

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA - LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE PSICOLOGIA



Tesis monográfica para optar al título de licenciatura en Psicología

TEMA

Riesgo de repetitividad de conducta suicida en mayores de 15 años atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello del área urbana de la ciudad de León, periodo enero - octubre del 2011

AUTORAS

Orfelinda Mercedes Méndez Antón
Glennis Noluí Romero Morales

TUTORA

Lic. Magaly Sánchez

LEÓN ABRIL DEL 2012.

“Hacia el Bicentenario de la UNAN – León”
1812 - 2012

INDICE

I.	Introducción.....	1-3
II.	Antecedentes.....	4-6
III.	Justificación.....	7
IV.	Planteamiento del problema.....	8
V.	Objetivos.....	9
VI.	Marco Teórico.....	10-19
	6.1 Suicidio concepto.....	10
	6.2 Tipos de suicidio.....	11-12
	6.3 Tipos de suicidio según Durkheim.....	13
	6.4 Característica de la persona con intención suicida.....	13-14
	6.5 Factores de riesgo de la intención suicida.....	14
	6.6 Factores de riesgo.....	14-15
	6.7 Factores asociados al suicidio.....	15-16-17
	6.8 Métodos más frecuentes utilizados para el suicidio....	17-18-19
VII.	Diseño Metodológico.....	20-22
	7.1 Tipo de estudio.....	20
	7.2 Área de estudio.....	20
	7.3 Población de estudio.....	20
	7.4 Muestra.....	20
	7.5 Tipo de Muestreo.....	20
	7.6 Fuente de información.....	20
	7.7 Instrumento de recopilación de datos.....	20-21
	7.8 Método de recopilación de datos.....	21
	7.9 Criterios de inclusión.....	21

7.10 Plan de análisis.....	21
7. 11 Consideraciones éticas.....	22
VIII. Operacionalización de Variables.....	23-29
IX. Resultados.....	30-34
X. Discusión.....	35-36
XI. Conclusiones.....	37
XII. Recomendaciones.....	38
XIII. Bibliografía.....	39-44
XIV. Cronograma.....	45-46
XV. Anexos.....	47



"Si te estás ahogando de muerte en un restaurante tienes más probabilidades de sobrevivir que si le estás diciendo a tu mejor amigo que piensas suicidarte"

(B. Copans).



I. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de Salud Pública importante, el cual requiere atención integral y multidisciplinaria, su prevención e intervención requieren una intensa labor en la sociedad actual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001, plantea que a nivel mundial el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en el rango de edad de 15 a 19 años.

García, Peón, Mirabal & Barrientos (2002), señalan que la OMS reporta alrededor de medio millón de muertes relacionadas al suicidio, de igual manera detalla que cada día se presentan un mil ciento diez suicidios, produciéndose entre 10 y 20 intentos por cada uno.

En relación a la definición de suicidio Baquedano (2002), se refiere al acto suicida como la lesión a sí mismo con diversos grados de intención mortal y de conciencia del motivo, a si mismo Coronado (2004), plantea que la palabra suicidio proviene del latín “sui” que significa “uno mismo” y de “cidium” que se refiere a “Caédere” y se traduce como “matar”, por tanto, este se refiere al acto del individuo encaminado a la autodestrucción intencional.

Para Marsellach (2008), planteó que el suicidio es toda aquella acción por la cual una persona acaba con su propia vida, clasificándola como conducta autodestructiva, porque esa acción puede conducir directamente a la muerte o puede ser un intento, pero siempre existe una intención letal en su misma esencia.

Aurea (2007), afirma que la mayoría de los investigadores de las sociedades occidentales, consideran que el suicidio y el intento del mismo es un tema controvertido, que pese a su carácter individual, es considerado aún, un enigma el



por qué los seres humanos orientados hacia la vida se entregan a comportamientos autodestructivos.

A nivel de prevención la OMS (2001), desarrolló un programa llamado Multisite Intervention Study on suicidal Behaviors (SUPRE-MISS), que comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los jóvenes y los niños, el tratamiento eficaz de los trastornos mentales y hasta el control medioambiental de los factores de riesgo.

A nivel causal el suicidio debe ser considerado un hecho de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales de acuerdo al planteamiento de Arlaes, Hernández, Álvarez, & Cañizares (1998). Del mismo modo el suicidio es la expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto en su medio ambiente, provocado por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional.

OMS (2001), plantea que existen acontecimientos y situaciones que pueden desencadenar suicidios o intentos de suicidios, asimismo menciona entre ellos: problemas familiares; muerte de una persona querida e importante; término de una relación amorosa; conflictos interpersonales; problemas legales o disciplinarios; sometimiento; decepción con los resultados escolares; problemas económicos; embarazo no deseado, aborto; infección con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual; etc.

En cuanto a los factores asociados, (Kaplan, 1998; Larraguibel, Gonzales, Martínez & Valenzuela, 2000), plantean que son atributos o características inherentes al individuo, entre ellos se mencionan, el sexo, la edad, la procedencia, el estado civil, la ocupación, la condición física, la salud mental, las dependencias, entre otros.



Para evaluar la incidencia de intento de suicidio en Nicaragua, e identificar grupos de riesgo, y describir las características de parasuicidio, se llevo a cabo un estudio donde la muestra fue evaluada durante un período de tres años, como resultado de doscientos treinta y tres casos de intento de suicidio se captó una tasa de intento de suicidio de 66.3/100, 000 habitantes por año en base a la población de 10 años de edad. Cifra correspondiente a los 15 años de edad fue de 71,3. La mayoría eran mujeres (68,8%), que fueron significativamente más jóvenes que los hombres (media de 20,8 años frente a 24,6 años promedio). Las tasas más altas se encontraron en el grupo de edad de 15 a 19 años con una tasa femenina tres veces mayor que la de los hombres (302,9 frente a 98,9). Concluyendo que el parasuicidio representa un importante problema de salud entre los jóvenes de Nicaragua. (Caldera, Herrera, Salander & Kullgren, 2004).



II. ANTECEDENTES

En este apartado se describen algunas investigaciones acerca del Suicidio en General y dentro de estos el aspecto de reincidencia suicida, en el ámbito internacional.

En Estados Unidos una investigación sobre la Intención de suicidio en pacientes con dolor crónico, realizado por el Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta de la Universidad Johns Hopkins, examinó la relación entre las ideas de suicidio y la presencia de dolor, como resultado de los 200 pacientes evaluados en una unidad de rehabilitación intrahospitalaria de un servicio psiquiátrico, 6,5% manifestaron intención de suicidio donde los pacientes que presentaban mayor dolor mostraban mayor intención de suicidio, de igual forma se estableció una asociación entre tentativas previas de suicidio e ideas de suicidio, es decir que los pacientes que intentaban suicidarse, ya lo habían intentado antes (Fisher, Haythornthwaite, Heingberg, Clark & Reed 2002)

Coronado, Díaz, Vargas, Rosado, Zapata & Díaz (2004), en Mérida, Yucatán, México, realizaron una investigación acerca de la prevalencia del intento de suicidio, en un periodo comprendido de enero de 1998 a diciembre de 2003, obtuvieron un total de 713 consultas atendidas a causa de intención suicida, en todo este periodo, de las cuales el 47.4% corresponden al sexo masculino y 52.6% al sexo femenino.

Otro estudio realizado por Ayala (2005) en Alicante España, acerca de la incidencia del suicidio consumado, como resultados se destacan que se suicidan más hombres 63 que mujeres 29, En todas las edades se encuentran hombres que se suicidan. Los hombres entre 50-59 y 70-79 y las mujeres de la década de los 60 son los que más consuman los hechos. El estado civil más frecuente es el de casado. Los hombres eligen preferentemente la asfixia 44,4%, las mujeres la precipitación 51,7%, Los hombres prefieren terminar con su vida en el propio



domicilio 46 %, las mujeres en la vía pública 34,48% Y el 26,9% de los hombres dejan documentos.

Palacios, Rueda & Valderrama (2006), realizaron una investigación en Bogotá Colombia, cuyo objetivo fue hallar la “Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables socio demográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/Sida”. Para ello, se tomó una muestra de 75 pacientes con VIH positivo a quienes se evaluó a través de una entrevista semiestructurada y dos instrumentos: el inventario de depresión de Beck (IBD) y la escala de Ideación Suicida (SIS). Los resultados mostraron que solo 29 personas tenían ideación suicida y 10 intención suicida: De los 10 solo 2 sujetos tenían intención después del diagnóstico. Se encontró una relación estadística significativa para ideación suicida e intención suicida con edad, estrato socioeconómico, estado civil, orientación sexual, las características de la enfermedad, el tratamiento antirretroviral y los aspectos psicoafectivos.

Otra investigación realizada en tres Casas de Salud que proveen servicios médicos básicos en la Ciudad de México sobre: Ideación y comportamiento suicida en embarazadas, donde se entrevistó a 120 embarazadas que acudieron a control prenatal, se obtuvieron como resultado que 24.8% pensaron en la muerte alguna vez en su vida, 37.6% durante la gestación. El deseo de morir lo expresaron 24.8% en el pasado y en 7.7% ocurrió en la preñez, 11.1% han estado a punto de quitarse la vida alguna vez y 2.6%, durante el embarazo, 8.5% hablaron de intento alguna vez en la vida y una 0.9%, durante el embarazo. El motivo que para la mayoría fue por problemas con su pareja (Lara & Letechipía, 2009).

Hernández (2009), presento los resultados obtenidos del estudio sobre Comportamiento del intento suicida en la Cabecera Municipal de Sibanicú, Camagüey, Cuba, donde los intentos suicidas reportados ascendieron, representando una tasa promedio por año de 158 x cada 100 000 habitantes.



Respecto al sexo, se observó que el femenino, con el 74,2% predominó ampliamente sobre. 25,8% En cuanto a grupos de edades, el 39% de la muestra estudiada corresponde al de 18 a 27 años, seguidos en orden decreciente del grupo de 28 a 37 años, con un 24%. Se aprecia un predominio de la adolescencia tardía y la joven adultez. Por encima de 68 años sólo hubo dos pacientes, para un 3%.

A nivel Nacional, se encontraron diferentes estudios, entre ellos se mencionan:

Molina (1995), en Managua, Nicaragua, realizó un estudio sobre la epidemiología de los intentos de suicidio, en el cual concluyó que las mujeres son las que más intentan suicidarse, el rango de edad que sobresalió se ubica entre los 12 a 32 años de edad, la mayoría de los intentos ocurrieron entre casados, seguidos por los solteros, a si mismo Cruz (1997), en la misma localidad, realizo un estudio acerca de los factores de riesgo asociados al intento de suicidio predominando los antecedentes de alcoholismo, abuso de drogas, inestabilidad familiar, etc.

A nivel Local, se identifica la siguiente investigación:

Caldera, y col (2004), de la UNAN-León, evaluaron la incidencia de intención suicida en Nicaragua, utilizando como muestra la ciudad león y todos los casos que fueron atendidos en el HEODRA, los resultados fueron que la mayoría de intentos eran mujeres y el rango de edad de los 15 – 19 años.



III. JUSTIFICACION

Este estudio pretende dar a conocer la reincidencia suicida de los pacientes con intención suicida captados en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, ya que se considera importante identificar los grupos de riesgos, así como describir las características del parasuicidio, métodos utilizados y patrones estacionales y horarios asociados a la incidencia de intento de suicidio.

De igual manera se pretende averiguar si los pacientes asisten posteriormente a las consultas, ya sea con el psicólogo o psiquiatra y que provecho tienen estas en su estado emocional, asimismo investigar si los que no asisten tienen más probabilidades de repetir el acto suicida, asimismo es de interés indagar acerca de la relación familiar y social que tiene el paciente después del este, ya que el apoyo familiar es de gran importancia para el mejoramiento total del paciente.

Los resultados del presente estudio generaran unos resultados que darán lugar al reconocimiento del serio problema en que se ha convertido el suicidio. De igual forma abra la posibilidad de contribuir a la prevención del suicidio, intento y reincidencia del mismo.



IV. PROBLEMA

En Nicaragua el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública muy preocupante, ya que es la principal causa de muerte en los grupos de 15 a 34 años. La depresión y la ansiedad se sitúan como las causas más frecuentes entre los jóvenes para quitarse la vida. En los últimos años los suicidios se han incrementado en Nicaragua. Este mal amenaza anualmente a miles de personas en el país, quienes según estimaciones de la OMS en un lapso de cinco a diez años lograrán su objetivo. (Cordero 2000).

Pero, ¿Qué pasa si la población no tiene una idea clara de lo que abarca el suicidio? Esto resulta alarmante, ya que por ignorancia y desinformación no se puede detectar precozmente cualquier alteración o síntoma de ideación suicida en la población, como consecuencia de esto, los síntomas pasaran desapercibidos, incluso para el entorno más cercano de la persona, como son los familiares, provocando ante esta situación mayor incidencia de intención suicida provocada por la falta de información y por la mala atención ante este tipo de emergencias, brindadas por el servicio hospitalario.

Lo antes expuesto genera preocupación, ya que, actualmente no se brinda una buena atención especializada a las personas con intención suicida, quienes requieren de ayuda profesional inmediata para evitar desenlaces lamentables en un futuro cercano o bien provocando mayor incidencia suicida, esta poca o nula atención se debe a que el presupuesto que otorga el Ministerio de salud, MINSA a este problema de salud pública es tan solo el 1% de su presupuesto anual, ante este planteamiento, es de nuestro interés investigar:

¿Cuál es la reincidencia de intento de suicidio de los pacientes captados en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León?



V. OBJETIVOS

General:

1. Conocer la reincidencia de intento de suicidio de los pacientes captados en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León.

Específicos:

1. Identificar los grupos de riesgos con mayor incidencia de intento de suicidio.
2. Describir las características de la intención suicida en la población antes descrita.
3. Identificar el comportamiento del intento suicida en los pacientes según las variables de edad y sexo.
4. Determinar los métodos más frecuentes utilizados por los pacientes.
5. Indicar los patrones estacionales y hora del día asociados a la incidencia de intento de suicidio.



VI. MARCO TEORICO

6.1 Suicidio concepto:

Parajón (2011), afirma que suicidio, etimológicamente se deriva del verbo latino "caedere" y del pronombre "sui", 'darse muerte a sí mismo'. El que se mata por sus propios deseos comete suicidio, afirmó el abate François Desfontaines en 1735, creador del término. Muchas religiones monoteistas lo consideraban un pecado, y en algunas se consideraba un delito. Por otra parte, algunas culturas, especialmente las orientales, lo ven como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes o dolorosas en extremo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el suicidio como un acto deliberado por el que el sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal, a través del cual el suicida pretende realizar cambios deseados de acuerdo al planteamiento de (Vallejos 2006).

Maza (2002), entiende por suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado: la muerte.

Como todas las conductas humanas el suicidio es un acto complejo, según plantea Quintanar (2007), además afirma que no se puede dejar de considerarlo bajo distintos ángulos.

La persona suicida siente un dolor emocional que se le hace insoportable, se siente desesperado, piensa que nada cambiará en el futuro, que no puede contar con nadie que le dé su apoyo y no ve más salida a su sufrimiento que la muerte, según explica Muñoz (2008). Sin embargo, también afirma que estas personas no quieren dejar de vivir; lo que verdaderamente quieren es dejar de sufrir, pero su estado mental depresivo les impide pensar en otras soluciones, estando su



pensamiento centrado en los aspectos negativos de su vida, sin ser capaces de tener en cuenta los positivos.

Vallejos (2006), plantea que el suicidio supone quitarse voluntariamente la vida. Así mismo que entre las conductas que pueden ser un indicador de un suicidio inminente, aparecen los deseos de muerte, con frases como “mi vida ya no tiene sentido” o “no encuentro un motivo para vivir”, así mismo la incapacidad de descargar las angustias, el agotamiento de la vida social, el comportamiento impulsivo y la introversión acentuada.

De igual manera se entiende que en el suicidio, se produce la muerte de un sujeto; la muerte es producida por tal sujeto; la muerte es intencionada, y existe un agente activo o pasivo que lo provoca.

De forma concisa, Fernández (2000) plantea que el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada, y que significa, darse muerte a uno mismo.

6.2 Tipos de suicidio:

- a) **El suicidio consumado:** Es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida. Asimismo el suicidio consumado es el hecho de que una persona atenta contra su vida y muere. (Coronado 2004).
- b) **El intento de suicidio:** Vorvick, (2011), hace referencia al hecho de vivir una conducta autodestructiva pero no morir. Son acciones más comunes que los suicidios consumados, estos no terminan en muerte.



Pérez (2008), lo denomina parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es decir que es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

Mingote, Jiménez, Osorio & Palomo (2004), clasifica los intentos de suicidio, según el conflicto básico que está presente, y los divide en cuatro grandes grupos:

1. Se le denomina como **Escúchame**, pretende dar importancia y transmitir un estado de desesperación personal que los demás ignoran.
 2. En este existe la pretensión de movilizar los remordimientos del otro para que modifique su actitud. Se resume como **Tienen la culpa**.
 3. Se conoce como **No quería hacerlo**, destaca el suicidio como castigo a un acto avergonzante, o ante profundas vivencias de culpabilidad.
 4. Se resume como **No quiero vivir, soy un estorbo**, en este se sitúan los pacientes más críticos, estos sufren graves alteraciones de la personalidad o manifiestan cuadros depresivos
- c) **El suicidio frustrado:** Se trata del momento en que una persona toma la decisión de quitarse la vida, según plantea Coronado (2004) y que en última instancia busca ayuda, con la intención de salir adelante. Asimismo Fernández (2000), afirma que es la acción de suicidio que no ha conseguido su fin, ya que el paciente tiene auténtica intención de llegar a la muerte. De igual forma, Pérez (2008) lo considera como aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.
- d) **El gesto suicida:** Coronado (2004), explica que este concepto nos habla de señales físicas o verbales, que da una persona y que en conjunto establece una probabilidad de llegar a atentar contra su vida. Por otro lado Pérez (2008), lo considera como el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva



lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerarlas con seriedad.

6.3 Tipos de suicidios según Durkheim:

Los tres tipos de suicidio que Durkheim se cree autorizado a definir son el suicidio egoísta, el suicidio altruista, y el suicidio anómico,

Para Montesinos de la Rosa (2006), **el suicidio egoísta**, es cuando tanto hombres y mujeres tienden a quitarse la vida cuando piensan esencialmente en sí mismos, cuando no están integrados; en un grupo social, cuando la autoridad del grupo y la fuerza de las obligaciones impuestas por un medio estrecho y fuerte no produce los deseos que los animan a la medida compatible con el destino humano. A sí mismo **el suicidio altruista**, se da muerte de acuerdo con imperativos sociales, y ni siquiera piensa en reivindicar su derecho a la vida, sacrifica a un imperativo social interiorizado, y obedece las órdenes del grupo hasta el extremo de ahogar en sí mismo el instinto de conservación, finalmente el **suicidio anómico**, es el que le interesa particularmente a Durkheim, porque es el más característico de la sociedad moderna, ya que este se refleja en las fases del ciclo económico.

Pierre Morón siguiendo los pasos de Durkheim, **clasifica el suicidio** de igual manera que Durkheim, aunque añade un cuarto tipo de suicidio:

El suicidio fatalista, surge en el sujeto ante una situación en la cual el sujeto se ve incapaz de controlar, por exceso de reglamentación social. Este afecta a aquellas personas que no aceptan las normas y se sienten reprimidas en sus sentimientos, pasiones y limitados en su futuro de acuerdo al planteamiento de Mazzarella (1997). Pueden ser hijos de padres estrictos y agresivamente disciplinados o extremadamente moralistas.



6.4 Características de la persona con intención suicida: Entre estas Mazzarella (1997), cree oportuno mencionar a continuación las más importantes:

- a) Cambios de hábitos en el dormir y en el comer.
- b) Uso de alcohol y droga
- c) Retraimiento de amigos, familia o actividades habituales.
- d) Actos violentos, comportamiento rebelde, agresivo o pasivo.
- e) Conductas autodestructivas.
- f) Miedo a la separación.
- g) Autoestima baja.
- h) Abandono poco usual de su apariencia física.
- i) Cambios pronunciados en su personalidad.
- j) Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse.
- k) Notas deficientes o desinterés en el trabajo.
- l) Quejas físicas frecuentes como fatiga, dolor de estómago.
- m) Poca tolerancia de elogios.
- n) Quejarse de creerse mala persona o persona "horrible".
- o) Lanzar indirectas como "Pronto dejaré de molestar".
- p) Poner orden en sus asuntos como regalar posesiones valiosas o hacer limpieza exhaustiva de papeles.
- q) Ponerse muy contento después de un período de depresión.
- r) Obsesión por la muerte.
- s) Desesperación y desesperanza.

6.5 Factores de riesgo de la intención suicida: Pérez (2009) plantea que tienen como características las siguientes:

Son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno. A si mismo **Son generacionales**, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez. De igual manera **son genéricos**, porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los



hombres. Y finalmente, **están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos**, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

6.6 Factores de riesgo.

Maldonado (2010), afirma que estos son los más significativos:

- a) Problemas familiares.
- b) Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional
- c) Padres estrictos.
- d) Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres, pérdida de un progenitor debido a muerte)
- e) Antecedentes familiares de suicidio.
- f) Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos de abuso de sustancias
- g) Depresión y estrés.
- h) Escaso autocontrol.
- i) Pensamiento rígido, obsesivo y dicotomizado (extremista).
- j) Negativismo.
- k) Antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias
- l) Consumo de alcohol o drogas.
- m) Escasas expectativas de futuro.
- n) Intento de suicidio previo
- o) Presencia de armas de fuego en el hogar
- p) Encarcelación
- q) Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluyendo la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción.



6.7 Factores asociados al suicidio:

Las actuales investigaciones no han logrado encontrar una etiología única para la conducta suicida, a pesar de esto los investigadores han identificado factores asociados a este tipo de conductas, entre estos:

La genética, se ha demostrado en diferentes estudios de agrupación familiar, que la conducta suicida se hereda, pero debido a que esta se pueda deber a la predisposición del individuo, el avance en este campo no ha avanzado. Jiménez (2006) explica que la vulnerabilidad del suicidio no se transmite siguiendo un patrón de herencia mendeliana simple, aun así continua investigando y actualmente, se han obtenido resultados prometedores al estudiar los genes que determinan la neurotransmisión serotoninérgica.

El Sexo, es uno de los predictores más importantes del suicidio entre las personas, los varones tienen mayor predisposición al suicidio, de acuerdo al planteamiento de la OMS (2000), ya que de acuerdo a estudios realizados, la tasa de suicidio en el mundo es más alta en los hombres que en las mujeres, sin distinción de edad, sin embargo las mujeres lo intentan cuatro veces más que los hombres. Por otra parte, Belart (2004) explica que los varones tienden a emplear métodos más violentos para cometer el suicidio. Suelen emplear armas de fuego, mientras que las mujeres suelen inclinarse por la autointoxicación medicamentosa.

La Edad, En los países industrializados las tasas de suicidio aumentan con la edad, ya que la mayor incidencia de suicidio consumado se da en individuos mayores de 65 años, pero las tentativas suicidas son más frecuentes en edades más jóvenes, de acuerdo a datos de la OMS (2000), las tasas de intención suicida y suicidio consumado están aumentando en los grupos de edades más jóvenes.

Estado civil, este influye de forma apreciable en el riesgo de suicidio, siendo más frecuentes en divorciados y viudos y menos frecuente entre los casados con hijos,



según el planteamiento de Abellan (2005). Asimismo afirma que el matrimonio puede generar riesgo de suicidio, ya que, la protección que este genera puede descender, debido al efecto suicidogéneo de las rupturas matrimoniales.

Religión: Belart (2004) plantea que los católicos tienen una menor tasa de suicidios que los judíos, y estos a su vez, menor que los protestantes. Igualmente afirma que con independencia de la religión que se profese, parece ser que el grado de aprobación del suicidio es tanto mayor cuanto menor es el grado de práctica religiosa.

Profesión: cuanto más alto es el estatus social de una persona, más grande es el riesgo de suicidio, plantea Belart (2004), de igual manera una caída en el estatus social también aumenta este riesgo, continúa mencionando en su planteamiento, y por ende el trabajo, en general, protege contra el suicidio. Prosiguiendo con su planteamiento, señala que, entre las principales profesiones, la medicina ha sido considerada la de mayor riesgo de suicidio, confirma que las mujeres que se dedican a la medicina tienen un riesgo más elevado que el resto de las mujeres. Asimismo plantea que entre las especialidades médicas tienen el mayor riesgo de suicidio, los psiquiatras, seguido por los oftalmólogos y los anestesiólogos, aunque existe una tendencia a la igualación entre todas las especialidades.

Clima: Belart (2004), también explica que no se ha encontrado ninguna correlación estacional con el suicidio, aunque en primavera y otoño se observa un ligero aumento, un tanto significativo.

Salud mental: casi el 95% de los pacientes que se suicidan o intentan suicidarse tienen un trastorno mental diagnosticado de acuerdo al planteamiento de Belart (2004). Continuando con su planteamiento, afirma que los trastornos depresivos forman el 80% de este perfil, la esquizofrenia el 10% y la demencia o el delirio el 5%; y que entre las personas afectadas mentalmente el 25% también son dependientes del alcohol y tienen ambos diagnósticos.



Enfermedad: Belart (2004) también explica que la enfermedad orgánica, especialmente aquella que es grave, crónica y dolorosa, tiene un papel importante en cerca del 20 por ciento de los suicidios entre las personas de edad avanzada.

6.8 Métodos más frecuentes utilizados para el suicidio:

El método escogido por una persona para suicidarse es a menudo determinado por la disponibilidad y por los factores culturales según afirma Merck Sharp & Dohme (2005). Asimismo este puede reflejar la letalidad del intento de suicidio.

YVKE (2009) plantea que la OMS publicó un boletín sobre un primer estudio donde se compara los métodos de suicidio más utilizados en los distintos países e incluidos los diferentes sexos.

A continuación, métodos y regiones donde se utilizan con más predominio:

Ahorcamiento:

Según el estudio, el ahorcamiento es el método más predominante en la mayoría de los países que se incluyeron en el análisis, es un método violento, es poco utilizado por aquellas personas que sólo quieren llamar la atención porque generalmente conducen a la muerte.

Armas de fuego:

El suicidio por arma de fuego es el más común en EEUU, pero también es prevalente en países como Argentina, Uruguay y Suiza. En este último país, es más común sólo entre los hombres y no en las mujeres.

Saltar de las alturas o precipitación:

Saltar de un edificio para acabar con la propia vida es la forma más común de suicidio en sociedades predominantemente urbanas, como la de Hong Kong, aunque también es frecuente en Luxemburgo y Malta.



Ingerir pesticidas:

El veneno plaguicida es el método que se elige en los países latinoamericanos más rurales (como El Salvador y Nicaragua), en Asia y en Portugal. Es un método no violento, lo suelen utilizar con mayor frecuencia las mujeres.

Sobredosis de fármacos:

Ingerir una sobredosis de fármacos legales es la forma más común de suicidio en Canadá, los países del norte de Europa y Reino Unido. Asimismo Merck Sharp & Dohme (2005) explican que ha descendido el número de sobredosis con barbitúricos, ya que los médicos no prescriben a menudo estos fármacos; sin embargo, está aumentando el número de sobredosis con otros fármacos psicotrópicos como los antidepresivos.



VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de Estudio:

Descriptivo, de corte transversal.

7.2 Área de Estudio:

Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) de la ciudad de León, ubicado en el centro de la ciudad, es el único centro de salud con los servicios de atención hospitalaria en la región, aunque existen unas pocas clínicas, no ofrecen los servicios de emergencia.

7.3 Población de estudio:

216 casos de intento de suicidio atendidos en el HEODRA, pertenecientes al municipio de León en el periodo comprendido de Enero – Octubre 2011, de los cuales 157 son pertenecientes a la municipalidad de León, de los cuales 141 son mayores de 15 años.

7.4 Muestra:

Fue el 30% de los individuos mayores de 15 años que acudieron por intento de suicidio a la sala de emergencia del HEODRA, en el periodo antes señalado, para un total de 45 pacientes.

7.5 Tipo de muestreo:

Muestreo no probabilístico, por conveniencia.

7.6 Fuente de información:

La fuente de recolección de datos fue primaria, ya que se recolectó directamente en la intervención con los pacientes.



7.7 Instrumento de recopilación de datos:

El instrumento que se utilizó en este estudio fue la Escala de Intención Suicida, SIS, por sus siglas en inglés, que se compone de 15 ítems que miden diferentes aspectos acerca de la intención suicida.

Las puntuaciones que se le atribuyen a cada ítem pueden ser: 0, 1, o 2, obteniendo una posible puntuación total de 0 a 30 puntos.

El instrumento consta de dos secciones, una objetiva y otra subjetiva, donde los ocho primeros ítems se refieren a las circunstancias objetivas del hecho, y los siete ítems restantes acerca del informe del propio paciente respecto a la intención del acto suicida

De manera complementaria se aplicó unas fichas de seguimiento proporcionadas por el Proyecto SUPRE-MISS, que es una iniciativa de la OMS para la prevención de conductas suicidas. El objetivo de estas fichas consiste en conocer información médica y psicológica con lo que respecta a los intentos de suicidio previos y actuales, así como la ideación suicida después de un tiempo determinado, estas varían desde la primera semana después del acto, hasta los 18 meses después del mismo.

7.8 Método de recopilación de datos:

La Escala SIS se aplicó directamente a la población de estudio, la forma de recolección consistió en visitar cada hogar y aplicar el instrumento a cada paciente. Las fichas de seguimiento se aplicaron de igual forma, empleando la que corresponda al tiempo que haya pasado después del acto.

7.9 Criterios de inclusión:

Todos los pacientes mayores de 15 años de sexo masculino y femenino, que asistieron a la sala de emergencia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales



Argüello (HEODRA) por intento de suicidio, que pertenezcan a la municipalidad de León, durante el periodo de enero a octubre de 2011.

7.10 Plan de análisis:

Para el procesamiento de análisis de los datos del instrumento, se utilizó el programa estadístico SPSS. Se realizaron distribuciones de frecuencias y porcentajes, posteriormente se elaboraron tablas de frecuencias.

7.11 Consideraciones éticas:

- Se solicitó autorización al responsable del departamento de epidemiología del HEODRA para utilizar la base de datos de los pacientes atendidos debido a intención suicida.
- Se solicitó permiso a los pacientes para la aplicación del instrumento, explicando la confidencialidad y anonimato de la información.
- Se solicitó a los pacientes la aceptación voluntaria al estudio, a través de un consentimiento informado escrito.
- No se alteró la originalidad de la información obtenida.



VIII. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variable	Definición	Valores	Fuente
Datos Generales			
Área	Lugar de procedencia	1. Rural 2. Urbana	Escala
Sexo	Caracteres genéticos, morfológicos y funcionales, que distinguen a los hombres de las mujeres	1. Masculino 2. Femenino	Escala
Edad	Tiempo biológico transcurrido	Años cumplidos	Escala
Nacionalidad	Condición particular de los habitantes de una nación.	País de procedencia	
Escolaridad	Conjunto de enseñanzas y total de cursos académicos recibidos en un aula de clases.	0. Analfabeta 1. Primaria 2. Secundaria 3. Universitaria	Escala
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedica el paciente.	1. Estudiante 2. Ama de casa. 3. Jubilado 4. Empleado 5. Desempleado 6. Inactivo 7. Otros	Escala
Religión	Práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales.	0. Ninguna 1. Católica 2. Evangélica 3. Testigo de Jehová 4. Otra	Escala
Estado Civil	Situación actual de la persona ante la	1. Soltera (o) 2. Viuda (o)	



	ley. Condiciones de estas mismas con respecto a los derechos y obligaciones civiles.	3. Divorciada (o) 4. Separada (o) 5. Primer esposa (o) 6. Subsecuente cónyuge 7. Legal cohabita 8. Unión Libre 9. Se desconoce	Escala
Intento Suicida			
Método usado	Procedimiento usado por el paciente por medio del cual realizo el intento de suicidio.	Grupo No. 1 Grupo No. 2 Grupo No. 3	Escala
Intención suicida	Área, motivo y razón de la intención suicida.	Respuestas brindadas por los pacientes.	Escala
Repetición de intención suicida	Es la acción y el resultado de volver a hacer o decir lo que ya se ha dicho o hecho.	0. No repitió durante el último año. 1. Primera vez que repite 2. Segunda repetición 3. Tercer intento 4. Más de tres intentos	Escala
Intención del acto suicida	Propósito o voluntad de que se tenía al momento de la intención suicida	1. Acto deliberado 2. Acto impulsivo 3. Gesto	Escala



		parasuicida 4. Sobredosis 5. Serio intento suicida 6. Se desconoce la intención	
Consciente del intento de suicidio	Certeza o seguridad de lo que se está haciendo.	1. Certeza 2. Inseguridad	Escala
Escala SIS			
Aislado al momento del intento de suicidio	Incomunicado de otras personas cuando se intento hacer daño.	0. Alguno presente 1. Alguno próximo 2. Ninguno próximo	Escala
Medición del tiempo	Medir el momento de llegada o aparición de alguien o algo	0. No pensó acerca de la posibilidad 1. Midió el tiempo para tal no probable intervención. 2. Midió el tiempo para tal muy probable intervención	Escala
Temor a ser descubierto	Tomar precauciones para evitar ser descubierto al momento de la intención suicida.	0. No precaución del todo 1. Prevención	



		pasiva 2.Precaución activa	Escala
Auxilio después de intento	Pedir o notificar ayuda después del intento de suicido	0. Notifico a potenciales ayudadores en cuanto al tiempo 1. Contacto pero no específicamente notifico a potenciales ayudadores en cuanto al intento 2. No contacto o notifico ayudadores.	
Acto de anticipación de muerte	Acción previa que realizo antes del desenlace mortal	0. Ninguno 1. Sufridos pensamientos acerca de crear o hacer algunos arreglos en anticipación de muerte 2. Planes definitivos hechos	Escala
Planificación del intento de	Proceso donde tomo la decisión de hacerse daño	0. No preparación 1. Mínimos o moderada	



suicidio		2. Extensa preparación	Escala
Nota suicida	Escrito por el cual la persona manifiesta el motivo de su conducta	0. Ninguna nota, no pensó acerca de escribir una 1. Pensó escribir una pero no hizo nada 2. Existencia de una carta o escribió la nota pero la rompió	Escala
Comunicación previa del intento	Brindar a familiares y amigos mensajes directos o indirectos de lo que planeaba hacer.	0. Ninguna 1. Equívocas comunicaciones 2. Inequívocas comunicaciones.	Escala
Propósito del acto	Intención o ánimo del porque cometió el intento.	0. Principalmente manipular a otros 1. Descanso temporal 2. Muerte	Escala
Fatalidad del acto	Intensidad relacionada a la conducta suicida	0. Pensó que morir no era deseado 1. Pensó que morir era posible 2. Pensó que morir era probable	Escala



<p>Letalidad del método</p>	<p>Cuan letal pensaba el paciente fue el método utilizado para el acto suicida</p>	<p>0. Menor sufrimiento para él o ella 1. No estaba seguro de la letalidad 2. Acto excedido el paciente pensaba que era letal</p>	<p>Escala</p>
<p>Gravedad del intento</p>	<p>Considerable intensidad del intento para perder la vida</p>	<p>0. Paciente no considero un acto como un intento serio a finalizar su vida 1. paciente estaba incierto considerando su acto como un serio intento a finalizar su vida. 2. Paciente considero el acto como un serio intento a poner fin a su vida</p>	<p>Escala</p>
<p>Ambivalencia</p>	<p>Dos emociones opuestas relacionadas a querer morir o vivir</p>	<p>0. Paciente no deseaba morir 1. Paciente no tenia cuidado por</p>	<p>Escala</p>



		<p>vivir o morir</p> <p>2. Paciente deseaba morir</p>	
Reversibilidad	Capacidad para volver a un estado o condición anterior	<p>0. Paciente pensaba que morir podría ser diferente si recibía atención médica</p> <p>1. Paciente fue incierto en caso de muerte podría ser evitado por atención médica</p> <p>2. Paciente fue cierto de morir aun si recibía atención médica</p>	Escala
Premeditación	Acción de pensar una cosa detenida y cuidadosamente antes de realizarla	<p>0. Ningún impulso</p> <p>1. Contempló el acto por tres horas o menos previo al intento.</p> <p>2. Contemplo el acto por más de tres horas antes del intento.</p>	Escala



IX. RESULTADOS

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 1.

GRUPO DE INCIDENCIA DE INTENCION SUICIDA:

Grupo de edad.

De acuerdo al estudio realizado, la mayor parte de la muestra se encuentra en el grupo de edad de 20 a 24 años de edad con un porcentaje de 42.2%, seguido del grupo de edad de 15 a 19 años que corresponden a un 20%.

Grupo de edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	15-19	9	20.0	20.0	20.0
	20-24	19	42.2	42.2	62.2
	25-29	8	17.8	17.8	80.0
	30-34	4	8.9	8.9	88.9
	35-39	3	6.7	6.7	95.6
	40-44	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 2.

CARACTERÍSTICAS DE LA INTENCION SUICIDA:

Sexo.

Los resultados reflejan que el 55.6% de la muestra de estudio son del sexo femenino.

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	20	44.4	44.4	44.4
	Mujer	25	55.6	55.6	100.0
	Total	45	100.0	100.0	



Estado Civil.

En primer lugar se encuentra los solteros con un 48.9%, seguido de los separados con un 15.6%

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
soltero	22	48.9	48.9	48.9
Divorciado	1	2.2	2.2	51.1
separado	7	15.6	15.6	66.7
primer marido o esposa	3	6.7	6.7	73.3
segundo o subsecuentes cónyuge	1	2.2	2.2	75.6
legal cohabita	4	8.9	8.9	84.4
se desconoce	7	15.6	15.6	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Religión.

La mayor parte de la población en estudio no pertenecen a ninguna religión con un 46.7%, seguido de la religión católica con un 35.6%.

Religión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguna	21	46.7	46.7	46.7
	católica	16	35.6	35.6	82.2
	evangélico	8	17.8	17.8	100.0
	Total	45	100.0	100.0	



OBJETIVO ESPECÍFICO N° 3.

COMPORTAMIENTO DEL INTENTO SUICIDA SEGÚN LAS VARIABLES DE EDAD Y SEXO:

Variables edad y sexo.

El porcentaje basado en sexo y grupos de edad, se ve incrementado para ambos sexos en el grupo de edad de 20-24 años con un porcentaje total de 40.06%

		Porcentaje por edad y sexo					
		Hombres		Mujeres			
		n	%	n	%		
Válidos	15-19	5	11.1%	4	8.9%		
	20-24	8	17.76%	10	22.3%		
	25-29	2	4.44%	7	15.6%		
	30-34	3	6.66%	1	2.2%		
	35-39	1	2.22%	2	4.4%		
	40-44	1	2.22%	1	2.2%		
	Total	20	44.4%	25	55.6%		

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 4.

MÉTODOS MÁS FRECUENTES UTILIZADOS POR LOS PACIENTES.

Métodos

El método predominante en este estudio utilizado por el 80% de la muestra fue intoxicación por fármacos, seguido del uso de objetos corto-punzantes con 11.1%

Método y lugar de intento de suicidio		
	n	%
Método		
No narcóticos/ otras drogas	36	80%
Plaguicidas	3	6.7%
Objetos corto-punzantes	5	11.1%
Otros	1	2.2%
Total	45	100%
Lugar		
Calle	1	2.2%
Casa	44	97.8%
Total	45	100%



OBJETIVO ESPECÍFICO N° 5.

PATRONES ESTACIONALES Y HORA DEL DIA ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO

Patrones estacionales y hora del día

En relación a la estación del año, no se identificó una diferencia significativa entre las dos estaciones existentes, teniendo el verano el 51% de los intentos suicidas y el invierno 48.9% de ellos. Con respecto al momento del día en que se llevaron a cabo los intentos suicidas, el 62.2% ocurrió en horas de la noche, seguido de un 26.7% que ocurrieron por la tarde.

Patrones estacionales y diurnos		
	n	%
Estaciones del año		
Invierno	22	48.9%
Verano	23	51.1%
Total	45	100%
Horario del día		
Mañana	5	11.1%
Tarde	12	26.7%
Noche	28	62.2%
Total	45	100%

ESCALA SIS

En base al análisis de la Escala SIS, se determinó que el 51.1% de la muestra utilizada para este estudio en relación a la reincidencia de la intención suicida, presentan un riesgo severo de volver a intentar suicidarse, seguido del riesgo moderado con 26.7%

Valor SIS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	leve	10	22.2	22.2	22.2
	moderado	12	26.7	26.7	48.9
	severo	23	51.1	51.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	



Puntuaciones separadas de los ítems de la Escala SIS

Con respecto a los valores separados de los ítems, las puntuaciones más altas se reflejan en los ítems 4 (acción para ganar ayuda después del intento), ítem 9 (propósito del acto), ítem 10 (expectadores en cuanto a fatalidad del acto), ítem 11 (concepciones de la letalidad del método), ítem 12 (gravedad del intento) y el ítem 13 (ambivalencia hacia vivir), todos estos con una media por encima del 1.0.

Estadísticas Descriptivas		
	Media	Desviación estándar
1. AISLAMIENTO	.97	.94
2. MEDIDA DE TIEMPO	.26	.53
3. PRECAUCION	.46	.62
4. ACCION	1.28	.86
5. ACTO FINAL	.17	.44
6. GRADO PLANIFICACION	.31	.46
7. NOTA	.44	.65
8. COMUNICACION	.48	.75
9. PROPOSITO	1.48	.81
10. EXPECTACION	1.44	.78
11. CONCEPCION LETALIDAD	1.08	.82
12. GRAVEDAD	1.84	.47
13. AMBIVALENCIA	1.42	.81
14. CONCEPCION REVERSIBLE	.93	.78
15. PREMEDITACION	.95	.63
Suma de los ítems (1-8)	4.37	5.25
Suma de los ítems (9-15)	9.14	5.1
Suma total de las puntuaciones	13.51	10.35



X. Discusión

En este estudio se propuso conocer la reincidencia de intento de suicidio de los pacientes captados en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, a través de la Escala SIS, la cual fue diseñada para evaluar los pensamientos suicidas, que a su vez proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida.

El intento de suicidio es un problema frecuente en la práctica clínica y un factor de riesgo importante para el futuro suicidio, por tanto si previamente se ha cometido un intento suicida, se obtiene un riesgo severo de reincidir en el intento, y más aun en el primer año luego del intento, como se demuestra en los resultados de este estudio, los cuales demuestran que la mayoría de la muestra aun presenta un riesgo severo de reincidir al intento suicida, según Öjehagen, Danielsson, Träskman-Bendz (1992) demostraron que no sólo un intento de suicidio es un factor de riesgo importante para reincidir en el acto, sino que el riesgo de suicidarse después de hacer un intento es más evidente durante el primer año, pero va disminuyendo durante los años siguientes.

El grupo de edad que incidió mayormente en el intento suicida es el de 20 – 24 años, llamado popularmente este grupo como “La juventud plena” en la cual los jóvenes, tanto mujeres como varones, son víctimas del empobrecimiento, la marginación social, la falta de empleo y de una educación que no responde a las exigencias de la vida cotidiana, en contraste con el estudio realizado por Caldera, Herrera, Salander & Kullgren (2004), en el cual el grupo de edad de mayor incidencia suicida, es el ubicado entre las edades de 15 – 19 años, conocido como adolescencia media o tardía, de igual manera no se identifica similitud con el estudio realizado por Hawton, Arensman, Wasserman, Hulten, Bille-Brahe, Bjerke, Crepet, Deisenhammer, Kerkhof, De Leo, Michel, Ostamo, Philippe, Querejeta, Salander, Schmidtke & Temesvary (1998), en el cual el grupo de mayor incidencia es el de 15 a 19, sin diferencia de género, asimismo Jiménez, Sáiz & Bobes



(2006) concuerdan que la edad es otro factor importante en relación a la conducta suicida y que esta aumenta con la edad, de acuerdo a su artículo publicado y a datos procedentes de la OMS, 2002 detallan que los pacientes ubicados en el rango de edad de 25 a 34 años son los que intentan el acto suicida, pero los que mayormente consuman el acto son los pacientes de 55 a más años.

Así mismo el sexo que predominó en el intento suicida, fue el femenino, mayoritariamente las mujeres que ya eran madres, ya que se les acumulan los diversos problemas que traen consigo la convivencia con la pareja y los hijos, al igual que los problemas económicos, utilizando con mayor frecuencia el método de fármacos, aseverando su fácil acceso para su posterior ingesta, en similitud con el estudio de Caldera et al (2004), que de igual manera predomina el mismo método para el intento suicida, asimismo sexo femenino es el que mayormente incide en la intención suicida, con aproximadamente el doble del sexo masculino, en el estudio realizado por Arlaes, Hernández, Álvarez, Cañizares (1998).

La conducta suicida predominó en el sexo femenino de forma general y el intento incidió mayoritariamente, no obstante, el suicidio fue más frecuente en el sexo masculino, esto se debe ya que los hombres por instinto son más violentos que las mujeres, lo cual los hace utilizar métodos más mortíferos y resolutivos. Con respecto al método utilizado para el intento suicida en los resultados obtenidos en la investigación realizada por Cordero (2000) sobresale la ingesta de medicamentos mismo método sobresaliente en nuestra investigación.

En relación a la estación del año que presenta un aumento en la tasa de intención suicida, en este estudio no se evidencia diferencia entre las temporadas de invierno y verano, respectivamente, aunque al separarlos por mes, los que presentan un aumento en la incidencia suicida son los meses de marzo y abril, esto podría ser generado debido a que durante las festividades de fin de año las personas arrastran cuadros depresivos no tratados, con fuertes síntomas de irritabilidad, angustia, desánimo, alteraciones en el sueño y el apetito,



pensamientos negativos, desesperación y sufrimiento interno, llegando a generar un pensamiento suicida durante esta época, sin embargo, durante el verano, con el aumento de la radiación solar, tienen la energía para llegar a concretar el acto suicida, aunque esto no es significativo, en relación al estudio de Caldera et al (2004), indica que durante los tres años de duración de su estudio, el patrón consistente de los intentos suicidas se llevaron a cabo en los meses de junio y noviembre, respectivamente.



XI. Conclusiones

Las puntuaciones de la escala SIS, demuestran que más de la mitad de los pacientes atendidos en el HEODRA, debido a intención suicida, presentan un nivel severo de reincidencia suicida.

El grupo de riesgo con mayor incidencia de intento suicida, se encontró que predomina el grupo etario situado entre las edades de 20 – 24 años, etapa más importante de la vida, ya que en esta se define intrínsecamente a la persona, sus intereses, sus proyectos y sus relaciones con el mundo que la rodea, esta situación es sin dudas conflictiva porque implica encontrar un equilibrio entre las relaciones parentales y familiares por un lado, y las sociales por otro. Al mismo tiempo, esto implica que el joven debe empezar a pensar seriamente cómo o a través de qué métodos podrá mantenerse por sí mismo y arreglárselas para hacer frente al mundo de la adultez.

Dentro de las características individuales y culturales de la muestra de estudio, el sexo predominante en el intento suicida, fue el femenino, la mayoría de los encuestados no practican ninguna religión, y en cuanto al estado civil, predomina el de soltero.

El método más frecuente utilizado por los pacientes para llevar a cabo el intento suicida, fue la utilización de fármacos como forma de intoxicación, esto se debe a en las farmacias o puestos de venta, debido a la demanda y competencia, no se está al tanto de facilitar los medicamentos bajo prescripción médica, por lo que esto facilita su adquisición y posterior ingesta.

Los patrones estacionales y hora del día asociada a la incidencia de intento de suicidio, se generaron mayormente en los meses de marzo y abril, llevándose a cabo con mayor prevalencia en horas de la noche.



XII. Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se considera necesario realizar las siguientes recomendaciones:

Al MINSA:

- ♥ Que el programa de salud mental del Ministerio de Salud, dirija esfuerzos en la prevención del intento de suicidio, principalmente en los jóvenes, haciendo una intervención directa por medio de la educación, ya sea primaria, secundaria e incluso universitaria.
- ♥ Capacitar y fortalecer a los equipos de salud mental, personal médico y paramédico de las diferentes unidades de salud en la detección temprana de los factores de riesgo que influyen en los intentos de suicidio y realizar talleres sobre las normas de manejo del paciente con intento suicida.
- ♥ Crear servicios de intervención en crisis en las diferentes unidades de salud para la atención inmediata de las personas con intento de suicidio.
- ♥ Llevar a cabo una campaña de prevención del intento de suicidio y del suicidio en el que exista una participación activa de los medios de comunicación.

Al HEODRA y Puestos de Salud:

- ♥ Pedir la identificación de los pacientes que llegan con intención suicida al Hospital, para el correcto llenado de los datos sociodemográficos de estos.



XIII. BIBLIOGRAFIA

Abellan, Antonio (2005). Consejo superior de investigaciones científicas (CSIC). El suicidio entre las personas de edad. Extraído el 3 de mayo de 2011, desde http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2005_1/g-15-1-015.pdf.

Arlaes Nápoles Lidia, Hernández Sorí Gilberto, Álvarez Concepción Disney, Cañizares García Tatiana (1998). Conducta suicida: factores de riesgo asociados. Revista Médica Integral cubana. 14(2): 122-126. Obtenido el 30 de marzo de 2011, desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000200004&lng=es.

Áurea Ramos Boch A. (2007). Depresión e intento suicida. Revista Bibliomed. Vol. 23. Obtenido el 30 de marzo de 2011, desde: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi21107.htm

G. Ayala Espinosa, JB. Martí Lloret y F. Rodes Lloret (2005). Consummated suicide rate in the judicial district of San Vicente del Raspeig. Extraído 2 de abril de 2011, desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn40/Art04.pdf>

Baquedano G. (2002) Programa universitario para el estudio del suicidio. Facultad de Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma de Yucatán. Desde: <http://members.tripod.com/-baquedano/index-9.html>

Belart Bravo, Maria Jose (2004) Urgencias Psiquiátricas. Extraído el 3 mayo de 2011, desde: <http://imagenes.mailxmail.com/cursos/pdf/1/urgencias-psiquiatricas-4951-completo.pdf> .

Caldera T, Herrera A, Salander E and Kullgren G. (2004) Parasuicide in a low-income country: results from three year hospital surveillance in Nicaragua. University National Autonomy of Nicaragua. Scand J Public Health October 2004 32: 349-355.



Cordero Jarquin, Franklin Alfonso (2000) Factores de riesgo del intento de suicidio en pacientes atendidos en el servicio de emergencia de cinco hospitales generales del municipio de Managua. Monografía para optar al título de Psiquiatría. UNAN-Managua.

Coronado S, Díaz I, Vargas L, Rosado A, Zapata A & Díaz S (2004). Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán”, de enero de 1998 a diciembre de 2003. Revista Biomédica. 15:207-213 desde:<http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb041542.pdf>

Cruz, Verónica (1997). Factores de riesgo asociados al intento de suicidio que acudieron a emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense. Monografía para optar al título de Psiquiatría. UNAN-Managua.

Definición de suicidio. Extraído en abril 24 de 2011, desde:
<http://definicion.de/suicidio/>

Dieste Sánchez, W., Álvarez González I., Carrillo Salomón R., Cabrera Cabrera A. Y Díaz Castillo (1998) Evaluación de la competencia y el desempeño. Programa de prevención de la conducta suicida en Cuba. Municipio Boyeros. Revista cubana Médica Integral 16 (2):149-55.

Fernández López, Dr. Jorge (2000) Portal de salud y bienestar. Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas. Extraído en abril 26 de 2011. Desde:
http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/suicidio.htm

Fisher BJ, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Clark M and Reed J. (2002) Suicidal intent in patients with chronic pain. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Johns Hopkins University. USA. Rev. Soc. Esp.



García Pérez M., Peón Rodríguez M., Mirabal Hernández E., Barrientos del Llano G (2002) Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el municipio Santo Domingo. Revista Mediacentro.

Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hultén A, Bille-Brahe U, Bjerke T, Crepet P, Deisenhammer E, Kerkhof A, De Leo D, Michel K, Ostamo A, Philippe A, Querejeta I, Salander E, Schmidtke A & Temesváry B (1998) Relación entre las tasas de intento de suicidio y de suicidio entre los jóvenes de Europa. Comunidad de epidemiología y salud. 52: 191-4.

Kaplan, Harold (1998). Sinopsis de psiquiatría. Urgencia en psiquiatría. Suicidio. Editorial Médica Panamericana. 8^{va} Ed.

Lara Ma. Asunción, Letechipía Gabriela (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. Revista Salud Mental. Consultada en abril 05 del 2011, desde: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500004&lng=es

Larraguibel Q. Marcela, González M. Patricia, Martínez N. Vania, Valenzuela G. Ricardo. (2000) Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. child. pediatry. 71(3): 183-191. Consultada el 2 de abril de 2011, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=es.doi:10.4067/S0370-41062000000300002

L. Jiménez Treviño, P. Sáiz Martínez & J. Bobes García (2006). Suicidio y depresión. Extraído el 3 de mayo de 2011, desde: <http://www.fundacionmhm.org/tema069/papel.pdf>. 3:48pm.

Maldonado Abascal, Gustavo. (2000) El suicidio. Extraído el 2 de mayo de 2011, desde: http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_suicidio.pdf 6:34pm.



Marsellach Umbert. Gloria. (2004) El Suicidio. Revisado el 30/03/2011, desde:
<http://www.herrerros.com.ar/melanco/suicidio.htm>. 2:30pm.

Maza, Pamela Mariana. (2002) Depresión y suicidio. Revisado abril, 24 de 2011,
desde: <http://www.monografias.com/trabajos11/depsu/depsu.shtml>

Mazzarella, Luis Osvaldo. (2001) El Suicidio. Revisado el 2 de mayo de 2011, desde:
<http://www.adolescenza.org/suicidio.pdf> 6:36pm

López Lavigne, Marilys, et al. (1997) Intento suicida reiterado en la adolescencia.
Policlínico de Especialidades del Hospital Pediátrico Norte. Presentación de un caso.

Merck Sharp & Dohme. (2005) Manual de Merck. Información médica para el hogar.
Sección 7: Trastornos Mentales. Cap. 85. Comportamiento suicida. Edición Merck
Sharp & Dohme.

Mingote José, Jiménez Miguel, Osorio Ricardo & Palomo Tomás (2004) Suicidio.
Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica. Ediciones Díaz de Santos,
S.A.

Molina, Luis A. (1995) Epidemiología del suicidio en cinco Hospitales de Managua.
Monografía para optar al título de Psiquiatría.

Montesinos de la Rosa, Daniel. (2006) Sociología Contemporánea. Émile Durkheim.
Suicidio, extraído en mayo 2 de 2011 desde:

<http://www.angelfire.com/planet/danielmr/Emile%20Durkheim/EI%20suicidio.htm>

8:45pm.

Muñoz, Ana. (2008) Artículo: El suicidio: cómo afrontar los pensamientos suicidas.
Extraído abril 24 de de 2011, desde: <http://www.cepvi.com/articulos/suicidio.shtml>



Öjehagen A, Danielsson M, Träskman-Bendz L. (1992) Deliberate self-poisoning: treatment follow-up of repeaters and nonrepeaters. *Acta Psychiatry Scand*; 85: 370-5.

P. Hernández Figaredo, T. Millán Díaz, R. Carmenates González, L. García Gutiérrez (2011). Comportamiento del intento suicida en la Cabecera Municipal de Sibanicú, Camagüey. Presentado en el 12vo Congreso Virtual de Psiquiatría. Extraído el 5 de mayo de 2011, desde:

<http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/2289>

Palacios X, Rueda A & Valderrama P (2006) *Revista Colombiana de Psicología*. Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables socio demográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/Sida. Publicado en 2006. Bogotá. Colombia. Extraído en mayo de 2011, desde:

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1229/1791>

Parajón, Mayra. (2011) El suicidio. Tesis para optar al título de Psicología. Universidad de Flores Sede Comahue.

Pérez Barrero, Prof. Dr. Sergio Andrés. (2005) *a* ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Capítulo 3. Comportamiento Suicida. *Revista Online Psicología*. Extraído el 26 de abril de 2011, desde:

<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml>

Pérez Barrero, Prof. Dr. Sergio Andrés. (2005) *b* Glosario de términos suicidológicos. *Revista Online Psicología*. Ebooks. Extraído el 2 de mayo de 2011, desde:

<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/glosario.shtml>. 6:30pm.

Quintanar, Fernando. (2007) Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. Editorial Pax México, librería Carlos Cesarman, S.A. 1^{ra} ed.



Vallejo Ruiloba, Julio. (2006) Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría. 6^{ta} Edición. MASSON, S.A. Barcelona, España.

Vorvick, MD, Linda J. (2011) Revista MedlinePlus. Suicidio y comportamiento suicida. Extraído el 26 de abril de 2011. Desde:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm>

WHO (2000) La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Organización Mundial de la salud. Ginebra 1986. Extraído el 25 de Febrero de 2011. Desde:

http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf

WHO. Multisite intervention study on suicidal behaviors SUPRE-MISS. Geneva: World Health Organization, 2000. Page Web:

http://www.who.int/mental_health/media/en/64.pdf

WHO (2001) Prevención del suicidio. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2001 Extraído el 03 de junio de 2011, desde:

http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

YVKE (2009) Suplemento Salud. La OMS publica el primer atlas de métodos de suicidio. Venezuela. Editado, Lunes, 30 de Mar de 2009. 4:16 pm. Extraído el 05 de mayo de 2011, desde: <http://www.radiomundial.com.ve/yvke/noticia.php?22216>. 9:55am.

Riesgo de repetitividad de la conducta suicida de pacientes atendidos por dicha causa en el
HEODRA



Asignación de Arbitro						X	X	X						Glennis Romero y Orfelinda Méndez
Arbitraje									X	X	X			Glennis Romero Orfelinda Méndez Y Dr. Berrios
Recolección de datos y Elaboración de Resultados, Conclusiones y Recomendaciones											X	X	X	Glennis Romero y Orfelinda Méndez



XV. ANEXOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA-LEÓN

Consentimiento informado

Yo, _____, doy mi consentimiento para ser entrevistado(a) como parte del estudio de "Riesgo de repetitividad de conducta suicida en mayores de 15 años atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello del área urbana de la ciudad de León, periodo enero - octubre del 2011"

De igual manera, hago constar lo siguiente:

1. He sido informado(a) del objetivo, que es Conocer la reincidencia de intento de suicidio de los pacientes captados en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León.

Sobre el estudio entiendo:

- a) que los propósitos de las investigadoras son estrictamente académicos.
- b) que los resultados serán utilizados para elaborar una investigación cuantitativa
- c) que la confidencialidad y el anonimato de mi participación y la de otros se mantendrá en todo momento.
- d) que una vez realizada la entrevista, se realizará un análisis por parte de las investigadoras.
- e) que podré retirarme en cualquier momento.

Firma:

Fecha:



UNIDAD DE SALUD _____
FECHA DE ENTREVISTA _____ HORA _____
ENTREVISTADOR _____

HISTORIA CLINICA

No. _____
FECHA: _____
NOMBRE: _____
AREA:
1 = RURAL _____ 2 = URBANA _____
DIRECCION _____

SEXO:

Masculino (1)

Femenino (2)

EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____

GRADO APROBADO: _____

0 – ANALFABETA 2 – SECUNDARIA

1 – PRIMARIA 3 – UNIVERSITARIA

NIVEL O POSICION ECONOMICA:



- (1) Estudiante
- (2) Ama de casa
- (3) Jubilado
- (4) Económicamente activo = empleado
- (5) Económicamente activo = desempleado
- (6) Económicamente inactivo (enfermo)
- (7) Otros

OCUPACION: _____

DURACION DEL EMPLEO: _____

DURACION DEL DESEMPLEO: _____

888 no se conoce (cuanto tiempo lleva empleado, desempleado)

999 no aplicable (jubilado o un niño menor de 15 años)

RELIGION:

- (0) Ninguna
- (1) Católica
- (2) Evangélica
- (3) Testigo de Jehová
- (4) Otra.....

ESTADO CIVIL:

- (1) Soltera (o) nunca casado (o)
- (2) Viuda (o)
- (3) Divorciado (a)
- (4) Separado (a)
- (5) Primer marido o esposa
- (6) Segundo o subsecuente cónyuge
- (7) Legal cohabita
- (8) Unión libre
- (9) Se desconoce



NUMERO DE PERSONAS A SU CARGO _____

ESTRUCTURA FAMILIAR:

- (0) Vive sola
- (1) Vive sola con niños
- (2) Vive sola con sus padres, sin niños
- (3) Vive con sus padres y niños
- (4) Vive con sus padres
- (5) Vive con otros/amigos
- (6) Vive en una institución
- (7) Otros

Hora en que ocurrió el intento suicida: _____ horas

Día en que ocurrió el intento suicida: _____

Mes en que ocurrió el intento suicida: _____

Año en que ocurrió el intento suicida: _____

TRATAMIENTO O CUIDADOS Y RECOMENDACIONES SUGERIDA.

- (0) Ninguno
- (1) Hospital (paciente ambulatorio)
- (2) Hospital (paciente hospitalizado)
- (3) Tratamiento en centro de salud
- (4) Centro de atención psicosocial

METODO QUE UTILIZO PARA REALIZAR EL INTENTO SUICIDA.

GRUPO No. 1

- (00) Colgado
- (01) Armas de fuego y explosivos
- (02) Lanzándose o provocando accidentes
- (03) Saltando



- (04) Quemándose
- (05) Objetos corto-punzantes
- (06) Ahogamiento
- (07) Herbicidas, pesticidas

GRUPO No. 2

- (08) Uso de drogas con efectos del s. n. c. (Diazepan, etc.)
- (09) Reumatismo y otras drogas (cloroquina, etc.)

GRUPO No. 3

- 1) Alcohol
- 2) Sustancias psicoactivas (cocaína, tolueno, etc.)

PREVIO AL INTENTO SUICIDA RECIBIO TRATAMIENTO MEDICO.

- (0) Nunca
- (1) Si, menos de seis meses
- (2) Si, más de seis meses y menos de doce meses
- (3) Si, no está seguro, no recuerda

AREA DE RESIDENCIA EN EL MOMENTO DEL INTENTO DE SUICIDIO.

(Donde estaba cuando esto ocurrió)

¿CUÁL FUE SU INTENCIÓN?



¿POR QUÉ HIZO ESTO?

¿QUÉ PASO EN SU VIDA QUE TOMO ESTE CAMINO?

¿CUÁL ES SU SITUACION ACTUAL? ¿QUÉ PIENSA HOY?

¿SIENTE LA NECESIDAD DE SER AYUDADO?

CAMBIO DE DIRECCIÓN DURANTE EL ÚLTIMO AÑO:

- (1) Paciente tiene la misma dirección que el ultimo año que intento suicidarse.
- (2) Cambio la dirección previamente, pero sigue viviendo en la misma área de cobertura
- (3) Cambio la dirección fuera del área de cobertura pero en el mismo departamento
- (4) Se desconoce

REPETICIONES DE INTENTO SUICIDAS:

- (0) No repitió durante el último intento.
- (1) Primera vez que repite el intento suicida.
- (2) Segunda repetición de intentar suicidarse.
- (3) Tercer intento de suicidio.
- (4) _____ intento suicida
- (5) Se perdió el caso.



INTENCION DEL ACTO SUICIDA:

- (1) Acto deliberado o planificado.
- (2) Acto impulsivo, no planificado.
- (3) Gesto parasuicida.
- (4) Sobredosis.
- (5) Serio intento suicida.
- (6) Se desconoce la intención.

CERTEZA O SEGURIDAD DE LO QUE ESTÁ HACIENDO EN SU VIDA:

- (1) Certeza o seguridad.
- (2) Inseguridad.

SIS SUICIDE INTENT SCALE

1. Aislamiento:

¿ESTABA ALGUNA PERSONA CERCA DE USTED CUANDO INTENTO HACERSE DAÑO USTED MISMO? EJ: EN EL MISMO CUARTO, CONVERSACION TELEFÓNICA.

- 0.- alguno presente
- 1.- alguno próximo o en contacto (eje. Teléfono)
- 2.- ninguno próximo o en contacto

2. MEDIDA DEL TIEMPO:

¿EN QUE MOMENTO HIZO USTED ESTO? ¿ESTABA USTED EXPCTANDO A ALGUIEN? ¿PODRIA ALGUIEN LLEGAR PRONTO? ¿CONOCIA USTED QUE TENIA ALGUN TIEMPO ANTES QUE ALGUIEN PUDIERA LLEGAR?

- 0.- No pensó acerca de la posibilidad
- 1.- Midió el tiempo para tal no probable intervención
- 2.- Midió el tiempo para tal muy probable intervención

3. PRECAUCIÓN EN CONTRA DE SER DESCUBIERTO Y/O INVENTOS:

¿HIZO ALGUNA COSA PARA PREVENIR QUE ALGUIEN PUDIERA ENCONTRARLA? EJE: DESCONECTO EL TELÉFONO, PUSO UNA NOTA EN LA PUERTA, ETC.



0.- No precaución del todo

1.- Prevención pasiva, tal como evitar a otros, pero no hacer nada para prevenir la intervención de ellos (eje: estar solo en el cuarto, sin llave la puerta)

2.- Precaución activa (eje: estar solo en el cuarto con la puerta con llave)

4. ACCION PARA GANAR AYUDA DESPUÉS DEL INTENTO:

DESPUÉS DEL ATENTADO CONTRA SI MISMO, LLAMO A ALGUIEN PARA DECIR LO QUE HABÍA HECHO.

0.- Notifico a potenciales ayudadores en cuanto al tiempo.

1.- Contacto pero no específicamente notificó a potenciales ayudadores en cuanto al intento.

2.- No contacto, o notifico ayudadores.

5. ACTO FINAL EN ANTICIPACIÓN DE MUERTE.

HIZO ALGUNA COSA, TAL COMO PAGAR RECIBOS, DECIR ADIÓS, ESCRIBIR UN TESTAMENTO, UNA VEZ QUE DECIDIÓ HACERSE DAÑO USTED MISMO.

0.- Ninguno

1.- sufridos pensamientos acerca de crear o hacer algunos arreglos en anticipación de muerte

2.- Planes definitivos hechos (crear creaciones, cambiar una probabilidad, dar presente, tomas seguros)

6. GRADO DE PLANIFICACIÓN

¿HABRIA USTED PLANEADO ESTO PARA ALGÚN TIEMPO? ¿HIZO USTED ALGUNA PREPARACIÓN TAL COMO GUARDAR PÍLDORAS, ETC.?

0.- No preparación (no plan)

1.- Mínimos o moderada preparación

2.- Extensa preparación (planes detallados)

7. NOTA SUICIDA (CARTA DE DESPEDIDA):

¿ESCRIBIO UNA O MAS NOTAS DE DESPEDIDAS? SI ES "SI" ¿PARA CUANDO? ¿SI ES "NO" PENSO USTED ACERCA DE ESCRIBIR ALGO?

0.- Ninguna nota, no pensó acerca de escribir una.

1.- Pensó escribir una pero no hizo nada

2.- Existencia de una carta, o escribió la nota pero la rompió



8. COMUNICACIÓN DE INTENTO ANTES:

DURANTE EL ULTIMO AÑO, DIJO A VECINOS, AMIGOS Y/O MIEMBROS DE LA FAMILIA, IMPLÍCITO O EXPLÍCITO, QUE USTED TENIA LA INTENCIÓN DE HACERSE CAÑO A SI MISMO.

- 0.- Ninguna
- 1.- Equivocas comunicaciones (ambiguas o implícitas)
- 2.- Inequivocas comunicaciones (explícitas)

9. PROPÓSITO DE ACTO:

¿PUEDE USTED DECIRME QUE USTED ESPERABA CONSEGUIR CON EL DAÑO A SI MISMO?

- 0.- Principalmente manipular a otros
- 1.- Descanso temporal
- 2.- Muerte

10. ESPECTADORES EN CUANTO A FATALIDAD DEL ACTO:

¿QUÉ PENSABA USTED DE LA POSIBILIDAD DE MORIR COMO RESULTADO DE SU ACTO?

- 0.- Paciente pensó que morir no era deseado o no pensó acerca de esto
- 1.- Paciente pensó que morir era posible pero no probable
- 2.- Paciente pensó que morir era probable o cierto

11. CONCEPCIONES DE LA LETALIDAD DEL MÉTODO:

SI SOBREDOSIS: ¿PENSO QUE LA CANTIDAD DE PÍLDORAS TOMADAS FUE MAS O MENOS LA DOSIS QUE PODRÍA MATARLO A USTED?

OTRO: ¿PENSO ACERCA DE OTRO MÉTODO QUE PODRÍA SER MAS O MENOS PELIGROSO QUE EL QUE USTED USO?

- 0.- Menos sufrimiento para él/ella, que él/ella pensaban podría ser mortal o sufrir, no pensó acerca de esto (tenía mas píldoras)
- 1.- Sufrir no estaba seguro o pensaba que él/ella debía ser letal
- 2.- Acto excedido o igualado que el paciente pensaba era letal



12. GRAVEDAD DEL INTENTO:

CONSIDERO SU ACTO COMO UN INTENTO A TOMAR SU VIDA:

- 0.- Paciente no considero un acto como un intento serio a finalizar su vida
- 1.- Paciente estaba incierto considerando su acto como un serio intento a finalizar su vida
- 2.- Paciente considero el acto como un serio intento a poner fin a su vida.

13. AMBIVALENCIA HACIA VIVIR:

¿CUÁLES FUERON SUS SENTIMIENTOS HACIA LA VIDA Y LA MUERTE? ¿EL DESEO DE VIVIR ERA MAS FUERTE QUE EL MORIR? ¿O NO TENIA CUIDADO POR VIVIR O MORIR?

14. CONCEPCIÓN DE REVERSIBILIDAD:

¿QUÉ PENSABA ERA EL CHANCE DE SOBREVIVIR SE PUDIESE RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO DESPUÉS DEL INTENTO?

- 0.- Paciente pensaba que morir podría ser diferente si él/ella recibía atención médica.
- 1.- Paciente fue incierto en caso de muerte podría ser evitado por atención médica
- 2.- Paciente fue cierto de morir aun si él/elle recibía atención médica.

15. GRADO DE PREMEDITACIÓN:

¿CUAN LARGO ANTES DE SU ACTO TENIA USTED DECIDIDO HACER ESTO?
¿TENIA USTED PENSAMIENTO ACERCA DE ESTA POR ALGÚN TIEMPO O HIZO ESTO POR IMPULSO?

- 0.- Ningun impulso
- 1.- Contempló el acto por tres horas o menos, previo al intento
- 2.- Contempló el acto por más de tres horas antes del intento

Valoración Escala SIS:

LEVE:	0-7
MODERADO:	8-14
SEVERO:	Mayor de 15

Impresión diagnóstica:

(comorbilidad con el intento suicida ej. Depresión mas intento suicida)



TABLAS DE FRECUENCIA

Número de hijos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	24	53.3	53.3	53.3
	1	5	11.1	11.1	64.4
	2	6	13.3	13.3	77.8
	3	8	17.8	17.8	95.6
	4	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Estructura familiar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	vive solo	4	8.9	8.9	8.9
	vive sola con ninoc	5	11.1	11.1	20.0
	vive sola con su padres sinninos	6	13.3	13.3	33.3
	vive son su padres y ninos	7	15.6	15.6	48.9
	vive con su padres	12	26.7	26.7	75.6
	vive con otros amigos	1	2.2	2.2	77.8
	otros	10	22.2	22.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Riesgo de repetitividad de la conducta suicida de pacientes atendidos por dicha causa en el
HEODRA



HORAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	9:00	1	2.2	2.2	2.2
	10:00	1	2.2	2.2	4.4
	11:00	2	4.4	4.4	8.9
	12:00	1	2.2	2.2	11.1
	13:00	1	2.2	2.2	13.3
	14:00	2	4.4	4.4	17.8
	15:00	1	2.2	2.2	20.0
	17:00	5	11.1	11.1	31.1
	18:00	3	6.7	6.7	37.8
	19:00	2	4.4	4.4	42.2
	20:00	8	17.8	17.8	60.0
	20:30	1	2.2	2.2	62.2
	21:00	5	11.1	11.1	73.3
	21:30	1	2.2	2.2	75.6
	22:00	7	15.6	15.6	91.1
	23:00	4	8.9	8.9	100.0
Total		45	100.0	100.0	

MEDIDA DE TIEMPO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	35	77.8	77.8	77.8
	media gravedad	8	17.8	17.8	95.6
	mayor gravedad	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Riesgo de repetitividad de la conducta suicida de pacientes atendidos por dicha causa en el
HEODRA



PRECAUCION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	27	60.0	60.0	60.0
	media gravedad	15	33.3	33.3	93.3
	mayor gravedad	3	6.7	6.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

GRADO PLANIFICACION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	31	68.9	68.9	68.9
	media gravedad	14	31.1	31.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

NOTA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	29	64.4	64.4	64.4
	media gravedad	12	26.7	26.7	91.1
	mayor gravedad	4	8.9	8.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

COMUNICACION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	30	66.7	66.7	66.7
	media gravedad	8	17.8	17.8	84.4
	mayor gravedad	7	15.6	15.6	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Riesgo de repetitividad de la conducta suicida de pacientes atendidos por dicha causa en el
HEODRA



PROPOSITO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	9	20.0	20.0	20.0
	media gravedad	5	11.1	11.1	31.1
	mayor gravedad	31	68.9	68.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	
EXPECTACION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	8	17.8	17.8	17.8
	media gravedad	9	20.0	20.0	37.8
	mayor gravedad	28	62.2	62.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

CONCEPCION LETALIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	13	28.9	28.9	28.9
	media gravedad	15	33.3	33.3	62.2
	mayor gravedad	17	37.8	37.8	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

GRAVEDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	2	4.4	4.4	4.4
	media gravedad	3	6.7	6.7	11.1
	mayor gravedad	40	88.9	88.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Riesgo de repetitividad de la conducta suicida de pacientes atendidos por dicha causa en el
HEODRA



AMBIVALENCIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	9	20.0	20.0	20.0
	media gravedad	8	17.8	17.8	37.8
	mayor gravedad	28	62.2	62.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

CONCEPCION REVERSIBLE					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	15	33.3	33.3	33.3
	media gravedad	18	40.0	40.0	73.3
	mayor gravedad	12	26.7	26.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

PREMEDITACION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor gravedad	10	22.2	22.2	22.2
	media gravedad	27	60.0	60.0	82.2
	mayor gravedad	8	17.8	17.8	100.0
	Total	45	100.0	100.0	