



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA  
SALUD CIES**



**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

**MANEJO DE INTENTOS DE SUICIDIOS EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN  
LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL DOCENTE DE  
ATENCIÓN PSICOSOCIAL, DR. JOSÉ DOLORES FLETES VALLE, MANAGUA-  
NICARAGUA, ENERO-NOVIEMBRE 2011.**



**AUTORA: DRA YANIRA PALACIOS MAYORGA**

**TUTOR: MSC. MANUEL MARTÍNEZ MOREIRA**  
Docente Investigador CIES-UNAN, Managua

**MANAGUA, JUNIO del 2012**

## INDICE

Agradecimiento y Dedicatoria.....	i
Resumen.....	ii

## PÁGINAS

I. INTRODUCCIÓN .....	1-2
II. ANTECEDENTES.....	3-5
III. JUSTIFICACIÓN.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V. OBJETIVOS.....	8
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	9-18
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	19-21
VIII. RESULTADOS.....	22-23
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	24-25
X. CONCLUSIONES.....	26
XI. RECOMENDACIONES.....	27
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	28-30

## ANEXOS

## **AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA**

- Dedico esta Tesis primeramente a Dios de quien procede la sabiduría.
- A mis padres y hermanas por su apoyo incondicional para culminar esta nueva etapa de mi vida profesional.
- A mi tutor Lic. Manuel Martínez por su apoyo y disposición para realizar este trabajo.
- A todos aquellas personas que me apoyaron en la realización del trabajo monográfico.

## RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de valorar la situación del manejo de intentos de suicidios en adolescentes atendidos en la unidad de intervención en crisis del Hospital Docente de Atención Psicosocial, Dr. José Dolores Fletes Valle, Managua-Nicaragua, Enero- Noviembre del 2011.

El estudio fue descriptivo-cuantitativo, el universo y la muestra la constituyeron el 100% de los pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis con diagnóstico de intento suicida en el período de estudio, que fue de 23 pacientes en total.

La recolección de la información se obtuvo mediante el llenado de una ficha, la unidad de análisis fueron los expedientes clínicos de los pacientes.

Entre los principales resultados se encontró:

La población más afectada fue de 15 y 19 años, correspondiendo a los grupos de edades de adolescencia tardía, sexo femenino, escolaridad secundaria, sin ocupación, sin hijos y de procedencia urbana.

La mayoría de los intentos suicidas ocurrieron en el domicilio, el método más utilizado fue la intoxicación con benzodiazepinas, seguido por el método de cortadura y ahorcamiento.

Entre las circunstancias asociadas se encontró que en la mayoría de los casos existía historia de consumo de alcohol, de familias desintegradas, antecedente de abuso sexual, violencia intrafamiliar y depresión.

En relación al manejo clínico de los pacientes se encontró que todos recibieron un abordaje psicoterapéutico, pero se encontraron algunas deficiencias en cuanto a su abordaje y seguimiento a su egreso, no aparecían reflejadas en el expediente clínico los tipos de psicoterapia empleada y los que descontinuaron sus controles ambulatorio no les realizaron visitas domiciliarias, la mayoría fue dado de alta y solo un pequeño porcentaje abandono.

## I. INTRODUCCIÓN

Los suicidios y las tentativas de suicidio constituyen un problema grave de salud pública (Marcelli y Humeau, 2007) que comprende cuestiones características de la adolescencia. En efecto, cuestiones como pasaje al acto, la impulsividad, el problema de la muerte, la depresión, el ataque al propio cuerpo y el marco familiar, son inherentes en este período de la vida denominado adolescencia. (5)

La muerte, es algo que ocupa el pensamiento de los adolescentes, sin embargo, no todos piensan en morir, ni en suicidarse. Es aquí donde inciden los factores individuales y sociales, factores que se deben interpretar en términos de facilitadores, pero no determinantes. El suicidio en Nicaragua ha resultado ser muy preocupante porque es la principal causa de muerte en los grupos productivos de 15-34 años de edad, especialmente entre varones. (5) (13)

Las cifras de suicidio son mucho más elevadas de lo que el Ministerio de Salud reporta, ya que hay personas que por sus creencias religiosas o por vergüenza no lo reportan; la Organización Mundial de la Salud reporta alrededor de 500,000 muertos cada año, con un estimado de 1,110 suicidios cada día, produciéndose a la vez entre 10 y 20 intentos por cada uno.

La Organización Mundial de la Salud menciona que la depresión es la principal causa de suicidio entre personas de 15-19 años de edad, es la tercera causa de muerte en el grupo de 15-24 años de edad en toda Latinoamérica y Estados Unidos reportándose que por cada suicidio se produce de 10-15 intentos suicidas y es mayor su relación para los adolescentes. (1) (12)

Cada cuarenta segundos una persona se quita la vida así lo asegura el informe Mundial sobre violencia y la salud de la Organización Mundial de Salud (OMS); el suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupando un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos solo lo supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes de vehículos. El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud, observándose un dramático incremento de sus tasas, fundamentalmente en el varón, las explicaciones que se ha dado a este fenómeno son el reflejo de los cambios sociales, una mayor disponibilidad de medios, el abuso de alcohol y otras drogas.

Las tasas de suicidio son para Latinoamérica más frecuentes en el varón que en la mujer, en todos los países, oscilando en 6 a 10 por 100,000 habitantes para el sexo masculino y 2 a 4 por 100,000 habitantes en el sexo femenino. (1) (7)

Con el presente estudio se pretende conocer la situación del manejo de intentos de suicidio en los adolescentes atendidos en la unidad de intervención en crisis del Hospital Docente de Atención Psicosocial, Dr. José Dolores Fletes Valle, Managua-Nicaragua, Enero-Noviembre del 2011.

## II. ANTECEDENTES

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 socioeconómica existente , encontrándose datos sobre él , desde las civilizaciones más antiguas durante la edad media , observándose una caída en su incidencia con posterioridad. De nuevo reaparece el suicidio, impetuosamente en el siglo XVIII hasta nuestros días, fenómeno que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros. (14)

En Nicaragua, el suicidio se manifiesta como resultado de múltiples factores : antecedentes de guerra, conflictos políticos, desastres naturales, migraciones en ambos sentidos, alta tasa de desempleo, la pobreza, la falta de educación, falta de acceso a los servicios básicos, problemas emocionales, las relaciones familiares, las relaciones de pareja, el abuso del alcohol y la drogadicción.

Un estudio realizado en la ciudad de Mérida, Venezuela cuyo objetivo era determinar los factores de riesgo suicida presentes en adolescentes de la institución educativa Colegio la Salle; utilizaron una muestra de 300 estudiantes de ambos sexos y edades comprendidas entre 12-17 años , cursantes del séptimo grado al segundo año del ciclo diversificado. Le aplicaron un cuestionario tipo liker denominado Multiescala JFR, destinada a medir motivación al logro personal, internalidad, autoestima, normalidad psicológica, agresividad, desajuste psicológico, ansiedad y depresión .Obteniendo como resultado valores altos en las variables agresión, ansiedad, depresión y desajuste psicológico, encontrando que el 30% de la población en estudio presenta riesgo suicida. El género masculino presentó un mayor índice de riesgo suicida que el femenino. (26)

En dos áreas de salud del municipio de Camagüey Cuba, se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal con el objetivo de conocer el comportamiento de los intentos suicidas en la edad de infanto-juvenil durante el año 2002, estos ingresaban en la sala de Salud Mental del Hospital Pediátrico “Eduardo Agramontés”. La muestra quedó constituida por 16 pacientes que realizaron intentos suicidas en el período señalado, los resultados muestran un alto predominio del sexo femenino (81.3%), los estudiantes externos (62.5%), seguidos por los becados (31.2%), la escolaridad secundaria no terminada arrojó el mayor por ciento (56.2%) y las familias disfuncionales constituyen el mayor factor de riesgo similar a los conflictos en las relaciones familiares, ambos con un 75%. (24)

En 1997 se realizó un estudio sobre factores de riesgo asociados al intento de suicidios que acudieron a emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense, encontrando que predominó el sexo femenino sobre el masculino, el estado civil soltero, la escolaridad primaria, ocupación ama de casa y estudiantes, antecedente de alcoholismo y abuso de drogas, inestabilidad familiar, violencia familiar, intentos suicidas previos e historia de abuso sexual. (4)

En un estudio realizado en el Hospital Psicosocial entre agosto 2003 y diciembre 2005 con el propósito de describir las variables socio demográficas, así como examinar los métodos usados, el tiempo, el lugar de ocurrencia, motivos del intento de suicidio, intencionalidad y severidad de los intentos, se estudiaron 204 casos encontrándose que el 51.5% de los intentos de suicidio fueron mujeres con predominio de los grupos etareos entre 15-24 años, siendo la mayoría del área urbana. El nivel escolar más afectado fue la secundaria con un 42.6% para ambos sexos. Según la ocupación el 28.9% del total de los intentos estaban empleados y un 23.6% desempleados. El 22.1% no tenían ninguna religión y según el estado civil el 42.2% eran solteros.

También el 73% de los intentos ocurrieron en su casa de habitación, siendo el método más utilizado el ahorcamiento con un 20.9%, el 59.9% de los intentos de suicidio expresaron haber tenido algún contacto previo con algunas unidades de salud. De acuerdo a la escala SIS el 23.3% de los varones y el 48.5% de las mujeres hizo un intento de suicidio severo. (9)

En el Hospital Roberto Calderón de Managua se realizó un estudio en el período de enero 2004 a diciembre 2005 con el objetivo de identificar los factores asociados al intento de suicidio en los pacientes atendidos en esa unidad, en el cual se identificó que el grupo de edad más afectado por los intentos de suicidio son los adultos jóvenes, sexo masculino, de procedencia urbana, con escolaridad primaria, de ocupación estudiantes, solteros y sin hijos. Prefiriendo los fines de semana, los meses de abril y noviembre así como las horas de la tarde y su domicilio para realizar los intentos de suicidio.

Según los factores asociados al intento encontraron presente los conflictos de familia, la depresión, el alcoholismo, baja autoestima, las enfermedades crónicas, el desempleo y el antecedente de intento de suicidio. Al momento de la lesión la mayoría ingirió alcohol y el método más utilizado fue el envenenamiento por fosforo de aluminio (fosfina) y además la sobredosis medicamentosa.

En cuanto al manejo clínico de los pacientes, éste fue evaluado en base al tratamiento médico-quirúrgico de los pacientes mediante la aplicación de los protocolos de manejo según el método utilizado para el intento de suicidio, el cual



fue adecuado y el tratamiento médico psicoterapéutico realizado en comparación a las normas de abordaje de prevención del suicidio en Nicaragua, el cual fue inadecuado y en relación a la condición del egreso, la mayoría fueron dado de alta, un tercio de los pacientes fallecieron y algunos abandonaron la unidad hospitalaria. (25)

Se realizó un estudio sobre la evolución del comportamiento suicida de los adolescentes atendidos en el Hospital Antonio Lenin Fonseca de Managua en el período de octubre del 2008 a enero del 2009 con el objetivo de identificar los factores asociados a la conducta suicida de los adolescentes, obteniendo como resultado que los intentos suicidas fueron cometidos principalmente por adolescentes del sexo femenino con 71.0%. (8)

El método utilizado en primer lugar fue la ingesta de fármacos con 67.8%, siendo las principales las benzodiacepinas con 22.7%, en segundo lugar las sustancias tóxicas (órganos fosforados) 9.7%, la mayoría tenían antecedente familiar de intento suicida 45.2%; los intentos los realizaban posterior a discusiones con uno de los padres y/o familiares. La mitad de los adolescentes presentaban síntomas depresivos de leve a moderado, con presencia de ideas suicidas en aproximadamente la mitad de ellos.

En segundo lugar se encontró a los adolescentes del sexo masculino con 22.6%, la mitad lo realizó bajo efectos de licor o marihuana. (8)

### **III. JUSTIFICACIÓN**

El suicidio es considerado un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional; en Nicaragua es una de las principales causa de muerte entre las edades de 15-34 años, por lo cual el presente estudio se propone abordar el intento de suicidio en los adolescentes que son atendidos en una de las unidades hospitalaria de referencia nacional de Managua como es el Hospital Psicosocial y de esa manera contribuir a una visión más integral, reconocer la magnitud del mismo y generar aportes para su abordaje.

Siendo los adolescentes la mayoría de la población de Nicaragua y que representan la fuerza productiva futura se hace necesario realizar intervenciones que vayan en pro de la conservación de la vida de este grupo etéreo, por lo que se necesita conocer la situación actual de este comportamiento suicida, este estudio aportara elementos para realizar acciones que ayuden a la prevención y abordaje de los pacientes en los diferentes centros donde existan unidades de intervención en crisis y donde no existan aportar para su implementación.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El suicidio es un severo problema social de orden mundial, es multifactorial; entre los cuales tenemos los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educativos y el desempleo; estos son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes la padecen; es por eso que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la situación del manejo de intentos de suicidios en los adolescentes atendidos en la Unidad de Intervención en crisis, del Hospital Docente de Atención Psicosocial, Dr. José Dolores Fletes Valle, Managua- Nicaragua, Enero-noviembre 2011?

Derivadas de la pregunta del estudio, se plantean otras interrogantes:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y las circunstancias asociadas?

¿Cuál es el método más utilizado por los pacientes atendidos; así como el manejo clínico por el personal de salud?

¿Cuáles han sido las intervenciones terapéuticas realizadas en los adolescentes atendidos y su condición al egreso?

## **V. OBJETIVOS**

### Objetivo General:

Valorar la situación del manejo de intentos de suicidios en adolescentes atendidos en la unidad de intervención en crisis del Hospital Docente de Atención Psicosocial, Dr. José Dolores Fletes Valle, Managua-Nicaragua, Enero-Noviembre del 2011.

### Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio demográficas de los adolescentes con intento suicida en estudio.
2. Determinar circunstancias asociadas con el método utilizado en los adolescentes atendidos.
3. Identificar las intervenciones terapéuticas realizadas en los adolescentes atendidos y su condición al egreso.

## VI. MARCO DE REFERENCIA

La palabra suicidio se deriva del latín y se compone de dos términos: sui, de sí mismo y caedere, de matar, o sea “matarse a sí mismo”.

El intento suicida es definido por la OMS como “un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual, que sin la intervención de los demás, le cause daño, o deliberadamente ingiere una sustancia superior a la dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercana a la muerte”. (15)

En los periodos clásicos de la antigua Grecia y Roma se le consideraban una forma honorable de morir. Aun en tiempo presente suicidarse, en determinados contextos culturales, como una acción aceptable y hasta venerable. Sin embargo en el marco de la cultura occidental judeocristiana de este siglo es pensado en términos de delito y pecado. (16)

A principios del siglo veinte surgen dos teorías del suicidio, una la de Emilio Durkheim desde el punto de vista sociológico y la otra de Sigmund Freud quien estudió los aspectos psicológicos. Durkheim, contempla dos teorías, la primera el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada, relaciona el origen del suicidio con la situación moral de la vida social que rodea al individuo. De hecho, sigue correlacionando la tasa de suicidios con otros factores ligados a los compromisos morales de los sujetos. La segunda teoría menciona que el suicidio está asociado a cambios de valores de la sociedad en particular, en términos estadísticos, la tasa de suicidio se incrementa progresivamente en sociedades en vías de desintegración. (17)

Freud desarrolló una teoría psicológica que basa la conducta en el inconsciente del hombre; su hipótesis plantea que el individuo suicida vuelca sobre si su ira inconsciente, no expresada hacia una persona amada. (18)

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 profunda transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivas. (2)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia

temprana de 10-14 años, la adolescencia tardía de 15-19 años. Es una etapa en la que experimentan fuertes situaciones de estrés, confusión, dudas sobre sí mismo, presión para lograr éxitos, inquietudes financieras y otros miedos y en aquellos casos en que ha habido una buena formación y desarrollo de su personalidad, o viven en condiciones socio familiares adversas, el suicidio puede ser una vía de solución, lo cual puede desembocar en una tragedia que afecta al propio adolescente, así como la familia. (2)

La mayor parte de los cambios de conducta en la adolescencia son propios de la edad, sin embargo muchas veces los problemas no son transitorios, sino son trastornos psiquiátricos serios que se presentan en el 20% de los adolescentes porque padres, maestros y médicos deben estar pendientes para detectar los indicadores en los cambios conductuales.

Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado estarán presentes durante esta etapa de la vida y que pueden resumirse de la siguiente manera: (10)

- ✚ Búsqueda de sí mismo y de su identidad
- ✚ Necesidad de independencia
- ✚ Tendencia grupal
- ✚ Evolución del pensamiento concreto al abstracto
- ✚ Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual
- ✚ Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos
- ✚ Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica (10)

## **Etiología del suicidio en la adolescencia**

Características universales de los adolescentes suicidas son la incapacidad para encontrar soluciones a los problemas y falta de estrategias de afrontamiento para manejar los factores estresantes inmediatos. Así, una visión estrecha de las opciones disponibles para afrontar el desacuerdo familiar recurrente, el rechazo a los fracasos, contribuye a la decisión de suicidarse. (19)

**Factores Genéticos:** La evidencia de una contribución genética a la conducta suicida se basa en estudios sobre el riesgo de suicidio familiar y la alta concordancia de suicidio entre gemelos monocigóticos comparados con los diagnósticos.

Aunque el riesgo de suicidio es mayor entre personas con trastorno mental; incluido la esquizofrenia, el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I; es mucho más alto en familiares de persona que tienen trastorno del ánimo que en familiares de esquizofrénicos.

Algunos autores (Marusic, Roska & Hughes, 2004) han informado que en alrededor de un 40% de los casos estudiados se encontró que las historias personales incluían la existencia del suicidio de algún miembro de la familia aunque, por otra parte, también se ha podido constatar que muchos casos de intento o de suicidio concretado no se encontraban asociados con antecedentes familiares (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000). (19)

**Factores Biológicos:** Los hallazgos neuroquímicos muestran que hay algún solapamiento entre las personas con conducta agresiva e impulsiva y las que completan el suicidio. Se han encontrado bajos niveles post mortem de serotonina (5HT) y de su principal metabolito, el ácido- 5-hidroxi-indolacético (HIAA) en cerebros de personas que se suicidaron. También se encontraron niveles bajos de 5HIAA en el líquido cefalorraquídeo de personas deprimidas que intentaron suicidarse por varios métodos violentos. El alcohol y otras sustancias psicoactivas pueden disminuir el 5HIAA, quizá incrementando así la vulnerabilidad para la conducta suicida en personas predispuestas a ellas. (20)

Se desconocen los mecanismos que vinculan la disminución de la función serotoninérgica y la conducta agresiva y suicida, por esta razón los niveles bajo de serotonina pueden resultar un marcador, más que una causa de la predisposición a la agresividad y el suicidio. Con el test de supresión con dexametasona se han obtenido resultados menos fiables en niños y adolescentes que en adultos, no obstante, otros estudios indican una asociación entre la no supresión y los instintos de suicidios potencialmente letales. En niños y adolescentes, la

asociación entre posibilidad de suicidio y no supresión no tiene que darse necesariamente en el contexto de un trastorno del estado de ánimo grave.

Los hallazgos encontrados en los estudios bioquímicos postmortem en sujetos suicidas, dieron la pauta para desarrollar la investigación en sujetos con intento suicida.

En una investigación con adolescentes , en quienes se considera que la mayor parte de la conducta suicida es impulsiva, Brown y cols utilizaron como definición operacional de intento impulsivo dos apartados de la Escala de intento suicida de Beck y detectaron que los adolescentes no impulsivos estaban significativamente más deprimidos y desesperados que los impulsivos. En la década de los ochenta, Plutchk y Cols estudiaron una serie de circunstancias relacionadas con el intento suicida como la seriedad del intento, la letalidad del método utilizado, la severidad de ánimo depresivo, la impulsividad, riesgo suicida y violencia, desarrollando escalas para ellos. Observaron una correlación alta entre impulsividad, riesgo suicida y violencia; en los últimos años sus estudios se han enfocado a la identificación de variables que caractericen el riesgo suicida en población impulsiva violenta y no violenta. (20) (21)

**Factores Sociales:** Los niños y adolescentes son vulnerables a ambientes abrumadoramente caóticos, agresivos y negligentes. Un amplio espectro de síntomas psicopatológicos puede ser secundario a la exposición a hogares violentos y abusivos. Parece que las conductas agresivas, autodestructivas y suicidas se dan con mayor frecuencia en personas que han sufrido vidas familiares crónicamente estresantes. (20)

**El comportamiento suicida incluye ciertas expresiones como:**

- **El deseo de morir:** es la inconformidad del sujeto con su vida en el momento presente.
- **La representación suicida:** son imágenes mentales que el individuo se formula y que puede llegar a expresar a otros.
- **Las ideas suicidas:** son pensamientos orientados a concluir con su propia existencia y puede ser una idea concreta o no.
- **La amenaza suicida:** son insinuaciones de intenciones suicidas, formuladas a personas vinculadas al individuo, que intentarán evitar que se suicide. Esta manifestación debe considerarse una petición de ayuda.



- **El gesto suicida:** es un ademán de concreción del acto suicida, que por lo general no conlleva lesiones de importancia, pero debe ser contemplada con seriedad.
- **El intento suicida:** conocido como para suicidio, es una tentativa de autoeliminación, o autoagresión intencionada. Es el acto en el cual el sujeto trata de quitarse la vida, dañándose, pero sin concluir en la muerte.
- **El suicidio frustrado:** es el acto suicida que por razones fortuitas, no culmina con la muerte.
- **El suicidio accidental:** es el realizado con un método desconocido o conocido, pero que el sujeto no esperaba que concluyera con la muerte.
- **El suicidio intencional:** es cualquier lesión autoinflingida intencionalmente con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

Los comportamientos suicidas más comunes son:

La idea suicida, el intento de suicidio, el suicidio consumado (accidental o intencional).

Las ideas suicidas son muy comunes en la adolescencia y esto no necesariamente es un peligro inminente para la vida a menos que esté asociado a otros factores de riesgo. (11) (22)

### **Factores de Riesgo Suicida en la Adolescencia**

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- ❖ Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
- ❖ Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz
- ❖ Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial, así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva (11)

## **Factores culturales y socio demográficos**

Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educativos y el desempleo, son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes la padecen.

Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de colonización cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres, también se hace patente entre los inmigrantes.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentra extrañar la tierra natal y sus costumbres, problema con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo suicida de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

La tasa de suicidio consumado es más elevada entre los varones, las mujeres intentan suicidarse con más frecuencia que los hombres (3:1), los hombres logran su objetivo con mayor frecuencia que las mujeres (3:1), por lo que a las mujeres jóvenes se les considera de menor riesgo, según los factores de riesgo relacionados con la edad y el sexo.

En relación al estado civil, el suicidio es más frecuente en personas solteras, divorciadas o viudas. Parece que el matrimonio actúa como un factor protector, especialmente si tienen hijos, tendencia más acentuada en la mujer. (11)

## **Factores Individuales**

Dentro de los factores individuales cabe destacar los siguientes:

Antecedentes de haber realizado tentativa de suicidios anteriores; algunos autores señalan que aproximadamente un 25% de los adolescentes que realizaron un intento de suicidio, lo habían realizado con anterioridad. Mencionan que el nivel de riesgo es mayor cuanto más joven es el suicida.

Patología psiquiátrica, una proporción muy elevada de individuos suicida presentan patología psiquiátrica. Esta circunstancia también se cumple en población adolescente. Los estados depresivos, los trastornos de ansiedad, el abuso de alcohol y de otras drogas, los trastornos de la personalidad y los trastornos psicóticos, son todos ellos estados psicopatológicos que comportan un riesgo de conductas suicidas. Sin embargo, lo más relevantes son las depresiones, cuya existencia eleva el riesgo suicida hasta un 20% con respecto a la población general. (11)

## **Situación Familiar y Eventos Vitales Adversos**

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infidelidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia. (11)

## **Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio**

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:

- Depresión
- Trastorno de ansiedad
- Abuso de alcohol
- Abuso de drogas
- Trastornos incipientes de la personalidad
- Trastorno Esquizofrénicos (11)

## **Métodos Suicidas**

Los métodos utilizados varían según los países, culturas y características socio demográficas, pero también dependen de la accesibilidad, oportunidad y la aceptación sociocultural. En las tentativas de suicidio se utiliza preferentemente la intoxicación por medicamentos, lo cual no debe presuponer una relación causa-efecto con respecto al deseo de suicidarse.

El ahorcamiento, colgamiento, o asfixia por suspensión, ha sido el más utilizado para suicidarse a lo largo de la historia. Es un método del pasado, de otras culturas y etapas del desarrollo histórico- social pero también es un medio del presente.

Los métodos usados en los intentos de suicidio suelen ser “no violentos”. En un estudio multicentrico de la OMS, el 64% de los varones y el 80% de las mujeres utilizaron el auto envenenamiento. La realización de cortes, principalmente en las muñecas, se empleó en el 17% de casos masculinos y el 9% femenino.

Otro de los métodos, es por arma de fuego, inhalación de los gases de vehículos de motor.

Los fármacos más frecuentemente utilizados son los analgésicos, los psicofármacos (principalmente ansiolíticos y antidepresivos) y mezcla de

diferentes sustancias medicamentosas; el 91% de los adolescentes utilizan autointoxicación. (9)

### **Tratamiento del adolescente suicida**

El tratamiento debería ser provisto dentro de un servicio de contención que incluya recursos para pacientes internados, pacientes ambulatorio a corto y largo plazo e intervención de emergencia.

El adolescente que ha intentado el suicidio debería ser hospitalizado si su inestabilidad hace que su comportamiento sea impredecible, indicando al menos un riesgo serio a corto plazo. Los rasgos de estado mental predictivos de riesgo a corto plazo incluyen: incapacidad de formar una alianza con el clínico, falta de veracidad o incapacidad para debatir o regular la emoción o el comportamiento, pensamiento psicótico, intoxicación actual por drogas o alcohol, o múltiples intentos previos de suicidio.

Los rasgos diagnósticos que indican la necesidad de hospitalización incluyen el trastorno depresivo mayor con rasgos psicóticos, irritabilidad y comportamiento impulsivo, psicosis con alucinaciones y el abuso de alcohol o sustancias. Entre los factores sociales destaca la falta de apoyo ambiental suficiente para ayudar a estabilizar el estado psiquiátrico del adolescente. (18)

### **Intervenciones Psicoterapéuticas**

Los adolescentes suicidas informan de tener sentimientos intensos y dolorosos, depresión e inutilidad; ira, ansiedad y una incapacidad desesperanzadora para cambiar o encontrar solución a circunstancias frustrante. Pueden responder impulsivamente a su sensación de desesperación con un intento de suicidio.

El objetivo de las técnicas psicoterapéuticas es disminuir tales sentimientos y pensamientos intolerables y reorientar las perspectivas cognitivas y emocionales del adolescente suicida. El clínico debe estar disponible al paciente y su familia, 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. (18)

Dentro de los tipos de psicoterapia podemos mencionar:

-Terapia cognitivo-Conductual

-Psicoterapia interpersonal

-Psicoterapia psicodinámica y terapia familiar

### **Como se evalúa el intento de suicidio**

-Determinar el tipo de método utilizado en el intento: los intentos más inusuales, o sea, distintos a los cortes o las ingestiones leves, conllevan a un peor pronóstico.

-La letalidad médica potencial.

-El grado de planificación involucrada.

-El grado en que la probabilidad de intervención o descubrimiento fue minimizado (significando una mayor intencionalidad).

-Los intentos de suicidio previo hacen más probable un intento posterior.

-Cierta ideación suicida en el momento de la evaluación persistente y frecuente también denota una mayor severidad y una mayor posibilidad de enfermedad mental asociada.

## **VII. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **a). Tipo de estudio**

El presente estudio fue descriptivo, cuantitativo sobre el manejo de intentos de suicidios en adolescentes atendidos en la unidad de intervención en crisis del Hospital Docente de Atención Psicosocial, Dr. José Dolores Fletes Valle, Managua-Nicaragua, Enero-Noviembre 2011.

### **b). Área de estudio**

Se realizó en la unidad de intervención en crisis del Hospital Docente de Atención Psicosocial, Dr. José Dolores Fletes Valle, Managua-Nicaragua; el servicio cuenta con diez camas para hospitalización, un especialista en psiquiatría, un residente de la especialidad, una psicóloga y trabajadora social, una enfermera y dos auxiliares de enfermería.

### **C). Universo y muestra**

Lo constituyeron el 100% de los expedientes de adolescentes atendidos en el Hospital Docente de Atención Psicosocial, Dr. José Dolores Fletes Valle, con diagnóstico de intento suicida, Enero-Noviembre del 2011. El total de expedientes revisados fueron 23.

### **d). Unidad de análisis**

Expedientes clínicos de los pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis con diagnóstico de intento suicida.

### **e). Criterios de inclusión de los pacientes**

- Pacientes vivos que al ser atendidos en la unidad de intervención en crisis su diagnóstico fue intento suicida.
- Expediente clínico completo.

### **f). Criterios de exclusión de los pacientes**

- Pacientes que no cumplan con los criterios diagnósticos de intento suicida.
- Expediente clínico incompleto.

### **g). Variables de estudio**

1: Características socio demográficas:

- Edad, sexo, procedencia, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, lugar donde ocurrió el intento, intentos suicidas previos, embarazo

2: Circunstancias asociadas y métodos utilizados:

- Alcohol, cigarrillo, drogas, familias desintegradas, ahorcamiento, sobredosis de medicamento, arma de fuego, cortaduras, envenenamiento

3: Intervenciones terapéuticas realizadas en los adolescentes atendidos y su condición al egreso:

- Valoración intrahospitalaria, seguimiento extra hospitalario ( consulta externa del hospital psicosocial, referido atención primaria), fuga , abandono, fallecidos, alta, referido a otra unidad

### **h). Fuente de información**

La fuente de información fue secundaria, ya que se revisaron los expedientes clínicos de los adolescentes ingresados por intento suicida en la unidad de intervención en crisis, en el período de estudio.

### **i). Mecanismo de obtención de la información**

Se diseñó un formato en donde se recibieron los datos de interés del expediente clínico (ficha de recolección de datos).

### **j). Procesamiento de la información**

El procesamiento de la información se realizó a través del programa EPI INFO y el programa de Excel para la elaboración de tablas y gráficos.

Se realizó análisis univariado correspondientes de los datos.

### **k). Trabajo de terreno**



Se realizó una carta dirigida a la directora del Hospital Psicosocial solicitándole su autorización para la realización de dicho estudio y poder tener acceso a los expedientes de los pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis.

Llenado de las fichas de recolección de datos a través de la revisión de expedientes. Se realizó la validación del instrumento con el cinco por ciento de los expedientes, en donde se encontró que el ochenta por ciento no tenía registrada la hora en que realizaron los intentos suicida, por lo que fue eliminada dicha pregunta.

## VIII. RESULTADOS

Para el presente estudio, se revisaron un total de 23 expedientes clínicos de pacientes que fueron ingresados por intento suicida en la unidad de intervención en crisis del Hospital Docente de Atención Psicosocial, Dr. José Dolores Fletes Valle, Managua-Nicaragua, Enero-Noviembre del 2011.

### 8.1. Características sociodemográficas de los pacientes:

Se encontró que los grupos más afectados fueron los de 16 y 19 años (adolescencia tardía) ambos con un 30.43%, de los cuales el 65.2% corresponden al sexo femenino 34.8% al sexo masculino. **(Tabla y Gráfico N° 1)**

En cuanto al grado de escolaridad predominaron los adolescentes con secundaria incompleta con un 78.57% de los casos, seguido de primaria incompleta con un 71.43%. **(Tabla y Gráfico N° 2)**

En relación a la ocupación los que predominaron fueron los adolescentes sin ninguna ocupación, con un 56.52%, seguidos de los ama de casa con un 26.09%, luego los estudiantes con un 17.39%. **(Tabla y Gráfico N° 3)**

La religión más frecuente es la evangélica con el 43.5%, seguido de la católica con el 34.8% y finalmente los que no profesan ninguna religión que representan el 21.7%. **(Tabla y Gráfico N° 5)**

Se encontró que el estado civil predominante fue el soltero con el 82.61%, seguido de la unión casados y acompañados ambos con el 8.70%. **(Tabla y Gráfico N° 4)**

En cuanto a la procedencia predominó el área urbana con un 95.65%.

El 95.7% de las adolescentes no estaba embarazada al momento de ser hospitalizada, solo el 4.3% estaba embarazada.

### 8.2. Circunstancias y métodos:

En cuanto a la fecha de la lesión predominaron los meses de enero y octubre, ambos con el 17.39%, seguidos del mes de febrero y abril, ambos con el 13.04%. **(Tabla y Gráfico N° 6)**

En relación al lugar donde ocurrió el hecho predominó el domicilio con un 78.26%, seguidos de otros con un 17.39%. **(Tabla y Gráfico N° 7)**

En cuanto a las circunstancias asociadas predominaron las familias desintegradas con un 69.57%, seguidos del consumo de alcohol con un 43.48%, solo el 21.74% uso tabaco y el 8.70% uso drogas. **(Tabla y Gráfico N° 8,9)**

Solo el 26.09% tenían intento suicida previo.

El método más utilizado fue la sobredosis de medicamento (Benzodiazepinas, antipsicóticos, carbamazepina, acetaminofén) con el 47.83%, seguido por cortadura con un 21.74%, luego el ahorcamiento con el 13.04% y envenenamiento con el 8.70%( fosfina, plaguicida). **(Tabla y Gráfico N° 10)**

### 8.3. Manejo clínico y condiciones al egreso:

En relación al manejo clínico del paciente el 100% recibió tratamiento médico psicoterapéutico y valoración psicoterapéutica intrahospitalaria durante su ingreso. En cuanto al seguimiento psicoterapéutico extra hospitalario el 82.61% tuvo seguimiento posterior a su egreso, por consulta externa del Hospital Psicosocial un 21.74%, el 47.83 fue referido a atención primaria y un 8.70% a otros. **(Tabla N° y Gráfico 11)**

En cuanto a las condiciones al egreso el 86.96% fue por alta y el 13.04% por abandono.

## IX. ANALISIS DE RESULTADOS:

En relación a los grupos etáreo los más afectados fueron los de adolescencia tardía, el cual representa la mitad de los casos estudiados, esto corresponde con la literatura a nivel mundial e investigaciones existentes tanto a nivel nacional como internacional. (2, 26,9)

En cuanto al sexo predomino el femenino, el cual corresponde con la literatura ya que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres, con una relación de 3:1.

El grado de escolaridad que predominó fue la secundaria incompleta, seguida de primaria incompleta, universidad y primaria completa.

En relación a la procedencia predominó el área urbana, esto corresponde con la literatura ya que revela el comportamiento suicida como un evento urbano.

En cuanto a la ocupación el mayor porcentaje lo constituyeron los que no tenían ninguna ocupación, seguidos de los estudiantes y ama de casa, en su mayoría eran solteros y sin hijos, el cual corresponde con el grupo de edades más afectadas, según la literatura determina que el suicidio es más frecuente en los solteros, viudos y divorciados, el matrimonio actúa como factor protector, especialmente si tienen hijos; la mayoría era de religión evangélica, seguido de los católicos, la literatura menciona que es más frecuente en los protestante ya que el catolicismo forma sociedades más integradas.

En relación a la fecha de la lesión predominaron los meses de enero y octubre seguidos de los meses de febrero y abril, se encuentra correspondencia con el estudio realizado en el Hospital Roberto Calderón en relación al mes de abril (25).

La mayoría de los intentos suicidas ocurrieron en la casa correspondiendo con la literatura que señala que la casa es un ambiente propio para desarrollar este acto, un cuarto de los adolescentes en estudio tenía antecedente de intento suicida previo con predominio del sexo femenino.

En relación a las circunstancias asociadas el consumo de alcohol se registró en la mitad de los casos y las familias desintegradas en más de la mitad de los casos encontrando relación con la literatura y estudios realizados en Nicaragua,(11, 24, 4), además se encontró antecedentes de violencia intrafamiliar, abuso sexual y en su mayoría tenían asociado un trastorno depresivo; el método más utilizado fue la sobredosis de medicamento (Benzodiacepinas) el cuál existe relación con estudio realizado en el Hospital Antonio Lenin Fonseca (8), seguidos del método de cortadura y ahorcamiento.

En cuanto al manejo clínico del paciente todos recibieron valoración psicoterapéutica intrahospitalaria durante su ingreso, pero se encontró deficiencia en los tipos de psicoterapia empleada, no aparecen reflejadas en el expediente; más de la mitad tuvieron seguimiento psicoterapéutico posterior a su egreso, un tercio lo tuvo por consulta externa y la mitad fue referido a la atención primaria; en cuanto a su condición al egreso la mayoría fueron dados de alta, solo un pequeño porcentaje abandonaron la unidad hospitalaria y no se le dio seguimiento. De los pacientes referidos a la consulta externa un pequeño porcentaje discontinuaron sus controles ambulatorios, se desconoce la causa.

## X. CONCLUSIONES

1. Se encontró que los intentos suicidas fueron cometidos por adolescentes del sexo femenino, en adolescencia tardía, de procedencia urbana, solteras, de secundaria incompleta, sin ocupación y sin hijos; prefiriendo los meses de enero, febrero, abril y octubre y la casa fue el lugar donde se realizó el intento de suicidio.
2. Con relación a las circunstancias asociadas al intento de suicidio se encontró principalmente en los adolescentes con familias desintegradas, consumo de alcohol, antecedentes de violencia intrafamiliar, abuso sexual, intentos suicidas previos y depresión. El método más utilizado fue intoxicación con medicamentos (Benzodiazepinas).
3. En relación al manejo clínico del paciente este fue evaluado utilizando el protocolo de suicidio, se cumplió con el hecho de que todo paciente con este diagnóstico debe ser hospitalizado, los que rehusaron ingreso firmaron hoja de alta voluntaria; la mayoría fueron dados de alta y menos de un tercio abandono, pero se encontraron algunas deficiencias en cuanto a su abordaje y seguimiento a su egreso, los pacientes que abandonaron no le dieron seguimiento, no aparecían reflejadas los tipos de psicoterapia empleada y a los que descontinuaron sus controles ambulatorios no les realizaron visitas domiciliarias.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **1. Al Ministerio de Salud:**

- ❖ El ministerio de salud implemente capacitaciones continuas al personal de salud de atención primaria para que detecten de manera oportuna a los adolescentes con ideas de intento suicida y sean referidos al segundo nivel de atención.
- ❖ Restringir el consumo inadecuado de fármacos mediante el monitoreo de los establecimientos autorizados para la venta de los mismos.
- ❖ Crear nuevas unidades de intervención en crisis en las diferentes unidades de salud mental con un equipo completo.
- ❖ Promulgar e implementar las políticas y planes nacionales para la prevención del suicidio a nivel intersectorial, a través de la participación del MINED, las Iglesias y organizaciones juveniles.

### **2. Al Hospital Psicosocial:**

- ❖ Evaluaciones periódicas de los expedientes clínicos para garantizar que se está realizando un abordaje psicoterapéutico adecuado.
- ❖ Promover la salud mental a través de los diferentes medios de comunicación, ya que existen muchos estigmas en relación a la misma.
- ❖ Realizar un abordaje terapéutico integral utilizando los recursos de la institución, del paciente, de su familia y su entorno social incluyendo el religioso, educativo y laboral.
- ❖ Implementar el seguimiento sistemático mediante la realización de visitas domiciliarias a los pacientes que abandonan y descontinúan sus controles ambulatorios en el servicio de consulta externa.
- ❖ Detectar en todos los adolescentes que presentan conducta suicida las circunstancias asociadas, para realizar una adecuada intervención.

## IX.BIBLIOGRAFIA

- 1) Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo Alberto Concha- Eastman. Etienne Krug Revista panamericana de salud pública Print ISSSN 1020-4989 Rev. Panam salud pública vol.12 no.4 Washington oct. 2002 doi. 10.1590/ 51020- 49892002001000002
- 2) Actitudes hacia el suicidio en adolescentes. Pérez Barrero SA (1997) Rev. Psiquiátrica Infanto-Juvenil N0 2 abril-junio:102-106.
- 3) Conducta suicida en niños y adolescentes. Aspectos éticos y morales. Hospital Pediátrico “Eduardo Agramonte Piña” 2002 julio A. Turiño Pedraja (1) Fernando E Castro Perdomo (2)
- 4) Cruz. Verónica. Factores de riesgo asociados al intento de suicidio que acudieron a emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense, 1997.
- 5) ¿cómo evitar el suicidio en adolescentes. Libro electrónico sobre su prevención, por el Dr. Sergio A Pérez Barrero. [www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml-11k](http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml-11k)
- 6) Durkheim, E: Suicide free, press, Glencove, Ill 1951.
- 7) Dejarlais, Robert y Cols. Salud Mental en el mundo (OPS 1997) Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos; suicidio Pág. 95-126.
- 8) Lòpez.Ronald. Evaluación del comportamiento suicida de los adolescentes atendidos en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.2008-2009.
- 9) Martínez Alberto; Intentos de suicidios admitidos en el Hospital de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Fletes. Managua, Nicaragua durante el período agosto 2003 a diciembre 2005.
- 10)Psiquiatría del niño y el adolescente. Ed. Díaz de Santos. Mardomingo Sanz MJ 1994.



- 11) Factores de riesgo suicida en la adolescencia. Pérez Barrero SA (1996). Rev. Psiquiátrica del Uruguay, Año LX. N0 11(4):318-25.
- 12) Informe de Depresión y Suicidio, la epidemiología del silencio. Dr. Álvaro Lacayo. Febrero del 2000.
- 13) López E, Vergara J, Barreto A; Suicidio de adolescentes caleños en el fin del milenio.
- 14) Sheidman E. Tratado de Psiquiatría Suicidio. En Fredman A. La Habana 1984; 3:1954.
- 15) Intento suicida y funcionamiento familiar Guibert W, Torres N. Rev. cubana Med Gen Integr 2001; 17(5): 452-60
- 16) Judaic origins of suicide prohibition. Hankoff, L. (1979). En L. Hankoff & B. Einsidler ( eds) suicide: Theory and clinical aspects (pp-3-20) Massachussetts.PSG
- 17) Sobre el suicidio en Emile Durkheim 1996 de JAVIER B. EOANEC. Doctor en ciencias sociales. <http://Jseoane.blogspot.com/2007/09/sobre-el-suicidio-en-mile-durkhein.html>
- 18) Suicide in comprehensive textbook of psychiatry, Schneiderman Kaplan, Sadock, Baltimore, William. Edited by freedman, A.M. 1976
- 19) Estudio comparative sobre adolescents en riesgo suicida. María Martín Casullo” Mercedes Fernández Liporace\* Norm Contini de González\*\*\* facultad de psicología. Universidad de Buenos Aires – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Buenos Aires. Facultad de Psicología Universidad Nacional de Tucumán
- 20) Ciencias de la conducta .Psiquiatría Clínica Harold I. Kaplan, M.D. octava Edición-2001 Tomo II. P 1423-1424
- 21) Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. Alejandro Jiménez Genchi, Héctor Sentier Castelia Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino
- 22) Dajas F. (2002).Editorial. Revista Psiquiátrica del Uruguay. vol. 66 N° 2 junio 2002 pág. 6
- 23) Normas de abordaje del suicidio en Nicaragua, Managua 1997, pág. 1-10
- 24) Intento suicida en niños y adolescentes. Aspectos Epidemiológicos en el servicio de salud mental del Hospital Pediátrico Provincial durante el periodo 1° de Enero de 1997 hasta el 31 de Diciembre del 2001.Dra

Amparo Muro García 1, Dra. ANABEL González Muro 2, Dr. Jorge Luis Toledo Prado 3, Dra. Noemí Díaz Martínez 3, Dr. Yurien Negrin Claco 4, Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Faustino Pérez Hernández.”

- 25) Martínez Jacqueline. Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en Hospital Roberto Calderón. Managua. Enero 2004-Diciembre 2005.
- 26) Isai Burgera, Edgar Guzmán, Magaly Jaimes, Carlos Jaimes, Anak D Orazio. Factores de riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Mérida, Venezuela.

# ANEXOS

## Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicador	Escala
Sexo	Diferencia física y constructiva del hombre y mujer	Masculino Femenino	
Escolaridad	Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un centro educativo	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Estudios técnicos/ universitarios	
Procedencia	Lugar de donde viene el paciente	Urbano Rural	
Edad	Años de vida de una persona desde el nacimiento	Adolescente Adulto joven Adulto maduro Vejes	De 10-14 De 15-19
Estado civil	Condición de un individuo en lo que toca a su relación con la sociedad	Soltero Casado Unión de hecho (acompañado) Divorciado Viudo	
Religión	Credo espiritual que profesa cada paciente	Católico Evangélico Otro	
Ocupación	Tipo de actividad laboral que realiza actualmente	Ama de casa Técnico Profesional Otros Ninguna	
Embarazos	Procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno	Si No	

### Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicador	Escala
Lugar de ocurrencia del intento de suicidio	Espacio físico donde la persona se encontraba al momento de provocarse la lesión	Domicilio Fuera del domicilio	
Intento de suicidio	Acto mediante el cual un individuo utiliza un método para quitarse la vida y acude al hospital con vida	Diagnóstico de intento de suicidio	
Circunstancias asociadas	Signos y síntomas presentados o referidos por el paciente a su ingreso que demuestren uso de alcohol o algún tipo de droga ilegal registrado en el expediente clínico	Uso de alcohol  Uso de droga ilegal	Si  No
Método utilizado	La manera que utilizó el paciente para provocarse la lesión	Ahorcamiento Arma de fuego Arma blanca Ahogamiento Sobredosis de medicamento Envenenamiento Otros Se desconoce	Si  No

### Continuación

Variable	Definición	Indicador	Escala
Tratamiento psicoterapéutico	Abordaje psicoterapéutico intrahospitalario durante su ingreso y seguimiento extra hospitalario a su egreso según las normas de atención del paciente con intento de suicidio	Valoración intrahospitalario Seguimiento extra hospitalario: Consulta externa del hospital psicosocial Referido atención primaria Otros	Adecuado  Inadecuado
Condición al egreso	Forma en que egreso el paciente de la unidad hospitalaria	Fuga Abandono Fallecido Alta Referido a otra unidad	Si  No

## Ficha de recolección de datos

### I. Datos generales:

1. Número de expediente----- 2. Fecha----- 3. Ficha No.-----

### II. Características sociodemográficas:

1. Nombre-----
2. Edad-----años cumplidos
3. Sexo: 1. Masculino----- 2. Femenino-----
4. Procedencia: 1. Urbano----- 2. Rural----- 3. Urbano marginal----
5. Dirección-----
6. Escolaridad: 1. Primaria----- 2. Técnico----- 3. Profesional-----  
4. Secundaria----- 5. Universitario---- 6. Ninguna-----
7. Ocupación: 1. Ama de casa---- 2. Técnico----- 3. Profesional-----  
4. Otros----- 5. Ninguna-----
8. Estado civil: 1. Soltero----- 2. Casado----- 3. Acompañado----- 4. Viudo-----
9. Embarazo -----
10. Fecha de la lesión-----
11. Religión-----
12. Lugar donde ocurrió el hecho: 1. Casa----- 2. Escuela----- 3. Calle-----  
4. Trabajo----- 5. Otros-----

### III. Circunstancias asociadas y método utilizado

#### III.A Circunstancias asociadas:

A.1 Uso de alcohol: Si----- No-----

A.2 Uso de drogas: Si----- No-----

A.3 Uso de tabaco. Si----- No-----

A.4 Familia desintegrada: Si----  
----

A.5 Intentos suicida previos: Si--  
No--

#### III.B Método

Disparo----- Cortadura----- Ahogamiento----- Ahorcamiento----- Fuego-----  
Sobredosis de medicamento----- Envenenamiento----- Lanzamiento al  
vacío----- Otros----- Se desconoce-----

### IV. Manejo clínico del paciente

#### IV.A Tratamiento médico psicoterapéutico: Si----- No-----

1. Valoración psicoterapéutica intrahospitalaria durante su ingreso:

Sí----- No-----

2. Seguimiento psicoterapéutico extra hospitalario posterior a su egreso:

Si----- No-----

Si la respuesta es positiva especifique según las opciones:

Consulta externa del Hospital Psicosocial-----

Referida atención primaria-----

Otros-----

#### I.B Condiciones al egreso:

1. Fuga----- 2.Abadono----- 3.Fallecido----- 4.Alta----- 5.Referido a otra  
unidad-----



## CUADROS Y GRÁFICOS

### FRECUENCIAS SIMPLES:

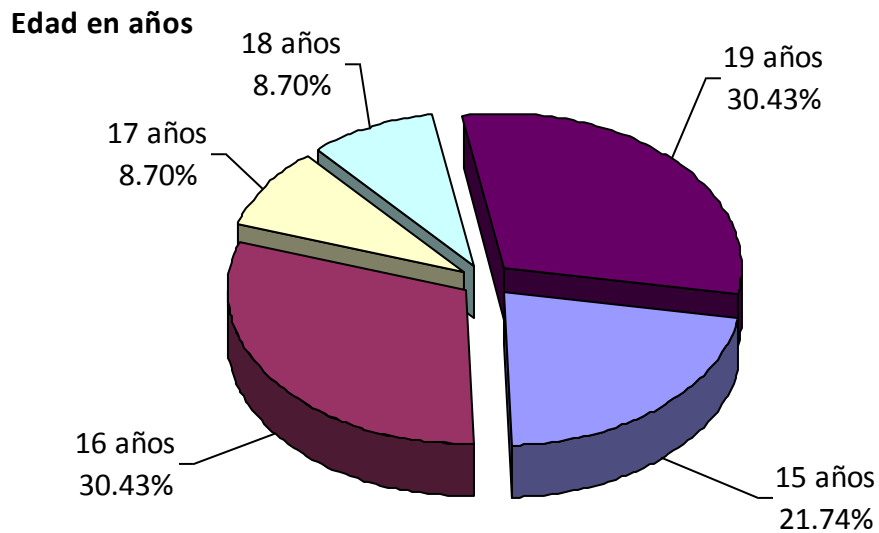
TABLA N° 1  
INTENTO SUICIDA SEGÚN LA EDAD EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN  
CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-NOVIEMBRE 2011

Edad	Frecuencia	%
15	5	21.7%
16	7	30.4%
17	2	8.7%
18	2	8.7%
19	7	30.4%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente Clínico

GRÁFICO 1

INTENTO SUICIDA SEGÚN LA EDAD EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN  
CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-NOVIEMBRE 2011



Fuente: Tabla N° 1

TABLA N° 2

INTENTO SUICIDA SEGÚN LA ESCOLARIDAD EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-NOVIEMBRE 2011

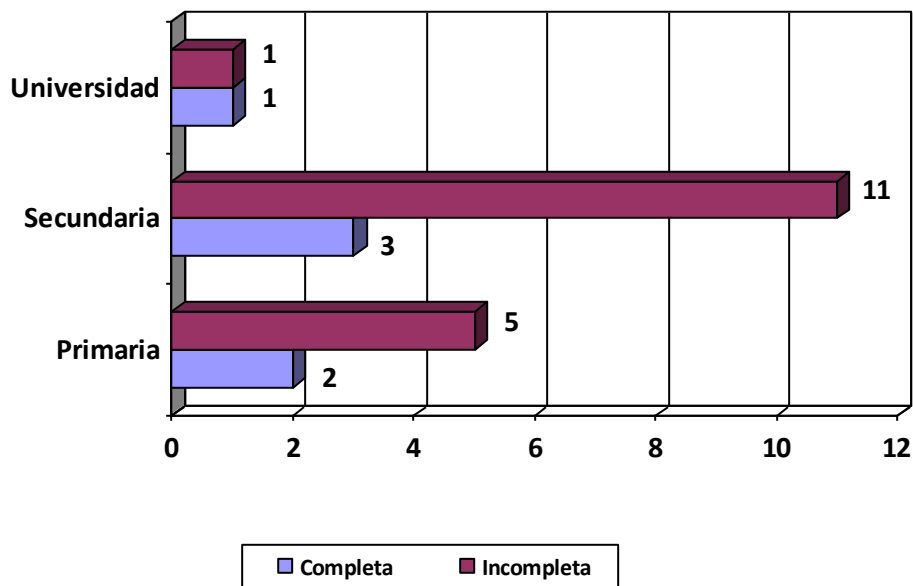
	<b>Primaria</b>	<b>%</b>	<b>Secundaria</b>	<b>%</b>	<b>Universidad</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Completa	2	28.57%	3	21.43%	1	50.00%	6	26.09%
Incompleta	5	71.43%	11	78.57%	1	50.00%	17	73.91%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100.00%</b>	<b>14</b>	<b>100.00%</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>23</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Expediente Clínico

GRÁFICO N° 2

INTENTO SUICIDA SEGÚN LA ESCOLARIDAD EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-NOVIEMBRE 2011

Escolaridad



Fuente: Tabla N° 2

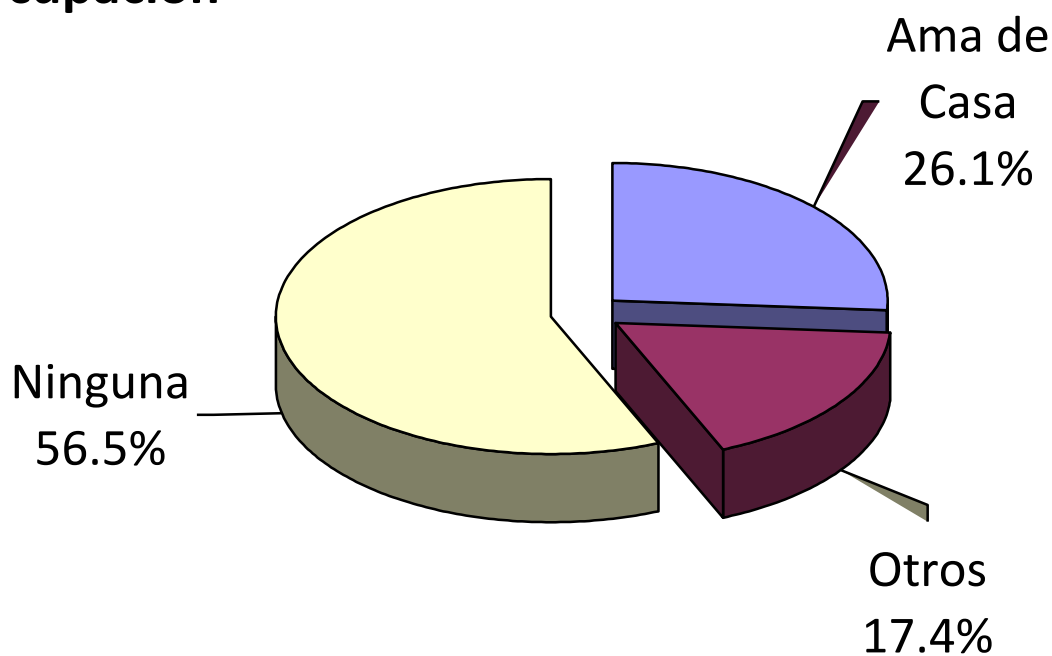
TABLA N°3  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN LA OCUPACIÓN EN LA UNIDAD DE  
 INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-  
 NOVIEMBRE 2011

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de Casa	6	26.09%
Otros	4	17.39%
Ninguna	13	56.52%
Total	23	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

GRÁFICO N° 3  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN OCUPACIÓN EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN  
 EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO –NOVIEMBRE 2011

## Ocupacion



Fuente: Tabla N°3

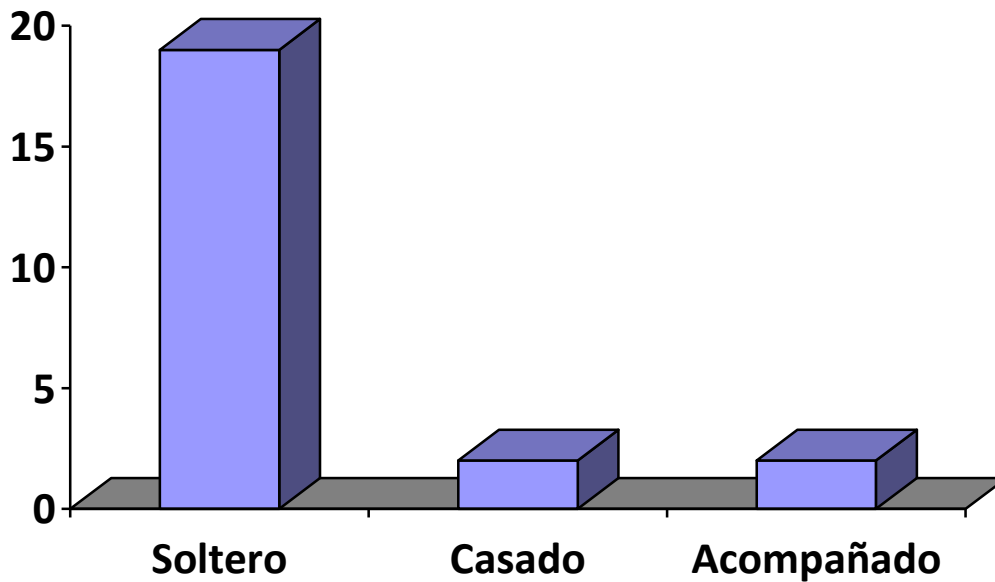
TABLA N° 4  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN ESTADO CIVIL EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN  
 EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO- NOVIEMBRE 2011

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Soltero	19	82.61%
Casado	2	8.70%
Acompañado	2	8.70%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Expediente Clínico

GRÁFICO N°4  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN EL ESTADO CIVIL EN LA UNIDAD DE  
 INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-  
 NOVIEMBRE 2011

### Estado Civil



Fuente: Tabla N° 4

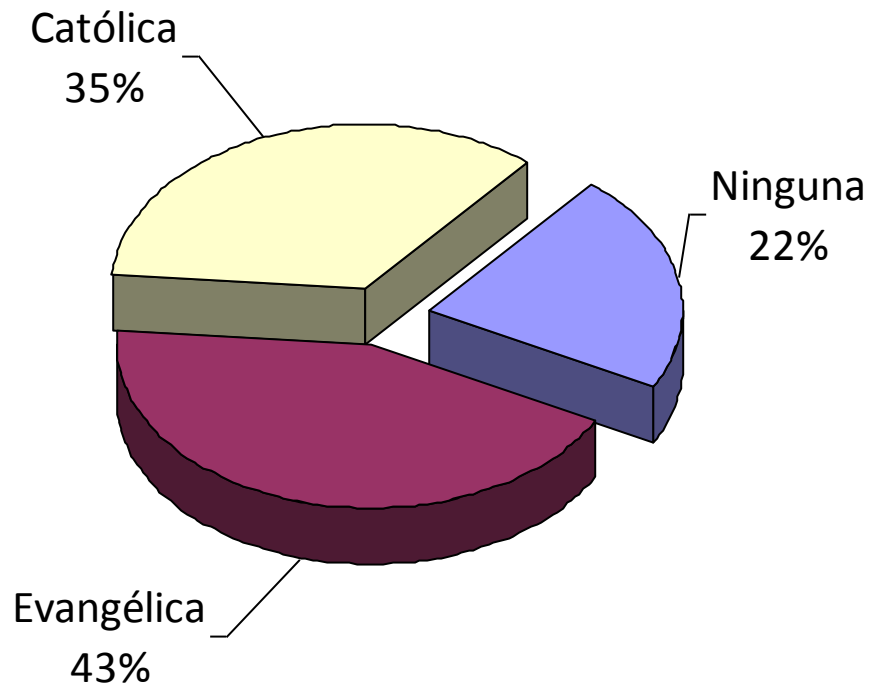
TABLA N° 5  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN RELIGION EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN  
 CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-NOVIEMBRE 2011

Religion	Frecuencia	%
Ninguna	5	21.7%
Evangélica	10	43.5%
Católica	8	34.8%
Total	23	100.0%

Fuente: Expediente Clínico

GRÁFICO N° 5  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN RELIGION EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN  
 CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-NOVIEMBRE 2011

## Religion



Fuente: Tabla N° 5

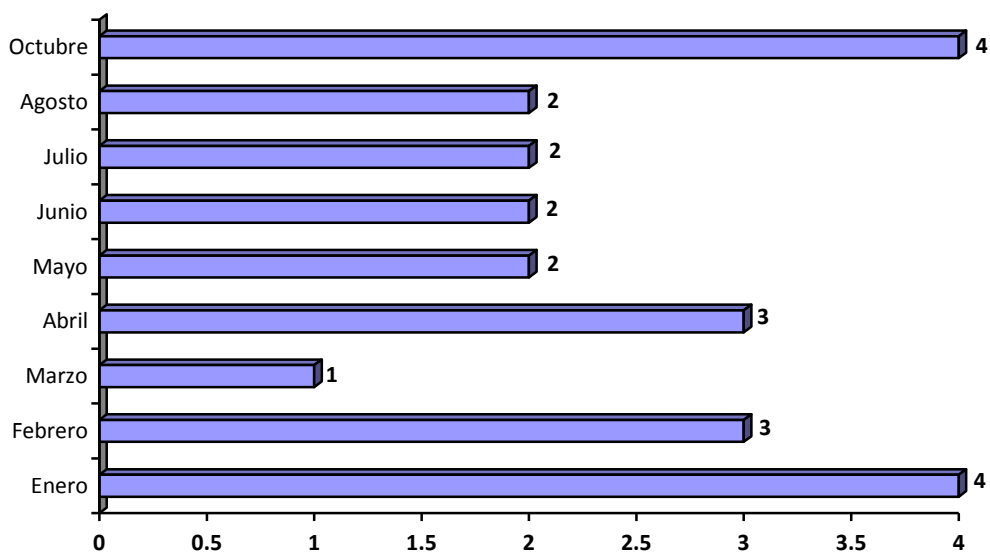
TABLA N° 6  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN FECHA DE LA LESIÓN EN LA UNIDAD DE  
 INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-  
 NOVIEMBRE 2011

Fecha de la lesion	Frecuencia	%
Enero	4	17.39%
Febrero	3	13.04%
Marzo	1	4.35%
Abril	3	13.04%
Mayo	2	8.70%
Junio	2	8.70%
Julio	2	8.70%
Agosto	2	8.70%
Octubre	4	17.39%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Expediente Clínico

GRÁFICO N° 6  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN FECHA DE LA LESION EN LA UNIDAD DE  
 INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-  
 NOVIEMBRE 2011

Fecha de la lesion

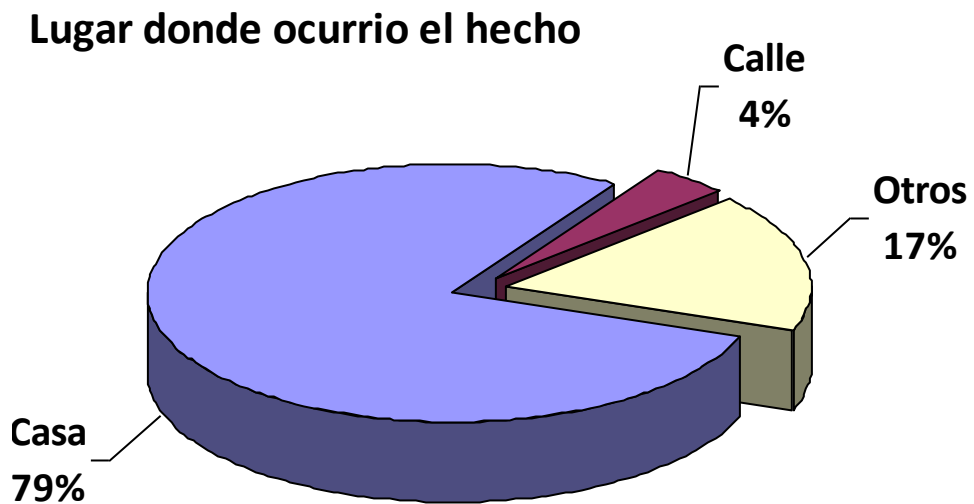


**TABLA N° 7**  
**INTENTO SUICIDA SEGÚN EL LUGAR DE OCURRENCIA EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-NOVIEMBRE 2011**

Lugar donde ocurrió el hecho	Frecuencia	%
Casa	18	78.26%
Calle	1	4.35%
Otros	4	17.39%
Total	23	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

**GRÁFICO N° 7**  
**INTENO SUICIDA SEGÚN LUGAR DE OCURRENCIA EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-NOVIEMBRE 2011**



Fuente: Tabla N° 7

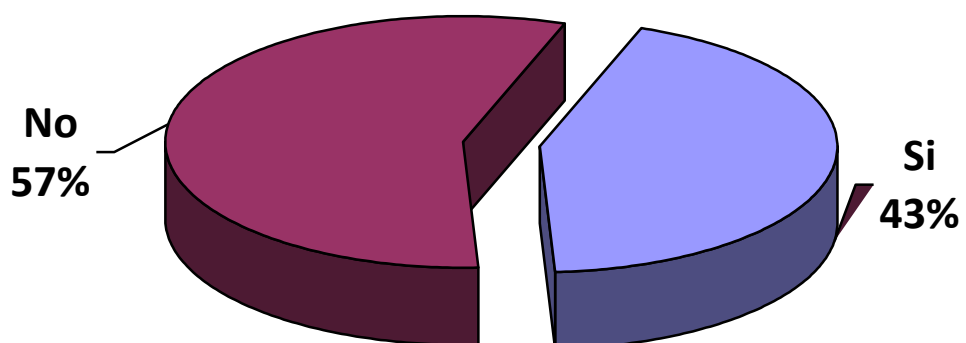
**TABLA N° 8**  
**INTENTO SUICIDA SEGÚN FACTORES ASOCIADOS EN LA UNIDAD DE**  
**INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-**  
**NOVIEMBRE 2011**

Uso de alcohol	Frecuencia	%
Si	10	43.48%
No	13	56.52%
Total	23	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

**GRÁFICO N° 8**  
**INTENTO SUICIDA SEGÚN FACTORES ASOCIADOS EN LA UNIDAD DE**  
**INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-**  
**NOVIEMBRE 2011**

## Uso de Alcohol



Fuente: Tabla N° 8



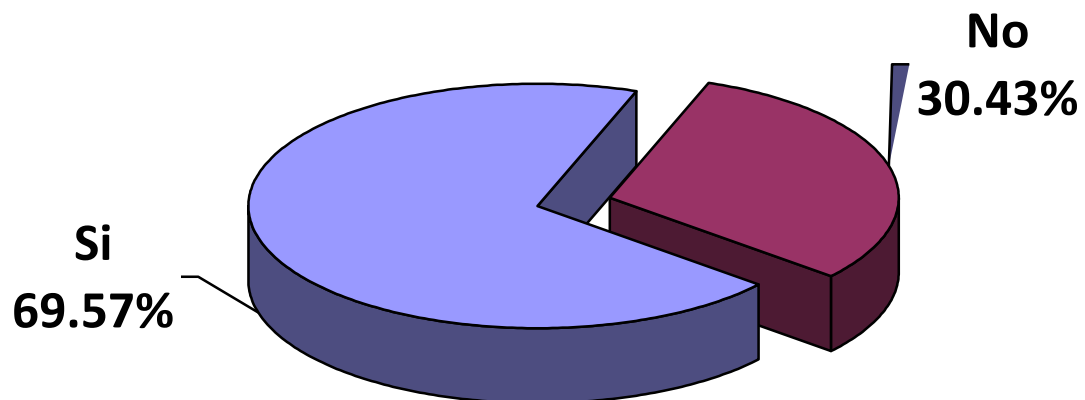
TABLA N°9  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN FACTORES ASOCIADOS EN LA UNIDAD DE  
 INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-  
 NOVIEMBRE 2011

Familias desintegradas	Frecuencia	%
Si	16	69.57%
No	7	30.43%
Total	23	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

GRÁFICO N°9  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN FACTORES ASOCIADOS EN LA UNIDAD DE  
 INTERVENCIÓN EN CRISI DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-  
 NOVIEMBRE 2011

### Familias desintegradas



Fuente: Tabla N° 9

TABLA N°10  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN MÉTODO EN LA UNIDAD DE  
 INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-  
 NOVIEMBRE 2011

MÉTODO CORTADURA

Cortadura	Frecuencia	%
Si	5	21.74%
No	18	78.26%
Total	23	100.00%

MÉTODO AHORCAMIENTO

Ahorcamiento	Frecuencia	%
Si	3	13.04%
No	20	86.96%
Total	23	100.00%

MÉTODO INTOXICACIÓN POR MEDICAMENTO

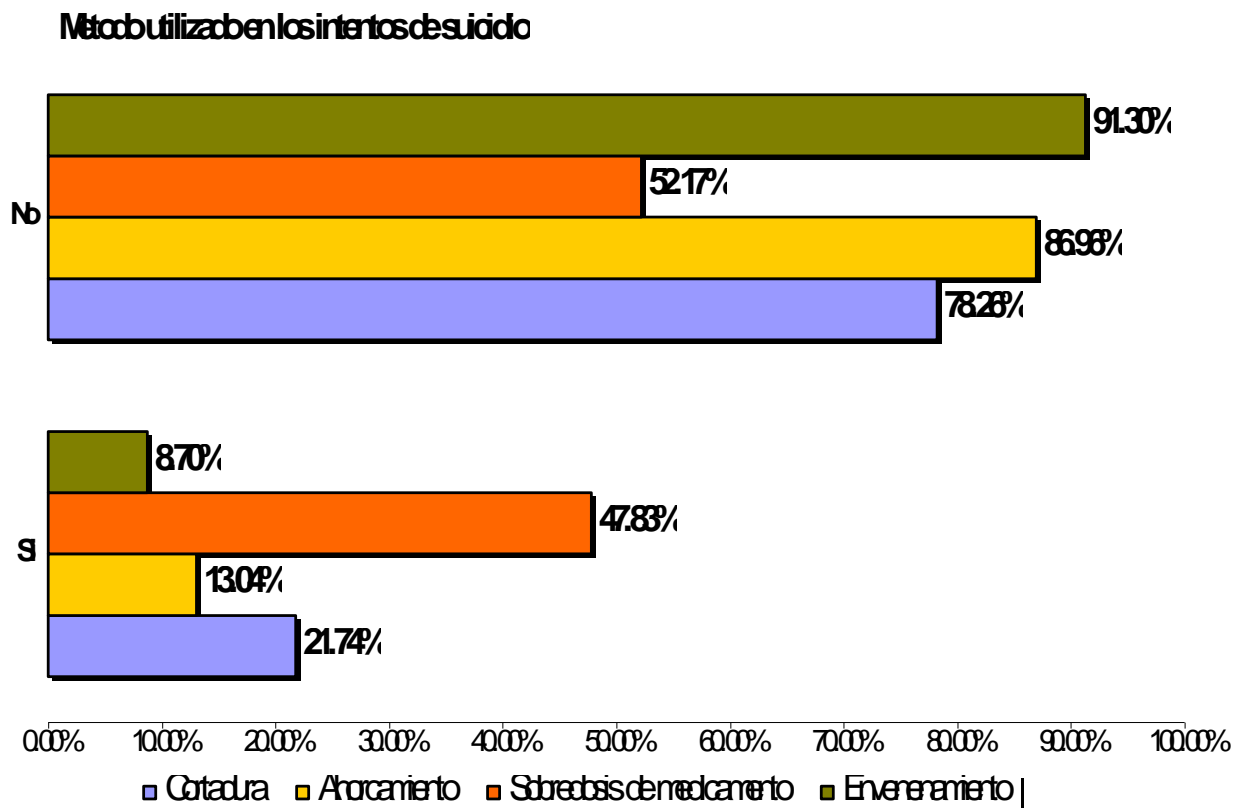
Sobredosis de medicamento	Frecuencia	%
Si	11	47.83%
No	12	52.17%
Total	23	100.00%

MÉTODO ENVENENAMIENTO

Envenenamiento	Frecuencia	%
Si	2	8.70%
No	21	91.30%
Total	23	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

GRÁFICO N° 10  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN MÉTODO EN LA UNIDAD DE  
 INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL DE ENERO-  
 NOVIEMBRE DEL 2011



Fuente: Tabla N° 10

TABLA N °11

INTENTO SUICIDA SEGÚN MANEJO CLINICO EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL ENERO-NOVIEMBRE 2011

Seguimiento psicoterapéutico extra hospitalario posterior a su egreso	Frecuencia	%
Si	19	82.61%
No	4	17.39%
Total	23	100.00%

Consulta externa del Hospital Psicosocial	Frecuencia	%
Si	5	21.74%
No	18	78.26%
Total	23	100.00%

Referido a atención primaria	Frecuencia	%
No	11	47.83%
Si	12	52.17%
Total	23	100.00%

Otros	Frecuencia	%
Si	2	8.70%
No	21	91.30%
Total	23	100.00%

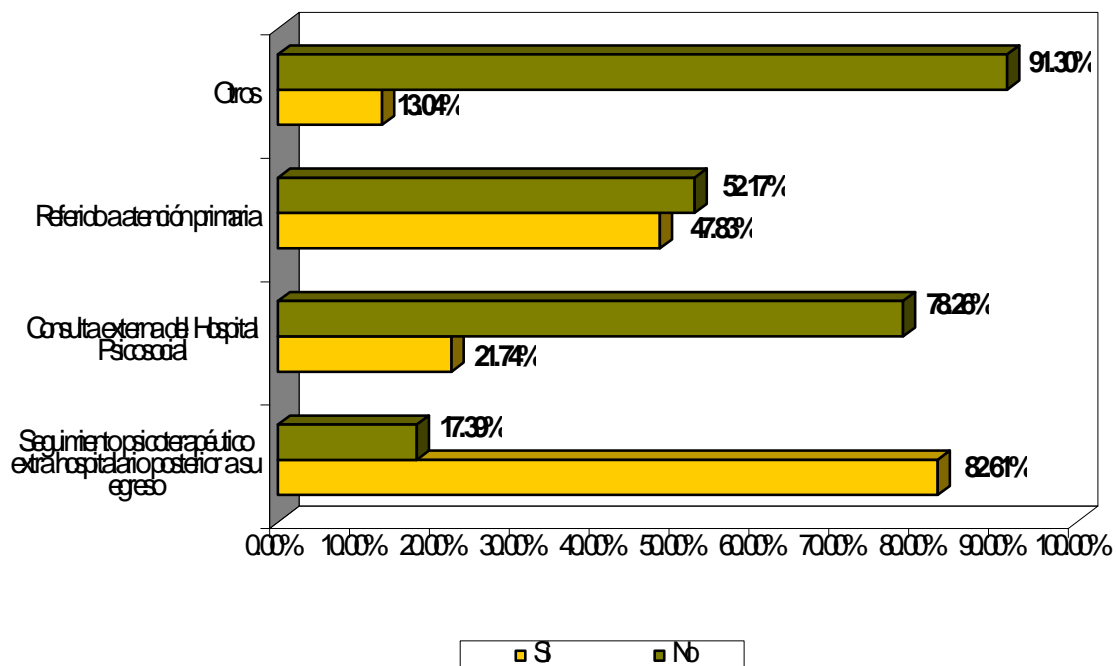
Abadono	Frecuencia	%
Si	3	13.04%
No	20	86.96%
Total	23	100.00%

Alta	Frecuencia	%
Si	20	86.96%
No	3	13.04%
Total	23	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

GRÁFICO N° 11  
 INTENTO SUICIDA SEGÚN MANEJO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE  
 INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL DE ENERO-  
 NOVIEMBRE DEL 2011

**Seguimiento psicoterapéutico**



Fuente: Tabla N° 11

TABLA N° 12  
 EDAD/ SEXO EN LOS ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA EN LA  
 UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL  
 ENERO-NOVIEMBRE 2011

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
15	2	25.00%	3	20.00%	5	21.74%
16	3	37.50%	4	26.67%	7	30.43%
17	0	0.00%	2	13.33%	2	8.70%
18	0	0.00%	2	13.33%	2	8.70%
19	3	37.50%	4	26.67%	7	30.43%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>15</b>	<b>100.00%</b>	<b>23</b>	<b>100.00%</b>

Fuente. Expediente Clínico

TABLA N° 13  
 SEXO/ MÉTODO EN LOS ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA EN LA  
 UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL  
 ENERO-NOVIEMBRE 2011

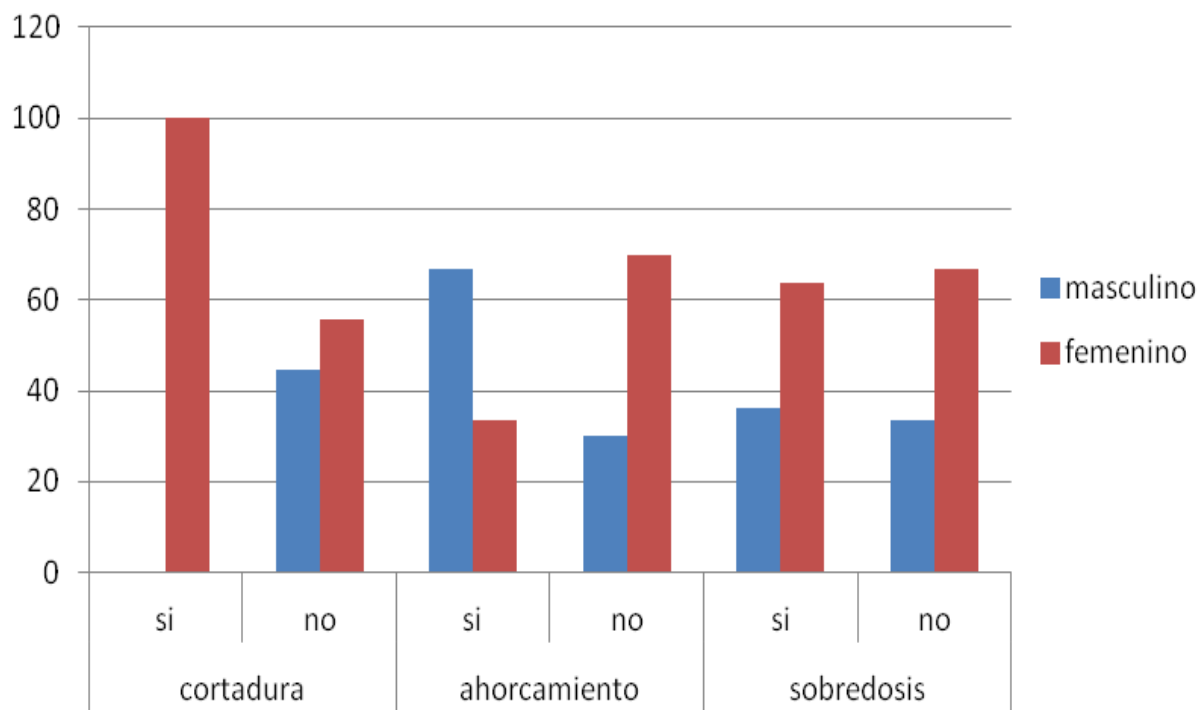
SEXO	CORTADURA				Total	
	Si		No			
Masculino	0	0.00%	8	44.44%	8	34.78%
Femenino	5	100.00%	10	55.56%	15	65.22%
Total	5	100.00%	18	100.00%	23	100.00%

SEXO	AHORCAMIENTO				Total	
	Si		No			
Masculino	2	66.67%	6	30.00%	8	34.78%
Femenino	1	33.33%	14	70.00%	15	65.22%
Total	3	100.00%	20	100.00%	23	100.00%

SEXO	SOBREDOSIS				Total	
	Si		No			
Masculino	4	36.36%	4	33.33%	8	34.78%
Femenino	7	63.64%	8	66.67%	15	65.22%
Total	11	100.00%	12	100.00%	23	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

GRÁFICO N° 13  
SEXO/ MÉTODO EN LOS ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL DE ENERO-NOVIEMBRE DEL 2011



Fuente: Tabla N° 13

TABLA N° 14  
 INTENTO SUICIDA / FACTORES ASOCIADO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS  
 EN LA UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL  
 ENERO-NOVIEMBRE 2011

Intentos suicida previo	Familias desintegradas				Total	
	Si		No			
Si	6	37.50%	0	0.00%	6	26.09%
No	10	62.50%	7	100.00%	17	73.91%
Total	16	100.00%	7	100.00%	23	100.00%

SEXO	Uso de alcohol				Total	
	Si		No			
Masculino	3	30.00%	5	38.46%	8	34.78%
Femenino	7	70.00%	8	61.54%	15	65.22%
Total	10	100.00%	13	100.00%	23	100.00%

Fuente: Expediente Clínico