

INFORME FINAL MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

**“Factores de riesgos asociados a intento suicida en pacientes atendidos en
Emergencia. Hospital Gaspar García Laviana – Rivas, 2019”**

Autores:

Bra. Kristian Melania Chacón.

Bra. Cinthia Audelia Mayorga Bonilla.

Tutores:

Dr. Franklin Cordero Jarquín

Especialista en Psiquiatría

Docente HERSJ - Tutor Científico

Dr. Ervin José Ambota López. PhD

Salud Pública - Epidemiología

Economía en Gestión Sanitaria

Especialista en VIH / Sida

Tutor Metodológico

Carazo, Jinotepe, 29 de Enero, 2021

DEDICATORIA

A:

DIOS por ser la luz que ilumina mi sendero de mi vida

Familia por su apoyo incondicional

A mis maestros por su enseñanza constante

Kristian Melania Chacón.

Cinthia Audelia Mayorga Bonilla.

AGRADECIMIENTO

A

Mis tutores por su abnegado apoyo

Personal del Hospital de Rivas por su apoyo en la recolección de la información.

A cada una de las personas que nos apoyaron a concluir este proyecto de mi vida.

Kristian Melania Chacón.

Cynthia Audelia Mayorga Bonilla.

CARTA AVAL DEL TUTOR

La ideación suicida, el intento suicida y el suicidio son las diferentes etapas que viven algunos seres humanos ante situaciones vivenciales, que puede ser desde el ámbito personal, familiar, laboral, social, que provocan que esta alternativa sea la única puerta de salida que tienen ante tal desesperanza, tristeza, desaliento y frustraciones.

Considero que la tesis realizada por Bra. Kristian Chacón y Bra. Cinthia Audelia Mayorga Bonilla; Han desempeñado una excelente labor en realizar esta investigación con el fin de conocer el comportamiento de los intentos suicidad en el departamento de Rivas, en saber que estrategias han de seguir ante este problema de salud pública ya que la mayoría de las personas que intentaron suicidarse están en la edad productiva y esto genera unos cien números de problema laboral, social, escolar por lo tanto la intervención oportuna será la diferencia en la atención de estos pacientes.

Han concluido dicho estudio con mucho éxito con el firme propósito de aportar al sistema de salud, por eso felicito a las bachilleras por este logro alcanzado en su vida profesional y personal, y por contribuir a una valiosa investigación, dicho documento servirá como paso inicial para futuros trabajos investigativos.

Dr. Franklin Cordero Jarquín

Médico especialista en Psiquiatría.

CARTA AVAL DEL TUTOR

El tema del intento del suicidio no es fácil, ya que en él intervienen muchos factores. Además, es relativamente sencillo caer en estereotipos sobre del porqué del intentarse de suicidarse, en mitos o en argumentos morales que poco ayudan a las personas o familiares. Pero no debemos quedarnos indiferentes ante la magnitud de este problema.

Hoy en día es frecuente que los pobladores que han intentado suicidarse por sentirse desesperados o infelices sean vistos en los hospitales. En la mayoría de los casos, el individuo, se arrepiente de su intento. A veces en realidad no quieren morir, pero necesitan “hacer algo” para mostrar su malestar y hacer que la gente se preocupe. Todo intento debe siempre ser tomado muy en serio. El joven necesita un adulto que entienda sus sentimientos, aunque puede resultarles difícil expresarlos con palabras. Necesitan a alguien que les dé una ayuda constructiva.

Partiendo de que el intento del suicidio es un drama cuya prevención requiere una implicación conjunta y coordinada de toda la sociedad, ya que el hecho de que estas crisis requieran respuestas urgentes y que en muchas ocasiones ocurran en lugares poco accesibles las convierte en sucesos susceptibles de ser atendidos por el equipo de salud mental.

Lo anterior constituyen el pilar angular de la prevención, detención y atención de las de las personas que acuden a nuestras unidades con intento suicidio, por otra parte, el estudio reúne los criterios académicos establecidos por el reglamento de la UNAN – Managua, para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

Dr. Ervin José Ambota López. PhD

Salud Pública – Epidemiología

Economía y Gestión en Salud

Especialista en VIH - sida

RESUMEN

Con el **Objetivo**, de determinar los factores de riesgos asociados a intento suicida en pacientes atendidos en servicio de emergencia del Hospital Gaspar García Laviana, se realizó un estudio en el departamento de Rivas durante el 2019.

Diseño metodológico: se efectuó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se realizó en el hospital de Rivas durante 2019, con un universo y muestra fueron de 67 pacientes atendido durante el periodo de estudio, el análisis de la información se efectuó con software estadístico IBM SPSS, v. 24 para Windows, siendo presentado en tablas de frecuencias y porcentajes.

Resultados: Los factores de riesgo asociado a los intentos de suicidios; aérea de conflictos fueron de pareja, familiar y laboral, con mala comunicación entre miembros de la familia. En cuanto a los factores de riesgo para reincidencia a intento de suicidios; 100.0% tenían ideación al suicidio; con múltiples intentos y ausencia de sistema de apoyo de contención; contexto de violencia, sexo masculino, edad entre 16-25 años y mayor de 45 años. Los mecanismos empleados en los intentos de suicidas fueron en orden de frecuencia; ingesta de plaguicidas, ingesta de medicamentos y corte profundos en el cuerpo.

Conclusiones: Gozar de una buena salud mental y de bienestar durante estos años, dependerá no solo de los re-cursos que posea el niño, niña o adolescente, sino también de cómo los diferentes contextos de desarrollo actúan como agentes de protección y soporte durante cada uno de estos cambios y retos evolutivos, respondiendo a las necesidades que cada uno vaya presentando.

Palabras Claves: Intento de suicidio, Factores de riesgo, Reincidencia, Mecanismo del suicidio.

INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
CARTA AVAL DEL TUTOR.....	III
RESUMEN.....	IV
CAPITULO I. GENERALIDADES	
1.1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.2. ANTECEDENTES.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.6. MARCO REFERENCIAL.....	10
CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO	
2.1. TIPO DE ESTUDIO.....	38
2.2. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	38
2.3. UNIVERSO.....	38
2.4. MUESTRA.....	38
2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN - EXCLUSIÓN.....	38
2.6. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	39
2.7. PLAN DE TABULACIÓN	39
2.8. PLAN DE ANALISIS.....	40
2.9. ENUNCIADOS DE VARIABLES.....	40
2.10. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	40

2.11. ASPECTOS ÉTICOS.....	41
2.12. CRONOGRAMA.....	42
2.13. PRESUPUESTO.....	42
CAPITULO III. DESARROLLO	
3.1. RESULTADOS.....	45
3.2. DISCUSIÓN.....	47
3.3. CONCLUSIONES.....	53
3.4. RECOMEDACIONES.....	54
CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA	
4.1. BASICA.....	56
4.2. DE CONSULTA.....	60
CAPITULO V. ANEXOS	
5.1. INSTRUMENTO.....	61
5.3. CONSENTIMIENTO.....	60
5.4. TABLAS.....	69
5.5. GRAFICOS	70

CAPITULO I. GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es considerada en la actualidad un problema de salud pública porque presenta alta prevalencia e incidencia. Es una problemática relevante a nivel internacional, y su alta prevalencia o incidencia es debido a su progresivo aumento a través de las décadas, se torna aún más grave en la población adolescente puesto que los suicidios en este grupo etáreo son cada vez más frecuentes. A pesar que también ha aumentado en la etapa geriátrica como alivio del dolor y el abandono que sufren los pacientes en esta edad.

Actualmente este problema existen en diferentes grados de severidad, que van desde la ideación suicida y la tentativa de suicidio hasta el suicidio consumado.

Es una conducta que puede ser influenciada por múltiples causas y precipitada por diversas situaciones que se convierten en eventos desencadenantes.

Se sustenta que el intento suicida es un fenómeno multicausal, no atribuible a un suceso aislado o específico, sin embargo, existen casos en el que es atribuible a factores económicos, pérdidas de figuras familiares claves, decepciones amorosas y dentro de los factores de riesgo más importante para la consecución de un suicidio es el antecedente de intento de suicidio.

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan están caracterizados por diferentes factores de riesgo para esta conducta, entre los que se citan: provenir de medios familiares con desventaja social y/o conflictos sentimentales frecuentes, exposición a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, los que presentan sicopatología, incluyendo la depresión, el abuso de sustancias, tener una conducta disocial, la baja autoestima, la impulsividad, la desesperanza, los amores contrariados, los problemas socioeconómicos, la falta de comunicación con los padres, la desesperanza y el maltrato entre otros aspectos que limitan la participación social activa del adolescente e impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan su libertad.

Se estima que entre 2.0 % y 12.0 % de la población joven ha tratado de quitarse la vida, constituyendo un motivo frecuente de consulta en salud mental y en un grave problema para la asistencia sanitaria y la economía del país.

1.2. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio en el año 2000 y que las tasas de suicidio global han aumentado en un 60% en los últimos 45 años (OMS, 2000, p 2).

Las iniciativas de quitarse la vida se han incrementado considerablemente antes de los 20 años de edad en las últimas décadas siendo considerado el arribo a la adolescencia como el de mayor riesgo.

El suicidio es la décimo tercera causa de muerte, suponiendo el 0.5-2% de todas las causas de mortalidad y la primera causa de muerte violenta. Algunas previsiones indican que para el 2020 los suicidios podrían aumentar considerablemente pasando a ser los intentos de suicidio entre 10 y 20 veces más frecuentes.

Según Herrera & Avilés (2000, p.16), para el año 2000 mundialmente cada día se suicidan alrededor de 1000 personas y ocurren de 10 a 15 intentos suicidas por cada suicidio consumado, siendo la población más afectada la comprendida entre 15 y 49 años.

De igual manera, según el Departamento de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2000 el suicidio se encontraba entre las primeras diez causas de muerte en muchos países y es una de las tres primeras causas de muerte en el grupo de edad entre 15 y 35 años afirma Sánchez-Pedraza, Guzmán & Cáceres-Rubio, (2005, p. 34).

El método suicida más utilizado por los pacientes según Gerardo J A, et al., (2003; pp. 9 -16) es el envenenamiento por ingestión de sustancias, en especial entre las mujeres, a diferencia de los hombres quienes recurren en una mayor proporción a métodos más violentos.

Estas situaciones se repiten en el estudio de Bella ME, & Fernández RA, que plantea que los elementos utilizados para realizar el intento de suicidio se obtuvieron en el hogar (medicamentos, armas, sogas, cáusticos) y en su muestra que el método más utilizado para auto agredirse fue la ingesta de fármacos y, de modo especial, los psicofármacos.

Monge Holguín, José Arnulfo et al., (2006, p, 4), analizó la prevalencia del intento de suicidio en estudiantes de nivel medio superior del estado de Sonora y su relación con la dinámica familiar. Se aplicó un cuestionario de 181 preguntas a una muestra de 1,358 estudiantes de escuelas públicas y privadas establecidas en dieciocho ciudades o comunidades. Los intentos de suicidio fueron reportados por once de cada cien

estudiantes y la proporción de intentos fue de tres mujeres por cada varón, no encontrándose diferencias por tipo de escuela. Se encontraron como factores familiares de riesgo, tales como sentimientos de soledad, incompreensión y rechazo por parte de los padres, la percepción negativa del ambiente familiar, entre otras.

Se ha estimado que alrededor de un millón de personas mueren por suicidio al año en el mundo sustenta García et al., (2007, p. 48).

En Latinoamérica, la mayor incidencia de la conducta suicida se presenta en jóvenes entre 15 y 19 años de edad analiza Arias, M., et al., (2008, p.13) que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes estadounidenses, como lo dice el estudio de Joe, Romer & Jamieson (2007, p. 42), en el que sugieren que las diferencias raciales y la aceptación del suicidio son las causas del aumento de esta conducta en este país y lleva a que en la actualidad tenga una tasa de 11,4 por cada mil.

En México, Ramírez-Carretero, Jiménez-Saab et al., (2008, p. 24) afirma que el suicidio ocupa el lugar 18 entre las causas de muerte de su población en general, pero dentro de la población la de 15 y 24 años sube al cuarto lugar.

Fuentes-Lerech et al. (2009, p. 9) en investigación efectuada en población escolarizada de Manizales encontraron un 12,8% de factor de riesgo suicida según Escala de Plutchik; 10,2% habían efectuado intento suicida con anterioridad.

En Cuba la incidencia del suicidio en adolescentes ha ido descendiendo y se notan cambios sustanciales en los reportes de las principales causas de muerte entre los 10 y 19 años de edad entre 1970 y 2008, y de 126 defunciones se descendió a 35 en ese último año. A pesar de esta reducción, continúa siendo un problema de salud, y en 2010 ocupaba la cuarta causa de muerte en las edades de 10-19 años.

Pérez-Amescua B, et al. (2010; p. 52), señalan que la asociación entre ser mujer y haber tenido relaciones sexuales y presentar ideación y/o intento de suicidio, nos lleva a reflexionar sobre el inicio de la vida sexual como un evento social y culturalmente apreciado o sancionado en relación con el género, mientras que ser hombre conlleva una presión social que promueve la iniciación sexual, el ideal sexual femenino implica pasividad y un no reconocimiento del deseo sexual, que promueve la virginidad hasta el matrimonio. Se podría suponer que el salto entre la virginidad, tener relaciones sexuales y su consecuente evaluación negativa pueden tener repercusiones no sólo en la salud sexual de la adolescente sino también en la esfera de la salud mental con lo que existe la

posibilidad de presentar ideación e intento suicida. Se señalan otros factores como el antecedente de abuso sexual.

Acosta A, Izquierdo JM. (2011, p. 15), argumenta que el intento suicida, antes de expresarse es decidido por el hombre como resultado de su percepción individual de la realidad contextual con que se vincula, esta es matizada por su propia subjetividad individual y se dinamiza por acontecimientos a los que el individuo se enfrenta sin mecanismos de afrontamientos adecuados, lo que genera estrés, a veces intolerante o humillante, que provoca impulsividad, frustración y angustia.

García J, E, et al. (2011; pp. 167-179), difiere de Acosta A, Izquierdo JM, pues afirma que el suicidio se expresa como resultados de la percepción individual contextual, señalando que los problemas familiares son la causa más importante, seguida de soledad e incompreensión; refiere que cuando un adolescente afirma como causa del intento suicida que se siente solo, no le ponen atención, nadie lo comprende o siente que no lo quieren (69% de los motivos señalados), y/o cuando señala que lo dejó el novio(a) (con un 12%). Ello indica la importancia que para él o ella tiene la ruptura de una relación interpersonal significativa ante una jerarquía de autoridad o emocional.

Cañón, S.C. (2011, p. 11), asocia los factores las conductas suicidas en niños y adolescentes: enfermedad mental, disfunción familiar, abuso sexual, consumo de sustancias, diferencias de género, evento vital adverso, autoestima, etc.

Cortés A, Aguilar & J, Suárez R., (2011; p. 27) planteó como factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes, los factores personales y familiares asociados como crítica o arrepentimiento de lo ocurrido. El trastorno bipolar y la esquizofrenia también se asocian con un alto riesgo de suicidio, siendo más alto el riesgo de suicidio completo en trastorno bipolar que en depresión.

Molina Linares, Ivette Irene (2018, p.3) entre los factores de riesgo asociados a conducta suicida en el adulto, destacó: la depresión, el intento previo, y la drogo-dependencia; los métodos suaves usados la ingestión de fármacos en mujeres, y los métodos duros: el ahorcamiento y el envenenamiento en el sexo masculino.

Álvarez Caballero, Mileydis, et al. (2017, p. 5) entre los principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes que fueron atendidos en la Policlínico Docente “José Martí Pérez” de Santiago de Cuba, predominaron las féminas (73,5%), el grupo etario de 15-19 años (60,9%), las familias disfuncionales (72,4%) y la ingestión de psicofármacos como el método empleado con mayor frecuencia (51,7%).

Los principales factores predisponentes fueron: antecedentes familiares hereditarios (19,5%), violencia domiciliaria (18,3%), así como trastornos de conducta y depresiones (17,2 %).

Fernández Seguí, Annia María (2018, p2), en el Hospital Mahaicony, Guyana, concluyen que de 28 pacientes con intentos suicidas, atendidos el grupo etario más afectado fue entre 10 y 29 años para un 67,86%, sin diferencias significativas entre mujeres y hombres con 53,57% vs. 46,43% respectivamente. Los individuos de ascendencia india incidieron hasta un 71,43%; seguido por la africana con 21,43%; y los mixtos con 7,14%. El grado de escolaridad predominante el alfabetizado con un 64,29% y el método de ingestión de sustancias tóxicas alcanzaron un 92,86%, seguido por la toma de tabletas con 7,14%.

Nacionales

En Nicaragua según el boletín epidemiológico informativo de la OPS / OMS (20015, p. 4- 9), en el período 1997 al 2012 fallecieron 5,673 personas por lesiones auto- inflingidos intencionalmente (clasificación CIE10: X60-X84); siendo el 2010 el año con mayor número de decesos. Proporcionalmente, de cada 100 defunciones totales registradas en el país, 2 son por lesiones auto-infligidas intencionalmente.

De acuerdo al Ministerio de Salud desde la Oficina Nacional de Estadísticas. Base de Datos de Defunciones de cada 10 defunciones por suicidios, 8 son del ámbito urbano y 2 del rural. El 64% de los suicidios en el país, se concentran en cinco SILAIS, siendo estos: 13% en Matagalpa, 78.4% con residencia urbana, 74.2% masculino. 11% en Chinandega, 8.4% con residencia urbana, 67.7% masculino. 8% en León, 79.4% con residencia urbana, 72.2% masculino (5). 6% en Jinotega, 74.2% con residencia urbana, 74.8% masculino.

En lo que respecta a la tasa de mortalidad, esta es mayor en hombres. La proporción de mortalidad de hombres con respecto a mujeres es de 3:1 en el 2012.

La edad media de los suicidios es de 26 años, mientras que por zona geográfica rural es 27 y en la zona urbana 26. En los suicidas del sexo masculino, la edad media es 32 años, la mediana 28 y la moda 22; mientras que en los del sexo femenino la edad media es 25, la mediana 21 y la moda 17 años.

Los datos procesados, evidencian que, de cada 100 defunciones registradas por suicidios, según el lugar de fallecimiento: 54% fallecen en la unidad de salud, 33% fallecen en el domicilio, 12% fallecen en otros lugares y 0.3% se desconoce.

Es de importancia señalar que al fallecer más en las unidades hospitalarias evidencian que los servicios de emergencia son el primer sitio donde los familiares llevan a las personas con intento de suicidio. Esto demanda del sistema de salud de suministros que pueden exceder de la planificación regular, uso de quirófanos por servicio no programado; lo que genera además del costo social y económico familiar, la carga al sistema de salud.

De acuerdo a los registros de la vigilancia epidemiológica, del Ministerio de Salud - Dirección General de Vigilancia Epidemiológico (2015, p. 5), del primero de marzo al 4 de abril del 2015, se reportan 69 intentos de suicidios; 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 Mulukuku, Jinotega, Matagalpa, La Dalia y Matígúas, 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 benzodiazepina, Cefalexina, Sulfato Ferroso.

Los ahorcamientos e intoxicación alcohólica son empleado únicamente por los hombres en sus intentos suicidas.

1.3. JUSTIFICACIÓN

En el ámbito mundial, la aplicación del enfoque de riesgo al estudio de la conducta suicida, es uno de los pasos más importantes para su conocimiento y prevención; pues los factores de riesgo pueden convertirse en indicadores del comportamiento suicida, o la causa fundamental del acto.

El comportamiento, así como los factores de riesgo, pueden ser detectados a tiempo; lo cual permite la prevención adecuada de la conducta suicida patológica. De acuerdo con los estudios científicos actuales, los factores psicosociales de riesgo para la ocurrencia de un intento suicida son: la presencia generalizada de depresión, sentimientos de culpa, desesperanza, personas que han sobrevivido al intento suicida o personas que presagian o amenazan con el suicidio para llamar la atención; es decir personas sin apoyo familiar o social, con antecedentes familiares de suicidio o intentos suicidas, que conviven en un ambiente hostil. En este sentido existen cinco aspectos podemos destacar:

Permite conocer a nivel institucional el comportamiento de sus pacientes que están siendo atendidos, porque su enfoque está dirigido a aprender de las investigaciones es fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas.

A nivel de la sociedad tiene trascendencia en la toma de medidas de prevención para disminuir los casos el intento de suicidio en la zona en poblaciones con mayor riesgo.

También permite mejorar los indicadores de calidad de vida de la población. Sustentan la necesidad de hacer imprescindible la identificación de los factores de riesgo de los intentos suicida, para lograr una disminución de casos de morbimortalidad a causa de una enfermedad prevenible y modificables mediante el empleo de factores protectores.

Al ser un estudio pionero a nivel del Hospital Regional Gaspar Garcia Laviana-Rivas Se deja una línea de bases para futuras investigaciones en esta temática para la búsqueda de nuevas estrategias e intervenir esta problemática social. Permitiendo nuevas investigaciones que permitirán ampliar y profundizar los conocimientos sobre el abordaje de los intentos de suicidios en el departamento de Rivas con el objetivo de llegar a fortalecer Lineamientos Estratégicos departamental que contribuyan a fortalecer las medidas preventivas.

1.4. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta suicida es un fenómeno complejo, con diferentes implicaciones, tanto psicopatológicas como existenciales, sociales y morales, por lo que resulta complicado dar una definición única y universal a la misma.

En la práctica clínica los intentos de suicidio se asocian con una gran proporción de enfermedades mentales principalmente la depresión, trastornos uni y bipolares, esquizofrenia, algunas de las cuales pueden ser diagnosticadas y tratadas a tiempo.

En la población general que se suicida, se han encontrado datos que indican que cerca del 41% había tenido una hospitalización psiquiátrica en el año previo a su muerte, entre un 4% y un 11% había recibido atención ambulatoria por psiquiatría y entre 20% y 83% había consultado a un médico general.

Por otra parte, se ha encontrado que un 26,3% de las personas que realizan un intento de suicidio asisten a una consulta médica antes de hacerlo y, entre 13% y 35% de éstos lo repite en los dos años siguientes. Por eso pretendemos dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a intento suicida en pacientes atendidos en Emergencia. Hospital Gaspar García Laviana – Rivas, 2019?

1.5. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los factores de riesgos asociados a intento suicida en pacientes atendidos en Emergencia. Hospital Gaspar García Laviana – Rivas, 2019.

Objetivos específicos

1. Conocer las características demográficas de los pacientes en estudio.
2. Identificar los factores de riesgo asociados a intento suicidio en pacientes en estudio.
3. Conocer los factores de riesgo para reincidencia en intento de suicidio
4. Determinar los mecanismo o métodos empleados por los pacientes en intento suicidios en estudio.

1.6. MARCO TEORICO

Beck AT, et al. (1976, pp. 1146-1149) propuso que las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado formaban parte de un continuo de suicidalidad de creciente severidad, siendo apoyado por diversos estudios, tanto epidemiológicos como clínicos y experimentales.

Intento de suicidio: es el acto contra la integridad de una persona, iniciado por ella misma, que no termina en la muerte. Diremos que cualquier intento de suicidio, por leve que parezca (tomarse un frasco de vitaminas) reviste suma gravedad

Conducta suicida: es La conducta suicida es un proceso continuo, que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. Dentro de esta definición incluiremos específicamente la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio, evitando términos como “gesto suicida”, “parasuicidio”, los cuales en definitiva pueden ser incluidos en intentos de suicidio.

Ideación suicida: es el pensamiento, la idea, el deseo de quitarse la vida; los pensamientos varían desde el deseo de muerte hasta la planeación completa del intento. El espectro de la ideación suicida abarca típicamente cuestionamientos existenciales que progresan sucesivamente a ideas de muerte, ideas de suicidio hasta planes de suicidio.

Siendo el suicidio una causa de muerte prevenible, la detección y evaluación del riesgo suicida es una tarea clínica relevante. De tal evaluación se pueden desprender medidas apropiadas para la preservación del paciente y la resolución eficaz del riesgo. Se ha encontrado que una proporción importante de víctimas consultó a profesionales de la salud en el período anterior al suicidio presentando indicadores de riesgo tales como intentos previos, enfermedad psiquiátrica (especialmente grave y no tratada) y estrés vital severo, afirma Haste F, Charlton J, et al. (1998, p. 48).

En el ámbito internacional la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013, p. 50) en su Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra; incluyo el suicidio como una de las problemáticas relevantes. Es así como en su Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 señala: “La prevención del suicidio es una de las prioridades importantes” y se ha incluido en el objetivo 3: “Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia

de salud mental”, con una meta estipulada para el año 2020: “Meta mundial 3.2: se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países”.

Teorías del fenómeno suicida

Teoría neurobiológica:

Una disminución en la acción de la serotonina, 5HT está implicada en conductas depresivas, agresivas y de trastornos de control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos. Asimismo la conducta suicida se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral pre frontal. También se encontraron niveles bajos de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo de las personas deprimidas que intentaron suicidarse por métodos violentos.

El alcohol y otras sustancias psicoactivas pueden disminuir el 5-HIAA, quizá incrementado así la vulnerabilidad para la conducta suicida en personas predispuestas

Teoría psicológica:

Para Freud citado por Figueroa Choque Maritza, (2011, p. 60), creía que la pérdida de alguien del cual un individuo dependía en forma ambivalente, resultaba en una depresión patológica, y la relacionaba con la “muerte del instinto”. Según Menninger citado por López Abellan Mercedes, el suicidio es un acto de auto asesinato, el individuo involucrado deberá tener el deseo de matar, el deseo de que se le mate, y el deseo de estar muerto. En la teoría psicoanalítica, el comportamiento social del suicida está asociado a la falta de elaboración de conflictos no resueltos que se unen a sucesos o experiencias relacionadas con la estructura de la personalidad y situaciones estresantes. Tiene que ver con la intención de descarga de una emoción reprimida o con su dirección consiente, la cual busca destruir o culpar de su muerte a otra persona o imaginario social.

Schnidman & Farberow citado por López Abellan Mercedes, clasifican a quienes se suicidan en 4 grupos:

- 1) Aquellos cuyas creencias los inducen a considerar el suicidio como una transición hacia una mejor vida o una forma de salvar su reputación.
- 2) Aquellos que están ansianos desolados o con dolor físico, que consideran al suicidio como una liberación.

- 3) Los que están psicóticos y que se suicidan en respuesta a alucinaciones o ideas delirantes.
- 4) Aquellos que se suicidan por despecho por la creencia de que la gente se afligirá y que ellos mismo en algún modo se encontrarán todavía por ahí para atestiguar su aflicción.

Teoría sociológica:

Durkheim citado por López Abellan Mercedes. Según la relación del individuo con el grupo social se establecen 4 tipos de suicidio.

-Suicidio egoísta. Son los individuos que no están fuertemente integrados en el grupo social.

-Suicidio altruista. Son individuos que están fuertemente integrados en el grupo social. Sufre falta de individualidad (enfermos desahuciados, militares derrotados).

-Suicidio anónimo. Sujetos con la integración al grupo alterada o distorsionada (ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos o de vida).

-Suicidio fatalista. Como resultado de un exceso de reglamentación o presión, se siente aplastado por disciplinas o las normas (militares y jóvenes ante el fracaso escolar).

Teoría biológica:

La disminución de las concentraciones de serotonina en el sistema nervioso central (SNC) está implicada en la conducta suicida. Un grupo del Instituto Karolinska de Suecia fue el primero en observar que el descenso de las concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), un metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo (LCR) lumbar se asociaba a conductas suicidas. Este hallazgo se ha reproducido en numerosas ocasiones y en diferentes grupos diagnósticos. Los estudios neuroquímicos necrópsicos han comunicado descensos modestos de la serotonina o del 5-HIAA en el tronco encefálico o en la corteza frontal de las víctimas de suicidio, y los estudios necrópsicos sobre receptores han comunicado cambios significativos en los sitios de unión presinápticos y postsinápticos para la serotonina en las víctimas de un suicidio. En conjunto, estos estudios neuroquímicos y sobre receptores en el LCR respaldan la asociación de la disminución central de serotonina en el suicidio. Estudios recientes han comunicado algunos cambios en el sistema noradrenérgico de las víctimas de un suicidio.

Etapas del Proceso de Suicida:

-Fase ideática: el individuo tiene la idea que aparece y desaparee, como una ocurrencia. Siguen apareciendo vivencias que motivan la aparición de la idea. La toma en consideración es una mera expresión emocional.

-Fase deliberativa: analiza los pros y los contras de esa idea. Comienza a considerar a la idea. Esta fase puede durar días, meses y años. Lo habitual es de semanas a meses la idea comienza a tener forma y sentido, y el suicidarse que hasta ese momento era una ocurrencia por el estado emocional, se hace más visible.

-Fase decisiva: el sujeto toma la decisión de suicidarse. Ha evaluado todo y llega a la conclusión “yo me quiero suicidar”. Esto sucede luego del curso de la deliberación, por eso el tiempo de decisión no es en segundos. Luego de la toma de decisión de suicidarse entra en periodo de calma. Porque estas tres fases son de mucha angustia y dolor. El sujeto sufre mucha angustia y dolor hasta que llega a la decisión y llegado a ella se tranquiliza.

-Fase dilatoria: corresponde al periodo de calma, cuando se tranquiliza, ya sabe lo que va a hacer. Esta fase es de duración variable habiendo hechos que lo adelanta a la siguiente fase.

-Fase operativa: a esta corresponde toda maniobra que hace el sujeto para ejecutar el suicidio. Es todo lo previo que hace al acto suicida, desde prever que va a hacer con sus bienes al provisionarse de los elementos necesarios para la muerte programada, o la elaboración de las estrategias para evitar que se descubra su decisión de suicidio, a fin de la no intervención o interrupción del acto.

-Fase ejecutiva: ejecuta la acción concreta.

Factores de Riesgo Suicida:

Una serie de factores elevan el riesgo suicida. Ellos incluyen características demográficas (p. ej. sexo masculino), enfermedades psiquiátricas, intentos e ideas suicidas, factores genéticos familiares, eventos vitales negativos, bajo apoyo social percibido, enfermedades médicas, trauma psicosocial en la infancia, factores psicológicos/cognitivos y otros. ~~Especialmente relevantes en la clínica son las~~

enfermedades psiquiátricas que elevan el riesgo y la existencia de manifestaciones suicidales actuales o pasadas.

Factores sociodemográficos:

Sexo: en la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. En el estudio WHO/ERO, se obtiene una relación hombre mujer para los intentos de suicidio de 1,5:1. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados. Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo; los hombres suelen consumar el suicidio ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenamientos). Las mujeres suelen realizar sobre ingestas de psicótopos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes.

Edad: En todos los grupos, el suicidio antes de la pubertad es excepcional. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15 y 24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad.

Origen étnico: 2 de cada 3 suicidas son varones blancos en Estados Unidos. La tasa de suicidios para varones blancos es 1,6 veces mayor que la de varones negros, 4 veces mayor que la de mujeres blancas y 8,2 veces mayor que la de mujeres negras. Hay grupos étnicos, como los indios americanos y nativos de Alaska en los que la tasa de suicidio es mayor que la media nacional. En Europa las tasas de suicidios en fineses y húngaros doblan la media europea, mientras que los países mediterráneos están por debajo. Estos autores también encuentran que la emigración, unida al desarraigo y al aislamiento comporta un aumento del riesgo de suicidio. Este riesgo es menor si se emigra con toda la familia.

Estado civil: estudios realizados observan una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solters, divorciados y viudos. Qin y Col, encontraron que ser soltero es un factor de riesgo y que tener un hijo menor de 2 años es un factor de protección. El matrimonio disminuye el riesgo de suicidio de forma significativa, sobre todo cuando se convive con los hijos. Las personas que nunca se han casado presentan un índice global que casi duplica el de las casadas. El divorcio aumenta el riesgo de suicidio, y los hombres

divorciados tienen tres veces más probabilidades de suicidarse que las mujeres divorciadas. Los viudos y viudas también muestran índices más altos. Las personas aisladas socialmente y con antecedentes familiares de suicidio (consumado o en grado de tentativa) presentan una mayor frecuencia de suicidio. Quienes cometen los denominados «suicidios de aniversario» se quitan la vida en el mismo día en que lo hizo un miembro de su familia. Los hombres y mujeres homosexuales parecen mostrar tasas de suicidio superiores a las de los heterosexuales.

Religión: la participación en actividades religiosas es un factor protector para el suicidio. Las sociedades donde hay diferentes denominaciones con fuerte presencia como católica o evangélica repercuten en bajas tasas de suicidio, en cambio en caso contrario aumentan.

Empleo: Cuanto más alto es el nivel social de una persona, mayor es el riesgo de suicidio, pero un descenso en la escala social también aumenta el riesgo. El trabajo, en general, protege contra el suicidio. En las clasificaciones según el empleo, tradicionalmente se ha considerado a los profesionales, en particular a los médicos, como el grupo con el mayor riesgo de suicidio. Otras profesiones de alto riesgo son las de agente de policía, dentistas, artistas, mecánicos, abogados y agentes de seguros. El suicidio es más frecuente en las personas en situación de desempleo que en las que tienen trabajo. El índice de suicidios aumenta durante las recesiones y las depresiones económicas, y disminuye durante las guerras.

Clima: No se ha observado ninguna relación significativa entre la estación del año y los suicidios; estos aumentan ligeramente en primavera y en otoño, pero, contrariamente a la creencia popular, no durante diciembre ni en los períodos de vacaciones.

Salud física: La relación entre la salud física y la enfermedad con el suicidio es significativa. Los cuidados médicos previos son un indicador que se relaciona positivamente con el riesgo de suicidio: sobre una tercera parte de los suicidas ha recibido atención médica en los 6 meses anteriores a su muerte, y se ha calculado que la enfermedad física contribuye de manera importante al suicidio en cerca de la mitad de los casos. Los factores asociados a la enfermedad que contribuyen tanto al suicidio como a las tentativas son: la pérdida de movilidad, en especial cuando la actividad física es importante en el trabajo o en el tiempo libre; la desfiguración, en particular en las mujeres,

y el dolor crónico e intratable. Los pacientes sometidos a hemodiálisis presentan un riesgo elevado. Además de los efectos directos de la enfermedad, también son factores pronósticos los efectos secundarios (p. ej., la alteración de las relaciones y la pérdida de la posición laboral). Algunos fármacos pueden causar depresión, que en algunos casos induce al suicidio. Entre ellos se encuentran la reserpina, los corticoesteroides, los antihipertensivos y algunos antineoplásicos. Las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol, como la cirrosis, se asocian con índices de suicidio más elevados.

Enfermedades psiquiátricas

Los cuadros psiquiátricos más frecuentemente asociados a suicidio son los trastornos del ánimo (uni y bipolares), la esquizofrenia y abuso/dependencia de alcohol o sustancias. Tienen asimismo mayor riesgo los trastornos alimentarios, el trastorno de pánico (especialmente de intentos suicidas) y el TOC. Los trastornos de la personalidad particularmente límite y antisocial- elevan la probabilidad de autoeliminación, por lo general en concomitancia con trastornos del Eje I.

En pacientes que intentan o consuman suicidio la comorbilidad psiquiátrica es especialmente común (por ejemplo, trastorno depresivo mayor y abuso de alcohol). La asociación entre cuadros del Eje I y Eje II también es relevante, mostrándose en este grupo mayor número de intentos de suicidio.

Intentos e ideas suicidas

Un intento de suicidio eleva alrededor de cuarenta veces la probabilidad de autoeliminación. El período de mayor riesgo suicida es el semestre tras al evento. Durante el año siguiente, la tasa de suicidio se incrementa hasta cien veces, especialmente en pacientes con trastornos psiquiátricos.

Por otra parte, Cooper J, Kapur N, et al. (2005; pp. 162-297) sustenta que la mitad de quienes cometen suicidio lo ha intentado previamente, y esto alcanza a los dos tercios en los grupos más jóvenes. Eventualmente, el 10% de los intentadores se quitará la vida y alrededor de la tercera parte lo reiterará finalizando analizando Jaar E, Barrera A, et al. (1994; pp. 29: 55-65)

Nock MK, Hwang I, et al. (2010; p. 15) enfatiza que se encuentran trastornos psiquiátricos en alrededor el 80% de quienes han intentado suicidarse.

Forman EM, Berk MS, et al. (2004; p 161) manifiesta que entre ellos, quienes han realizado múltiples tentativas presentan indicadores psicopatológicos más severos, con mayor depresión, desesperanza, comorbilidad, rasgos límite y peor pronóstico suicidal. Seguimientos a largo plazo han encontrado que los reiteradores tienen mayor riesgo de autoliminarse, tanto a corto como largo plazo, efecto que es más acusado en mujeres. Cada nuevo intento incrementaría el riesgo en un 32%, afirma Zahl DL, Hawton K, et al. (2004; p. 185) y León AC, Friedman RA, et al (1990; p. 31)

Acentúan el riesgo de reiteración los trastornos de la personalidad, el abuso de alcohol y drogas, el aislamiento o bajo apoyo social y el desempleo o inestabilidad laboral. Antecedentes tempranos asociados a recurrencia incluyen: exposición a conducta suicida en la infancia, separación temprana respecto de los padres, una niñez estimada como infeliz y diversas formas de trauma o abuso infantil.

Gómez A, Orellana G, & Jaar E, Lolas F, et al. (1998; p. 34) En predicción de reintentos suicidas, en la Revista de Neuro- Psiquiatría en Chile, publico un modelo predictivo de repetición conformado por tres factores:

- a) ser repetidor de intentos,
- b) antecedentes personales/familiares de abuso de alcohol y
- c) sentimientos de decepción por la sobrevivida.

La presencia conjunta de estos tres factores eleva la probabilidad de repetición al 75%.

Mayores riesgos de consumación evidencian los intentadores varones, mayores de 45 años, con trastornos del ánimo o por uso de sustancias, trastorno crónico del sueño, deterioro social y de la salud. Otros rasgos incluyen el vivir solo, la desesperanza elevada y persistente, e indicadores de un intento realizado con elevada intención autolítica, o empleando un método violento.

La presencia de ideas suicidas es una señal temprana de vulnerabilidad al suicidio y abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta planes suicidas. Las ideas suicidas pueden adoptar una cualidad persistente y asociarse a diversas variables psicológicas como depresión, autoestima baja y percepción de escaso control de la propia vida.

De acuerdo a Borges G, et al. (2006, p 36) & Powell J, Geddes J, et al. (2000, p 176), la severidad se asocia a intentos más graves, y a una mayor probabilidad de repetición postintento. Las ideas suicidas con planificación de un acto suicida se asocian a un 32% de probabilidad de llevarlo a efecto y pueden elevar once veces el riesgo de autolisis en doce meses.

Suicidio y conducta suicida en la familia

El suicidio y la conducta suicida son altamente familiares, y se transmiten independientemente de la enfermedad psiquiátrica.

Investigaciones en gemelos y adoptados indican que el mecanismo de transmisión familiar es en medida importante, genético, mediado por una tendencia a la agresión impulsiva. Específicamente, se ha encontrado una asociación de conducta suicida violenta con polimorfismo del gen transportador de serotonina.

Dado que los genes explican el 50% de la varianza, existiría un rol importante para los factores ambientales, incluyendo el abuso y diversas situaciones familiares adversas. La interacción entre factores genéticos y ambientales sería compleja.

Eventos vitales y apoyo social

Prácticamente todos los casos de autolisis han sido antecedidos de acontecimientos adversos en el año anterior, concentrados en los últimos meses.

Los más frecuentes son de tipo interpersonal (conflictos y rupturas), seguidos por problemas en el trabajo o desempleo, problemas financieros, duelo, violencia doméstica y dificultades de vivienda, entre otros, así lo enfatiza Gómez A, Barrera A, et al. (1995; p.16)

Por otra parte, el apoyo social percibido es un factor importante, cuya ausencia o pérdida se asocia a afectos y cogniciones presuicidales y a tentativas más severas. Inversamente, la provisión de apoyo es una importante medida preventiva.

Los eventos vitales desencadenantes del suicidio tienen relación con la etapa del ciclo vital. En los adolescentes y jóvenes tienen relevancia las de disfunción familiar, abuso

físico o sexual, los problemas con el grupo de pares, experiencias de separación o rechazo, presión excesiva por el logro y la exposición a otros suicidios ("modelos" suicidas). En la edad media tienen importancia las dificultades económicas y laborales, y en la edad avanzada las enfermedades, la soledad y las dificultades de vivienda.

Enfermedades médicas

Harris EC, Barraclough B. et al., sustenta que un número de enfermedades médicas implica un aumento del riesgo suicida, incluyendo SIDA, epilepsia, enfermedades de la médula espinal, daño cerebral, Corea de Huntington, y diversos tipos de cáncer, especialmente los que afectan al SNC. Muchas veces en este mayor riesgo interviene la concurrencia de cuadros depresivos y bajo apoyo social, lo que debe considerarse en la evaluación y tratamiento.

Factores psicológicos y cognitivos.

Barrera A, Jaar E, et al. (1991; pp. 1381-1386) manifiesta que la desesperanza; definida como expectativas negativas respecto del futuro es una dimensión relevante en la evaluación del riesgo. Siendo un componente de la depresión, es mejor predictor de intención suicida que su severidad global. La ideación suicida, a la vez, es más intensa entre quienes presentan mayor desesperanza. La desesperanza tiene valor predictivo a largo plazo, caracterizando a quienes serán repetidor de tentativas o se suicidarán.

Determina una vulnerabilidad persistente a la conducta suicida y se comporta en pacientes suicidales crónicos como un rasgo habitual y estable.

Otros factores cognitivos estudiados incluyen: rigidez cognitiva, la consideración del suicidio como una solución aceptable, déficits en la capacidad para resolver problemas, y una tendencia a visualizar las situaciones en términos bipolares extremos (pensamiento dicotómico). Una percepción de "insolubilidad de los problemas" puede estar presente en jóvenes y niños suicidales. Otras dimensiones de la personalidad incluyen la introversión y el psicoticismo.

Otros factores de riesgo

Existe una miscelánea, que incluye hipocolesterolemia, tabaquismo, pobreza, crisis sociales, y fenómenos de "contagio" e imitación. Esto últimos tienen importancia en casos de suicidio en cadena ("cluster suicides").

Factores de Riesgo de la conducta Suicida en Adolescentes

Género: se ha reportado que los suicidios consumados son más frecuentes en adolescentes masculinos, mientras que la ideación y los intentos de suicidio son más frecuentes en el género femenino. Yael Spiller Paola (2015, p. 63) afirma que en países desarrollados que la frecuencia de suicidios en varones es cuatro veces mayor que en mujeres.

Edad: está bien establecido que las tasas de suicidio y las conductas suicida aumentan con la edad, siendo inusual en menores de 15 años, aunque se ha encontrado en estudios recientes adolescentes cuyas edades rodean los 13 años, con conductas suicidas, sustenta Áñez Valdez, Humberto José, (2011, p. 52).

Factores familiares: la pérdida de un pariente por muerte o divorcio, historia familiar de conducta suicida, discordia familiar, pobre calidad de la relación niño-familia y el maltrato, se asocian a mayor riesgo de suicidio y conductas suicidas en jóvenes. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. Garduño Ambriz Rosalia, et al. (2011, p. 32) estima que la dinámica familiar se encuentra alterada en un 40-100% de los jóvenes suicidas.

Factores socioculturales y socio demográficos: el bajo estatus socioeconómico, el poco nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo para el suicidio en los jóvenes, ya que limitan su participación social. Los pueblos indígenas, los desplazados y los inmigrantes pueden ser asignados a este grupo dado el desarraigo de su cultura y también a la carencia de redes sociales. Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad.

El crecimiento individual de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva; los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio. El inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual, constituyen también factores de riesgo para el comportamiento suicida sobre todo en una cultura homofóbica.

El bajo rendimiento escolar se asocia con mayor riesgo de suicidios en jóvenes del género masculino sin haber relación aparente con enfermedades mentales severas

Trastornos mentales o psiquiátricos: están presentes en un 80-90% de los adolescentes que se han suicidado o han intentado hacerlo. Las condiciones psicopatológicas asociadas con mayor frecuencia son los trastornos del estado de ánimo, seguido de los trastornos de ansiedad, adaptativos y relacionados con sustancias (alcohol y drogas).

Los trastornos del estado de ánimo incluyen los que tienen como característica principal una alteración del humor y están divididos en trastornos depresivos (“depresión unipolar”), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Co-morbilidad con trastornos psiquiátricos: incrementa significativamente el riesgo de conductas suicidas en jóvenes. Se ha encontrado una relación sustancial entre depresión clínica en adolescentes y suicidio. Hasta un 60% de las víctimas presentan algún trastorno depresivo al momento de su muerte. Asimismo, entre un 40-80% de los adolescentes con intentos de suicidio cumplen con criterios diagnósticos para depresión. De hecho, la depresión es el predictor principal de ideación suicida.

El consumo de drogas, y principalmente el alcohol, frecuentemente se han asociado al suicidio, tanto como factores de riesgo como precipitantes de la conducta suicida.

Abuso sexual. Con relación al abuso sexual se han reportado como efectos a largo plazo problemas tales como estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento de suicidio, la inestabilidad emocional, cefaleas, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales adicción al alcohol y sustancias psicoactivas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja. Se ha identificado que el malestar depresivo y la ideación suicida fueron significativamente más frecuentes en mujeres que habían sido víctimas del abuso sexual, y en los varones y en las mujeres que habían intentado suicidarse.

Riesgo de suicidio en la edad avanzada:

Los ancianos constituyen la población más vulnerable al suicidio, cuya tasa en los hombres blancos mayores de 65 años es 5 veces más alta que en la población general.

Una tercera parte de las personas ancianas manifiestan que su principal motivo para pensar en el suicidio es la soledad. Aproximadamente el 10% de los ancianos con ideas de suicidio dicen que sus motivos son los problemas económicos, la mala salud o la depresión. Las características demográficas de las víctimas de suicidio son diferentes de las que presentan los individuos con tentativas. Alrededor del 60% de los que lo consuman son hombres y el 75% de los que lo intentan son mujeres. Las víctimas suelen utilizar armas de fuego o se ahorcan, mientras que el 70% de los individuos que intentan suicidarse toman una sobredosis de fármacos, y el 20% se corta o se apuñala. Los estudios psicológicos forenses sugieren que la mayoría de los ancianos que se suicidan han sufrido un trastorno psiquiátrico (fundamentalmente depresión). No obstante, a menudo los trastornos psiquiátricos de las víctimas de suicidio no reciben la atención médica o psiquiátrica oportuna. En comparación con individuos más jóvenes, entre los ancianos suicidas hay un mayor número de viudos, y menos solteros, separados o divorciados. En la vejez son más habituales los métodos violentos de suicidio, y menos el consumo de alcohol y los antecedentes psiquiátricos. Los desencadenantes del suicidio más corrientes en los ancianos son las enfermedades físicas y la pérdida; en cambio, en personas más jóvenes lo son los problemas laborales, económicos y de relaciones familiares. La mayoría de los ancianos que cometen suicidio comunican sus pensamientos suicidas a familiares y amigos antes de consumir el acto. Los pacientes de edad avanzada con enfermedades graves o que hayan tenido una pérdida reciente deben someterse a estudio en busca de síntomas depresivos e ideas o planes de suicidio. Puede que los pensamientos y fantasías sobre el significado del suicidio y la vida después de la muerte revelen información que el paciente no aporte directamente. El médico no debe tener reparos en preguntar a los pacientes sobre el suicidio, puesto que no hay pruebas claras de que tales preguntas aumenten la probabilidad de una conducta suicida.

Diagnóstico y evaluación: Crisis Suicida

La crisis suicida es un período limitado de tiempo en que el riesgo inmediato puede escalar rápidamente. Durante ella el paciente atraviesa un período de especial severidad clínica en que pueden existir ideas suicidas y/o intentos suicidas. El clínico puede verse enfrenteado a evaluar una crisis suicida al entrevistar a un paciente que ha realizado un

intento o ha comunicado deseos o propósitos suicidas a otra persona. A veces, es el propio profesional quien al interrogar a un paciente obtiene un relato de ideas suicidas.

Evaluación de las ideas suicidas

Dimensiones relevantes son la frecuencia y duración de los episodios de ideación. La frecuencia puede ser tan elevada que la ideación es descrita como prácticamente continua. Puede presentarse en episodios breves, fugaces (como "rachas"), con una duración de segundos, o persistir durante períodos de minutos a horas. En general los episodios de mayor duración (una o más horas) o muy frecuentes (varias veces al día) son más severos. Asimismo, la intensidad de la ideación puede ser variable.

La ideación puede experimentarse como imágenes ("me veo cayendo") o en formato verbal, como cadenas de pensamiento que pueden prolongarse en el tiempo como rumiaciones suicidas.

Las ideas suicidas pueden aparecer en relación a situaciones interpersonales experimentadas como negativas. Pueden asociarse a estados sintomáticos severos de tipo angustioso, depresivo o disfórico. Pueden aparecer o agravarse al consumir alcohol o sustancias. Este aspecto contextual puede tener relevancia terapéutica.

En algunos casos, los pacientes experimentan sensaciones positivas tras pensar en el suicidio (ideación egosintónica). Esto debe ser considerado una señal de riesgo. Lo contrario ocurre cuando se siguen de angustia, culpa o vergüenza (ideación egodistónica). La actitud del sujeto frente a sus propios pensamientos suicidas tiene gran importancia. Algunos pacientes aseveran que no llevarán a efecto el acto suicida ya que ello dañará a sus seres queridos. En casos opuestos acogen las ideas como una solución o forma de terminar un sufrimiento, minimizando el impacto del suicidio sobre los demás, o incluso sosteniendo que estarían mejor. En casos intermedios encontramos indiferencia o ambivalencia, detectada esta última como una actitud oscilante o cambiante.

Lo dicho se relaciona con la "posición" del paciente frente a la ideación.

En algunos casos ella se vive como externa al Yo ("¿por qué me pasa que de pronto me vienen estas ideas?"). En casos más graves las ideas son declaradas con un sentido de agencia ("he estado pensando en terminar con todo"). Por otra parte, pueden ser de tipo pasivo ("dejar el tratamiento; dejarme atropellar") o activo ("colgarme").

Los pensamientos suicidas pueden variar en su grado de concreción. Un paciente dice que ha estado considerando la muerte, sin tener un plano método definido. Otro caso refiere un plan concreto y elaborado. También existen grados variables ("he pensado en tres cosas, pero no lo he definido"). El clínico debe estar preparado para enfrentar la reticencia del paciente a revelar detalles.

La existencia de planes suicidas debe ser explorada y es un indicador del grado de intención suicida. Preguntas apropiadas al respecto pueden ser: "¿cuándo piensa hacerlo?"; "¿cómo lo haría?"; "¿dónde?". En algunos casos los pacientes han elaborado el suicidio durante días o semanas. La existencia de un plan suicida es una señal grave. Tras la detección de ideas o planes autodestructivos, se debe indagar acerca del propio sentido de "capacidad" o "coraje" para llevarlas a efecto, así como de la existencia de factores disuasivos y capacidad de autocontrol.

Es útil preguntar por el "peor" momento vivido: "¿cuándo ha estado más cerca de intentar el suicidio? ¿qué pasó, por qué no realizó el acto suicida?". Para evaluar la propia capacidad percibida de autocontrol, pueden servir preguntas como "¿qué haría si vuelve a sentir en estos días deseos de suicidarse? ¿cree que lo podría evitar? ¿cómo?".

También es relevante clarificar si junto a la ideación existe intención suicida.

Ambas pueden de hecho estar dissociadas: "a veces se me pasa la idea de matarme, pero pierda cuidado, es algo que no haría nunca".

Por último, debe valorarse la actitud del paciente ante la exploración clínica, puesto que la renuencia o escamoteo de las ideas o propósitos autolíticos es un claro indicador de riesgo.

Muchas veces los pacientes han tenido mayor ideación que la inicialmente reconocida. Al reinterrogarlos puede aparecer mayor elaboración, contando por ejemplo con un "plan B". Siempre es conveniente preguntar más: "Ud. dice que se suicidaría lanzándose al Metro; ¿y si un guardia se lo impidiera, ¿qué haría?".

Una pregunta que puede brindar información muy útil (y a menudo sorprendente) es: "¿cuál ha sido el momento en que ha estado más cerca de cometer suicidio?".

Tabla 1. Dimensiones relevantes de la ideación suicida

Dimensión de la ideación del suicidio	Descriptor
Frecuencia	Infrecuente/frecuente/continua
Relación con estímulos	Clara; evidente; dudosa; inexistente
Duración de los episodios	Segundos/minutos/horas
Formato	Verbal/en imágenes
Ideación activa o pasiva	"Ojalá que me ocurra algo" vs. "quiero ..."
Afecto concomitante	Miedo/angustia/dolor/alegría o alivio/rabia/culpa/vergüenza
Nivel de concreción	Vaga o abstracta/concreta
Evolución	Aguda/crónica
Posición del Yo frente a la ideación suicida	Activa/pasiva/variable u oscilante
Actitud	Rechazo/indiferencia/aceptación/ambivalencia
Planes suicidas	Sí/no/dudoso
Asociación a otras variables	Situacionales/interpersonales/emocionales/ Síntomas
Percepción de capacidad	Se siente capaz ("coraje para hacerlo")/ no se considera capaz
Presencia de disuasivos	P. ej. dañaría otras personas; razones religiosas
Control percibido	Presente/ausente/inseguro
Severidad relativa	Peor episodio el actual/ otros han sido peores
Relación con conducta suicida	Sin relación/ se ha asociado a conducta suicida/se podría asociar a conducta suicida
Intención suicida	Intención suicida presente/ intención suicida ausente
Percepción de capacidad o coraje para efectuar un intento	Se siente capaz/no se siente capaz/inseguro
Actitud frente al clínico	Revela abiertamente sus ideas suicidas/Intenta ocultarlas o es renuente a revelarlas

Fuente: Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the escale for suicidal ideation. *J Consult Clin Psychology* (1979;p. 47).

Evaluación de los intentos de suicidio

Los intentos suicidas se definen como actos cuyo propósito es provocar la propia muerte pero que no alcanzan su objetivo. Son heterogéneos en cuanto al método (violento o no violento; único o múltiple), la letalidad, y la motivación o propósito. La evaluación de las tentativas es relevante puesto que las más graves tienen peor pronóstico suicidal.

La severidad puede evaluarse según la letalidad del método y el grado de intención suicida. Ambas dimensiones se correlacionan débilmente, dado que una tentativa con elevada intención suicida puede realizarse con un método de baja o moderada letalidad y viceversa. Por esta razón, se han elaborado escalas para estimar el grado de intención suicida de la tentativa.

Cuando se clasifican los intentos según la letalidad del método, se emplean escalas de tres, cinco o siete niveles. En una escala de tres niveles, habrá intentos de alta letalidad (p. ej. lanzarse de una altura; suspensión; arma de fuego), mediana letalidad (p. ej. ingestión de paracetamol; cortes profundos), y baja letalidad (p. ej. ingestión de benzodiazepinas; cortes superficiales).

Para determinar la intención suicida es útil considerar las siguientes características del intento, que aluden a circunstancias del mismo:

-La presencia de al menos una de ellas lleva a calificar la intención como elevada. Varias apuntan a una preparación cuidadosa, con deliberación, en que se procura que el acto transcurra sin intervención de otras personas.

-La elaboración de nota(s) o carta(s) suicidas también apunta a un período previo de preparación. El grado de premeditación puede ser variable y a veces ser de varios días o semanas.

-Al considerar los criterios de letalidad e intención suicida, se pueden clasificar como intentos severos todos aquellos en que la letalidad del método fue al menos moderada y/o hubo indicadores de una elevada intención suicida. Así, por ejemplo, en el caso de un paciente que ingiere una sobredosis de 20 mg. de clonazepam escogiendo para ello un lugar aislado, el intento será calificado como severo. Otras características, como el empleo simultáneo de más de un método (por ejemplo, ingerir una sobredosis y auto inferirse cortes), un método violento y la existencia de un pacto suicida o un intento cometido en una situación de violencia también llevarán a clasificar el intento como severo.

Lo anterior es relevante para el manejo inmediato del intento. La constatación de ideación suicida post intento, desesperanza elevada y decepción por haber sobrevivido también indican un riesgo elevado. Deben considerarse asimismo las demás características mencionadas, asociadas a repetición del intento o consumación del suicidio.

En el período previo al intento (incluso en la misma semana o el mismo día) el paciente puede haber realizado otras tentativas autolíticas o actos de autodaño (p.ej. cortes). Algunos pacientes han llevado a efecto conductas de preparación o anticipación de su proyectado suicidio, incluyendo ensayos del acto.

Los pacientes pueden perseguir diferentes objetivos al cometer un intento, muchas veces de modo mixto y aparentemente contradictorio. A modo de ejemplo, un paciente realiza una tentativa dirigida a obtener una reconciliación con su pareja, de un modo tan extremo que parece estar jugándose una última carta: si no tiene éxito (y no es rescatado) el desenlace ya está definido. Un estudio europeo identificó mediante análisis factorial cuatro propósitos en sujetos que intentaron suicidarse: escapar temporalmente, dejar de existir, influir en otra persona y llamar la atención de otras personas.

Frente al intento realizado, interesa indagar si se siente arrepentido, o por el contrario reafirma el propósito de terminar con su vida. Es posible que se sienta inseguro o su actitud sea ambigua. Frente al hecho de haber sobrevivido, ¿está conforme o decepcionado? Algunos pacientes se manifestarán ambiguos, inseguros, o manifestarán que lo irán evaluando según el devenir de las cosas. La persistencia de ideación suicida tras el intento es un evidente signo de gravedad.

Tabla 2. Indicadores de elevada intención suicida en el intento suicida
Intento fue cometido en situación de aislamiento
Intento fue cometido de tal forma que la intervención de terceros era improbable
El paciente tomó precauciones contra la intervención de otras personas
Preparó detalladamente el intento
Dejó nota o carta suicida
Mantuvo su intención en secreto
Existió premeditación
Tomó alcohol para facilitar la ejecución del intento

Fuente: Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the escale for suicidal ideation. J Consult Clin Psychology (1979;p. 47)

Perfiles sintomáticos y conductuales asociados a mayor riesgo

Ciertos estados sintomáticos implican mayor riesgo próximo de un acto suicida, aún en ausencia de expresiones suicidales directas, como ideas o intentos. Síntomas relevantes incluyen: ansiedad severa, insomnio global, agitación depresiva, irritabilidad extrema y estados psicóticos. Un brusco empeoramiento sintomático o por el contrario una mejoría inexplicable del estado de ánimo debe llamar la atención del profesional. Se ha relevado el papel de estados afectivos severos, como señales de riesgo.

Hendin et al. (2007, p. 195) han informado estados de desesperación (definida por la presencia de una intensa angustia, percibida como intolerable y acompañada de una necesidad aguda de alivio) en la mayoría de pacientes que cometieron suicidio, rasgo que los diferenciaba significativamente de pacientes depresivos no suicidas.

Una serie de cambios conductuales deben ser considerados como posibles precursores de una tentativa. Incluyen: inicio o incremento del consumo de alcohol/sustancias, deterioro de la conducta social y laboral, conducta impulsiva o agresiva, conductas de autoagresión (p.ej. provocarse cortes), procurarse u ocultar objetos que puedan usarse con fines autolesivos o suicidas (punzantes, tabletas), conductas de "ensayo" suicida, rechazo abierto o encubierto del tratamiento, arreglos postumos (p. ej. financieros), escribir cartas o notas de despedida, comunicaciones "especiales" (p.ej. de agradecimiento, de buenos deseos para el futuro), la petición prematura del alta, el intento de fuga o de desaparición/ocultamiento, y la intención de efectuar un viaje inexplicable.

Otro signo es el retraimiento/impenetrabilidad o la reticencia a comunicar posibles ideas suicidas. Una actitud de rechazo o renuencia a recibir ayuda también debiera alertar al clínico. Los citados comportamientos tienen mayor valor cuando el paciente ha intentado suicidarse anteriormente o existe un episodio psiquiátrico activo.

Diversas comunicaciones, como conversaciones acerca de morir, la muerte o el suicidio, declaraciones de intención suicida, amenazas de suicidio, o relatos de haber estado "cerca" de cometer suicidio deben ser seriamente consideradas. Algunos estudios señalan que si bien la mayoría de los pacientes que se suicidaron comentó su intención a otras personas, en muchas ocasiones la omitieron al médico o al terapeuta. Este hecho subraya la importancia de incorporar la red familiar u otros cercanos a la evaluación y manejo de pacientes en riesgo.

Contexto de vida

Este punto se refiere a la situación de vida del paciente, especialmente si existe una red que provee apoyo y/o protección. Un sistema de apoyo y contención inseguro o ausente puede hacer necesaria la hospitalización.

También debe considerarse la existencia de eventos intercurrentes indeseables o percibidos como insolubles, como la existencia de pérdidas recientes, especialmente si involucran a una figura clave. La disponibilidad de método(s) suicida(s) (por ejemplo un arma de fuego) también es un dato que debe considerarse. En algunos casos el ambiente familiar es disfuncional o existe una situación de agresiones o violencia. La inexistencia de una alianza terapéutica capaz de "sostener" el tratamiento es otro criterio importante. De más está decir que la capacidad protectora de este último factor no debe ser sobreestimada.

Los factores protectores incluyen algunos más bien "estructurales" como la existencia de un medio o vínculo protector, disponibilidad de recursos de ayuda y apoyo, y otros más propiamente "psicológicos", tales como espiritualidad, sentido de responsabilidad por el bienestar de otras personas, esperanza y planes para el futuro, compromiso con el plan terapéutico, una sólida alianza terapéutica, percepción de autoeficacia, apego a la vida, miedo a la muerte, a morir o al suicidio, temor a la desaprobación social, repudio moral al suicidio, compromiso con la vida, disposición a pedir ayuda en caso de agravamiento y otros.

Factores de riesgo para reincidencia en intento de suicidio

De acuerdo al Protocolo de vigilancia para los intentos suicidad. Dirección Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Subdirección prevención vigilancia y control.

Grupo enfermedades no transmisibles, Colombia (2015.p 35), define:

Riesgo Alto: pacientes de alto riesgo de reincidencia los que cumplan con algunos de los criterios mencionados:

1. Alta letalidad o método violento p.ej lanzarse de una altura, arma de fuego, ahorcamiento, cortes profundos, sobredosis de insulina.
2. Elevada intención suicida
 - El intento fue cometido en situación de aislamiento

- El intento fue cometido de tal forma que la intervención de tercero será improbable
- El paciente tomó precauciones contra la intervención de otras personas
- Preparó detalladamente el intento
- Dejó nota o carta suicida
- Mantuvo su intención en secreto
- Existió premeditación
- Tomó alcohol para facilitar la ejecución del intento

3. Múltiples intentos

4. Empleo simultáneo de más de un método

5. Pacto suicida

6. Motivación altruista

7. Sexo masculino

8. Ideación suicida post intento, reafirmación de intención suicida, decepción ante la sobrevida, rechazo de ayuda o del tratamiento

9. Entre 16 y 25 años o mayor de 45 años

10. Insuficiencia o ausencia de sistemas de apoyo o contención 9. Contexto de violencia

11. Pérdida reciente de figura clave

12. Enfermedad crónica, dolorosa o discapacitante.

Evaluación y manejo de la crisis suicida

Circunstancias que demandan una evaluación del riesgo suicida: La situación más evidente es la existencia de una crisis suicida (un intento de suicidio o la comunicación de ideas o propósitos suicidas).

De acuerdo a American Psychiatric Association, (2003, p.31) se debe de indagar la presencia de indicadores de riesgo en las siguientes circunstancias (Tabla 3).

Todo paciente que ingresa debe ser interrogado por suicidalidad actual y pasada. Esto incluye a pacientes en su primer contacto con el sistema de atención, como a los que han sido derivados o transferidos. En este momento también debe preguntarse por antecedentes familiares de suicidio o intentos suicidas.

Paradójicamente, la aparición de un brusco cambio anímico, en el sentido de aparecer mejor, puede anteceder a un acto suicida. Esto ha sido explicado como secundario a la decisión de cometer suicidio o por la presencia de un estado mixto en que coexiste ánimo elevado con desesperanza e intención suicida. Debe sospecharse la existencia de pensamientos suicidas en un paciente que no mejora a pesar de los esfuerzos terapéuticos. En tales casos la intención suicida puede estar motivada por desmoralización.

Pacientes que afrontan o anticipan una crisis mayor -personal, conyugal o familiar- pueden presentar desesperanza e incluso ideas suicidas. Los que tienen trastornos psiquiátricos previos son especialmente vulnerables a las pérdidas. Es relevante investigar si la crisis se percibe como amenazante o insuperable y si no existen figuras de apoyo.

La evaluación de indicadores de riesgo debe efectuarse de modo recurrente en un paciente que presenta o ha presentado recientemente una crisis suicida. Posteriormente, el clínico debe mantenerse alerta ante la posibilidad de la reaparición de las ideas o deseos suicidas tras situaciones estresantes o empeoramiento del cuadro clínico.

Tabla 3. Circunstancias de evaluación del riesgo suicida
Crisis suicida
Paciente que es visto por primera vez o ingresa a tratamiento
Cambio en el encuadre de tratamiento(hospitalizado a ambulatorio o viceversa; post alta)
Brusco cambio anímico
Anticipación de una crisis mayor o amenazante

Fuentes de información: Al evaluar el riesgo, las fuentes de información deben incluir a otros cercanos que puedan corroborar o ampliarla. Éstos pueden ser familiares del paciente, pero no sólo ellos. Este contacto temprano con el sistema social del paciente puede ser muy importante durante todo el proceso terapéutico.

Componentes de la evaluación

Evaluación psiquiátrica: ella debe considerar:

- a) la existencia de trastorno(s) psiquiátrico(s), especialmente comórbidos y de trastornos de la personalidad;
- b) la presencia de perfiles sintomáticos y conductuales asociados a riesgo, específicamente los que se traducen en un insuficiente control de impulsos;
- c) la historia de tratamientos anteriores y su resultado;
- d) la historia familiar psiquiátrica y suicidal.

Suicidalidad: evaluación de ideas e intentos suicidas. Si el paciente ingresó por un intento suicida, el intento debe ser evaluado en primer lugar.

Es importante indagar la existencia de intención suicida, tomando en cuenta indicadores directos (explícitos, como declaraciones o comunicaciones suicidas) e indirectos (conductas sugerentes de intención suicida).

Factores psicosociales: específicamente esto se refiere a los eventos vitales desencadenantes o agravadores de la crisis y a la percepción de apoyo social.

Desesperanza: la desesperanza es una variable central de la suicidalidad, que se asocia no sólo a ideación suicida sino a intentos y suicidio consumado.

Contexto: específicamente si brinda apoyo y contención, seguros y confiables.

Balance entre factores de riesgo y factores protectores: la conducta clínica dependerá esencialmente del balance entre ambos.

Estimación del riesgo: de la consideración de los factores el clínico podrá clasificar el riesgo como leve, moderado, severo o extremo, y determinar la conducta clínica más idónea.

La crisis suicida es un período de gran inestabilidad, en que el riesgo puede incrementarse rápidamente. La evaluación debe ser seriada y recurrente, hasta la resolución. Algunas veces se producen reintentos en pacientes que parecían haber superado la crisis suicida, y en los cuales se habían retirado las medidas de protección.

La certeza de que el riesgo ha cedido se alcanza tras un período de observación cuidadoso y una vez que los principales factores de riesgo se encuentran bajo control.

Medidas apropiadas a cada nivel de severidad

Litman R. (1990, pp. 143-156) propuso el término **zona suicida** para referirse a un área de riesgo conformada por ideas, planes y conductas suicidas. Quienes presentan algunas de ellas se encuentran en la zona suicida. La tarea clínica principal es resguardar su seguridad y modificar los factores de riesgo a fin de facilitar la salida de este ámbito de riesgo.

Hemos acogido la clasificación del riesgo en cuatro categorías propuesta por Bryan CJ. & Rudd (2006; p. 62), con algunas modificaciones. (Tabla 4).

En el nivel de riesgo leve, no ha habido intentos suicidas, y la ideación es de frecuencia, intensidad y duración bajas. No existe intención suicida ni planificación de intentos. Los síntomas (p.ej. disforia) son leves y el autocontrol está conservado. Los factores de riesgo son escasos y existen factores protectores identificables. Debe evaluarse seriadamente la suicidalidad, monitoreando la ideación suicida.

En el nivel de riesgo moderado las ideas suicidas son más intensas, frecuentes y persistentes. La desesperanza es moderada. Existen planes vagos, pero no hay intención explícita de cometer suicidio. Los síntomas son moderados y existe buen autocontrol. Dado que este es un nivel intermedio de severidad, la suicidalidad debe evaluarse de modo continuo.

Las consultas deben ser frecuentes, y monitorear telefónicamente el estado del paciente. Debe incorporarse a la familia. El control farmacológico de los síntomas es esencial. La familia debe estar dispuesta a solicitar atención de urgencia si es necesario. La indicación de hospitalización estará abierta.

Todos los pacientes evaluados por un intento de suicidio deben ser clasificados al menos como de nivel moderado. Lo mismo se aplica si ha habido tentativas en el pasado.

En el nivel severo la ideación es frecuente, intensa y persistente. Existen planes específicos de suicidio, e indicadores de intención suicida (p.ej. elección o búsqueda de

un método, escritura de cartas, testamento). Ha efectuado conductas preparatorias (p.ej. de ensayo, búsqueda de un lugar).

Existe un método accesible o disponible, evidencia de deterioro de autocontrol, síntomas disfóricos severos, múltiples factores de riesgo y escasos factores protectores. En el nivel extremo de severidad la principal diferencia es la inexistencia de factores protectores. Los rasgos anteriores pueden estar aún más acentuados. En los niveles severo y extremo, dado el alto riesgo, la medida inmediata es la internación, voluntaria o involuntaria.

Deben definirse medidas precisas de vigilancia y protección (por ejemplo, lugares donde podrá estar, tipo de habitación, retiro de elementos que puedan servir para dañarse, personal auxiliar especial) y estrategias terapéuticas que permitan controlar el riesgo con prontitud (p. ej. TEC).

El esquema presentado permite reducir muchas variables a un número manejable de indicadores con la finalidad de tomar decisiones de manejo apropiadas. Otra ventaja es que las variables incorporadas cuentan con considerable evidencia empírica.

Medidas inmediatas en pacientes que han efectuado una tentativa suicida

Todos los pacientes que son atendidos por un intento de suicidio deben ser evaluados psiquiátricamente apenas sea posible. En la Tabla 5 se señalan una serie de indicaciones de hospitalización psiquiátrica. El primer acápite se refiere a descriptores del propio intento y a la persistencia de ideas o intención suicida. Se incluyen ciertas situaciones específicas como el intento de suicidio ampliado y el pacto suicida. El intento de suicidio con motivación altruista involucra una renuncia a la vida en favor de otra u otras personas, y frecuentemente conlleva la percepción de ser "una carga" para ellas; la intención suicida es elevada y existe un alto riesgo de reiteración.

En el segundo acápite se incluyen factores asociados a consumación (sexo y edad) y otros ya señalados en secciones anteriores. La existencia de intentos previos severos o con métodos altamente letales señala un riesgo importante de autoeliminación en caso de reincidencia.

Tabla 4. Clasificación del riesgo suicida y sus indicadores				
FACTORES	RIESGO LEVE	RIESGO MODERADO	RIESGO SEVERO	RIESGO EXTREMO
IDEAS SUICIDAS	Infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin plan. Sin intento suicida.	Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.
INTENCIÓN SUICIDA	No hay.	No hay.	Indicadores indirectos.	Indicadores directos.
SÍNTOMAS	Leves.	Moderados.	Severos.	Severos.
CONTROL DE IMPULSOS	Buen autocontrol	Buen autocontrol.	Autocontrol deteriorado.	Autocontrol deteriorado.
DESESPERANZA	Leve	Moderada.	Severa.	Severa.
CONTEXTO	Medio protector confiable.	Medio protector confiable	Medio protector inseguro	Medio protector ausente

Fuente: Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. J Clin Psychol (2006; p 62)

Tabla 5. Indicaciones de hospitalización psiquiátrica en intento de suicidio
Características
<ul style="list-style-type: none"> • Elevada letalidad, método violento, más de un método, elevada intención suicida • Seguidilla de intentos • Intento de suicidio ampliado o pacto suicida • Motivación altruista • Ideación suicida post intento, reafirmación de intención suicida, decepción ante la sobrevida, rechazo de ayuda o del tratamiento
Contexto
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo masculino • Mayor de 45 años • Insuficiencia o ausencia de sistemas de apoyo o contención • Contexto de violencia • Pérdida reciente de figura clave • Salud deteriorada • Deterioro del autocontrol
Antecedentes
<ul style="list-style-type: none"> • Intentos previos severos • Impulsividad y violencia

Fuente: Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. J Clin Psychol (2006; p 62)

En nuestro país existe la normativa 158 norma de atención en salud mental validada en Managua, Nicaragua en abril de 2020; donde describe las instituciones encargadas del abordaje de la salud mental y así mismo la referencia de los pacientes con urgencia psiquiátrica a mayores niveles de atención. Por lo que se establecen los siguientes pasos a seguir para el manejo de pacientes con intento suicida que acudan a cualquier unidad de salud:

1. Todo paciente que llegue Emergencia o a consulta Externa de cualquier área de atención con IDEAS O INTENTOS DE SUICIDIO detectados durante el interrogatorio debe ser atendido como una EMERGENCIA ingresando al Hospital aunque su condición médica no lo indique, para su atención integral.
2. Reportar a PSICOLOGIA quienes realizaran Intervenciones exploratorias, de crisis y determinación del RIESGO DE SUICIDIO, aplicando Escala de Evaluación del mismo (Escala SIS) y diagnostico psicológico de la paciente.
3. Reportar a TRABAJO SOCIAL para exploración social de las condiciones de la paciente (Ficha social)
4. En caso de que el paciente llegue en fin de semana o por las noches debe realizarse el ingreso del paciente, no debe permitirse el Alta ni Abandono para reportar el caso en a.m.
5. Una vez iniciada su valoración se realizarán por parte del equipo Psicosocial orientaciones educativas a padres familiares y pacientes tratando de que estos comprendan la magnitud del problema.
6. Psicología realizara intervenciones en crisis a pacientes y familiares y sesiones de apoyo, persuasión, relajación, valorando sistemáticamente de nuevo el riesgo suicida.
7. El equipo psicosocial debe orientar al personal médico y de enfermería encargado del cuidado del paciente sobre el riesgo elevado y manejo ético del mismo.
8. Trabajo Social debe realizar las visitas domiciliarias requerida para preparar el reintegro posterior de la paciente, así como la búsqueda de redes de apoyo.
9. Psicología realizara Psicoterapias familiares y/o de pareja ya que en su mayoría estos problemas están asociados a disfunciones familiares graves.
10. Trabajo Social focalizará las redes de apoyo necesarias para el caso.
11. Se realizarán por la parte Médica y/o de Psicología las solicitudes y coordinaciones de Interconsultas con Psiquiatría y otras especialidades que amerite la paciente.
12. El equipo psicosocial determinara el alta hasta que las condiciones familiares garanticen la integración adecuada del paciente y el riesgo este altamente disminuido (Riesgo bajo).
13. Si el caso está asociado a problemas de Maltrato Infantil y específicamente Abuso Sexual se deberá aplicar el Protocolo respectivo.

14. Con el alta el caso siempre tendrá seguimiento por Consulta Externa de Psicología inicialmente 1 vez por semana espaciándose gradualmente según la evolución del caso lo permita, prolongando este seguimiento a través de un año como mínimo.

15. En todos los casos el director del Hospital no puede rehusar el ingreso de estos pacientes según Resolución Ministerial 31-93 que obliga a internar a los pacientes psiquiátricos y psicopatológicos en el hospital de su comunidad, sobre todo en estos casos en que las pacientes están más al borde de la muerte que en otros casos de enfermedades convencionales.

En las unidades hospitalarias y de atención primaria se utilizan las siguientes escalas para determinar el grado de severidad de cada paciente que acuda por intento suicida:

	Factor	Puntaje
S	Sexo masculino	1
A	Edad (Age) < 19 o >45 años	1
D	Depresión o desesperanza	2
P	Intento previo o asistencia psiquiátrica	1
E	Abuso de alcohol o drogas	1
R	Perdida de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos)	2
S	Separado, divorciado o viudo	1
O	Plan organizado de suicidio	2
N	No hay apoyo social	1
S	Declaración de intención en el futuro	2
	TOTAL	

Escala de Valoración del Riesgo de Suicidabilidad SAD PERSONS (Hockberger & Rothstein, 1998)

- **0 –5puntos:** Puede ser seguro dar de alta. En este puntaje, el médico deberá generar interconsulta para derivación al consultorio de atención primaria en donde está inscrito el usuario.
- **6 –8puntos:** Requiere evaluación y tratamiento psiquiátrico. En este puntaje, el médico deberá generar interconsulta para derivación a la Unidad de Salud Mental.
- **8 puntos:** Hospitalización inmediata (incluso contra su voluntad). En este puntaje, el médico generará interconsulta hacia el área de Psicología o psiquiatría si hay disponible. (en nuestro país debe referirse a la unidad de mayor resolución especialista en salud mental)

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1-Tipo de estudio:

En cuanto al método de investigación el estudio es cuantitativo, según el nivel de profundidad del conocimiento es descriptivo. (Piura, 2006)

En relación al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia es transversal. (Canales, Alvarado, Pineda, 1996)

2.2- Características del Área de estudio:

Se realizó en el Hospital Gaspar García Laviana ubicado km 113 carretera a Tola, de acuerdo al reglamento hospitalario es un hospital de referencia departamento, el cual recibe referencia de los 10 municipios, atiende a 182,645 habitantes. Atiende los 365 días del año en el área de emergencia, cuenta con las especialidades básicas de turno y dos subespecialidades. Actualmente no cuenta con la especialidad de Psiquiatría, solo de psicología clínica.

2.3- Universo:

Para el desarrollo de la Investigación y por sus características particulares la población objetivo de estudio el universo estuvo conformada por 67 pacientes que fueron atendidos durante el periodo del estudio, en el área de emergencia.

2.4- Muestra:

La muestra del estudio fue definida por la misma cantidad de población objeto de estudio; 67 pacientes.

El tamaño de la muestra, corresponde a **Muestreo No Probabilístico, por conveniencia**, que incluye a los pacientes a los 67 pacientes asistidos en el área de emergencia del hospital.

2.5 - Criterios de Inclusión y Exclusión

↗ Criterios de Inclusión

- Paciente que asiste por intento de suicidio
- Expediente con historia clínica completa.

↗ Criterios de Exclusión

- Paciente que asiste por otro motivo que no sea intento suicido

- Suicidio consumado
- Sin valoración Psicológica

2.6 - Técnicas y Procedimientos e Instrumentos para la Recolección de Datos

La presente investigación se adhiere al paradigma socio-crítico, de acuerdo a esta postura, todo conocimiento depende de las prácticas del tiempo y de las experiencias adquiridas. Por extensión, el conocimiento es sistematizado y por la ciencia se desarrolla de acuerdo a los cambios de la vida social demográficas.

En cuanto al enfoque se usó datos cuantitativos, y el análisis de la información cualitativa, se integró una discusión holística-sistémica de diversos métodos y técnicas cuali-cuantitativas de investigación, y se aplicó el *Enfoque Filosófico Mixto de Investigación* (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pp. 532-540).

A partir de la integración metodológica antes descrita, se aplicó la siguiente técnica cuantitativa de investigación: **Encuesta**.

2.7- Plan de Tabulación

Para obtener la información se realizaron el siguiente el proceso de acuerdo a objetivos del estudio:

Se validó el instrumento, a través de una prueba piloto, para el cual se utilizó el 10% del total del universo, este porcentaje también fueron incluido en la muestra.

Se solicitud por escrito a las autoridades competentes del hospital Gaspar García Laviana de Rivas, con el objetivo de proceder la recolección de los datos.

Posterior a la recolección de datos, se precedió a relacionar las información necesarias para responder al problema y objetivos específicos planteados, a través de una serie de tablas de salida, de acuerdo a los objetivos específicos del estudio, se organizarán a partir del análisis de los datos en forma concreta y sistemática para presentar en forma clara y resumida la información que surja de los resultados del análisis estadístico descriptivo como fuente de información primaria del estudio.

El diseño del plan de tabulación responde a los objetivos específicos de tipo de estudio, se limitó solamente a especificar los cuadros de salida que se presentan según el análisis de frecuencia y porcentajes.

2.8 - Plan de Análisis Estadístico

A partir de los datos recolectados, se diseñó una base datos correspondientes, utilizando el software estadístico IBM SPSS, v. 24 para Windows. Una vez que se realice el control de calidad de los datos registrados, serán realizados los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables y guiados por los objetivos específicos., se realizó los análisis descriptivos correspondientes:

- (a) para variables nominales transformadas en categorías: Análisis de frecuencia,
- (b) para las variables numéricas (continuas o discretas) se realizarán las estadísticas descriptivas.

Además, se realizarán tablas del tipo:

- (a) Univariado para variables continuas, y dicotómicas
- (b) Bivariados para variables cruces de variables según significancia estadísticas.

2.9- Enunciados de Variables según objetivos específicos

↗ Características demográficas de los pacientes en estudio

- Edad Sexo
- Procedencia
- Localidad
- Escolaridad
- Estado Civil
- Religión
- Profesión

↗ Factores de riesgo asociados a intento suicidio

- Atención previa en salud mental
- Enfermedades médicas crónicas
- Áreas de conflictos
- Riesgo de suicidio familiar
- Conducta suicida

↗ Factores de riesgo para reincidencia en intento de suicidio

- Elevada intención
- Múltiples intentos
- Empleo simultaneo de más de un método

- Ideación suicida
- Insuficiencia apoyo
- Contexto de violencia
- Perdida reciente de figura clave
- ↗ Mecanismo empleados en el intento suicidio
 - Lanzarse de una altura
 - Arma de fuego
 - Ahorcamiento
 - Cortes profundos
 - Envenenamiento por Plaguicida
 - Sobre dosis de fármacos

2.10-Aspectos éticos

El carácter prospectivo del presente estudio conllevó a que cierta información de los participantes sea divulgada; sin embargo, se le proporciono a cada encuesta un código de identificación que permitió garantizar la confidencialidad de todo participante; de acuerdo a los principios en investigación planteados en la Declaración de Helsinki donde se instó a todo investigador de la salud de proteger la vida y la salud, la dignidad, integridad, intimidad y confidencialidad de información personal, ya que no se realizo procedimiento alguno, ni se manipuló variables fisiológicas el presente estudio no representó riesgo alguno para la salud de ningún participante.

Por otro lado, previo a la realización del presente estudio fue aprobado por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Sede FAREM - Jinotepe; Facultad de Ciencias Médicas al ser aprobado el Protocolo por la Coordinadora de trabajo monográficos de grado y postgrado, dándole pase a la elaboración del informe final, quienes garantizan el cumplimiento de los principios bioéticas de beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia que todo estudio debe respetar.

2.11- Matriz de Operacionalización de Variables de acuerdos a Objetivos Específicos (MOVI)

Objetivo Especifico N° 1. Conocer las características demográficas de los pacientes en estudio

Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Características demográficas de pacientes	1.1-Edad	1.1.1-Periodo de tiempo en años que tiene el paciente al momento de ser atendido	Encuesta	Cuantitativa continua	Edad en años
	1.2-Sexo	1.1.2-Condiciones físicas, caracteres sexuales secundario	Encuesta	Cuantitativa continua	Genero
	1.3-Procedencia	1.1.3-Lugar de residencia de pacientes	Encuesta	Cuantitativa continua	Rural Urbano
	1.4- Localidad	1.1.4-Situación geográfica política de donde procede el paciente	Encuesta	Cuantitativa continua	Rivas, Belén, San Jorge...
	1.5- Escolaridad	1.1.5-Nivel de preparación académica del paciente	Encuesta	Cuantitativa continua	Primario, Secundario, Técnico, Universitario
	1.6- Estado civil	1.1.6- Condición civil y judicial que presenta el paciente	Encuesta	Cuantitativa continua	Casado, Soltero, Acompañado
	1.7- Religión	Creencias religiosas de norma de comportamiento que profesa el paciente	Encuesta	Cuantitativa continua	Católico, Evangélico. Nazareno, moravo
	1.8- Profesión	Actividad laboral que profesa el pacientes, derecho que ejerce por un salario	Encuesta	Cuantitativa continua	Estudiante, Ama de casa, Obrero, Comerciante

Objetivo Especifico N° 2. Identificar los factores de riesgo asociados a intento suicidio en pacientes en estudio.

Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Factores de riesgo asociados a intento suicidio	2.1-Atencion previa de salud mental	2.1.1- Motivo o circunstancia que el paciente, asistió a consulta por un problema de salud mental previa a la actual	Encuesta	Cuantitativa continua	Consulta Enfermedad Tratamiento Ingreso Psiquiátrico
	2.2- Enfermedades crónicas médicas	2.2.2- Condición de salud crónica que padece el paciente ante del evento actual	Encuesta	Cuantitativa continua	HTA, DM tipo2, Cardiopatía, ICC..
	2.3- Aéreas de conflictos en pacientes con factor de riesgo	2.3.3- Situación particulares en la cual dos o más personas tienen intereses diferentes	Encuesta	Cuantitativa continua	Familiar, Pareja, Judicial, Sexual, escolar, laboral
	2.4- Factor de riesgo suicida en la familia	2.4.4- Condición relacionado con el motivo de la ideación del suicidio	Encuesta	Cuantitativa continua	Mala comunicación, Familias con intentos de suicidios, ideación y suicidios,
	2.5- Factor de riesgo según la conducta suicida	2.5.5-Condición predisponente de acuerdo a actitud del paciente a la ideación suicidio	Encuesta	Cuantitativa continua	Ideación Intento Antecedentes Suicidios

Objetivo Especifico # 3. Conocer los factores de riesgo para reincidencia en intento de suicidio

Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Factores de riesgo para reincidencia en intento de suicidio	3.1- Elevada Intención suicida	3.1.1- Motivo o circunstancia que el paciente, agrava más su conducta potencialmente lesiva	Encuesta	Cuantitativa continua	Aislamiento, No involucra terceros, Preparación con detalles, Deja carta, mantuvo su intención, existió premeditación, tomo alcohol
	3.2- Factores de reincidencia	3.2.2- Condición y/o circunstancia que agrava mas la responsabilidad penal del paciente	Encuesta	Dicotómica	No Si: Múltiples intentos, Pacto suicida, Uso de más de un método, Ideación suicidio pos intento, ausencia de apoyo, Sexo masculino, Edad, Violencia, Enfermedad crónica

Objetivo específico # 4. Determinar los mecanismo o métodos empleados por los pacientes en intento suicidios en estudio.

Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Mecanismo o métodos empleados por los pacientes en intento suicidios en estudio	4.1- Mecanismo empleados en el intento suicidio	4.1.1- Manera o forma de realizar el intento de suicidio	Encuesta	Dicotómica	Lanzarse de una altura, Arma de fuego, Ahorcamiento, Cortes profundos, Envenenamiento por plaguicida, Sobre dosis de fármacos.

CAPITULO III. DESARROLLO

3.1. RESULTADOS

Se realizó un estudio para determinar los factores asociados a intento de suicidio, obteniendo los siguientes resultados:

Las características demográficas; los grupos de edades que predominaron fueron; de 30 a 49 años con 40.3% (27), 20 a 29 años 29.9% (20); sexo predominante masculino 64.2% (43), femenino 35.8% (24); de procedencia urbano 61.2% (41), rural 38.8% (26); nivel de escolaridad primaria 32.8% (22), secundaria 28.45 (19), universitario 19.4% (13); estado civil soltero 35.8% (24), casado 31.3% (21), viudo 23.9% (16); religión católico 49.3% (33), evangélico 13.4% (9), sin datos 37.3% (25), ocupación desempleo 47.7% (32); ama de casa 16.4% (11), comerciante 13.4% (9), agricultor 11.9% (8), estudiante 10.4% (7).

En cuanto a las localidades de donde proceden en orden de frecuencia: Rivas 37.3% (25); Tola 23.9% (16), Altagracia 13.4% (9), Potosí 7.5% (5), Belén 6.0% (4), Cárdenas, Buenos Aires; San Juan del Sur, Moyogalpa, San Jorge 3.0% y 1.5% (2 y 1 casos) respectivamente.

Dentro los factores de riesgo asociado a los intentos de suicidios; según atención previa al intento en salud mental solamente un paciente había tenido atención por tratamiento psiquiátrico previo, y 98.5% (66) no tuvo atención previa a su intento de suicidio, al valorar si tenía enfermedad médica crónica el 86.6% (58) no reporta ningún padecimiento, solamente el 13.4% (9), tenían una patología; cardiopatía 4.5% (3) hipertensión arterial 3.0% (2), diabetes mellitus, asma bronquial, alcoholismo, obesidad 1.5% (1); en cuanto a las áreas de conflictos de pareja 34.3% (23), familiar y laboral 25.4% (17), escolar 16.4% (11), judicial 14.9% (10), sexual 9.0% (6); en relación a factores de riesgo suicida en la familia; el 100% (67), respondieron que tenían mala comunicación entre miembros de la familia.

Al valorar los factores de riesgo para reincidencia a intento de suicidios; el 100.0% (67) tenían ideación al suicidio; 98.5% (66) con múltiples intentos y ausencia de sistema de apoyo de contención; 65.7% (44) contexto de violencia, 64.2% (43) sexo masculino, 59.7% (40) edad entre 16-25 años y mayor de 45 años, enfermedad crónica 10.4% (7) y 5.9% (4) pérdida de figura clave.

En cuanto a la elevada intención suicida; existen un alto porcentaje de 91.0% (62), de los cuales los factores más frecuentes fueron: preparó detalladamente el suicidio 24.1% (15),

mantuvo su intención en secreto; existió premeditación 17.7% (11), el intento se cometió en situación de aislamiento; tomó precauciones contra la intervención de otras personas; tomó alcohol para facilitar la ejecución del intento 11.2% y 9.6% (7-6), respectivamente dejó nota o carta suicida el intento 8.0% (5), fue cometido de tal forma que la intervención de tercero será improbable 1.6%(1).

Los mecanismo empleados en los intentos de suicidas fueron en orden de frecuencia; ingesta de plaguicidas 65.7% (44), ingesta de medicamentos 32.8% (22) y corte profundos en el cuerpo 1.5% (1).

3.2. ANALISIS Y DISCUSIÓN

De las características demográficas obtenidas de los pacientes con intentos de suicidio atendidos del presente estudio en el hospital Gaspar García Laviana; las edades que predominó fue 30 a 49 años, sexo masculino, escolaridad primaria; soltero y casado; religión católico, ocupación desempleado. Según Herrera & Avilés (2000, p.16), la población más afectada es la comprendida entre 15 y 49 años.

De igual manera, según el Departamento de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud afirma que el grupo más afectado es entre 15 y 35 años sustentado por Sánchez-Pedraza, Guzmán & Cáceres-Rubio, (2005, p. 34).

En México, Ramírez-Carretero, Jiménez-Saab et al., (2008, p. 24) afirma que el suicidio se presenta con mayor frecuencia en la población de 15 y 24 años,

Fernández Seguí, Annia María (2018, p2), en el Hospital Mahaicony, Guyana, hace referencia que más afectado fue entre 10 y 29 años, sin diferencias significativas entre mujeres y hombres, el grado de escolaridad predominante el alfabetizado, y el método común era la ingestión de sustancias, seguido por la toma de medicamentos.

En cambio en los países Latinoamérica, la mayor incidencia de la conducta suicida se presenta en jóvenes entre 15 y 19 años de edad analiza Arias, M., et al., (2008, p.13) que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes estadounidenses, como lo dice el estudio de Joe, Romer & Jamieson (2007, p. 42).

Pérez-Amescua B, et al. (2010; p. 52), señalan que la asociación entre ser mujer y haber tenido relaciones sexuales y presentar ideación y/o intento de suicidio, nos lleva a reflexionar sobre el inicio de la vida sexual como un evento social y culturalmente apreciado o sancionado en relación con el género, mientras que ser hombre conlleva una presión social que promueve la iniciación sexual, el ideal sexual femenino implica pasividad y un no reconocimiento del deseo sexual, que promueve la virginidad hasta el matrimonio.

En cambio Harris EC, Barraclough B. et al., enfatiza que las enfermedades médicas implica un aumento del riesgo suicida, incluyendo SIDA, epilepsia, enfermedades de la médula espinal, daño cerebral, Corea de Huntington, y diversos tipos de cáncer, especialmente los que afectan al SNC. Muchas veces en este mayor riesgo interviene la concurrencia de cuadros depresivos y bajo apoyo social, lo que debe considerarse en la evaluación y tratamiento.

De acuerdo al reporte en Nicaragua, en lo que respecta a la tasa de mortalidad, esta dado más en frecuencia en hombres. La proporción de mortalidad de hombres con respecto a mujeres es de 3:1 dados que son similar al presente estudio, siendo la edad media de los suicidios es de 26 años, mientras que por zona geográfica rural es 27 y en la zona urbana 26, del sexo masculino, la edad media es 32 años, la mediana 28 y la moda 22; mientras que en los del sexo femenino la edad media es 25, la mediana 21 y la moda 17 años. A nivel nacional el 51% de las personas que intentan suicidarse son del sexo masculino.

Al analizar los factores de riesgo asociado a los intentos de suicidios; del presente estudios el 98.5% no tuvo atención previa a su intento de suicidio, el 86.6 % no presentaron enfermedades crónicas discapacitantes ni dolorosa pero el 13.4% tenían una patología; en cuanto a las aéreas de conflictos fueron de pareja, familiar y laboral; en relación a factores de riesgo suicida en la familia; el 100% tenían malas comunicación entre miembros de la familia.

Datos que determina la vulnerabilidad persistente a la conducta suicida y se comporta en pacientes suicidales crónicos como un rasgo habitual y estable.

Según análisis de Cañón, S.C. (2011, p. 11), asocia los factores de riesgos a conductas suicidas en niños y adolescentes: enfermedad mental, disfunción familiar, abuso sexual, consumo de sustancias, diferencias de género, evento vital adverso, autoestima, etc.

En cambio García J, E, et al. (2011; pp. 167-179), difiere de Acosta A, Izquierdo JM, pues afirma que el suicidio se expresa como resultados de la percepción individual contextual, señalando que los problemas familiares son la causa más importante, seguida de soledad e incompreensión; refiere que cuando un adolescente afirma como causa del intento suicida que se siente solo, no le ponen atención, nadie lo comprende o siente que no lo quieren, y/o cuando señala que lo dejó el novio(a). Ello indica la importancia que para él o ella tiene la ruptura de una relación interpersonal significativa ante una jerarquía de autoridad o emocional.

Barrera A, Jaar E, et al. (1991; pp. 1381-1386) considera que la desesperanza; definida como expectativas negativas respecto del futuro es una dimensión relevante en la evaluación del riesgo. Siendo un componente de la depresión, es mejor predictor de intención suicida que su severidad global.

La ideación suicida, a la vez, es más intensa entre quienes presentan mayor desesperanza. La desesperanza tiene valor predictivo a largo plazo, caracterizando a quienes serán repetidor de tentativas o se suicidarán.

En cambio, Cortés A, Aguilar & J, Suárez R., (2011; p. 27) planteó como factores de riesgo asociados con el intento suicida; factores personales y familiares asociados como crítica o arrepentimiento de lo ocurrido. El trastorno bipolar y la esquizofrenia también se asocian con un alto riesgo de suicidio, siendo más alto el riesgo de suicidio completo en trastorno bipolar que en depresión.

Otros factores cognitivos estudiados incluyen: rigidez cognitiva, la consideración del suicidio como una solución aceptable, déficits en la capacidad para resolver problemas, y una tendencia a visualizar las situaciones en términos bipolares extremos (pensamiento dicotómico). Una percepción de "insolubilidad de los problemas" puede estar presente en jóvenes y niños suicidas. Otras dimensiones de la personalidad incluyen la introversión y el psicoticismo.

Al valorar los factores de riesgo para reincidencia a intento de suicidios; que el total de la muestra tenían ideación al suicidio; entre los cuales con múltiples intentos y ausencia de sistema de apoyo de contención; contexto de violencia, sexo masculino, edad entre 16-25 años y mayor de 45 años, enfermedad crónica. Al analizar la elevada intención suicida fue de 91.0%, los más frecuente fueron: preparo detalladamente el suicidio, mantuvo su intención en secreto; existió premeditación.

Dentro de los perfiles sintomáticos y conductuales asociados a mayor riesgo se encuentra; Son sintomáticos estos implican mayor riesgo próximo de un acto suicida, aún en ausencia de expresiones suicidas directas, como ideas o intentos. Síntomas relevantes incluyen: ansiedad severa, insomnio global, agitación depresiva, irritabilidad extrema y estados psicóticos. Un brusco empeoramiento sintomático o por el contrario una mejoría inexplicable del estado de ánimo debe llamar la atención del profesional. Se ha relevado el papel de estados afectivos severos, como señales de riesgo.

Hendin et al. (2007, p. 195) afirma que los estados de desesperación, definida por la presencia de una intensa angustia, percibida como intolerable y acompañada de una necesidad aguda de alivio, en la mayoría de pacientes que cometieron suicidio, rasgo que los diferenciaba significativamente de pacientes depresivos no suicidas.

También una serie de cambios conductuales deben ser considerados como posibles percursores de una tentativa que incluyen: inicio o incremento del consumo de alcohol/sustancias, deterioro de la conducta social y laboral, conducta impulsiva o

agresiva, conductas de autoagresión, procurarse u ocultar objetos que puedan usarse con fines auto lesivos o suicidas (punzantes, tabletas), conductas de "ensayo" suicida, rechazo abierto o encubierto del tratamiento, arreglos pos tumos, escribir cartas o notas de despedida, comunicaciones "especiales" como agradecimiento, de buenos deseos para el futuro, la petición prematura del alta, el intento de fuga o de desaparición/ocultamiento, y la intención de efectuar un viaje inexplicable.

Algunos estudios señalan que, si bien la mayoría de los pacientes que se suicidaron comentó su intención a otras personas, en muchas ocasiones la omitieron al médico o al terapeuta. Este hecho subraya la importancia de incorporar la red familiar u otros cercanos a la evaluación y manejo de pacientes en riesgo. Diversas comunicaciones, como conversaciones acerca de morir, la muerte o el suicidio, declaraciones de intención suicida, amenazas de suicidio, o relatos de haber estado "cerca" de cometer suicidio deben ser seriamente consideradas.

De acuerdo a Gómez A, Orellana G, & Jaar E, Lolos F, et al. (1998; p. 34), las predicciones de reintentos suicidas, en la Revista de Neuro- Psiquiatría en Chile, publico un modelo predictivo de repetición conformado por tres factores: ser repetidor de intentos, antecedentes personales/familiares de abuso de alcohol y sentimientos de decepción por la sobrevida.

También existen una serie de factores que elevan el riesgo suicida, tales como las características demográficas, enfermedades psiquiátricas, intentos e ideas suicidas, factores genéticos familiares, eventos vitales negativos, bajo apoyo social percibido, enfermedades médicas, trauma psicosocial en la infancia, factores psicológicos/cognitivos y otros. Especialmente relevantes en la clínica son las enfermedades psiquiátricas que elevan el riesgo y la existencia de manifestaciones suicidales actuales o pasadas

Por otra parte, Cooper J, Kapur N, et al. (2005; pp. 162-297) sustenta que la mitad de quienes cometen suicidio lo ha intentado previamente, y esto alcanza a los dos tercios en los grupos más jóvenes. Eventualmente, el 10% de los intentadores se quitará la vida y alrededor de la tercera parte lo reiterará finalizan analizando Jaar E, Barrera A, et al. (1994; pp. 29: 55-65)

El riesgo de reiteración de los trastornos de la personalidad, el abuso de alcohol y drogas, el aislamiento o bajo apoyo social y el desempleo o inestabilidad laboral. Antecedentes

tempranos asociados a recurrencia incluyen: exposición a conducta suicida en la infancia, separación temprana respecto de los padres, una niñez estimada como infeliz y diversas formas de trauma o abuso infantil.

Pérez-Amescua B, et al. (2010; p. 52), señalan que la asociación entre ser mujer y haber tenido relaciones sexuales y presentar ideación y/o intento de suicidio, nos lleva a reflexionar sobre el inicio de la vida sexual como un evento social y culturalmente apreciado o sancionado en relación con el género, mientras que ser hombre conlleva una presión social que promueve la iniciación sexual, el ideal sexual femenino implica pasividad y un no reconocimiento del deseo sexual, que promueve la virginidad hasta el matrimonio, este dato no coinciden con resultados del presente estudio. Si se relaciona a evaluación negativa las repercusiones no sólo en la salud sexual de la adolescente sino también de la esfera de la salud mental con lo que existe la posibilidad de presentar ideación e intento suicida.

Acosta A, Izquierdo JM. (2011, p. 15), argumenta que el intento suicida, antes de expresarse es decidido por el hombre como resultado de su percepción individual de la realidad contextual con que se vincula, esta es matizada por su propia subjetividad de mecanismos de afrontamientos, estrés, humillación, que provoca impulsividad, frustración y angustia.

En cambio, Alzate, Pérez et al. (2012. P. 3) refieren que la frecuencia de riesgo suicida esta asociada al género, gusto por el género musical metal, práctica deportiva, depresión y funcionalidad familiar.

Entre los principales factores de riesgo según Álvarez Caballero, Mileydis, et al. (2017, p. 5) relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes encontró predominaron las mujeres, el grupo etario de 15-19 años, familias disfuncionales y la ingestión de psicofármacos como el método empleado con mayor frecuencia. Los principales factores predisponentes fueron: antecedentes familiares hereditarios, violencia domiciliaria, así como trastornos de conducta y depresiones.

Dentro los principales mecanismos empleados en los intentos de suicidas del presente estudio fueron; ingesta de plaguicidas, ingesta de medicamentos y corte profundos en el cuerpo. Resultados que, de acuerdo a Molina Linares, Ivette Irene (2018, p.3) los factores de riesgo asociados a conducta suicida en el adulto de acuerdo a mecanismo empleados en los intentos, destacando; como métodos suaves la ingestión de fármacos en mujeres, y los métodos duros: el ahorcamiento y el envenenamiento en el sexo masculino.

En nuestro país Nicaragua 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.

En el departamento de Riva; en un 33.4% del área agrícola se utiliza para la producción de maíz y frijoles, 34 % musáceas y plátanos, y un 17% de cultivo de caña de azúcar, principalmente en los municipios de Buenos Aires, Tola, Belén y Rivas. (Bolsagro, 2018) Por lo que dado a ser un departamento con producción agrícola se comercializan diferentes plaguicidas que por facilidad de adquisición son utilizados principalmente en individuos con intento suicida.

Los ahorcamientos e intoxicación alcohólica son empleado únicamente por los hombres en sus intentos suicidas.

3.3. CONCLUSIONES

Las características demográficas de los pacientes con intentos de suicidio atendidos en el Hospital Gaspar García Laviana del departamento de Rivas; edades 30 a 49 - 20 a 29 años, sexo masculino, de procedencia urbana, escolaridad primaria y secundaria; estado civil soltero; casado; religión católica, ocupación desempleado, de las localidades de Rivas, Tola; Altagracia, Potosí y Belén.

Los factores de riesgo asociado a los intentos de suicidios; el 98.5% no tuvo atención previa a su intento de suicidio, el 86.6 % no presentaron enfermedades crónicas discapacitantes ni dolorosa pero el 13.4% tenían una patología: cardiopatía 4.5 %, hipertensión arterial 3.0 %, diabetes, asma bronquial, alcoholismo, obesidad 1.5%; en cuanto a las aéreas de conflictos fueron de pareja, familiar y laboral; en relación a factores de riesgo suicida en la familia; el 100% tenían malas comunicación entre miembros de la familia

Al valorar los factores de riesgo para reincidencia a intento de suicidios; el 100.0% (67) tenían ideación al suicidio; entres los cuales con múltiples intentos y ausencia de sistema de apoyo de contención; contexto de violencia, sexo masculino, edad entre 16-25 años y mayor de 45 años, enfermedad crónica (cardiopatía, hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, alcoholismo, obesidad). Al analizar la elevada intención suicida fue de 91.0%, los más frecuente fueron: preparo detalladamente el suicidio, mantuvo su intención en secreto; existió premeditación.

Los mecanismos empleados en los intentos de suicidas fueron en orden de frecuencia; ingesta de plaguicidas, ingesta de medicamentos y corte profundos en el cuerpo principalmente en las muñecas de ambos brazos, y región lateral de piernas.

3.4. RECOMENDACIONES

SILAIS Rivas

- ↗ Desarrollar respuesta integral, innovadora e intersectorial para la prevención del suicidio a través de un Plan Nacional de Prevención de Suicidio en el departamento de Rivas.
- ↗ Desarrollo e implementación de actividades sobre suicidios e intentos suicidas en el departamento de Rivas.
- ↗ Elaborar un Plan de Salud Mental, que contemple la accesibilidad y oportunidad de los tratamientos extensivo a la familia en donde ocurre una muerte inesperada por suicidio.
- ↗ Fortalecer la atención de forma integral en salud mental, a intersectorialidad y trabajo en red.
- ↗ Realizar una campaña de sensibilización las personas de salud y población en promoción de salud mental y prevención de suicidios.
- ↗ Capacitación y orientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención den los intentos de suicidios, con atención especializadas de los sobrevivientes
- ↗ Capacitar según norma de salud mental a puntos focales por municipio priorizando los municipios que reportan casos elevados de suicidio y referir al CAP departamental ubicado en el municipio de San Jorge puesto de salud Daniela Muñoz.

Hospital Gaspar García Laviana

- ↗ Promover la aplicación de pautas de primeros auxilios psicológicos de acuerdo a la situación emocional que presente la persona con intento de suicidio en el área de emergencia.
- ↗ Valorar la Hospitalización del paciente según norma de salud mental aplicando las escalas correspondientes según severidad y evaluación inmediata por psicología o psiquiatría (Sad person, Hamilton)
- ↗ Fortalecer a través de docencia que la historia clínica recoge 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, y los datos demográficos completos del paciente.

Centro de Salud y Comunidad

- ↗ Aplicar la normativa 158 de salud mental en atención primaria para realizar un adecuado abordaje y derivación a otros niveles de atención de pacientes con factores de riesgo inminentes para intento suicida.
- ↗ Mantener contacto con más frecuencia a la población con factores de reincidencia en el intento de suicidio tanto con la familia y el paciente.
- ↗ 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 psicosocial de personas con problemas de salud mental e intentos de autoeliminación
- ↗ Identificación de las actividades sociales previas para potencial y proveer el apoyo psicosocial a población con factores de riesgos.
- ↗ Fortalecer con punto focal en cada municipio que vele por la salud mental de la población.
- ↗ Aplicación de la guía de intervención Mh Gap.

CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA

4.1. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Acosta A, Izquierdo JM. Algunos factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes. Centro para la Atención Integral al Adolescente. Provincia Artemisa. 2011, p. 49.

Álvarez Caballero, Mileydis, et al. Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes, cuba 2017, p. 5

Alzate, Pérez, L.J., et al. Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales. Colombia. Centro de Investigaciones, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales.2011, pp. 49-58-

Añez Valdez, Humberto José. Factores de riesgo para intento de Suicidio en niños y adolescentes. Maracaibo, Venezuela. 2011, p. 58

Arias, M., Marcos, S., et al. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. MEDISAN. 2010, p. 345.

Borges G, Angst J, et al. 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Psychol Med 2006; p. 36.

Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. JAMA 1976; pp. 234 -246.

Bella ME, Fernández RA, Willington JM. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Arch. Argent. Pediatr.2010; p. 108.

Cañón, S.C. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Archivo Med (Manizales), 2011, pp. 62-67.

Cortés A, Aguilar J, et al. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev. Cubana MedGenIntegr.2011; p. 27.

Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide alter deliberate self-harm: a 4-year cohort study. Am J Psychiatry 2005; pp. 162-297.

Córdoba L, Soto G. Familia y discapacidad: intervención en crisis desde el modelo ecológico. *Psicología Conductual*. 2007; p. 15.

De Leo D, Burgis S, et al. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 2006, p. 27.

Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Instituto Nacional de estadística y geografía. 8 de septiembre de 2015, p. 59-

Fuentes, M., González, A., et al. Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° Grado en Colegios de la Ciudad de Manizales- Colombia, 2007-2008. *Arch Med*. 2009, pp. 110-122.

Friedman RA, Sweeney JA, et al. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Research* 1990; pp. 99-108.

Figuroa Choque Maritza. Frecuencia del Intento de suicidio y según etapas del desarrollo psicosocial del Adolescente del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2011, pp. 60.

Forman EM, Berk MS, Henrique GR, Brown GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts is a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004; pp. 437-443.

Gómez A, Orellana G, Jaar E, Lolas F, Cumsille F, Núñez C, et al. Predicción de reintentos suicidas. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1998; p. 34.

Gómez A, Núñez C, Lolas F. Ideación suicida e intentos de suicidio en estudiantes de Medicina. *Rev Fac Med Barna* 1992; p. 19.

Gómez A, Barrera A, Jaar E, Lolas F, Núñez C. Apoyo social en el intento suicida. *Psicopatología* 1995; p. 16.

Gerardo JA, Pérez Á. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Medicina*. 2003; pp. :9-16.

García JE, Quintanilla R, Sánchez LM. Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes. *Revista Colombiana Psicología*. 2011; pp. 67-79

Garduño Ambriz Rosalia, et al. Suicidio en adolescentes. Trabajo de investigación en tanatología. México 2011, p 32.

Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract.* 1998; p. 48.

Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a metanalysis. *Br J Psychiatry* 1997; pp. 205- 22.

Herrera, P. & Avilés, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 2000, p 16.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Datos para la vida: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2013, p. 34.

Jaar E, Barrera A, Gómez A, Lolas F, Núñez C. Repetidores de intentos de suicidio. *Folia Neuropsiquiátrica* 1994; pp. 55-65.

Joe, D., Romer, et al. Suicide Acceptability is Related to suicide planning in U.S Adolescents and Young Adults. *Suicide Life Threat Behav*, 2008, pp. 165-178.

King CA, Segal HG, Naylor M, Evans T. Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, pp. 198-206.

Ministerio de Salud - Oficina Nacional de Estadísticas. Base de Datos de Defunciones. Ministerio de Salud - Dirección General de Vigilancia Epidemiológico, 2015, p 5.

Molina Linares, Ivette Irene, et al. Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. *Revista Cultura Cuidado.* 2020, p. 3.

Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry* 2010; p. 15.

Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las américas. Washington: OPS; 2014, p.5-

Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013, p 50.

Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: OMS; 2001, p 31

Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M, Hawton K. Suicide in psychiatric hospital in-patients: risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry* 2000; pp. 266-272

Pineda J, Otero L. Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de estudios sociales. Rev Estud Soc.* 2004; pp. 19–31.

Pérez-Amescua B, Rivera-Rivera L, Atienzo E. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México.* 2010; p. 52.

Ramírez Carreto, S., Jiménez Saab, N., Lozano Nuevo, J. & Rubio Guerra, A. Concentraciones séricas de colesterol e intento suicida. *Med Int Mex,* 2028, pp- 181-185.

Runeson B, Tidelmalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langström N. Method of attempted suicide as predictor of successful suicide: natural long-term cohort study. *BMJ* 2010; p. 340.

Sánchez Pedraza, R., Guzmán, Y. & Cáceres Rubio, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en los estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Col Psiquiatría,* 2005, pp. 12-24.

Sarchiapone M, Jaussent I, et al. Courtet P. Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior-via aggression traits. Similar results in a Italian and in a French sample. *Eur Psychiatry* 2009; pp. 57-62

Vásquez R, Gómez D. Mortalidad y problemas emocionales: el suicidio en Colombia 20 años después (1970-1990). *Acta Medica Colombia.* 1993; p.18.

Villalobos-Galvis F. Validez y fiabilidad del Inventario de ideación suicida positiva y negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Univ Psychol.* 2010; p. 9.

Zahl DL, Hawton K, Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *Br J Psychiatry* 2004; pp. 70-75.

4.2. BILIOGRAFÍA CONSULTA

American Psychological Association. Traducción al español de Publication Manual of the American Psychological Association 3aed. México: El Manual Moderno. 2016, p.75.

American Psychological Association APA 2010. Manual American Psychological Association, APA. 2015, p. 58.

Argimón Pallas J.M., Jiménez Villa J. Métodos de investigaciones aplicadas a la atención primaria de salud. 2ª ed. Barcelona: Mosby-Doyma; 1994, 297-302.

Dawson-Saunders B, Trapp RG. Bioestadística Médica 2ª ed. México: Editorial el Manual Moderno; 1996, p. 6.

Fletcher RH., Fletcher SW., Wagner EH. Epidemiología clínica. 2ª ed. Barcelona: Masson-Williams &Wilkins; 1998, p. 57.

Hernández, M. Epidemiología. Diseño y análisis de estudios, México. 2007.

Hernández, R. Metodología de la investigación 3ª Ed. MCGRAW HILL 2002 Mcgraw-Hill / Interamericana de México, 1999, pp- 158-160.

Escritura Javeriano. Normas APA. 2011, pp. 128.

Martín Andrés A, Luna del Castillo JD. Bioestadística para las ciencias de la salud. 4ª ed. Madrid: NORMA; 1993, pp. 210 – 258.

Mahmoud F. Fathalla, Mohamed M.F. Fathalla Guía Práctica de Investigación en Salud. Pan American Health Organización, 2008, p 258.

Martin, P.W. Introduction to Basic Legal citation. De la American Psychological Association APA. Sexta edición. Adaptación Normas APA. 2014, pp. 258-305.

Menéndez Echavarría, A. L.(2015).Citas y referencias: Estilo de la American Psychological Association. APA, sexta edición. Adaptación Normas APA. 2015, p.55

Milton JS, Tsokos JO. Estadística para biología y ciencias de la salud. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2008, pp. 707-710.

Piura López, J. Metodología de la in e la investigación científica: un enfoque integrador. Managua, 2006, pp. 54-61.

Sackett DL., Haynes RB., Guyatt GH., Tugwell P. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1994, pp. 128-138.

Susser M. Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en ciencias de la salud. México: Biblioteca de la Salud; 1991,p. 687.

ANEXOS

ANEXOS # 1

Tabla No 1:

Características demográficas de paciente atendidas en emergencia, con intento de suicidio. Hospital Gaspar García Laviana - Rivas. Enero – Diciembre 2019. n=67

Edad	Nº	%
14 – 19 años	13	19.4
20 – 29 años	20	29.9
30 – 49 años	27	40.3
Mayor de 50 años	7	10.4
Sexo		
Masculino	43	64.2
Femenino	24	35.8
Procedencia		
Rural	26	38.8
Urbano	41	61.2
Escolaridad		
Primaria	22	32.8
Secundaria	19	28.4
Universitaria	13	19.4
Técnico	2	3.0
No sabe leer ni escribir	7	10.4
Analfabeto	2	6.0
Estado Civil		
Soltero	24	35.8
Casado	21	31.3
Acompañado	6	9.0
Viudo	16	23.9
Religión		
Católico	33	49.3
Evangélico	9	13.4
Sin datos	25	37.3

Profesión		
Estudiante	7	10.4
Ama de casa	11	16.4
Agricultor	8	11.9
Comerciante	9	13.4
Desempleo	32	47.7

Fuente: Entrevista

Tabla No 2.

Distribución de pacientes atendidas en emergencia, con intento de suicidio según localidades de residencia. Hospital Gaspar García Laviana - Rivas. Enero – Diciembre 2019. **n=67**

Localidad	Nº	%
Rivas	25	37.3
Potosí	5	7.5
San Jorge	1	1.5
Tola	16	23.9
Belén	4	6.0
Cárdenas	2	3.0
Moyogalpa	1	1.5
Altagracia	9	13.4
Buenos Aires	2	3.0
San Juan del Sur	2	3.0

Fuente: Entrevista

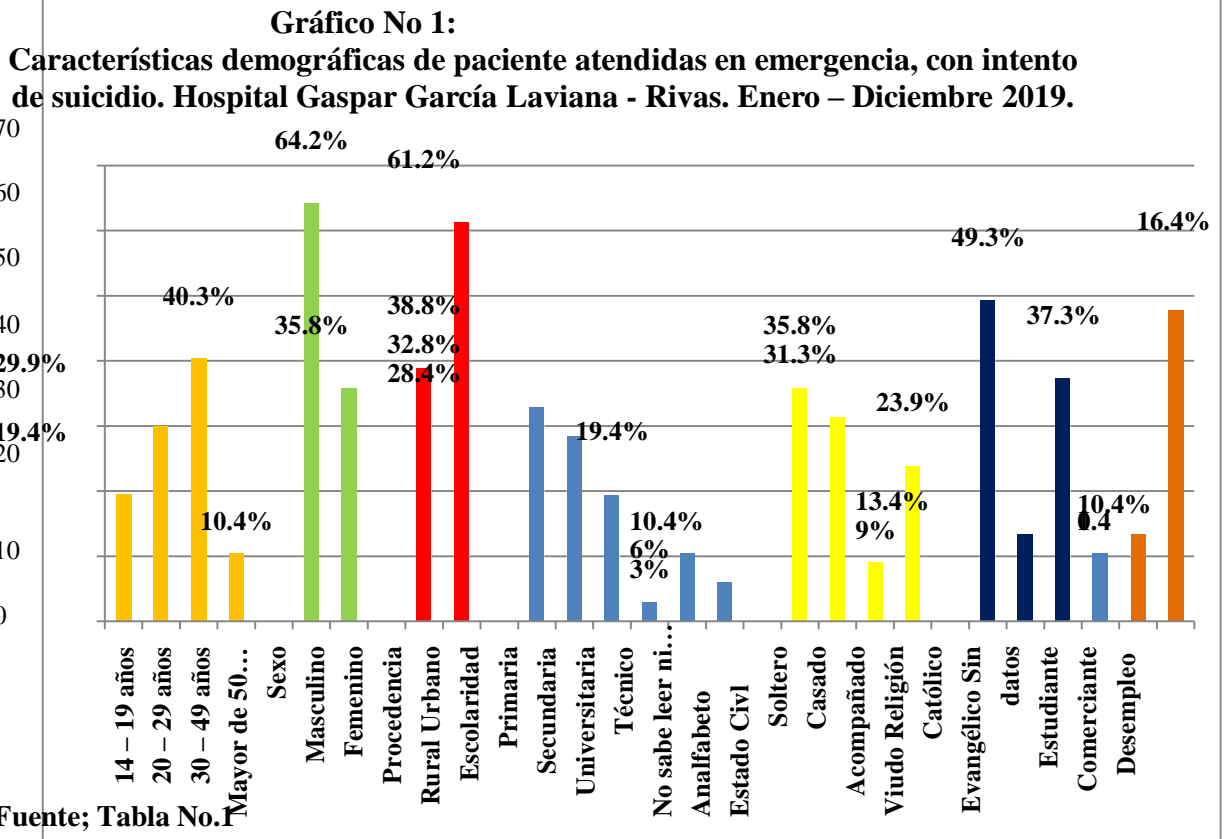
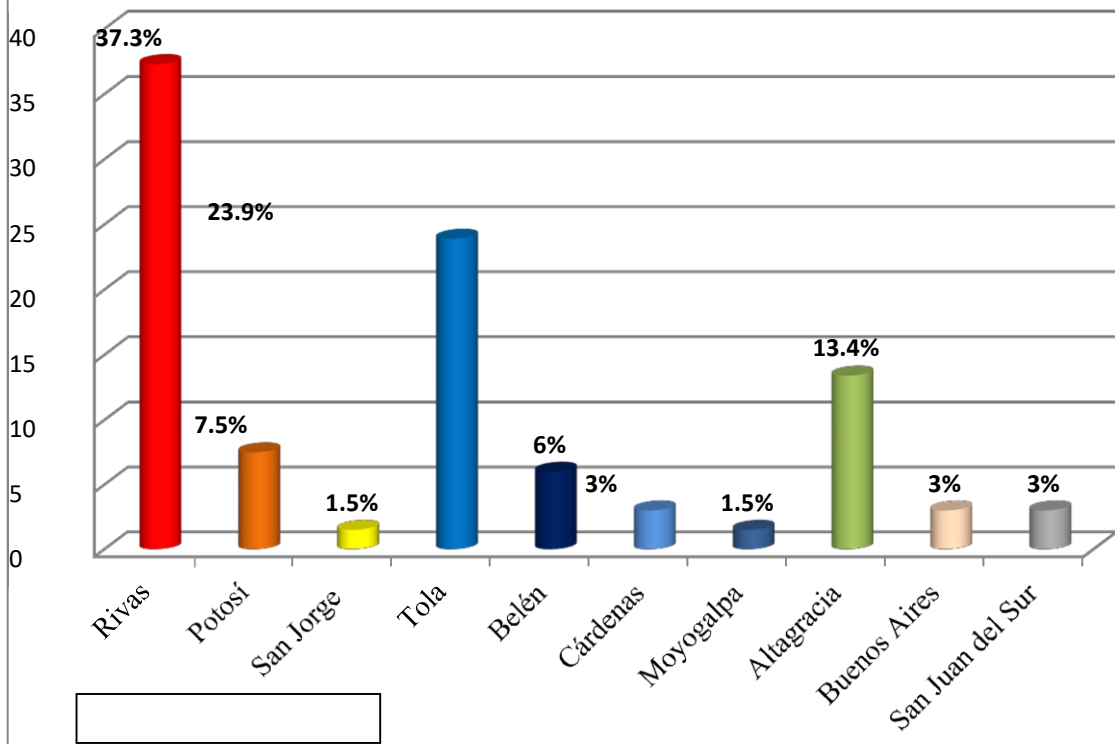


Gráfico No 2.

Distribución de pacientes atendidas en emergencia, con intento de suicidio según localidades de residencia. Hospital Gaspar García Laviana - Rivas. Enero – Diciembre 2019



Fuente: Tabla No 2

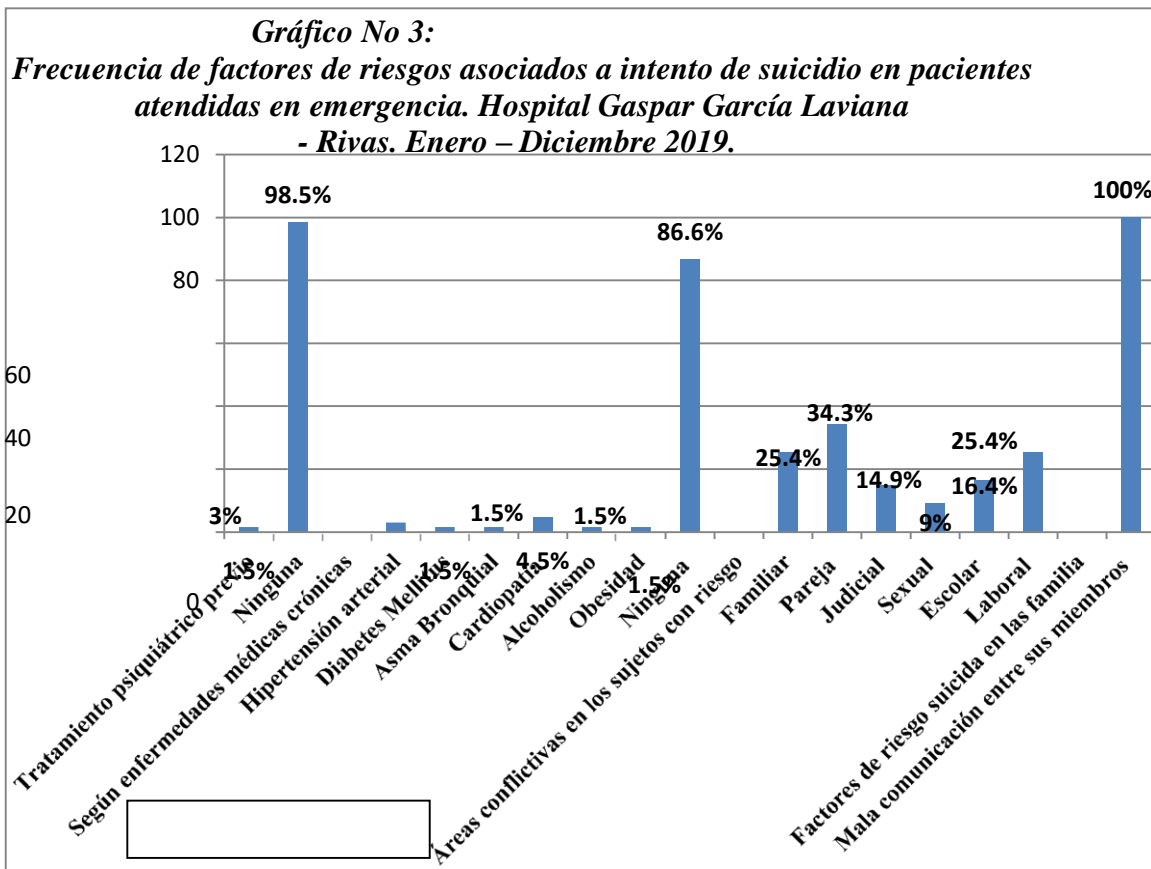
Tabla No 3:

Frecuencia de factores de riesgos asociados a intento de suicidio en pacientes atendidas en emergencia. Hospital Gaspar García Laviana - Rivas. Enero – Diciembre 2019.

n=67

Según atención previa en salud mental	Nº	%
Consultas en el equipo de salud mental	0	0
Tratamiento psiquiátrico previo	1	1.5
Enfermedad psiquiátrica actual	0	0
Ingresos psiquiátricos	0	0
Ninguna	66	98.5
Según enfermedades médicas crónicas		
Hipertensión arterial	2	3.0
Diabetes Mellitus	1	1.5
Asma Bronquial	1	1.5
Cardiopatía	3	4.5
Alcoholismo	1	1.5
Obesidad	1	1.5
Ninguna	58	86.6
Áreas conflictivas en los sujetos con riesgo		
Familiar	17	25.4
Pareja	23	34.3
Judicial	10	14.9
Sexual	6	9.0
Escolar	11	16.4
Laboral	17	25.4
Factores de riesgo suicida en las familia		
Mala comunicación entre sus miembros	67	100
Familias con intento suicida	0	0
Familias con suicidios	0	0
Familias con intentos suicidas y suicidios	0	0
Familias con ideación suicida	0	0
Ninguna	0	0

Fuente: Entrevista



Fuente: Tabla No. 3

Tabla No. 4

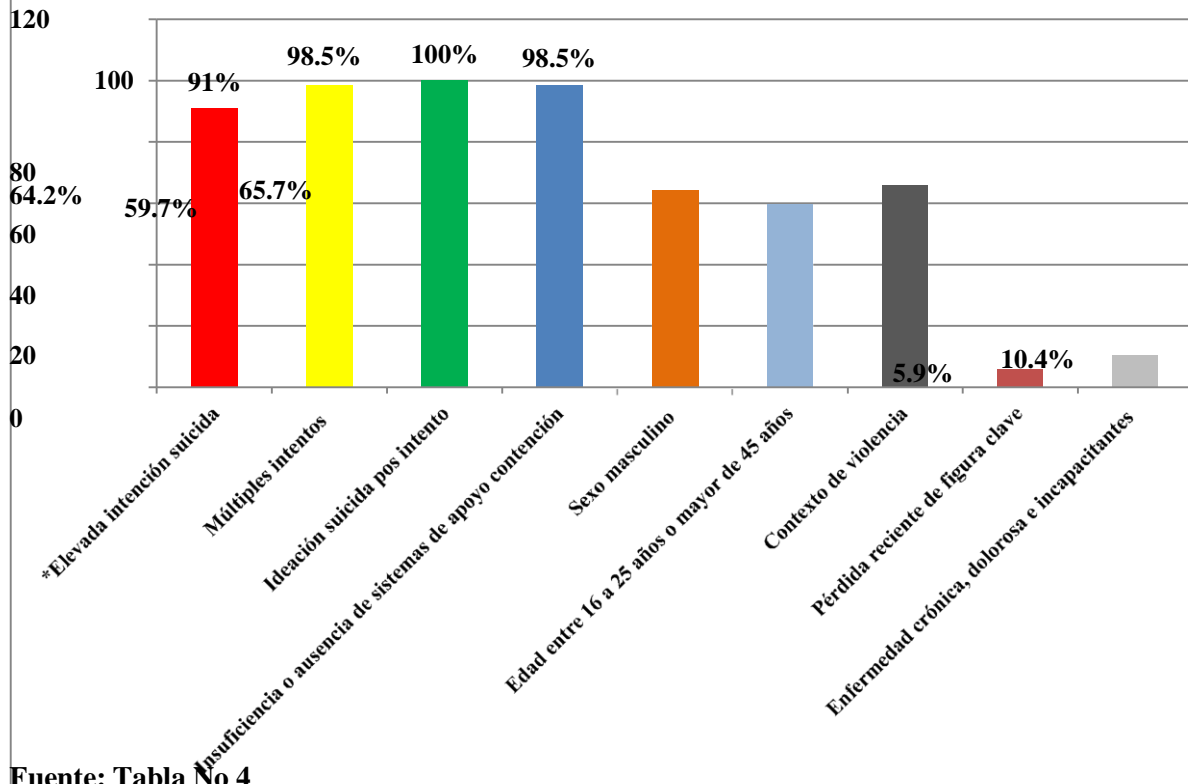
Frecuencia de factores de riesgos para reincidencia a intento de suicidio en pacientes atendidas en emergencia. Hospital Gaspar García Laviana - Rivas. Enero – Diciembre 2019. **n=67**

Según atención previa en salud mental	Nº	%
*Elevada intención suicida	62	91.0
Múltiples intentos	66	98.5
Empleo simultáneo de más de un método	0	0
Pacto suicida	0	0
Ideación suicida pos intento	1	100
Insuficiencia o ausencia de sistemas de apoyo contención	66	98.5
Sexo masculino	43	64.2
Edad entre 16 a 25 años o mayor de 45 años	40	59.7
Contexto de violencia	44	65.7
Pérdida reciente de figura clave	4	5.9
Enfermedad crónica, dolorosa e incapacitantes	7	10.4
*Elevada intención suicida (62=91.0%)		
El intento fue cometido en situación de aislamiento	7	11.2
El intento fue cometido de tal forma que la intervención de tercero será improbable	1	1.6
El paciente tomó precauciones contra la intervención de otras personas	6	9.6
Preparó detalladamente el intento	15	24.1
Dejó nota o carta suicida	5	8.0
Mantuvo su intención en secreto	11	17.7
Existió premeditación	11	17.7
Tomó alcohol para facilitar la ejecución del intento	6	9.6

Fuente: Entrevista

Gráfico No. 4

Frecuencia de factores de riesgos para reincidencia a intento de suicidio en pacientes atendidas en emergencia. Hospital Gaspar García Laviana - Rivas. Enero – Diciembre 2019.



Fuente: Tabla No 4

Grafico No 5. Frecuencia de factores de riesgos para reincidencia a intento de suicidio en pacientes atendidas en emergencia segun elevada intencion del suicidio . Hospital Gaspar García Laviana - Rivas. Enero – Diciembre 2019

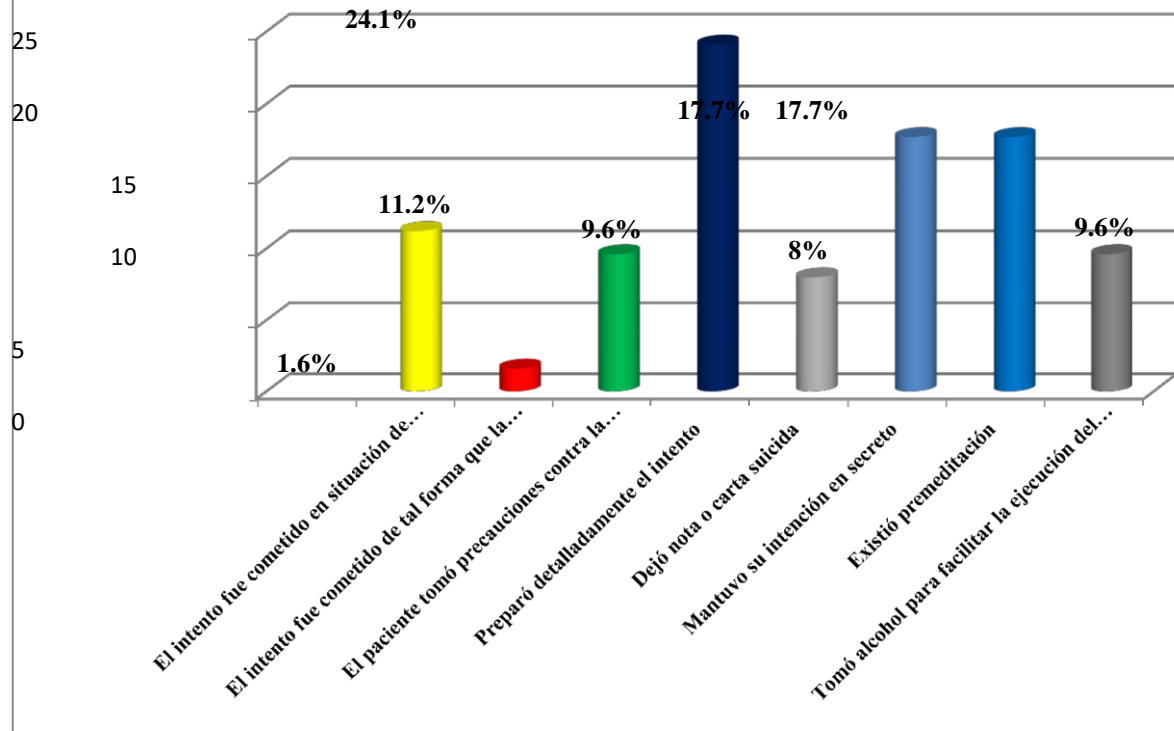


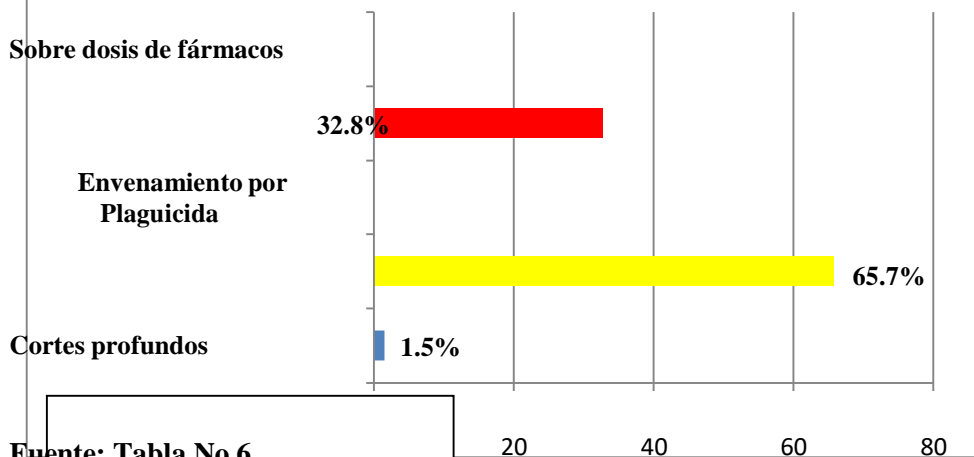
Tabla No. 5. Mecanismos empleados en el intento suicida en pacientes atendidas en emergencia. Hospital Gaspar García Laviana - Rivas. Enero – Diciembre 2019.

n=67

Mecanismos	Nº	%
Cortes profundos	1	1.5
Envenamiento por Plaguicida	44	65.7
Sobre dosis de fármacos	22	32.8

Fuente: Entrevista

Grafico No 6. Mecanismos empleados en el intento suicida en pacientes atendidas en emergencia. Hospital Gaspar García Laviana - Rivas. Enero – Diciembre 2019.



Fuente: Tabla No 6

AMEXOS # 2

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Recinto

Universitario Farem- Carazo Facultad de ciencias medicas

**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN PACIENTES
ATENTIDOS EN EMERGENCIA. HOSPITAL GASPAR GRACIA LAVIANA-
RIVAS. Año 2019.**

Número de expediente _____ Fecha _____

A- Datos demográficos

1. Edad

1. 14-19 años _____

2. 20- 29 años _____

3. 30- 49 años _____

4. Mayor de 50- años _____

2. Sexo: 1. Masculino ____ 2. Femenino _____

3. Procedencia: 1. Rural _____ 2. Urbano _____

4. Localidad: 1. Rivas ____ 2. Potosí ____ 3. San Jorge ____ 4. Tola ____ 5.
Belén _____ 6. Cárdenas ____ 7. Moyogalpa ____ 8. Altagracia ____ 9. Buenos

Aires ____ 10. San Juan del Sur _____

5. Escolaridad: 1. Primaria ____ 2. Secundaria ____ 3. Universitario _____ 4. Técnico ____

5. Alfabeto ____ 6. No sabes leer ni escribir _____

6- Estado Civil: 1. Soltero ____ 2. Casado ____ 3. Viudo ____ 4. Separado _____

7. Religión: 1. Católico ____ 2. Evangélico ____ 3. Testigo de jehová ____ 4.
ninguna ____ 5. otro _____

8. Profesión: 1. Estudiante _____ 2. Ama de casa _____ 3. Agricultor _____ 4.
Comerciante _____ 5. Desempleo _____ 6. No aparece en el expediente _____

B. Factores de riesgo asociados a intento suicida

1. Población con riesgo suicida según atención previa en salud mental.

1. Consultas en el equipo de salud mental	
2. Tratamiento psiquiátrico previo	
3. Enfermedad psiquiátrica actual	
4. Ingresos psiquiátricos	
5. Ninguna	

2. Población con riesgo suicida según enfermedades médicas crónicas

1. Hipertensión arterial	
2. Diabetes mellitus	
3. Asma bronquial	
4. Cardiopatía isquémica	
5. Alcoholismo	
6. Obesidad	
7. Accidentes vasculares encefálicos	
8. Esquizofrenia	
9. Otra	
10. Ningun	

5. Áreas conflictivas en los sujetos con riesgo

1. Familiar	
2. Pareja	
3. Judicial	
4. Sexual	
5. Escolar	
6. Laboral	

6. Factores de riesgo suicida en las familias

1. Mala comunicación entre sus miembros	
2. Familias con intento suicida	
3. Familias con suicidios	
4. Familias con intentos suicidas y suicidios	
5. Familias con ideación suicida	

7. Población con riesgo según conducta suicida

1. Ideación suicida	
2. Intentos suicidas	
3. Antecedentes patológicos familiares de conducta suicida	
4. Ninguna	

C. Factores de riesgo para reincidencia en intento de suicidio

1. Elevada intención suicida: Si__ No__ si su respuesta es SI responda lo siguiente:

El intento fue cometido en situación de aislamiento	
El intento fue cometido de tal forma que la intervención de tercero será improbable	
El paciente tomó precauciones contra la intervención de otras personas	
Preparó detalladamente el intento	
Dejó nota o carta suicida	
Mantuvo su intención en secreto	
Existió premeditación	
Tomó alcohol para facilitar la ejecución del intento	

	Si	No
2. Múltiples intentos		
3. Empleo simultáneo de más de un método		
4. Pacto suicida		
5. Ideación suicida pos intento , reafirmación de intención suicida, decepción ante la sobrevida, rechazo de ayuda o del tratamiento		
6. Insuficiencia o ausencia de sistemas de apoyo contención		
7.Sexo masculino		
8.Edad entre 16 a 25 años o mayor de 45 años		
9.Contexto de violencia		
10. Pérdida reciente de figura clave		
11. Enfermedad crónica, dolorosa e incapacitantes		

D. Mecanismos empleados en el intento suicida

Mecanismos	Si	No
1. Lanzarse de una altura		
2. Arma de fuego		
3.Ahorcamiento		
4.Cortes profundos		
5.Envenamiento por Plaguicida		
6.Sobre dosis de fármacos		

