

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis para optar al título de: Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología

Tema: Comportamiento de pacientes con intentos de suicidio en el SILAIS Nueva Segovia de enero 2019 a diciembre 2020.

Autor:

Dr. Lester Isaac Espinoza Paredes

Tutora:

Dra. Sterling M. Arróliga Selva

Especialista en Psiquiatría

Managua, marzo 2021

Dedicatoria

Dedico este trabajo a todos los pacientes que intentaron suicidarse, por considerar la necesidad de ayudarlos para que tengan una mejor calidad de vida, sus familias y amigos, sobre todo reconozcan lo bonito que es vivir.

Agradecimiento

Agradezco primeramente a Jehová Dios por brindarme la sabiduría y la salud para cumplir esta meta.

A mis padres Trinidad Paredes, Pablo Espinoza por creer en mí en todo momento. Por saberme guiar y cuidarme.

A mis Docentes por enseñarme con humildad.

A mi tutora Dra. Dra. Sterling M. Arróliga Selva por compartir sus conocimientos conmigo.

A mis amigos en especial Karencita Padilla, Dra. Anielka Hernández por su amistad incondicional en todo este camino. Gracias amigas.

Carta Aval del Tutor Científico de la Tesis

Por este medio, hago constar que la Tesis titulada “*Comportamiento de pacientes con intentos de suicidio en el SILAIS Nueva Segovia de enero 2019 a diciembre 2020*”, elaborado por el sustentante *Lester Isaac Espinoza Paredes*, cumple los criterios de Coherencia Metodológica de un trabajo Tesis de Maestría, guardando correctamente la correspondencia necesaria entre Problema, Objetivos, Hipótesis de Investigación, Tipo de Estudio, Conclusiones y Recomendaciones, cumple los criterios de Calidad y Pertinencia, abordó en profundidad un tema complejo y demostró las hipótesis propuestas para este estudio, cumple con la fundamentación Bioestadística, que le dan el soporte técnico a la Coherencia Metodológica del presente trabajo de Maestría, cumpliendo de esta manera con los parámetros de calidad necesarios para su defensa, como requisito parcial para optar al grado de “*Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología*”, que otorga la **Facultad de Ciencias Médicas, de la UNAN-Managua.**

Se extiende el presente *Aval del Tutor Científico y metodológico*, en la ciudad de Managua, a los **23** días del mes de febrero del año dos mil veinte y uno.

Atentamente

Dra. Sterling Mariana Arróliga Selva

Médico Psiquiatra

281-131283-0002U

Opinión del tutor.

Desde el primer abordaje por parte del Dr. Lester Isaac Espinoza Paredes sobre su interés de investigar sobre el curso de los intentos suicidas mostró no sólo su interés científico sino también su determinación de contribuir al manejo interdisciplinario de un problema de salud pública mundial como es el suicidio; lo que tiene un alto valor científico y evidencia la sinergia de nuestro sistema de salud actual que fomenta el abordaje integral y excelente engranaje a nivel de todos los niveles de resolución; dando la importancia que se merece la medicina preventiva y comunitaria. Me enorgullece haber aportado de alguna manera a éste importante proyecto, pionero en su género.

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública. El primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, «Prevención del suicidio: un imperativo global», publicado en 2014, procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública. Todos los países del mundo requieren desarrollar o fortalecer estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.

La presente tesis para optar al grado científico de Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología, lleva el título "**Comportamiento de pacientes con intentos de suicidio en el SILAIS Nueva Segovia de enero 2019 a diciembre 2020**".

Los objetivos propuestos se cumplieron ampliamente, la investigación se realizó con gran rigor científico y la redacción es correcta, por todo lo cual es mi opinión que la tesis reúne la calidad que esperaba como tutor de la misma.

Resumen

El intento de Suicidio es un problema de salud pública, cerca de 800,000 personas se quitan la vida y muchas intentan hacerlo a cualquier edad, asociados a muchos factores. Ha venido aumentando, tomar medidas oportunamente reducirá el número de casos.

Describir el comportamiento de los pacientes con intentos de suicidio a través del sistema de vigilancia del SILAIS Nueva Segovia de enero 2019- diciembre 2020.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se estudió 125 casos de intentos de suicidio, se hizo análisis bivariado entre las características sociodemográficas, el seguimiento de los pacientes desde su egreso y determinar el impacto en el paciente. Se muestran los resultados en tablas.

El sexo femenino es el predominante (53.1%), grupo etáreo predominante es 20 a 29 años (40.6%), parecido a los de 10 a 19 años. Mayor procedencia de Ocotlán (44.2%), Jalapa (25%). Los meses Marzo (18%), mayo, diciembre (12.5%), Los métodos predominantes fueron plaguicidas (57.3%), medicamentos (46.8%). La mayoría no quisieron revelar la causa (31.2%), seguida de los conflictos conyugales (21.8%), en los dos años el 51.5% de pacientes no asistieron a su cita de seguimiento con psiquiatría, de ellos 35% intentaron suicidarse nuevamente.

Los intentos de suicidio han aumentado, predomina el sexo femenino, Ocotlán y Jalapa con mayor cantidad de casos, los pacientes que no reciben atención después de su intento tienen mucha más probabilidad de reincidir en un nuevo intento de suicidio o consumar el suicidio.

Palabras claves: Intento, suicidio

Índice

1. Introducción	1
2. Antecedentes	2
3. Justificación	8
4. Planteamiento del problema	9
5. Objetivos de investigación	¡Error! Marcador no definido.0
6. Marco Teórico	¡Error! Marcador no definido.
7. Diseño Metodológico	37
8. Resultados	45
9. Discusión	49
10. Conclusiones	54
11. Recomendaciones	55
12. Bibliografías	57
13. Anexos	60

1. Introducción

El Suicidio es un problema de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud 1 de cada 20 personas intentará suicidarse al menos una vez en su vida, registrándose 20 millones de intentos de suicidio en un año. El Suicidio es un drama” evitable” que sucede cada 40 segundos en alguna parte del mundo, siendo esta la segunda causa de muerte en las adolescentes comprendidas dentro de los 15 a 19 años (OMS, 2019).

El intento de suicidio se ha convertido en un grave problema. El suicidio es el peor de todas las tragedias humanas. No sólo representa la culminación de un sufrimiento insoportable para el individuo, pero también significa un dolor perpetuo y un cuestionamiento torturante, interminable, para los que se quedan (Amorin, 2015).

Se estima un aumento del 60 % en la tasa de suicidio en los últimos 45 años y se espera que para el 2021 tenga una carga de morbilidad del 2.4 %. La tasa de Suicidio más elevada está en los países de Europa y es más baja en los países centroamericanos. (OMS, 2016)

En Nicaragua cada día se realizan 2 intentos de suicidio que ingresan en los servicios de salud, el 51 % son del sexo masculino, el 42 % de edad adolescente, el 77 % de los intentos de suicidio se dan en la región del Norte, procedente de áreas rurales. (OMS, Boletín informativo. El suicidio según vigilancia epidemiológica, 2015).

Para prevenir el intento y el suicidio consumado, se requiere conocer los factores de riesgo, que predisponen al comportamiento suicida.

El ministerio de salud en su ente regulador debe dar un seguimiento integral desde la persona, familia y comunidad, y es esencial contrastar los hallazgos en la población y enriquecer la investigación que permite reconocer los perfiles de pacientes con mayor riesgo de recaída en intentos de suicidio, tanto para prevenir la muerte como el impacto personal, familiar y social de estos comportamientos.

Este estudio pretende conocer y analizar el comportamiento de los pacientes con intento de suicidio en el SILAIS Nueva Segovia dentro de su sistema de vigilancia y programa de Salud mental.

2. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

En Latinoamérica se han realizado investigaciones notables como la de: Ventura-Junca et al. de Chile, en el que encuentra que El 54,1% de los encuestados eran hombres y 45,9%, mujeres. Las edades fluctuaron entre los 14 y los 20 años, con un promedio de 16,2. Para simplificar la exposición de los resultados se agruparon las respuestas VNP (Vida no vale la pena), DEM (Deseado estar muerto) y PTV (Pensado en terminar con su vida) en el ítem "ideación suicida". De este modo, la prevalencia de vida de ideación suicida que se obtuvo fue de 62%, valor que triplica la prevalencia de intento suicidio (19%). (al. V. J., 2010)

En la Región de las Américas las tasas de suicidio estimadas son generalmente más bajas que en otras regiones de la OMS. Sin embargo, Guyana es el país con la mayor tasa de suicidio estimada para 2012 en todo el mundo, y Suriname ocupa el sexto lugar. En esta región, las tasas de suicidio indican un primer nivel máximo entre los jóvenes, se mantienen al mismo nivel para otros grupos etarios y vuelven a aumentar entre los hombres ancianos. En los países de ingresos altos, el 50% de los suicidios se producen por ahorcamiento, mientras que el 18% se produce por armas de fuego, que es el segundo método más común. La proporción relativamente elevada de suicidios por armas de fuego en los países de ingresos altos se debe principalmente a los países de ingresos altos de las Américas, en los que el 46% de todos los suicidios se cometen con armas de fuego; en otros países de ingresos altos sólo el 4,5% de los suicidios se cometen con armas de fuego. (OMS, Suicidio en región de las Américas, 2012).

Un estudio de Yen et al. identificaron varios factores predictivos de recaída del comportamiento suicida en adolescentes de alto riesgo a los seis meses de seguimiento, como tener una etnia afroamericana, mostrar una baja intensidad de afecto positivo y agresividad, ciertos rasgos de personalidad / temperamento, así como haber sufrido abuso sexual. Estos autores sugirieron que las construcciones transversales (como la desregulación afectiva y conductual) que subyacen a los trastornos psiquiátricos múltiples pueden ser predictores más fuertes de eventos suicidas recurrentes que los diagnósticos psiquiátricos. (al., 2013).

La prevención del suicidio debe ser una prioridad para los diferentes sistemas de salud pública. En España, abordar el fenómeno del suicidio es una prioridad en el campo de la salud mental, ya que es la primera causa externa de muerte en el país. En relación con el comportamiento suicida, en todos los grupos de edad, los intentos de suicidio son mucho más frecuentes que el suicidio, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay 20 intentos por suicidio cometido. (OMS, 2014)

Una investigación en Latinoamérica fue conocer la relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. La muestra estuvo formada por 292 alumnos de secundaria, con edades comprendidas entre 12 y 15 años. Los instrumentos aplicados fueron: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs y Weissman y Escala de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune. El diseño fue transversal correlacional, en un grupo con tres mediciones, en un solo momento. Se encontró una correlación positiva entre ideación suicida y depresión, y entre depresión e involucramiento afectivo funcional. No se encontró correlación entre patrones de comunicación disfuncionales con depresión e ideación suicida, respectivamente. (Romo, 2014)

Un estudio longitudinal realizado entre noviembre de 2013 y diciembre de 2015 en el Servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), destinado a identificar factores, en un modelo de regresión logística binaria (paso a paso), que predice la repetición de la conducta suicida en una muestra de 417 participantes de entre 8 y 17 años de edad, a los seis meses de seguimiento. Tuvo los siguientes resultados Estadística descriptiva La muestra ($N = 417$) estaba compuesta por 341 mujeres (82.8%) y 76 hombres (18.2%), con edades comprendidas entre 8 y 17 años, $M = 14.76$, $SD = 1.56$. De esta muestra, 38 casos (9,1%, 35 mujeres y 3 hombres) sufrieron una recaída de intento autolítico a los 6 meses de seguimiento y 379 individuos (90,9%) no. Se pudo observar que la mayoría de los pacientes tratados en los servicios de emergencia por comportamiento suicida no requieren una nueva intervención en los próximos seis meses de seguimiento. Sin embargo, uno de cada diez pacientes requiere atención de emergencia nuevamente después de un nuevo intento de suicidio en el período de seguimiento referido. (Villar, 2018).

Antecedentes Nacionales

En el Hospital Sicosocial en Managua se realizó un Estudio descriptivo-cuantitativo en el que se encontró que la población más afectada fue de 15 y 19 años. Entre las circunstancias se encontró que en la mayoría de los casos existía historia de consumo de alcohol, familias disintegradas, antecedente de abuso sexual, violencia intrafamiliar y depresión. Todos recibieron abordaje psicoterapéutico, pero se encontró deficiencia en cuanto a su abordaje y seguimiento a su egreso, no se encontró reflejado en el expediente clínico los tipos de psicoterapia empleada y los que discontinuaron sus controles ambulatorios no les realizaron visitas domiciliarias, la mayoría fue dado de alta y sólo un pequeño porcentaje abandonó. (Palacios Mayorga, 2012).

En un estudio realizado en Nueva Segovia tuvo como objetivo general analizar la epidemiología del intento de suicidio del departamento de Nueva Segovia de enero 2010-diciembre 2011. Este fue un estudio descriptivo de corte transversal en cual participaron 178 intentos de suicidios registrados en sistema de salud entre enero, 2010 a diciembre, 2011. Resultados: El intento de suicidio fue más común en mujeres de 15 a 19 años de edad. Siendo más común en ambos sexos con primaria incompleta. Se encontró que las manifestaciones como la tristeza, sentimiento de culpa, vergüenza, inutilidad fueron más comunes en el sexo femenino. También, se encontró que el 80% de los pacientes no recibió ningún tipo de asistencia médica previo al suicidio. El uso de sustancias psicoactivas fue común en los hombres registrándose que cerca de la mitad se encontraba en estado de ebriedad antes de hacer el intento. Conclusión: los motivos expresados para realizar el intento de suicidio fueron depresión, conflictos de parejas y familiares, problemas económicos. Y los métodos más usados fueron los plaguicidas y los fármacos de prescripción médicas. (García, 2012).

De acuerdo a los registros de la vigilancia epidemiológica, del primero de marzo al 4 de abril del 2015, se reportan 69 intentos de suicidios. De los eventos notificados, 12% fueron suicidios consumados y 71% intentos de suicidios. Cada día se realizan 2 intentos de suicidios que ingresan a los servicios de salud. El 51% de las personas que intentan suicidarse son del sexo Masculino. En los suicidios consumados el comportamiento es igual en ambos sexos (50%). El 42% de las personas con intentos de suicidio son en edad adolescente. El 77% de los intentos de suicidios son en los SILAIS de Matagalpa (29%), Jinotega (20%), Chinandega

(7%) y Las Minas (7%). Los municipios de Mulukukú, Jinotega, Matagalpa, La Dalia y Matiguás, son los que presentan mayor número de intento de suicidios. El 71% de las personas, procedían de comunidades rurales. Los plaguicidas empleados en el intento de suicidio son: 24% Gramoxone, 18% Fosfina, 14% Cipermetrina, 10% Paraquat. Otros empleados son: Gastoxin, Randon. Según sexo de la persona, el plaguicida empleado en intentos de suicidios por Hombres es: Gramoxone, Fosfina y Cipermetrina. En mujeres Gramoxone, Fosfina y medicamento como: Benzodiacepina, Cefalexina, Sulfato Ferroso. Los ahorcamientos e intoxicación alcohólica son empleado únicamente por los hombres en sus intentos suicidas. Los factores de Riesgo que se presentaron fueron: Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio. (epidemiológica, 2015)

Un estudio realizado en Managua tuvo como objetivo determinar el comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en los departamentos de Nicaragua en el período de enero 2011 a diciembre 2015. Fue descriptivo, retrospectivo, donde se revisó fuente secundaria, 886 casos de intento de suicidio en el periodo de estudio, en el territorio nacional. La edad promedio fue de 23 años, con el grupo etario más afectado de 18 a 35 años con un 51,1%, así como el sexo masculino con un 69%. El mayor número de casos a nivel nacional es el departamento de Carazo y el departamento de RACCS. El método utilizado como intento de suicidio es el ahorcamiento y el consumo de venenos plaguicidas. Los meses que presentaron más casos con intentos de suicidios fueron febrero y diciembre. Se observa que el departamento de Carazo es el departamento con mayor tasa de intentos de suicidios en el país, la cual se ha mantenido en los 5 años de estudio. Otro departamento con alta tasa de intento de suicidio es el departamento de Madriz, el cual, disminuido en los últimos 3 años, se mantiene como uno de departamentos que presenta mayor tasa. Así mismo se observa en la RACCS que mantiene una similar tasa en los 5 años. En Nueva Segovia se observa en el transcurso del 2011 a l 2015 una tendencia al aumento de casos por cada 100,000 personas. En la región autónoma costa caribe norte no se observan casos reportados, estos porque se reflejan en el Bilwi, pero aún se refleja en estudio como diferentes zonas. La mayor tasa de morbilidad por intento de suicidios fue en el departamento de Carazo y Madriz.

Concluyó que los intentos de suicidio han aumentado a nivel nacional, y el comportamiento en los departamentos es similar. Los Departamentos de Carazo y Madriz son los que mantienen cifras cada vez más alarmantes. (Huerta, 2017)

Un estudio realizado en Managua tuvo como objetivo determinar el comportamiento epidemiológico del suicidio en los departamentos de Nicaragua en el período de enero 2011 a diciembre 2015. Fue un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se estudiaron a 1, 680 casos de suicidio realizados en 5 años, se realizó un análisis bivariado entre las características sociodemográficas y el método utilizado para realizar el suicidio. Se calculó la tasa de mortalidad del suicidio a nivel de país, y por cada departamento en los 5 años de estudio. se encontró que la edad promedio de los casos de suicidio era de 32 años, siendo el grupo etario predominante el de 18 a 35 años (52,5%) y el sexo predominante fue el masculino (75,8%). La procedencia de los casos en su mayoría fue del municipio de Managua (21,9%), Matagalpa (11,2%) y Jinotega (8%). El mes en que sucedieron más casos de suicidio fue en el mes de octubre y los menos casos fueron en el mes de febrero. Los dos métodos del suicidio que predominaron fueron el Ahorcamiento y el Envenenamiento. Según la tasa de mortalidad por suicidios, se observa que el departamento de Chontales tiene la mayor tasa de muertos por suicidios en los últimos 5 años, siendo la mayor tasa de mortalidad en los departamentos en Carazo y Rivas en el año 2015. Llegó a la conclusión que la cifra de los suicidios se ha mantenido en algunos departamentos en los mismos rangos, en donde el departamento de chontales tiene aumentando en algunos de ellos, y la población joven masculina la más afectada siendo el ahorcamiento el método más utilizado. (Meza, 2017)

Una investigación realizada en Managua pretendió determinar el intento de suicidio en Trans femeninas VIH positivos. El estudio fue observacional, transversal, analítico, realizado en el departamento de Managua con la población trans femenina VIH positivo. La muestra fue de conveniencia, igual al universo que estableció el MINSA en su Informe de Situación Epidemiológica del VIH 2015. El método estadístico utilizado fue Análisis de Correspondencias. Se determinó que el 52.5% ha intentado suicidarse desde los catorce años, de ellas el 47.5% lo ha intentado de una a tres veces y el 4.9% lo intentó de cuatro a diez veces. Se estableció que en los últimos seis meses el 32.8% tuvieron pensamientos suicidas y pensaron realizarlo por diferentes medios: Ingiriendo Fosfuro de Aluminio en pastillas,

ahorcamiento, cortándose los pulsos, ingiriendo tabletas de ácido acetilsalicílico y acetaminofén. Se evidencio que el 52.5% de las trans femeninas VIH positivos intentó suicidarse desde los catorce años y el 36.1% intentó suicidarse en los últimos seis meses. Se concluye que los datos encontrados son más altos que los reportados en los estudios internaciones sobre el intento de suicidio de las trans femeninas. (Mendoza, 2020)

3. Justificación

Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida.

El comportamiento suicida está determinado por un gran número de causas complejas, la pronta identificación de los afectados y el tratamiento adecuado son una importante estrategia preventiva.

En todo el mundo es insuficiente la disponibilidad y calidad de los datos sobre el suicidio y los intentos de suicidio.

Las estrategias eficaces de prevención del suicidio requieren un fortalecimiento de la vigilancia y el seguimiento de los suicidios y los intentos de suicidio. Las diferencias transnacionales en los patrones de suicidio y los cambios en las tasas, características y métodos de suicidio ponen de relieve la necesidad de que cada país mejore la integridad, calidad y oportunidad de sus datos concernientes al suicidio. Esto incluye el registro civil de suicidios, los registros hospitalarios de intentos de suicidio, y los estudios representativos a escala nacional que recopilen información sobre intentos de suicidio autonotificados.

Se pretende que este trabajo refiera el problema de salud pública, “El intento de suicidio” desde una perspectiva general a nivel nacional; convirtiéndose en un documento de referencia para tener un resumen del comportamiento del intento de suicidio en Nueva Segovia. De esa manera, esto se contribuiría a observar el problema con una visión más integral, reconociendo la magnitud del mismo y que genere aportes oportunos en los diferentes niveles de abordaje a esta problemática.

A su vez necesario que al determinar el comportamiento departamental y por municipio se efectúen planes de mejoras que garanticen el monitoreo constante de estos pacientes para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de recaída y prevención de la aparición de nuevos casos y por ende el suicidio como tal.

4. Planteamiento del problema

En Nicaragua, la tendencia de problema de suicidio tiende a aumentar, y está relacionado a diversos factores económicos, sociales, culturales, entre otros.

Es importante conocer como se ha comportado en los últimos años, para poder realizar un análisis de los factores que influyen y que pueden cambiarse o mejorarse, evitando de esta manera el número de suicidios que se transforman para las familias nicaragüenses en situaciones de dolor, lamento y desintegración familiar. Por tal razón, se plantea:

¿Cómo fue el comportamiento de los casos de intentos de suicidio en el SILAIS Nueva Segovia en el período de enero 2019 a diciembre del 2020?

5. Objetivos de investigación

Objetivo General:

Describir el comportamiento de los pacientes con intentos de suicidio a través del sistema de vigilancia del SILAIS Nueva Segovia de enero 2019- diciembre 2020.

Objetivos Específicos:

1. Determinar los factores sociodemográficos, psicológicos que predisponen a los intentos de suicidio en los pacientes a estudio.
2. Relacionar el método utilizado para el intento de suicidio con las características sociodemográficas seleccionadas.
3. Analizar el monitoreo de los pacientes con intentos de suicidio en el SILAIS Nueva Segovia.
4. Relacionar el impacto del seguimiento en los pacientes con intentos de suicidio.

6. Marco Teórico

1. Definición ¿Qué es el Suicidio?

Acción por la cual una persona acaba con su propia vida. Suicidio, acción de quitarse la vida de forma voluntaria, es una conducta autodestructiva porque esa acción puede conducir directamente a la muerte o puede ser un intento, pero siempre existe una intención letal en su misma esencia. (Nicaragua., 2018).

Conductas autodestructivas en el ser humano: El ser humano continuamente lleva a cabo acciones autodestructivas como por ejemplo fumar, beber en exceso, practicar deportes de riesgo, pero la intención habitualmente no es la de acabar con la propia vida sino experimentar determinado placer. Cuando una persona tiene una intención de suicidio no buscan el deleite sino acabar con el sufrimiento porque su visión de túnel no permite ver otras posibles salidas.

2. Objetivo.

La realización de un protocolo sobre el abordaje de la conducta suicida se convierte en una prioridad de la salud mental dado a la tasa de mortalidad por suicidio (7 por 100000 habitantes) que constituye la primera causa de muerte entre las edades de 15 a 34 años y también la primera de las causas por lesiones en Nicaragua, así como los altos índices e indicadores del suicidio en los últimos años, que se ha ampliado a todos los rangos de edad y sexo. Convirtiéndose así en una de las principales causas de muerte en la población.

Este protocolo surge con el propósito que se reduzca la tasa de mortalidad por suicidio hasta su mínima expresión y que el personal de salud que brinda una atención integral, conozca y pueda poner en práctica esta normativa para lograr una mejor atención al usuario/a con conducta suicida en los diferentes niveles de atención.

3. Etiología.

a) Factores Sicológicos

Teoría de Freud. Sigmund Freud ofreció la primera explicación psicológica importante al problema del suicidio. Solo describió un paciente que realizase un intento de suicidio, pero vio muchos pacientes deprimidos. En su artículo <<Duelo y Melancolía>>, Freud afirma que el suicidio representa la agresión dirigida hacia adentro, contra un objeto introyectado, cargado libidinalmente de forma ambivalente. Freud dudaba que pudiera darse un suicidio sin el deseo previo, reprimido, de matar a otra persona.

Teoría de Menninger. Basándose en las ideas de Freud, Karl Menninger en *El hombre contra sí mismo* concibió el suicidio como un homicidio invertido, causado por la cólera del paciente hacia otra persona. Este asesinato retroflejo se dirige hacia el interior o se usa como una excusa para el castigo. También describió un intento de muerte auto – dirigido (el concepto de Thanatos de Freud) y tres componentes de hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el de ser matado y el deseo de morir.

Teorías recientes. Los estudiosos del suicidio contemporáneos no están convencidos de que haya una psicodinamia específica o una estructura de personalidad que se asocie al suicidio. Creen que se puede aprender mucho sobre el funcionamiento psicodinámico de los pacientes suicidas a partir de sus fantasías de lo que ocurriría y cuáles serían las consecuencias si se llegasen a suicidar. Tales fantasías suelen consistir en deseos de venganza, poder, control o castigo; expiación de la culpa, sacrificio, escapar o dormir; salvación, renacimiento, reunión con los muertos o una vida nueva. Los suicidas que con más probabilidad ejecutan sus fantasías suicidas pueden haber perdido un objeto amado o haber sufrido una herida narcisista, experimentando emociones abrumadoras, como la ira o la culpa, o se identifican con una víctima del suicidio. Dinámicas de grupo subyacen a los suicidios masivos, como los de Masada, Jonestown y la secta de la Puerta del Cielo.

Los pacientes deprimidos pueden tratar de suicidarse justo cuando parecían que se estaban recuperando de la depresión. Un intento de suicidio puede causar la desaparición de una

depresión de larga duración, especialmente si satisface la necesidad de castigo del paciente. Asimismo, los pacientes suicidas pueden utilizar la preocupación por el suicidio como una vía de rechazo de la depresión intolerable y el sentimiento de desesperanza. De hecho, un estudio realizado por Aarón Beck muestra que la desesperanza es uno de los indicadores más precisos de riesgo suicida a largo plazo.

b) Factores Fisiológicos

Genética. Se ha sugerido un factor genético en el suicidio y los estudios muestran que el suicidio se muestra más en algunas familias. Por ejemplo, en cualquier etapa de la vida, los antecedentes familiares de suicidio están presentes con una frecuencia significativamente mayor en quienes han tratado de suicidarse que en los que nunca han hecho un intento. En otro estudio se encontró que el riesgo de suicidio para los parientes de primer grado de pacientes psiquiátricos que se habían suicidado eran casi 8 veces que el de los parientes de pacientes que no lo habían hecho. En algunas ocasiones, sobre todo en adolescentes, el miembro de la familia que se había suicidado puede servir de modelo con quien identificarse cuando la opción del suicidio se considera una solución posible para el dolor psicológico insoportable.

Un estudio de 51 parejas de gemelos monocigóticos halló nueve casos de suicidio; no se encontró concordancia con para el suicidio de gemelos dicigóticos. En un estudio longitudinal de una comunidad Amish se encontró 26 suicidios en tan solo cuatro familias; en ellas había una importante carga genética para el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I y otros trastornos del ánimo.

Los factores genéticos del suicidio pueden ser los implicados en la transmisión del trastorno bipolar I, la esquizofrenia y la dependencia del alcohol – que son los trastornos mentales asociados más frecuentemente al suicidio. Pero puede haber un factor genético independiente para el suicidio asociado a la transmisión genética de un trastorno mental.

Por ejemplo, un factor genético para la impulsividad, que podría asociarse a una anomalía en el sistema central serotoninérgico, podría producir aumento del riesgo de suicidio.

Neuroquímica. Se encontró déficit de serotonina, medida por la disminución del ácido 5 – hidroxindolacético en el metabolismo, en un grupo de pacientes deprimidos que trataron de

suicidarse. Los pacientes que emplearon métodos violentos en su tentativa (por ejemplo, con armas de fuego o lanzándose al vacío) tenían un nivel más bajo de 5 – HIA en el líquido cefalorraquídeo (LCR) que quienes lo hicieron en una forma menos violenta (con una sobredosis de sustancia, por ejemplo).

En algunos estudios con animales y seres humanos se ha encontrado una asociación entre un déficit en el sistema serotoninérgico central y el escaso control de los impulsos y algunos investigadores han asimilado el suicidio como un tipo de conducta impulsiva.

Además, en los pacientes con trastornos de personalidad se ha indicado la existencia de una correlación negativa significativa entre los niveles de 5 – HIA en el LCR y la cantidad de agresiones a lo largo de toda la vida. Otros grupos de pacientes que creen que tienen problemas con el control de los impulsos son los delincuentes violentos, pirómanos y los alcohólicos, que tienen unos niveles de 5 – HIA más bajos que los de los controles.

También se han estudiado los posibles marcadores periféricos de conducta suicida. En los pacientes deprimidos se han encontrado asociaciones entre la conducta suicida y los siguientes hallazgos: niveles elevados de cortisol en la orina, no supresión del cortisol plasmático tras la administración de dexametazona, respuesta exagerada del cortisol plasmático a la infusión de 5 – hidroxitriptofano, escasa respuesta de la hormona estimulante del tiroides (TSH) a la infusión de la hormona liberadora de tirotrópina (TRH), anomalías en la conductancia de la piel, alteración de los valores de las catecolaminas en la orina y, disminución de la serotonina o de la unión de Imipramina marcada en las plaquetas.

En las muestras de sangre de un grupo de voluntarios sanos se analizó la monoaminooxidasa plaquetaria (MAO), encontrándose que los que tenían los niveles más bajos de esta enzima poseían una prevalencia de suicidios en sus familias hasta 8 veces mayor que quienes mostraban niveles altos de la enzima. Existen pruebas claras de la alteración de la actividad de la MAO plaquetaria en los trastornos depresivos.

Algunos estudios han encontrado hipertrofia ventricular o anomalías en los electroencefalogramas (EEG) en algunos pacientes suicidas.

4. Factores de riesgo:

a) Sexo. Los hombres consuman el suicidio con una frecuencia tres veces mayor que las mujeres, valor que se mantiene constante en todas las edades. Sin embargo, las mujeres lo intentan cuatro veces más que los hombres.

b) Métodos. La tasa más alta de suicidios consumados en los hombres se debe a los métodos que emplean: armas de fuego, ahorcamiento o precipitación desde lugares elevados. Las mujeres suelen ingerir una sobre dosis de psicotropos o de veneno, pero están comenzando a utilizar armas de fuego con más frecuencia que antes. En los estados que existen leyes de control de armas a disminuido su uso como método de suicidio.

c) Edad. La tasa de suicidio aumenta con la edad, lo cual señala la importancia de la crisis de la mediana edad. Entre los hombres, el pico más alto de suicidios ocurre después de los 45 años; en las mujeres, el mayor número de suicidios consumados tiene lugar después de los 55, Pero la tasa de suicidio está aumentando más rápidamente entre los jóvenes sobre todo en los varones con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.

d) Raza. Dos de cada tres suicidas son varones blancos. La tasa de suicidios entre los blancos es casi el doble que la de los demás grupos; sin embargo, ahora estas cifras son cuestionables, pues la tasa de suicidios de los negros está aumentando.

e) Religión. Históricamente, la tasa de suicidio de la población católica era menor que la de los protestantes y jubilados. Puede que el grado de ortodoxia individual y la integración en la religión sean parámetros más precisos del riesgo de suicidio que la simple afiliación religiosa institucional.

f) Estado civil. El matrimonio, reforzado por hijos, parece disminuir el riesgo de suicidio.

g) Ocupación. Cuanto más alta es la extracción social de la persona, mayor es el riesgo de suicidio, pero el haber descendido en la escala social también aumentan el riesgo. El trabajo, en general, protege contra el suicidio.

h) Salud física: La relación entre el suicidio y la salud física es significativa, Se estima que una enfermedad física es un factor contributivo importante en el 11 a 51% de los suicidios. En estos casos, el porcentaje aumenta con la edad. Hay siete enfermedades del sistema nervioso central (SNC) que aumentan el riesgo de suicidio; epilepsia, esclerosis múltiple,

traumatismo craneal, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, demencia y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

i) Salud mental: Casi el 95% que cometen suicidio tienen enfermedad mental entre estas se encuentran:

Trastornos Depresivos.

Esquizofrenia.

Dependencia del alcohol.

Dependencia de otras sustancias.

Trastornos de la personalidad.

Trastorno de ansiedad.

5. Clasificación:

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 auto agrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida.

Suicidio intencional. Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es 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.

Suicidio colectivo: La conducta autodestructiva la llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.

Suicidio racional: Una persona que tras una larga enfermedad por ejemplo incapacitante, llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse.

Suicidio altruista: El suicidio altruista o benévolo es el sacrificio de la propia vida para salvar o beneficiar a otros, por el bien del grupo, o para preservar las tradiciones y el honor de una sociedad. Siempre es consciente e intencionado.

Suicidio consumado: Conducta autodestructiva y auto infringida que acaba con la muerte de la persona que lo lleva a cabo.

El Cutting: El Cutting es el acto de “cortarse” la piel en diversos lugares que pueden ser muñecas, brazos, piernas o cualquier otro lugar del cuerpo y esta acción puede ser desde cortes leves que no logren un sangrado hasta otros más severos y profundos que requieran una intervención médica en donde se practique una cirugía.

Cortarse es un tipo de conducta autolesiva, en suicidología lo incluimos dentro de las “conductas Autodestructivas”. La mayoría de jóvenes que se cortan son de sexo femenino, pero los chicos también cometen estas conductas autodestructivas. Las personas suelen empezar a cortar en la adolescencia, aunque hemos visto en consulta a niños de 9 y 10 años que ya empiezan estas conductas que a veces son imitativas de alguna persona mayor que puede ser un primo, hermano o vecino, algunas lo siguen haciéndolo en la etapa adulta. Cortarse es una forma en que algunas personas tratan de afrontar el dolor que les provocan las emociones fuertes, la presión intensa o los problemas relacionales importantes. Es posible que tengan que afrontar sentimientos que les parezcan demasiado difíciles de sobrellevar o situaciones negativas que crean que es imposible cambiar. Es decir, al no poder enfrentar y resolver conflictos y problemas desvían el Dolor emocional al dolor físico que para ellos es más fácil de manejar. Es posible que no conozcan mejores maneras de liberarse de la presión o del dolor emocional. Otras personas se cortan para expresar emociones fuertes, como la rabia, la pena, el rechazo, la desesperación, la intensa nostalgia o el vacío y presentan una incapacidad para la expresión de sus emociones lo que se conoce como “Alexitimia” que significa la incapacidad para la expresión de las emociones, por ello de la represión emocional por incapacidad de expresión se pasa al acto de cortarse. La mayoría de las personas que se cortan no intenta suicidarse. Cortarse suele ser el intento de una persona de sentirse mejor, no de ponerle fin a todo. Aunque algunas personas que se cortan también intentan suicidarse, eso obedece a problemas emocionales y al sufrimiento que subyacen al deseo de autolesionarse, no al hecho de cortarse en sí. Hay que agregar que las personas que se cortan no han desarrollado formas saludables de afrontar las cosas. O sus habilidades de

afrontamiento sucumben ante unas emociones excesivamente intensas y es más evidente en la etapa de la adolescencia. Cuando las emociones no se expresan de una forma saludable, se acrecienta la tensión, a veces hasta un punto en que parece insoportable. Cortarse puede ser un intento de aliviar esa tensión extrema. Para algunas personas, parece ser una forma de sentir que tienen el control. Es frecuente en estos adolescentes escuchar que se sienten que no encajan en la vida o en su familia o con sus amigos, que se sienten solos, deprimidos, ansiosos y un gran “Vacío”.

Otro aspecto que se debe conocer y diagnosticar adecuada y oportunamente es cuando el Cutting puede estar asociado a una patología como la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos de la conducta alimentaria, el pensamiento obsesivo o el comportamiento compulsivo (cortarse puede dar lugar a un hábito). Y se puede convertir en una conducta compulsiva. También puede ser un signo de problemas mentales que hacen que a las personas les cueste controlar sus impulsos o asuman riesgos innecesarios y conductas autodestructivas como el alcoholismo, las adicciones la anorexia, Bulimia y el trastorno obsesivo compulsivo hasta la esquizofrenia (Aguila, 2019).

Esta problemática se ha observado en los pacientes con alto riesgo suicida. El concepto fue desarrollado por el psiquiatra Peter E. Sifneos en 1972. Cuando trabajaba junto a John C. Nemiah en el Beth Israel Hospital, Sifneos advirtió que una gran cantidad de pacientes con trastornos psicósomáticos presentaba muchas dificultades para hacer referencia a sus emociones. Ver- “Suicidio” La última decisión. Autor Alejandro Águila Tejeda Ed- Trillas 2º Edición 2012.

6. Diagnóstico:

Este deberá basarse en los comportamientos que presenta una persona suicida tales como:

Signos tempranos.

Llantos.

Peleas.

Infracciones a la ley.

Irreflexiones.

Auto herirse.

Escritos acerca de la muerte y suicidio.

Comportamiento previo de suicidio.

Extremos en el comportamiento.

Cambios en el comportamiento.

Cambios físicos

Falta de energía

Desequilibrio en el sueño – dormir demasiado o demasiado poco.

Falta de apetito.

Aumento o pérdida repentinos de peso.

Aumento en las enfermedades sin importancia.

Cambio en el interés sexual.

Cambio repentino en la apariencia.

Falta de interés en la apariencia.

Pensamientos y emociones

Pensamientos hacia el suicidio.

Soledad – Falta de apoyo de la familia y amigos.

Rechazo, sentirse marginado.

Profunda tristeza o culpabilidad.

Incapacidad de enfocar las cosas.

Soñar despierto.

Inutilidad.

Es importante tener en cuenta las **diferentes manifestaciones** que abarca el comportamiento suicida, con el fin de poder intervenir de una manera acertada logrando en determinado momento prevenir eficazmente:

El deseo de morir. Representa la insatisfacción del individuo 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. Está constituida por imágenes mentales del suicidio de sí mismo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcar.

Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos asociados a terminar con la propia existencia. Pueden adoptar diferentes formas:

Idea suicida sin un método específico: Existe el deseo de matarse, pero al preguntarle cómo lo va a hacer, no sabe. Responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.

Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: 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: 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: Desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

La amenaza suicida. Consiste en la insinuación o 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. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

El intento suicida. También denominado para suicidio, 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.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

Los instrumentos de evaluación tienen por objetivo determinar hasta qué punto estas ideas suicidas pueden llegar a materializarse en un comportamiento dañino.

- La entrevista

La entrevista supone la fuente de información principal y más rica por su ajustabilidad al cliente. Es importante que las preguntas dirigidas al cliente exploren la presencia de

problemas psicológicos o psiquiátricos, posibles intentos suicidas previos y, especialmente, ideación suicida. Estas preguntas han de ser concisas y no se debe dar por terminada la entrevista hasta que tales cuestiones estén suficientemente aclaradas.

Muchas veces el psicólogo puede tener reparo a la hora de plantear preguntas claramente para evaluar la conducta suicida, especialmente si no tiene experiencia con este tipo de casos. Se ha de tener claro que es el deber del psicólogo realizar estas preguntas para obtener la información necesaria que permita dirigir la actuación posterior. En lo posible se debe contar con un consentimiento para recoger información de otras personas cercanas como familiares, amigos, especialistas en psiquiatría, trabajadores sociales, etc. Las personas del entorno del cliente, además, aportarán información muy valiosa para completar la evaluación de la ideación o conducta suicida y de cara a planificar la intervención.

A continuación, se muestra una guía de evaluación de la ideación y conducta suicida, en la que se incluyen las variables más importantes que se deben evaluar en estos casos:

-Trastornos psiquiátricos/psicológicos: presencia de sintomatología relacionada con cambios en el estado de ánimo (depresión/bipolaridad), trastornos de personalidad, consumo de sustancias (especialmente alcohol), presencia de antecedentes familiares psiquiátricos y niveles de ansiedad del paciente (puede hacer que la experiencia depresiva y de desesperanza sea intolerable).

-Intentos suicidas/autolesivos previos: número de veces que ha intentado cualquier tipo de conducta suicida y la severidad de los mismos.

-Ideación suicida: construcción cognitiva que el paciente haya realizado en torno al acto suicida para aclararnos hasta qué punto corre riesgo su vida. Se presentan en las siguientes líneas las principales fases y ejemplos de preguntas del terapeuta que se deben realizar en relación a los pensamientos suicidas o los intentos suicidas cuando sospechamos o detectamos riesgo de suicidio:

Fase 1

Lo más adecuado es iniciar las preguntas a partir de una situación específica que el sujeto haya señalado como especialmente conflictiva o preocupante.

¿Cómo piensa resolver su situación/ o la situación que me ha descrito?, ¿ha pensado en suicidarse?

¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño? (si no ha comentado nada relacionado con pensamientos de suicidio)

Me ha comentado que no duerme mucho, cuando está sin poder dormir ¿en qué piensa? (si se siente más cómodo tratando el tema indirectamente)

Conviene en cualquier caso indagar sobre la frecuencia e intensidad de los pensamientos, así como interferencia en la vida del paciente.

¿Piensa todos los días en quitarse de en medio? (se sugiere una frecuencia elevada para evitar en lo posible que se sienta avergonzado y pueda dar un valor menor de lo real)

En una escala de 0-10 de intensidad de los pensamientos, siendo 0 ninguna intensidad y 10 extremadamente intensos, ¿en qué número se sitúa?

En una escala de 0-10 de afectación de los pensamientos en su vida, siendo 0 ninguna molestia y 10 extremadamente molestos, ¿hasta qué punto le interfieren en su vida diaria?

El que el paciente se muestre cómodo pensando en morir y no comunique miedo es en todo caso alarmante.

Fase 2

Una vez confirmada la presencia de ideación suicida se ha de profundizar y concretar hasta establecer la posible planificación de la idea. Para ello, se han de identificar los siguientes elementos:

El método suicida (por ejemplo, si piensa en la posibilidad de disparo, caída a gran altura, etc.), la severidad, la irreversibilidad nos señalarán la gravedad de la ideación. Se ha de explorar la accesibilidad al método e indagar si algún familiar o conocido lo ha empleado anteriormente.

- ¿Cómo ha pensado en suicidarse?

Es importante diferenciar la especificidad de la ideación. Por ejemplo, una ideación podría expresarse desde una forma menos específica como “no sé cómo, pero lo voy a hacer”, “de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo” a una forma más específica sobre el método como “lo voy a hacer porque no merece la pena vivir, mañana me voy a asfixiar tragándome el humo del coche en el garaje cuando no haya nadie en casa”.

La circunstancia o día concreto. Por ejemplo, puede que espere a quedarse solo, postergue el momento para arreglar determinadas cuestiones como testamento, notas de despedida, etc.

¿Cuándo ha pensado en suicidarse?

El lugar. Normalmente suelen ser lugares comunes y frecuentados por el sujeto (su casa, escuela, casas de familiares o amigos...).

¿Dónde ha pensado en suicidarse?

El motivo principal para hacerlo (llamar la atención, manifestar ira, indicar la gravedad de sus problemas, petición de ayuda, vengarse de alguien...) y significado: esta pregunta es fundamental para poder orientar la posterior intervención. No se deben minimizar los motivos. Si la persona solo dice que le gustaría morir, conviene clarificar si quiere escapar de sus responsabilidades, de su malestar por un tiempo o si quiere terminar con su vida.

¿Por qué ha pensado en suicidarse?

Las siguientes fases incluyen preguntas sobre otros aspectos que no debemos olvidar preguntar en estos casos.

Fase 3

La evaluación de la desesperanza y mantenimiento de planes sobre el futuro.

Conviene tener cuidado de no confirmar al paciente esta idea por muy negativa que sea su situación.

¿Qué cree que le depara el futuro?

¿Cómo se ve, por ejemplo, dentro de tres meses?

¿Cree que no existe ninguna posibilidad de mejorar?

¿Cree que ha agotado todas las posibilidades y nada podrá ayudarle?

¿Está convencido que su sufrimiento es insoportable y nunca terminará?

Fase 4

La evaluación de las ideas/sentimiento de culpa. Sobre todo, los pacientes depresivos suelen atribuirse las desgracias actuales y futuras de todos sus seres queridos y pueden considerar que estarían mejor sin él.

¿Cree que le está causando algún perjuicio a sus familiares o amigos?

¿Cree que estarían mejor sin ti? ¿Por qué?

Fase 5

La evaluación de los apoyos sociales reales y percibidos. Esta información será necesaria en caso de urgencia para obtener vigilancia sobre las conductas del sujeto o hablar de ello.

¿Qué familia/amigos tiene? ¿Cree que le apoyan?

¿Con cuál de ellos tiene mejor relación? ¿le ha hablado de sus problemas?

¿Le hablaría?

Fase 6

Evaluación de los valores, creencias y factores de protección.

¿Hay algo que le impida hacerlo?

¿Se detendría, por ejemplo, por sus amigos, familiares, o creencias religiosas?

Por otra parte, debido a la estrecha relación entre el estado de ánimo e ideación suicida, es conveniente realizar un análisis específico de la gravedad de la sintomatología depresiva del cliente (véase en el Anexo 8.6: Tabla gravedad de los síntomas depresivos).

- Cuestionarios y escalas estandarizadas

La evaluación mediante instrumentos estandarizados complementa la información obtenida mediante la entrevista y son fáciles de administrar, proporcionando datos relevantes rápidamente. Algunos instrumentos útiles relacionados con suicidio son:

- La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Beck y cols, 1974)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y Steer, 1987)
- Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS) (Niméus, Alsén y Träskman-Bendz, 2001)
- The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery y Åsberg, 1979)
- Escala de Intención Suicida (SIS) (Beck, Kovacs y Weissman, 1979)
- Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18) (Ruiz Hernández, Navarro-Ruiz, Torrente Hernández y Rodríguez González, 2006)
- La Escala de Riesgo Suicida (Plutchik, 1989)
- SAD Person Scale (Patterson y cols., 1983)
- Reasons for Living Scale (Linehan, 1985)

SAD PERSONS Scale.	
Factor	Points
S = Sex (male)	1
A = Age (<19 or >45 years)	1
D = Depression	1
P = Previous suicide attempt	1
E = Ethanol abuse	1
R = Rational thinking loss	1
S = Social supports lacking	1
O = Organized plan	1
N = No spouse	1
S = Sickness (chronic debilitating disease)	1

Score less than 2:
discharge with outpatient psychiatric evaluation

Score of 3-6:
consider for hospitalization or at least very close follow-up

Score of 7 or greater:
hospitalization

Source: Patterson WM, Dohn HH, Bird J, et al. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 1983 Apr;24(4):343-345, 348-349.

PAPEL Y RECURSOS DEL TERAPEUTA EN LA EVALUACIÓN Y CONTROL DEL RIESGO

La evaluación y control del suicidio es un proceso complejo y puede ser un desafío para las habilidades del profesional clínico. Este ha de conseguir facilitar una adecuada y rápida alianza, aliviar la angustia o tensión, reducir la posibilidad de que el cliente se culpe o actúe impulsivamente y facilitar la adhesión al tratamiento.

Especialmente, se recomienda que el clínico sea capaz de:

Plantearse si está capacitado para desarrollar una adecuada evaluación e intervención del paciente con ideación suicida, y derivar o pedir supervisión si lo precisa.

Hablar abiertamente de la idea de cometer suicidio y mostrar seguridad de saber manejar la situación.

Mostrar empatía y comprensión sobre la experiencia del individuo. El mensaje que traslademos ha de ser similar a “no estás solo, estoy totalmente comprometido en ayudarte a superar su situación”. Esto implica evitar juzgar o criticar su manera de pensar o actuar, descalificarle, sermonearle, tratar de convencer, decir frases hechas como “recapacita sobre todo lo bueno que tienes”, “la vida es bonita” o “hay muchas personas que en tu situación no pensarían lo mismo”.

Estar preparado para mantener la energía de trabajar con un paciente que puede estar deprimido y no ve ninguna alternativa de solución. Con estos pacientes, suele resultar más útil combinar cierta directividad con una adecuada implicación y colaboración.

Modificar la aparición de algunos pensamientos y creencias habituales sobre la propia ejecución del profesional tales como “he de hacerlo bien”, “he de tener éxito con todos mis pacientes”, “si fallo con mis clientes soy un fallo”, “soy totalmente responsable de las acciones de mis clientes”, “la situación es desesperanzadora”, “no puedo soportar la incertidumbre sobre lo que le pueda pasar”, “mi cliente no mejorará haga lo que haga”. Los casos en los que hay ideación y riesgo de suicidio son seguramente de los más difíciles para el psicólogo. Por este motivo, se ha de tener muy claro que los anteriores pensamientos son falsos porque, de esa manera, podremos actuar de una manera más objetiva y competente con esta persona. En caso de que aparezcan este tipo de pensamientos, es conveniente que el psicólogo se pare a reflexionar sobre este tema y posiblemente una charla con un colega de profesión le pueda ayudar.

Crear el plan de evaluación y control en colaboración con el cliente, siempre que sea posible, para no reforzar la posible creencia de incapacidad de afrontamiento.

Asegurarse que el plan de control del riesgo quede completamente notificado por escrito y contactar con los profesionales pertinentes si el riesgo es alto.

De esta forma, se maximizarán las posibilidades de contención y se allana el camino para la intervención terapéutica.

7. Tratamiento. (Abordaje General)

1. Todo paciente que consulta por ideación suicida o intentos de suicidio, si llega personalmente, le llevan familiares o amigos a un servicio de salud mental; o se detecta en la entrevista realizada, o cuando consulta por otra u otras causas, independientemente de la especialidad o el servicio de atención y aparece esta sintomatología que implica riesgo suicida, deberá tenerse como emergencia y no podrá dejarse ir a su casa como se hace usualmente.

2. Si estamos frente a un intento suicida, las acciones no deben reducirse a aliviar el daño físico (lavado gástrico, sutura de heridas, etc.). el paciente o la paciente deberá permanecer en observación, y ser evaluado por especialista en psiquiatría para precisar el diagnóstico y la conducta a seguir la cual debería ser en todos los casos la hospitalización en el segundo nivel de atención.

3. Durante la hospitalización para intervenir en la crisis debe realizarse un examen del psiquiátrico y psicológico exhaustivo según lo permita su estado, investigar ampliamente el caso con la familia, compañeros de trabajo, de estudio, amigos y allegados, para poder evaluar el grado de riesgo suicida, (muy alto en los primeros días y semana después del intento según estudios de seguimiento de cohortes realizado) y de acuerdo al mismo se tomará la decisión del tratamiento a seguir.

4. Se informará al paciente, su familia y personas de su entorno de la gravedad del asunto, de la conducta más adecuada para afrontar el problema y de la necesidad de la colaboración de todos.

5. Si se duda sobre la gravedad del riesgo, es imperativo pecar por exceso e internar al paciente. El personal del centro debe estar advertido que en casos de grave riesgo los intentos suelen repetirse en el seno de la unidad y que un 10% lo logran. El potencial suicida amerita vigilancia cercana todos los segundos de cada 24 horas.

6. En caso que no se pueda transferir el caso al segundo nivel para su hospitalización, o si el personal de la unidad no se considera con la capacidad suficiente para tratar el caso y cuenta en su SILAIS o en el vecino con personal del Programa de Salud Mental, deberá referirlo en una ambulancia, con amplias explicaciones a la familia que deberá acompañarlo siempre.

7. En todos los casos, el director del Hospital o los jefes de servicios, el personal de salud y centros de salud con camas a que ha sido referido el paciente con riesgo suicida no podrá rehusarse a su ingreso, con base en la Resolución Ministerial 31-93, que obliga a internar a los pacientes por causa psiquiátrica en el hospital de su comunidad, pero más en este caso, pues es un paciente que está cerca de la muerte.

8. En caso de que la familia rehusó el internamiento a pesar de los razonamientos que use el personal tratante para persuadirles, deber exigirse la firma de un documento de exoneración de responsabilidad por parte del familiar responsable.

9. No obstante, esto no libera al equipo tratante de la responsabilidad de continuar el tratamiento ambulatorio con consultas diarias mientras dura la crisis aguda, o hasta que se considere libre de riesgo inminente, aumentando el intervalo de las citas según evolución y en dependencia del diagnóstico de la patología subyacente en caso de que exista alguna (depresión, esquizofrenia, epilepsia, etc.). Se deberá advertir a la familia que el paciente debe ser vigilado permanentemente, que unos pocos minutos dentro del baño bastan para matarse o de soledad en el dormitorio para ahorcarse.

10. Ningún caso detectado con ideas o intentos suicidas en las emergencias o consultas de dichos centros, deberá ser enviado a su casa o a pedir cita. Se deberá establecer la consulta inmediata en las horas laborales, o dejar en observación y pasarlo a los especialistas a primera hora. En todo caso, el personal que detecta no deberá limitarse a escribir la referencia sino a dejar en contacto al paciente con el personal especializado. En caso de períodos prolongados (fines de semana, vacaciones, etc.), el paciente se enviará a la emergencia del Hospital Psiquiátrico.

11. Una vez dados de alta del hospital de segundo nivel o de atención psicosocial el equipo del C/S o SILAIS debe estar preparado para recibir al o la paciente y mantener una atención dispensarizada prioritaria con seguimientos periódicos no mayores de una semana por un periodo mínimo de tres meses. El envío del Hospital al nivel comunitario se realizará con una contrarreferencia completa, para su seguimiento sistemático, que puede implicar visitas domiciliarias si el paciente rehúsa el seguimiento por consultas y la familia no colabora.

12. De ser necesaria la medicación para el problema subyacente detectado, deberá entregarse la dosis a la familia, recomendando administrarle la dosis individual y enlavar el resto y nunca darles provisión total del fármaco que se acerque ni remotamente a la dosis letal.

13. Tener en cuenta que, en los pacientes deprimidos, entre quienes es más frecuente el suicidio, el riesgo aumenta a partir de las dos primeras semanas de tratamiento antidepressivo, pues se incrementan los actos voluntarios. Advertirle a la familia o acompañantes.

14. Recordar que la conducta humana es de origen multicausal y no debemos contentarnos con buscar una causa vivencial externa reciente para atribuirle carácter etiológico. La investigación debe ser completa y la estrategia de intervención terapéutica será integral, utilizando los recursos de la institución, del paciente, de su familia y de su entorno social, incluyendo el religioso, educativo y laboral.

Riesgo de Suicidio: identificación, valoración y plan de acción

Riesgo de Suicidio	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro	No	No
1	Perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
3	Vagos pensamientos de suicidio	Valorar el intento Plan y Método	Explorar posibilidades, identificar apoyo
4	Ideas suicidas pero sin trastorno siquiátrico	Valorar el intento Plan y Método	Explorar posibilidades, identificar apoyo
5	Ideas suicidas y trastornos siquiátricos o severos acontecimientos estresantes o agitación, intentos previos	Valorar el intento Plan y Método, Hacer un contrato	Seguimiento por siquiatría
6	Ideas suicidas y trastornos siquiátricos o severos acontecimientos estresantes	Permanecer con el paciente para prevenir su acceso a los medios	Hospitalizar

ABORDAJE PSICOSOCIAL:

Ofrezca apoyo psicosocial

Ofrezca apoyo a la persona.

Explore las razones y formas de permanecer con vida.

Céntrese en las fortalezas positivas de la persona permitiéndole hablar acerca de cómo se han resuelto los problemas previos.

Si se contara con suficientes recursos humanos disponibles, considere la terapia de solución de problemas para tratar a las personas que han cometido actos de autolesión durante el último año.

Active el apoyo psicosocial.

Incorpore a la familia, los amigos y las personas interesadas y a otros recursos disponibles para asegurar que la persona esté siendo estrechamente monitoreada mientras persiste el riesgo.

Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.

Mejore y coordine el apoyo social con los recursos comunitarios disponibles. Estos incluyen recursos informales, tales como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos, o recursos comunitarios formales, si están disponibles, tales como centros de crisis y centros locales de salud mental.

Informe a los cuidadores y a otros miembros de la familia que preguntarle a una persona directamente acerca del suicidio a menudo reduce la ansiedad que rodea el sentimiento; la persona se puede sentir aliviada y mejor comprendida.

Los cuidadores de las personas que están en riesgo de autolesión con frecuencia tienen mucho estrés. Ofrezca apoyo emocional a los familiares / cuidadores, si lo necesitan.

Informe a los cuidadores que, aunque se puedan sentir frustrados, es recomendable que eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión.

- RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

1) Potenciación de factores protectores y Resiliencia

Aunque la investigación sobre la conducta suicida se ha centrado tradicionalmente en los factores de riesgo, el hecho de que estos no incidan en todas las personas de la misma manera sugiere la existencia de factores protectores que podrían estar modulando dicho riesgo. El interés por los factores protectores radica en que su potenciación podría ayudar a prevenir el suicidio.

Los factores protectores de la conducta suicida que cuentan con más evidencia de asociaciones se pueden clasificar en: Factores personales y Factores sociales/medioambientales.

Factores Personales:

- Habilidad en la solución de problemas
- Tener confianza en uno mismo
- Habilidad para las relaciones sociales
- Flexibilidad de razonamiento
- Tener hijos (mayor evidencia en mujeres)
- Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio
- Nivel educativo medio-alto
- Hábitos de vida saludable
- Apertura a la experiencia, responsabilidad
- Modalidad de control interno
- Autonomía

Factores Sociales/ Medioambientales:

- Apoyo familiar y social (no solo la experiencia del apoyo sino su fuerza y calidad)

- Integración social
- Poseer creencias y prácticas religiosas y espiritualidad y valores positivos
- Adoptar valores culturales y tradicionales
- Recibir tratamiento integral y a largo plazo (pacientes con trastornos mentales, enfermedad física o abuso de alcohol)
- Disponer de sistemas de ayuda y recuperación.

Un concepto muy relacionado con los factores protectores que ha adquirido importancia recientemente es el de Resiliencia. Este término hace referencia a la capacidad de los individuos o sistemas (familias, grupos o comunidad) de afrontar con éxito o positivamente las situaciones estresantes.

2) Tratamiento de los trastornos mentales

Ya que mucho material publicado y la experiencia clínica indican que varios trastornos mentales se asocian significativamente con el suicidio, la identificación temprana y el tratamiento apropiado de estos trastornos es una estrategia importante para prevenir el suicidio. Particularmente pertinentes aquí son las alteraciones del estado de ánimo, el alcoholismo y el abuso de otras sustancias psicotrópicas, la esquizofrenia y ciertos tipos de trastornos de la personalidad.

Para ello se torna necesaria la capacitación de todo el equipo de salud a los fines de que se adquieran las competencias para la detección precoz, diagnóstico y tratamiento adecuado o derivación oportuna.

3) Fortalecimiento de las actividades comunitarias

Las comunidades locales son ámbitos importantes para las actividades existentes de prevención del suicidio, si bien se puede hacer mucho más para fortalecer los esfuerzos comunitarios. Una estrategia de prevención es la elaboración y evaluación de programas comunitarios que incluyan actividades para:

Capacitación al personal escolar, los miembros de la comunidad y los prestadores de asistencia sanitaria con el fin de que puedan promover factores protectores e identificar a las personas en riesgo de suicidio y remitirlas a los servicios de salud mental apropiados.

Reducción del aislamiento social promoviendo programas comunitarios como los centros para jóvenes y para personas mayores donde se fortalezcan factores protectores.

Participación en Mesas de gestión de la Población a cargo, de los profesionales de Salud Mental, para promoción de actividades recreativas, lúdicas, artísticas, culturales, religiosas, donde se priorice a los familiares y personas cercanas al suceso de Conducta Suicida.

Acciones desde el Centro de Atención de Salud, (CAPS, Policlínicas y/o CIC) para los grupos de pares (sobre todo adolescentes), en donde reciban apoyo grupal y terapéutico para prevenir efecto domino.

4) Restricción del acceso a elementos letales

La restricción del acceso a los elementos que suelen usar los suicidas es particularmente pertinente cuando dicho acceso se puede controlar con facilidad.

Hay pruebas de una reducción de las tasas de suicidio cuando se controlan sedantes, principalmente los barbitúricos, que son letales en dosis altas. Y otras sustancias tóxicas, por ejemplo, los plaguicidas, que están ampliamente difundidos en las zonas rurales.

Se ha observado la asociación entre la posesión de armas de fuego en el hogar y las tasas de suicidio. Por lo general, los enfoques se basan en la legislación sobre la venta y la posesión de armas de fuego, y en la seguridad de estas. Las medidas de seguridad al respecto incluyen la instrucción y la capacitación, diversas prácticas de almacenamiento (como guardar las armas de fuego y las municiones por separado y mantener las armas de fuego descargadas y en lugares bajo llave) y dispositivos que bloquean el gatillo.

RETOS PARA EL MINISTERIO DE SALUD EN NICARAGUA

1. Desarrollar respuesta integral, innovadora e intersectorial para la prevención del suicidio, las competencias propias del sector salud son necesarias, pero no suficientes.

2. Elaborar el Plan Nacional de Prevención de Suicidio en el país, que presente en su estrategia:

a) La atención integral en salud mental, a intersectorialidad y trabajo en red.

b) La sensibilización a la comunidad y educación a la población en promoción de salud mental y prevención de suicidios.

c) La formación, capacitación y orientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los sobrevivientes.

d) Desarrollo e implementación de observatorios sobre Suicidios e intentos suicidas en el país.

e) Identificación de las actividades sociales previas que, si se reiniciaran, tendrían el potencial de proveer apoyo psicosocial: Reuniones familiares salidas con amigos, visitas a los vecinos, deportes, actividades comunitarias.

3. Elaborar un Plan Nacional de Salud Mental, que contemple la accesibilidad y oportunidad de los tratamientos extensivo a la familia en donde ocurre una muerte inesperada por suicidio.

4. En el primer nivel de atención, debe implementarse una guía para la valoración del riesgo de personas con tendencia a suicidio, así como los pasos a seguir. Inicialmente, se debe mantener contacto con más frecuencia (por ejemplo, semanalmente durante los primeros 2 meses) y con menos frecuencia a medida que la persona mejora (por ejemplo, una vez cada 2-4 semanas)

5. Elaborar, desarrollar e implementar protocolo de seguimiento, por seis meses, de personas que realizaron intento de autoeliminación vinculado al uso de sustancias.

6. En pacientes con depresión y/o perfil de riesgo de suicidio se debería preguntar siempre sobre ideas o planes de suicidio, y recoger en la historia clínica todos los aspectos relacionados con el método, la planificación y la intencionalidad.

7. Tras un intento de suicidio en un niño o adolescente se debería realizar siempre una inmediata valoración psiquiátrica y psicosocial, de ser posible, por un profesional especialista en estas edades.

8. En la historia clínica se debería recoger la gravedad médica del intento de suicidio, el método utilizado, el grado de planificación de la conducta suicida, la motivación o intencionalidad de la conducta y la presencia de sentimiento de desesperanza.

9. Se recomienda la hospitalización de todos aquellos niños o adolescentes con un intento de suicidio que presenten varios factores de riesgo y un limitado apoyo familiar y de la comunidad. Tras un intento de suicidio, y si no se ha considerado la hospitalización, se debería realizar una reevaluación en el plazo de 7 a 10 días. Posteriormente se realizará un seguimiento periódico por parte de los profesionales de atención primaria y de salud mental infanto-juvenil.

10. La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes debería considerarse una prioridad, y establecerse fundamentalmente medidas que permitan un diagnóstico precoz del riesgo suicida.

11. Desarrollar una estrategia de comunicación para la sensibilización de la población, visibilizando la problemática, enfatizando el mensaje de que está en la familia y la comunidad el poder asistir y hacer algo por mejorar el entorno psico-social de personas con problemas de salud mental e intentos de autoeliminación.

7. Diseño Metodológico

Tipo de Estudio: Descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Universo: Representado por 134 pacientes con intentos de suicidio que reportó el sistema de vigilancia del SILAIS Nueva Segovia desde el mes de enero 2019 hasta diciembre 2020.

Muestra: Representado por 134 pacientes con intentos de suicidio que reportó el sistema de vigilancia del SILAIS Nueva Segovia desde el mes de enero 2019 a diciembre 2020.

Criterios de inclusión: Todo paciente que ingresó en el sistema de vigilancia del SILAIS Nueva Segovia con diagnóstico de intento de suicidio.

Pacientes que ingresaron con diagnóstico de intento de suicidio, pero fallecieron dentro del hospital.

Criterios de exclusión: Casos de Intento de Suicidio que los expedientes no fueron encontrados.

Pacientes que fueron ingresados, pero no son del departamento de Nueva Segovia.

Métodos de recolección de la información: Previa autorización de las autoridades la recolección de la información se realizó a partir de la revisión de expedientes clínicos y base de datos del sistema de vigilancia del SILAIS Nueva Segovia de los cuales se obtendrán los datos.

Procesamiento de los datos: La tabulación y cómputo de los datos se efectuó por medios computarizados utilizándose el programa SPSS-20. Se realizó entre cruzamiento de variables, presentando los resultados en tablas.

Aspectos éticos: Se solicitó permiso a las autoridades del Ministerio de Salud, para la manipulación y procesamiento de los datos, se explicó que dichos datos serán utilizados para fines académicos y ayudar a generar un análisis que genere recomendaciones para ayudar a solucionar el problema.

Variables:

1. Edad
2. Sexo
3. Municipio
4. Procedencia.
5. Escolaridad.
6. Ocupación
7. Estado Civil
8. Religión
9. Trastornos mentales
10. Antecedentes de abuso
11. Búsqueda de atención
12. Tipo de demanda de atención
13. Mes del intento de suicidio
14. Horario del intento de suicido
15. Método utilizado para el intento de suicidio
16. Condición asociada
17. Tiempo en ser atendido por siquiatra desde su ingreso
18. Valoración por equipo multidisciplinario
19. Causa del intento del suicidio
20. Días de estancia hospitalaria
21. Tipo de Egreso
22. Indicación de seguimiento por especialista Psiquiatra
23. Seguimiento con el paciente por especialista
24. Nuevos intentos de suicidio
25. Suicidio consumado

Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍAS
Objetivo N° 1: Determinar los factores sociodemográficos, psicológicos y económicos que favorecieron a los intentos de suicidio en los pacientes a estudio.					
EDAD	Tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta su ingreso	Años	Expediente	Cuantitativa Continua	a) menor de 10 años
					b) 10 a 19 años
					c) 20 a 29 años
					d) 30 a 39 años
					e) 40 a 49 años
					f) 50 a 59 años
					g) mayor de 60 años
SEXO	Característica fenotípica que diferencia a un hombre de una mujer	Sexo	Expediente	Cualitativa Nominal	a) Masculino
					b) Femenino
MUNICIPIO	Lugar de procedencia	Dirección	Expediente	Cualitativa Nominal	a) Ocotlán
					b) Dipilto
					c) Mozote
					d) Ciudad Antigua
					e) San Fernando
					f) Jalapa
					g) Macuelizo
					h) Santa María
					i) El Júcaro
					J) Murra
					k) Quilalí

					l)Wiwilí
PROCEDENCIA	Lugar de residencia del caso	Dirección	Expediente	Cualitativa Nominal	a) Urbano
					b) Rural
ESCOLARIDAD	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Datos de la historia clínica	Expediente	Cuantitativa Contínua	a) Primaria incompleta
					b) Primaria Completa
					c)Secundaria Incompleta
					d)Bachiller
					e) Universitario
					f) Analfabeto
OCUPACIÓN	Actividad laboral realizada por una persona	Datos de Historia Clínica	Expediente	Cualitativa Nominal	a) Agricultor
					b) Ama de casa
					c) Comerciante
					d) Estudiante
					e) Otro
					f) Desempleado
ESTADO CIVIL	Condición de unión social de pareja	Datos de Historia Clínica	Expediente	Cualitativa Nominal	a) Soltero
					b) Casado
					c)Unión de Hecho
					d)Divorciado
					e) Viudo
RELIGIÓN	Condición de creencias a un Dios	Datos de Historia Clínica	Expediente	Cualitativa Nominal	a) católico
					b) Evangélico
					c)Testigo de Jehová
					d)Otra
					e) Ninguna
TRASTORNOS MENTALES	Alteración de tipo emocional, cognitivo y/o	Datos de Historia Clínica	Expediente	Cualitativa Nominal	a) Si
					b) No
					c)Cuál?

	comportamiento en una persona				
ANTECEDENTES DE ABUSO	Historia de abuso emocional, psicológico, sexual	Datos de Historia Clínica	Expediente	Cualitativa Nominal	a) Abuso Sexual
					b) Abuso psicológico
					d) Ninguno
Objetivo N° 2: Analizar el monitoreo de los pacientes con intentos de suicidio en el SILAIS Nueva Segovia.					
BÚSQUEDA DE ATENCIÓN	Tiempo transcurrido en días desde el intento de suicidio y búsqueda de atención por el mismo	Datos de Historia Clínica	Expediente	Cuantitativa discreta	a) Menor de 1 día
					b) 1-2 días
					c) 3-4 días
					d) ≥5 días
TIPO DE DEMANDA DE ATENCIÓN	Paciente acude a la unidad espontáneamente o fue referido por otra unidad de salud	Datos de la Historia Clínica	Expediente	Cualitativa Nomi	Espontáneo
					Referido
MES DEL INTENTO DE SUICIDIO	Mes del año en el que se produjo el intento de suicidio	Datos de la Historia Clínica	Expediente	Cualitativa Nominal	Enero
					Febrero
					Marzo
					Abril
					Mayo
					Junio
					Julio
					Agosto

					Septiembre
					Octubre
					Noviembre
					Diciembre
HORARIO DE INTENTO DE SUICIDIO	Período de 6 horas en el que se intentó suicidar	Datos de la Historia Clínica	Expediente Clínico	Cualitativa Nominal	12: 00 md a 5:00 am
					6:00 am a 12: 00 md
					1:00 pm a 5:00 pm
					6:00 pm-11 md
MÉTODO UTILIZADO PARA EL INTENTO DE SUICIDIO	Método que pacientes utilizan para intentos de suicidio	Datos de Historia Clínica	Expediente	Cualitativa Nominal	a) Envenenamiento por Plaguicidas
					b) Ahorcamiento
					C) Ahogamiento
					d) Armas de Fuego
					e) Arma Blanca
					f) Medicamentosa
					f) Otras sustancias
VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	Valoración por psiquiatra, psicólogo u otra especialidad según el caso, en el momento de atención en el episodio de intento de suicidio	Expediente	Expediente	Cualitativa Nominal	a) Si
					b) No
ATENCIÓN POR SIQUIATRÍA	Tiempo desde que ingresó hasta que fue Valorado	Expediente	Expediente	Cuantitativa nominal	a) Menor de 1 día
					b) 1-2 días
					c) 3-4 días
					d) \geq 5 días

	por especialista en Siquiatría				
CAUSA DE INTENTO DE SUICIDIO	Causa o razón porque se da el intento de suicidio	Datos de Historia Clínica	Expediente	Cualitati va Nominal	a) Conflictos Conyugales
					b) Conflictos Familiares
					c) Otra Causa
					d) Tristeza
					e) desconocido
CONDICION ASOCIADA	Condición importante que asocia directamente el intento de suicidio	Datos de historia Clínica	Expediente	Cualitati va Nominal	a) Alcohol
					b) Drogas
					c) Embarazo
					d) Otros
					e) Ninguna
ESTANCIA HOSPITALA RIA	Días de hospitalizaci ón	Expedient e clínico	Expediente clínico	Cuantitat iva nominal	a) Menor de 1 día
					b) 1-2 días
					c) 3-4 días
					d) ≥5 días
Egreso Hospitalario	Salida del paciente del área hospitalaria	Expedient e Clínico	Expediente clínico. Hoja de Admisión. Epicrisis	Cuantitat iva nominal	Alta
					Fuga
					Abandono
SEGUIMIEN TO POR ESPECIALIS TA	Indicada con seguimiento por especialista	Expedient e Clínico.	Expediente Clínico.	Cuantitat iva continua	Si
					No
Objetivo N° 3: Relacionar el impacto del seguimiento a los pacientes con intentos de suicidio.					
SEGUIMIEN TO DE PACIENTES	Hubo intervenci ones de seguimien to con el paciente	Expedient e	Expediente	Cuantitat iva nominal	Si
					No

	después del intento				
NUEVOS INTENTOS DE SUICIDIO	Repetición de intento de suicidio en un mismo período	Expediente	Expediente	Cualitativa Nominal	a) SI
					b) No
					¿Cuántos?
SUICIDIO CONSUMADO	Paciente que ingresó como intento de suicidio y en hospitalización falleció	Expediente clínico	Expediente	Cuantitativo nominal	Si
					No

8.Resultados.

Este trabajo recoge la información de 2 años de los registros reportados de 134 pacientes con intentos de suicidio a través de sistema de vigilancia del Departamento de Nueva Segovia. Se recolectó la información con los expedientes clínicos del total de pacientes, Se muestran los resultados dando cumplimiento a los objetivos en tablas de frecuencia y porcentajes.

Se muestra que en el año 2019 hubo un total de 65 intentos de suicidio, y en el 2020 un total de 69 pacientes. Un aumento de 4 pacientes. El sexo predominante en los dos años fue el sexo femenino 50.8 % (2019), 50.7 % (2020).

Los grupos etáreos predominantes fueron en las edades de 20 a 29 años, en el 2019 con un 36.9 % y en el 2020 fue un total de 40.6 %. Siguiendo el grupo etáreo de 10 a 19 años.

En relación a los municipios donde ocurrieron el intento de suicidio los que más casos reportaron fueron los municipios de Ocotlán en el 2019 (44.6%) y en el 2020 siempre Ocotlán (31.8 %) seguido de Jalapa (24.6 %). Cabe mencionar que en los dos años el municipio de Jalapa tuvo una diferencia de casos de 10 pacientes más en relación al año anterior.

La procedencia de los pacientes en ambos años fue área rural en el 2019 (50.8 %), y en el 2020 (52.2 %).

La escolaridad predominante de los pacientes fue la primaria completa con un 32.2 % (2019) y un 44.9 % (2020).

En relación a la ocupación de los pacientes en ambos años predominó las Amas de Casa en el 2019 con un 33.8 %, y en el 2020 con un 29 %, seguido de Agricultor y Estudiante.

El estado civil predominante de los pacientes fue unión de hecho estable 55.4 % (2019) y en el 2020 fue de un 58 %. Seguido ambos años de solteros.

La religión que profesan con mayor porcentaje en el 2019 fue la religión católica con un 67.7 % y en el 2020 fue también la religión católica con un 52.2 % seguida de un 37.7 % que no tenían religión.

En relación a la presencia de trastornos mentales en los pacientes, resultó que un porcentaje mínimo 10.8 y 13 % (2019 y 2020) resultando ser los trastornos más comunes Depresión 100 % (2019) y 88.9 % en el 2020.

En cuanto al antecedente de abuso sexual solo hubo un caso en el 2019 (1.5 %) y en el 2020 hubo 2 casos (2.9 %).

En el año 2019 el 100 % de los pacientes acudieron para ayuda médica en las primeras 24 horas del evento, en el 2020 solo un caso 1.4 % duró de 1 a 2 días para buscar ayuda, y es procedente del municipio de Wiwilí.

La mayoría de los pacientes fueron referidos en el 2019 (58.5 %) y en el 2020 (68.1 %) respectivamente.

Los meses que mayor reporte de intentos de suicidio en el 2019 fue el mes de marzo con un 16.9 %, y en el 2020 fueron los meses de mayo y diciembre con un 11.5 %.

Los horarios donde intentaron quitarse la vida en el 2019 fueron predominantemente de 6 pm a 11 md con un 47.7 % seguido 12 de la noche a 5 de la mañana con un 29.2 %, en el 2020 tuvo el mismo comportamiento.

El método utilizado con mayor frecuencia en el 2019 fue envenenamiento por plaguicidas con un 58.5 % seguido de la medicamentosa con un 35.4 %. En el 2020 tuvo el mismo comportamiento.

Al relacionar el método utilizado con el sexo, en el 2019 y 2020 el sexo masculino prefirió intentar quitarse la vida mediante envenenamiento con plaguicidas (32.3 % y 30.4 % respectivamente), en el caso de método utilizado con medicamentos resultó el sexo femenino con mayor frecuencia en ambos años (24.6 % y 30.4 % respectivamente).

Al relacionar el método con las edades, predominó el grupo etáreo de 20 a 29 años con envenenamiento con plaguicidas, seguido de 10 a 19 años, teniendo el mismo comportamiento con el intento de suicidio con medicamentos.

Al relacionar el método con los municipios, los pacientes del municipio de Ocotlán intentan suicidarse más con medicamentos, seguido el municipio de Jalapa con envenenamiento con Plaguicidas.

En relación al tiempo que tardó el paciente en ser valorado por el psiquiatra durante su hospitalización en el 2019 fue de 1 a 2 días (41.5 %) mientras que en el 2020 fue menos de

24 horas (43.5%). Sin embargo, no fueron atendidos en el 2019 un 13.8 % de los pacientes, y en el 2020 no fueron atendidos 14.5 %.

No fueron atendidos multidisciplinariamente en el 2019 un 13.8 % de los pacientes, mientras que en el 2020 fueron un 14.5 %.

En cuanto a la causa de intento de suicidio en el 2019 el 30.8 % no refirieron la causa del intento, seguido del 27.8 % fue el conflicto familiar y conyugal. En el 2020 tuvo un comportamiento parecido causa desconocida un 31.9 % y conflicto familiar un 24.6 %. El sexo que tuvo mayor porcentaje de no expresar su causa fue el sexo masculino en el 2019 (40.6 %), en cambio el 2020 fue el sexo femenino con un 20.2 %.

La mayoría de los pacientes en el 2019 tuvieron un a estancia de 1 a 2 días (38.5%), seguido de más de 5 días (33.8%), mientras que en 2020 fue 39.1 % de 3 a 4 días de estancia intrahospitalaria.

En el año 2019 el 15.4 % presentó etilismo durante el intento de suicidio, mientras que en el 2020 fue el 18.8 %. En el 2010 hubo 2 embarazadas, mientras que el 2020 solo hubo una embarazada.

Cuando indicaron el egreso de paciente solo a un 72.3 % indicaron en la epicrisis seguimiento por psiquiatría (2019), y de estos no acudieron el 42.6 % a su cita. En el 2020 indicaron el seguimiento al 75.4 % de los egresados sin embargo no acudieron a su cita de seguimiento el 59.6 % de los pacientes.

En relación al tipo de egreso de pacientes en el 2019 egresaron como altas médicas el 87.7 %, solo un 6.2 % se dio a la fuga, y un 6.2 % fallecieron dentro del hospital, en el 2020 se egresaron como altas médicas al 85.5 % se dieron a la fuga 7.2 %, y fallecieron dentro del hospital un 7.2 %.

En relación a la reincidencia de intentos de suicidio en el año 2019 el 16.9 % de los pacientes intentaron suicidarse nuevamente de estos 90.9 % de los pacientes no estaban en seguimiento por psiquiatra. En el año 2020 intentaron quitarse la vida nuevamente el 13 % y de estos 88.9 % de los pacientes no estaban en seguimiento por especialista.

En relación al suicidio consumado después del intento, en el 2019 el 6.2 % (4 casos) fallecieron dentro del hospital, en el 2020 fue el 7.8 % (5 casos). En ambos años el 100 % de los pacientes que consumaron su intento no tenían seguimiento por psiquiatra. En el año 2019 el 25 % de los pacientes que fallecieron dentro del hospital tenían antecedentes de reintentos de suicidio y en el 2020 fue el 40 % de los pacientes. En el 2019 el 25 % reintentaron suicidarse una vez y en el 2020 el 20 % lo hicieron una vez y un 20 % dos veces.

Discusión de los resultados.

Este estudio presenta 134 casos de intentos de suicidio reportados en las estadísticas de Vigilancia para la salud pública del SILAIS Nueva Segovia, abarca un período de 2 años (2019 y 2020), al obtener la información se enfrentó a algunas limitaciones como el desconocimiento en la mayoría de los casos de las causas del intento de suicidio, quizás en el reporte estaba registrado una causa, pero en el expediente otra. Se trabajó con la totalidad de los datos del expediente clínico.

Se contó con 134 personas que ingresaron con diagnóstico de intento de suicidio de diferentes edades, con predominio de 20 a 29 años, sin embargo, el grupo etáreo de 10 a 19 años en su mayoría estudiantes representan parecido número de casos. En su mayoría eran del sexo femenino. Esto es similar con algunos datos estadísticos de algunos estudios el suicidio es más frecuente en hombres, las mujeres lo intentan con mayor frecuencia. Tales diferencias se explican por la letalidad del método, la búsqueda de ayuda, la aceptación de tratamientos, la impulsividad, el abuso sexual y el consumo de sustancias, Se realizó una entrevista semiestructurada a 593 pacientes consecutivos con suicidabilidad que solicitaban ayuda en una clínica privada de Bucaramanga. Se utilizó el análisis bivariado y la regresión logística para establecer asociaciones. Resultados: 383 (64,6%) fueron mujeres y 210 (35,4%) hombres. (Rueda, 2015).

En relación al grupo etáreo predominante 20 a 29 años coincide con un estudio realizado en México que describe a partir del grupo de 15 a 19 años hasta el grupo de 50 a 54 años, las tasas de suicidio superan el dato nacional; de ellos, llama la atención que los jóvenes de 20 a 24 años ocupan la tasa más alta con 9.3 por cada 100 mil jóvenes entre estas edades. (INEGE, 2019).

Esta asociación de suicidio y edad es muy clara entre los varones, y apenas significativa entre mujeres; el sexo es uno de los predictores más importantes del suicidio entre las personas de edad. Los varones tienen mayor predisposición al suicidio, que cometen en proporción tres veces superior a las mujeres. Varias explicaciones se han planteado para entender la diferencia existente entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio: los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan medios más violentos y por lo tanto el

intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión. Quizá a esta diferencia se llegue por los diferentes papeles sociales y laborales que han ejecutado unos y otras. La OMS advierte que las tasas de suicidio entre jóvenes se han incrementado hasta el punto que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países. (INEGE, 2019).

Los trastornos mentales, en este estudio prevalecieron la depresión y la ansiedad, asociado a alcoholismo y sentimiento de tristeza. En Europa y América del norte particularmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol son un factor de riesgo de suicidio recurrente y, mientras que, en las naciones de Asia, la conducta impulsiva tiene especial importancia.

En relación a la procedencia el área rural en ambos años fue la mayor incidencia parecido a China ya que tasas en áreas rurales son 3 veces mayores que en las ciudades, los medios también varían siendo así que, en China, Sri Lanka y Turquía los principales medios de suicidio son la ingestión de pesticidas. (Demaso Dr, 2016).

Este estudio reflejó que el mes con más casos en los 5 años fue el de Octubre, mientras esto no coincide con los mexicanos que refieren que el mes con mayor número de personas que se quitaron la vida en México fue agosto. Otro dato importante que se refleja en este estudio es el día de ocurrencia, el cual que predominó fue el fin de semana, predominando el sábado. No se encontró estudio que reporte un día específico. (Demaso Dr, 2016).

En este estudio se refleja que el método predominante es el envenenamiento por plaguicida seguido de la medicamentosa. En el estudio realizado en China se reflejan claramente los métodos utilizados para desarrollar el intento de suicidio, siendo uno de los más frecuentes el “envenenamiento”. Este dato coincide con otros estudios, por ejemplo, un estudio refiere que el método más utilizado en la tentativa de suicidio es la autointoxicación medicamentosa, siendo notablemente superior la proporción en adolescentes (91%) que en niños (44,4%). Este hecho es explicable por el número y la diversidad de fármacos, así como la disponibilidad y accesibilidad a los mismos que tienen los niños y adolescentes, tanto dentro como fuera del hogar. Los fármacos más frecuentemente utilizados son los analgésicos, los psicofármacos (principalmente ansiolíticos y antidepresivos) y mezclas de diferentes

sustancias medicamentosas. En nuestro estudio, el consumo de medicamentos es segunda manera de como suicidarse. Pueda ser por el acceso fácil de los medicamentos, y desconocimiento de parte de los individuos que estén en riesgo del suicidio. (Demaso Dr, 2016).

Un estudio en España revela que el método más utilizado es la intoxicación medicamentosa (69,90%), y dentro de estas la mayoría son con psicofármacos (61,16%). Por sexos, a la mujer le corresponde un 49,51% frente a un 20,38% en los hombres para el total de intoxicaciones medicamentosas; y un 43,68% frente a un 17,47% para las intoxicaciones con psicofármacos. Este estudio es parecido a los resultados del actual estudio, ya que la mujer intentó suicidarse más que los hombres con el método medicamentoso. (Carballo, 2015).

Datos relevantes para la creación de planes de intervención, es de enfocarse en lugares donde el número de casos sobrepasa según el método utilizado los casos realizados en Nueva Segovia por envenenamiento es común y coincide con las estadísticas nacionales, y es lógico por ser una zona rural, donde el uso de venenos es más accesible, así mismo como la fácil obtención de medicamentos.

Desde el punto de vista de las estrategias de prevención es necesario identificar la población en riesgo inminente de cometer intento de suicidio. Es evidente identificar las causas de intento de suicidio en las personas jóvenes, y en varones. Las autoridades de salud deben de realizar evaluaciones en las personas jóvenes, porque las estadísticas lo involucran; se hace difícil una identificación ya que esta población joven masculina no acude fácilmente a las unidades de salud y si lo hacen no expresan a su totalidad lo que sienten. No se abren como los adultos a expresarse. Más aún si son de la zona rural.

Con las personas adultas es más fácil ya que acuden por algún problema característico de los adultos, una enfermedad crónica, etc. Las mujeres porque acuden a los programas de planificación familiar, al control prenatal o al cuidado de los niños. Pero con los jóvenes varones es menos frecuentes que acuden a las unidades de salud. Esta población es muy trabajadora y poco comunicadora. ¿Cuáles son los motivos que los varones jóvenes se suiciden?

La respuesta a la anterior pregunta es compleja y se ha tratado de articular durante los últimos años desde diversas perspectivas. En el mejor de los casos, tenemos aproximaciones y teorías con cierto bagaje empírico, pero en absoluto certezas que expliquen sin fisuras el fenómeno. Por el momento, tan sólo estamos seguros de algo: de forma sistemática, casi todos los países cuentan con mayores tasas de suicidio entre los hombres que entre las mujeres. (INEGE, 2019).

"A diferencia del varón, la mujer tiende a canalizar las frustraciones introspectivamente", y las modalidades depresivas en el hombre son diferentes de las de la mujer. Una mujer depresiva puede tener una parálisis de todo tipo - cognitiva y comportamental- y estar tirada en su cama; y el hombre, una tendencia posiblemente más a sentirse desesperado. En general, la psicología del varón culturalmente está más dominada por la impulsividad y la acción; mientras que históricamente la mujer es más introspectiva. La proporción es la misma pero inversa en los intentos de suicidios: las mujeres intentan cuatro veces más que los varones. La mayoría de las mujeres no llega a concretarlo porque, dentro de la construcción psíquica de la conducta destructiva (en la cual el suicidio es el último eslabón), no todo aquel que se suicida quiere matarse.

Se tiene que trabajar, ya que cada día se suman más fenómenos sociales que alimentan el suicidio. Las nuevas redes de comunicación es un fenómeno que influye en los jóvenes que puede ayudar o aumentar al suicidio desde varios puntos de vista. Los jóvenes, tanto varones como mujeres, son una franja de riesgo cuando se analizan las cifras de suicidio.

En relación a la recidiva de intentos de suicidios, un 90.9 % de los pacientes que no estaban en seguimiento volvieron a intentar suicidarse, y el 100 % de los pacientes que ingresaron con intento de suicidio, pero fallecieron en el hospital no estaban en seguimiento por psiquiatra, esto es parecido a un estudio en Europa, donde se refleja que la tentativa de suicidio es el marcador de riesgo más importante para cometer suicidio, siendo mayor el riesgo durante el primer año. El 30-60% de las muertes suicidas habían sido precedidas de intentos previos. Otros autores consideran que un porcentaje importante mueren en el primer intento, y, si sobreviven, posteriormente utilizarían otro más letal. Las mujeres realizaron más tentativas, pero (9,37%) que probablemente tuvo que ver con la menor letalidad del método utilizado. Los hombres ingresaron más (25%), sobre todo en los 6 primeros meses del año de

seguimiento, y podría tener que ver, también con la mayor letalidad de los, métodos utilizados, lo que podría ir en el sentido de que se suicidan más los hombres (7,9). Además, para algunos autores se asociaría, también, el tener menos años de educación, impulsividad, agresividad, diagnóstico de enfermedad psiquiátrica y/o otras comorbilidades.

Está claro que, si no se hacen intervenciones oportunas desde la familia, la comunidad, los jóvenes, los solitarios, los que tienen trastornos mentales, incrementará el número de pacientes y por ende más muertes.

El seguimiento por especialista debe ser continuo, asegurando atención integral y de calidad.

Conclusiones.

Las Características sociodemográficas de los pacientes con intentos de suicidio predominan el sexo femenino, y el grupo etáreo es el de 20 a 29 años.

Los municipios con mayores números de Casos son los municipios de Ocotlán y Jalapa.

Los meses con mayor porcentaje de casos fueron marzo, mayo y diciembre.

Los métodos más utilizados fueron el uso de plaguicidas y fármacos. Las mujeres intentan suicidarse más con medicamentos, y los hombres con envenenamiento con plaguicidas.

EL grupo etáreo predominante es de 20 a 29 años seguido de 10 a 19 años, con los métodos de envenenamiento con plaguicidas y medicamentos respectivamente. Los pacientes del municipio de Ocotlán intentan suicidarse más con medicamentos y el Municipio de Jalapa con envenenamiento con plaguicidas.

A la mayoría de pacientes se les está garantizando valoración por Psiquiatría intrahospitalariamente, sin embargo, existe un número de pacientes que cuando son egresados no se les indica el seguimiento ambulatoriamente.

Los pacientes que reintentaron suicidarse no estaban en seguimiento con médico Psiquiatra.

Los pacientes que ingresaron con diagnóstico de intento de suicidio y fallecieron en el hospital no estaban en seguimiento por médico Psiquiatra.

Recomendaciones

Ministerio de Salud

- Promover actividades de promoción y prevención en salud enfocadas al problema de conducta suicida en los diferentes centros donde se agrupen jóvenes como escuelas, club de jóvenes, comunidades cristianas, equipos, etc.
- Fortalecer todas las unidades de salud con equipos de salud mental el cual puede estar conformado por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social o una enfermera capacitada para brindar atención a las personas en riesgo.
- Mantener una coordinación adecuada entre la atención primaria y la atención especializada para disminuir las tasas de suicidios en el país.
- . Promover la estrategia familias fuertes en todas las comunidades y barrios donde existan grupos vulnerables para intento de suicidio.
- Reducir el acceso a los medios para suicidarse, creando disposiciones que regulen el uso de pesticidas, medicamentos, armas de fuego, etc.

A las unidades de salud

- Priorizar la atención con Psicólogo o Psiquiatra a los jóvenes con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o drogadicción.
- Seguimiento integral a los pacientes y a familiares que han cometido intentos de suicidio.
- Fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación.
- Abordar el tema del suicidio con fines de docencia para mejorar sus competencias en la identificación de los trastornos mentales y su manejo.
- En el municipio de Ocotlán y Jalapa abordar el tema con prontitud para reducir los casos en los próximos años.
- . Búsqueda de pacientes inasistentes a las citas de seguimiento por psiquiatría y psicología.
- . Promover estrategias de atención en la comunidad.

- . Sensibilizar al personal de salud al manejo adecuado de los pacientes con intentos de suicidio.
- . Establecer un sistema de alerta para la búsqueda de pacientes inasistentes a las citas de seguimiento por Psiquiatría.

A las universidades

- Promover estudios de investigación relacionados con la idea suicida, intentos de suicidio, o suicidios, buscando soluciones para disminuir el número de casos.

A las familias

- Identificar a los miembros de la familia que tengan problemas o características sospechosas de intentos de suicidios para acudir tempranamente a las unidades de salud

Bibliografía

- 1.al., V. J. (2010). Prevalencia de ideación e intento de suicida en adolescentes de la región Metropolitana de Santiago Chile . Revista médica de Chile.
- 2.al., Y. e. (2013). Factors Predictive for Incidence and Remission of Internet Addiction in Young Adolescents: A Prospective Study.
- 3.Amorin. (2015). Suicidal Crisis: Evaluation and management. Psicol.argum.
- 4.Carballo, A. (2015). Evolución de pacientes con intento de suicidio- seguimiento a un año. Europa.
- 5.Demaso Dr, W. ., (2016). Suicide and attempted . China.
- 6.epidemiológica, M. d. (2015). Boletín epidemiológico.
- 7.García, R. (2012). Epidemiología de los intentos de suicidio en el departamento de Nueva Segovia en el período comprendido de Enero 2010 a Diciembre 2011. Nueva Segovia.
- 8.INEGE. (2019). Comunicado de Prensa Número 455/19. México.
- 9.Mendoza, M. d. (2020). Intentos de suicidio en Trans Femeninas VIH positivas en Managua, Nicaragua. Revista Científica de FAREM-Estelí.
- 10.Nicaragua., N. N. (2018). Managua.
- 11.OMS. (26 de 08 de 2012). Obtenido de SUICIDIO REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.
- 12.OMS. (2012). Suicidio en región de las Américas. OMS.
- 13.OMS. (23 de Agosto de 2014). Boletín informativo, situación epidemiológica, prevención del suicidio.
- 14.OMS. (3 de Mayo de 2015). Boletín informativo. El suicidio según vigilancia epidemiológica. Obtenido de https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&categ

ory_slug=datos-y-estadisticas&alias=713-boletin-informativo-el-suicidio-segun-vigilancia-epidemiologica&Itemid=235

- 15.OMS. (09 de Septiembre de 2016). Organización Mundial de la salud. Prevención del suicidio. Obtenido de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/.
- 16.OMS. (Lunes 2 de Septiembre de 2019). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- 17.Palacios Mayorga, Y. (2012). Manejo de intentos de suicidios en adolescentes atendidos en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial de Managua, Nicaragua en el período de enero-noviembre 2011. Managua.
- 18.Romo, L. d. (2014). Relación entre ideación Suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. Psicología iberoamericana.
- 19.Rueda, G. e. (2015). Diferencias de género e pacientes con suicidabilidad. México.
- 20.Villar, F. (2018). Predictores de recaída del comportamiento suicida en población pediátrica. La Revista Española de Psicología.
21. (2018) “Guías clínicas: el paciente suicida”. <http://www.fisterra.com/guías2/suicida.asp>
22. (2014) “Normalización de la emergencia psiquiátrica” Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y Efectores de Salud Mental del G.C.B.A.
23. (2018) “Normas de abordaje del suicidio en Nicaragua. Estrategia nacional de prevención del suicidio”. Programa Nacional de salud Mental. Ministerio de Salud de Nicaragua.
24. (OMS,2014) “Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios”. OMS. Serie Prevención del Suicidio <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/ops/prevesuicidio/preveperiodistas.htm>
25. (2017) “Programa Nacional de Prevención del Suicidio”. Ministerio de Salud de la Nación.
26. (OPS, 2018) “El suicidio y la responsabilidad profesional”. Algunas cuestiones a tener en cuenta, Dr. Eduard por Suicidio en las Américas. Informe Regional Washington D.C. 2018. Organización Panamericana de Salud. Oficina Regional par alas Américas.

27. (2019) “Protocolo básico de intervención en crisis frente a actos y suicidios consumados para Niños y Adolescentes”. Lic. Diana Altavilla. Psicóloga. Psicoanalista.

Anexos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis para optar al título de: Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología

Tema: Comportamiento de pacientes con intentos de suicidio en el SILAIS Nueva Segovia de enero 2019 a diciembre 2020.

INSTRUMENTO

1-Describir las características sociodemográficas de los casos.

1-Edad:

a)-Menor de 10 años__ b)-De 10 a 19 años__ c)-De 20 a 29 años__ d)-De 30 a 39 años__
e)-De 40 a 49 años__ f)-De 50 a 59 años__ j)-De 60 a más__

2-Sexo: a)-Masculino__ b)- Femenino__

3- Municipio: Ocotal__ Dipilto__ Mozonte__ Ciudad Antigua__ San Fernando__ Jalapa__ Macuelizo__ Santa María__ El Jícaro__ Murra__ Quilalí__ Wiwilí__

4-Procedencia: a)-Urbano__ b)-Rural__

5- Escolaridad: a) Primaria incompleta____ b) Primaria Completa____ c) Secundaria Incompleta____ d) Bachiller____ e) Universitario____ f) Analfabeto____

6-Ocupación: a)-Agricultor__ b)-Ama de casa__ c)-Comerciante__ d) Estudiante__ f) - g) otro____ f) desempleado__

7- Estado Civil: a) Soltero____ b) Casado____ c) Unión de hecho d) Viudo____

8. Religión: a) católico_____ b) Evangélico_____ c) Testigo de Jehová_____ d) Otra_____ e) Ninguna_____

9-Trastornos Mentales diagnosticados: ¿Si ____ No ____ Cual? _____

10- Antecedentes de Abuso: a) Abuso sexual b) Abuso psicológico_____ c) Ninguno_____

Análisis de Monitoreo de pacientes.

11.- Búsqueda de atención

A) Menor a 1 día____ b)1-2 días____ c)3-4 días____ d) Mayor de 5 días: _____

12. Tipo de demanda de atención

A) Espontáneo_____ B) Referido_____

13. Mes del intento de Suicidio

a) Enero__ b) Febrero__ c) Marzo__ d) Abril__ f) Mayo__ g) Junio__ h) Julio__ i) Agosto__ j) Septiembre__ k) Octubre__ l) Noviembre__ m) Diciembre_____

14. Horario de intento de suicidio

a) 12 md a 5 am____ b) 6: 00 am a 12 md____ c) 1: 00 pm _ 5: 00 pm d) 6:00 pm a 12 md____

15-. Métodos utilizados para el intento de suicidio

A) Plaguicidas____ b) Ahorcamiento____ c) Ahogamiento____ d) Armas de Fuego____
e) Arma Blanca____ f) Medicamentosa g) Otras sustancias_____

16.- Causa específica del intento de Suicidio

a) Conflictos Conyugales____ b) Conflictos familiares c) Desconocido____ d) Otra causa_____

17Condición Asociada

a) Alcohol____ b) Drogas____ Embarazo____ Otros____ Ninguna

18. Tiempo de en ser atendido por siquiatria desde su ingreso

A) Menor a 1 día ____ b) 1-2 días ____ c) 3-4 días ____ d) Mayor de 5 días: _____

19. Valoración por equipo multidisciplinario

a) Si ____ b) No ____

20. Días de estancia Hospitalaria

a) A) Menor a 1 día ____ b) 1-2 días ____ c) 3-4 días ____ d) Mayor de 5 días: _____

Tipo de Egreso

a) Alta ____ b) Fuga ____ Abandono ____.

21- Seguimiento por consulta externa

A) Si ____ d) Ninguna registrada

22. Reincidencia de intento de Suicidio

¿Si _____ Cuantas veces? _____ No _____

23. Suicidio Consumado?

Si ____ No ____

Ficha utilizada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del departamento de Nueva Segovia

FICHA EPIDEMIOLOGICA

PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO EN EL DEPARTAMENTO DE NUEVA SEGOVIA.

DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos: William Tony Pineda Fecha del suceso: 27/09/19
 Edad: _____ Hora de suceso: 8:50
 Sexo: 37 Número Expediente: 1968
 Dirección completa: 305 Calle Quevedo, Quevedo, C.C.

Ocupación: Chico
 Esta trabajando actualmente: Si: _____ No: _____
 Escolaridad: 2ºº
 Religión: _____
 Estado civil: casado
 Alguna familia se ha suicidado: Si: _____ No: X Parentesco: _____

MANIFESTACIONES ORGANICAS O PSIQUICAS REFERIDAS POR EL PACIENTE:

En los días anteriores al suceso había tenido:

<input checked="" type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Irregularidades Menstruales
<input checked="" type="checkbox"/> Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Pérdida de interés por actividades diarias
<input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sentimiento de culpa o vergüenza
<input type="checkbox"/> Bajo Rendimiento Académico	<input type="checkbox"/> Sensación de inutilidad
<input type="checkbox"/> Alucinaciones Visuales	<input type="checkbox"/> Alucinaciones Auditivas

Abuso sexual: Si: _____ No: X

Recibió asistencia en los últimos 3 meses: Si: _____ No: X

Quien le brindó atención: Psiquiatra: _____ Médico: _____ Enfermera: _____ Psicólogo: _____
 Otro especifique: _____

Tipo de ayuda: Consejería: _____ farmacológicos: _____ Referencia: _____

Uso de sustancias psicoactivas:
 Consumo de Drogas: Si: X No: _____
 Tipo de Droga: Alcohol
 Ingesta de Licor al momento del suceso: Si: X No: _____

Dra. Gabriela Gómez

Tabla No. 1 Edades de pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Edades	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Menor de 10 años	1	1.5	0	0.0
10 a 19	21	32.3	26	37.7
20 a 29	24	36.9	28	40.6
30 a 39	16	24.6	10	14.5
40 a 49	2	3.1	4	5.8
50 a 59	1	1.5	1	1.4
60 a más	0	0.0	0	0.0
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 2 Sexo de pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Sexo	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Femenino	33	50.8	35	50.7
Masculino	32	49.2	34	49.3
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 3 Municipio de Procedencia de pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Municipio	2019	2020	Diferencia de Casos
Santa María	1	0	-1
Macuelizo	3	5	2
Dipilto	5	4	-1
Ocotal	29	22	-7
Mozonte	2	5	3
Ciudad Antigua	1	1	0
San Fernando	4	1	-3
Jalapa	7	17	10
El Júcaro	3	3	0
Murra	2	1	-1
Quilalí	8	7	-1
Wiwilí	0	3	3
Total	65	69	4

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 4 Área de Procedencia de pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Procedencia	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Urbano	32	49.2	33	47.8
Rural	33	50.8	36	52.2
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 5 Escolaridad de pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Escolaridad	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria incompleta	10	15.4	11	15.9
Primaria completa	21	32.3	31	44.9
Secundaria incompleta	16	24.6	11	15.9
Bachiller	18	27.7	14	20.3
Universitario	0	0.0	2	2.9
Analfabeto	0	0.0	0	0.0
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: - Expediente Clínico

Tabla No. 6 Ocupación de pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Ocupación	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Agricultor	18	27.7	19	27.5
Ama de Casa	22	33.8	20	29.0
Comerciante	1	1.5	7	10.1
Estudiante	17	26.2	17	24.6
Desempleado	4	6.2	2	2.9
Otro	3	4.6	4	5.8
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 7 Estado Civil de pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Estado Civil	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltero	21	32.3	25	36.2
Casado	8	12.3	3	4.3
Unión de hecho	36	55.4	40	58.0
Viudo	0	0.0	1	1.4
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 8 Religión de pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Religión	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Católico	44	67.7	36	52.2
Evangélico	10	15.4	7	10.1
Testigo de Jehová	0	0.0	0	0.0
Ninguna	11	16.9	26	37.7
Otra	0	0.0	0	0.0
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 9 Presencia de trastornos mentales en pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Trastorno mental	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	7	10.8	9	13.0
No	58	89.2	60	87.0
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 10 Tipo de trastorno mental en pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Trastorno Mental	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Depresión	7	100	8	88.9
Ansiedad	0	0	1	11.1
Total	7	100%	9	100%

n=16 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 11 Antecedentes de abuso en pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Tipo de Abuso	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sexual	1	1.5	2	2.9
Sicológico	0	0.0	0	0.0
Ninguno	64	98.5	67	97.1
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 12 Tiempo de búsqueda de atención en pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Búsqueda de atención	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Menor de 1 día	65	100	68	98.6
1-2 días	0	0	1	1.4
3-4 días	0	0	0	0.0
más de 5 días	0	0	0	0.0
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 13 Tipo de demanda de atención en pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Tipo de demanda	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Espontáneo	27	41.5	22	31.9
Referido	38	58.5	47	68.1
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 14 Mes del año en el que los pacientes intentaron suicidarse 2019-2020

Mes	2019	2020	Diferencia de casos
Enero	5	6	1
Febrero	5	5	0
Marzo	11	6	-5
Abril	9	7	-2
Mayo	4	8	4
Junio	6	7	1
Julio	5	5	0
Agosto	3	5	2
Septiembre	4	3	-1
Octubre	3	3	0
Noviembre	3	6	3
Diciembre	7	8	1
Total	65	69	4

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 15 Hora del día en el que los pacientes intentaron suicidarse 2019-2020

Horario	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
12 md- 5 am	19	29.2	21	30.4
6 am- 12 md	9	13.8	7	10.1
1 pm- 5 pm	6	9.2	5	7.2
6 pm 11 pm	31	47.7	36	52.2
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 16 Método que utilizaron los pacientes para intentar suicidarse 2019-2020

Método	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Envenenamiento con Plaguicidas	38	58.5	33	47.8
Ahorcamiento	3	4.6	2	2.9
Ahogamiento	0	0.0	0	0.0
Arma Blanca	1	1.5	2	2.9
Arma de Fuego	0	0.0	0	0.0
Medicamentosa	23	35.4	30	43.5
Otras sustancias	0	0.0	2	2.9
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 17 Método que utilizaron los pacientes para intentar suicidarse distribuidos por sexo 2019-2020

Método	2019		2020	
	Mujer	Varón	Mujer	Varón
Envenenamiento con Plaguicidas	17	21	12	21
Ahorcamiento	0	3	1	1
Ahogamiento	0	0	0	0
Arma Blanca	0	1	1	1
Arma de Fuego	0	0	0	0
Medicamentosa	16	6	21	9
Otras sustancias	0	0	1	1
Total	33	31	36	33

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 18 Edades de pacientes Vrs causa de intentos de suicidio 2019-2020

Edades	Plaguicidas	Ahorcamiento	Ahogamiento	Arma Blanca	Arma de Fuego	Medicamentos	Otras sustancias	Total
Menor de 10 años	1	0	0	0	0	0	0	1
10 a 19	25	3	0	0	0	18	1	47
20 a 29	29	1	0	2	0	19	1	52
30 a 39	12	1	0	1	0	12	0	26
40 a 49	3	0	0	0	0	3	0	6
50 a 59	1	0	0	0	0	1	0	2
60 a más	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	71	5	0	3	0	53	2	134

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 19 Municipio de Procedencia de pacientes con intentos de suicidio vrs causa del intento de suicidio

Municipio	Plaguicidas	Ahorcamiento	Ahogamiento	Arma Blanca	Arma de Fuego	Medicamentos	Otras sustancias	Total
Santa María Macueli	1	0	0	0	0	0	0	1
zo	8	0	0	0	0	0	0	8
Dipilto	5	1	0	0	0	3	0	9
Ocotal	13	3	0	3	0	30	2	51
Mozonte Ciudad Antigua	2	0	0	0	0	5	0	7
San Fernando	4	0	0	0	0	1	0	5
Jalapa	16	0	0	0	0	8	0	24
El Jícaro	6	0	0	0	0	0	0	6
Murra	2	1	0	0	0	0	0	3
Quilalí	9	0	0	0	0	6	0	15
Wiwilí	3	0	0	0	0	0	0	3
Total	71	5	0	3	0	53	2	134

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 20 Tiempo de espera para valoración por Psiquiatría en los pacientes con intento de suicidio durante su hospitalización 2019-2020

Tiempo en ser atendido	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Menor de 1 día	9	13.8	30	43.5
1-2 días	27	41.5	16	23.2
3-4 días	14	21.5	8	11.6
Más de 5 días	6	9.2	5	7.2
No atendido	9	13.8	10	14.5
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 21 Valoración multidisciplinaria en los pacientes con intento de suicidio durante su hospitalización 2019-2020

Valoración	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	56	86.2	59	85.5
No	9	13.8	10	14.5
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 22 Causa del intento de suicidio 2019-2020

Causa	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Conflicto Conyugal	17	26.2	16	23.2
Conflicto familiar	18	27.7	17	24.6
Desconocido	20	30.8	22	31.9
Tristeza	2	3.1	3	4.3
Otra causa	8	12.3	11	15.9
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 23 Causa del intento de suicidio distribuida por sexo 2019-2020

Causa	2019		2020	
	Mujer	Varón	Mujer	Varón
Conflicto Conyugal	9	8	5	11
Conflicto familiar	12	6	8	9
Desconocido	7	13	14	8
Tristeza	2	0	3	0
Otra causa	3	5	6	5
Total	33	32	36	33

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 24 Días de estancia Hospitalaria en pacientes con intento de suicidio 2019-2020

Días de estancia	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Menos de 1 día	2	3.1	5	7.2
1-2 días	25	38.5	22	31.9
3-4 días	16	24.6	27	39.1
Mayor a 5 días	22	33.8	15	21.7
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Vigilancia para la Salud Pública SILAIS Nueva Segovia- Expediente Clínico

Tabla No. 25 Condición asociada en pacientes con intento de suicidio 2019-2020

Condición Asociada	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alcohol	10	15.4	13	18.8
Drogas	2	3.1	1	1.4
Embarazada	2	3.1	1	1.4
Otros	0	0.0	2	2.9
Ninguna	51	78.5	52	75.4
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 26 Indicación de seguimiento a consulta externa con Psiquiatra a pacientes con intento de suicidio 2019-2020

Indicación de seguimiento	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	47	72.3	52	75.4
No	18	27.7	17	24.6
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 27 Asistencia de pacientes con intentos de suicidio que se les indicó cita a consulta externa con Psiquiatra 2019-2020

Asistencia	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	27	57.4	21	40.4
No	20	42.6	31	59.6
Total	47	100%	52	100%

n=99 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 28 Tipo de egreso de pacientes con intentos de suicidio 2019-2020

Tipo de Egreso	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alta	57	87.7	59	85.5
Fuga	4	6.2	5	7.2
Abandono	0	0.0	0	0.0
Fallecidos	4	6.2	5	7.2
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 29 Pacientes con reintentos de suicidio 2019-2020

Reintento de suicidio	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	11	16.9	9	13.0
No	54	83.1	60	87.0
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 30 Números de veces de reintentos de suicidio 2019-2020

Reintento de suicidio	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Una vez	7	63.6	3	33.3
Dos Veces	3	27.3	4	44.4
Más de tres veces	1	9.1	2	22.2
Total	11	100%	9	100%

n=20 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 31 Pacientes con reintento de suicidio vrs seguimiento con Psiquiatra 2019-2020

Seguimiento por especialista	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	1	9.1	1	11.1
No	10	90.9	8	88.9
Total	11	100%	9	100%

n=20 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 32 Pacientes que ingresaron con intento de suicidio y fallecieron durante su hospitalización 2019-2020

Suicidio consumado	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI	4	6.2	5	7.8
No	61	93.8	64	92.8
Total	65	100%	69	100%

n=134 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 33 Pacientes que fallecieron durante su hospitalización vrs antecedentes de seguimiento por Psiquiatra 2019-2020

Antecedente de seguimiento por siquiatria	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	0	0	0	0
No	4	100	5	100
Total	4	100%	5	100%

n=9 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 34 Pacientes que fallecieron durante su hospitalización vrs antecedentes de reintento de suicidio 2019-2020

Antecedentes de reintentos de suicidio	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	1	25	2	40
No	3	75	3	60
Total	4	100%	5	100%

n=9 Fuente: Expediente Clínico

Tabla No. 35 Pacientes que fallecieron durante su hospitalización vrs número de veces de reintento de suicidio 2019-2020

Número de veces de reintento	2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Una Vez	1	25	1	20
Dos Veces	0	0	1	20
Más de 3 veces	0	0	0	0
Ninguna	3	75	3	60
Total	4	100%	5	100%

n=9 Fuente: Expediente Clínico