

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEON.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNAN-LEÓN.



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MÉDICO Y CIRUJANO.

Factores de riesgos que conllevaron a intentos suicidas a pacientes atendidos en el Hospital Victoria Motta de Jinotega en el periodo de Julio a Diciembre del 2008.

PRESENTADO POR:

Omar Antonio Delgado García.

Tutor: Dr. Trinidad Caldera PhD.

Especialista en psiquiatría

Profesor titular - Facultad de Ciencias Médicas

Asesor: Lic Julio Rocha Castillo MSP.

Epidemiología HEODRA.

León, Nicaragua Abril del 2010.



DEDICATORIA.

A Dios padre de misericordia infinita que me acompaña en cada momento que me toca enfrentar a un paciente necesitado de ayuda y salud; a ti padre celestial que guías mis ideas y sentidos hacia el diagnostico correcto que necesita un paciente; a ti padre glorioso te dedico la culminación y defensa de mi estudio.

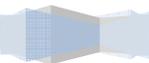
Gracias padre por permitirme la sabiduría del saber te prometo que llevare palabras de aliento a las personas necesitadas también brindare palabras de alivio a las personas que necesiten mis servicios profesional.





AGRADECIMIENTO.

- A mi madre Antonia García que me llena de su amor y cariño; por su ayuda incondicional que me ha brindado desde el primer día que inicie mi carrera hasta la culminación de mis estudios. Por las palabras de aliento que me brindo cuando me encontraba en las profundidades de la montaña Jinotegana, gracias madre por ser tan abnegada.
- A mi esposa Secia Méndez por su comprensión y palabras de aliento cuando siento desmallar en los momentos más difíciles que he atravesado, y por todo su amor y cariño brindado.
- Al Dr. Trinidad Caldera por su apoyo incondicional y permitirme compartir su sabiduría guiándome durante toda la investigación de mi tesis.
- Al Lic. Julio Rocha por guiarme a través de la metodología de la investigación.





Resumen.

El presente estudio es una pauta epidemiológica sobre los factores de riesgo que conllevaron a intentos suicidas a pacientes que demandaron atención en los servicios de emergencia, medicina interna y consulta externa en el Hospital Victoria Motta de Jinotega en el periodo comprendido de Julio a Diciembre del año 2008.

El estudio fue analítico tipo caso control.

- **Área de estudio:**

El servicio de emergencia, medicina interna y consulta externa del Hospital Victoria Motta.

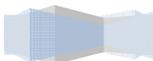
- **Población de estudio:**

Casos: Son 63 pacientes que demandaron atención en los diferentes servicios hospitalarios con el diagnóstico de intento suicida.

Controles: Los controles fueron 1 por cada caso y corresponden a pacientes que recibieron atención médica en el mismo periodo, pero por patologías diferentes; sin antecedentes previos de intento suicida.

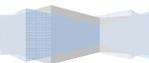
Entre los principales resultados se encontró:

Según el sexo predominante de intentos suicidas fue el femenino en un 60.4% y el masculino en 39.6%. El grupo etareo de mayor prevalencia fue la adolescencia tardía de 15-19 años con el 26.6% seguido del grupo de 20 a 24 años con el 17.5%. En relación a la procedencia de los casos el 66.6% corresponde al área urbana y el 33.4% al área rural. Al realizar las comparaciones entre los casos y controles los principales factores riesgo asociados al intento de suicidio que presentaron significancia estadística fueron: el tener estado civil soltero, seguido de no tener hijos, el tener antecedentes negativos en la vida, el uso de drogas ilegales, el haber tenido antecedentes suicidas en la familia, sufrir de enfermedades crónicas y el consumo crónico de alcohol.





INDICE.	Pág.
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii
I-Introducción.....	1-2
II- Antecedentes.....	3 - 6
III- Justificación.....	7 - 8
IV- Planteamiento del problema.....	9
V- Objetivos de investigación.....	10
VI- Marco teórico.....	11 - 37
VII- Material y Método.....	38-48
VIII- Resultados.....	49 - 52
IX- Discusión y análisis de resultados.....	53-57
X- Conclusiones.....	58-60
XI- Recomendaciones.....	61 - 62
XII- Bibliografía.....	63- 66
XIII- Anexos.....	67





I- INTRODUCCIÓN.

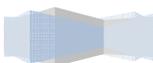
El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura.

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases: 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción. (1)

El intento de suicidio y el suicidio como tal se han convertido en problema que exige atención, ya que ocupa los primeros lugares como causa de muerte en muchos países del mundo y es por esta razón que ha sido tomado como un indicador de salud mental. (2)

La conducta suicida ocurre como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora tales como: El aislamiento social, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, el envejecimiento, el desempleo, o los problemas económicos, los sentimientos de culpa y las dependencias de las drogas y el alcohol. (3)

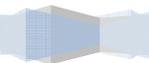
En nuestro país existen razones de orden cultural y dentro de este, de tipo religioso así como social, que inciden negativamente en las familias para que no registren las defunciones de sus parientes como suicidios, procurando ocultar tal característica siempre que puedan (4).





La conducta suicida es considerada como un evento estresor para la familia especialmente para los padres quienes enfrentan esta situación de forma inadecuada a menudo se culpan o se irritan mucho. El intento de suicidio es un evento negativo que afecta el entorno familiar y su funcionamiento, en los diferentes ámbitos de desarrollo humano. Los padres de adolescentes que han intentado suicidarse pueden reducir las relaciones fuera del núcleo familiar, laboral y social.

El entorno familiar es una de las áreas más importantes del ser humano, es aquí donde se desarrollan las habilidades, actitudes e intereses y su estabilidad ayuda a mejorar la salud mental, cuando en la familia un individuo se intenta suicidar, este acontecimiento produce un impacto emocional principalmente en los padres quienes son estigmatizados por la sociedad, haciéndoles sentir culpables por lo ocurrido y vistos como personas desinteresadas ante las necesidades de sus hijos ocasionándoles sentimientos de vergüenza y remordimiento por no haber prevenido ésta situación. (5)





II- ANTECEDENTES.

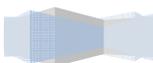
Etimológicamente la palabra suicidio procede de: sui “**sí mismo**” y cidium “**matar**”. Esta problemática ha sido estudiada desde diversas perspectivas y disciplinas, entre ellas; Historia Filosofía, Ética, la Teología, o desde el enfoque de la Psiquiatría, el Psicoanálisis, la Antropología y la Sociología; también desde la perspectiva económica, geográfica, jurídica o política se ha intentado explicar esta conducta. (6)

La conducta suicida supone un problema de salud pública de primer orden para todos los países, debido al número de personas afectadas por año. No obstante, poder determinar el número exacto de personas afectadas es difícil por las dificultades metodológicas que existen. (4)

Según el instituto de la salud mental (Nacional Institute Of Mental Health, NIMH). Los resultados de investigación realizada establecen lo siguiente: Se calcula que hay de ocho a 25 intentos de suicidio por cada suicidio, y la proporción es aún mayor entre los jóvenes. Se estima que por cada joven suicida hay 30 intentos de suicidio hospitalizados y se estima que hay más de 400 atentados suicidas.

El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte, es la causa del 30% en los estudiantes universitarios, el 10% en personas entre 25 y 34 años, y es la segunda causa de muerte entre los adolescentes. (9)

Existe además, una variación considerable en las tasas de suicidio o de intentos de suicidio entre los distintos países. Se puede decir que en países como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o Europa del Este, tienen tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes y España, Italia o Egipto, tasas por debajo de 5/100.000 habitantes. Estados Unidos está en una situación intermedia.



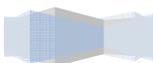


Sin embargo, estas cifras sólo reflejan una parte del problema, ya que según la OMS, aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolítica que requiere atención médica, y cerca de 30 millones estarían en riesgo de tener este tipo de conductas, aunque no reclamen atención médica. (11)

Según la OMS en el informe de estadísticas de salud de las Américas reportó que las tasas de mortalidad por el suicidio y lesiones auto inflingidas han ido aumentando en los últimos años. Las tasas (por 100,000 habitantes) más altas para el grupo etareo de 15-24 años para el sexo masculino fue para Nicaragua 32.0 seguido de Guatemala 20.5 y Estados unidos 16.8; mientras para el sexo femenino fue Nicaragua con 23.7, seguido por el salvador con 19.6 y Cuba con 9.4. mientras que para el grupo etareo 25-44 años para el sexo masculino la tasa más alta la obtuvo El Salvador con 64.5, seguido de Nicaragua con 30.7, Belice con 25.2, Costa Rica con 22.6 y Cuba 9.0. En el grupo de 45-64 la tasa más alta para los masculinos la obtuvo Guatemala con 38.5 seguido de cuba 27.9, Estados Unidos con 8.4 y Argentina con 6.8 y para el grupo mayor de 64 años la tasa más alta para los masculinos fue Cuba con 67.4 seguido de Argentina con 43.6, Estados Unidos con 43.5, El Salvador con 38.6 y Costa Rica con 29.3 y la tasa más alta para las femeninas la obtuvo Cuba con 18.8 seguido de Colombia con 8.9 y Estados Unidos. (8)

A la vez la OMS reportó que para el año 2000, unas 815 000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14.5 por 100000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. El suicidio es la décimo tercera causa principal de muerte en el mundo.

En Latinoamérica y Estados Unidos de Norteamérica, se reporta que por cada suicidio se producen de 10 a 15 intentos suicidas, y es mayor su relación para los adolescentes con respecto a otras edades.



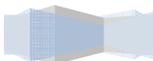


El intento de suicidarse acontece un 4% antes de los 10 años, el 29% entre los 10 y 15 años, y el 67% entre los 15-18 años. El intento suicida está estrechamente vinculado con cierta predisposición que pueda existir con esta conducta, que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentarían cerca de 300.

Estudio realizado en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello- León (HEODRA), sobre factores de riesgo asociados al intento de suicidio en pacientes ingresados al servicio de medicina interna durante los años de 1998-2000, encontró que los problemas familiares presentan asociación y significancia estadística, indicando que los fenómenos de maltrato entre esposos, recientes separaciones, divorcio, viudez y conflictos amorosos conlleva a uno de ellos a realizar el intento de suicidarse, considerándose este un factor de alto riesgo de intento de suicidio. (11)

Estudio realizado en la ciudad de León, Nicaragua sobre expresiones suicidas a 278 individuos de 15 a 24 años durante el año 2003, reportó que los varones en un 44.8% y las mujeres en un 47.4% presentaron expresiones suicidas; con 2.1% intentos suicidas en el sexo masculino y 1.5% los femeninos. Obteniendo para toda la población de estudio un 19.8% presentaban ideas suicidas, el 5% planes suicidas y un 1.8% intentos de suicidio. (12)

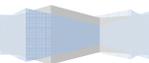
Estudio realizado sobre factores asociados al intento de suicidio en el hospital Victoria Motta de área urbana del municipio de Jinotega durante los años 2003 – 2005, reveló que el grupo etareo que tuvo mayor prevalencia en los intentos de suicidio fueron las personas con edades entre 15-19 años y de 20-24 años. La ocupación que tuvo mayor importancia en este estudio fueron los estudiantes, seguidos de ama de casa; además el estar desempleado aumenta el riesgo de intento de suicidio. Con respecto al estado civil los solteros fueron más frecuentes en los casos, encontrándose que los que no tienen pareja presentan más riesgo de intento suicida, a la vez el estudio reveló que tener un hijo implica menos asociación con el intento suicida en relación a los que no tienen hijos.





Este mismo estudio demostró que los principales factores de riesgo asociados al intento de suicidio fueron: Tener una enfermedad crónica, padecer de depresión grave, tener una relación conflictiva en la familia, haber tenido familiares con intentos suicidas. (8).

A la vez un nuevo estudio realizado en el hospital Victoria Motta de Jinotega sobre factores de riesgos que conllevan a Intentos Suicidas en Pacientes Sobrevivientes atendidos a través de la consulta externa de Enero a Diciembre 2006 revela que, en cuanto a la intensidad suicida por sexos predominó el sexo femenino sobre el sexo masculino con una relación de 1.5 mujeres por cada hombre Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados, este estudio también revela que el 50% de los pacientes estudiados eran solteros, un 25% son casados y el restante 25% eran unión libre, por tanto se encontró que ser soltero es una determinante asociada al intento suicida. (4)





III - JUSTIFICACIÓN.

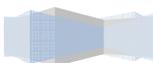
El suicidio es un severo problema social de orden mundial y por ende nacional. En la mayoría de los países desarrollados se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte y en los jóvenes adolescentes ocupa el segundo lugar.

En Nicaragua existen razones de orden cultural y social y económica, que inciden para que las personas adopten conductas suicidas. (4)

El intento suicida representa un problema de salud pública y una alta tasa de ingreso hospitalario, esto repercute de forma negativa en el uso de insumos médicos y por ende en el uso de los recursos económicos de las unidades de salud y de la economía en general del país.

El presente estudio es una pauta epidemiológica sobre los factores de riesgo que conllevaron a intentos suicidas a pacientes que demandaron atención en los servicios de emergencia y medicina interna en el Hospital Victoria Motta de Jinotega en el periodo comprendido de Julio a diciembre del año 2008, a la vez con este trabajo pretendo:

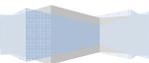
- ◆ Ampliar, consolidar e integrar nuevos conocimientos en el área de salud mental, esto me permitirá contar con conocimientos integrales y por ende brindar un mejor servicio a los pacientes que estén bajo mi responsabilidad.
- ◆ Presentar a la Universidad información que sirva como material de apoyo a estudiantes, docentes y autoridades en general, que la requieran para efecto de elaborar trabajos y acciones de apoyo para disminuir la tasa de suicidios.





- ◆ Presentar a las Autoridades del Hospital Victoria Motta recomendaciones que permitan el diseño de acciones que tengan como resultado que los pacientes en estudio no vuelvan a tener intentos suicidas.

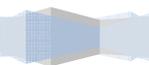
- ◆ Presentar recomendaciones a Organismos Gubernamentales, no Gubernamentales y a la sociedad en general para efecto de contribuir en la definición de acciones que permitan el mejoramiento del nivel de vida de las personas, la adopción de conductas positivas ante los retos que le presenta la vida diaria, incidir en la disminución de pérdidas humanas por conducta suicida, reducción en el uso de insumos médicos de los centros hospitalarios y de los recursos económicos del país en general; ya que en un estudio realizado en el HEODRA en 1995 revela que los costos de estancia por intento de suicidio fue de 26.1 dólar por día, además se agregó el costo de servicio de rayos X, estimado en 13.2 dólar por día en aquellos pacientes que lo requirieron.⁽¹³⁾





IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuales son los factores de riesgo que conllevaron al intento suicida en pacientes atendidos en el Hospital Victoria Motta de Jinotega?.





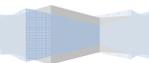
V- OBJETIVOS.

General:

- Determinar los factores de riesgo que conllevaron al intento suicida en pacientes atendidos en el Hospital Victoria Motta de Jinotega.

ESPECÍFICOS:

- Describir las características sociodemográficas de los participantes en el estudio que han presentado conducta suicida.
- Determinar cuales son los factores de riesgo que se asocian a la conducta suicida.
- Definir la personalidad de los individuos que deciden quitarse la vida.
- Evaluar las características de la intencionalidad suicida que presentan los participantes en el estudio.





VI- MARCO TEÓRICO.

Trastorno depresivo.

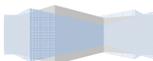
El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Es una enfermedad muy difundida en la comunidad y tienen diversas formas de presentación. sus síntomas mas frecuentes son la tristeza, poco deseo de hacer las cosas, la falta de voluntad , los deseos de morir, las quejas somáticas diversas, la ideación suicida, los actos de suicidios y los trastornos del sueño, el apetito y el descuido de los hábitos de aseo.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. El depresivo está enfermo de su voluntad, y desgraciadamente los familiares y amigos, para estimularlos le piden “¡Tené Voluntad!”, lo que tortura al paciente depresivo pues la enfermedad se caracteriza por ausencia de la misma (no pueden, no es que no quieran). (8)

Mentes suicida.

Quienes escuchan al deprimido hablar sobre ideas de muerte tratan de eludir el tema, en la creencia de que tratar de las ideas de suicidio pudiera conducir a provocarlo, o hacer que le parezca al deprimido una idea aceptable.

En realidad hablar abiertamente del tema puede representar un alivio para el depresivo, y da una oportunidad a quienes le tratan de ayudar de conocer el grado de fuerza que tienen tales ideas y la ocasión de clarificar objetivamente la situación.





Quien conocen de cerca un intento de suicidio se sorprenden de que el deprimido haya podido ir tan lejos, incluso resulta difícil comprender las razones que conducen a una persona a no tener deseos de vivir. (6)

El suicidio es el resultado final de una situación límite que deriva de una multiplicidad de causas y circunstancia, difícilmente se puede hablar de uno o dos motivos para explicar un suicidio, aunque se pueden destacar ciertas causas o motivos como determinantes del acto, según se deduce a través de los testimonios ante el juez de los familiares de los suicidas o de aquellos que realizaron una tentativa. (4)

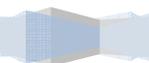
El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases⁴: 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción. (14)

Factores de riesgo.

Llamamos factores de riesgo a todas aquellas condiciones o circunstancias que acompañan, predisponen y condicionan el suicidio. Aunque debe de entenderse que estos factores solo tienen un papel coadyuvante y en sentido estricto no constituyen por si la génesis patológica del suicidio.

La conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores estos son: Médicos, de personalidad y sociodemográficos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo. (12)

Aunque el riesgo de suicidio está en relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y col formula un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas. La dimensión de los rasgos de la persona (genética,



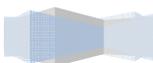


abuso de sustancias, personalidad *border-line* o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). Este autor sugiere que deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión, para que aumente el riesgo de suicidio. Esto explicaría por qué unos pacientes se suicidan y otros no, con la misma enfermedad psiquiátrica. (16)

La conducta suicida no se atribuye a una sola causa. Es la consecuencia de una compleja interacción de varios determinantes del suicidio. Tradicionalmente estos se dividen en biológica, medico, psicológico, sociales y económico. Esta clasificación tiene varias debilidades, siendo la mas importante el traslape de las categorías, el desorden mental que lleva a desempleo y una situación familiar errática. Además algunos de los factores de riesgo que han sido entendidos previamente como claramente psicológicos, también son conocidos como biológicos actualmente. Por el riesgo de problemas matrimoniales y divorcios está parcialmente bajo control genético.

Un método potencialmente más prometedor para identificar los factores de riesgo suicida seria considerar que están compuestos de influencias genéticas y ambientales y sus interacciones. De esta forma, por Ej. Inmigrantes han mantenido la tasa de su país de origen. La evidencia adicional con relación al papel de factores de riesgo genético de suicidio tiene que ver con estudios familiares, gemelos y adopción relacionados con conductas suicidas. Dicho riesgo personal no puede ser determinado y como han declarado van heeringen, hawton y William, el efecto de la influencia genética se basa mas en la determinación y esta configurado por influencias ambientales que van desde pensamientos negativos hasta ideación, planeación y tentativa hasta completar el hecho. (17)

Ante todo hay que considerar que los factores de riesgo suicida son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo para otro puede no representar problema alguno, además de individuales son generacionales, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez. Por otra parte son genéticos ya que la mujer tendrá factores de riesgo privativo de su condición y así también lo será para el hombre. (18)





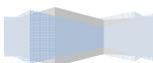
Por último esta condicionado culturalmente pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlos para otras debido a estas propias características y de los factores de riesgo suicidas aquellos profesionales que no tengan experiencia suficiente en su detención y evaluación tendrán mayores dificultades que si trabajaran con los grupos de riesgo suicidas, E. Rojas distingue en su libro estudio sobre el suicidio entre factores de sensibilización biográfica, predisponente y desencadenante. Con los primeros se refiere a los factores que inciden en los factores del sujeto, destacando lo que este siquiatra denomina: Error existencial (del proyecto de vida trabajo sin gratificación, frustraciones continuas y problemas económicos)⁽¹⁹⁾

Los factores predisponentes según E. rojas preparan y alientan hacia el suicidio entre estos influyen la edad, el sexo, el estado civil, etc., por factores desencadenantes entienden las circunstancias que activan el proceso, tales como disgustos, celos, enfermedades, temores, culpabilidad etc.

Entre algunos factores de riesgo tenemos la edad: conforme aumenta la edad para ambos sexos también progresa la tendencia suicida el máximo sería en torno a los 75 años aunque hay un cierto incremento en el número de casos según algunos estudios para el hombre hacia los 30 años y para la mujer alrededor de los 25 años. Se ha observado ese ligero incremento en los índices, en particular en mujeres, coincidiendo con la edad propia del matrimonio y del primer hijo.

Todo este complejo proceso de asimilación sería determinante de cara al suicidio en algunas mujeres proclives a desajustes emocionales graves.

En relación con los intentos de suicidio se produce un mayor número entre los 15 y 25 años, pero, con la edad, el riesgo de suicidio consumado se incrementa y disminuye progresivamente las tentativas.





En las últimas décadas ha habido un significativo aumento de intentos y de conductas suicidas entre los jóvenes de ambos sexos en toda Europa, unido en muchos casos al consumo de drogas, frustraciones de diversas índoles, a conducta de riesgo e inclusive a suicidios dobles o en grupos, airados por la prensa. (4)

Factores psicológicos:

Trastornos de personalidad.

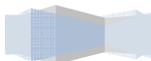
Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental.

Isometsä y col afirman que en la mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidan, se asocian trastornos, como depresión, abuso de sustancias o las dos y esta asociación es mayor en los trastornos de personalidad tipo B (*border-line*, antisocial, narcisista, histriónica). En el estudio de Harris y Barraclough los trastornos de personalidad (no especifican), aumentan 6 veces el riesgo de suicidio. En el de Baxter y Appleby se obtienen resultados todavía mayores a los de Harris.

Salud mental.

Algunos factores psiquiátricos y Psicológicos han sido reportados como asociados tales como:

- Depresión grave.
- Trastorno del estado de ánimo (afectivos), como el trastorno bipolar. Esta enfermedad es caracterizada por periodos de depresión alternos con periodos de excitación de manía en la cual la alteración del estado de ánimo puede durar días o meses.
- Ansiedad y trastornos de la conducta.
- Impulsividad
- Sensación de desesperanza.





Conducta suicida previa.

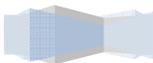
La prevalencia de los intentos autolíticos está entre 0,7-5,9 %. La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado.

En el meta-análisis de Harris y Barraclough, encuentran que las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que la población general. Isometsä, sin embargo, lo considera un indicador de riesgo de limitada sensibilidad, ya que una proporción significativa de los suicidios consumados en su estudio habían muerto en su primer intento, siendo esta proporción mayor en los hombres (62 frente al 38% en mujeres). El 82% de aquellos que realizaron intentos previos y que consumaron el suicidio finalmente, cambiaron el método a otro más letal.

Trastornos adaptativos.

Son síntomas emocionales (depresivos o ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables.

La gravedad del factor no siempre predice la entidad del trastorno adaptativo. Se trata de una variable compleja en la que se combinan su intensidad, cantidad, duración o contexto personal². Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: Procesos relacionados con la edad (abandono del hogar de los hijos, matrimonio de los mismos, jubilación, necesidad de asistencia domiciliaria, ingreso en residencias), problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia. En el estudio de Harris y Barraclough, se obtiene un aumento de 14 veces del riesgo de suicidio frente a la población general. (19)





Factores sociodemográficos.

Sexo.

En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. En el estudio WHO/EURO, se obtiene una relación mujer/hombre para los intentos de suicidio de 1,5:1. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados.

Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo. Los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas. Las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicotropos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto. (2)

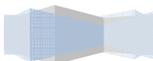
Edad.

Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad.

Según el WHO/EURO, las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres. (9)

Nivel socioeconómico.

Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural. No obstante, en la revisión de García-Resa y col, se citan trabajos en los que no se le da tanta relevancia. (14)





Estado civil.

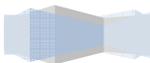
En general, las personas faltas de vínculos familiares y de pareja tienen mayor potencial suicida, el riesgo aumenta cuando viven solas o cuando han sufrido una pérdida familiar reciente. Proporcionalmente solteros y viudos realizan mas suicidios que los casados entre estos los que no tienen hijos superan a los que si los tienen, de lo cual se deduce que la soledad y el abandono son condiciones por si favorables al suicidio.

Estación del año.

Internacionalmente los intentos de suicidio ocurren con mayor frecuencia entre los meses de abril a septiembre y con menor frecuencia en octubre a marzo. En Nicaragua existe un Patrón consistente de dos picos de intentos de suicidio en los meses de Mayo – junio, octubre – noviembre probablemente relacionados con la finalización de los primeros y los segundos exámenes semestrales de las escuelas.

Hora del día.

Internacionalmente el riesgo de intento de suicidio es mayor entre las 6:00 a.m. a 5:59 p.m. que entre las 6:00 p.m. a 5:59 a.m. En Nicaragua según estudio ocurren la mayoría entre las 11:00 y 13:00 horas y 19:00 a 21:00 horas; aunque no hay un acuerdo general entre todos los estudiosos del tema de ha apuntado que el mayor numero de horas de luz en determinados meses del año aumenta la posibilidad de suicidios puesto que incrementa la relación social, a la vez los cambios climáticos propios que dan entrada a las estaciones calurosas agudizan ciertas psicosis e indirectamente incrementan los suicidios con especial relevancia en primavera. Respecto a las horas del día parece coincidir el mayor número de muerte con la plena luminosidad de las horas de la mañana, notándose una bajada cuando se aproxima la noche. (2)





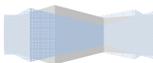
Factores clínicos.

Enfermedad psíquica.

Las enfermedades psíquicas producen el mayor número de muertes por suicidio (depresión esquizofrenia, psicosis, afectivas, alcoholismo.....) y por su importancia merecerían un capítulo aparte. Una enfermedad psíquica grave si es causa suficiente de suicidio, aunque no toda alteración psicológica derive necesariamente en esta solución. Se puede asegurar que más del 60% de las personas que recurren a este tipo de muerte padecen una anomalía psíquica de importancia, tantas veces unidas a otros factores coadyuvantes como soledad, alcoholismo, dolencias físicas, conflictos familiares etc.

La depresión es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima, es una enfermedad muy difundida en la comunidad y tiene diversas formas de presentación. Sus síntomas más frecuentes son la tristeza, poco deseos de hacer las cosas, la falta de voluntad, los deseos de morir, las quejas somáticas diversas la ideación suicida los actos de suicidio y los trastornos del sueño, el apetito y los descuidos de los hábitos de aseo, tanto en los adolescentes como en los ancianos se presentan particularidades en las manifestaciones.

Los distintos estudios confirman que la depresión presenta un alto riesgo de suicidio por el padecimiento crónico y la desesperanza que produce en el paciente, e igualmente la esquizofrenia en la que el peligro deriva de la impulsividad de la conducta y el cuadro alucinatorio que arrastra, especialmente cuando el sujeto se ve inmerso en un alucinación auditiva que le ordena su muerte o sostiene ideas delirantes de contenido persecutorio. Varios sujetos que se suicidaron presentaron este tipo de delirio de persecución según información recopilada.





En resumen aunque las estadísticas difieran ligeramente en los porcentajes de suicidio atribuidos a las diferentes enfermedades (debido a la dificultad misma de los diagnósticos), todos los estudios coinciden en la importancia capital de la enfermedad psíquica como causa de suicidio.

Enfermedad física.

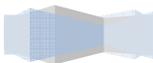
Igualmente las enfermedades físicas graves, dolorosas y las que incapacitan la vida normal y aíslan a la persona (parálisis, Ceguera), pueden ser motivo suficiente de suicidio, no así generalmente la enfermedad Terminal. Aunque como norma la enfermedad que lleva a suicidio se suele presentar unida a otras causas que agravan estas circunstancias: Vejez, abandono, trastornos psíquicos etc.

En algunos casos de personas mayores el temor y la presunción de padecer una grave enfermedad como el cáncer o de tener que sufrir una intervención quirúrgica de difícil pronóstico fueron motivos que precipitaron el suicidio, coincidiendo con la visita médica o con la víspera de la operación.

En otros casos la dolencia incapacita la vida normal de la persona: Ceguera, invalidez, parálisis, sordera, dolores crónicos. Las diversas patologías leves o graves son frecuentes entre las personas que eligen este tipo de muerte: dolores de cabeza, de estómago, lesiones, artrosis, diabetes, epilepsia, problemas respiratorios renales de locomoción y, en general, cualquier enfermedad somática de mal pronóstico o de difícil curación. (4)

Trastornos afectivos.

Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio. En la meta-análisis de Harris y Barraclough, se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12.





El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción. (13).

Acontecimientos negativos de la vida.

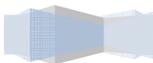
Hay hechos que tienen especial incidencia en el malestar de la vida y que suelen concurrir asociados al suicidio, tales como la pérdida reciente de un ser querido importante para la persona, ruina económica, ruptura familiar, anuncio de una enfermedad irreversible, conflictos amorosos y celos, desprestigio de la imagen social. Sin embargo hemos de señalar que estos acontecimientos no suelen ser suficientes por si solos, normalmente influyen en una personalidad predispuesta y actúan como motivo que precintan la acción suicida en un contexto favorable.

Un mayor riesgo conlleva a la situación de abandono familiar o de aislamiento social que es frecuente en muchos suicidios, especialmente entre personas mayores y enfermas. Es obvio que la mayoría de estas muertes responden a una suma de causas, raramente se puede aislar un solo motivo que lleve a este final. (20)

Conducta suicida previa:

Se puede distinguir entre antecedentes familiares del suicida e intentos previos del mismo, ambos tipos de circunstancia pueden darse en la historia de una persona o no.

Respecto del antecedente familiar hay que señalar que la mayoría de los suicidas no tienen precedentes directos en su familia lo que descartaría cualquier hipótesis genética del suicidio. Más bien, en los casos que tal ocurren que son los menos (no llegarían al 5%), habría que pensar en una explicación que tuviera en cuenta las patologías familiares y el modelo de conducta que crea el suicida para los restantes miembros del grupo familiar y que permanece como posibilidad de imitación disponible ante una situación angustiosa.





Hay que tener en cuenta que la persona muerta por suicidio participa de una mitificación idealizada por su acto dentro del grupo social, si queremos de manera morbosa, pero idealización al fin. Quedando su imagen exaltada en cierta manera para los demás. Los propios familiares mantienen una actitud ambivalente respecto del desaparecido, por una parte lo sucedido genera culpabilidad en los que quedan que, normalmente, piensa que pudo haberse evitado y no se hizo todo lo posible. Por otra parte, desaparecida la persona se siente el vacío dejado y se tiende a magnificar su figura y su forma de muerte o, por el contrario, se siente vergüenza por tal conducta. (18)

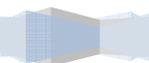
En cuanto el intento previo de suicidio del individuo se puede decir que quien lo ha hecho puede volver a intentarlo y que no hay parámetros objetivos que midan esa probabilidad; a veces, un intento serio de suicidio inmuniza para siempre contra esa eventualidad y, tantas veces, sirve para conseguirlo mas tarde definitivamente.

Las comunicaciones, ensayos y avisos han de ser valorados convenientemente, ya que las tentativas posteriores suelen ser de letalidad creciente.

Imitación y contagio del suicidio

Esto es otro factor que se ha barajado por los estudiosos del tema algún autor sostiene que los medios de comunicación al airear las informaciones sobre suicidios fomentan este tipo de actos, sobre todo, cuando aparecen impregnados de una cierta aureola mítica, romántica o ejemplar, la hipótesis de la imitación se basa en un numero muy limitado de casos que se suceden en un tiempo próximo.

Aunque se han realizado varios estudios sobre la posible relación de informaciones de las más medias y el aumento de estas muertes, los resultados no demuestran una relación significativa. Se acepta que la inducción y el contagio existen en el suicidio y que se manifiestan de forma esporádica pero que precisan de una circunstancia favorable y la predisposición de la persona sin ellas no hay posible contagio, a pesar de ello, las llamadas impropriamente “epidemias de suicidios” mas por un uso metafórico





que por una realidad social son conocidas desde la antigüedad, y, recientemente en España han habido varios sucesos de suicidio de parejas de jóvenes en los que puede hablarse de imitación.⁽¹⁶⁾

El libro **El hombre ante la muerte** de Faustino prados es un ejemplo citado que suena jocoso pero que nos ilustra sobre el dinamismo del contagio y la capacidad de sugestión de los jóvenes, dice así: Nosotros recordaremos la epidemia de intentos de suicidio, entre mujeres jóvenes que broto en un pueblo de Andalucía y que el juez de instrucción yugulo haciendo correr el rumor de que la próxima jovencita que intentara suicidarse sería paseada desnuda por el pueblo, no hemos podido confirmar si este juez tenia conocimiento de una epidemia semejante, que ocurrió en Mileto (Asia menor) hace 2000 años ,y que se extinguió con igual éxito por el mismo procedimiento.

Debido a la rareza con que se producen estos suicidios sucesivos, en los que simplemente se debería hablar de imitación del modus operandi hay que considerar que realmente no hay contagios de suicidios las cosas parecen ocurrir del modo siguiente:

Alguien esta persuadido de acabar con su vida y durante el transcurso de su decisión se entera del suicidio de un semejante, con quien de algún modo se identifica, y esto activa lo que estaba a medio camino o a punto de concluirse; tanto da que la noticia hubiese sido la muerte de un ser querido o el suicidio de un vecino o un disgusto familiar grave el resultado habría sido el mismo.

Por tanto, hablar de contagio o de imitación respecto del suicidio es usar palabras en un sentido figurado y metafórico; se puede imitar la forma de morir, digamos que se puede plagiar la escenificación o la arquitectónica de la muerte pero no se puede contagiar la elección y la decisión a suicidarse.

Una dinámica radicalmente distinta es la que subyace en los suicidios colectivos propios de las sectas religiosas.





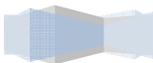
En la inducción colectiva de estas muertes se utilizan los mecanismos propios de la sugestión de masas: Las figuras carismáticas del líder, creencias apocalípticas y de redención, identificación del grupo, rituales, símbolos etc. (4)

Factores genéticos y neurobiológicos

Poseer antecedentes familiares de suicidio, aumenta el riesgo de conductas suicidas para los pacientes.

Algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida. Sin embargo, existen dudas a cerca de si esta asociación es debida a factores no genéticos y más relacionados con características culturales en las que crece el individuo, si se deben a la transmisión genética del trastorno psiquiátrico asociado con el suicidio o si existe un factor genético independiente para él mismo, como por ejemplo la impulsividad.(20)

En varios estudios, se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: Factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH, polimorfismos del gen del receptor 5-HT_{2A}) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT), bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre. (9)

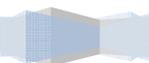




Factores Fisiológicos

Entre los factores fisiológicos que mayor importancia se tienen es el genético. Estudios han demostrado que el suicidio tiende a correr en las familias, por ejemplo, en todos los estados del ciclo de vida se ha notado una historia familiar de suicidio en aquellas personas que han intentado hacerlo. Esto es sobre todo en aquellas familias de primer grado de consanguinidad.

En algunas situaciones, particularmente en adolescentes, el miembro de la familia que ha cometido suicidio puede servir de modelo. Un estudio de 51 gemelos monocigotos se encontró 9 casos de suicidio, los gemelos dicigóticos no fueron concordantes con el estudio para asociarlo con el suicidio. Sin embargo un factor genético para el suicidio puede ser independiente de la transmisión genética de un trastorno mental. (15)





Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.

(Suicide intent Scale, SIS)

- ◆ La SIS es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevo a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.
- ◆ Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- ◆ Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio.

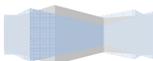
La escala de intencionalidad suicida (Scale for Suicide intencionalite, SIS) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para evaluar las características de la tentativa suicida circunstancias en la que se produjo, actitud ante la vida y la muerte pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otras circunstancias relacionadas.

Descripción.

Se trata de un instrumento heteroaplicado. Se recomienda su utilización en personas que han ensayado una tentativa suicida. Consta de 20 ítems, valorados en una escala de 3 puntos de 0 – 2 puntos. Esta formada por tres partes:

- Parte objetiva: Ítems 1 a 8 y explora las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio.
- Parte subjetiva: ítems 9 – 15. valora las expectativas durante la tentativa.
- Otros aspectos: ítems 16 a 20

La puntuación total es la suma de las puntuaciones de los ítems 1 a 15

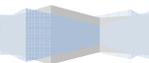




Interpretación:

La escala se ha utilizado tanto en adultos, como en adolescentes. Su utilidad consiste en valorar la seriedad del intento suicida y analizar el riesgo subsecuente de nuevos intentos suicidas.

Los autores no proponen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor gravedad (7)





Descripción general del Cuestionario (16PF).

Cuestionario de personalidad de 16 factores denominados en adelante con las siglas 16 PF es un instrumento de valoración objetiva elaborado mediante investigaciones psicológicas, con el fin de ofrecer, en el menor tiempo posible una visión muy completa de la personalidad, es decir la mayor cantidad de información en el tiempo más corto y acerca del número más grande de la personalidad.

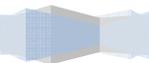
El 16 PF se diseñó para ser aplicado a sujetos de 16 años en adelante, y existen en uso seis formas diferentes la C y D están diseñadas a sujetos con formación medio baja la A y B para personas con nivel de formación igual o superior al bachillerato las restantes formas del cuestionario E y F están proyectadas para sujetos que presentan algún déficit en su formación.

La visión global de la personalidad que intenta el 16 PF se basa en la evaluación de 16 dimensiones funcionalmente independiente y Psicológicamente significativas, aisladas y definidas repetitivamente durante más de 30 años de investigaciones factoriales en grupos de sujetos normales y clínicos.

Los rasgos de personalidad evaluados por el 16 PF no están únicamente aislados y definidos por el cuestionario, sino que se encuadran dentro del contexto de una teoría general de la persona.

Personalidad normal y problemas de la conducta.

La finalidad principal del autor de 16 PF ha sido el examen de rasgos normales (más o menos desviados) en sujetos normales. Cuando se observan desviaciones extremas el Psicólogo comienza a tener indicios de la existencia de problemas o desajustes en la personalidad del sujeto examinado. La dimensión y escalas más principalmente afectadas y propensas a esos desajustes son los que definen el factor de segundo orden Ansiedad, sobre todo la escala C (Estabilidad emocional), o (Agresividad) y Q4





(tensión o frustración). Sin embargo es posible la existencia de problemas de conducta o desajustes cuando se encuentran desviadas otras escalas del 16 PF.

En la práctica el psicólogo evaluará cualquier desviación extrema de un perfil para enjuiciar si las peculiaridades diferenciales de este son consecuencia de un problema clínico de la conducta.

Diseño y estructura del cuestionario.

En las formas A y B existen en cada 10 ó 13 elementos. En las formas C y D la escala B tiene 8 elementos, 7 la de distorsión motivacional y 6 todas las restantes. En las formas E y F todas las escalas tienen 8 elementos.

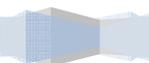
Cada uno de los elementos o cuestiones tienen tres alternativas, puesto que la situación de elección forzada entre dos alternativas (eliminando la situación del compromiso del término medio) tiende a provocar una distribución distorsionada y puede motivar una cierta aversión hacia el cuestionario por parte de algunos sujetos. Esto ocurre particularmente con los adultos de nivel cultural medio o superior para los cuales se elaboran las formas A,B,C y D. en el caso de jóvenes o adultos menos inteligentes,

menos competentes o con diferencias culturales, parece más apropiado el sistema de doble alternativa, tal como se ha hecho en la forma E y F.

Justificadamente se considera que los cuestionarios son a menudo susceptibles de deformación y deliberado falseamiento. En la construcción del 16 PF se intentó minimizar esto, aunque por otra parte, es labor del aplicador el neutralizar en lo posible tales tendencias.

Es importante que el examinador cree un buen clima y haga ver al sujeto que el cuestionario puede contribuir a su propio beneficio si existe cooperación, franqueza y sinceridad.

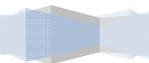
De hecho se han elegido los elementos que parecieran más neutros para el sujeto, para subrayar los aspectos más y menos deseables en los de los factores bipolares evaluados. La principal diferencia entre las formas A/B y las formas C/D es su longitud





y por lo tanto el tiempo requerido para su aplicación. Sin embargo siempre que haya tiempo suficiente es aconsejable aplicar al menos dos formas (A+B o C+D), particularmente en las situaciones experimentales y todos aquellos casos en que se exija una gran precisión. Por otra parte, cuando el tiempo sea limitado, las formas, las modernas directrices psicométricas se inclinan más por instrumentos reducidos que evalúen todos los 16 factores.

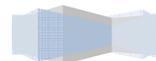
A costa de una pérdida de fiabilidad y valides los autores originales prepararon dos formas reducidas C y D que exigieran menos tiempo de aplicación y utilizaran un vocabulario mas elemental e incluyeran una medida (DM) de la distorcional o deseabilidad social. Pero en términos de los rasgos medidos son paralelos a A y B en el sentido de sus decatipos se interpretan de la misma manera.





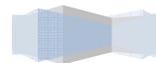
RASGOS PRIMARIOS BÁSICOS DEFINIDOS POR EL 16 PF

<i>Puntuaciones bajas</i>	<i>Puntuaciones altas</i>
<i>Factor (decatipos 1-3)</i>	<i>(decatipos 8-10)</i>
A SIZOTIMIA	AFECTOTIMIA
Reservado, alejado, critico, aislado	Abierto, afectuoso, sereno, participativo
B INTELIGENCIA BAJA	INTELIGENCIA ALTA
Lerdo, tonto, lento	Listo, Brillante.
C POCA FUERZA DEL EGO	MUCHA FUERZA DEL EGO
Afectados por sentimientos, inestable poco estable emocionalmente.	Emocionalmente estable, maduro, tranquilo.
E SUMISION	DOMINANCIA
Sumiso, apacible manejable, dócil .	Dominante, agresivo, independiente, competitivo.
F DESURGENCIA	SURGENCIA
Sobrio, taciturno, serio.	Descuidado, confiado, entusiasta.
G POCA FUERZA DEL SUPEREGO	MUCHA FUERZA DEL SUPEREGO
Despreocupado, poca socialización.	Escrupuloso, consiente, persistente, formal.
H TRECTIA	PARMIA
Cohibido, tímido, susceptible	Emprendedor, no inhibido, atrevido.
I HARRIA	PREMSIA
Sensibilidad dura, realista, confiado mismo.	Sensibilidad blanda, afectado por los sentimientos, dependiente.





L	ALAXIA	PROTENSION
	Confiable, adaptable a condiciones	Suspica, difícil de engañar.
M	PRAJERMIA	AUTIA
	Práctico regulado por la realidad Imaginativa	Bohemia, abstraído.
N	SENCILLEZ	ASTUCIA
	Franco, natural, auténtico difícil de manejar.	Astuto, calculador, mundano galante atento a lo social.
O	ADECUACION IMPERTURBABLE	TENDENCIA A LA CULPABILIDAD
	Apacible, seguro de sí, plácido, tranquilo satisfecho, sereno.	Aprensivo, con remordimientos inseguros, preocupado, inquieto.
Q1	CONSERVADURISMO	RADICALISMO
	Conservador, de ideas, tradicionales Arraigadas.	Análítico, crítico, experimental, liberal.
Q2	ADHESION AL GRUPO	AUTOSUFICIENCIA
	Dependiente del grupo, adicto enrolado	Autosuficiente, prefiere sus decisiones.
Q3	BAJA INTEGRACION	MUCHO CONTROL DE SU AUTOIMAGEN
	Autoconflictivo, relajado, sigue sus propias necesidades descuidado de las reglas sociales.	Controlado, conocedor del alcance de sus deseos, socialmente escrupuloso, compulsivo
Q4	POCA TENSION ENERGETICA	MUCHA TENSION ENERGETICA.
	Relajado tranquilo, aletargado no Frustrado, sosegado.	Tenso, forzado, frustrado, sobreexcitado.





APLICACIÓN DEL 16PF

Forma	No de elementos	Aplicación	Minutos
<i>A/B</i>	<i>187</i>	<i>Sujetos con formación equivalente o superior al de bachillerato.</i>	<i>45-60</i>
<i>C/D</i>	<i>105</i>	<i>Sujetos con formación ligeramente inferior al exigido para las formas A/B</i>	<i>30-40</i>
<i>E/F</i>	<i>128</i>	<i>Sujetos con bajo nivel de vocabulario Y nivel de formación por debajo de lo normal.</i>	<i>30-40</i>





NORMAS PARA LA CORRECCIÓN Y PUNTUACIÓN.

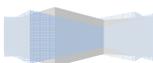
Las hojas de respuesta pueden ser corregidas manualmente o mecanizadamente. Cada respuesta puede recibir 2,1 ó 0 puntos, excepto el factor B (inteligencia), cuyas contestaciones reciben 1 ó 0 puntos. La puntuación de cada elemento contribuye solo a un factor o escala (excepto de DM de la forma A)

En primer lugar, conviene examinar las hojas de respuestas para comprobar si no se han hecho anotaciones inapropiadas por ej marcar pos de las tres alternativas de un elemento o bien omitir por completo una de las cuestiones. Si bien se presenta alguno de estos casos el examinador debe hacer las correcciones oportunas.

La utilización de la plantilla transparente preparada al efecto, facilita la corrección manual en ella se pueden obtener las puntuaciones directas en los 16 factores (17 escalas en la forma C Y D al incluir en la misma plantilla la escala DM). Basta colocarla sobre la hoja de repuesta de modo que por los espacios transparentes de referencia (en la parte izquierda y fuera del recuadro dedicado a las contestaciones) aparezcan las estrellas superior e inferior de la hoja.

Cada una de las escalas ocupa en la plantilla una zona aproximadamente horizontal, separadas por líneas y claramente diferenciadas. La puntuación directa de cada escala se puede hallar comenzando por la izquierda y sumando los puntos obtenidos por las contestaciones del sujeto que aparezcan a través de los espacios transparentes ; al terminar en el margen derecho de la plantilla, se anota el resultado en la casilla existente en el margen derecho de la hoja de repuesta.

En la adaptación española de la forma A es posible obtener dos puntuaciones más: una de la DM, distorsión motivacional (escala que en la versión original sólo se había preparado para la forma C y D) y otra de negación; para ello existe una plantilla independiente de la empleada para los 16 factores básicos, común para estas dos





escalas adicionales; a través de los cuadrados que figuran en la zona sombreada puede hallarse las puntuaciones DM, y a través de los círculos de la zona transparente la de negación.

FORMAS A. DISTORSION MOTIVACIONAL Y NEGACION.

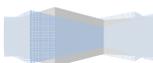
Son dos medidas correctoras o de validación de los resultados e intentan apreciar algunas actitudes del sujeto al contestar. En DM se ha definido como punto crítico una PD = 7 para determinar los grupos de clasificación e interpretación. En la escala de negación el punto crítico es PD=6 para señalar la tendencia a una postura poco cooperativa.

Distorsión motivacional. (SOMBREADO)

0-3	<i>Muy sincero</i>
4-6	<i>Sincero.</i>
7-10	<i>Algo distorsionador.</i>
11-15	<i>Distorsionador.</i>

Negación. (Claro)

0-5	<i>Cooperativo.</i>
6-9	<i>Negativo.</i>
10-22	<i>Muy negativo..</i>





Formas A+B: BAREMOS.

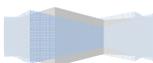
Aunque habitualmente sólo se aplica una de las formas del cuestionario, existen ocasiones y es sugerido por el autor de la prueba en que la utilización conjunta de las formas A+B resulta aconsejable para aumentar la precisión del diagnóstico.

Pensando en los investigadores y aplicadores prácticos que desean una mayor fiabilidad (y consecuentemente, apliquen ambas formas a un mismo sujeto) se ha aprovechado una muestra pequeña, pero equiponderada en cuanto a origen cuantía y sexo, para elaborar unos baremos que permitan interpretar las puntuaciones A+B de cada escala. Estos baremos diferenciados por sexo y referidos a la población adulta.

BAREMOS ESPECÍFICOS DE CADA UNA DE LAS FORMAS.

En las páginas de anexos se incluyen los Baremos (tablas 9 a 24) de cada uno de los cuestionarios. El tamaño de las mismas y los estadísticos básicos, en puntuaciones directas, aparecen en las columnas finales de cada una de las tablas que se han ordenado siguiendo los criterios de las formas (A, B, C, D), edad (adolescente y adulto) y sexo (varones y mujeres). Deberán pues identificarse en primer lugar, los baremos que corresponden a la forma aplicada y dentro de ella el que coincide con el grupo de edad y sexo de la persona.

Una vez seleccionado el baremo adecuado se localizarán en el cuerpo de la tabla las puntuaciones directas en cada escala (las obtenidas con la plantilla de corrección y anotadas al margen de la hoja de respuesta) (**ver anexos**) y en la parte superior de la columna respectiva, se encontrara la puntuación correspondiente en decatipos.





Problemas de conducta:

La finalidad principal del autor del 16 pf ha sido el examen de rasgos normales más o menos desviados en sujetos normales. Cuando se observan desviaciones extremas, el psicólogo comienza a tener indicios de la existencia de problemas o desajustes en la personalidad del sujeto examinado. Las dimensiones y escalas más principalmente afectadas y propensas a esos desajustes son sobre todo la escala C (estabilidad emocional), O (aprensividad) y Q4 (tensión o frustración). Sin embargo, es posible la existencia de problemas de conducta o desajustes cuando se encuentran desviadas otras escalas de 16 pf. ⁽¹⁰⁾





VII- MATERIAL Y METODO.

Tipo de estudio:

El estudio es de carácter analítico caso control.

Área de estudio:

El servicio de emergencia, medicina interna y consulta externa del Hospital Victoria Motta, el cual es un hospital médico -quirúrgico y materno infantil que brinda asistencia médica a 48,797 habitantes del departamento de Jinotega.

Los pacientes que demandaron atención por intento suicida fueron valorados previamente por el médico interno y/o médico general para posteriormente ser ingresados al servicio de medicina interna donde recibieron atención especializada; o también fueron referidos del centro de salud local a consulta externa con psicología o psiquiatría.

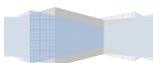
Población de estudio:

Casos.

Pacientes que demandaron atención al servicio de consulta externa, emergencia o medicina interna de la unidad hospitalaria con el diagnóstico de intento suicida.

Controles:

Pacientes que demandaron atención a la unidad de salud por patologías diferentes en el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de Diciembre del 2008.





Tamaño de la muestra:

(Casos)

Son 63 pacientes que demandaron atención al servicio emergencia, medicina interna o bien a consulta externa de la unidad hospitalaria con el diagnóstico de intento suicida.

(Controles)

Los controles serán 1 por cada caso y estos corresponden a pacientes que recibieron atención médica en esta unidad hospitalaria en el mismo periodo del estudio pero por patologías diferentes; sin antecedentes previos de intento suicida.

Fuente de información:

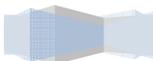
Primaria: Mediante el interrogatorio a los pacientes.

Instrumento de recolección de información:

- Test de personalidad 16 PF, **(Se aplicará la forma C, ya que esta está diseñada para personas con menos nivel de escolaridad y capacidad)**, a pacientes que acudieron a demandar atención médica al H.V.M **(Casos)** en el periodo de Julio a Diciembre del 2008.
- Escala de intencionalidad suicida (SIS) se aplicó solamente a los casos.

Intencionalidad suicida:

Respecto a la intencionalidad de la tentativa suicida se dividió en cuatro grupos en función de la gravedad del procedimiento elegido. El primer grupo estaría formado aquellos pacientes que tuvieron un carácter ausente de intencionalidad suicida sin precisar atención somática en el servicio de urgencias **(puntaje 0 en la escala de intencionalidad suicida)**. El segundo grupo estaría formado por pacientes que tuvieron un carácter leve intencionalidad suicida requiriendo, solamente apoyo emocional y ayuda psicológica en el servicio de emergencia **(puntaje 2 - 4 en la escala de intencionalidad suicida)**.





El tercer grupo estaría formado por aquellos pacientes que tuvieron un carácter moderado de intencionalidad suicida precisando asistencia médica menor como lavado gástrico, sutura superficiales (**puntaje 5 – 7 en la escala de intencionalidad suicida**) y el cuarto grupo estuvo formado por las tentativas que tuvieron un carácter grave pues requirieron atención médica continua durante días. (**Puntaje mayor de 7 puntos en la escala de intencionalidad suicida**)

- Ficha previamente elaborada que contenía datos sociodemográficos del paciente, antecedentes personales patológicos, antecedentes suicidas en la familia y antecedentes negativos de la vida; esta se aplicó a los casos y controles que acudieron a esta U/S.

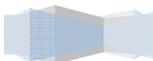
Aplicación del instrumento:

La información se obtuvo a través Test de personalidad 16 PF (**Se aplicó la forma C**) a pacientes que acudieron a demandar atención médica por intento suicida al H.V.M en el periodo de Julio a Diciembre del 2008.

Escala de intencionalidad suicida (SIS) esta se aplicó y fue llenada por la psicóloga de la unidad de salud y también por autor de este trabajo.

La ficha previamente elaborada de este trabajo se aplicó por la epidemióloga de este hospital así también por autor.

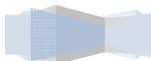
Posteriormente los datos obtenidos del Test de personalidad 16PF se corrigieron en una hoja de recolección de datos y se pasó a una hoja de matriz de datos para continuar su procesamiento.





CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA CASOS Y CONTROLES.

Criterios de inclusión.	Criterios de exclusión.
Casos <ol style="list-style-type: none">1. Que el intento de suicidio lo haya realizado en el periodo de Julio a Diciembre del 2008.2. Que este dispuesto a colaborar con el estudio.3. Pacientes con intentos de suicidios realizados de manera intencional.	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Que no este dispuesto a colaborar con el estudio.</i>
Controles. <ol style="list-style-type: none">1. Que este dispuesto a colaborar con el estudio.2. Que haya demandado atención médica en el Hospital Victoria Motta.3. Que sea una persona de edad similar al control y que nunca hubiese cometido intento suicida y que compartan situación socioeconómica similar.	<ol style="list-style-type: none">1. Que no desee colaborar con el estudio.2. Que tenga antecedentes de intento suicida.

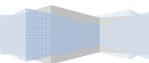




PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó una base de datos haciendo uso del programa estadístico epi-info 2004 versión 3.3 realizando cruces de variables, obteniendo datos de frecuencia, porcentaje y medidas de probabilidad de riesgo: OR (Odds Ratio), IC 95% (intervalo de confianza) los cuales se presentarán en tablas y gráficos.

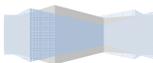
También se realizarán análisis comparativos a través del programa estadístico epi-info 2004 para valorar si cada una de las variables constituyen un factor de riesgo.





Variables de estudio

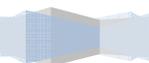
- Edad.
- Sexo del paciente
- Procedencia.
- Estado civil
- Personalidad.
- Antecedentes personales Patológicos.
- Ocupación.
- Antecedentes suicidas en la familia
- Antecedentes negativos de la vida.
- Uso de drogas.
- Métodos utilizados en los intentos.
- Ingesta de alcohol.
- Intencionalidad suicida.





OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADORES
EDAD	Años transcurridos desde su nacimiento hasta la fecha que atento contra su vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Abierta.
SEXO	Identidad o genero que identifica cada individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
NÚMERO DE HIJOS.	Dícese a determinar el número de hijos que ha concedido esa persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Abierta
PROCEDENCIA	Sector donde reside el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural
ESTADO CIVIL	Condición social de un individuo en su relación de pareja.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión Estable • Viudo
MES DE OCURRENCIA.	Hace referencia al mes en el que fue cometido el intento suicida.	<ul style="list-style-type: none"> • Julio. • Agosto • Septiembre. • Octubre. • Noviembre. • Diciembre.





<p>PERSONALIDAD</p>	<p>Combinación de factores o rasgos biológicos, físicos, psíquicos y sociales que hacen a cada hombre único e irrepetible y que determina su forma de ser y actuar.</p>	<p>A) SIZOTIMIA- AFECTOTIMIA</p> <p>B) INTELIG. BAJA - INTELI. ALTA</p> <p>C) POCA FUERZA DEL EGO MUCHA FUERZA DEL EGO.</p> <p>E) SUMISION -DOMINANCA</p> <p>F) DESURGENCIA-SURGENCIA.</p> <p>G) POCA FUERZA DEL SUPEREGO MUCHA FUERZA DEL SUPEREGO.</p> <p>H) TRECTIA - PARMIA.</p> <p>I) HARRIA - PREMSIA.</p> <p>L) ALAXIA – PROTENSION.</p> <p>M) PRAXERMIA –AUTIA.</p> <p>N) SENCILLEZ-ASTUCIA.</p> <p>O) ADECUACION IMPERTURBABLE. TENDENCIA A LA CULPABILIDAD.</p> <p>Q1) CONSERVADURISMO RADICALISMO.</p> <p>Q2) ADHESION AL GRUPO AUTOSUFICIENCIA.</p> <p>Q3) BAJA INTEGRACION MUCHO CONTROL DE SU AUTOIMAGEN.</p> <p>Q4) ADHESION AL GRUPO AUTOSUFICIENCIA</p>
---------------------	---	--



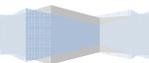


<p>ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICO</p>	<p>Enfermedades médicas o psíquicas que padecen o han padecido los pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer • -Depresión • VIH • Hipertensión • Asma • - Diabetes mellitus • - Artritis reumatoide • - Tuberculosis • -Alcoholismo. • -Droga.
<p>OCUPACION</p>	<p>Labor o actividad que desempeña cada individuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abierta.
<p>ANTECEDENTES SUICIDAS EN LA FAMILIA</p>	<p>situaciones en los que familiares atentaron contra su vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • si • no
<p>ANTECEDENTES NEGATIVOS DE LA VIDA.</p>	<p>Situación de decepciones personales amorosas, laborales, de desprestigio social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desempleo. • Violencia intrafamiliar. • Abusos sexuales. • Deudas. • Muerte de un familiar cercano.





<p>DROGADICCIÓN.</p>	<p>Paciente adicto al consumo continuo de drogas sea esta de carácter lícito o ilícito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Marihuana • Cocaína • Otras drogas.
<p>MÉTODO UTILIZADO EN EL INTENTO DE SUICIDIO.</p>	<p>Material o sustancia o mecanismo empleado con la finalidad de obtener o causar la propia muerte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arma de fuego • Arma blanca • Plaguicidas • Fármaco • Ahorcamiento • Lanzamiento al vacío. • Otros métodos.
<p>ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA</p>	<p>Escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida. Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems que valoran en una de 0 a 2 puntos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor puntaje mayor gravedad
<p>NIVEL SOCIOECONÓMICO</p>	<p>Nivel económico, social y cultural. En que se desenvuelve el cuidado en medio de un país.</p> <p>a. tipo de vivienda:</p> <p>Adecuado: pared de bloque, techo de cinc, piso de ladrillo.</p> <p>Inadecuado: Pared de cartón, plástico, techo de paja u otro material.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado. • Inadecuado





CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Debido a que este tema es muy delicado e implicará volver a recordar un episodio traumático en la vida de los pacientes. Actuando con mucho respeto, responsabilidad, comprensión y paciencia para cada uno de nuestros entrevistados se les explico los objetivos y propósito de nuestro estudio. A los participantes en el estudio, o bien a sus responsables se les solicitará autorización escrita para incluirlo en el estudio (en el caso de pacientes menores de 18 años). Durante la entrevista se garantizará la privacidad, anonimato a cada entrevistado; si no existiera un ambiente de privacidad, se realizará la entrevista en otro momento en que si se cuente con las condiciones.

En caso de presentarse inestabilidad emocional se suspenderá la entrevista y se tratará de dar apoyo, luego se enviará al programa de salud mental del Hospital Victoria Motta. Al finalizar la entrevista se le entregará al paciente un trifoliar que contenga información sobre el tema y donde buscar ayuda como **el teléfono 1800 27822950**.





VIII - Resultados encontrados.

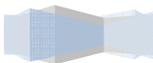
Datos sociodemográficos:

Encontramos en la población de estudio (63 casos y 63 controles). En los casos de intento suicida el 26.6% se encuentra entre las edades de 15 a 19 años seguidos de las edades de 20 a 24 años con un 17.5%.

En relación a la procedencia de los casos el 66.6% corresponde al área urbana y el 34.6 al área rural, en los controles el 62% corresponde al área urbana y el 38% al área rural.

En cuanto a la ocupación de los casos el 23.8% eran obreros relacionados con la agricultura seguidos de los estudiantes con el 15.8% y en los controles el 19% fueron de oficio vendedor ambulante, seguidos del 15.8% correspondiente a ama de casa y obreros relacionados a la mecánica

Según el sexo predominante fue el femenino en un 60.4% y el masculino en un 39.6% en los casos, y en los controles el 50.7% fueron femeninos y el 49.3% masculino. En relación con estado civil de los casos se encontró que el 49.2% eran solteros seguidos del 46.1% que eran acompañados; para los controles el 58.7% eran acompañados seguidos del 33.3% que eran casado. Con respecto al numero de hijos en los casos el 53.9% no tenían hijos y el 46.1% si tenían 1 hijo o más, en los controles el 90.4% si tenían hijos y solamente el 9.5% no tenían hijos. En relación a los casos el 77.8% refiere haber tenido antecedentes negativos en la vida como muerte de un familiar cercano, deudas, desempleo, violencia intrafamiliar. Con respecto a los controles el 30.1% refería si haberlos tenido. Respecto a los antecedentes personales patológicos el 60.4% de los casos refería tener patologías como hipertensión, diabetes mellitus, artritis reumatoide, en relación a los controles el 63.5% no refería padecer de ninguna patología y solamente 36.5% si refería padecerlos.

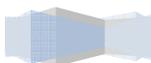




En relación a los antecedentes suicidas en la familia el 25.3% de los casos si refería haberlos sufrido, respecto a los controles el 92.1% refiere nunca haber sufrido antecedentes suicidas en la familia, así el 7.9% ellos si refiere haberlos sufrido. En relación a los casos el 28.5% si refiere tomar alcohol con frecuencia, en relación a los controles el 87.4% no refirió tomar alcohol con frecuencia u solamente el 12.6% afirmo que si lo realizaba. Respecto a la utilización de drogas como cocaína, marihuana y otras ilícitas el 12.7% de los casos si refiere haberlas utilizado en alguna vez; así mismo solamente el 3.2% de los controles si refiere haberlas utilizado. **(Ver tabla No 1)**

Factores asociados:

Los principales factores riesgo asociados al intento de suicidio que tuvieron mayor importancia en los casos fueron: El tener estado civil de soltero aumenta 11.2 veces más el riesgo de intentar suicidarse, seguido de no tener hijos en 11 veces, el tener antecedentes negativos en la vida como muerte de un familiar cercano, decepciones amorosas, conflictos familiares aumenta el intento suicida en 8.11 veces el riesgo de suicidio, el uso de drogas ilegales como marihuana, cocaína aumenta en 4.4 veces el riesgo de suicidio, el haber tenido antecedentes suicidas en la familia en 3.95 veces, así mismo el padecer de alguna enfermedad crónica aumenta en 3.52 veces el riesgo suicida, así mismo el consumo de alcohol aumenta el riesgo de intento suicida en 2.75 veces. **(ver tabla No 2)**





Escalas del 16 pf con mayor tendencia a desviaciones.

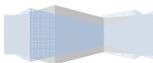
En este estudio realizado en el Hospital Victoria del departamento de Jinotega se encontró el **factor C (poca fuerza del ego)**, que el 22.2% de los casos presentó puntuación baja es decir que son poco estables emocionalmente, de poca tolerancia a la frustración, inestables y de fácil turbación; el restante 7.9% de los casos presentó puntuación alta lo que manifiesta que son personas tranquilas, maduras y realistas.

En el **factor O (aprensividad)** se encontró que el 27.4% de los casos presento puntuación alta es decir que son personas depresivas, preocupadas turbables, llena de presagios e ideas largamente gastadas en los grupos no se sienten aceptadas ni con libertad para actuar; el restante 9.6% de los casos puntuación baja lo que indica que son personas apacibles seguras de si y serenas.

Con respecto al **factor Q4 (tensión o frustración)** el 22.2% de los casos presentó puntuación alta es decir que son personas tensas, frustradas, intranquilas, irritables e impacientes, el restante 6.4% de los casos presentó puntuación baja es decir que son personas relajadas, tranquilas no frustradas **(ver tabla No 3)**

Intencionalidad suicida:

La intencionalidad del suicidio encontrada al momento de aplicar la escala de intencionalidad suicida de BECK fue del 34.9 % leve, 22.2% corresponde al sexo femenino y 12.7% al masculino; mientras que la intencionalidad suicida moderada fue del 11,2% lo cual corresponde el 7.9% al sexo masculino y el 3.3% al sexo femenino; el 12.6% realizo intencionalidad suicida severa, 11.1% corresponde al sexo masculino y 1.5% del sexo femenino; encontrándose también que en el 41.3% de los casos la intencionalidad suicida estuvo ausente de lo cual el 34.3% corresponde al sexo femenino y el 7.9% al sexo masculino. **(Ver tabla No 4 y gráfico 1).**





Métodos utilizados en el intento suicida:

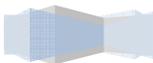
Los métodos utilizados por los casos en el intento suicida fueron la ingesta de fármaco con el 44.3% de los cuales 41.1% corresponden al sexo femenino y 3.2% al sexo masculino, seguido de plaguicidas 25.6% con igual porcentaje para ambos sexos, seguido de intoxicación alcohólica mas uso de fármacos con el 15.9% de los cuales 9.6% corresponden al sexo masculino y 6.2% al sexo femenino seguido de objetos cortopunzantes con el 4.8% correspondientes solamente al sexo masculino. En ultimo lugar tenemos tres categorías intento de ahorcamiento, lanzamiento al vacío y uso de arma de fuego con el 3.1% para cada una correspondiendo estas solamente al sexo masculino. **(Ver tabla No 5)**

Mes de ocurrencia de la tentativa suicida:

Respecto a los casos de tentativa suicida atendidos en el H.V.M encontramos lo siguiente:

En el mes de de Diciembre se registraron el 27% de los casos de los cuales el 20.6% corresponden al sexo femenino y el 6.4% al sexo masculino, seguido del mes de Noviembre con el 20.6% de los cuales el 11.2% corresponden al sexo masculino y el 9.5% al sexo femenino, mientras que en el mes de Agosto se registra el 17.4% de los casos el 9.4% corresponden al sexo femenino y el 7.9% al sexo masculino.

(Ver gráfico 2)





IX - ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

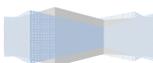
El presente estudio revela los factores de riesgo los factores de riesgo que conllevaron al intento suicida a los pacientes atendidos en el H.V.M de Jinotega de Julio a Diciembre del 2008.

En este estudio se encontró que en los casos el grupo etareo de mayor prevalencia fue la adolescencia tardía de 15-19 años con el 26.6% seguido del grupo de 20 a 24 años con el 17.5% ; lo cual se corresponde con el estudio realizado por la Dra Ana Meléndez el hospital de Jinotega de Enero del 2003 a Diciembre del 20005 factores asociados en pacientes entre las edades e 10-50 años ingresados con intento suicida (8), como también con el estudio realizado por el Dr. Ronal López en el H.A.L.F de Octubre del 2008 a Enero del 2009 el cual revela que los grupos etéreos de 15-19años presentan mayor riesgo de intento suicida.(21)

En relación a la procedencia de los casos el 66.6% corresponde al área urbana y el 33.4% al área rural, lo que se corresponde con el estudio realizado por la Lic Jakeline Martínez en el H. R. C. de Enero del 2004 a Diciembre del 2005 el que revela el fenómeno del comportamiento suicida como un evento urbano. (22)

Según el sexo predominante de intentos suicidas fue el femenino en un 60.4% y el masculino en 39.6% ;lo cual se corresponde con las literaturas que han estudiado el suicidio los que reportan que se cometen 2 intentos femeninos por 1 masculino, siendo si el sexo masculino el que llega a culminar el suicidio en mayor porcentaje. (22)

En relación a la ocupación de los casos el 23.8% eran obreros relacionados con la agricultura seguidos de los estudiantes con el 15.8% y en los controles el 19% fueron de oficio vendedor ambulante, seguidos de ama de casa y obreros relacionados a la mecánica; lo cual difiere con los diferentes estudios realizados en América latina los cuales revelan ser los estudiantes y amas de casas los de mayor riesgo.



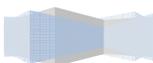


Respecto al estado civil de los casos se encontró que el 49.2% eran solteros seguidos del 46.1% que tenían una pareja estable; para los controles el 58.7% tenían una relación estable y el 33.3% eran casados lo cual se corresponde con un estudio realizado en Buenos Aires Argentina por Seffaty Edith. Conducta suicida en el centro de investigaciones de Buenos Aires Argentina de Julio a Septiembre de 1998. (<http://WWW.ral-adolescent.bvs.br/scielo>).(24) el que revela que los solteros tienen mayor probabilidad de suicidios y que el estar casado y tener pareja estable con hijos es un dato de protección.

Con respecto al No de hijos en los casos el 53.9% no tenían hijos y el 46.1% si tenían 1 hijo o mas, en relación a los controles el 90.4% si tenían hijos y solamente el 9.6% no tenían hijos. Lo que coincide con los estudios realizados en Nicaragua los cuales revelan que las personas soltera y sin hijos tienen mayor predisposición al intento suicida ya que se encuentran solos y por tanto los sentimientos de tristeza los hacen más vulnerables. (21)

Respecto a los antecedentes negativos en la vida el 77.8% de los casos refiere haberlos tenidos al menos una vez en la vida (como muerte de un familiar cercano, violencia intrafamiliar, desempleo, deudas) seguido del 22.2% que refiere no haberlos tenidos. Con respecto a los controles el 69.8% refiere no haber tenido ningún antecedente negativo en su vida y solamente el 30.2% si los refiere lo que se corresponde con el estudio realizado por la doctora Nidia Soza en el HEODRA León de Enero 1998 a Abril del 2000. El que revela como factor de riesgo al intento suicida el presentar problemas entre los miembros de la familia. (6)

Respecto a los antecedentes personales patológicos el 60.4% de los casos refirió tener patologías como hipertensión diabetes mellitus, artritis reumatoide, seguido del 39.6% que refirió no padecer de ninguna patología; respecto a los controles el 63.5% no refirió padecer de ninguna patología y solamente el 36.5% si refirió padecerlos lo cual se corresponde con el informe mundial de violencia y salud donde padecer de enfermedades crónicas es un factor de riesgo a intento suicida. (25)



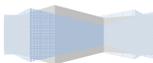


En relación a los antecedentes suicidas en la familia el 25.3% de los casos si los refería haberlos sufrido así mismo el 74.7% refería nunca haber tenido antecedentes suicidas en la familia, respecto a los controles el 92.1% refería nunca haber sufrido antecedentes suicidas en la familia, así el 7.9% de ellos si los refirió. En la literatura no se ha escrito mucho sobre esta variable pero se señala que el hecho que dentro de la historia familiar: el suicidio y los intentos de suicidio son más comunes en aquellos pacientes con historia familiar pasativa para ambos. Donde los hijos ven un modelo de conducta a seguir o imitar como forma de escape a sus conflictos. (25)

En relación a los casos el 28.5% si refiere tomar alcohol con frecuencia, así mismo 71.5% refirió no tomar alcohol con frecuencia; en relación a los controles el 87.4% no refirió tomar alcohol con frecuencia u solamente el 12.6% afirmo que si lo realizaba. Respecto a la utilización de drogas como cocaína, marihuana y otras ilícitas el 12.7% de los casos si refiere haberlas utilizado en alguna vez; así mismo el 87.3% de los casos refirió nunca haberlas utilizado; así mismo solamente el 3.2% de los controles si refiere haberlas utilizado en comparación al 96.8% que manifiesta nunca haberlas utilizado esto se corresponde con un estudio realizado sobre conducto suicida en buenos aires argentina el que reporta que el consumo de alcohol, consumo de drogas e ideas suicidas representan otro factor de riesgo. (24)

Factores asociados:

Al realizar las comparaciones entre los casos y controles los principales factores riesgo asociados al intento de suicidio que presentaron significancia estadística fueron: el tener estado civil soltero, seguido de no tener hijos, el tener antecedentes negativos en la vida, el uso de drogas ilegales, el haber tenido antecedentes suicidas en la familia, sufrir de enfermedades crónicas y el consumo crónico de alcohol lo cual si se corresponde con otro estudio realizado en H.V.M de Jinotega de Enero del 2003 a Diciembre del 2005, así como también con otro estudio de conducta suicida en cinco hospitales de Nicaragua 2005. (8, 13,26)





Escalas del 16 pf con mayor tendencia a desviaciones.

En las diferentes literaturas consultadas sobre suicidio no se ha escrito mucho en relación a la aplicación del **(16 PF)** a pacientes con intentos suicidas; razón por lo que no podemos saber si realmente nuestros datos obtenidos de la aplicación de los 16 factores de la personalidad a pacientes con intento suicida en el Hospital de Jinotega se corresponden o presentan significancia las escalas con mayor tendencia a desviaciones.

Intencionalidad suicida:

Como se observó anteriormente el sexo femenino fue el que predominó en la intencionalidad suicida ausente y leve lo que sugiere que si son las mujeres las que en mayor porcentaje atentan contra su vida pero finalmente sin intenciones reales de tratar de llegar al suicidio consumado, en cambio el sexo masculino predominó en la intencionalidad moderada y severa lo que nos indica que el sexo masculino atenta contra su vida en menor porcentaje pero son los que en su mayoría finalmente llegan a culminar el suicidio quizás esto se deba al uso de métodos más violentos. Lo que se corresponde con un estudio realizado por Ronal López Aguilar en el H.A.L.F de Octubre del 2008 a Enero del 2009. (21)

Métodos utilizados en el intento suicida:

Los métodos utilizados por los casos en el intento suicida fueron la ingesta de fármaco con el 44.3% de los cuales 41.1% corresponden al sexo femenino y 3.2% al sexo masculino, seguido de plaguicidas 25.6% con igual porcentaje para ambos sexos, seguido de intoxicación alcohólica más uso de fármacos con el 15.9% de los cuales 9.6% corresponden al sexo masculino y 6.2% al sexo femenino seguido de objetos cortopunzantes con el 4.8% correspondientes solamente al sexo masculino. En último lugar tenemos tres categorías intento de ahorcamiento, lanzamiento al vacío y uso de arma de fuego con el 3.1% para cada una correspondiendo estas solamente al sexo

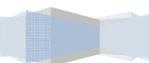




masculino. Lo cual se corresponde con las literaturas consultadas las que indican que Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo. Los hombres suelen consumir el suicidio en mayor porcentaje ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, objetos cortopunzantes, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas. Las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicotropos o de venenos. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto. (2)

Mes de ocurrencia de la tentativa suicida:

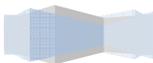
En nuestro estudio que se realizó en el segundo semestre del 2008 observamos dos picos, 1) el mes de Agosto el cual no se corresponde con las literaturas consultadas y un segundo pico Noviembre y Diciembre probablemente relacionado con la finalización de los segundo exámenes semestrales en las escuelas, así como también con la desesperanza de la llegada de un nuevo año. El cual se corresponde parcialmente con otro estudio realizado en cinco hospitales de Nicaragua 2005.(27)





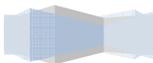
X - CONCLUSIONES.

- El grupo atareó de mayor prevalencia fue la adolescencia tardía de 15-19 años; seguido del grupo de 20 a 24 años.
- Según el sexo predominante de intentos suicidas fue el femenino en un 60.4% y el masculino en 39.6% en una relación de 2 intentos femeninos por 1 masculino, siendo si el sexo masculino el que llega a culminar el suicidio en mayor porcentaje.
- En relación a la procedencia de los casos el 66.6% corresponde al área urbana y el 33.4% al área rural.
- En relación a la ocupación de los casos el 23.8% eran obreros relacionados con la agricultura seguidos de los estudiantes con el 15.8% y en los controles el 19% fueron de oficio vendedor ambulante, seguidos de amas de casa y mecánicos.
- Los hombres suelen consumir el suicidio en mayor porcentaje ya que el método que emplean es más violento por ejemplo (armas de fuego, ahorcamiento, objetos cortopunzantes, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas. Las mujeres suelen realizar más sobreingestas de psicotrópicos o de venenos.
- Respecto al estado civil los solteros fueron más frecuentes en los casos con el 49.2%, no así en los controles en los que el 58.7% tenían una pareja estable lo que revela que las personas solteros y sin hijos tienen mayor predisposición de intento suicida ya que se encuentran solos y por tanto los sentimientos de tristeza los hacen más vulnerables





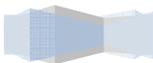
- El estar casado y tener una pareja estable con hijos es un dato de protección.
- Los principales factores riesgo asociados al intento de suicidio que presentaron significancia estadística fueron: el tener estado civil soltero, seguido de no tener hijos, el tener antecedentes negativos en la vida, el uso de drogas ilegales, el haber tenido antecedentes suicidas en la familia, sufrir de enfermedades crónicas y el consumo de alcohol.
- Respecto al **factor C (poca fuerza del ego)**, que el 22.2% de los casos presentó puntuación baja es decir que son poco estables emocionalmente, de poca tolerancia a la frustración, inestables y de fácil turbación; el restante 7.9% de los casos presentó puntuación alta lo que manifiesta que son personas tranquilas, maduras y realistas.
- En relación al **factor O (aprensividad)** se encontró que el 27.4% de los casos presento puntuación alta es decir que son personas depresivas, preocupadas turbables, llena de presagios e ideas largamente gastadas en los grupos no se sienten aceptadas ni con libertad para actuar; el restante 9.6% de los casos puntuación baja lo que indica que son personas apacibles seguras de si y serenas.
- Con respecto al **factor Q4 (tensión o frustración)** el 22.2% de los casos presentó puntuación alta es decir que son personas tensas, frustradas, intranquilas, irritables e impacientes, el restante 6.4% de los casos presentó puntuación baja es decir que son personas relajadas, tranquilas no frustradas.
- El sexo femenino fue el de predominio en la intencionalidad suicida ausente y leve lo que sugiere que si son las mujeres las que en mayor porcentaje atentan contra su vida pero finalmente sin intenciones reales de tratar de llegar al suicidio consumado.





- El sexo masculino predominó en la intencionalidad moderada y severa lo que nos indica que el sexo masculino atenta contra su vida en menor porcentaje pero son los que en su mayoría finalmente llegan a culminar el suicidio ya que el método que emplean es más violento.

- Los métodos más utilizados con fines de intento suicida fueron los fármacos siendo de predominio el sexo femenino, seguido de los plaguicidas con igual porcentaje para ambos sexos y en orden descendente la ingesta de alcohol junto a fármacos con predominio masculino, seguido de objetos cortopunzantes correspondiente solamente al sexo masculino y finalmente el uso de armas de fuego y lanzamiento al vacío lo cual corresponde solamente al sexo masculino; muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto.





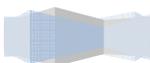
XI- RECOMENDACIONES.

A nivel del Sistema de Salud:

- Incluir como parte de las normas y protocolos de atención la utilización de escalas psiquiátricas en la atención del paciente adolescente con intento suicida tanto para auxilio diagnóstico como soporte científico de la atención y poder dar resolución a los principales síntomas detectados en la evaluación.
- Entrenamiento y sensibilización del personal de salud hospitalario y atención primaria en el abordaje psicoterapéutico de los pacientes con intento de suicidio con énfasis en el seguimiento a través de la adecuada referencia y contrarreferencia.
- Se sugiere que todo paciente con intento suicida que haya ingresado al hospital Victoria Motta u otra unidad de salud se le de seguimiento por el programa de salud mental al menos por un año por medio de citas programadas o al menos una visita domiciliar en el caso de pacientes que no acudan a sus citas programadas debido al alta prevalencia de intentos suicidas.
- A los pacientes que están en el programa de crónicos de las diferentes unidades de salud realizarles una valoración de salud mental ya que estos pacientes están dentro de los principales factores de riesgo de intentar suicidarse.

A los Pacientes y Familiares:

- Los pacientes y/o la familia deben de buscar ayuda psicológica en las unidades de salud ante la idea y/o sospecha de intento de suicidio a consecuencia de problemas como: conflictos familiares, conyugales, estados depresivos, alcoholismo o de otra índole.

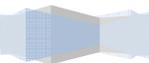




Organizaciones no gubernamentales.

- Orientar a los medios de comunicación social el manejo positivo de la información, no convirtiendo la conducta suicida en un acto heroico o glorificado, ya que esto repercute potencialmente en el grupo de edades más vulnerable, adolescente y adultos jóvenes.

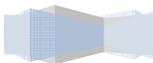
- Por parte de SYNGENTA Fortalecer las Comisiones Locales Intersectoriales de Plaguicidas (CLIPS), asumiendo el liderazgo y siendo facilitador de este fortalecimiento; en el ámbito departamental de Jinotega, debido a la alta incidencia de intentos suicidas por plaguicidas en este departamento del país.





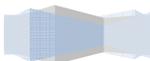
XII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. El Suicidio según Durkheim; <http://www.monografias.com/trabajos10/socio/socio.shtml>
2. Merlo Membreño Ana Hazel; intento de suicido en pacientes atendidos en el Hospital Modesto Agurcia Moncada, Ocotal- Nueva Segovia, durante el período 1993-1996.
3. Brenes Alvarado Gloria; intento de suicido atendido en la sala de medicina interna del Hospital Oscar Danilo Rosales Arguello, (HEODRA) del 01 de Abril de 1996 al 30 de Junio de 1997.
4. Delgado García Omar, Chavarría Delmis. Factores de Riesgos que conllevaron a intentos suicidas en pacientes sobrevivientes atendidos a través de a consulta externa del Hospital Victoria Motta De Jinotega Del 1 De Enero Al 31 De Diciembre 2006.
5. Espinoza Guido Dalila Margarita. Efectos emocionales en familiares con hijos adolescentes diagnosticados con intento de suicidio que asistieron al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León.
6. Soza Nidia, Salmeron María, Toruño Martha. Factores de riesgo asociados al intento suicida en los pacientes ingresados en el departamento de medicina interna del HEODRA en el periodo comprendido de Enero 1998 – Abril 2000.
7. Escala de intencionalidad suicida (Scale for Suicide intencionalite, SIS) [http:// www depresión.psicomag. Com/esc _ idea _ suic.](http://www.depresión.psicomag.com/esc_idea_suic)
8. Meléndez Ana, Mejía Gerardo. Factores asociados en pacientes entre las edades de 10-50 años ingresados con intentos de suicidio al Hospital Victoria Motta del área urbana del municipio de Jinotega en el periodo de Enero 2003 a Diciembre de 2005.



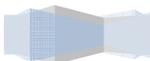


9. Jerónimo Saiz Ruiz, prevención de las conductas suicidas y para suicidas; Psiquiatría médica, MASSON, S.A 1998.
10. R.B. Cattell, Cuestionario factorial de personalidad (16 PF); Publicaciones de psicología aplicada, TEA Ediciones, 1995, S.A MADRID 1995.
11. Pérez Reyan Vanesa. Factores sociales y psicológicos que están asociados con los intentos de suicidios en adolescentes de 15-20 años, originados en la zona urbana de León que ingresaron al servicio de medicina interna del HEODRA, León.
12. Chavarría Lindo, Edwin Evangelista, factores de riesgos asociados a lesiones autoinflingidas en pacientes ingresados al servicio de medicina interna del HEODRA – en el período de Enero –Agosto 2002.
13. López Dalila, Rodríguez Reynaldo Vigilancia de conducta suicida en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.
14. E. García de Jalón, V. Peralta. Suicidio y riesgo de suicidio; Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
15. Anderson Dowglas; Diccionario Mosby, medicina enfermería y ciencias de la Salud 6ta. Edición.
16. Zepeda Narváez, Mario Roberto. Comportamiento suicida en el departamento de Chinandega en el período de Julio a Septiembre de 1996.
17. Claudia Obando. Perfil Psicológico de las personas que cometieron suicidio en el municipio de León. – 2007.
18. Zuniga Pérez Flor; Diagnóstico comunitario de trastornos mentales en la zona urbana de Matagalpa – 1994.





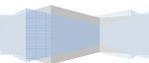
19. Suicidio tú eliges el día de tu muerte; <http://mysuicidio.blogspot.com/feeds/post/default>.
20. PARRALES MOLINA Benjamín. Epidemiología del suicidio en la ciudad de Estelí en el período de 1980 a 1993.
21. RONAL LÓPEZ. Evaluación del comportamiento suicida en los adolescentes atendidos en el H.A.LF en el periodo de Octubre del 2009 Enero del 2009.
22. JAKELINE MARTÍNEZ. Intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Hospital Roberto Calderón de Managua de Enero 2004 a diciembre del 2005.
23. CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. El suicidio en Estados Unidos. [WWW.CDC.GOV/NAIP/FASE/HEETS](http://www.cdc.gov/naip/fase/heets).
24. SEFFATY EDITH. Conducta suicida en el centro de investigaciones de Buenos Aires Argentina de Julio a Septiembre de 1998. (<http://www.ral-adolescent.bvs.br/scielo>).
25. ETIENNE G, LINDA L, DAHLBER, JAMESH MERCY, ANTONY B. World report on violence and health. Chapter 7 Self – directed violence. Pág 185 – 206.
26. TORO G. R., Fundamentos de medicina psiquiátrica, edición 1990, pág 598 – 599.
27. MOLINA DÁVILA LUÍS; Vigilancia epidemiológica del intento de suicidio en pacientes que demandaron atención en emergencia de 5 hospitales de Managua.
28. PÉREZ BARRERO. Actitudes hacia el suicidio en adolescentes. (1997). Rev. Psiquiátrica Infanto-juvenil N0 2 abril-junio:102-106.
29. DAJAS F. (2002). Editorial. Revista Psiquiátrica del Uruguay. Vol 66 N° 1 junio 2002. Pág. 6.





30. Piura López, Julio, “Introducción a la Metodología de la Investigación Científica”
2da. Edición – Managua, Editorial el Amanecer – 1995.

31. Greember Raymon; Epidemiología médica, traducción puesta al día por José
Arredondo; el manual moderno 2005.





ANEXOS.





FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El presente estudio monográfico tiene como objetivo general Determinar los factores de riesgo que conllevaron al intento suicida en pacientes atendidos en el hospital Victoria Motta de Jinotega en el periodo de Julio a Diciembre del 2008, a la vez presentar recomendaciones a los participantes en el estudio y por ende a la sociedad en general para efecto de incidir en la disminución de pérdidas humanas por conducta suicida. Por este motivo le solicitamos su valiosa cooperación, en la contestación de las preguntas de esta ficha.

Fecha de aplicación

De la ficha: _____ **Ficha No.** _____

I. Datos generales:

1- Edad: _____

2- Sexo: 1- Masculino: ___ 2- Femenino: ___

3- Estado civil: 1- Casado: ___ 2- Soltero: ___ 3- Unión estable: ___ 4- viudo: ___

4- Procedencia: Urbano ___ Rural ___

5- Tiene hijos: Si ___ No ___ Número de hijos _____

II Datos socioeconómicos:

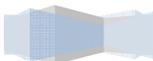
Paredes de vivienda. Bloque ___ Cartón ___ Otro material ___

Techo de vivienda. Cinc ___ Paja ___ Otro material ___

Piso de vivienda. De ladrillo ___ Tierra ___ Otro material ___

Servicios básicos Con servicio de Luz Si ___ No ___

Disposición de excretas. Inodoro ___ Letrina ___ Fecalismo ___





Antecedentes personales patológicos:

Cáncer ___ Artritis reumatoide:___ Depresión:___ Tuberculosis:___ V IH ___
Alcoholismo___ - Hipertensión:___ - Drogas:___ - Asma:___ - Diabetes mellitus:___
- Otros:___

IV

Ocupación:_____

V- Antecedentes suicida en la familia:

1- Si:___ 2- No:___ 3- Parentesco: _____

VI Antecedentes negativos de la vida:

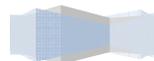
1- Desempleo:___ 2- Violencia Intrafamiliar:___ 3- Abuso sexual:___
4- Deudas:_____ 5- Muerte de un familiar cercano:___ 6- Otros:_____

VII ¿Usa con frecuencia alguna de las siguientes sustancias?

1) Alcohol- 1- Si:___ 2- No:___ Marihuana- 1-Si:___ 2- No:___ 3)Cocaína- 1-Si:___
2- No:___ 4)Otras drogas- 1-Si:___ 2- No:___

VIII Métodos utilizados en el intento de suicidio.

1- Arma de fuego: ___ 2- Arma de blanca:___ 3- Plaguicidas._____ 4- Fármaco:___
5- Ahorcamiento:___ 6- Lanzamiento al vacío:___ 7- Otros métodos:___





Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

I. Circunstancias objetivas

1. *Aislamiento*
 0. Alguien presente
 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)
 2. Nadie cerca o en contacto
2. *Medición del tiempo*
 0. La intervención es muy probable
 1. La intervención es poco probable
 2. La intervención es altamente improbable
3. *Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas*
 0. Ninguna
 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)
 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. *Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento*
 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado
 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. *Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)*
 0. Ninguno
 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. *Preparación activa del intento*
 0. Ninguna
 1. Mínima o moderada
 2. Importante
7. *Nota suicida*
 0. Ninguna
 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla
 2. Presencia de nota
8. *Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)*
 0. No comunicación verbal
 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)
 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

II. Autoinforme

9. *Propósito supuesto del intento*
 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
 1. Componentes de 0 y 2
 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. *Expectativas sobre la probabilidad de muerte*
 0. Pensó que era improbable
 1. Posible pero no probable
 2. Probable o cierta
11. *Concepción de la letalidad del método*
 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. *Seriedad del intento*
 0. No intentó seriamente poner fin a su vida
 1. Inseguro
 2. Intentó seriamente poner fin a su vida



Escala de Intencionalidad Suicida de Beck
(Suicide Intent Scale, SIS)

13. *Actitud hacia el vivir/morir*

- 0. No quería morir
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Quería morir

14. *Concepción de la capacidad de salvamento médico*

- 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
- 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
- 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. *Grado de premeditación*

- 0. Ninguno, impulsivo
- 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
- 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. *Reacción frente al intento*

- 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
- 1. Acepta tanto el intento como su fracaso
- 2. Rechaza el fracaso del intento

17. *Preconcepciones de la muerte*

- 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
- 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
- 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. *Número de intentos de suicidio previos*

- 0. Ninguno
- 1. 1 o 2
- 2. 3 o más

19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. *Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento





Tabla No. 1 Datos sociodemográficos de la población en estudio.

Variable.	Casos.		Controles		Total	%
	N	%	N	%		
Edad						
10-14	3	4.8	1	1.6	4	3.1
15-19	18	26.6	19	30.2	37	29.3
20-24	11	17.5	10	15.9	21	16.6
25-29	8	12.7	8	12.7	16	12.7
30-34	7	11.1	7	11.1	14	11.2
35-39	3	4.8	5	7.9	8	6.4
40-44	10	15.9	9	14.3	19	15.0
45-49	3	4.8	4	6.3	7	5.6
Total	63	100.0	63	100.0	126	100.0
Sexo						
Femenino	38	60.4	32	50.7	70	55.5
Masculino	25	39.6	31	49.3	56	44.5
Total	63	100.0	63	100.0	126	100.0
Ocupación						
Estudiante	10	15.8	5	7.9	15	11.9
Agricultor	15	23.8	6	9.5	21	16.6
Ama de casa	9	14.2	10	15.8	19	15.1
Desempleados	9	14.2	2	3.1	11	8.7
Obrero de la contrc	3	4.7	8	12.6	11	8.7
Mecánico	4	6.3	10	15.8	14	11.1
Vendedor	9	14.2	12	19.0	21	16.7
Profesor	4	6.3	10	15.8	14	11.1
Total	63	100.0	63	100.0	126	100.0
Estado civil.						
Soltero	31	49.2	5	7.9	36	28.6
Unión estable	29	46.1	37	58.7	66	52.3
Casado	3	4.7	21	33.3	24	19.0
Total	63	100.0	63	100.0	126	100.0
Tiene hijos						
SI	29	46.1	57	90.4	86	68.2
NO	34	53.9	6	9.5	40	31.8
Total	63	100.0	63	100.0	126	100.0
Procedencia.						
Rural	21	33.4	24	38.0	45	35.8
Urbano	42	66.6	39	62.0	81	64.2
Total	63	100.0	63	100.0	126	100.0
Antecedentes Negativos de la vida.						
Si	49	77.8	19	30.1	68	53.8
No	14	22.2	44	69.8	58	46.2
Total	63	100.0	63	100.0	126	100.0
Antecedentes personales patológicos.						
Si	38	60.4	23	36.5	61	48.4
No	25	39.6	40	63.5	65	51.6
Total	63	100.0	63	100.0	126	100.0
Antecedentes suicidas en la familia.						
Si	16	25.3	5	7.9	21	16.7
No	47	74.7	58	92.1	105	83.3
Total	63	100.0	63	100.0	126	100.0
Toma con frecuencia alcohol						
Si	18	28.5	8	12.6	26	20.6
NO	45	71.5	55	87.4	100	79.4
Total	63	100.0	63	100.0	126	100.0
Utiliza otras Drogas.						
Si	8	12.7	2	3.1	10	8.0
NO	55	87.3	61	96.8	116	92.0
Total	63	100.0	63	100.0	126	100.0



Tabla No. 2 Factores de riesgo asociados al intento suicida.

	Casos		Controles		OR	IC 95%	P
	Si	No	Si	No			
<u>EDAD</u>							
10 – 14	3	60	1	62	3.10	3.0 – 28.7	0.309
15 – 19	18	45	19	44	0.99	0.95 – 1.63	0.844
20 – 24	11	52	10	53	1.12	1.10 – 2.40	0.811
25 – 29	8	55	8	55	1.00	1.00 – 2.50	1.000
30 – 34	7	56	7	56	1.00	1.00 – 2.69	1.000
35 – 39	3	60	5	58	0.58	0.6 – 2.40	0.464
40 – 44	10	53	9	52	1.09	1.08 – 2.46	0.862
45 – 49	3	60	4	59	0.74	0.75 – 3.2	0.697
<u>SEXO.</u>							
Femenino.	38	25	32	31	1.47	1.19 – 1.63	0.283
<u>PROCEDENCIA</u>							
Urbano.	42	21	39	24	1.23	1.08 – 1.40	0.576
<u>ESTADO CIVIL.</u>							
Soltero.	31	32	5	58	11.24	6.20 – 14.91	0.001
Sin hijos.	34	29	6	57	11.00	5.67 - 11.54	0.001
<u>antec. negativos.</u>							
	49	14	19	44	8.11	2.58 – 3.84	0.001
<u>antec. p. patol.</u>							
	38	25	23	40	3.52	2.00 – 3.06	0.001
<u>antec. suicidas en la familia.</u>							
	16	47	5	58	3.95	3.20 – 8.20	0.008
<u>ingesta de alcohol.</u>							
	18	45	8	55	2.75	2.25 – 4.79	0.027
<u>uso de otras drogas.</u>							
	8	55	2	61	4.4	4 – 18.1	0.047

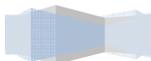




Tabla No. 3

Puntuaciones extremas obtenidas de la aplicación de 16 PF en el H.V.M de Jinotega en el periodo de Julio a Diciembre de 2008.

No = 63

Factor	Puntuaciones bajas. (decatipos 1-3)	Puntuaciones altas (decatipos 8-10)
A	47.6%	17.4%
B	46%	14.2%
C	22.2%	7.9%
E	39.6%	14.2%
F	31.7%	17.4%
G	36.5%	12.6%
H	42.8%	11%
I	17.4%	28.5%
L	22.2%	19%
M	19%	20.6%
N	15.8%	17.4%
O	9.6%	27.4%
Q1	11.2%	7.9%
Q2	12.6%	9.5%
Q3	14.2%	11.2%
Q4	6.4%	22.2%

Nota: Debido a que la puntuación promedio no representa ninguna alteración en el perfil de personalidad del individuo será omitido de esta tabla.





Tabla No. 4

CLASIFICACIÓN DE LA INTENCIONALIDAD SUICIDA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICTORIA MOTTA DE JINOTEGA EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DE 2008.

N= 63

INTENCIONALIDAD SUICIDA.	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
AUSENTE	5	7.9%	21	33.4%	26	41.3%
LEVE	8	12.7%	14	22.2%	22	34.9%
MODERADA	5	7.9%	2	3.3%	7	11.2%
SEVERA	7	11.1%	1	1.5%	8	12.6%
TOTAL.	25	39.6%	38	60.4%	63	100.0%





Tabla No. 5

Métodos utilizados en el intento suicida por los casos atendidos en el H.V.M de Jinotega en el periodo de Julio a Diciembre de 2008.

No = 63

METODO UTILIZADO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
AHORCAMIENTO.	2	3.1%	0	0%	2	3.1%
OBJETOS CORTOPUNZANTES.	3	4.8%	0	0%	3	4.8%
ARMA DE FUEGO.	2	3.1%	0	0%	2	3.1%
FÁRMACOS	2	3.1%	26	41.1%	28	44.3%
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA + USO DE FARMACOS.	6	9.6%	4	6.2%	10	15.9%
LANZAMIENTO AL VACÍO.	2	3.1%	0	3.1%	2	3.1%
PLAGUICIDAS.	8	12.8%	8	12.8%	16	25.6%
TOTAL.	25	39.6%	38	60.4%	63	100%

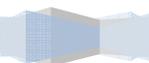




Gráfico No 1.

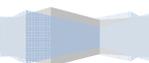
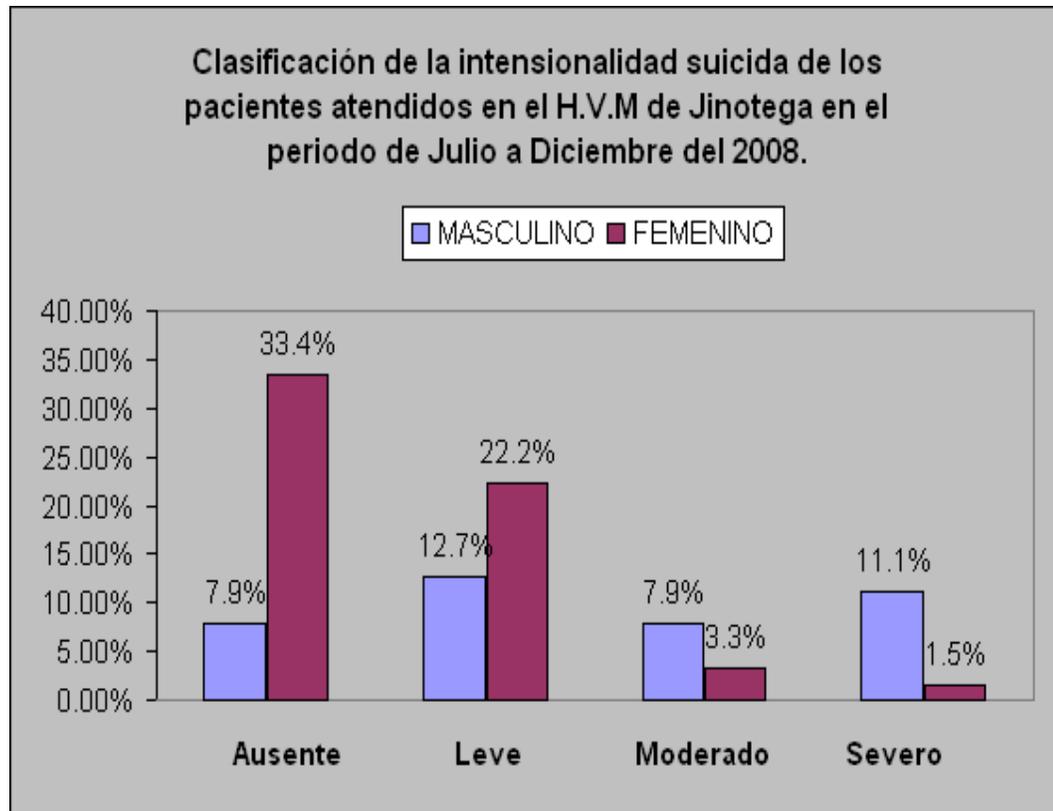
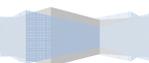
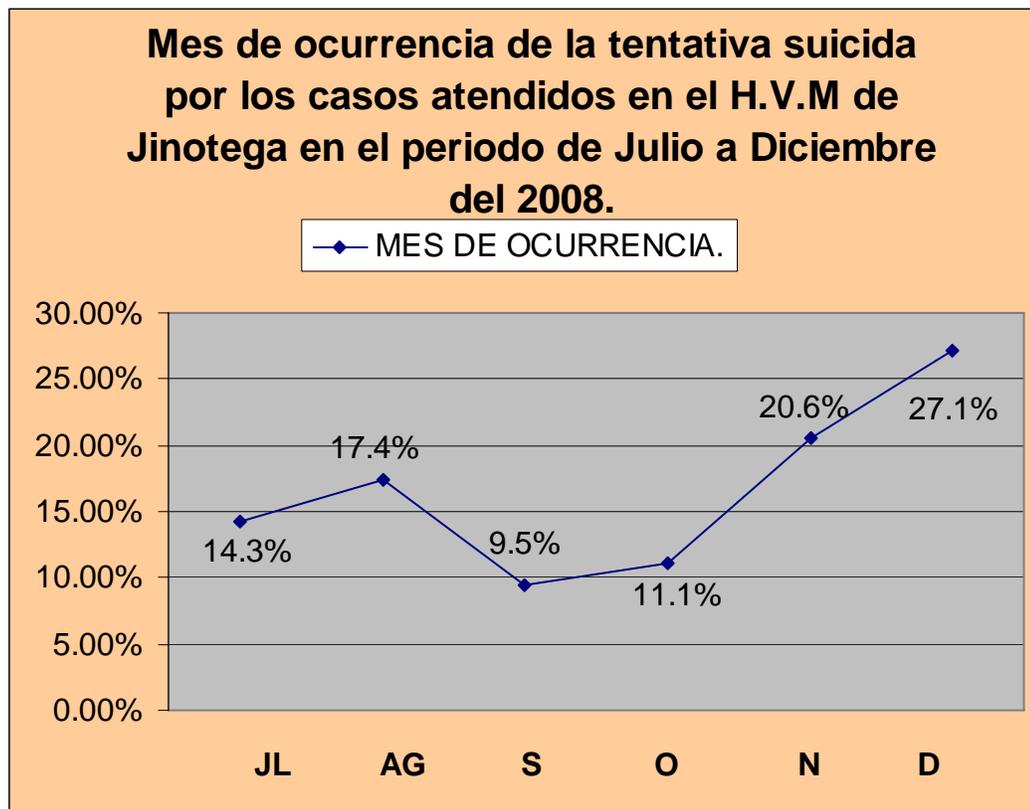




Gráfico No 2.





CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ manifiesto que he sido informado/a sobre los objetivos y beneficios que este estudio de investigación me puede proveer, titulado **factores de riesgo que conllevaron a intento suicidas a pacientes atendidos en el hospital Victoria Motta de Jinotega**. He sido también informado/a que mis datos personales serán protegidos y la información brindada de mi parte será estrictamente confidencial utilizada para fines investigativos protegiendo mi integridad con sigilo profesional. Tomando en consideración, OTORGO Mi CONSENTIMIENTO a participar voluntariamente en esta investigación.

Firma del participante o tutor.

Fecha _____

