

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE PSICOLOGIA



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID, UAM, ESPAÑA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA BIOLOGICA Y DE LA SALUD

Tesis para optar al título de Máster

**VARIABLES PSICOSOCIALES Y SU RELACION CON LOS INTENTOS DE
SUICIDIO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCION
PSICOSOCIAL DE CHINANDEGA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2007**

**ELABORADO: Lic. Ruth del Socorro Romero Zapata, Psicóloga del CAPS Chinandega,
MINSA**

**TUTOR: Dr. Alberto Berríos Ballesteros, Profesor titular, facultad de ciencias médicas.
UNAN, León.**

Chinandega, Nicaragua, Agosto del 2011.

INDICE:

I	Introducción.....	4
II	Antecedentes.....	10
III	Justificación.....	18
IV	Planteamiento del problema.....	20
V	Objetivos.....	21
VI	Marco teórico.....	22
6.0	Adolescencia.....	22
6.1	Tipos de comportamiento suicida.....	30
6.2	Suicidio en la adolescencia.....	32
6.3	Tentativas y consumación de suicidio en la adolescencia.....	33
6.4	Incidencia del suicidio.....	34
6.5	Factores sociales determinantes.....	38
6.6	Salud mental y su relación con el suicidio.....	38
6.7	Otros problemas a lo largo de la vida que se deben tener en cuenta.....	41
6.8	Genética y suicidio.....	42
6.9	Factores psicosociales agravantes.....	42
6.10	Métodos.....	46
6.11	Factores protectores.....	46
6.12	Tratamiento.....	47
6.13	Técnicas de intervención.....	53
6.14	Psicoterapia de la depresión.....	56
6.15	Un llamado para el enfoque interdisciplinario del suicidio.....	57

VII	Material y método.....	60
VIII	Resultados.....	63
IX	Discusión.....	70
X.	Conclusiones.....	73
XI	Recomendaciones.....	74
XII	Referencias bibliográficas.....	76
XIII	Anexo.....	83

I. INTRODUCCION.

La adolescencia es definida y aceptada internacionalmente por la Organización Naciones Unidas ONU, mediante el establecimiento de que los(as) adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir la segunda década de la vida (UNICEF, 2011).

La adolescencia es un periodo importante del crecimiento y la maduración del ser humano; durante este periodo se producen cambios singulares y se establecen muchas de las características del adulto. La proximidad de la adolescencia a la madurez biológica y la edad adulta puede proporcionar las últimas oportunidades de realizar ciertas actividades orientadas a prevenir los problemas de salud del adulto OMS (Octubre, 2011).

En este sentido la adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. De acuerdo a la OMS, es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, la adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan: aspectos psicosociales que están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado estarán presentes durante esta etapa de la vida (Pérez, 2006).

Asociado a la adolescencia existe una variedad de conductas de riesgos que inciden en su salud, así Caldera y Herrera (2004), encontraron que la adolescencia está íntimamente relacionada con la conducta suicida. Los diferentes estudios sobre patología asociada a los comportamientos suicidas revelan la elevada prevalencia de trastornos del comportamiento y otros factores en los niños y adolescentes (Cabra, Infante y Sossa, 2010).

Cabe mencionar los factores biológicos: trastornos neuroquímicos, factores clínicos: enfermedad terminal, factores demográficos: la edad, presencia de fenómenos de contaminación cultural. Para el año 1996 la UNICEF, informa que el mayor índice de suicidio se presentó en países como Finlandia, Lituania, Nueva Zelanda, Federación Rusa y Eslovenia, así también los grupos sociales según el país, los países más desarrollados tienen los índices más altos de suicidio: Suecia, Japón, Suiza, USA, la religión, una vida espiritual sana y consecuente parece ser un factor protector, zona geográfica según el país, período del año, parecen existir ciclos, más frecuentes en primavera y otoño y los días lunes (Montedeoyo, Septiembre, 2011).

Así también los antecedentes familiares tienen mayor riesgo cuando hay historia de posible contaminación psicológica y/o historia de enfermedad psiquiátrica (enfermedad bipolar). Se destacan mala comunicación, alcoholismo y lazos familiares rotos, factores etiológicos agudos, depresión grave, desesperación, pérdida significativa (muerte, separación, pérdida económica, etc.), interrupción de medicación, intoxicación por alcohol o drogas, triángulo letal de Schneiderman, síntomas característicos que acompañan a la persona cuando está a punto de cometer suicidio, baja autoestima, agitación extrema en la cual la persona se encuentra muy presionada y no discierne claramente; las decisiones intelectuales se

transforman en decisiones impulsivas de orden afectivo: "El dolor de ellos es más superable que el que yo tengo ahora"; "Visión en túnel" ("no se ve otra cosa que la muerte como salida") o limitación en las posibilidades intelectuales que determinan que el sujeto no puede discernir serenamente más allá de la situación inmediata (Montedeoyo, Septiembre 2011).

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socio-económica existente. Como fenómeno individual se ha distinguido en todas las sociedades (Castillo, Ledo y Jiménez 2007).

El suicidio se ubica entre las 10 primeras causas de muerte en el mundo según la OMS, estima que al menos 1110 personas se suicidan cada día y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, religión, etnia, etc. y alerta sobre el incremento de las tasas de suicidio como una tendencia creciente sobre todo en la población joven, planteando que cada 42 segundos alguien hace un intento suicida con ocurrencia del suceso, cada 17 minutos sobre todo jóvenes entre 5 y 14 años de edad, los que en determinado momento de su existencia sienten que la vida no tiene sentido por diferentes causas entre las que están: enfermedades físicas o mentales, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, las dificultades cotidianas de un mundo convulso, hacen que el intento suicida sea la única opción para ellos (Castillo, Ledo y Jiménez 2007).

La conducta suicida se encuentra influida por numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales y se deriva directamente de la voluntad del individuo. La OMS en su clasificación internacional de enfermedades define dicha conducta como “ Un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y siendo considerado el resultado por el autor como instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social ”, podemos observar que para la definición de conducta suicida es indispensable que la víctima coincida con el agresor y que sea conocedora de los resultados fatales a los que puede llevar su actuación. Diferentes teorías han tratado de encontrar el porqué de esta controvertida conducta que resulta tan inexplicable por oponerse al instinto básico de conservación que posee el ser humano.

Existen corrientes biológicas, psicológicas y sociales cuyos representantes al tratar de explicar la etiología de esta conducta, convergen hoy con el criterio de que la etiología de la conducta suicida es multifactorial y que, el valorar cada factor independiente, solo resta posibilidad de detectar a tiempo a un posible suicida (Castillo, Ledo y Jiménez 2007).

Para la OPS (2003), la conducta suicida constituye una de las formas en que se presenta la violencia, en este caso autoinflingida, y también abarca otro tipo de conductas como las automutilaciones. Con respecto a la agresión y la violencia, se ha estimado que entre un 10 y 20% de sujetos suicidas tienen historias de violencia, mientras que un 30% de personas violentas tiene historias de comportamientos suicidas (Plutchik & Van Praag, 1990 citados en Committee on Adolescence, 1996).

En torno al tema de las conductas suicidas, existe consenso que éstas (sean ideas, intentos o suicidios consumados) no se trata de una “entidad mórbida específica, sino que puede darse en una gama de situaciones que van desde eventos de vida estresantes, depresión mayor, abuso de drogas y alcohol, conducta antisocial, historia familiar disfuncional, impulsividad y agresividad, imitación a través de los medios de comunicación y otros” (Montenegro & Guajardo, 2000). Es decir, más que una entidad mórbida en sí, se trata de un signo, síntoma o indicador.

El suicidio es un severo problema social de orden mundial. En la mayoría de países desarrollados se encuentran entre las diez primeras causas de muerte y en ciertos grupos de edades ocupa el segundo lugar. En Nicaragua, en los últimos cinco años, ha estado entre las primeras once causas de muerte. Existen grandes dificultades para registrar los suicidios con un razonable grado de confiabilidad. Esta dificultad se acentúa en los países más pobres, Nicaragua no es la excepción. Las razones culturales y religiosas inciden negativamente y conllevan que las familias eviten registrar las defunciones de sus parientes como suicidio, ocultándolo siempre que puedan. La culpa generada por el auto-cuestionamiento familiar y los posibles comentarios de la comunidad, aumentan el sentido de estigma que ya de por sí existen en las creencias de la población acerca de las personas suicidas y su familia.

No se cuenta con una legislación expedita que nos permita realizar acciones encaminadas a conocer con certeza las cifras reales de suicidio, como podría ser la obligatoriedad de practicar autopsia en cualquier caso de fallecimiento súbito, violento, sospechoso o extra hospitalario como obliga la ley en otros países. La policía nacional suele llevar sus propios

registros, pero generalmente las cifras quedan por debajo de las del Ministerio de salud (MINSa) y hasta ahora no se han implementado medidas para la unificación de los datos estadísticos. Igual ocurre con el registro de las defunciones en las instancias municipales correspondientes.

Finalmente, la carencia de recursos, ausencia de psicólogos(as) y psiquiatras en el primero y segundo nivel de atención, el poco desarrollo de acciones comunitarias y problemas de organización de los servicios, son responsables de que nuestra institución lleve registros incompletos y poco confiables de los casos de suicidio aún en las unidades de salud, así como de los intentos que se atienden en las mismas. Esto ha sido fácil de comprobar cuando, en investigaciones dirigidas, los encuestadores que entrevistan a las familias de los fallecidos registrados en los hospitales, se han encontrado que en cada comunidad la gente conoce de otros casos que nunca fueron llevados a los mismos y por lo tanto, el MINSa no guarda registro de ellos. No obstante, utilizando estos subregistros, podemos decir que aunque no conozcamos con certeza la magnitud del problema en términos de prevalencia, la tendencia al incremento de los casos de suicidio en Nicaragua va más allá del crecimiento demográfico natural de nuestra población (Fletez, 2007).

II ANTECEDENTES.

El suicidio en los jóvenes no es un acto impulsivo del momento, sino por lo general ocurre como etapa final de un período de crisis interna y malestar externo, es una reacción extrema que ocurre en especial cuando los adolescentes se sienten incapaces de buscar ayuda en los demás.

Se cree que la desesperanza o expectativas negativas acerca del futuro pueden ser el catalizador principal en el suicidio y podría ser un factor aún más importante que la depresión. Los jóvenes encuentran la vida tan dolorosa que de forma deliberada se causan la muerte. El suicidio en niños menores de 14 años aumenta de forma alarmante y en los jóvenes aumenta más rápido.

En un estudio realizado por (Boergers 2003, citado en Spirito & Overholser), entre las razones más frecuentes referidas por los adolescentes que realizaron un intento de suicidio estuvieron: el deseo de morir 28 %, obtener alivio 18 % y escapar 13 %. Las razones de carácter manipulatorio fueron menos frecuentes 9 %. Datos similares aportan Londino, Mabe y Josephson (2003), quienes encontraron que las motivaciones más frecuentes en adolescentes tenían que ver más con el deseo de morir, obtener alivio o escapar, que conseguir la atención de otros.

Los adolescentes que expresaron el deseo de morir como razón para realizar el intento de suicidio, reportaron más desesperanza, depresión, tendencia al perfeccionismo y dificultades para expresar rabia (Boergers, citado en Spirito & Overholser, 2003). Por otra parte, (Hendin, 1991 citado en Committee on Adolescence, 1996) sugiere que el significado nuclear de todos los intentos de suicidio sería obtener control sobre situaciones que el adolescente considera intolerables y donde se siente incapaz de influir de manera más racional y menos dramática. Así, obtendrían control mágico sobre una pérdida (a través de reunirse con otro luego de su muerte), aliviarían la culpa de no poder cumplir las expectativas sociales y familiares, concretizarían el deseo de venganza y castigo a otros, adquirirían control en familias disfuncionales: chivo expiatorio y en situaciones catastróficas (Committee on Adolescence, 1996).

Un estudio realizado por Valdivia, Quevedo, Salazar, Silva y Torres (2005), en adolescentes rurales de enseñanza media con una muestra de 224 jóvenes, se encontró que 40 de ellos habían realizado al menos un intento de suicidio. De ellos 65 % fue de sexo femenino, edades entre 14 y 19 años; el 30 % cometió su intento en los últimos 12 meses, 37.5 % antes de los últimos 12 meses y 32.5 % en ambos períodos, originando un total de 68 intentos. Métodos más usados fueron lesiones cortantes 30.9 % e ingesta de medicamentos 29.4 %. Finalidad más frecuente terminar con su vida 50 %. Desencadenantes más frecuentes problemas familiares 55.9 % y problemas amorosos 10.3 %. Sentimiento post intento predominante fue el arrepentimiento 51.5 %. Se hospitalizó el 7.4 %.

Así mismo Ruíz y Sepúlveda (2004), en una muestra de 116 adolescentes de enseñanza media, se encontró que el 11 % de la muestra había realizado un intento suicida, donde el 7 % eran mujeres y el 4 % hombres. Otro dato interesante es que el 75 % de los sujetos que refirieron presentar ideación suicida “a menudo”, presentaron también intento de suicidio.

Otro, realizado por Quinteros y Grob (2003), en una población no clínica de adolescentes, con una muestra de 177 se encontró que el 5.6 % hizo un intento de suicidio en los últimos 12 meses y que dentro de ellos el 70 % correspondía a mujeres y un 30 % a hombres.

La investigación de Valdivia, Ebner, Fierro, Gajardo y Miranda (2001), en pacientes entre 7 y 15 años con ingresos por intentos de suicidio a los servicios pediátricos, en el periodo de octubre de 1995 a septiembre de 1999, se encontró que de 46 ingresos por este motivo, 78.3 % eran de sexo femenino y que en la mitad de los casos no hubo planificación previa.

Un estudio en 113 adolescentes puertorriqueños entre 12 y 18 años reveló la estrecha relación entre la ideación suicida y depresión, baja autoestima, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos. Encontró diferencias entre los adolescentes que reportaron altos niveles de ideación suicida y aquellos que reportaron bajos niveles de ideación suicida. Los que manifestaron niveles altos de ideación suicida reportaron altos niveles de depresión, bajos niveles de autoestima y la presencia de más eventos de vida negativos, entre esos eventos mencionaron: dificultades económicas, rompimiento con novio(a) y dificultades con algún miembro de la familia, de acuerdo con (Yang y Clum, 1996, citados en Rosselló, Berríos, 2004), estos eventos deben servir de alerta ya que según ellos si ocurren antes de los 18 años tienen un mayor impacto en el desarrollo de deficiencias cognitivas,

predisponiendo a los adolescentes a una conducta suicida antes o durante la adultez joven. Los hallazgos obtenidos sugieren una relación significativa entre riesgo suicida y eventos de vida negativos, autoestima y actitudes disfuncionales.

Un estudio retrospectivo de admisiones a una sala de emergencia de un hospital pediátrico, en un período de 7 años, a 505 niños y adolescentes que intentaron suicidarse, fue comparado con un grupo control similar en edad sexo y fecha de admisión, encontrándose en los primeros las siguientes características: Hubo 3 veces más niños que niñas, los síntomas clínicos mostrados más a menudo tanto por niños como por adolescentes fueron afecto fluctuante, agresividad y hostilidad o ambos, la mayor parte de los I.S. ocurrieron en el hogar (73%), el 12% en áreas públicas, el 7% en la escuela y el 5% en la casa de un amigo; en el 87% de los casos alguien más estaba cerca por lo general los padres. La mayor parte de los intentos fueron realizados durante los meses de invierno, en la tarde o en la noche. La sobredosis de fármacos fue el medio principal del I.S. Más del 77% de los intentos fueron considerados de letalidad baja, el 21% moderadamente letales y poco más del 1% muy letales. (Garfinkel, Froese y Hood, 1982).

Algunos investigadores refieren que pocos estudios del suicidio examinan simultáneamente al individuo en combinación con los factores de riesgo psiquiátricos y psicosociales, al respecto Cheng, Chen, Chen Chen and Jenkins (2000); realizaron casos controles de autopsia psicológica entre 113 suicidios y 226 casos vivos combinados con edad, sexo, etnia y área de residencia en Taiwán. Los resultados encontraron que los 5 factores de riesgo más importantes son acontecimientos de desorientación, relativa conducta suicida en primer grado, 10 casos importantes de episodios depresivos, inestabilidad emocional y

dependencia de sustancias. Encontrando que los efectos del suicidio son condiciones multivariadas y requieren un análisis retrospectivo. Concluyendo que para una intervención y manejo efectivo se debe brindar importancia a los acontecimientos vitales e inestabilidad emocional de los sujetos así como a las familias con tendencia de conductas suicidas que frecuentemente tienen dependencia de alcohol y otras sustancias.

Por otro lado, en Bélgica donde las tasas de suicidio entre los hombres jóvenes se ha duplicado en la última década y para conocer los factores de riesgo con el fin de desarrollar una estrategia de prevención, se investigó utilizando el método de autopsia psicológica, siendo intervenidos 19 casos suicidas entre las edades de 15 a 19 años, los resultados reflejaron que todos los adolescentes sufrían más de un desorden mental al momento de su muerte y casi la mitad diagnosticados con un trastorno de la personalidad, aparece relevante además múltiples eventos de la vida y otros problemas psicosociales, continua señalando dicho estudio que solo una pequeña minoría recibió tratamiento por su trastorno. Concluyendo que los desordenes mentales no tratados y combinados con trastorno de la personalidad y problemas psicosociales son frecuentemente encontrados en los jóvenes suicidas. Este estudio sugiere para prevenir el suicidio educar o informar sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión (Portzky, Audenaert y Van Heeringen, 2005).

Al respecto en Australia y Nueva Zelanda se han incrementado los suicidios en los jóvenes en las últimas tres décadas y la evidencia que se obtiene actualmente sobre los factores de riesgo de comportamiento suicida procede de una revisión desde mediados de 1980. Destacando entre dichos factores la situación de desventaja social y educativa, adversidad en la niñez y la familia, psicopatología, vulnerabilidades individuales y exposición a eventos estresantes de la vida y circunstancias socio culturales. Señalando con frecuencia los comportamientos suicidas entre los jóvenes parecen ser una consecuencia de las situaciones adversas de la vida en la que múltiples factores de riesgo de estos dominios se combinan para aumentar el riesgo de comportamiento suicida. Concluyendo así que las intervenciones para reducir los riesgos se deben centrar en la detección oportuna, tratamiento y manejo de los jóvenes con trastornos mentales (Beautrais, 2000).

Motivados ante el incremento de los intentos suicidas en adolescentes antes de los 20 años de edad en las últimas décadas, se realizó un estudio de caso y caso control de los adolescentes que hicieron intento suicida en la provincia de Sancti Spiritus, durante el segundo semestre del 2005 y el primero del 2006, con el objetivo de identificar los factores que se asocian con el intento suicida. Las causas mayormente referidas fueron la familia, seguida de problemas en la escuela para las edades de 10 – 14 años y en la relación de pareja, seguida por causas familiares para las edades de 15 – 19 años. Las variables que mostraron asociación con el intento suicida fueron la presencia de ideación y planes suicidas como el deseo de hacerse daño, la elaboración de planes anteriores, presencia de desesperanza y comunicación de la ideación suicida. En la dinámica familiar se encontró desconfianza con los padres, no tener a quien contar sus problemas y las malas relaciones con la madre entre otras. Concluyendo que hay un predominio del sexo femenino en los

intentos suicidas en las edades comprendidas entre 15 – 19 años. La familia y la escuela son las principales causas para las edades de 10 a 14 años y la familia y pareja para las edades de 15 a 19 años (Cortez, Aguilar, Medina, Toledo y Echemendía, 2010).

En Nicaragua Los expertos han establecido que las situaciones de posguerra y catástrofes naturales, con sus secuelas de duelos, disrupciones familiares, apropiación de conductas violentas para enfrentar los problemas cotidianos, sumados a los problemas económicos y sociales, como las altas tasas de desempleo, inseguridad ciudadana, accesibilidad a las armas de fuego u otros métodos altamente letales (fosfinas, órganos fosforados, etc.), inestabilidad política, social, asociados a los escasos recursos estatales para controlar el abuso de sustancias, aumento de la criminalidad y de los suicidios, especialmente en los hombres y mujeres jóvenes.

Así Fletez (2007), informa que de los 111 suicidios registrados en 1992, correspondían un 0.89% de las muertes generales y un 6.02 de las traumáticas, alcanzando en 1996 la cantidad de 224, correspondiente al 1.67% de las causas generales y al 11.83% de las traumáticas, Es importante señalar que el SILAIS Chinandega alcanzó de 1992 a 1994 un incremento de 336.3% (de 11 a 37 casos), constituyendo en dicho año el 25.3% de todos los datos suicidas del país.

Particularmente entre los problemas de salud del Departamento de Chinandega, el Centro de atención psicosocial, CAPS, en su informe 2002- 2006, indica una alta incidencia de intentos suicidas y suicidios consumados ocuparon el cuarto lugar a nivel nacional. El número de casos de intentos suicidas del 2002- 2006 tiene una tasa de 29.4% (CAPS, 2007).

El mismo informe indica que todos los municipios reportan casos de intentos suicidas, el sexo más afectado es el femenino, el método mas usado son los fármacos. De los suicidios consumados, el sexo masculino es el más afectado, teniendo una relación 2-1 con el sexo femenino, el grupo etareo con mayor incidencia son los adolescentes y jóvenes de 15-30 años y los métodos más utilizados son rodenticida, ahorcamiento y armas de fuego. Las estadísticas recopiladas en el Centro de Atención Psicosocial, provienen de la demanda asistencial y de los reportes de los Centros de salud de los municipios y de los Hospitales de Chinandega. No existe hasta el momento un conocimiento preciso de la influencia de los factores psicosociales en esta conducta (CAPS, 2007).

III JUSTIFICACION.

Varios hechos se esgrimen hoy día como elementos importantes que favorecen la actitud suicida: una salud psicológica quebrantada, la superioridad de lo material sobre lo espiritual, el consumismo exagerado, la ambición desmesurada del hombre por el poder, la frialdad del cientificismo tecnológico, la ausencia de significatividad religiosa, el estrés de la vida, la vejez desprotegida e institucionalizada, la disolución familiar, la pérdida de vínculos, la falta de valores, la masificación, la soledad del ser humano, la pérdida de roles y valores. Actualmente la conducta suicida es considerada desde un punto de vista más psicológico que moral. Está entre las diez causas principales de muerte en zonas industrializadas del mundo y es la segunda o tercera causa más importante de muerte entre los jóvenes.

Los estudios realizados hasta el momento han logrado determinar diversas causas y factores predisponentes asociados a los intentos suicidas, identificando los grupos de mayor riesgo así como métodos frecuentemente utilizados. La tendencia de las autoagresiones observadas en la población de Chinandega, las repercusiones devastadoras en la familia y en la sociedad hacen necesario la participación intersectorial, interinstitucional y comunitaria, sobre todo con un enfoque preventivo.

Considerando que todas las etapas del ciclo vital del ser humano son importantes y están sujetos a constantes cambios tanto en su desarrollo biológico, emocional, cognitivo y social favoreciendo o no el desarrollo de sus factores protectores, la resiliencia, identidad, sus proyectos de vida, su autonomía. A esto se suma la importancia de un entorno familiar sano, estable, sólido que favorezca la comunicación clara, que facilite la expresividad de emociones y sentimientos y logren enfrentar los problemas cotidianos y las situaciones de crisis de una forma positiva, asimilándolos o no como retos para su crecimiento personal.

El suicidio sigue siendo una alternativa frecuente y grave en la población joven y adolescente en la búsqueda de soluciones a los problemas, considero necesario analizar al grupo de adolescentes de 15 a 19 años de edad y profundizar en la influencia de los factores de riesgo psicosocial que tienen mayor influencia en los intentos suicidas, que son los que predicen el problema con un mayor grado de probabilidad e intervenir oportunamente esta situación, elaborando estrategias de acción más específicas a nuestra realidad.

Basado en lo anterior y considerando las estadísticas vitales sobre el suicidio en Nicaragua y en especial en el departamento de Chinandega y dado que en este departamento se tienen las tasas mas altas de dicho problema, considero imperativo profundizar en las causas del intento de suicidio, particularmente aquellos relacionados a los factores psicosociales, la experiencia clínica desarrollada en los servicios de salud mental del CAPS nos dan la pauta para ampliar el conocimiento sobre factores asociados a dicha conducta.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta problemática entre adolescencia y suicidio es bastante compleja; se puede decir que el riesgo suicida es indisoluble de la experiencia adolescente en nuestra sociedad contemporánea, y por lo tanto es necesario un estudio profundo de las particularidades propias del comportamiento, de la personalidad, del funcionamiento psíquico y mental del adolescente suicida.

En las últimas décadas las tentativas de suicidio se han incrementado considerablemente antes de los 20 años de edad, constituyendo una situación de extrema gravedad, siendo la principal característica de este grupo la poca afluencia a las unidades de salud y por consiguiente la baja adherencia a los tratamientos. Requiriendo esta problemática una correcta valoración del riesgo de los comportamientos suicidas, razón por la cual surge la siguiente interrogante:

¿Cuales son los factores asociados que más inciden en el intento suicida de los adolescentes de 15 a 19 años atendidos en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de Chinandega en el período de enero a diciembre del 2007?

V OBJETIVOS

General:

Identificar variables psicosociales y su relación con el intento suicida en dos grupos de adolescentes, con y sin tentativa de suicidio atendidos en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) y del área urbana del municipio de Chinandega.

Específicos:

- 1 Determinar las características sociodemográficas de ambos grupos de estudio.
- 2 Identificar las variables psicosociales relacionadas a la tentativa de suicidio en ambos grupos (trastornos mentales, adicciones, aspectos económicos y salud reproductiva).
- 3 Precisar qué rol desempeñan los procesos atributivos en la tentativa de suicidio (muerte, violencia intrafamiliar y sexual, noviazgo y conflictos familiares).
- 4 Distinguir las características de la tentativa de suicidio en ambos grupos (ideación, tentativas, métodos y antecedentes familiares).
- 5 Comparar en qué grupo se manifiesta la tentativa de suicidio.
- 6 Encontrar la relación entre la tentativa suicida y las variables sociodemográficas, psicosociales y procesos atributivos en ambos grupos.

VI. MARCO TEORICO

6.0 Adolescencia.

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones: la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida, otro aspecto la pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. Lo anterior significa que particularmente las niñas, pero también algunos niños, están llegando a la pubertad y experimentando algunos de los principales cambios fisiológicos y psicológicos relacionados con la adolescencia antes de ser considerados adolescentes por las Naciones Unidas: entre 10 y 19 años, otra razón son las grandes variaciones en las leyes de los países. Y por último las razones socio-culturales: es que independientemente de lo que digan las leyes acerca del punto que separa la infancia y la adolescencia de la edad adulta, innumerables adolescentes de todo el mundo trabajan, están casados (as), atienden a familiares, etc. Todas ellas actividades que corresponden a los adultos y que le roban su infancia y adolescencia. A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, las Naciones Unidas establecen que los(as) adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir la segunda década de la vida (UNICEF, 2011).

Existen tres factores de especial importancia en el desarrollo de la adolescencia que inciden fuertemente en el comportamiento de esta etapa: La relación con los padres: se refiere a la habilidad que logren tener los y las adolescentes para realizar el cambio que va desde haber sido totalmente dependientes de los padres, hasta hacerse más independientes

emocionalmente, el irse separando psicológicamente, es decir, mostrando su capacidad de pensar por sí mismos, lo que puede implicar hacerlo distinto a ellos y por ende poder tener desacuerdos con éstos. La relación con sus compañeras y compañeros: tiene que ver con la capacidad para escoger amigos que promuevan y posibiliten su deseo y esfuerzo para convertirse en adultos. La visión que él o la adolescente tiene de sí misma como una persona físicamente madura, se refiere a la capacidad del o la adolescente para realizar un cambio de imagen del niño que estaba principalmente al cuidado de sus padres, a la de alguien que comienza a sentirse propietario de su propio cuerpo y responsable de su cuidado (Laufer, 1999).

Es importante señalar a partir de lo anterior, que la etapa de la adolescencia se caracteriza por una necesidad del sujeto por reconocerse como un ser independiente, autónomo, que logra hacerse responsable de las consecuencias de sus propios actos. Este es un momento del desarrollo en el cual la persona buscará una respuesta, a través de las relaciones, las experiencias sociales y sexuales y del esfuerzo en el trabajo y la educación, para identificar lo que es aceptable para su conciencia y sus ideales, así como lo que debe ser aceptado o rechazado a toda costa, o qué debe ser mantenido a distancia sin satisfacer, para lograr un buen funcionamiento mental.

Por lo tanto en el desarrollo de la adolescencia de un joven sin ideación o intento suicida, se hacen evidentes las siguientes características: - El o la adolescente sabe que hay formas para sentirse valorado y admirado sin tener que continuar dependiendo de sus padres. - Por muy culpable o avergonzado que se sienta de algunos de sus pensamientos íntimos y

sensaciones que vienen de su cuerpo, aún puede obtener placer y buscar relaciones que le permitan permanecer en contacto con esas sensaciones de su propio cuerpo. - Aunque puede haber ocasiones en que sus pensamientos no solamente le avergüenzan sino que le preocupan (a causa de su asociación con ideas de anormalidad), también es consiente de que esos pensamientos, en última instancia no le harán sucumbir. - Ante situaciones de desesperación, puede apoyarse en la admiración de su propia conciencia para ayudarse a restaurar su auto respeto. - Mira su futuro con ilusión, con capacidad de reparación y de construcción de metas. Siendo esto las dificultades más comunes que puede enfrentar la mayoría de los adolescentes en su paso por este periodo, sin embargo, existe una realidad distinta en aquellos adolescentes cuyas vivencias personales hacen que lleguen a considerar el suicidio como una única alternativa para enfrentar sus dificultades (Laufer, 1999).

Refiriéndose a lo anterior Serfaty (1998), señala que todo intento de suicidio de un o una adolescente está dirigido a otro y trata de expresar una demanda de afecto, de atención, de amor, de ser escuchado y reconocido como persona. Debe por ende ser interpretado como una pregunta que requiere una respuesta. No sobra entonces decir que cualquier adolescente, hombre o mujer, que habla de suicidio, debe ser tomado en serio, así como también debe ser considerado en serio todo lo que reporte, ya que es probable que las experiencias en la adolescencia configuren, de muchas maneras, la vida adulta a nivel emocional, en las relaciones interpersonales, placeres, desilusiones y la relación con la propia persona como alguien a quien amamos u odiamos. Esto sobre todo porque el período de la adolescencia, trae cambios en la vida mental que hacen a la persona mucho más vulnerable a ese auto desprecio y a esa desesperación que puede conducir al suicidio.

En este aspecto Laufer (1999), opinó que debe reconocerse en el o la adolescente suicida, a un ser humano que sufre inmensamente y que se siente incapaz de encontrar caminos que renueven sus sentimientos de tormento. No tiene manera de restaurar su auto respeto o de disolver el daño que cree que sus pensamientos y sentimientos causan a él o ella y a otros, está solo(a) y cree que sus pensamientos y sentimientos son anormales y viven en algún lugar dentro de él o ella. El “abandonarse” – una descripción usada por muchos y muchas adolescentes cuando se refieren a su decisión de suicidarse – lo experimentan como un alivio, porque sienten que el suicidio es lo único que se puede hacer para luchar contra esa situación de angustia, percibida como un perseguidor interno; para reafirmar el hecho de que las experiencias dolorosas inciden en los intentos suicidas de los y las adolescentes, (Riggs y cols citados por Elster, Arthur y Kuznets, 1994), en un estudio con adolescentes de secundaria encontraron que los y las jóvenes con historia de abuso sexual eran tres veces más propensos(as) que otros a hacer actos suicidas y que aquellos que tienen historia de abuso psicológico son cinco veces más propensos.

Los informes de la OMS (2006), refieren que en la mayoría de los países, los índices de suicidio entre adolescentes varones experimentaron una disminución desde 1997, evidenciándose más en el Este y el Sur de Europa, Asia, Australia y Nueva Zelanda. A pesar de que el índice mundial general de suicidios entre mujeres adolescentes parece estar disminuyendo también, algunos países, como La India, informan índices relativamente altos de suicidio entre mujeres pertenecientes a este grupo de edad. El aumento de los índices de suicidio se atribuye al aumento de enfermedades psiquiátricas, al igual que muestran las investigaciones en adultos, hasta el 90% de los adolescentes que mueren por suicidio padece, al menos, una enfermedad mental.

Por tal razón es particularmente necesario atender a los grupos especiales de riesgo, entre ellos a los jóvenes que se involucran en comportamientos riesgosos o autodestructivos (fumar, conducir de manera peligrosa, sexo sin protección, abuso de sustancias), jóvenes expuestos a violencia hacia ellos mismos o hacia los demás o con una historia de violencia hacia otras personas, jóvenes sin hogar, los que han sufrido una pérdida importante o problemas en sus relaciones, aquellos con expectativas extremadamente altas de ellos mismos, los que enfrentan problemas en torno a su orientación sexual, jóvenes que se autolesionan de diferentes maneras en vez de realizar un intento de suicidio, jóvenes con enfermedades mentales graves y jóvenes que se encuentran bajo custodia de agencias de protección juvenil.

El mismo informe de la OMS (2006), cita un conjunto de pautas elaboradas por el centro de educación e información sobre suicidio en Alberta, Canadá, para ayudar a los jóvenes que se encuentran en riesgo de suicidio, entre las que se incluyen: -Los jóvenes informan índices mayores de intentos de suicidio que los adultos y poseen índices de suicidio más bajos. Las mujeres adolescentes son de 4 a 7 veces más propensas a intentar suicidarse que los varones. -Los varones utilizan medios más letales (armas de fuego, horca) que las mujeres (quienes generalmente utilizan drogas, venenos o gases). Lamentablemente, tendencias recientes indican que las mujeres están comenzando a elegir medios más letales que antes. -Las investigaciones han mostrado que los jóvenes prefieren confiar en sus pares en primer lugar y en sus familiares después. Algunas estadísticas sugieren que sólo el 25% de los jóvenes que saben que un par es suicida, busca el apoyo de un adulto. Lo que generalmente contiene a una persona joven que es consciente de un peligro de acudir a un

adulto es la preocupación acerca de la manera en que reaccionará este adulto y el deseo de proteger la confidencia de su amigo, es bien sabido que muchos jóvenes simplemente evitan buscar ayuda y las razones por las que los jóvenes no buscan ayuda incluyen el miedo al estigma o vergüenza, miedo a las consecuencias negativas (incluida la internación), falta de confianza en los encargados del cuidado basada en experiencias anteriores, creencia de que nada ni nadie puede ayudar, adhesión a valores de grupos que restringe la búsqueda de apoyo y falta de conocimiento de acceso a recursos de ayuda.

De lo anterior se desprende la importancia de la familia, en la forma como los y las adolescentes viven las experiencias difíciles que deben enfrentar, en tal sentido Fichman, (1990), refiere que una familia inestable dificulta la forma de manejar presiones externas por parte de los y las adolescentes, ocasionando que las vea más trágicas de lo que en realidad son. Por ejemplo, se plantea que las familias de los adolescentes suicidas se caracterizan por ser extremadamente rígidas, opresivas, no se pueden adaptar a los nuevos requerimientos determinados por el desarrollo de sus miembros. El síntoma suicida aparece como un intento desesperado por producir un cambio.

Así mismo la familia también puede funcionar como un factor esencial para disminuir las presiones de los amigos, amigas, del centro de estudio/trabajo y de la sociedad, para aliviar los sufrimientos actuando como un mecanismo que mantiene el sentido de sí mismo y del propio bienestar. De ahí la importancia de que el ambiente familiar sea lo más favorable y coherente posible.

Sobre la importancia que tiene la historia personal (Delgado Morera y cols. 2002), señalan que cada adolescente, hombre o mujer, en la toma de decisiones que realice, debe plantearse que aunque casi siempre puede reconocerse una situación final desencadenante del suicidio, esta debe verse como el último abandono o destrucción de uno mismo y que siempre están precedidos por una serie de circunstancias difíciles que generaron una situación de impotencia y autodestrucción.

Ladame (1981), al estudiar las interacciones del adolescente suicida con su entorno, encontró tres circunstancias que hay que considerar: En estas familias el adolescente suele ser el centro, sirviendo muchas veces como el receptor de las frustraciones de los padres, la relación no tiene empatía, es agresiva, generándose así el primer fracaso en el proceso de separación individuación, el adolescente con su gesto suicida llama a la ayuda colectiva. La barrera entre las generaciones es a menudo confusa en las familias, existen coaliciones entre los miembros de distintas generaciones, cuya triangulación origina conflictos difíciles de manejar ocasionando la huida del adolescente frente a esta situación y el periodo pre suicida donde el adolescente hace frente a situaciones de tensión, explotando, ante una situación mínima inmanejable, siendo esta última solamente una parte más del eslabón dentro de la cadena de situaciones insostenibles.

(Baechler, citado en Ajuriaguerra, 1999), advierte sobre el significado psicológico del acto suicida describiendo la huída: como el "hecho de escapar" a través del atentado contra su vida, de una situación experimentada como insoportable por el individuo, el duelo: es el "hecho de atentar contra su vida después de la pérdida de un elemento actual de la personalidad o plan de vida", el castigo: es "el hecho de atentar contra su vida para expiar una falta real o imaginaria", la venganza: es "el hecho de atentar contra su vida para provocar remordimiento de otro o para inflingirle el oprobio de la comunidad", la llamada y el chantaje: es "el hecho de atentar contra su vida para hacer presión sobre otro", el sacrificio y el paso: es "el hecho de atentar contra su vida para conseguir un valor o un estado juzgado superior" y el juego: es el "hecho de arriesgar su vida para probarse a sí mismo". En este sentido Castañeda (2003), refiere que en los adolescentes es común que se presenten los comportamientos de huída frente a los fracasos y la llamada o chantaje.

Las tasas crecientes de suicidio en la juventud son motivo de preocupación, así en EE.UU, el suicidio entre los jóvenes aumentaron un 160% entre 1960 y 1989. Investigaciones recientes informan que un 60% conocían a otra persona de su edad que había intentado suicidarse y que 6% del mismo grupo habían hecho por si mismos intentos semejantes, este aumento de las tasas de suicidio coincide con la disponibilidad de armas de fuego y con el aumento de las tasas de depresión y de abusos de sustancias (OMS, 2006).

A pesar del subregistro de la mortalidad por suicidio y de la relativa escasez de publicaciones, existe evidencia en Latinoamérica, del mayor riesgo en poblaciones jóvenes. En América del Sur, las tasas de suicidio varían de 0.7 %, Bolivia a 15.9 % Uruguay, en el Caribe, las tasas fluctúan de 0.1% en Jamaica a 23.1% en Guyana. En 2005, los índices globales en América Latina y el Caribe ascendían a 6.8%, 10.8% en varones, 2.8% en mujeres. En Argentina, Brasil, Cuba y Uruguay más no en Ecuador, los índices de suicidio aumentan con la edad entre los varones. Las tasas de suicidio en hombres han aumentado significativamente en el continente entre 1990-2005, particularmente en Uruguay. El Salvador y Puerto Rico se distinguen por una disminución significativa de suicidios en la última década y media y Perú por tener las tasas más bajas en términos generales (Alarcón, 2010).

6.1 *Tipos de comportamiento suicida*

Pérez (2006), señala que el comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares.

La representación suicida. Constituida por imágenes mentales de el suicidio del propio individuo, que puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación: Idea suicida sin un método específico, el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a

efecto, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer". Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo". Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

El plan suicida o idea suicida planificada. En la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto y los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

La amenaza suicida. Consiste en la afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo, debe considerarse como una petición de ayuda.

El gesto suicida. Es 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 hay que considerar muy seriamente.

El intento suicida. También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

El suicidio accidental. El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

Suicidio intencional. Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

6.2 Suicidio en la adolescencia.

Un estudio de Garduño y cols. (2012), sobre los cambios difíciles durante la adolescencia, originándoles ansiedad y depresión que en ocasiones pueden llegar a una tentativa de suicidio, esta idea plantea el problema de la depresión como vivencia existencial, la manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente y puede ser una llamada de auxilio, una forma de comunicar su descontento a los demás, su pérdida de fe y su desesperanza; El adolescente comienza a cometer suicidio, mucho antes de llegar al acto suicida y mucho antes de vivir las causas detonantes. Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación, de un desacuerdo social.

Agregan que algunos autores consideran que la impulsividad propia de los adolescentes explica en parte el acto suicida, entre mayor sea la impulsividad del individuo, mayor es la posibilidad de autodestrucción. Peck, considera a la conducta autodestructiva como un mecanismo utilizado por los adolescentes para manejar el estrés y las situaciones de vida, encuentra una relación entre la incapacidad del joven para manejar situaciones angustiantes y el miedo al fracaso.

Finalmente refieren que la conducta suicida del joven no puede considerarse como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir, el intento suicida involucra un debate interno entre el deseo de morir y el de seguir vivo, el adolescente que intenta suicidarse lucha internamente entre ambos deseos.

6.3 Tentativas y consumación de suicidio en adolescentes.

Según la OMS (2006), el suicidio en adolescentes ha pasado a constituir un problema importante de salud pública, su incidencia se ha triplicado en los países occidentales en los últimos treinta años y está entre la segunda y tercera, (12%), de las causas de muerte de jóvenes de 15 a 19 años de edad. Se destacan los aspectos epidemiológicos, los factores precipitantes, los métodos utilizados, el significado psicopatológico de la conducta, las características del suicida y las circunstancias familiares que rodean al hecho.

Los adolescentes llevan a cabo dichos actos con diferentes métodos, estos incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento.

Entre los factores precipitantes se mencionan las crisis disciplinarias y legales, pérdidas y conflictos interpersonales, conducta suicida de familiares o amigos, acumulación de circunstancias vitales adversas y en un pequeño número de casos, lecturas sobre suicidio en periódicos o novelas.

El informe señala que la mayoría de las tentativas de suicidio se presentan en ausencia de un trastorno psiquiátrico específico, siendo más bien expresión de problemas psicopatológicos del medio que lo rodea, algunos muestran características psicosociales disfuncionales que incluyen sentimiento de desesperanza, dificultades en el control de impulsos, escasas habilidades sociales de resolución de problemas y modulación afectiva.

6.4 *Incidencia del suicidio.*

Las siguientes estadísticas, adaptadas de varias fuentes de la OMS, expresan las cifras crecientes del suicidio, en el año 2000, aproximadamente un millón de personas murieron a causa del suicidio. Se calcula que por cada suicidio consumado ocurren veinte veces más intentos de suicidio. Los suicidios fallidos generalmente conducen a lesiones, hospitalización y trauma emocional y mental.

En todo el mundo muere más gente a causa del suicidio que las muertes que se producen por homicidios y guerras en conjunto. En el año 2001, se produjeron 500,000 muertes en crímenes y 230,000 en guerras, comparadas con aproximadamente con un millón de suicidios. Las estadísticas sugieren que la cantidad de suicidios podría alcanzar 1.5 millones para el año 2020, mundialmente el suicidio se encuentra entre las tres causas más importantes de muertes para personas entre los 15 y los 44 años.

Los resultados de un estudio realizado en el hospital de León Nicaragua en el 2004 donde describe la epidemiología de las lesiones, fueron atendidos un total de 6659 personas, encontrando que el 88% de todas las lesiones fueron no intencionales, 9% por violencia interpersonal, 2% autoinflingidas y 0.2% indeterminadas. El índice de lesiones no fatales autoinducidas fue de 67%, (95% CI: 66.7 para 67.2) las mujeres fueron el 73% y su riesgo es 3 veces más que los hombres (RR: 2.57 (95% CI: 1.75 para 3.76)), las mujeres presentaron los índices más altos que los hombres en todos los grupos de edades (Espitia, Rocha, Clavel, et al, 2004)

El análisis de 3 años de estudio (Marzo 1999 – Febrero 2002) en el hospital de León-Nicaragua, sobre la incidencia de parasuicidios para identificar grupos en riesgo y describir las características parasuicidas tales como métodos usados y bases temporales y diurnas, reflejó lo siguiente: De los 233 casos estudiados se identificó un índice parasuicida de 66.3% por año basados en la población mayor de 10 años, 71.3% para los mayores de 15. La mayoría eran mujeres con 68.8% las cuales eran significativamente más jóvenes que los hombres (hombres 20.8 años vs 24.6 años). El índice más alto se encontró en el grupo de edades 15-19 siendo el femenino 3 veces más alto que el masculino (302.9 vs 98.9). El método predominante fue intoxicación con drogas (fármacos), seguido por la ingestión de pesticidas. Los picos estacionales de los parasuicidas ocurridos de Mayo-Junio y Septiembre-Octubre. Las horas del día más frecuente, entre las 11 a.m. y las 1 p.m. y de las 5 p.m. a las 9 p.m. En casi todos los casos, los intentos de suicidio ocurrieron en la casa. Cerca del 80% tuvieron contacto con el sistema de salud en los 6 meses anteriores al intento de suicidio. Es importante señalar que este es el primer estudio Nicaragüense en usar un método estandarizado permitiendo comparaciones internacionales. Se muestra que los

índices de parasuicidas en Nicaragua son similares a la mayoría de las regiones Europeas, incluyendo los más altos índices en los jóvenes, en particular entre las jóvenes (Caldera, Herrera, Salander, & Kullgren, 2004)

Continuando con el análisis de los intentos de suicidio en 204 personas que ingresaron al hospital de León , revisión después de un período de seguimiento de 3 años, Marzo 1999 – Febrero 2002, por los autores de este estudio, usando la escala de intento suicida (SIS), con el objetivo de examinar como los niveles de I.S. se relacionan con las características sociodemográficas en particular el género y el método de parasuicidio y conocer los factores estructurales en el SIS comparados con los factores originales de Beck y examinar la asociación entre la puntuación SIS y la repetición mortal y no mortal en los comportamientos suicidas.

El índice de parasuicidio fue de 66.3% por año basados en la población mayor de 10 años, 71.3% los mayores de 15 años. La mayoría eran mujeres (68.8%) con un índice total de hombres a mujeres de 1:2. La mayoría de los estudios en diferentes países Europeos con la escala SIS señala que las puntuaciones altas predicen suicidios completos a largo plazo especialmente entre mujeres y ancianos. Para las repeticiones no mortales en los parasuicidas las puntuaciones bajas en el SIS están asociadas a un nuevo intento entre las mujeres.

Lo significativo de los resultados es que entre los hombres la suma de los puntajes SIS no mostró asociación con cualquier variable sociodemográfica, entre las mujeres hay una asociación entre las edades mayores y los puntajes más altos, además, las mujeres que eran separadas tenían puntajes más altos que la mujer soltera y las mujeres que tenían hijos tenían puntajes más altos que las que no tenían. Se relacionó los puntajes y el método entre

las mujeres, las que usaron pesticidas tenían puntaje alto que aquellas que usaron otros métodos. En este estudio el análisis de factor reveló el mismo número de factores obtenidos por Beck y Lester (1976), aunque con algunas diferencias de contenido. No hubo admisiones al hospital ni repeticiones mortales durante el seguimiento y solo los intentos auto reportados fueron incluidos. El índice de repetición no mortal fue extremadamente bajo en Nicaragua comparado con estudios de otros países. Los resultados sugieren que el intento de suicidio medido por el SIS debería usarse cautelosamente en el análisis del riesgo de suicidio (Caldera, Herrera, Kullgren & Salander, 2007).

Actualmente, según la OMS (2001), el suicidio entre los jóvenes menores de 15 años es poco frecuente. La mayoría de los suicidios entre jóvenes de hasta 14 años probablemente tienen lugar en la adolescencia temprana, mientras que el suicidio es aún más raro antes de los 12 años. Sin embargo, en algunos países hay un crecimiento alarmante de los suicidios entre los jóvenes menores de 15 años, así como el grupo de 15 a 19 años de edad.

Igualmente la OMS en el 2006 refiere que, es difícil determinar si algunas muertes causadas por accidentes de automóvil, ahogados, caídas y sobredosis de drogas, fueron intencionales o no. Se estima que la información sobre el comportamiento suicida en la adolescencia está por debajo de su ocurrencia, porque mucha se clasifican imprecisamente como no intencionales o accidentales; Dado que las definiciones de intento de suicidio para los estudiantes difieren de las que usan los Psiquiatras, los informes muestran casi el doble de intentos de suicidio que aquellos que surgen de las entrevistas de los profesionales, probablemente los jóvenes que respondieron usaron una definición más amplia que la de los investigadores y solo el 50% de los que informaron habían solicitado atención en el

hospital, así el número de personas con tentativas de suicidio tratadas, no constituye una indicación real de la dimensión del problema..

6.5 Factores sociales determinantes.

Se han relacionado varios; entre ellos sobresalen el desempleo, la violencia doméstica y colectiva, las protestas políticas y sociales y el sentimiento de falta de sentido de la vida. En relación con este último, merece destacarse un singular estudio del sociólogo Emile Durkheim dónde analiza la asociación entre las condiciones sociales y las tasas de suicidio; describiendo tres tipos, basados en los niveles de integración social y en los efectos del cambio social: suicidios egoístas, resultantes del fracaso de la persona de integrarse en la sociedad; suicidios altruistas, consecuencia de una integración excesiva con la sociedad que deja a la persona sin capacidad para resistir las onerosas demandas que aquella impone y suicidios anómicos, resultantes del cambio social que ha llevado a la inestabilidad moral y a la pérdida de las normas familiares, tanto los factores biológicos, como los psicológicos, sociales y culturales tienen un importante impacto en el riesgo de suicidio (OMS, 2006).

6.6 Salud mental y su relación con el suicidio

La OMS (2006) señala los problemas mentales revelan el riesgo que corren quienes los padecen, incluidas depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión posparto, trastornos alimenticios, estrés post trauma, abuso de alcohol y/o sustancias; estima 121 millones sufren depresión en la actualidad, siendo el 5.8% hombres y el 9.5% mujeres, experimentan un episodio cada año. Se calcula para el 2020 la depresión se convertirá en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardíacas.

Las mujeres tienen el doble de probabilidades de que les diagnostiquen y las traten por depresión. Sin embargo, se cree que los hombres sufren más que lo que muestran las estadísticas, ya que es menos probable que busquen ayuda médica y cuando lo hacen, es menos probable que los médicos detecten síntomas depresivos. En vista de los altos índices de depresión, se considera la afección psiquiátrica más común asociada con el suicidio. Sin embargo es importante remarcar que la depresión abarca una amplia variedad de experiencias y formas de enfermedad de leves a severas, de pasajeras a permanentes, y que el riesgo de suicidio varía considerablemente con el tipo de depresión. Un estudio llevado a cabo en Finlandia reveló que entre las personas diagnosticadas con depresión, los indicadores clave de suicidio incluyen: autolesiones previas, gravedad de la enfermedad, abuso de alcohol o drogas, enfermedad física seria o crónica, falta de un/a compañero/a, ansiedad y trastornos de la personalidad.

Los expertos informan que del 20% al 60% de las muertes por suicidio ocurren entre personas que poseen un trastorno del estado de ánimo. El suicidio entre estas personas es más común que entre aquellos que poseen síntomas más graves y/o psicóticos, con aparición tardía y con trastornos mentales y adictivos coexistentes. El suicidio también es más común entre las personas que han experimentado momentos estresantes en sus vidas, que sufren de una enfermedad médica y poseen una historia familiar de suicidio.

Así mismo los trastornos alimenticios poseen el índice más alto de mortalidad, esto incluye muertes por suicidio y muertes por complicaciones directas de su trastorno. Los estudios hallaron que los índices de intento de suicidio que prevalecen varían dependiendo del subgrupo de diagnóstico del trastorno alimenticio y del entorno del estudio. La prevalencia de intentos de suicidio es menor entre pacientes ambulatorios con anorexia nerviosa (16%).

Los índices de prevalencia son mayores para individuos bulímicos tratados como ambulatorios (23%) y hospitalizados (39%). Los índices más altos de suicidio se encuentran en individuos bulímicos que hacen abuso del alcohol (54%). Estos índices no incluyen a aquellos que mueren por otras complicaciones del trastorno. Lo que complica aun más esta situación es la alta prevalencia de automutilación no mortal entre personas diagnosticadas con esta patología. No nos sorprende que la mayoría de las mujeres en el estudio tuvieran otros trastornos psiquiátricos además de un trastorno alimenticio, incluyendo depresión, abuso de drogas o alcohol, miedo o ansiedad. Cerca del 84 por ciento de los pacientes tenían, al menos, otro problema psiquiátrico.

La OMS (2003) calculó que aproximadamente 5 millones de personas se inyectan drogas ilegales, en estudios que examinan los factores de riesgo entre personas que se suicidaron, el abuso de sustancias y el problema del alcoholismo se presentan con más frecuencia entre jóvenes y adultos jóvenes, en comparación con personas mayores. Así también, el género masculino es un factor de riesgo para el abuso de sustancias y el suicidio, a menudo están expuestos a muchos otros factores de riesgo, además de estar deprimidos, también es probable que tengan problemas sociales y financieros. El uso y abuso de sustancias tiende a ocurrir frecuentemente entre aquellas personas propensas a actuar por impulsos y que se involucran en comportamientos de alto riesgo que pueden provocar una auto lesión, además las personas intoxicadas pueden tener intentos de suicidios repentinos y agresivos que no tendrían si no estuvieran intoxicados.

6.7 Otros problemas a lo largo de la vida que se deben tener en cuenta.

Los informes de la OMS (2006), revelan tener mayor riesgo de suicidio las personas cuya orientación sexual les provoca conflictos familiares e interpersonales, muchos pueden sentirse aislados, otros pueden tener problemas de aceptación de su propia sexualidad, además de los que surgen de la actitud de la sociedad, así como experiencias directas de enfrentar la discriminación y sentirse estigmatizados.

Así mismo el suicidio y el VIH/SIDA requieren un enfoque multidimensional para ponerle freno, se predice que habrá aproximadamente 500,000 muertes relacionadas con el sida en el año 2010. Un estudio de los registros de mortalidad en el Hospital General de Umtata en Transkei, Sudáfrica, encontró que los índices de suicidio subieron paralelamente al aumento de la mortalidad a causa del VIH/SIDA en el mismo periodo.

Por otro lado el suicidio e internet, es aquel que se efectúa entre individuos que se encuentran por este medio y hacen pacto para suicidarse. La mayoría de estos sucedieron en Japón, quien posee los índices de suicidios mas altos del mundo, también se está informando incidentes similares en Hong Kong, Corea del sur, Alemania, Australia, Noruega, el Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y Suecia. Son poco comunes aún en Japón, donde la mayoría de éstos se llevaron a cabo, estos representan solo el 2% de todos los pactos suicidas de grupo y menos que el 0.01% de todos los suicidios en conjunto. Sin embargo, parecen estar aumentando en ese país, 34 de estos pactos ocurrieron en 2003 y se calcula que al menos 50 ocurrieron en 2004 y 91 en el 2005.

6.8 *Genética y Suicidio*

Ayuso (Mayo, 2012), expresa que el riesgo de ideación y tentativa suicida está determinado por una compleja interacción de factores genéticos y ambientales, a la vez distintos autores estiman que el 43% de la conducta suicida se explica por la carga genética y el 57% restante por factores ambientales. La herencia en la conducta suicida parece estar determinada por, al menos, dos componentes: uno, la propia transmisión de las enfermedades mentales y otro, la dotación genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores de personalidad. Un meta análisis de 21 estudios comprobó que los familiares en primer grado de consanguinidad de sujetos suicidas tienen el triple de riesgo de llevar a cabo conductas suicidas, a pesar de no presentar patología psiquiátrica.

6.9 *Factores Psicosociales Agravantes.*

Según la OMS (2006), para la determinación del riesgo es necesario tener en cuenta los siguientes: El uso de drogas o alcohol, las ideas de culpa, tenencia de armas, pérdidas recientes, ruptura con una persona amada, embarazos no deseados, infección con VIH SIDA, vivir solo, viudez, jubilación, desempleo, situación desesperada de cualquier clase, (deudas, hipotecas), aislamiento social y familiar, padecimientos de enfermedades físicas incurables, terminales, debilitantes, trastornos psiquiátricos, problemas legales, los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana, desordenes emocionales en los padres, comportamiento antisocial en la familia, antecedentes familiares de intento suicida y suicidios, familia violenta y abusiva (incluye abusos físicos y sexuales en el niño), escasos cuidados de los padres y con poca comunicación dentro de la familia, peleas frecuentes entre los padres, con agresión y tensiones, divorcio, separación o muerte de los padres, cambios frecuentes de domicilio, expectativas demasiado altas o demasiado

bajas por parte de los padres, padres con autoridad excesiva, falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de los hijos(as), ambiente negativo de rechazo o descuido, rigidez familiar y familias adoptivas. Los patrones familiares antes señalados muchas veces, pero no siempre, caracterizan las situaciones de los niños y adolescentes que intentan o cometen suicidio.

La evidencia sugiere que los jóvenes suicidas a menudo vienen de familias con más de un problema en el cual los riesgos son acumulativos, dado que son leales a sus padres y algunas veces no desean revelar secretos familiares o se les prohíbe hacerlo, frecuentemente se abstienen de buscar ayuda fuera de la familia. El mismo informe indica que el riesgo auto lítico se ve incrementado en los adolescentes que ya presentan historias de trastornos del ánimo, al comparar adolescentes con ideas e intentos de suicidios versus quienes lo consuman, se encuentra en los últimos una frecuencia mayor de estados bipolares, así como la ausencia de tratamientos psiquiátricos y/o tenencia de armas, este perfil delinea a un grupo con riesgo extremo de suicidio y con elevada capacidad de lograr la muerte por sí mismo (OMS, 2006).

Particularmente la OMS (2001), advierte sobre la importancia de tomar en serio las amenazas, recordando que el riesgo está siempre presente y que no hay ningún método infalible para descartar la seriedad de las amenazas.

Un estudio realizado en León Nicaragua de Mayo – Agosto del 2001 exploró los motivos y procesos relacionados con los comportamientos suicidas en las adolescentes entre 12 y 19 años, describiendo 4 categorías principales: Condiciones estructuradas que se refieren a las condiciones materiales como la pobreza, acceso limitado a los recursos, estructura familiar, normas y valores. Los eventos provocadores como los conflictos con los padres, abandonos, violencia física, sexual y psicológica, expulsión de colegios, ruptura con los novios, muerte de un familiar y los intentos de suicidio entre los amigos. Las emociones, influenciadas por las dos primeras, identificando 7 subcategorías de emociones: vergüenza, culpa, en el borde, rechazo, privación relativa, amor transformado y falta de esperanza y por último las acciones tomadas donde se destacan 2 vías de escape: La adolescente elabora planes alejados de la realidad, usa alcohol, drogas y lleva una vida promiscua y la de resolución de problemas, que plantean proyectos de vida realizables, un estilo de vida sano, una mayor comunicación e integración social; En la primera el fracaso de alguna de estas estrategias resultaron en un intento de suicidio, siendo el uso de las drogas o pesticidas el que fomentó el impulso del acto suicida.

El modelo hipotético es dialéctico y es verdadero cuando se considera la interacción entre las condiciones en un macro nivel. La resolución de problemas en macro nivel colectivo tiene el potencial de cambiar las condiciones estructurales que son el punto de salida del modelo (Herrera, Dahlblom, Dahlgren y Kullgren, 2006).

Dado que no hay reportes de países en vías de desarrollo en la prevalencia de los diferentes tipos de expresiones suicidas y sus posibles causas entre los jóvenes, se realizó un estudio de Agosto a Noviembre del 2003 en la ciudad de León Nicaragua, con el objetivo de examinar la prevalencia de los diferentes tipos de auto expresiones suicidas tales como cansancio de la vida, deseos de muerte, idea del suicidio, planes de suicidio e intento de suicidio entre los jóvenes de 15 a 24 años, así como identificar los factores socio demográficos asociados con las expresiones suicidas y probar la hipótesis que los comportamientos suicidas entre las personas cercanas está asociado con el comportamiento suicida auto reportado.

Los resultados proveen clara evidencia que los comportamientos suicidas son un gran problema de salud en los jóvenes de Nicaragua, cerca de la mitad de los adolescentes reportaron algún tipo de expresiones suicidas. Hubo pocas diferencias de sexo en todas las expresiones suicidas, aunque las mujeres reportaron más comúnmente deseos de muerte en años recientes, otras expresiones suicidas no diferían entre hombres y mujeres. Los reportes en planes de suicidio e intento de suicidio fueron igualmente comunes en los hombres. Los planes de suicidio fueron 5 veces más comunes que los intentos de suicidio en las mujeres. Podría reflejar un carácter más impulsivo de expresiones suicidas en los hombres posiblemente influenciados por problemas de abuso de drogas, las cuales son más comunes en los hombres nicaragüenses. No se identificaron asociaciones entre las expresiones suicidas y los factores socio demográficos. En relación a los comportamientos suicidas en los seres queridos, incrementan el riesgo de los entrevistados hasta 3 veces, dicha asociación pareciera ser básicamente explicada por una fuerte asociación entre las mujeres (Herrera, Caldera, Kullgren y Salander, 2006).

6.10 Métodos

En relación a los métodos que utilizan para llevar a cabo dicho acto, la asfixia por ahorcamiento parece ser el método más frecuente en la comisión de suicidio en todos los países a excepción del Caribe donde el envenenamiento con plaguicidas, ocupa el primer lugar, las armas de fuego son la primera modalidad en Argentina y México y la segunda en países como Cuba, Nicaragua, Paraguay. En el Caribe las quemaduras es el principal método entre las mujeres, de igual manera los métodos violentos figuran en Uruguay; las conductas llamadas pre suicidas son un indicador importante que va del 4 al 40 % en poblaciones jóvenes de varios países latinoamericanos (Alarcón, 2010).

6.11 factores protectores

Los factores protectores reducen el riesgo de suicidio y se consideran parte fundamental en la prevención de la conducta suicida, entre ellos se destacan los siguientes: - Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse de forma positiva a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y comunidad, desarrollando una autentica identidad cultural. - Tener confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado en destacar sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad. - Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador. - Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad. - Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario. -

Desarrollar buena autoestima, autoimagen y capacidad de auto control. – Poseer las habilidades para resolver problemas. -Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, etc. - Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos. - Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento, así como las nuevas evidencias y conocimientos e incorporarlos a su repertorio. - Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia así como adecuadas y duraderas relaciones interpersonales. - Tener apoyo familiar y que contenga emocionalmente. - Poseer habilidades para emplear sanamente el tiempo libre y poder desarrollar intereses extra hogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar. - Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos. - Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas. Finalmente a estos factores hay que potenciar la búsqueda de ayuda, haciendo uso de los servicios que brinda salud mental, como la consejería y las consultas de psicología o psiquiatría, asistencia a las unidades de intervención en crisis y enfatizar en los beneficios que se pueden obtener (Pérez, 2006).

6.12 *Tratamiento*

Raheb (Mayo, 2012) indica que el tratamiento debería ser provisto dentro de un servicio de contención que incluya recursos para pacientes internados, pacientes ambulatorios a corto y largo plazo e intervención de emergencia. En los niños y adolescentes con ideación suicida aguda o intentos de suicidio son normalmente evaluados y tratados en primer lugar en una sala de urgencias, no se les debe dar de alta sin haber verificado con sus padres o tutores su estado y prevenir sobre los efectos desinhibidores de las drogas o el alcohol,

advertir sobre la necesidad de retirar de su alcance las armas de fuego, medicación u objetos que puedan resultar letales y asegurarse que existe una figura de apoyo en el hogar que acompañe.

La autora expresa que el tratamiento será eficaz cuanto más se adecue a las expectativas de la familia y éstos estén dispuestos a apoyar la asistencia, así como identificar los precipitantes potenciales para iniciar la resolución de problemas, en la prevención del comportamiento suicida se puede negociar un “contrato de no-suicidio” que incrementa el compromiso pero no sustituye otro tipo de intervención, además de la conveniencia de permitir las visitas, es necesario evitar los discursos coercitivos porque pueden alentar la decepción o el desafío.

Dicho estudio refleja que no hay evidencia de que la exposición a otros paciente psiquiátricos suicidas incremente el riesgo de comportamiento suicida, para determinar cuándo un paciente está listo para el alta hospitalaria es imprescindible una evaluación de la severidad de la ideación suicida existente y de la intención suicida; evitar las coerciones implícitas, por ejemplo decirle al paciente que no será dado de alta hasta que pueda asegurar que no se va a suicidar; la atención a los patrones de funcionamiento familiar claramente disfuncionales o la enfermedad psiquiátrica parental, puede mejorar los cuidados ambulatorios. Cuando los adolescentes refieren sentimientos intensos y dolorosos, depresión e inutilidad, ira, ansiedad y una incapacidad desesperanzadora para cambiar o encontrar solución a circunstancias frustrantes, pueden responder impulsivamente a su sensación de desesperación con un intento de suicidio, es necesario intervenir con técnicas psicoterapéuticas para disminuir esos sentimientos y reorientar las perspectivas cognitivas

y emocionales. El clínico debe estar disponible, ser diestro en el manejo de crisis y relacionarse con el paciente de forma honesta y consistente; comprender las actitudes del paciente suicida y sus problemas vitales, transmitiendo un sentido de optimismo y actividad.

Según Pérez Barrero (septiembre, 2012) otra forma, es la llamada primera ayuda psicológica, que consta de cinco etapas. La primera es el establecimiento del contacto, se escucha atentamente, se aceptan las razones que esgrime y se le cree sin juzgarle; no se debe restar importancia, ignorar los sentimientos, impedir la expresión del sufrimiento y contar nuestra historia en situaciones conflictivas.

La segunda es conocer la dimensión del problema, se deben formular preguntas abiertas que permitan conocer cómo piensa y facilitar la expresión de emociones, explorar siempre la presencia de pensamientos suicidas; no se deben hacer preguntas que sean respondidas con monosílabos o evaluar el discurso del adolescente a través de la experiencia propia, que no es válida para otros.

La tercera es establecer prioridades, abordando las posibles soluciones y obstáculos de su problema, reforzar el concepto de que el suicidio es una solución definitiva a problemas que usualmente son temporales; no se debe permitir que continúe sin ensanchar su visión en túnel que únicamente le deja ver la opción suicida, tampoco deben dejar de explorarse los obstáculos de manera realista para evitar fracasos y se agrave la crisis.

La cuarta es la acción de tomar una medida a tiempo (involucrar a otros familiares, acercar a las fuentes de salud mental, imponer tratamiento, realizar hospitalización, etc.), se debe ser directivo y confrontar cuando la situación lo requiera; no se debe ser tímido, indeciso, dejar solo al adolescente o retraerse de asumir responsabilidades y la última es el

seguimiento, para evaluar los progresos o retrocesos en su sintomatología suicida, no se debe dejar la evaluación a otra persona que desconozca el caso y sea imposible una comparación con su estado inicial.

Dicho estudio agrega que quienes piensan que abordar a un adolescente en riesgo de suicidio sin preparación para ello, sólo mediante el sentido común, puede ser peligroso, esto no es cierto, siempre que se asuma escuchar con atención, facilitar el desahogo y durante el diálogo utilizar frases cortas que sirvan para facilitar la expresión de sus dificultades; es necesario reformular lo que nos ha dicho, haciendo breves resúmenes que ratifiquen nuestra capacidad de escucha, preguntar siempre sobre la presencia de ideas suicidas y ayudarle a que descubra otras alternativas que no sea la autodestrucción, sin confiar en aquellas que no pueda realizar inmediatamente, por ejemplo: “voy a irme de la casa” (sin tener otro lugar adonde ir), “me voy a olvidar de él” (como si la memoria fuera una pizarra que se puede borrar en un momento y no dejar huellas de lo escrito. Es importante preguntar los motivos, para así determinar el significado del acto y hacer una interpretación racional de dicho significado; en ocasiones, el intento de suicidio ha sido realizado para agredir a otros y en esos casos le invitamos a reflexionar sobre las ventajas que la agresividad tiene en determinadas situaciones, como por ejemplo, los deportistas de disciplinas de combate, como el judo, el pugilismo, la lucha en sus diversas modalidades, kárate, etc., pero no en otras, como las relaciones familiares. Si se trata de una tentativa de suicidio por miedo, hay que analizar que esta emoción es muy normal ante situaciones específicas, que lo experimentan la mayor parte de los individuos, pero también puede ser una emoción muy personal, porque solamente lo manifiestan determinados sujetos ante situaciones que habitualmente no provocan temor en la mayoría de la población.

Si el intento suicida se realiza para morir, no es aconsejable reflexionar acerca de las supuestas bondades y ventajas que nos depara la vida, porque eso es, precisamente, lo que el adolescente no percibe; este significado – el de morir– es el que entraña mayor peligro para la vida del adolescente, por lo cual debe ser evaluado a la mayor brevedad por un especialista en salud mental.

El tratamiento indicado por Barón (2000) coincide con Raheb y Pérez al señalar el primer contacto de suma importancia, a la par el apoyo familiar, siendo los momentos permeables para recibir ayuda, teniendo presente la hospitalización si la situación médica lo amerita y/o haga falta la colaboración de la familia, en general, aunque por supuesto depende de cada caso, las hospitalizaciones son cortas y por lo tanto las intervenciones que se hacen en ese período son de suma importancia, se debe tomar en cuenta que el período que sigue inmediatamente después de este hecho, los adolescentes se sienten relajados y calmados; el paso al acto, es decir, el acto que se realizó, ha sido precedido por un período de gran tensión y enorme sufrimiento; el intento suicida aporta un alivio temporal: la angustia se disipa, la depresión se difumina, las familias se encuentran atentas, cambian su actitud con respecto a sus hijos, les dan cosas que antes les habían negado y el adolescente dice sentirse bien y que todo se ha arreglado; pero esta calma es pasajera, porque el intento de suicidio en el fondo no ha solucionado nada, o bien esta calma puede continuar pero por medio de una negación.

Dicho estudio indica que la evaluación global no debe determinar solo las causas inmediatas del intento de suicidio, porque eso no es suficiente, se debe descubrir el significado personal y las razones e intenciones profundas del acto, cuál es el

comportamiento social, cómo es su capacidad para aceptar las separaciones y los rechazos, cómo está su desarrollo cognoscitivo, si posee o no un pensamiento abstracto, cómo son sus relaciones afectivas, si pertenece a alguna religión, cuál es su grado de autonomía y de la cohesión de su identidad, lo que nos permite apreciar la psicopatología de la personalidad. También es importante cómo es percibido por la familia el intento de suicidio, así como los modos de funcionamiento que reinan en el seno de ésta y la situación social.

Agrega que la modalidad del tratamiento depende de los resultados de la evaluación global y por supuesto de los medios que se tengan; la creación de una alianza terapéutica es necesaria en cualquier caso, así como la instauración de una psicoterapia individual, es recomendable que el adolescente la inicie estando hospitalizado, lo que brinda la posibilidad de la alianza, que tiene como primer objetivo romper el aislamiento y permitirle reflexionar sobre sí mismo, sus verdaderos deseos y buscar los medios para restablecer su autoestima y disminuir su impotencia y su desesperanza.

Al respecto Mourni y Grizenko (1991) recomiendan que en la psicoterapia individual el adolescente debe sentir que el control sobre su vida le incumbe a él, él es parte activa de su tratamiento, debe estar informado que el terapeuta no estará amarrado por el secreto profesional si se trata de protegerlo contra todo comportamiento auto destructivo, en este caso debe estar al corriente de las gestiones del terapeuta. La posibilidad de vivir es sobre todo de él y el cuidado será especialmente de la familia, que debe estar informada del riesgo suicida para que tome las medidas correspondientes.

Según Jeammet (septiembre 2012), considera las terapias bifocales herramientas útiles en estos casos, donde intervienen dos terapeutas que se mantienen coordinados pero independiente uno del otro: uno se encargará de la psicoterapia individual y el otro del manejo psicofarmacológico, en caso de ser necesario, atender a la familia y asumir las hospitalizaciones. Agrega que todo adolescente, además de su psicoterapia individual pueda acceder a una familiar o una grupal y si es posible, a las dos modalidades. La psicoterapia de familia es un proceso arduo y de larga duración, especialmente por las características de estas familias, afirmando que el objetivo de este tipo de intervención es instaurar un proceso de curación que permita ciertos cambios individuales y familiares; el autor señala la terapia de grupo muy útil en el tratamiento del adolescente porque comparten la misma problemática y se sienten en general un poco menos aislados, más aceptados y comprendido, desarrolla la autocrítica y da un mayor dominio de las dificultades, permite una confrontación sana de los mecanismos de defensa y de la imagen social que el adolescente proyecta; para realizarla es imprescindible dos psicoterapeutas con entrenamiento en trabajo con adolescentes.

6.13 Técnicas de intervención

En este contexto Raheb, señala entre las más utilizadas la Terapia cognitiva conductual, debido a que los adolescentes a menudo experimentan cogniciones negativas sobre sí mismos, su entorno y su futuro y es un tipo de intervención efectiva para los síntomas depresivos. Se cree que los individuos suicidas tienen dificultades para comunicar y negociar sus necesidades y deseos, frecuentemente se refugian en estrategias de afrontamientos pasivas y evasivas; este método es directivo y asertivo de comunicación, incrementa la capacidad del adolescente para conceptualizar soluciones alternativas a los

problemas, se pueden explorar las preocupaciones sobre la autonomía y la confianza, las distorsiones cognitivas, atribuciones y conceptos negativos de sí mismo.

Otra modalidad es la psicoterapia interpersonal, el comportamiento suicida en los adolescentes se asocia frecuentemente a conflictos interpersonales, es una terapia limitada en el tiempo que dirige los problemas que son categorizados en: pérdidas, transiciones de roles, disputas y déficits interpersonales. Es un tratamiento adecuado para suicidas deprimidos con problemas interpersonales, se focaliza en el estilo y efectividad de las relaciones actuales y en el contexto social inmediato, así mismo esta terapia en su fase inicial conlleva una evaluación de los síntomas, diagnóstico y una historia de relaciones sociales, aquí el terapeuta educa al paciente sobre la depresión y ubica los síntomas dentro de los áreas antes señalados, en la fase intermedia se abordan los problemas propios del paciente, apoyando los esfuerzos para disminuir el pesimismo y las posibilidades de lograr nuevas soluciones a los dilemas y se enfatizan las opciones para el cambio, la fase final apoya la independencia nuevamente adquirida y reconocida para controlar las preocupaciones interpersonales, teniendo como objetivo el reconocimiento y disminución de los efectos de futuros síntomas depresivos.

La terapia dialéctico comportamental, es la única terapia que ha demostrado ser efectiva en la reducción de suicidio en adultos con trastorno límite de la personalidad. Se basa en una teoría biosocial donde los comportamientos suicidas son considerados como soluciones de mala adaptación a las emociones negativas y dolorosas pero también tienen cualidades reguladoras de afecto y obtención de ayuda de otros; el tratamiento conlleva el desarrollo de estrategias orientadas a los problemas para aumentar la tolerancia al sufrimiento, la

regulación de emociones, la efectividad interpersonal y el uso de los inputs racionales y emocionales para realizar decisiones más equilibradas. Aquí el terapeuta conduce el análisis del comportamiento de cada problema con el objetivo de entender su función y las situaciones que lo provocaron, identificando soluciones constructivas y evitando problemas.

La psicodinámica, trata de resolver conflictos internos relacionados con experiencias tempranas de rechazo, disciplina severa y abuso, a la vez trata de mejorar la autoestima permitiendo al adolescente tener más confianza en sí mismo y ser menos inhibido por la creencia de ser responsable de crear sus circunstancias problemáticas.

Y la terapia familiar su objetivo es disminuir los conflictos y mejorar la comunicación interna de la familia, el sentirse integrado facilita la resolución de problemas y desacuerdos, se elaboran los sentimientos de culpabilidad del adolescente suicida, la terapia cognitiva basada en la familia intenta reencuadrar el conocimiento de la misma acerca de sus problemas, modificar los patrones de funcionamiento desadaptativos y alentar a las relaciones positivas.

La indicación farmacológica que se suele seguir en estos casos es el litio o un estabilizador del humor como tratamiento de elección para los adolescentes con trastorno bipolar; antes que un antidepresivo, el tratamiento con litio reduce en gran parte, (8/6 veces), la recurrencia de intentos de suicidio en adultos con trastorno bipolar u otros trastornos afectivos mayores; en niños y adolescentes la prescripción de litio requiere especial cuidado ya que la sobredosis puede ser letal. Los adolescentes deprimidos con una historia de

trastorno bipolar deberían de ser tratados con un estabilizador del humor antes de recibir un antidepresivo.

Finalmente, Raheb (2007-2009) señala que los ISRS deben considerarse como tratamiento de primera elección para los adolescentes suicidas por su bajo potencial letal, se debe observar cualquier incremento en la agitación o los pensamientos suicidas y los estimulantes solo se prescriben en niños y adolescentes con TDAH.

6.14 Psicoterapia de la depresión

Según Rivero (Mayo, 2012), la etapa inicial del tratamiento es la más difícil, pero también la más importante, y como se señaló en el tema anterior es imprescindible el establecimiento de un buen rapport, ya que de ello dependen las posibilidades del éxito terapéutico, siendo relevante la flexibilidad del terapeuta para comprender las necesidades del adolescente deprimido; en la primera etapa es difícil hacer contacto, ya que el joven se encuentra absorto y muchas veces no encuentra palabras para expresar sus sentimientos, el esfuerzo para comunicarse es enorme, dando la impresión de estar poseído y abrumado por una sensación de futilidad, impotencia y desesperación. De ahí que el terapeuta debe dar muestras de solidaridad, sin que ello signifique para el paciente la admisión de su impotencia. Posterior al rapport se inicia una relación terapéutica que adquiere un valor significativo para el paciente, se forma un equipo de trabajo en donde hay dos personas dedicadas a indagar y a modificar efectos nocivos de la depresión, ambas partes están comprometidas y asumiendo roles distintos. La nebulosidad, la incertidumbre, las dudas y el desaliento están comparadas por la orientación y sensación de seguridad del terapeuta. Una vez resuelto los problemas iniciales el terapeuta debe indagar sobre las pérdidas sufridas, quizás la pérdida no se refiere a hechos concretos, sino a valores simbólicos

atribuidos a determinar cosas o acontecimientos. Un hecho insignificante para cualquier persona puede significar para el paciente la pérdida de la esperanza o una fantasía consciente o inconsciente que llenaba gran parte de su vida psíquica.

Dicho estudio agrega que todo trabajo terapéutico debe tratar de aumentar la autoestima disminuida del paciente, intentando resolver que no sienta que ir a terapia corresponde a una debilidad de él para enfrentar sus problemas. Elevar la confianza partiendo de sus capacidades y fuerzas del yo, siendo un procedimiento ligado al incremento de la autoestima. El terapeuta debe tratar de expresar los sentimientos que invaden al paciente, eligiendo un lenguaje suficientemente burdo; con este método de la catarsis mediata no se le exige al paciente que se haga responsable por la hostilidad expresada, haciéndola mas aceptada cuando el que asume la responsabilidad de su verbalización es el terapeuta. Dar apoyo, asegurándole estar a su disposición en cualquier momento, es una maniobra muy importante sobre todo en los pacientes deprimidos fuertemente y con riesgos de suicidio. El guiar, desempeña un papel de gran valor en el tratamiento y puede ser particularmente urgente cuando hay peligro de suicidio. Finalmente si el paciente continua en franco descenso de la autoestima y en donde existe una gran hostilidad es recomendable la realización de ejercicios violentos (pegarle a un saco de arena, boliche, etc.).

6.15 Un llamado para el enfoque interdisciplinario del suicidio.

Es necesaria una comprensión integral de los factores determinantes y el significado práctico del suicidio como problema de salud pública y como indicador de la calidad de los entornos sociales. A tal fin puede contribuir el examen de los valores culturales que

configuran las actitudes hacia los actos suicidas y el análisis de los motivos subyacentes y métodos empleados. Un enfoque muy estrecho, concentrado en la psicopatología, puede oscurecer los determinantes sociales del suicidio y dar lugar a programas que no atacan las causas importantes del problema ni responden a necesidades sentidas de la comunidad. Por lo tanto, los planificadores de salud y los dirigentes gubernamentales deben analizar seriamente el impacto de políticas que pueden terminar enalteciendo la violencia, favorecedora de homicidios y suicidios y estudiar sus efectos sobre la conducta suicida y los suicidios consumados.

Los trabajadores de la salud pública, científicos sociales y especialistas clínicos tienden a percibir la muerte y el suicidio desde perspectivas diferentes. Sus áreas de interés cubren una amplia gama donde se resaltan las categorías esquemáticas y clasificaciones de los tipos de suicidio y medios empleados, las fuerzas sociales que influyen sobre las modalidades locales y los puntos fuertes y débiles que se deben considerar en la consulta clínica. Corresponde subrayar que tanto las fuerzas sociales como las aflicciones personales deben contribuir a conformar un concepto de suicidio capaz de guiar las políticas y su aplicación práctica.

En suma, sea que el suicidio se considere un reflejo de los valores culturales, una renuncia a la responsabilidad de llevar cargas o una enfermedad mental, la variedad de escenarios en que ocurre revela en gran medida los valores, puntos fuertes y débiles de la gente y del medio social en donde ésta vive. Los programas de salud mental al abordar el suicidio deben reconocer las interacciones de la presión social y las fortalezas y debilidades psicológicas del individuo que determinan la capacidad para enfrentar esos factores, además de identificar las categorías diagnósticas es necesario conocer las circunstancias

sociales de la vida de las personas. Al respecto conviene saber en la definición del suicidio, la importancia de la psicopatología podría ser menor que la del contexto personal y social que motiva el acto. Las muertes a consecuencia de disputas, conflictos familiares, peleas con los suegros, maltrato físico y otras fuentes de desesperación se reflejan tanto en las estadísticas oficiales como en las prioridades de salud y se deben tener en consideración esas circunstancias en la elaboración de estrategias de intervención en los entornos correspondientes.

Para que un agente asistencial pueda hacer contactos y establecer alianzas que le confieren credibilidad, es necesario que las acciones que despliegue respondan a las prioridades citadas y que demuestre su comprensión y solidaridad frente a los conflictos y sufrimientos de quienes pretende ayudar. Por otra parte, la evaluación de los riesgos y la administración de tratamiento adecuado requieren que estén basados en los principios correspondientes, respaldados por la investigación.

VII MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Descriptivo de serie de casos, comparativo.

Área de estudio: Centro de Atención Psicosocial, que funciona a nivel departamental, cuenta con las especialidades de Psiquiatría y Psicología. Orienta su trabajo a nivel de atención primaria, secundaria y desarrolla trabajo comunitario.

Población de estudio: Los adolescentes de 15 a 19 años atendidos en el CAPS por intento de suicidio durante el período Enero a Diciembre del 2007.

Adolescentes de 15 a 19 años estudiantes de la comunidad y de los colegios “Tomas Ruiz y Miguel Ángel Ortiz de la ciudad de Chinandega.

Muestra: Prueba no probabilística por conveniencia dado que no se realizará cálculo del tamaño de muestra ya que se estudiarán todos los adolescentes atendidos en el CAPS, Chinandega, de la comunidad y los colegios participantes de la ciudad de Chinandega, se seleccionó una muestra igual al número de adolescentes atendidos en el CAPS.

Criterios de inclusión:

Pacientes CAPS. Adolescente entre las edades de 15 a 19 años.

Atendido por intento suicida durante el periodo Enero a Diciembre del 2007 en el Centro de Atención Psicosocial CAPS, Chinandega.

Comunidad. Adolescente entre las edades de 15 a 19 años, acepten participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión:

Los intentos suicidas que no estén en ese grupo de edad.

Consideraciones éticas

Se trabajó con datos secundarios, los hallazgos del estudio serán enviados a las autoridades correspondientes para su evaluación e implementación de políticas de salud encaminadas a un mejor abordaje del problema en estudio. Se respetó el anonimato de los participantes en el estudio.

Análisis de recolección de la información

Para realizar esta investigación se elaboró un instrumento de recolección de datos tomando en cuenta las variables sociodemográficas generales y las variables indicadoras de los factores psicosociales de riesgo de los intentos suicidas relacionados al individuo como los trastornos mentales: Depresión, Ansiedad, Trastornos en la alimentación y Esquizofrenia; Hábitos tóxicos: Alcohol y Drogas; Problemas académicos y Embarazo. Los factores externos como muerte de un ser querido, violencia física, antecedentes de violencia sexual, presencia de abuso sexual, problemas amorosos y conflictos familiares; las relacionadas al intento de suicidio, incluyendo los antecedentes personales y familiares, todos estos datos sustentados en la ficha expediente utilizada en el Centro de Atención Psicosocial. La información de los adolescentes atendidos en el CAPS se obtuvo de los expedientes clínicos de dicho centro. Los datos de los adolescentes de la comunidad se obtuvieron

aplicando el instrumento, previo consentimiento informado de los estudiantes, adolescentes de la comunidad y directores de los institutos Miguel Ángel Orteza y Tomas Ruiz de la ciudad de Chinandega.

Fuente de información:

Expediente clínico del CAPS.

Encuestas

Procesamiento de la información:

La información recolectada se introdujo y se analizó en el paquete estadístico SPSS ver. 15.0. Los resultados se presentan de forma tabular y/o gráficas, haciendo uso de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

VIII RESULTADOS

La muestra fue de 42 adolescentes, 21 del CAPS y 21 adolescentes de la Comunidad. La edad más frecuentes Comunidad, 17 años (23.8%) y los de 19 años (28.6%), en el CAPS, fue 15 años (23.8%) y 16 años (33.3%); el sexo más frecuente en ambos grupos fue el femenino, 57.1% en la Comunidad y 81.0% en el CAPS; todos eran de procedencia Urbana; el nivel Escolar vemos que existe una mayor proporción de Universitarios en los adolescentes de la Comunidad 23.8% que en el CAPS 9.5%, los restantes en ambos grupo eran de nivel Secundaria; en ambos grupos predominaron los solteros, 95.2% en la Comunidad y en el CAPS; predominio de la Religión Católica 71.4% en la Comunidad y 81.0% en el CAPS; la actividad principal que realizan en ambos grupos es Estudiar, 100% en la Comunidad y 95.2% en el CAPS. (*Ver tabla 1*). Las variables individuales: Depresión, un 33.3% del grupo de la Comunidad y 4.8% en el CAPS; los Trastornos alimenticios 4.8% tanto en la Comunidad como en el CAPS; el consumo de Alcohol 14.3% en los adolescentes de la Comunidad y 4.8% en el CAPS y por ultimo los Problemas Académicos 38.1% en la Comunidad y 23.8% en el CAPS. (*Ver Tabla 2*)

De los procesos atributivos: La Muerte reciente de un ser querido 23.8% en la Comunidad y 4.8% en el CAPS; Los Antecedentes de violencia sexual y la presencia de abusos sexuales se presentó solamente en el CAPS con 19.0% y 9.5% respectivamente; Los Problemas Amorosos se presentaron en el 14.3% de los adolescentes de la Comunidad y en el 19.0% de el CAPS; Ambos grupos manifestaron tener problemas en la familia, con sus Padres 33.3% en la Comunidad y 71.4% en el CAPS, con La Pareja un 4.8% en ambos grupos, con Los Hermanos un 19.0% en la Comunidad y un 42.9% en el CAPS. (*Ver tabla 3*). Con

respecto a las ideas suicidas el 4.8% de los adolescentes de la Comunidad respondieron afirmativamente mientras que el CAPS fue el 100 %. (Ver tabla 4)

Del 100% de los adolescentes CAPS con ideas suicidas, solamente el 33.3% lo intentaron al menos una vez, de éstos el 71.4% utilizaron Fármacos, Rodenticida y Objetos cortopunzantes el 14.3% en ambos casos. En relación a los antecedentes de suicidio en la familia en ambos grupos, un 4.8% en la Comunidad y 23.8% en el CAPS (ver tabla 5).

La depresión vista por sexo dentro de cada grupo mostró que las mujeres son quienes presentaron los porcentajes más altos, el 50% en la comunidad y el 6% en el CAPS. El consumo de alcohol se presenta solamente en los varones, el 33.3% de la comunidad y 25% del CAPS. Los problemas académicos prevalecen en mayor porcentaje en los varones 55.6% en la comunidad y 75% del CAPS. La muerte reciente de un ser querido afecta a un 25% de las mujeres y 22.2% a los varones de la comunidad. Los antecedentes de violencia sexual se presentan solamente en el CAPS, 17.6% en las mujeres y 25% en los varones; Igual ocurre con los abusos sexuales, siendo las mujeres del CAPS con 11.8% las afectadas. Los problemas con los padres ocurre en ambos sexos y grupos, siendo relevantes el 44.4% varones de la comunidad y 76.5% mujeres del CAPS. Igual se presentan los problemas con los hermanos, destacándose el 33.3% varones de la comunidad y 41.2% mujeres del CAPS (Ver tabla 6).

TABLA 1. *Datos generales de los adolescentes estudiados Chinandega, Nicaragua.*
Enero-diciembre, 2007

		Grupo					
		CAPS		Comunidad		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad	15	5	23.8%	4	19.0%	9	21.4%
	16	7	33.3%	4	19.0%	11	26.2%
	17	4	19.0%	5	23.8%	9	21.4%
	18	3	14.3%	2	9.5%	5	11.9%
	19	2	9.5%	6	28.6%	8	19.0%
Sexo	Femenino	17	81.0%	12	57.1%	29	69.0%
	Masculino	4	19.0%	9	42.9%	13	31.0%
Procedencia	Urbana	21	100.0%	21	100.0%	42	100.0%
Escolaridad	Secundaria	19	90.5%	16	76.2%	35	83.3%
	Universitario	2	9.5%	5	23.8%	7	16.7%
Estado civil	Soltero	20	95.2%	20	95.2%	40	95.2%
	Acompañado	1	4.8%	0	.0%	1	2.4%
	Noviazgo	0	.0%	1	4.8%	1	2.4%
Religión	Católica	17	81.0%	15	71.4%	32	76.2%
	Evangélica	2	9.5%	3	14.3%	5	11.9%
	Testigo de Jehová	1	4.8%	0	.0%	1	2.4%
	Otra	1	4.8%	3	14.3%	4	9.5%
Ocupación	No trabaja	1	4.8%	0	.0%	1	2.4%
	Estudia	20	95.2%	21	100.0%	41	97.6%

Fuente: Encuesta y Expediente Clínico.

TABLA 2. Variables relacionadas al individuo Chinandega, Nicaragua. Enero-diciembre, 2007

		Grupo			
		CAPS		Comunidad	
		n	%	n	%
Depresión	Si	1	4.8%	7	33.3%
	No	20	95.2%	14	66.7%
Ansiedad	Si	0	.0%	0	.0%
	No	21	100.0%	21	100.0%
Trastornos alimenticios	Si	1	4.8%	1	4.8%
	No	20	95.2%	20	95.2%
Esquizofrenia	Si	0	.0%	0	.0%
	No	21	100.0%	21	100.0%
Alcohol	Si	1	4.8%	3	14.3%
	No	20	95.2%	18	85.7%
Drogas	Si	0	.0%	0	.0%
	No	21	100.0%	21	100.0%
Problemas académicos	Si	5	23.8%	8	38.1%
	No	16	76.2%	13	61.9%
Embarazos no deseados	Si	0	.0%	0	.0%
	No	21	100.0%	21	100.0%

Fuente: Encuesta y Expediente Clínico.

TABLA 3. Procesos atributivos relacionados al intento de suicidio Chinandega, Nicaragua. Enero-diciembre, 2007

Procesos atributivos		Grupo			
		CAPS		Comunidad	
		n	%	n	%
Muerte reciente de un ser querido	Si	1	4.8%	5	23.8%
	No	20	95.2%	16	76.2%
Presencia de violencia física	Si	0	.0%	0	.0%
	No	21	100.0%	21	100.0%
Antecedentes de violencia sexual	Si	4	19.0%	0	.0%
	No	17	81.0%	21	100.0%
Presencia de abuso sexual	Si	2	9.5%	0	.0%
	No	19	90.5%	21	100.0%
Problemas amorosos	Si	4	19.0%	3	14.3%
	No	17	81.0%	18	85.7%
Problemas con padres	Si	15	71.4%	7	33.3%
	No	6	28.6%	14	66.7%
Problemas con pareja	Si	1	4.8%	1	4.8%
	No	20	95.2%	20	95.2%
Problemas con hermanos	Si	9	42.9%	4	19.0%
	No	12	57.1%	17	81.0%
Problemas con hijos	Si	0	.0%	0	.0%
	No	21	100.0%	21	100.0%

Fuente: Encuesta y Expediente Clínico.

TABLA 4. *Características de las tentativas de suicidio Chinandega, Nicaragua. Enero-diciembre, 2007*

		Grupo			
		CAPS		Comunidad	
		n	%	n	%
Tentativas de suicidio	Si	21	100.0%	1	4.8%
	No	0	.0%	20	95.2%

Fuente: Encuesta y Expediente Clínico.

TABLA 5. *Variables relacionadas al intento suicida Chinandega, Nicaragua. Enero-diciembre, 2007*

Variables relacionadas al individuo		Grupo			
		CAPS		Comunidad	
		n	%	n	%
Número de intentos realizados	Una vez	7	33.3%		
Método utilizado	Rodenticida	1	14.3%		
	Fármacos	5	71.4%		
	Objeto corto punzante	1	14.3%		
Intentos suicidas en su familia	Si	5	23.8%	1	4.8%
	No	16	76.2%	20	95.2%

Fuente: Encuesta y Expediente Clínico.

TABLA 6. Asociación entre género y variables psicosociales Chinandega, Nicaragua.
Enero-diciembre, 2007

		Grupo							
		CAPS				Comunidad			
		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
		femenino	masculino	femenino	masculino	femenino	masculino	femenino	masculino
		n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión	Si	1	5.9	0	.0%	6	50.0	1	11.1
	No	16	94.1	4	100.0	6	50.0	8	88.9
Alcohol	Si	0	.0%	1	25.0	0	.0%	3	33.3
	No	17	100.	3	75.0	12	100.0	6	66.7
Problemas académicos	Si	2	11.8	3	75.0	3	25.0	5	55.6
	No	15	88.2	1	25.0	9	75.0	4	44.4
Muerte reciente	Si	1	5.9	0	.0%	3	25.0	2	22.2
	No	16	94.1	4	100.0	9	75.0	7	77.8
Ant. Violencia	Si	3	17.6	1	25.0	0	.0%	0	.0%
	No	14	82.4	3	75.0	12	100.0	9	100.0
Presencia abuso	Si	2	11.8	0	.0%	0	.0%	0	.0%
	No	15	88.2	4	100.0	12	100.0	9	100.0
Prob. Padres	Si	13	76.5	2	50.0	3	25.0	4	44.4
	No	4	23.5	2	50.0	9	75.0	5	55.6
Prob. Hermanos	Si	7	41.2	2	50.0	1	8.3%	3	33.3
	No	10	58.8	2	50.0	11	91.7	6	66.7

Significativo: < 0.001

Fuente: Encuesta y Expediente Clínico.

IX DISCUSION

En relación a los servicios de salud mental ofrecidos en la ciudad de Chinandega se observa que los adolescentes entre 15 y 16 años representan un porcentaje mayor en comparación con los adolescentes de la comunidad quienes estaban entre los 17 y 19 años, esto puede ser interpretado como la necesidad de búsqueda de ayuda profesional de los familiares al tener que enfrentar los cambios de dichos adolescentes, sin ofrecerles soluciones adecuadas a sus demandas, esto ha sido fundamentado por muchos autores y explicadas como una etapa caracterizada por las necesidades de auto-reconocimiento, donde la realidad es distinta para cada uno y el intento suicida es un llamado, una alerta y una petición de ayuda (Laufer, 1999; Serfaty, 1998; Garduño, Gómez y Peña, 2012).

Las mujeres representan el mayor porcentaje de asistencia a los servicios de salud mental, esto es coincidente con los informes de la OMS (2006), quienes informan que son las mujeres las que tienen mayor probabilidad de ser diagnosticadas de un problema afectivo, probablemente fundamentado en el estigma que representa para el hombre realizar una petición de ayuda.

De las variables en estudio relacionadas al individuo se destacan la depresión, el consumo de alcohol y los problemas académicos con altos porcentajes en la comunidad, los dos primeros como posibles factores indetectables en la población y que igual no buscan ayuda médica o psicológica, datos que no se diferencia de los estudios de la OMS en sus informes de los años 2003 y 2006. De igual manera los problemas académicos se expresan en ambos grupos y no dejan de ser significativos de inestabilidad en el desarrollo del adolescente, así lo señala Laufer (1999), quien explica que una de las características de esta etapa es que los esfuerzos personales en el estudio no se corresponden adecuadamente.

Podemos señalar que el consumo de alcohol en los hombres en la comunidad fue sobresaliente en comparación con los adolescentes que acudieron al CAPS, esto se puede explicar en base a los informes de la OMS (2003) en donde el género masculino es el más afectado, constituyéndose un factor de riesgo de auto lesiones, que, posiblemente no

tendrían si no estuvieran intoxicados. Por otro lado los trastornos alimenticios, reflejados en ambos grupos presentan esta problemática, considerando el informe de la OMS (2006), están incluidos como factores de riesgo.

En relación a los procesos atributivos como la muerte de un ser querido, antecedentes de violencia sexual, presencia de abuso sexual, problemas amorosos y familiares reflejaron porcentajes significativos de dificultades en esta edad, en el estudio ambos grupos evidencian que uno de los condicionantes principales como factor de riesgo es el entorno familiar, incluida estas dentro de las categorías principales del estudio realizado por Herrera, Dahlblom, Dahlgren, y Kullgren (2006), en donde explican mediante el enfoque dialéctico, explicado a nivel macro, donde las salidas de resolución favorable o no explican el impulso del acto suicida.

Los intentos de suicidio en los adolescentes del CAPS constituyen el 100%, básicamente el estudio se centró en quienes lo intentaron; Aunque los datos obtenidos de la comunidad son bajos, expresan un problema de salud en los jóvenes de Nicaragua, datos que coinciden con las conclusiones del estudio de Herrera, Caldera, Kullgren y Salander (2006), donde los reportes en planes de suicidio e intento de suicidio son comunes tanto en hombres como en mujeres, reflejando esto un carácter más impulsivo de expresiones suicidas en los hombres, posiblemente influenciados por problemas de abuso de drogas, las cuales son más comunes en los hombres nicaragüenses.

La recurrencia de intentos suicidas en los adolescentes deben considerarse llamados de ayuda, así lo señala un estudio de Garduño y cols., 2012.

El método más utilizado en los intentos de suicidio son los fármacos y no varían de los datos obtenidos de una investigación realizada por Caldera, Herrera, Salander y Kullgren (2004), destacándose los índices más altos en las edades de 15 a 19 años.

Los antecedentes de intentos suicida en la familia constituyen un factor de riesgo, así lo confirman los informes de la OMS del 2006.

De acuerdo con Fichman, 1990 una familia inestable dificulta en los adolescentes la forma de manejar las presiones externas.

Los informes de la OMS, 2006 señalan el alcoholismo como factor de riesgo en los varones y la conducta suicida es potencialmente peligrosa, siendo más frecuente en los jóvenes en comparación con los adultos. Los estudios de la OMS y de muchas investigaciones sugieren tomar en cuenta los factores antes señalados en la evaluación del riesgo suicida.

X CONCLUSIONES

1. Continúan siendo las mujeres las que más intentos suicidas registran.
2. Los adolescentes varones muy poco acuden a un centro a solicitar atención.
3. Entre los factores psicosociales el uso de alcohol y drogas están estrechamente relacionados con el intento suicida, prevaleciendo en la población en general como elementos agravantes, sumándose a éstos la depresión y los trastornos alimenticios.
4. El entorno familiar conflictivo y la violencia sexual son considerados riesgos que facilitan las tentativas suicidas en los adolescentes estudiados en el CAPS.
5. Son los fármacos el método de preferencia en los intentos suicidas.

XI RECOMENDACIONES

El Ministerio de salud debe:

Organizar un sistema de registro en forma de entrevista, apropiado o adecuado al adolescente.

Establecer criterios únicos de diagnósticos paralelos a la formación de los recursos para la atención primaria y secundaria.

Implementar programas dirigidos a prestar medidas de prevención y seguimiento que contemplen un sistema de referencia y contrarreferencia en todos los niveles.

Extender estos programas de atención a otros organismos que trabajan con adolescentes para la captación oportuna y el seguimiento a los diferentes grupos en riesgo.

Capacitar y fortalecer a los equipos de salud mental y personal médico y paramédico de las diferentes unidades de salud en la detección temprana de los factores de riesgo que influyen en los intentos suicidas y realizar talleres sobre las normas del manejo del paciente en riesgo, lograr identificar desde el primer contacto.

Crear servicios de intervención en crisis en las unidades de salud para la atención inmediata de las personas con riesgo suicida.

Realizar campañas de prevención del suicidio, involucrando a los medios de comunicación.

Mayor entrenamiento al personal de atención Primaria para explorar el comportamiento suicida y manejar adecuadamente los posibles problemas mentales relacionados y/u otros factores relacionados.

Diseñar dentro de los programas de capacitación para el personal de salud y otros profesionales de apoyo, temas que faciliten el desarrollo de las habilidades comunicativas necesarias en este aspecto y poder ofrecer a la población un ambiente confiable que posibilite la exteriorización de emociones y a la vez potenciar las capacidades y/o recursos protectores de las personas en riesgo.

Mayor control de los fármacos. Requiriendo un trabajo coordinado intra e interinstitucional con: El ministerio de agricultura para que establezca un mejor control sobre las diferentes sustancias y evitar el acceso fácil de la población. La Policía ejerza mayor rigor en el cumplimiento de las normas. El ministerio de educación desarrolle un programa de consejerías en el tema del suicidio a nivel Primaria y Secundaria. A nivel comunitario coordinar acciones con líderes comunitarios, religiosos, juveniles y de la sociedad civil que enfoquen tareas preventivas en el área de la salud mental, específicamente el tema del suicidio. En general impulsar campañas de prevención donde estén involucrados todos los sectores sociales.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Alarcon, R. (Mayo, 2012). Salud Mental en América Latina: Luces y Sombras. desde alarcon.renato@mayo.edu.
2. Ayuso-Mateos, JL, et al. (Mayo, 2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Revista Psiquiátrica Salud Mental Barcelona. Desde www.elsevier.es/saludmental
3. Ajuriaguerra, J. & Marcellí, D. (1996) Psicopatología del niño. Ed. Mason, 3ra edición en español, Barcelona , España
4. Barón B O P, 2000 Adolescencia y suicidio. Psicología desde el caribe agosto-diciembre, No. 006 Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. pp. 66-69. Consulta virtual desde psicarib@uninorte.edu.co , el 12 de septiembre del 2012.
5. Beautrais A L. (2000) Los factores de riesgo para el suicidio e intentos de suicidio entre los jóvenes. Aust NZJ Psiquiatria Jun: 34(3): 420-36. Canterbury Suicide Project. Escuela de Medicina Christchurch, Nueva Zelanda. Suicidechmeds.ac.nz
6. Cabra, O. L., Infante, D.C y Sossa, F.N. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes, Revista Medica Sanitas, 13,2, 28-35.
7. Caldera, T., Herrera A., Salander, R. E. and Kullgren, G. (2004) *Parasuicide in a low-income country: results from three-year hospital surveillance in Nicaragua. Taylor & Francis healthsciences . ISSN 1403-1918.*
8. Caldera, T., Herrera A., Kullgren, G. and Salander, R. E. (2007) *Suicide Intent Among Parasuicide Patients in Nicaragua: A Surveillance and Follow. Up Study. Archives of Suicide Research, 11:351 – 360.*

9. Castañeda Chang, A.M. (Octubre, 2011) "*Características psicosociales del adolescente parasuicida*". Avances en psicología: Depresión y Suicidio. UNIFE. 2002. Consulta desde www.psicocentro.com.2003
10. Castillo Ledo, I., Ledo González, H., Jiménez Hernández, Y. (2007). Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de Rodas. *Revista de psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 7(1), 125-142
11. Centro de atención psicosocial, CAPS. (2002-2006). Análisis de la morbilidad de los intentos suicidas en el centro de atención psicosocial de Chinandega. *Informe estadístico del CAPS. Chinandega*.
12. Centro de atención psicosocial, CAPS (2002-2007) Análisis de la morbilidad de los intentos suicidas en el departamento de Chinandega , *informe estadístico, CAPS-Chinandega*.
13. Committee on Adolescence (1996). Adolescent suicide. Report N° 140. Washington D C: American Psychiatric Press Inc .Consulta desde [http:// opensiuc. lib. siu.edu/cgi/viewcontent.cgi? article = 1008 & contex = gsrc](http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=gsrc)
14. Crear conciencia para reducir riesgos: Enfermedad mental y suicidio. (2006) *Día Mundial de la Salud Mental*; Federación Mundial para la Salud Mental. Consulta desde [http://:www.cub.ops-oms.org/Día%20Mundial%20Salud%20Mental%202006.pdf](http://www.cub.ops-oms.org/Día%20Mundial%20Salud%20Mental%202006.pdf)
15. Cortez A, Aguilar J, Medina R, Toledo J y Echemendia B (2010) Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la provincia Sancti Spiritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 48(1) 14 – 22.

16. Cheng A, Chen T, Chen Chen Ch and Jenkins R (2000) Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry. BJP*, 177: 360-365.
17. Delgado Fallas, G., Morera Quesada, G., Esquivel Corella, F., Garita Arce, C., Sequiera Solano, M. (2002), (Costa Rica, diciembre 2002) "Guía metodológica para el video: Comunicación y otros volados para una adolescencia plena". Extraído el 16 de octubre de 2011 desde www.binasss.sa.cr/adolescencia/guiavideo.pdf
18. Desjarlais, R., Eisemberg, L., Good, B., Kleinman, A. y cols. (1997), *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos.* OPS. OMS. Paltex, Washington, DC 20037, EUA. 3, 95-101.
19. Espitia Hardeman, V., Rocha J., Clavel Arcas C., et al. (2004). Characteristic of non-fatal injuries in León, Nicaragua. *Internacional journal of Injury Control and Safety Promotion.* ISSN 1745-7300 print/ISSN 1745-7319 online @ 2007 Taylor & Francis. <http://www.tandf.co.uk/journals>
20. Fichman, Ch. (1990) *Tratamiento de adolescentes con problemas: Un enfoque de terapia familiar.* Editorial Paidós. Barcelona.
21. Fletez, C. (Mayo- 2007) *Normas de abordaje del suicidio en Nicaragua.* Ministerio de salud, dirección general de regulación. (manuscrito presentado para publicación), Managua. 5-7
22. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Febrero, 2011. *Estado mundial de la infancia. La Adolescencia una época de oportunidades.* 3 United Nations Plaza Nueva York, NY 10017, EEUU. Extraído el 3 de agosto del 2012 desde: pubdocarbo.unicef.org Internet; www.nicef.org/spanish.
23. Garduño R, Gómez K, Peña A. (Enero- 2012). *Suicidio en adolescentes.* Consulta desde www.tanotalogia-amtac.com

24. Garfinkel Froese y Hood, 1982. Estudio Retrospectivo en un grupo de admisión hospitalaria, consulta virtual desde monografías.com, mayo 2012.
25. Herrera Rodríguez A., Caldera T., Kullgren G., Salander Remberg E. (2006). *Suicidal expressions among young people in Nicaragua. A community - based study. Soc. Psychiatry Epidemiology 41:692 – 697.*
26. Herrera A., Dahlblom K., Dahlgren L., Kullgren G.(2006). Pathways to suicidal behavior among adolescent girls in Nicaragua. *Social Science & Medicine 62 805-814.* En línea: www.celsevier.com/locate/socscimed
27. "Intentos de suicidio." (Abril, 2008) desde <http://www.proyectopv.org/2-verdad/intentossuic.htm>
28. Jeammeth, P. La identidad y sus trastornos en la adolescencia. Revista 19-20 1995, Universidad de Paris, consulta virtual desde www.Spyyna/documentos/psiquiatria47.pdf el día 9 de septiembre.
29. Laufer, M. (1998). El adolescente suicida 1ra. Ed. Editorial biblioteca nueva, S.L. Madrid, España (Junio, 2012) consulta desde [http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/guíavideo. Pdf](http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/guíavideo.Pdf)
30. Ladame, F. (1981) Tentativas del suicida adolescente. Ed. Masson. Paris. Vol. 1, desde <http://mejorandolainfancia.Blogspot.com/2012/06/01/archive.html>
31. Londino, D., Mabe, P. & Josephson, A. (2003). Child and adolescent psychiatric emergencies: Family psychodynamic issues. *Child adolescent Psychiatric Clin N Am.*, 12, 629 - 647
32. Muerte por suicidio. Un caso de duelo complicado. Factores desencadenantes. (Septiembre, 2011), desde www.montedeoyo.homestead.com/suicidio.html

33. Montenegro, H. & Guajardo, H. 2000 Psiquiatría del niño y del adolescente, consulta virtual desde Psicología Online.com, septiembre 2011.
34. Mounir y Grizenko, 1991. Adolescencia y Suicidio, estudio realizado en Canadá sobre las características de la familia. Consulta desde www.redalyc.uaemex.mx/pdf/213/21300605.pdf el 13 de septiembre del 2010.
35. Organización Panamericana de la Salud (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica N° 588. Extraído el 20 de noviembre, 2004, de www.paho.org.
36. Organización Panamericana de la Salud. Descubriendo las voces de las adolescentes. Definición del Empoderamiento desde la Perspectiva de las Adolescentes. DRAFT – Noviembre 2006. Unidad de Salud del niño y del adolescente. Área Salud Familiar y Comunitaria. OPS/OMS
37. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, instrumento para docentes y demás personal institucional, trastornos mentales y cerebrales; Ginebra 2001. Extraído el 12 de Marzo del 2008 desde http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
38. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, recurso para consejeros, Departamento de Salud Mental y abuso de sustancias; Trastornos Mentales y Cerebrales, Ginebra 2006. Extraído el 12 de Marzo del 2008 desde http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf
39. OMS-WHO (Octubre, 2011) Los adolescentes en OMSWHO.
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_chp6_29_spa.pdf

40. Portzky G, Audenaert K, Van Heerinngen K (2005) Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality – related risk factors. Manejo de la crisis suicida en el adolescente. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40: 922-930.
41. Pérez Barrero A. (Septiembre, 2012). Profesor Titular. Especialista de 1er y 2do Grado en Psiquiatría. Asesor Temporal de la OPS/OMS para la Prevención del Suicidio en Las Américas. Desde Consulta Virtual Psicología Online. com.
42. Pérez Barrero, S.A. (2006) ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Futuros revista trimestral latinoamericana y caribeña de desarrollo sustentable.14, (4), 1- 5 Racismo, Intolerancia y Discriminación extraído el día 4 de octubre del 2011 desde <http://www.Revistafuturos.info/indices/indice-14-home.htm#salud>
43. Quinteros, P. & Grob, F. (2003) Depresión y suicidalidad en una población no clínica de adolescentes. Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia, 14(1), 4 – 8
44. Ruiz, Y. & Sepúlveda, C. (2004) Organización del sí mismo en adolescentes estudiantes de educación media. Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
45. Raheb, C, (2007-2009).Suicidio y Conducta Suicida en la Infancia y la Adolescencia, Máster en Paidopsiquiatria. Universidad Autónoma de Barcelona. Extraído el 13-05-2012 desde [www.paidopsiquiatria.cat/files/suicidio_Niños y Adolescentes_0_07-09_M3pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/suicidio_Niños_y_Adolescentes_0_07-09_M3pdf).
46. Rivero, C. (Mayo, 2012). Consulta desde [www.geosalud.com/saludmental prof/depresionadolescencia.htm#](http://www.geosalud.com/saludmental_prof/depresionadolescencia.htm#)

47. Rosselló, J., Berríos, M. (2004), Ideación suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños(as). Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology- 2004, vol. 38, Num. 2 pp. 295-302.
48. Serfaty, E. Suicidio en la adolescencia. *Adolesc Latinoam*; Vol.1. N° 2. Julio/Septiembre 1998. p 105 –110.
49. Suicidio en la adolescencia. Trastornos del ánimo y suicidio en la adolescencia. Resumen de ensayo sobre suicidio de Emile Durkheim. Instituto CIEC. Viña del Mar". (Abril , 2008) desde <http://pdf.rincondelvago.com/el-suicidio3.html>
50. Spirito, A. & Overholser, J. (2003). The suicidal child. Assessment and management of adolescents after a suicide attempt. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 12, 649-665. Desde <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex53.pdf>
51. Uscuvilca Rojas, K.I., (Septiembre, 2011). El suicidio. Consulta desde <http://www.monografias.com/trabajos53/suicidio/suicidio2.shtm/>
52. Valdivia, M., Ebner, D., Fierro, V., Gajardo, C. & Miranda, R. (2001) Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: Una revisión de cuatro años. *Rev. Child. Neuro – Psiquia*. 39, 211 – 8
53. Valdivia, M., Quevedo, I., Salazar, P., Silva, D. & Torres, S. (2005). Caracterización del intento de suicidio en adolescentes rurales de enseñanza media. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, Resúmenes Congreso 2004, *Trabajos de Psiquiatría*, 16 (1), 51 - 2.

XIII ANEXO

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

DATOS GENERALES

1. Edad: _____ años
2. Sexo : Femenino: () Masculino: ()
3. Procedencia: Urbano: () Rural: ()
4. Escolaridad: Analfabeta (o): ()
Alfabetizado(a): ()
Primaria: ()
Secundaria: ()
Técnico(a): ()
Universitario(a): ()
5. Estado Civil: Soltero(a): ()
Acompañado(a): ()
Casado(a): ()
Divorciado(a): ()
Viudo(a): ()
Noviazgo: ()
6. Religión: Católica: ()
Evangélica: ()
Testigo de Jehová ()
Otra ()
- CUAL: _____
7. Ocupación: Trabaja: ()
No trabaja ()

VARIABLES RELACIONADAS AL INDIVIDUO

Antecedentes de trastornos Mentales: Depresión: (___)

Ansiedad: (___)

Tr. Alimentación :(___)

Esquizofrenia: (___)

Presencia de Hábitos Tóxicos: Alcohol: (___) Drogas: (___)

Problemas Académicos : Si (___) No (___)

Embarazos no deseado : Si (___) No (___)

FACTORES EXTERNOS

Muerte reciente de un ser querido : Si (___) No (___)

Presencia de violencia Física : Si (___) No (___)

Antecedentes de Violencia Sexual : Si (___) No (___)

Presencia de Abuso Sexual ; Si (___) No (___)

Problemas amorosos : Si (___) No (___)

Presencia de Conflictos Familiares con: Padres : (___)

Pareja : (___)

Hermanos: (___)

Hijos : (___)

Otros: _____

VARIABLES RELACIONADAS AL INTENTO DE SUICIDIO

A tenido ideas suicidas : Si (___) No (___)

Nº de intentos realizados:

Una vez : (___)

Dos veces : (___)

Tres Veces : (___)

Más de Tres : (___)

Método utilizado:

Ahorcamiento : (___)

Rodenticida : (___)

Herbicida – Pesticida : (___)

Fármacos : (___)

Arma de fuego : (___)

Objeto corto punzante : (___)

Ha habido en su familia intentos de suicidio: Si (___) No (___)