva hacia ellos mismo en lugar de hacia otros. Sin embargo, en nuestro estudio un número grande de víctimas también había sido destructivo hacia otros. ¹⁸

En base a nuestros datos nosotros creemos que es muy probable que la persona con ideación suicida en el pasado, se vuelva una amenaza de cometer intento de suicidio de hoy o de consumir el suicidio mañana. Mensajes suicidas de los niños y los adolescentes necesitan ser tomados muy en serio para prevenir la tragedia del suicidio en la niñez y adolescencia. ¹⁸

Se puede categorizar el contexto dinámico de la tentativa suicida en función de: Estado cognitivo y emocional del sujeto. Esquematizando 3 patrones de distorsión cognitivo emocional: 1. Patrón depresivo, inhibido, en el que el acto suicida es premeditado, deliberado. 2. Patrón de irritabilidad, agresividad, en el que la conducta suicida es impulsiva. 3. Patrón de ansiedad psíquica y agitación motora, que facilita el paso al acto impulsivamente. ¹⁹

Tipo de situación o estímulos desencadenantes ¹⁹:

1. Estrés: Situación de alto contenido emocional, secundario a un acontecimiento vital de breve duración y limitadas consecuencias para el sujeto.
2. Crisis: intensa alteración emocional prolongada (semanas o meses) reactiva a una serie de acontecimientos vitales sucesivos que afectan seriamente la homeostasis psicosocial del sujeto.
3. Síntoma: La acción autolítica tiene relación directa con un trastorno psiquiátrico, muchas veces un síndrome depresivo.

Diagnostico psiquiátrico y riesgo suicida. ¹⁹

Trastornos afectivos: La conducta suicida esta mediatizada por un estado de animo depresivo. En la evolución de los trastornos



depresivos se han identificado tres periodos de mayor riesgo suicida:
a. Inicio del episodio depresivo. b. Inicio de la mejoría tímica por disminución de la inhibición. c. A los pocos meses cuando a pesar de una mejoría clínica el paciente todavía no es capaz de enfrentarse a su nivel de adaptación previa e intenta llevar una vida normal.

Comparando poblaciones de pacientes depresivos suicidas con no suicidas, en los primeros se observa mayor intensidad en los siguientes síntomas: insomnio, ansiedad, clínica psicótica, desesperanza y anhedonia.

En el 75% de los intentos de suicidio se diagnostican trastornos depresivos. La depresión mayor se encuentra en el 10- 15%. En las muestras de suicidio consumado el porcentaje se eleva a cifras que varían entre el 30 y 50 %. No existen estudios que muestren de manera clara si algún subtipo específico conlleva mayor riesgo. Si existen indicios que relacionan un mayor riesgo en episodios depresivos, bipolares, así como con trastornos de personalidad.

Autopsia Psicológica

La Autopsia psicológica ha sido utilizada en la comprensión de los comportamientos criminales es decir el peritaje psicológico. Es considerado como un proceso de recolección de datos del occiso que permite reconstruir su perfil psicológico y el estado mental antes del deceso.

La Autopsia Psicológica como técnica pericial surge en los EE.UU. como una necesidad administrativa de definir la etiología médico legal en los casos de muertes dudosas para afirmar si se trataba de un suicidio o un accidente.²⁰

La Autopsia Psicológica tiene como objetivos:

1. Determinar la forma de muerte en casos de muerte equívocos que necesitan ser distinguidos. Las formas de muerte son: a) Natural, b) Accidental, c) Suicidio y d) Homicidio; sistema conocido por las siglas NASH.



2. Averiguar el momento y el tiempo en el cual se produjo la muerte: el investigador debe indagar acerca de diferentes situaciones de la vida del occiso y tratar de relacionarlas con el hecho.

3. Obtener la información suficiente para evaluar los datos obtenidos de los casos de suicidio, con el fin de prevenir intentos y la letalidad de los mismos.

4. Según el mismo autor, es terapéutico para la familia y los amigos del occiso. La entrevista y la investigación en general son mecanismos terapéuticos para estas personas, ya que permite comunicar pensamientos y sentimientos sobre la persona fallecida.²⁰

Shneidman, padre de la técnica, propone tres categorías para estudiar los casos de muerte dudosa: a) el qué, b) el cómo y c) el porqué. En la etapa de recolección de datos en algunos casos se le da prioridad a unos aspectos y en otros se omiten.

Uno de los países de habla hispana con mayor trayectoria en el tema de Autopsia Psicológica es Cuba. A partir de múltiples revisiones de los modelos, escalas, guías y formularios encontrados en la literatura especializada han creado su propio modelo al cual inicialmente denominaron MAP (Modelo de Autopsia Psicológica); a medida que incorporaron otros ítems durante la validación, de dicho modelo, en víctimas de suicidio, homicidio y accidente, lo han perfeccionado hasta llegar al que actualmente utilizan, el MAPI (Modelo de Autopsia Psicológica Integrado).²¹

En relación con las fuentes de información se debe seleccionar, por lo menos, dos fuentes con el objetivo de cruzar los datos ofrecidos en busca de confiabilidad. Se deben seleccionar parientes de primera línea, convivientes, allegados o médicos de asistencia. Las condiciones para realizar la entrevista deben ser estrictas; cada fuente deber ser entrevistada de forma individual y en privado. El tiempo promedio de la entrevista debe ser de dos horas, aunque en ocasiones es necesario extenderse un poco más.²¹

El aspecto principal de la Autopsia Psicológica es el proceso en sí mismo y el modo como se llevan a cabo las cosas.²¹

En un estudio de cohorte de casos de suicidio consumado y su relación con desordenes de personalidad aproximadamente 30-40% de suicidios fueron cometidos por individuos con algún desorden de personalidad; límite, antisocial, y posiblemente esquizoide incrementan el riesgo.



Aunque diseños longitudinales, o de cohorte, son muy populares. En el campo de la investigación sobre aspectos psicopatológicos y su relación con suicidio se ha investigado poco, y con muestras no representativas. Es más, los estudios de casos han identificado el riesgo putativo, factores que los estudios de la cohorte han pasado por alto.²²

Fosfina²³

La fosfina es un compuesto gaseoso, altamente volátil al ponerse en contacto con el aire. Es un plaguicida útil para combatir toda la etapa de vida de los insectos. Los insectos que viven alojados generalmente en el interior de los granos. Este producto debe ser usado solamente en lugares cerrados para evitar que el gas se escape por que daña tanto animales domésticos como al mismo ser humano.

La fosfina es caracterizada como el fumigante menos dañino y más fácil de usar por su efectividad se ha convertido en el fumigante más importante y más usado en el mundo. En nuestro país se utiliza con frecuencia para la preservación de los granos en los almacenes especialmente para el control del gorgojo en el frijol.

Sinónimos comunes y nombre comerciales²³

Fosfuro de Hidrógeno, Fosfuro Trihídrico, Hidrógeno Fosforado, Fosfuro de Aluminio. Phostoxin. Celfos, delicia, Gastoxín, Alutal, Celpide, L-fume, Gastión, fumigas, Quicktus, Zedesa, Phostek, Tekplus, Plospinión. (5,6)

Descripción:

Es sólido y generalmente se concentra en pastillas de 3g. Se vende en recipientes que tienen 3 pastillas de 3g. La pastilla contiene: fosfuro de aluminio, cubierta de parafina y mezclado con carbonato de amoníaco. Comienza a convertirse en gas solo cuando se saca del recipiente y queda en contacto con la humedad del ambiente el fosfuro de hidrógeno, desprendido es muy tóxico, incoloro y es la materia activa que mata a los insectos en todas sus etapas.

Manifestaciones clínicas²³

Pueden presentarse inmediatamente o en las primeras horas dependiendo de la dosis absorbida. En adultos más de 3g sin tratamiento representa una mortalidad alta.



Presentando cuadros de ansiedad, angustia, puede presentar tinnitus o acúfenos, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, trastornos de la conciencia desde somnolencia hasta coma y posteriormente la muerte.



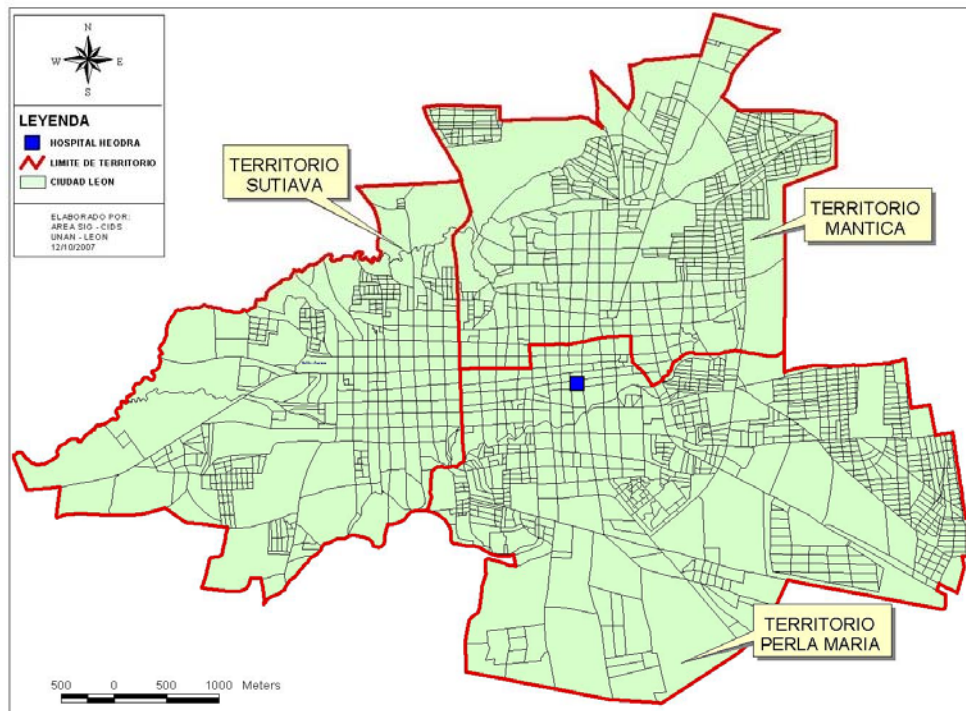
VI. Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo – Corte Transversal

Área de estudio: Área Urbana del Municipio de León.

Nicaragua, país centroamericano, con una extensión territorial de 120 339.54 Km² y con 5, 142, 098 habitantes, de los cuales 2, 534, 491 son hombres que representan el 49.3 % y 2, 607, 607 son mujeres que representan el 50.7 %. Limita al Norte con Honduras, sur con Costa Rica, Este el Mar Caribe y al oeste el Océano Pacífico. Conocida como tierra de lagos y volcanes. La cabecera departamental de León es el municipio de León, conocida como ciudad universitaria, está ubicada a 100 Km de la capital Managua, administrativamente está formado por 10 municipios (Achuapa, El Jicaral, El Sauce, La Paz Centro, Larreynaga, León, Nagarote, Quezalguaque, Santa Rosa, Telica), limita al Norte con el departamento de Estelí, al Este con los departamentos de Matagalpa y Managua, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con el departamento de Chinandega. El área total del departamento es 5,207 Km² con una población de 355, 779 habitantes. Es la segunda ciudad más grande del país después de Managua. La estructura de la población es joven, las edades entre los 18 y 30 años constituyen un poco más del 50% de la población. Según datos del INEC 2005.²⁴

CIUDAD DE LEON





Periodo de estudio: Enero 2004 – Octubre 2006

Población de estudio: Con la autorización para el acceso a la base de datos del Sistema de Vigilancia de Lesiones del HEODRA, se tomaron todos los suicidios reportados en el Sistema, que residían en el área urbana del municipio de León. De acuerdo al Sistema de Vigilancia reportó 19 casos de suicidios consumados de Enero de 2004 a Octubre del 2006, en el área urbana de León. De estos se hicieron 14 casos del total de reportados, se entrevistó a 17 personas de las cuales 14 (82.3%) eran familiares y 3 (17.7%) amigos, debido a que la información brindada por los familiares era muy pobre se decidió buscar una segunda entrevista para poder completar la autopsia psicológica.

Criterios de inclusión:

- Personas que murieron por suicidio en el periodo de estudio
- Residentes del área urbana del municipio de León.
- Reportadas en el Sistema de Vigilancia del HEODRA

Criterios de exclusión:

- Personas reportadas en el sistema de Vigilancia del HEODRA que fallecieron en el periodo de estudio por otras causas que no sea suicidio.
- Personas que murieron por suicidio en el municipio de León en el periodo de estudio, que residían en el área rural.
- Personas que murieron por suicidio en HEODRA, que residían en otras ciudades del país.

Variables:

Características socio demográficas.

Contexto: Lugar, Hora, etc

Método de suicidio

Resultados de la Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton

Resultados de Evaluación de consumo de alcohol (CAGE)

Señales de peligro del suicidio emitidas por las víctimas

Relación entre consumo de alcohol y depresión

Búsqueda de tratamiento y contacto con Atención Primaria en Salud

Conflictos personales, familiares y sociales



Sistema de Vigilancia de Lesiones

Fue implementado en la emergencia del HEODRA, en el municipio de León en 1992. El sistema se desarrollo en tres etapas, en la primera, se elaboro un formulario de recolección de datos simple, fácil de rellenar, flexible y barato. Inicialmente el equipo de investigación elaboró un formulario muy extenso, lo que genero rechazo del personal involucrado porque significaba mas trabajo, tiempo y costos en la elaboración de la ficha. En la segunda etapa, realizaron una prueba piloto involucrando al personal de registro y atención medica con el propósito de elevar la motivación y aceptabilidad de los responsables en la ejecución del sistema de vigilancia y mejorar el instrumento con el fin de cumplir con las características planteadas en la primera etapa, obteniendo un formulario que capturara la información epidemiológica básica para intervenir y de bajo costo. Para la introducción, procesamiento y análisis de los datos usaron el software Epi info.

Cuando entro en funcionamiento se valoro la validez interna basada en el índice de subregistro, resultando con una alta validez y la validez externa en la fracción de reporte observado, estimado a través de una encuesta poblacional, siendo esta última baja. Durante el primer año de funcionamiento del sistema contaron con apoyo de las autoridades. Este sistema fue establecido para recolectar información de los diferentes niveles de severidad. Todos los casos fueron registrados y clasificados de acuerdo a la naturaleza y causa externa de acuerdo a la CIE-9. A través del sistema de vigilancia se obtuvo valiosa información para la prevención de lesiones posterior a desastres naturales. El sistema de vigilancia de lesiones a nivel hospitalario es un medio efectivo y factible para la obtención de datos orientados a la prevención.²⁵



Operacionalización de las Variables

Variable	Definición	Escalas
SUICIDIO	Es una de las formas de morir en las que un individuo, utilizando determinado método da fin a su vida.	Registros del Sistema de Vigilancia de Lesiones HEODRA
CARACTERÍSTICAS PERSONALES		
EDAD	Edad en años cumplidos, la que se registró en el Sistema de Vigilancia de Lesiones.	Años
SEXO	Característica biológica	Hombre o Mujer
ESTADO CIVIL	Condición de la persona suicida en relación con los derechos y obligaciones civiles y a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.	Soltero, casado, viudo, divorciado.
OCUPACIÓN	Empleados en alguna institución o por cuenta propia. Sin vínculo laboral.	Empleado Desempleado
NIVEL DE EDUCACIÓN	Enseñanzas y cursos que alcanzo el suicida a lo largo de la vida.	Analfabeto: mayor de 15 años que no sabe leer ni escribir. Primaria incompleta: No terminó estudios de este nivel. Primaria completa: estudios de este nivel finalizados. Secundaria terminada: estudios de este nivel finalizados. Universitario



Contexto en que ocurrió el suicidio	Circunstancias en las que ocurrió el acto suicida.	Hora Lugar
MÉTODO DE SUICIDIO	Método de suicidio empleado: reportado por sus familiares y el registrado por el Sistema de Vigilancia como el utilizado por el suicida para cometer el hecho.	<ul style="list-style-type: none"> • Ahorcamiento • Envenenamiento • Arma blanca • Arma de fuego • Caídas
ESCALA DE EVALUACION PARA LA DEPRESION DE HAMILTON (Ham-D 21)	Diseñada para evaluar la gravedad de la depresión. Fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. Existen dos adaptaciones de esta escala de 21 y 17 ítem (Ham-D 21) y (Ham-D 17); la de 17 ítem usa sólo las primeras 17 preguntas de la escala. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Las preguntas se refieren a síntomas tales como estado del ánimo deprimido, sentimientos de culpa, suicidio, trastornos del sueño, grados de ansiedad y pérdida de peso (Hamilton, 1960). ^{26,27}	0 a 9 refleja la ausencia de síntomas depresivos 10 a 16 indica una depresión media 17 a 29 refleja una depresión moderada 30 a 69 indican una depresión severa.



CAGE	Para identificar el consumo de alcohol se utilizó la escala CAGE. Es un instrumento de tamizaje que incluye cuatro preguntas relacionadas con la culpabilidad individual, la crítica social, la necesidad de disminuir el consumo y la ingestión matutina. Es la escala más ampliamente utilizada por su brevedad y por mostrar una aceptable sensibilidad y especificidad (0,86-0,90 y 0,78-0,81) cuando de toma uno como punto de corte sugiere problemas con el consumo de alcohol.	A cada respuesta afirmativa se da un punto. Puntuaciones de tres o cuatro sugieren un consumo abusivo de alcohol. ²⁸
Características Psicosociales del suicida		
Personales		
	Ingestión de psicofármacos, alcohol, antecedentes de riesgo suicida.	Consumo No consumo
Presencia de enfermedades psiquiátricas	Enfermedades caracterizadas por alteraciones de todas las funciones en particular del pensamiento (delirios, alucinaciones) afectividad y conducta, pérdida de contacto con la realidad. Otras características son la negación de la enfermedad, alteración del sentido de sí mismo, cambio en las emociones, aislamiento, falta de motivación, angustia y depresión.	Tipo de enfermedad, siendo de particular interés las demencias, depresiones, psicosis y otras.



Incorporación social	Capacidad para actuar, interactuar adecuadamente en un momento y/o situación concreta para la correcta integración del individuo en el ámbito social	Tenía o no creencias religiosas. Pertenece o no a organizaciones. Participaba o no en actividades.
Motivación aparente del suicidio	Posible causa o causas que llevaron a la persona a consumir el suicidio.	Problemas pasionales, económicos, salud, fracaso escolar, familiares. Otros



Método de selección de la población de estudio: Consulta a fuente secundaria, registros del Sistema de Vigilancia de Lesiones del Heodra, con el propósito de obtener datos demográficos de los suicidas y poder realizar entrevista cara a cara con familiares del suicida.

Instrumento de recolección: El instrumento que se utilizó para la recolección de los datos fue el Modelo de Autopsia Psicológica (MAPI), con la integración de la Escala de depresión de Hamilton.²⁶⁻²⁷ y de CAGE siglas en ingles de (control, annoyed, guilty, eye opener)²⁸⁻²⁹ El primero es un modelo creado por el Instituto de Medicina Legal de Cuba, el que ha sido validado en diferentes investigaciones, reduciendo el margen de error ya que la exploración debe hacerse de la misma manera en todos los casos. En el presente estudio al instrumento se hicieron algunas modificaciones adaptadas a la cultura Nicaragüense, a través del cual se reconstruirá el perfil psicológico y el estado mental del occiso. Está estructurado por varias categorías: Datos personales del informante, Datos personales de la victima, antecedentes patológicos de la victima y sus familiares, historia de alcohol y drogas, Examen psiquiátrico retrospectivo, Escala de Valoración psiquiátrica de Hamilton para depresión, relaciones interpersonales, cambios en los hábitos, alimentación, patrones sexuales, señales emitidas, perdidas recientes, visitas y tratamiento medico.

Trabajo de campo: Con los casos identificados a través del SVL se planificaron rutas de visitas a los lugares de residencia de los casos, una vez ubicados se entrevisto al padre o la madre del fallecido, quien a criterio del investigador considera la persona más cercana al occiso.

Posibles obstáculos: El familiar más cercano no se encuentre el día de la visita para acordar la fecha de la entrevista.

El familiar no se encuentre el día de la entrevista.

La familia haya cambiado de residencia

Rechazo total a participar en el estudio

Rechazo parcial durante la entrevista

La dirección registrada no coincida al momento de la visita

Soluciones:

Preguntar a la persona que se encuentre en ese momento, a que hora se encuentra la persona a ser entrevistada.

Preguntar a los vecinos si conocen la nueva dirección de residencia

Reportar los rechazos totales o parciales



Visitas domiciliarias

A criterio del investigador en la mayoría de los casos, se realizó una entrevista por cada caso de suicidio reportado en el SVL del HEODRA, considerando que el familiar mas cercano a la victima, por tanto se obtuvo información suficiente para construir el perfil psicológico, sin embargo hubo casos en que fue necesario recurrir a una segunda fuente con el fin de obtener mayor información a través de amigos de los fallecidos.

Control de calidad:

Verificación de datos del SVL del HEODRA: Se hizo la revisión de los registros de muerte por suicidio de Enero 2004 a Octubre 2006 en el SVL. Luego se verifico la causa de muerte en el expediente del paciente, revisando la historia clínica y datos de importancia.

Discusión o revisión de casos con expertos: en los casos en que la causa de muerte no es muy clara, o en la exploración de aspectos psiquiátricos dudosos.

Verificación de datos en la ficha: Si es una entrevista completa o incompleta, todos los aspectos explorados tendrán que haber sido marcados en el instrumento. No se necesito regresar a la persona seleccionada.

Sistematización de la información: Creación de la base de datos en el programa SPSS versión 14.0 La digitación de los datos la hizo una persona designada a consenso por el investigador y sus tutores, después el investigador hizo la limpieza y supervisión de la digitación. Para el control de calidad se tomo el 50% en forma aleatoria de los instrumentos con el fin de constatar que las preguntas hayan sido digitadas en forma correcta comparando con las respuestas de los instrumentos.

Fuente para detección de los casos: secundaria

Fuente de los datos: primaria

Por cada caso de suicidio se realizo al menos 1 entrevista: con un familiar por consanguinidad para recolección de datos. Sin embargo en 3 casos fue necesario recurrir a otras fuentes debido a la escasa información brindada por sus familiares.



Posibles sesgos:

Del entrevistado(s)

Sesgo de información: Sesgo diferencial por recuerdo en el que los afectados por el paso del tiempo no recuerdan algunos aspectos de su familiar, sin embargo el instrumento permite comprobar y corroborar la información brindada.

Del investigador: Sesgo diferencial del entrevistador pudiendo sobre estimar o subestimar el hecho. Pudiendo controlarlo a través del control de calidad y supervisión de uno de los tutores.

Sesgo de selección: puede darse al no encontrar al familiar o persona idónea a entrevistar. Controlándose ya que se entrevistaba al padre o madre de la víctima, en la primera visita se detectaron y si aceptaron y firmaron el consentimiento se planeaba la realización de la entrevista.

Plan de Análisis: Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión de cada variable, sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, profesión y empleo), Aspectos psicosociales, sintomatología psiquiátrica previa al suicidio o intento de autoeliminación, alcoholismo, posibles motivaciones del suicidio. A través del paquete estadístico SPSS versión 14.0



VII. RESULTADOS

ENTREVISTADOS

Del total de casos reportados en el Sistema de Vigilancia (19), se realizo entrevistas a familiares de 14 casos, hubo 3 rechazos, 2 cambios de domicilio que no se pudieron encontrar. Se entrevistaron a 17 personas de las cuales el 14 eran familiares de los suicidas, 7 eran hombres y 10 mujeres la media de sus edades fue 48 años; 3 amigos.

Casos

Tabla No 1. Características Sociodemográficas de las personas que consumaron suicidio en el periodo 2004 – 2006

Característica	Hombre	Mujer	Total
Promedio Edad	26.2 años	32.2 años	28.0 años
Estado conyugal			
Soltero	5	---	5
Unión Consensual	5	2	7
Casado	---	1	1
Separado	---	1	1
Ocupación			
Obrero	8	1	9
Desempleado	1	1	2
Ama de casa	---	1	1
Militar	1	---	1
Trabajador cuenta propia	---	1	1
Educación			
Alfabetizado	1	---	1
Primaria inconclusa	7	1	8
Primaria completa	1	2	3
Secundaria inconclusa	1	1	2
Secundaria completa	---	---	---



De los 14 casos, de las cuales 10 eran hombres, y 4 mujeres la media de sus edades fue 28 años.

Eran solteros 5, casados 2, unión libre 6, separado 1. Con nivel de educación primaria inconclusa 8, aprobaron primaria 3, secundaria inconclusa 2, alfabetizado 1. 12 eran trabajadores activos, estaban desempleados 2. 9 eran de religión católica, 3 evangélica, 2 no practicaba ninguna religión.

Tabla 2. Contexto donde ocurrió el suicidio (Numero de casos)

	Sexo		Total n=14
	Hombres n=10	Mujeres n=4	
Lugar			
Su casa	5	1	6
Otra casa	4	-	4
Centro de trabajo	-	1	1
Vía publica	1	2	3
Hora			
Mañana	4	3	7
Tarde	3	1	4
Noche	3	-	3
Presencia de otras personas			
SI	8	4	12
NO	2	-	2
Ingestión previa de alcohol/sust			
SI	9	1	10
NO	1	3	4

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los casos ocurrieron en su casa, lo hicieron durante la mañana, y con alguna persona presente en el lugar. Consumieron alcohol y otras sustancias por parte de la víctima previo a cometer suicidio en 10 del total de casos.



Tabla 3. Método utilizado

Método	Hombres n=10	Mujeres n=4	Total n=14
	n	n	N
Fosfina	5	2	7
Pesticida	1	1	2
Pastillas	1	1	2
*Ahorcamiento	3	-	3
Arma de fuego	-	-	-
Otro	-	-	-

Fuente: Elaboración propia

Los casos de suicidio por ahorcamiento según la literatura ³⁵, explican que las personas que cometen suicidio por ahorcamiento tienen tendencia a padecer de alguna patología psiquiátrica, en este caso de Psicosis *Esquizofrenia. En este estudio las personas que fallecieron por ahorcamiento no tenían un diagnóstico de trastorno mental, sin embargo a través de autopsia se identificaron algunos síntomas que caracterizan esta patología por ejemplo; disgregación del curso del pensamiento, alteración en la afectividad (indiferencia, embotamiento afectivo) alteración en la vida habitual (habitación al alcohol)

Tabla 4. Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para depresión

Variable	Escalas	Hombres	Mujeres	n
Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para la depresión.	Sin depresión	6	1	7
	Depresión media	3	2	5
	Depresión moderada	1	1	2
	Depresión severa	-	-	-

Fuente: Elaboración propia

Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para la depresión en los casos de suicidio en el área urbana de León hasta un mes antes de su muerte (Puntuaciones finales de la escala deben oscilar entre 0 a 9 refleja la ausencia de síntomas depresivos; de 10 a 16 indica una depresión media; de 17 a 29 refleja una depresión moderada y puntuaciones de 30 a 69 indican una depresión severa)



Tabla 5. Consumo de Alcohol (CAGE)

CAGE	Hombres n=10	Mujeres n=4	Total n=14
1. ¿Alguna vez sintió que debía beber menos?	3	0	3
2. ¿Le molestaba que la gente criticara su forma de beber?	5	0	5
3. ¿Se sintió mal o culpable alguna vez por su forma de beber?	5	0	5
4. ¿Alguna vez tomo en la mañana para calmar sus nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?	5	1	6
5. ¿Consideraba que su forma de beber le creaba dificultades en su salud, familia, trabajo o en sus relaciones con los vecinos?	3	0	3
6. ¿Tenía dificultades para controlarse cuando bebía?	5	0	5
7. ¿Cuando estaba más de dos días sin beber aparecían malestares por la falta de alcohol?	3	0	3
8. ¿Se embriagaba mas de una vez al mes? (mas de 12 veces al año?)	7	0	7
9. ¿Alguna vez se despertaba y no recordaba lo ocurrido el día anterior mientras bebía?	5	0	5
10. ¿Ud. Cree que bebía mas de la cuenta?	6	0	6
11. ¿Considera Ud. Que debió recibir ayuda medica para que tomara menos?	6	0	6

Fuente: Elaboración propia

Es importante señalar en relación al consumo de alcohol que del total de casos, la mayoría de los hombres consumían alcohol y de las 4 mujeres solamente una, a estos les molestaba que la gente criticara su forma de beber, alguna vez se sintió mal o culpable por su forma de beber y además tenía dificultades para controlarse cuando bebía. Se embriagaba más de una vez al mes. Los familiares consideran que la víctima bebía más de la cuenta y que debió recibir ayuda médica para tomar menos.

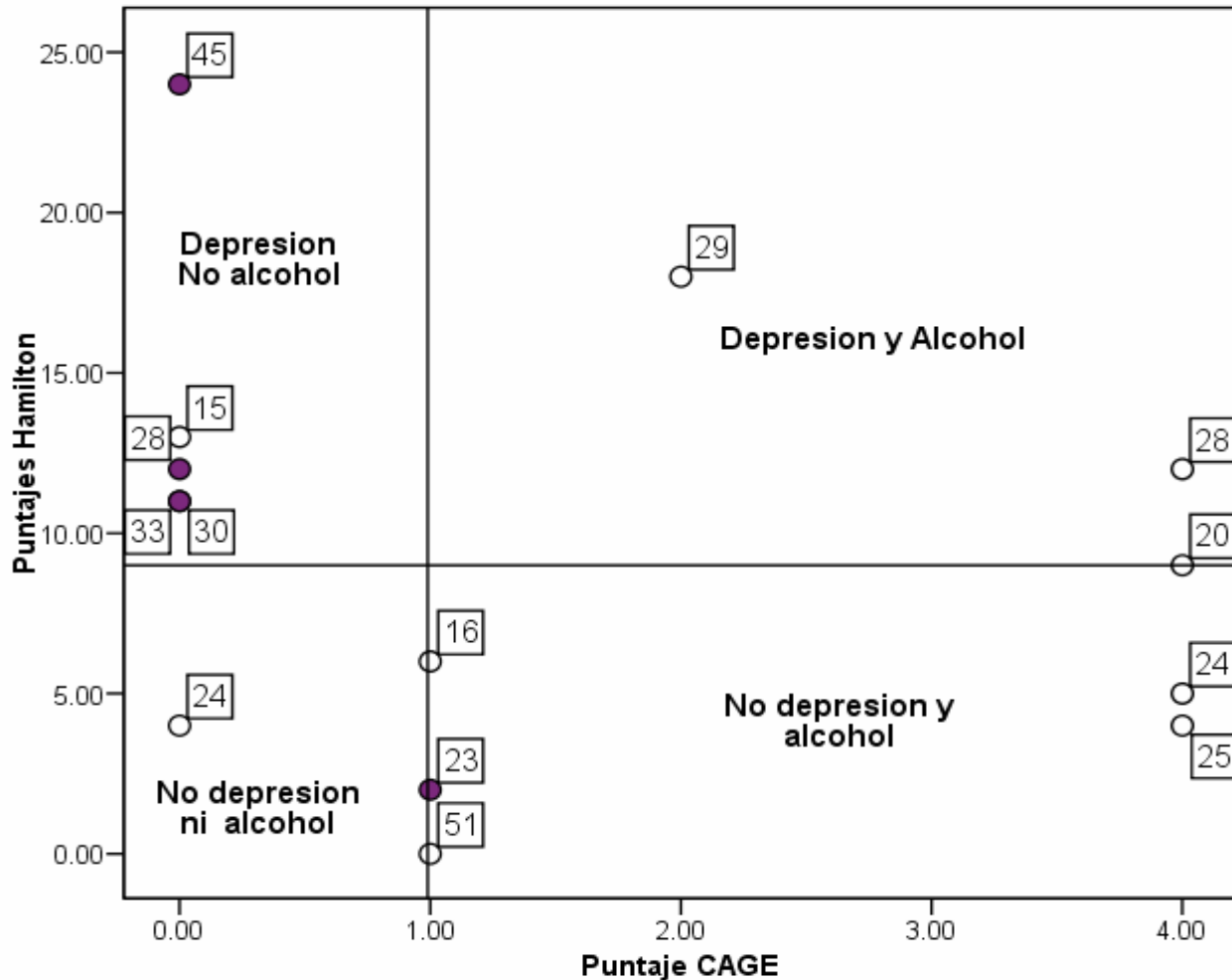


Hábitos tóxicos.

En cuanto al consumo de drogas legales 11 de los casos eran consumidores activos, 3 de drogas ilegales. Alcohol es la bebida mas consumida, 4 de los casos consumían entre 1 y 3 litros, y 2 casos 3 o mas litros. Todo esto en un día típico de bebida. La frecuencia de consumo menos de una vez al mes y 2 o 3 veces por semana en 3 del total de casos, sin embargo es importante destacar que 2 de estas personas consumían alcohol diariamente.



Figura1. Relación entre consumo de Alcohol (CAGE) y escala de Evaluación de depresión Hamilton) de cada uno de los casos reflejados con la edad de cada uno.



Fuente: Elaboración propia

Al establecer la relación entre consumo de Alcohol de acuerdo al puntaje de CAGE y Depresión de acuerdo a la Escala Hamilton, en esta figura se refleja que del total de casos estudiados 8 casos tenían algún tipo de problema con el alcohol de los cuales 7 eran hombres y una mujer, el resto de mujeres no consumían bebidas alcohólicas. De los que consumían, 4 tenían un problema de adicción alcohólica según resultado del instrumento aplicado. Sin embargo del total de personas estudiadas 8 tenían síntomas de depresión. La tendencia en estos casos es que quienes más consumen son hombres, jóvenes, y que la depresión no estaba ligada al consumo de alcohol en estas personas.



Tabla 6. Señales de advertencia emitidas hasta 3 meses en los casos de suicidio en el área urbana de León hasta un mes antes de su muerte.

Variables	N
Verbalizaciones suicidas	8
Comentarios pesimistas acerca del futuro	9
Abatimiento	7
Enfadado	5
Descuido de si mismo	7
Aumento de consumo de alcohol	8
Expresión de sentimientos de culpa	5
Expresión de sentimientos de soledad	7
Desesperanza	6
Intentos suicidas anteriores	5
Fantasías de encuentros en la eternidad con personas representativas fallecidas	2
Carta de despedida	1
Perdida de motivaciones	2

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las señales de advertencia o señales de peligro que las víctimas exteriorizaron a través del lenguaje verbal y no verbal a sus familiares: verbalizaciones suicidas como *No vale la pena seguir viviendo, me quiero morir, etc.* comentarios pesimistas acerca del futuro, abatimiento, descuido de si mismo, aumento de consumo de alcohol, expresión de sentimientos de soledad, desesperanza e intentos de suicida anteriores, sin embargo a pesar de haber hecho claras expresiones de morir sus familiares no pudieron prevenir debido a falta de conocimiento acerca de cómo prevenir, donde buscar ayuda.



Tabla 7. Búsqueda de tratamiento o Contacto con Atención Primaria en Salud o Medico Privado en los últimos tres meses.

Variables		N
Búsqueda de ayuda o tratamiento Centro de Salud Hospital Medico privado Cura/pastor	SI	5
	No	8
	No sabe	1
Recibía algún tratamiento medico, psiquiátrico, psicológico	SI	4
	NO	10
Asistió a algún centro de salud u otro servicio de salud en el ultimo mes	SI	4
	NO	10

Fuente: Elaboración propia

Tratamientos recibidos en los últimos 3 meses, los casos no usaban ningún tratamiento en especial a excepción de uno diagnosticado y que recibía tratamiento antidepresivo. Sin embargo 5 hombres y 2 mujeres de los casos estuvo hospitalizado en los últimos 3 meses, debido a: alucinaciones debido a abstinencia alcohólica, bajos niveles de glucosa en sangre, cortadura en mano (accidente laboral), 2 intentos de suicidio en la misma persona 6 y 2 meses antes de su muerte, dos por intoxicación alcohólica (varón y mujer) y por parto 6 meses antes.



Conflictos en los casos de suicidio en el área urbana de León.

Al explorar aspectos relacionados a los conflictos personales, 9 consideran que las victimas tenían conflictos consigo mismo, insatisfacciones, etc. Tenían problemas amorosos 10. Sin embargo estas personas tenían intereses, planes a futuro, dentro de los cuales los mas importantes eran: laborales, familiares y bienes materiales.

Variable		N
Aspectos de mayor interés	Laborales	11
	Familiares	13
	Bienes materiales	8

Fuente: Elaboración propia



VIII. DISCUSION

Los hallazgos más importantes de este estudio fueron que se pudo establecer una asociación muy fuerte entre el uso del alcohol y suicidio ambos en términos de problemas de alcoholismo según el instrumento aplicado CAGE, el que permite establecer si hay o no problemas relacionados al alcohol no al momento del hecho sino de toda la vida, más del 70% de las víctimas había ingerido alcohol antes de suicidarse. La asociación entre los problemas de depresión y problemas de alcohol fue sorprendentemente débil. Es importante también notar que casi la mitad cometió suicidio en su casa, más de 80% con otras personas alrededor y más de la mitad de ellos habían expresado los planes suicidas a sus familiares. Esto significa que detectar y actuar de acuerdo a las señales de peligro podrían haber prevenido varios suicidios.

En los casos de muerte por suicidio existen factores que pueden incrementar el riesgo por ejemplo; algunas características sociodemográficas como vivir solo, ser soltero, divorciado o viudo, estar desempleado, ser varón, ser jóvenes. En este estudio a pesar de haber estudiado pocos casos, destacan algunas de estas, ya que eran personas jóvenes, con una media de edad de 27.9 años, eran hombres en la mayoría de los casos (10), sin embargo el estado civil, la condición de desempleado no fueron factores determinantes como lo señala la literatura. En cinco de los casos estudiados tenían una historia de varios intentos previos, lo que denota que las personas que lo rodeaban tenían poco conocimiento de cómo poder ayudar a una persona con ideas suicidas, a pesar de sus múltiples manifestaciones de no querer seguir viviendo. En algunos estudios las personas que cometen suicidio han sido diagnosticados con algún tipo de alteración mental como psicosis, depresión, trastornos afectivos, esquizofrenia, en el grupo estudiado solamente una persona había sido diagnosticada y estaba bajo tratamiento por depresión, cabe destacar que los otros que habían cometido intento de suicidio y que habían sido hospitalizados, no se siguió un protocolo de atención al paciente con riesgo suicida, dándoseles de alta antes del tiempo establecido, sin prescripción médica ni de seguimiento en psicoterapia o referido a ningún centro especializado .³⁰

Otro de los hallazgos fue la frecuencia y el alto consumo de bebidas alcohólicas, siendo los más jóvenes quienes más están teniendo este comportamiento, de acuerdo con los resultados de CAGE más del 50% tenían dependencia o abuso de alcohol. Siendo los hombres quienes más consumen (10) y una mujer, los que no consumían 3 mujeres, tanto al parecer el alcohol fue un determinante de peso para llevarlos a



cometer suicidio. En cuanto a las victimas mujeres podría estar relacionado a problemas amorosos, infidelidad, perdida o separación de un ser querido, ya que según los entrevistados para 6 de los casos, casi el 50%, este fue el motivo que los llevo a cometer este acto, situaciones que desembocan en algún grado de depresión.

En comparación con los hallazgos de estudios anteriores, los desórdenes de uso de sustancia y alcohol eran muy prevalentes, seguido por Trastornos del estado de ánimo y psicosis. Observándose en investigaciones con autopsia que las personas con problemas de alcoholismo que cometen suicidio al momento del suceso estaban bebiendo activamente.³⁰

Esta observación de diferentes estudios refuerza la necesidad de hacer mas estudios ya que es importante la detección de estos desordenes a fin de poder prevenir el riesgo del suicidio.

Depresión

Al explorar aspectos relacionados a depresión a través de Escala de Hamilton para depresión y conocer si había o no relación con el suicidio, se encontró que los casos con depresión media fueron 5, moderada 2, es decir 50% de los casos tenían cierto grado de depresión y aparentemente en el 50% restante ausencia de síntomas depresivos. En investigaciones anteriores se ha demostrado que el suicidio esta ligado a la presencia de depresión, puede verse como una opción viable en individuos deprimidos.³⁰

Una de las teorías explicativas del suicidio es la Teoría existencial, la que se enfoca en las dificultades individuales, en encontrar el significado de la vida, concluyendo que la incapacidad para descubrir el significado de la vida también puede llevar a sentimientos de inutilidad, desesperación y por tanto depresión. Estos sentimientos pueden, a su vez, llevar al suicidio.³¹

Señales de Peligro, Síntomas de Riesgo de Suicidio

En cuanto a las señales de advertencia que los familiares de las victimas identificaron en las victimas quienes exteriorizaron verbal y no verbalmente fueron: verbalizaciones suicidas como *No vale la pena seguir viviendo, me quiero morir, etc.* comentarios pesimistas acerca del futuro, abatimiento, descuido de si mismo, aumento de consumo de alcohol, expresión de sentimientos de soledad, desesperanza e intentos de suicida anteriores, sin embargo a pesar de haber hecho claras



expresiones de morir sus familiares no pudieron prevenir debido a falta de conocimiento acerca de cómo prevenir, donde buscar ayuda, etc. ¹⁶

Autopsia como método

Como un método psicológico para estudiar conducta suicida, la autopsia tiene varias limitaciones inherentes por ejemplo: Los prejuicios de los entrevistados, los datos son recogidos a través de los familiares o amigos, se recomienda según la literatura realizar las entrevistas poco después de haber ocurrido el suicidio para reducir la influencia de la memoria al momento de brindar información. Y por último una de las limitaciones en la investigación donde se recurre a fuentes secundarias es el sub registro de muertes por suicidio, en nuestro país la falta de registros médicos, debido quizás a la falta de un buen sistema de salud, por lo que la población recurre solo en casos de emergencia o por preferir atención médica privada, siendo esto una limitación en estudios donde se usa la autopsia como método, ya que se requiere tener la mayor información posible de la víctima, parte importante es la historia médica del mismo. ³¹

La autopsia psicológica permite hacer todo un proceso de recolección de datos del occiso es decir reconstruir su perfil psicológico y el estado mental antes de morir. ³¹

A través del método de Autopsia Psicológica se puede determinar la forma de muerte en casos de muertes no muy claras si fue de forma natural, accidental, suicidio u homicidio. Así como establecer el momento y el tiempo en el cual se produjo la muerte: haciendo una relación entre diferentes situaciones y el hecho mismo del suicidio. Además trata de reunir toda la información suficiente, evaluando los datos obtenidos, con el objetivo de poder prevenir intentos futuros y la muerte de los mismos. En distintas investigaciones y en literatura acerca del método señalan que es beneficioso para la familia y allegados al occiso, es decir que a través de la entrevista y el proceso de investigación del caso es terapéutico para estas personas, permitiéndoles expresar sus pensamientos y sentimientos sobre la persona fallecida. ³²

En casos de muerte dudosa según Shneidman, propone tres categorías a investigar: a) el qué, b) el cómo y c) el porqué.



De acuerdo con Isometsa et al se deben entrevistar al menos a dos personas, con el fin de poder cruzar la información brindada buscando la confiabilidad de los mismos, seleccionando familiares, pareja, amigos o La entrevista debe realizarse por tanto bajo ciertas condiciones; cada entrevista se debe realizar en privado e individualmente. El tiempo promedio de la entrevista es de dos horas, pero puede haber ocasiones en las que es necesario extenderse un poco más.²⁰

Al describir el método de Autopsia Psicológica el aspecto primordial es todo el proceso en sí mismo, es decir el modo como se llevan a cabo las cosas.³³

Limitaciones del Estudio

Algunos de los instrumentos utilizados que fueron parte de la estructura de Autopsia Psicológica (CAGE, Escala de Hamilton para depresión) fueron diseñados para ser llenados por la persona que presenta los síntomas, y en este estudio fueron adaptados para obtener la información a través de otras fuentes, es decir los familiares.

Con respecto al tamaño de la muestra fueron pocos los casos incluidos en este estudio, sin embargo cabe destacar que se tomaron todos los casos reportados en el SVL del Heodra del municipio de León en el periodo señalado, en futuras investigaciones se podrían tomar todos los casos del departamento permitiendo hacer análisis comparativo por sexo, en este estudio no fue posible debido a que mas del 50% (10) eran hombres y solamente 4 mujeres.

Método de suicidio

Plaguicidas Fosfina, continúa siendo el método más utilizado para cometer suicidio. Ahorcamiento es el segundo método, los métodos violentos son indicadores de la intención letal (precipitación, armas, ahorcamiento) cuanto menor es el tiempo de "no retroceso" de la acción letal, menor es la probabilidad de ser "rescatado" de la muerte. Por esto, los métodos mas usados por los suicidas, de acción fulminante no reversible como fosfina y ahorcamiento, son indicadores de la alta intencionalidad letal. Como lo señalan Caldera et al, y Herrera et al, en los intentos de suicidio y suicidio consumado el fácil acceso a los pesticidas sumado a la ignorancia de la letalidad incrementa el riesgo de quienes intentan suicidarse.



IX. LIMITACIONES Y FORTALEZAS:

Limitaciones:

Falta de participación de la persona seleccionada para la entrevista y poca cooperación de los entrevistados

Poco conocimiento sobre algún aspecto de la vida del occiso.

Sesgo de recuerdo

El sub registro del Sistema de Vigilancia de Lesiones, en el reporte de los suicidios: ya que no todos los suicidios son reportados al hospital o por los estigmas o tabúes alrededor del suicidio, la familia puede negar o no aceptar la forma de muerte de su familiar.

Fortalezas:

El instrumento permite explorar aspectos claves de la vida del suicida, a nivel social, familiar, personal, psíquico, sexual, etc, lo que permitirá reconstruir el perfil psicológico y explorar las posibles causas de suicidio.

Esta técnica de recolección de información en casos de muerte dudosas y en suicidio es terapéutica para los familiares y personas cercanas ya que les permite hablar sobre esta situación, externar pensamientos y sentimientos por la pérdida.

Los casos serán detectados a través de un sistema de vigilancia hospitalario.

La fuente de recolección de datos es primaria



X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a la sensibilidad del tema a investigar, durante la recolección de datos, además de solicitar al familiar el consentimiento de realizar la entrevista, se tomo en cuenta la disponibilidad de la persona, si era el momento adecuado para abordarlo y hablar sobre la perdida de su familiar y las circunstancias en que ocurrieron los hechos. Según la literatura es beneficioso para los familiares y personas cercanas de quien cometió suicidio hablar sobre este acontecimiento, sin embargo existe también el riesgo de revivir sentimientos y resentimientos hacia el mismo o hacia otra persona, debido a que quizás no tiene aun claras explicaciones de porque ocurrió. La entrevista se realizo solamente si la persona lo autorizo.

En algunos casos durante la realización de la(s) entrevistas surgieron algunas manifestaciones de tristeza por la perdida y el entrevistador pudo identificar ciertas situaciones relacionadas a la forma de muerte de su familiar (duelo congelado, exagerado o aplazado) planteándose alternativas de solución a las mismas por ejemplo: sugiriendo que asista a ceremonias en honor a la persona que murió, permitiéndole y alentándolo a que hable de lo que pasó sin minimizar la pérdida, ni compararla con otros eventos. Permiéndole llorar y expresar el dolor, pero reforzando la importancia de postergar hablar y expresar sus emociones y finalmente ofreciendo alternativas de seguimiento de ayuda.

Si aun después de esto, el familiar no pudiera continuar con la entrevista, se pregunto si en otro momento desea continuar, otro día o si es muy difícil y complicado para el o ella se respetara su decisión, sin embargo se tratara de persuadir explicándole que es una oportunidad para el o ella de hablar sobre el tema y de liberarse un poco de la carga psicológica que ello implica. Para los casos de familiares o personas muy cercanas al occiso que necesiten algún tipo de ayuda profesional, producto de la perdida repentina y violenta, ya sea psicológica o psiquiátrica, se contara con una red de apoyo que funcionara a través de la referencia y contrarreferencia todo de acuerdo con coordinaciones previas con el Centro de Atención Psicosocial ya que la persona entrevistada puede tener sentimientos de culpa por lo sucedido o quizá hubo alguna manifestación de imitación del acto suicida posterior al hecho.



Los datos serán utilizados de carácter anónimo y confidencial. Explicando a los familiares los beneficios, naturaleza y propósito del estudio. Además de adquirir el compromiso de difusión de los resultados con la finalidad de poder ayudar y prevenir en la población con características similares. Se les brindara información sobre las organizaciones que brindan atención psicológica en casos de suicidio, entregándoles un brochure del programa por la vida que contiene el nombre, dirección y teléfono de los mismos. Ver Anexo # 3

Se solicitara la Revisión del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN- León, aceptando sus sugerencias.



XI. CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas destacadas en este estudio fueron; las víctimas eran jóvenes, casados o en unión de hecho, trabajadores activos, con un nivel académico de primaria inconclusa y religión católica, consumidores activos de bebidas alcohólicas en los casos estudiados.
- Dentro de las señales de advertencia emitidas a sus familiares están: Verbalizaciones suicidas, Comentarios pesimistas acerca de su futuro, afectivamente los observaron abatidos, enfadados, descuido de si mismo, consumieron bebidas alcohólicas con frecuencia desacostumbrada, se quejaron de sentirse solos incluso rodeados de personas e intentos suicidas anteriores.
- El contexto en el que ocurrió el suicidio en la mayoría de los casos fue: en su hogar, por la mañana, con familiares presentes y las víctimas consumieron alcohol previo al suicidio, siendo la Fosfina fue el método más utilizado.
- En cuanto al consumo de alcohol, de las personas estudiadas todos los hombres eran bebedores activos y una mujer, a quienes les molestaba que criticaran su forma de beber, tenía dificultades para controlarse cuando bebían y se embriagaban mas de una vez al mes.
- En los casos estudiados hubo ausencia de síntomas depresivos en 50% de ellos, Depresión media y moderada en el resto de los casos en el último mes antes de su muerte.
- En sus relaciones interpersonales no estaban satisfechos de ser como eran, se quejaban continuamente de su forma de actuar, tuvieron algún tipo de problema con su pareja, sin embargo tenían intereses, planes futuros de tipo laboral, familiar.



XII. RECOMENDACIONES

1. Hacer divulgación a la población en general de las señales de peligro y poder reconocer a las personas en riesgo de cometer actos suicidas.
2. Priorizar el programa de Salud Mental en todo el departamento, fortaleciendo la perspectiva comunitaria (CAPS)
3. Fortalecer los conocimientos en Atención primaria y en Hospitales sobre la detección y abordaje del suicidio.
4. Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del HEODRA.
5. Es muy importante hacer cumplir la Ley 274, "Ley Básica para la Regulación y Control de Plaguicidas, Sustancias Tóxicas, Peligrosas y otras Similares".y hacer supervisiones periódicas todo de acuerdo con la Ley señalada anteriormente.
6. Hacer un estudio a nivel del departamento usando la metodología de autopsia psicológica en casos de muerte dudosa permitiendo hacer comparaciones por sexo, análisis comparativo.
7. Tomar en cuenta las recomendaciones tomando como base los resultados de este estudio que complementan la información de otras investigaciones relacionadas con este tema, para el diseño e implementación de futuras intervenciones.



CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7
Revisión Bibliografica							
Elaboración de Protocolo							
Recolección de información							
Análisis e Informe Final							
Defensa							
Correcciones							



XIII. REFERENCIAS

1. WHO. The World Health report. Mental health new Understanding, new hope. 2001
2. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional para las Americas de la OMS. Informe mundial sobre Violencia y la Salud. Cap 7. Washington D.C. 2003
3. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Salud mental "Sí a la atención No a la exclusión. 2001
4. CDC. Center for Disease Control. National Center for Injury Prevention and Control. Injury Fact book. Atlanta, Georgia. 2001-2002
5. PAHO. Pan American Organization. Washington. D. C. U.S.A Health Statistics from the Americas 2006 Edition
6. MINSA. Ministerio de Salud. Nicaragua. Boletín Epidemiológico Suicidios en Nicaragua en el periodo 1999- 2003. Año 2005
7. Caldera T, et al. Parasuicide in a low income country: Results from three year hospital surveillance in Nicaragua. Scand J Public Health 2004
8. Marttunen MJ, Aro HM, Henniksson MM, LonnqvistJK: Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. Arch Gen Psychiatry 1991
9. Conwell et al. Relationship of Age and Axis Diagnosis in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. Am J Psychiatry 1996.
10. Helzer JE, Burnam A, McEvoy LT: Alcohol abuse and dependence, in Psychiatric Disorders in America. Edited by Robins LN, Regier DA. New York, 1991.
11. Garcia, T. La autopsia psicológica en el suicidio. Conferencia. Medicina legal Costa Rica v 15n.1-2 Heredia dic 1998
12. Phillips MR et al. Risk factors for suicide in china: a national case control psychological autopsy study. The Lancet, Elsevier. 2002.
13. Shaffi M., et al. Psychological Autopsy of Completed Suicide in Children and Adolescents. American Journal Psychiatry 1995.
14. Vázquez B,. Atención Primaria. cap. 5.6 Prevención de las conductas suicidas. 1998
15. Centro para la apertura y el desarrollo de América latina. González R et al. Suicidio y tentativa de suicidio: Un acercamiento a su génesis psicosocial. Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. 2004 Disponible en www.cadal.org



16. Rudd, D, et al. Warning Signs for suicide: Theory, Research and Clinical Applications. The American Association of Suicidology. June 2006.
17. Werlang, B., A semi- structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Brasilian J Psychiatric*. Vol 25 Oct 2003
18. ídem. Shaffi M., et al. Psychological Autopsy of Completed Suicide in Children and Adolescents. *American Journal Psychiatry* 1995.
19. Muertes por homicidio, suicidio y accidentes en pacientes con trastornos mentales. *Rev Panam Salud Publica*. [online]. 2002, vol. 11, no. 1 [cited 2007-02-19], pp. 32-33. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000100005&lng=en&nrm=iso. ISSN 1020-4989..
20. Isometsä ET. Psychological autopsy studies - a review. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 379-385.
21. Rodríguez A. II Congreso de Psicología Jurídica y Forense del Caribe. Una herramienta útil para el peritaje psicológico. Disponible en www.psicologiajuridica.org.
22. Chandramohan D. Verbal Autopsies for adult deaths their development and validation in a multicentre study. *Tropical Medicine and International Health*. 1998.
23. Agency for toxic substances and disease registry. ATSDR. Department of Health and Human Services. Division de Toxicología. Phospine. Accessed on World Wide Web at www.atsdr.cdc.gov/es/toxfaqs/es_tfacts177.html. 2002
24. INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Nicaragua. Censo Nacional de la Población, 2005
25. Rocha J, Lesiones en el Municipio de Leon, Nicaragua: Vigilancia, Analisis y Evaluacion de un Sistema de Vigilancia a nivel local. Tesis. 2000
26. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960
27. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity, and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*, 1988; 14: 61-8
28. Aertgeerts B. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*. February 2004.
29. CAGE Questionnaire. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. 2002. Accessed on World Wide Web at <http://www.niaaa.nih.gov/publications/inscage.htm> and at <http://www.niaaa.nih.gov/publications/cage.htm> in 2003.



30. Duberstein, P. Personality Disorders and completed suicide: A methodological and conceptual Review. University of Rochester Medical Center. Clin Psycho Sci Prac 4: 359-376, 1997
31. Chandramohan D. et al Ethical issues in the application of verbal autopsies in mortality surveillance system. Tropical Medicina and International Health. November 2005.
32. WHO. Technical Consultation on Verbal Autopsy Tools. Final report. Review of the literature and currently used verbal autopsy tools. France. November 2004.
33. Chandramohan D. Verbal autopsy tools for adults death, Workshop Report. London school of Hygiene and Tropical Medicine, London. 1996.
34. Helping Patients with Alcohol Problems, A Health Practitioner's Guide. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. 2002. Accessed on World Wide Web at <http://www.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/HelpingPatients-text.htm#standardin> 2003.
35. Brent, D. et al Age and Sex Related Risk Factors for Adolescent Suicide. J. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38: 12. 1999.



XIV. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento

Anexo 2. Consentimiento informado

Anexo 3. Brochure Programa por la vida

7.1 Recibía Terapia o Tratamiento: Si____No_____

7.2 Donde_____

13. Hospitalizaciones recientes: Si____No_____

Razón de Hospitalización:

14. Antecedentes Patológicos Familiares e Historia Sociofamiliar

	Trast.Psiquiat	Intentos suicidio	Suicidio	Homicidio	Acc. Mortal
Ante. penales					
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Hábitos tóxicos: En los últimos 12 meses consumió drogas?

15.1 Legales Si____No_____

15.2 Ilegales Si____No_____

16. Bebida que más consumió en los últimos 12 meses:

1. Cerveza_____ 2. Licor_____ 3. Otra_____

17. Frecuencia de consumo en los últimos 12 meses

- 1. Menos de una vez al mes
- 2. una vez al mes
- 3. una vez a la semana
- 4. dos o tres veces por semana
- 5. diaria
- 6. no sabe

18. Cantidad consumida de Licor en los últimos 12 meses

- 1. Menos de ¼ y ½ litro
- 2. Entre 1 y 3 litros
- 3. Más de 3 litros

19. Cantidad consumida de cerveza en los últimos 12 meses

- 1. ½ - 6 botellas 12 onzas
- 2. Entre 6 y 12 botellas 12 onzas
- 3. Más de 12 botellas 12 onzas

CAGE. Durante los últimos 12 meses.....

- 11. ¿Alguna vez sintió que debía beber menos? SI_____ NO_____
- 12. ¿Le molestaba que la gente criticara su forma de beber? SI_____ NO_____
- 13. ¿Se sintió mal o culpable alguna vez por su forma de beber? SI_____ NO_____
- 14. ¿Alguna vez tomo en la mañana para calmar sus nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? SI_____ NO_____
- 15. ¿Consideraba que su forma de beber le creaba dificultades en su salud, familia, trabajo o en sus relaciones con los vecinos? SI_____ NO_____
- 16. ¿Tenía dificultades para controlarse cuando bebía? SI_____ NO_____
- 17. ¿Cuando estaba mas de dos días sin beber aparecían malestares por la falta de alcohol? SI_____ NO_____
- 18. ¿Se embriagaba mas de una vez al mes? (mas de 12 veces al año) SI_____ NO_____
- 19. ¿Alguna vez se despertaba y no recordaba lo ocurrido el día anterior mientras bebía? SI_____ NO_____
- 20. ¿Ud. Cree que bebía mas de la cuenta? SI_____ NO_____
- 21. ¿Considera Ud. Que debió recibir ayuda medica para que tomara menos? SI_____ NO_____

II. EXAMEN PSIQUIATRICO RETROSPECTIVO HASTA UN MES ANTES DE SU MUERTE:

Englobe o marque con una X donde estime conveniente.

I. Conflictos

- 1. **Personales**
 - 1. Consigo mismo (Insatisfecho)
 - 2. Relaciones sociales conflictivos
 - 3. Evitaba el contacto social

SI	NO
SI	NO
SI	NO

- 2. **Familiares** Con:
 - 1. Pareja
 - 2. Hijos
 - 3. Padres
 - 4. Hermanos
 - 5. Suegros

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

(as)

- 6. Cuñados

7. Tíos (as)
3. **Económicos:** SI _____ NO _____

8. Abuelos (as)
9. Otros

SI	NO
SI	NO
SI	NO

4. Conflictos en el ámbito **laboral:** SI _____ NO _____

5. Conflictos **judiciales:** SI _____ NO _____

- | | |
|------------------------------|------------------|
| 1. Detenido _____ | 4. Víctima _____ |
| 2. En espera de juicio _____ | 5. Testigo _____ |
| 3. Acusado _____ | 6. Recluso _____ |

6. **Antecedentes penales:**

1. Homicidio
2. Asesinato
3. Tentativa de asesinato
4. Escándalo público
5. Daño a la propiedad
6. Robo con fuerza
7. Hurto

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

8. Tenencia ilegal de armas
9. Violación
10. Corrupción de menores
11. Tráfico de drogas
12. otros especifique _____

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

7. **Hábitos antisociales: La víctima acostumbraba.....**

1. Portar armas de fuego de forma habitual
2. Portar arma blanca de forma habitual
3. utilización de frases propias de medios disociales
4. vínculos con elementos delictivos
5. negocios ilícitos
6. Expresiones obscenas habituales
7. Escándalos públicos frecuentes
8. Ostentación de su condición de antisocial
9. Sistemática falta de respeto a los valores ético morales establecidos por la sociedad

8. ESCALA DE VALORACION PSIQUIATRICA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION

Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al entrevistado/a

¡Nota!: Todas las preguntas deben responderse o hacerse en base a los últimos tres meses.

1. Trabajo y Actividades ¿Tuvo o manifesto los siguientes síntomas?	0. No hay dificultad. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad trabajo o aficiones. 2. Perdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo-manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades) 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descanso de la productividad. Clasificar en 3 si el entrevistado no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas de trabajo o aficiones 4. Dejo de trabajar por la presente enfermedad. Clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades mas que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar estas sin ayuda.
2. Humor deprimido ¿Tuvo Animo Deprimido (Tristeza depresión, desamparo, inutilidad)?	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente-es decir, por la expresión fácil, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El entrevistado manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
3. Sensación de culpabilidad ¿tenia Sentimientos de culpa?	0. Ausente 1. Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Idea delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta Alucinaciones visuales amenazadoras.
4. Insomnio Precoz (Insomnio Inicial) ¿Tenia o padecía?	0. No tiene dificultad para dormirse. 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio Medio (Insomnio Intermedio) Tenia o padecía?	0. No hay dificultad. 1. El entrevistado se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Esta despierto durante la noche – cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).
6. Insomnio Tardío (Insomnio Terminal) ¿ Tenia o padecía?	0. No hay dificultad. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Suicidio. ¿Tenia ideas suicidas o habia intentado suicidarse?	0. Ausentes. 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida. 2. Desearía estar muerto tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4)
8. Inhibición ¿Tenia Retardo, Lentitud de pensamiento y de palabra, facultad de concentración	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el dialogo 2.Evidente retraso en el dialogo.

empeorada; actividad motora disminuida)	3. Dialogo difícil 4. Torpeza absoluta.	
9. Agitación ¿Se retorció las manos etc..?	0. Ninguna. 1. "Juega" 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios etc.	
10. Ansiedad psíquica ¿Padecía de lo siguiente?	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o no. habla 4. Temores expresados sin preguntarle.	
11. Ansiedad somática Pregunte si la victima padecía de: Ver listado a la derecha	0. Ausentes 1. Ligera 2. Moderada 3. Severa 4. Incapacidad	} Signos fisiológica concomitantes de la ansiedad tales como: Gastrointestinales-boca seca, flatulencia, Indigestión, diarrea retortijones, eructos, Cardiovasculares-palpitaciones, cefalalgias Respiratorios-hiper ventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.
12. Síntomas somáticas (Ansiedad Somática) ¿Padecía de síntomas Gastrointestinales como..?	0. Ninguno 1. Perdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.	
13. Síntomas somáticos generales ¿tenia o padecía de síntomas como..?	0. Ninguno 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, como cefalalgia, algias musculares, perdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.	
14. Síntomas genitales Síntomas como: Perdida de libido Trastornos Menstruales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante	
15. Hipocondrías (Hipocondrías) Tenia o padecía de los siguientes síntomas?	0. No la hay 1. Preocupado de si mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.	
16. Perdida de peso, (Completar A o B)	A. Según manifestaciones de la victima (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Perdida de peso definida (según el enfermo)	
17. Insight (Introspección) (Conciencia de si mismo) ¿Se daba cuenta que?	0. Se daba cuenta de que estaba deprimido y enfermo (a) 1. Se daba cuenta de su enfermedad pero atribuía la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Negaba que estaba enfermo (a)	
18. Variación diurna Indicar si los síntomas eran mas severos Por las mañana o por la noche. T. (Rodear M o T)	AM: 0 = Ausente. 1 = Moderada. 2 = Severa.	PM: 0 = Ausente. 1 = Moderada. 2 = severa.
19. Despersonalización y falta de realidad	0. Ausente. 1. Ligera. Como: sensación de irrealidad. 2. Moderada. Ideas nihilistas 3. Grave	

8. Otros____Especifique _____

11. Señales emitidas hasta 3 meses (Marcar todas las que haya manifestado)

- | | |
|---|---|
| 1. Verbalizaciones suicidas | 19. Expresión de sentimientos de soledad |
| 2. Comentarios pesimistas acerca del futuro | 20. Expresión de sentimientos de injusticia |
| 3. Disminución del apoyo emocional a la familia | 21. Desesperanza |
| 4. Violencia física hacia la pareja | 22. Desinterés por las cosas que antes agradaban |
| 5. Abatimiento | 23. Irritabilidad |
| 6. Enfadado | 24. Odio a si mismo |
| 7. Conducta retraída | 25. Odio a los demás |
| 8. Reducción drástica del comer | 26. Fantasías de encuentros en la eternidad con personas representativas fallecidas |
| 9. Desinterés sexual | 27. Preocupaciones hipocondríacas relacionadas con el cáncer\infarto |
| 10. Abandono de posesiones materiales de elevado valor personal | 28. Sentimientos de incapacidad, inutilidad o incompetencia |
| 11. Regalos no habituales a amigos o parientes | 29. Intentos suicidas anteriores |
| 12. Descuido de si mismo | 30. Expresiones admirativas para con un suicida |
| 13. Abandono de indicaciones medicas | 31. Conducta masoquista |
| 14. Cansancio de la vida | 32. Automutilaciones |
| 15. Disminución de autoestima | 33. Enfermedades fingidas |
| 16. Habitación al alcohol | |
| 17. Habitación a drogas legales \ ilegales | |
| 18. Expresión de sentimientos de culpa | |

- | | |
|---|--|
| 34. Intervenciones quirúrgicas múltiples | 40. Alterado |
| 35. Accidentes provocados (búsqueda de peligro) | 41. Deprimido |
| 36. Conducta antisocial | 42. Desesperado |
| 37. Perdida de motivaciones | 43. Como ausente en las conversaciones |
| 38. Visita al medico sin motivo aparente | 44. Carta de despedida |
| 39. Visita al psiquiatra sin motivo aparente | 45. Testamentos prematuros |
| | 46. Conductas abiertamente provocativas de violencia |

12. Perdidas Recientes (menos de 1 año)

1. Madre
2. Padre
3. Hermanos
4. Hijos
5. Cónyuge
6. Otros familiares. Especifique_____
7. Otros. Especifique_____

13. Lugar donde ocurrió el hecho

1. En su casa
2. En otra casa
3. En un hotel
4. En un centro de trabajo
5. En la vía publica
6. En un vehiculo
7. En un lugar apartado
8. Otro___Especifique___

14. Horario de ocurrencia

1. Durante la mañana
2. Durante la tarde
3. Durante la Noche
4. Durante la madrugada

15. Presencia de otras personas (familiar, amigo, vecinos, etc)

1. Si_____ 2. No_____

16. Ingestión de alcohol y otras sustancias por parte de la victima previo a su muerte

1. Si_____ 2. No_____ Especifique_____

17. ¿La victima portaba armas en el momento de su muerte?

1. Ninguna
2. Arma blanca
3. Arma de fuego
4. Objeto contundente

5. Otras

18. ¿Cual cree usted fue el motivo del suicidio?

19. Método Utilizado:

Fosfina _____
Pesticida _____ Cual _____
Pastillas _____ Cual(es) _____
Ahorcamiento _____
Arma de fuego _____
Otro _____ Especifique _____

20. ¿Visito algún Centro de Salud, Hospital o visita a medico privado, al cura, pastor de la iglesia. En los últimos tres meses?

21. ¿Estaba recibiendo algún tratamiento medico, psiquiátrico, psicológico?
¿Donde? _____

22. ¿Asistió a algún Centro de Salud u otro servicio de salud en el último mes?

Observaciones:

ANEXO 2.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA Y SALUD (CIDS)
UNIDAD DE SALUD MENTAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es: _____

En Nicaragua, el Ministerio de Salud con apoyo de Organizaciones Internacionales realizó un análisis sobre la situación de salud del país, encontrándose que el suicidio esta entre las primeras causas de muerte sobre todo en los jóvenes. En Nicaragua se produce de uno a tres suicidios por día, como promedio.

En los últimos años se ha observado un incremento constante del suicidio. En el departamento de León, según datos del SILAIS los suicidios han sufrido un incremento paulatino. El estudio que se esta realizando sobre suicidios consumados en el Departamento de León aplicando un instrumento conocido como autopsia psicológica pretende indagar sobre aspectos personales, sociales, familiares, y motivo(s) que llevaron a esta determinación a su familiar, a fin de poder prevenir en un futuro en otros similar determinación.

Por lo que si considera este momento apropiado, le proponemos entrevistarle, ya que siendo familiar es quien nos puede dar la autorización. Asegurándole que los datos que usted nos dará serán manejados solamente por los investigadores bajo absoluta confidencialidad. Si usted está de acuerdo en brindar la información le solicitamos firme abajo aprobando su autorización.

Nombre o Firma
Del encuestado

Firma del Investigador

Para mayor información puede comunicarse al Centro de Investigación en Demografía y Salud CIDS Tel: 311 0368 con Lic. Claudia Obando.

Introducción

La salud mental y física son inseparables y podemos decir: no hay salud sin buena salud mental, ya que están estrechamente vinculada con algunas de nuestras capacidades más básicas, ejemplo, la capacidad para pensar, establecer relaciones de interdependencia con otros, para crear y para encontrarle significado a la existencia.

Objetivo

El presente plan por la vida brinda la oportunidad a todos/as de poder contar con ayuda oportuna y con el personal capacitado, en el momento que más lo necesite. Brinda la oportunidad a los jóvenes de poder contar con quien platicar y buscar ayuda.

Forma de buscar ayuda

Recuerde que siempre hay salida a las situaciones difíciles, y que muchas personas como usted han encontrado salida a situaciones aún más difíciles, comunicando su problema y buscando ayuda.

El Centro de Atención Psico-social (CAPS) es un centro que apoya a todas aquellas personas que necesitan ayuda de salud Mental.

Síntomas de riesgo del suicidio

- ✓ Tristeza crónica o durante un tiempo
- ✓ Deseo de tomar su vida por su cuenta
- ✓ No buscar ayuda profesional

- ✓ Intentos previos de suicidio

- ✓ Tomar medicinas sin la prescripción médica
- ✓ Tomar sustancias tóxicas

- ✓ No contar con apoyo familiar

- ✓ Pleitos con su pareja

- ✓ Historia de abuso sexual

- ✓ No tener en quien confiar

- ✓ Sufrir Violencia intrafamiliar

- ✓ Cambios de testamentos

- ✓ Consumo de alcohol o drogas

Recomendaciones para prevenir el suicidio

- ✓ Buscar ayuda profesional

- ✓ Hacer ejercicio

- ✓ No tomar medicamentos de los cuales no esta seguro del efecto en su salud.

- ✓ No tome sustancias tóxicas como plaguicidas o venenos

- ✓ Permita que su familia lo/la apoyen

- ✓ Busque ayuda, cuando tenga problemas con su pareja

- ✓ Si sufre o sufrió abuso sexual, busque ayuda en cualquiera de los lugares mencionados.
¡Recuerde el abuso sexual se puede parar y prevenir!

- ✓ Buscar alguien en quien usted confía

- ✓ Retire de su alcance medicamentos o armas de fuego.

- ✓ **¡No olvide siempre hay salida ante cualquier circunstancia difícil!**

@ Donde buscar ayuda para prevenir suicidio

- ✓ Centro de Atención Psico-Social (CAPS-León)Centros de Salud: Sutiaba, Perla María Norori, Mántica Berio
- ✓ Sala de Emergencia del HEODRA
- ✓ Organizaciones No Gubernamentales
- ✓ Policía Nacional de León
- ✓ Comisaría de la Mujer y la Niñez
- ✓ Alcaldía Municipal de León
- ✓ Su médico/a de cabecera
- ✓ Su psicólogo/a de cabecera
- ✓ Su psiquiatra de cabecera
- ✓ Trabajador social de su confianza y personal de enfermería
- ✓ Todos aquellos lugares que le inspiren confianza y que le puedan ayudar.

➔ Quien puede apoyarte en caso de idea e intento suicida

- ✓ Personal del CAPS-León
- ✓ Personal de salud mental de los centros de salud
- ✓ Cualquier trabajador de salud que este entrenado sobre salud mental
- ✓ Amigos/as en quien usted confía
- ✓ Familiares
- ✓ Profesores de las escuelas
- ✓ Organizaciones no Gubernamentales
- ✓ Vecino en quien usted confie
- ✓ Religiosos en quien puede usted confiar sus problemas

Para mas información Llámenos o visítenos

CAPS: Teatro Municipal 10 varas arriba, León, Nicaragua
Teléfono 0311- 5255
email: capsunan@unanleon.edu.ni

Centros de salud Mantica, Perla Ma. Norori y Sutiaba

Proyecto Epidemiología de Lesiones, HEODRA
0311- 5939
email: episal@ibw.com.ni

CIDS/UNAN-León
Teléfono: 0311-0368
email: andres.herrera@psychiat.umu.se

Programa por la vida Municipio de León

Participantes:

Unidad de Salud Mental CIDS
CIDS /UNAN-León
MINSA
Universidad de Umeå-Suecia
Alcaldía de León
CAPS-León
CDC-Atlanta
ONGs.
Comunid.



2001-2004

*¡Recuerde que cada vez que uno
sufre nace una nueva oportunidad
de ser feliz en la vida!"*

Autor: Anónimo