



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**

**MAESTRIA EN SALUD PUBLICA 2008- 2010**

**Factores intervinientes en intentos de Suicidio por plaguicidas  
atendidos en el Puesto de Salud “Datanli”, Jinotega 2008.**

**Autora:** Lic. Reina Isabel Jarquín Martínez

**Tutor:** Dr. René Pérez Montiel  
Profesor Titular CIESUNAN

Managua, Septiembre del 2010

## INDICE

I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Justificación	4
IV. Planteamiento del problema	5
V. Objetivos.	6
VI. Marco de Referencia.	7
VII. Diseño Metodológico.	22
VIII. Resultados.	33
IX. Análisis de Resultados	38
X. Conclusiones	41
XI. Recomendaciones	42
XII. Bibliografía	43
XIII. Glosario	46
Anexos	

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a nuestro Señor Jesucristo, a su madre la Virgen María por haberme dado salud, sabiduría y fuerzas necesarias para seguir adelante.

A mi familia por apoyarme en mis estudios.

A mi hijo Omar Otoniel Jarquìn, con un cariño muy especial

Al Dr. Roberth Harvey de la organización TASCA por su apoyo económico y por estar con los trabajadores de la Salud ayudando en su profesionalización.

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por haberme dado la fortaleza necesaria para culminar mis estudios.

A los pacientes que me brindaron la información a través de las entrevistas realizadas.

A los miembros de TASCA, a la organización sindical FETSALUD y en especial al personal del programa de Salud Ambiental y Plaguicidas del Centro de Salud “Guillermo Matute”, de Jinotega que colaboraron en la recolección de la información.

A los Docentes del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), por compartir sus conocimientos y apoyarme para realizar este estudio en especial al Lic. Alma Lila Pastora por estar conmigo en todo el proceso de la maestría y al Dr. René Pérez, por su valioso tiempo dedicado en la tutoría de este estudio.

## Resumen

Se realizó un estudio de corte transversal, con el objetivo de conocer los factores intervinientes en el intento de suicidio por plaguicidas en el Puesto de Salud “Datanli”, del municipio de Jinotega en el año 2008. Se estudiaron un total de 15 casos, correspondientes al 100% de los casos registrados en el sistema de vigilancia de intoxicaciones por plaguicidas en el año 2008.

Se realizó búsqueda de casos en las comunidades y se aplicó una encuesta directa a los sobrevivientes para identificar características socio demográficas; que los llevaron a tomar la decisión, las principales manifestaciones emocionales y conocer la accesibilidad del plaguicida utilizado.

Los 15 casos procedían de cinco comunidades pertenecientes al Puesto de Salud “Datanli”, con los siguientes resultados

La comunidad de “La Laguna” presenta el mayor número de casos, seguido de El Salto y El Barro. La edad predominante en los casos es de menores de 25 años; del sexo masculino, analfabetos; en su mayoría con trabajo permanente, agricultores, con ingresos de 451-600 córdobas.

En la mayor parte de casos se reportan problemas familiares, consumo frecuente de alcohol y antecedentes familiares de intento de suicidio. Todos los casos deseaban terminar con “el problema” y tomaron la decisión en menos de 24 horas, informando de ello a una persona no perteneciente al núcleo familiar. La mayor parte de casos tenía algún grado de depresión y un poco menos de la mitad trastorno de ansiedad, patologías muy frecuentes en personas con intento suicida. El plaguicida predominante fue del grupo de herbicidas, siendo el más frecuente el Gramoxone, en la mayoría de los casos lo almacenaban en su casa, en su envase original y con mecanismos inapropiados de resguardo.

El análisis de esta información permitió obtener datos más precisos sobre los factores intervinientes en el intento de suicidio, para el diseño de planes de salud e incorporarlos en el Modelo de Atención Familiar Comunitario.

## I. INTRODUCCIÓN

El SILAIS de Jinotega es una de las 17 divisiones técnico-administrativas del Ministerio de Salud, ubicado al norte de Nicaragua, con una superficie de 9,388 Km. cuadrados, con una población de 384,684 habitantes y una densidad poblacional de 31 habitantes por km<sup>2</sup>.

Entre los problemas estructurales del SILAIS está el acceso geográfico, la pobreza de la población y la falta de condiciones higiénico sanitarias en la mayoría de las comunidades. El SILAIS cuenta con un hospital departamental, 8 centros de salud y 64 puestos de salud, siendo los principales problemas: mortalidad materna, hepatitis, lesionado por animal transmisor de rabia, intoxicaciones por plaguicidas (intento de suicidio y suicidio consumado)

El Departamento se ha caracterizado por presentar cada año un incremento de los intoxicados por plaguicidas, presentando entre 180 a 210 casos cada año, 18 a 21 casos de suicidios y entre 80 a 90 casos de intentos de suicidio, siendo el municipio de Jinotega el que más casos presenta.

El Puesto de Salud “Datanlí” está ubicado al norte de Jinotega, a 10 kilómetros de la cabecera municipal, esta comunidad cuenta con una población 5,398 habitantes y 1,398 casas, dividido en 10 comunidades. Según la información del puesto de salud, los principales problemas que se presentan al momento del presente estudio son: mortalidad por diarrea, neumonía, infecciones respiratorias, intoxicados por plaguicida (intento de suicidio y suicidio) siendo uno de los que está ocasionando mayor problema ya que todas las comunidades que pertenecen a este puesto de salud se ha estado presentando intento de suicidio y suicidio por plaguicida.

Con el presente estudio se pretende conocer algunos factores intervinientes de intento de suicidio por plaguicidas en el Puesto de Salud Datanlí Jinotega 2008.

## II. ANTECEDENTES

El Puesto de Salud de “Datanlí” presenta un incremento de intento de suicidio y suicidio por plaguicidas cada año.

El SILAIS Jinotega en coordinación con SYNGENTA (Empresa internacional formuladora del Gramoxone) y la Facultad de Psicología de la Universidad del Norte de Nicaragua (UNN – Jinotega), realizaron dos estudios con sobrevivientes de intento de suicidio, con el propósito de identificar los factores de riesgo <sup>1,2</sup> en los 8 municipios del departamento, a partir del incremento en las intoxicaciones por plaguicidas, un 60% por lesiones intencionales y la necesidad de conocer las características de este problema.

Uno de los estudios fue descriptivo en sobrevivientes de intento de suicidio en el Departamento de Jinotega junio 2004, obteniendo como resultados:

1. Intento de Suicidio en grupos de edad jóvenes.
2. Medio más utilizado fue el uso de plaguicidas.
3. La decisión la tomaron principalmente por problemas familiares, alcoholismo y problemas amorosos.
4. Los principales factores asociados estuvo la depresión y el alcoholismo.
5. Actualmente la mayoría tienen una situación emocional positiva.

El segundo estudio fue sobre los factores de riesgo de intento de suicidio en sobrevivientes del municipio de Jinotega, Agosto 2004, encontrándose principalmente:

1. La edad media de los casos fue de 24 años con un rango entre 14 y 50 años y una desviación estándar de 8.
2. Como factores de riesgo socioeconómicos, el ingreso mensual menor de 1000 córdobas.
3. El ser soltero y la edad menor de 20 años.
1. El contar con una familia no estructurada.
2. El haber vivido durante la infancia solo con la madre y hermanos
3. Haber tenido una niñez triste.
4. Ingesta de alcohol de forma semanal o quincenal a ingesta de alcohol de forma semanal o quincenal.



### **III. JUSTIFICACIÓN**

Este estudio es de suma importancia para el Ministerio de Salud, ya que según los hallazgos encontrados esta instancia dirigirá acciones específicas para buscar soluciones a este problema, específicamente para el Programa de Regulación y Control de Sustancias Tóxicas, y el Programa de Salud Mental.

Además de orientar en cuanto a la regulación y almacenamiento de los plaguicidas, con el Ministerio Agropecuario MAGFOR y divulgar entre las ONGs del territorio, los resultados obtenidos y en conjunto buscar posibles soluciones.

Otro aspecto muy importante será que los resultados permitirán manejar objetivamente el fenómeno con las personas involucradas y con los miembros de su familia.

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

¿Cuáles son algunos aspectos sociodemográficos de los casos estudiados?

¿Cuáles son las características que llevaron a tomar la decisión del intento de suicidio?

¿Será posible determinar las principales manifestaciones emocionales de la población de estudio?

¿Se podrá identificar la accesibilidad a los plaguicidas utilizados en el intento de suicidio por parte de las personas en estudio?

**¿Cuáles son los factores intervinientes en el intento de suicidio por plaguicidas en el puesto de salud Datanlí del municipio de Jinotega en el año 2008?**

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Conocer los factores intervinientes en el intento de suicidio por plaguicidas en el Puesto de Salud de Datanlí en el Municipio de Jinotega en el año 2008.

### **Objetivo Específicos**

1. Identificar algunos aspectos sociodemográficos de las personas en estudio.
2. Describir las características que llevaron a tomar la decisión al intento de suicidio de las personas en estudio.
3. Determinar las principales manifestaciones emocionales de las personas al momento del intento de estudio.
4. Identificar la accesibilidad a los plaguicidas utilizados en el intento de suicidio, por parte de las personas estudiadas.

## VI. MARCO DE REFERENCIA

**I). El intento de su suicidio** parece seguir el sentimiento de que la vida es tan insoportable que la muerte que es la única vía de escape al dolor, a la enfermedad terminal, a la pérdida económica y otras circunstancias similares. El que intenta suicidarse experimenta desesperanza y desvanecimiento, conflictos ambientales entre la vida y el estrés sin la posibilidad evidente de cambio o mejoría. <sup>(1)</sup>

**Intento de Suicidio** es cualquier acción mediante el cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad del método empleado.

**La palabra suicidio** procede del latín que se compone de dos términos Sui, de sí mismo y CAEDERE, matar. Es decir significa matarse a sí mismo.

Se define como el acto consiente de aniquilación auto inducido, en que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas.

El suicidio es el resultado final de una situación límite que deriva de una multiplicidad de causas y circunstancias, difícilmente se puede hablar de uno o dos motivos para explicar un suicidio. Aunque se puedan destacar ciertas causas o motivos como determinantes del acto, según se deduce a través de los testimonios ante el juez de los familiares de los suicidas o de aquellos que realizaron una tentativa. <sup>(2)</sup>

**El suicidio** es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Significa, pues, darse muerte a uno mismo. En relación con este comportamiento diferenciamos entre:

**Suicidio frustrado:** Acción de suicidio que no a conseguido su fin teniendo el paciente autentica intención de llegar a él. <sup>(1,5)</sup>

**Suicidio consumado:** Es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicida o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida. <sup>(5)</sup>

**Conducta suicida:** Son las encaminadas a conseguir ese fin, consciente o inconsciente, o el aniquilamiento de una de sus partes.

**Simulación suicida:** Es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir autentica intención a llegar a él.

**Riesgo de suicidio:** Es la probabilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalías de la vida deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicida previa

**II). Factores de riesgo:** son todas aquellas condiciones o circunstancias que acompañan, predisponen y condicionan el suicidio. Aunque debe de entenderse que estos factores sólo tienen un papel coadyuvante y en sentido estricto no constituyen por sí la génesis patológica del suicidio.

La conducta suicida no se atribuye a una sola causa. Es la consecuencia de una compleja interacción de varios determinantes del suicidio. Tradicionalmente, éstos se dividen en biológicos, médicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos. Esta clasificación tiene varias debilidades, siendo la más importante el traslape de las categorías, por ejemplo desorden mental que lleva a desempleo y una situación familiar errática. Además, algunos de los factores de riesgo que han sido entendidos previamente como claramente psicológicos, también son conocidos en el presente como biológicos. Por ejemplo, el riesgo de problemas matrimoniales y divorcio está parcialmente bajo control genético. <sup>(3,10,18,25)</sup>

Un método potencialmente más prometedor para identificar los factores de riesgo suicida sería considerar que están compuestos de influencias genéticas y ambientales y sus interacciones. De esta forma, por ejemplo inmigrantes han mantenido las tasas de su país de origen. La evidencia adicional con relación al papel de factores de riesgo genéticos de suicidio tiene que ver con estudios de familia, gemelos y adopción relacionados con conducta suicida. Dicho riesgo personal no puede ser determinado y como han declarado Van Heeringen, Hawton y Williams, el efecto de las influencias genéticas se basa más en la determinación y está configurado por influencias ambientales, que van desde pensamientos negativos, hasta ideación, planeación y tentativa hasta completar el hecho.

Hay suficiente literatura suicidológica que hace énfasis en los factores de riesgo suicida como una estrategia válida para la prevención de dicha causa de muerte. Ante todo hay que considerar que los factores de riesgo suicida son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno. Además de individuales son generacionales, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez. Por otra parte son genéricos, ya que la mujer tendrá factores de riesgo privativos de su condición y así también lo será para el hombre. Por último, están condicionados culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras. Debido a estas propias características de los factores de riesgo suicida (individuales, generacionales, genéricos y condicionados culturalmente), aquellos profesionales que no tengan experiencia suficiente en su detección y evaluación tendrán mayores dificultades que si trabajaran con los grupos de riesgo suicida. <sup>(3,10,18,25)</sup>

E. Rojas distingue en su libro “Estudios sobre el suicidio” entre factores de sensibilización biográfica, predisponentes y desencadenantes. Con los primeros se refiere a los factores que inciden en la historia del sujeto, destacando los que este psiquiatra denomina: error existencial (del proyecto de vida), trabajo sin gratificación, frustraciones continuas y problemas económicos entronizados. Los

factores predisponentes, según E. Rojas, preparan y alientan hacia el suicidio, entre éstos incluye la edad, sexo, estado civil, etc. Y por factores desencadenantes entiende las circunstancias que activan el proceso, tales como disgustos, celos, enfermedades, temores, culpabilidad, etc. <sup>(1,2)</sup>

## **Edad**

Conforme aumenta la edad para ambos sexos también progresa la tendencia suicida, el máximo estaría en torno a los 75 años. Aunque hay un cierto incremento en el número de casos, según algunos estudios, para el hombre hacia los 30 años y para la mujer alrededor de los 25 años. Los ancianos se suicidan menos que los jóvenes, pero tiene éxito en completar el acto más frecuente. La reciente información indica un notable aumento en el porcentaje suicida en la gente más joven (adolescente y principio de los veinte años)

En relación con los intentos de suicidio, se producen un mayor número entre los 15-25 años. Pero, con la edad, el riesgo de suicidio consumado se incrementa y disminuyen progresivamente las tentativas.

En las últimas décadas, ha habido un significativo aumento de intentos y de conductas suicidas entre los jóvenes de ambos sexos en toda Europa, unido en muchos casos al consumo de drogas, a frustraciones de diversa índole, a conductas de riesgo e inclusive a suicidios dobles o en grupo, aireados por la prensa. <sup>(1,2,5)</sup>

Carlos Paredes, Oswaldo Obregón y Paul Rosales en su estudio destacà que la mayoría de los casos son de menores de 30 años (74%), similar a otros estudios a nivel local 12-16; como los indicadores mundiales que revelan que el suicidio es una de las principales causas de muerte en población de 15 a 19 años, población que tiene las mayores frecuencias de intento suicida y en las que se deberían realizar medidas de prevención. <sup>(21)</sup>

## **Sexo**

La relación de sexo y suicidio muestra una neta diferencia, con cifras más altas entre los varones. Aunque la mujer intenta suicidarse con más frecuencia que el hombre es más probable que ellos tengan más éxito en su intento debido en parte, al uso de medios más efectivos, en general, la tasa es de 3 suicidios de hombres por cada 1 de mujer. <sup>(13)</sup>

Aunque hay que tener en cuenta que la mayoría de los intentos de suicidio quedan encubiertos, al parecer sólo se declaran en torno a un 10%. Nos podemos preguntar: ¿por qué las mujeres lo intentan más y lo consiguen menos? Hay varias razones. Entre otras que el hombre se encuentra más predispuesto a las soluciones violentas por aprendizaje social, así como menos ligado por los vínculos familiares (ya Durkheim destacó las relaciones de grupo y familiares como resistencias contra el suicidio) e, incluso, se podría añadir que el hombre muestra mayor fragilidad psicológica que la mujer en el ámbito privado cuando se siente abandonado. Todo ello explicaría que adopte con más frecuencia el suicidio como solución en situaciones de angustia y soledad. Por el contrario, la mujer vive una mayor inhibición de sus impulsos agresivos y se siente más protegida por los vínculos familiares, lo que reduciría la posibilidad de este riesgo. Quizás, las tendencias emotivas (sugestión, histeria...), más acusadas en la mujer, explicarían el mayor porcentaje de las tentativas femeninas. <sup>(4,7,21)</sup>

Estudio realizado por Rafael Tuesca Molina hace una relación a los factores de riesgos entre el grupo de suicidas y la población de control, se encontró que el sexo femenino se asocia a menos riesgo de suicidio (OR:0,20), con una  $p = 0,000$ . <sup>(18)</sup>

## **Estado civil**

En general, las personas faltas de vínculos familiares y de pareja tienen mayor potencial suicida, el riesgo aumenta cuando viven solas o cuando han sufrido una



pérdida familiar reciente. Proporcionalmente, solteros y viudos realizan más suicidios que los casados y entre éstos, los que no tienen hijos superan a los que sí los tienen. De lo cual se deduce que la soledad afectiva y el abandono son condiciones por sí favorables al suicidio.

Sólo en 188 casos se encontró información del estado civil, de ellos 61,2% eran solteros, 24,5% convivientes y 12,8% casados, siendo mínimo el número de viudos y divorciados con 0,5% y 1,1% respectivamente <sup>(8,9,21)</sup>

### **Condiciones Físicas**

Las enfermedades físicas graves, dolorosas y las que incapacitan la vida normal y aíslan a la persona (parálisis, ceguera...) pueden ser motivo suficiente de suicidio, no así generalmente la enfermedad terminal que tiene su propio curso.

Ciertas enfermedades del sistema nervioso central aumentan el riesgo suicida, epilepsia, esclerosis múltiple, trauma craneoencefálico, enfermedades cardíacas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Otras enfermedades de importancia son cáncer, úlcera péptica, cirrosis, condiciones endocrinas, trato urogenital, enfermedades renales. En todas las entidades, está presente casi siempre un trastorno afectivo. <sup>(10,11,)</sup>

### **Enfermedad Psíquica**

Las enfermedades psíquicas producen el mayor número de muertes por suicidio (depresión, esquizofrenia, psicosis afectivas, alcoholismo...) y por su importancia merecerían un capítulo aparte. Una enfermedad psíquica grave sí es causa suficiente de suicidio, aunque no toda alteración psicológica derive necesariamente en esta solución. Se puede asegurar que más del 60% de las personas que recurren a este tipo de muerte padecen una anomalía psíquica de importancia, tantas veces unida a otros factores coadyuvantes como soledad, alcoholismo, dolencias físicas, problemas familiares, etc.

La depresión es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. Es una enfermedad muy difundida en la comunidad y tiene diversas formas de presentación. Sus síntomas más frecuentes son la tristeza, pocos deseos de hacer las cosas, la falta de voluntad, los deseos de morir, las quejas somáticas diversas, la ideación suicida, los actos de suicidios y los trastornos del sueño, el apetito y el descuido de los hábitos de aseo. Tanto en los adolescentes como en los ancianos se presentan particularidades especiales en las manifestaciones.

Los distintos estudios confirman que la depresión presenta un alto riesgo de suicidio por el padecimiento crónico y la desesperanza que produce en el paciente. E igualmente la esquizofrenia, en la que el peligro deriva de la impulsividad de la conducta y del cuadro alucinatorio-delirante que arrastra, especialmente cuando el sujeto se ve inmerso en una alucinación auditiva que le ordena su muerte o sostiene ideas delirantes de contenido persecutorio. Varios sujetos, cuyos casos hemos recogido, que se suicidaron presentaban este tipo de delirios de persecución. <sup>(13,14,15,)</sup>

Se realizó un estudio descriptivo de 80 pacientes que realizaron intento suicida en el período comprendido de enero de 1997 a diciembre de 2000, ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar “Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja ”. Predominó el grupo de edad de 17 a 23 años. El perfil psicopatológico destacó los síntomas de ansiedad, ideación suicida, tristeza e insomnio. El perfil de personalidad obtenido con la aplicación del 16 PF permitió caracterizar a los grupos como emotivos con poca estabilidad emocional, inseguros, aprensivos, angustiados, tensos, frustrados, agobiados con niveles altos de ansiedad. La intoxicación por psicofármacos fue el método más empleado por los pacientes. La incidencia de antecedentes familiares de intento suicida y trastornos psiquiátricos

fue alta. Dentro de las enfermedades psiquiátricas predominaron los trastornos situacionales depresivos y ansiosos. <sup>(6,7,13,22)</sup>

Las causas habituales para suicidio son los trastornos afectivos; de ellos, los más frecuentes es la depresión, con una prevalencia aproximada de 50 y 60 % le sigue los trastornos por abuso de sustancia <sup>(19)</sup>

La incidencia de antecedentes familiares de intento suicida y trastornos psiquiátricos fue alta. Dentro de las enfermedades psiquiátricas predominaron los trastornos situacionales depresivos y ansiosos <sup>(22)</sup>

Estudio realizados por Rafael Tuesca Molina, los factores de riesgo que encontramos en paciente con intento suicida fueron actos impulsivo con un 68% esto nos llama la atención ya que los individuos que realizan actos impulsivo son aquellos que tiene gran nivel de atención y buscan a través del acto un alivio a lo mismo. Los pacientes en estudio probablemente son portadores de conflictos interpersonales e interpersonales los cuales, por desconocer el sitio donde pueden encontrar ayuda para expresar su conflicto no logran una evacuación verbal de los mismos y pasan a realizar el intento suicida. Otros investigadores asocian el intento de suicidio a una conducta impulsiva.

Con relación a los trastornos de tipo psiquiátrico, existe un alto riesgo de intento de suicidio en aquellas personas con trastornos de tipo afectivo y de la conducta (trastorno psiquiátrico, ansiedad, temperamento explosivo y depresión). <sup>(20)</sup>

### **Antecedentes suicidas**

Se puede distinguir entre antecedentes familiares del suicida e intentos previos del mismo, ambos tipos de circunstancias pueden darse en la historia de una persona o no. Respecto al antecedente familiar hay que señalar que la mayoría de los suicidas no tienen precedentes directos en su familia, lo que descartaría cualquier hipótesis genética del suicidio. Más bien, en los casos en que tal ocurre, que son los menos (no llegarían al 5%), habría que pensar en una explicación que tuviera

en cuenta las patologías familiares y el modelo de conducta que crea el suicida para los restantes miembros del grupo familiar y que permanece como posibilidad de imitación disponible ante una situación angustiosa.

Hay que tener en cuenta que la persona muerta por suicidio participa de una mitificación idealizada por su acto dentro del grupo social, si queremos de manera morbosa, pero idealización al fin, quedando su imagen exaltada en cierta manera para los demás. Los propios familiares mantienen una actitud ambivalente respecto del desaparecido; por una parte, lo sucedido genera culpabilidad en los que quedan que, normalmente, piensan que pudo haberse evitado y no se hizo todo lo posible; por otra parte, desaparecida la persona, se siente el vacío dejado y se tiende a magnificar su figura y su forma de muerte o, por el contrario, se siente vergüenza por tal conducta.

En cuanto al intento previo de suicidio del individuo, se puede decir que quien lo ha hecho puede volver a intentarlo y que no hay parámetros objetivos que midan esa probabilidad; a veces, un intento serio de suicidio inmuniza para siempre contra esa eventualidad y tantas veces, sirve para conseguirlo más tarde definitivamente. Las comunicaciones, ensayos y avisos han de ser valorados convenientemente, ya que las tentativas posteriores suelen ser de letalidad creciente.

Los antecedentes de intento suicida en estudio realizado por Cordero F en Managua 2000. De los pacientes estudiados el 40.8% tiene antecedentes de intento de suicidio.<sup>(10)</sup> Los antecedentes familiares de conducta suicida se consideran un factor de riesgo por el aprendizaje, por imitación o identificación, y es conocido que entre el 10 y el 15 % de los que intentan suicidarse, consuman el suicidio posteriormente <sup>(25)</sup> Pérez A En uno de sus estudios encontró que el 37,2 % de la población consideraba con riesgo suicida tenía familiares con conducta suicida, el 8,06 % presentaba ideación y el 3,07% era sobreviviente de intento de autoeliminación <sup>(25)</sup> las personas que viven en situaciones estresantes y caótica

pueden intentar mejorar su situación y lograr su bienestar a través del intento de suicidio. En algunas ocasiones sobre todo en adolescentes, el miembro de la familia que se había suicidado puede servir de modelo con quien identificarse cuando la obsesión del suicidio se considera como una solución posible para el dolor psicológico insoportable <sup>(11)</sup>

### **Apoyo y recursos sociales**

El riesgo suicida aumenta como se incrementa el aislamiento social, vivir solo, o el retiro de contacto sociales.

### **Acontecimientos negativos de la vida**

Hay hechos que tienen especial incidencia en el malestar de la vida y que suelen concurrir asociados al suicidio, tales como la pérdida reciente de un ser querido importante para la persona, ruina económica, ruptura familiar, anuncio de una enfermedad irreversible, conflictos amorosos y celos, desprestigio de la imagen social. Sin embargo, hemos de señalar que estos acontecimientos no suelen ser suficientes por sí solos, normalmente influyen en una personalidad predispuesta y actúan como motivos que precipitan la acción suicida en un contexto favorable. Un mayor riesgo conlleva la situación de abandono familiar o de aislamiento social, que es frecuente en muchos suicidios, especialmente entre personas mayores y enfermas. Es obvio que la mayoría de estas muertes responden a una suma de causas, raramente se puede aislar un solo motivo que lleve a este final (1,2,7)

### **Imitación y contagio del suicidio**

Éste es otro factor que se ha barajado por los estudiosos del tema. Algún autor sostiene que los medios de comunicación al airear las informaciones sobre suicidios fomentan este tipo de actos, sobre todo cuando aparecen impregnados de una cierta aureola mítica, romántica o ejemplar. La hipótesis de la imitación se basa en un número muy limitado de casos que se suceden en un tiempo próximo.

Aunque se han realizado varios estudios sobre la posible relación del aumento de estas muertes, los resultados no demuestran una relación significativa. Se acepta que la inducción y el contagio existen en el suicidio y que se manifiestan de forma esporádica, pero que precisan de unas circunstancias favorables y la predisposición de la persona, sin ellas no hay posible contagio.

A pesar de ello, las llamadas impropiedades “epidemias de suicidios”, más por un uso metafórico que por una realidad social, son conocidas desde la antigüedad y, recientemente, en España han habido varios sucesos de suicidios de parejas de jóvenes en los que puede hablarse de imitación.

Se recoge entre el libro “El hombre ante la muerte”, de Faustino Prados, un ejemplo citado que suena a jocosos, pero que nos ilustra sobre el dinamismo del contagio y la capacidad de sugestión de los jóvenes, dice así: “Nosotros recordaremos la epidemia de intentos de suicidio, entre mujeres jóvenes, que brotó en un pueblo de Andalucía y que el juez de instrucción yuguló, haciendo correr el rumor de que la próxima jovencita que intentara suicidarse sería paseada desnuda por el pueblo. No hemos podido confirmar si este juez tenía conocimiento de una epidemia semejante, que ocurrió en Mileto (Asia Menor) hace dos mil años y que se extinguió con igual éxito por el mismo procedimiento”. Los antecedentes familiares de conducta suicida se consideran un factor de riesgo por el aprendizaje, por imitación o identificación y es conocido que entre el 10 y el 15 % de los que intentan suicidarse, consuman el suicidio posteriormente. El 37,2 % de la población considerada con riesgo suicida tenía familiares con conducta suicida, el 8,06 % presentaba ideación suicida y el 3,07 % era sobreviviente de intentos de auto eliminación <sup>(27)</sup>.

## **Alcoholismo**

El alcoholismo (tanto el abuso del alcohol como la dependencia del mismo) es un diagnóstico frecuente en aquellos que han cometido suicidio, particularmente jóvenes. Existen explicaciones biológicas, psicológicas y sociales para la

correlación entre suicidio y alcoholismo. Los factores específicos asociados con un riesgo aumentado de suicidio entre los alcohólicos son:

- Iniciación temprana del alcoholismo
- Largo historial de bebida
- Alto nivel de dependencia
- Humor depresivo
- Salud física deficiente
- Desempeño laboral pobre
- Antecedentes familiares de alcoholismo
- Ruptura o pérdida reciente de una relación interpersonal importante. <sup>(24)</sup>

### **III). Síntomas emocionales**

La mayor parte de los síntomas suicidas comunes se relaciona con la depresión (apatía y desaliento, pérdida del apetito, peso, incapacidad para dormir en la noche, pérdida del interés por actividades sociales y agotamiento físico general y emocional). La conducta suicida también puede ser el resultado de estado psicótico, por ejemplo, que se guía por delirios, alucinaciones, u otras desorientaciones en tiempo y lugar.

La depresión es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. Es una enfermedad muy difundida en la comunidad y tiene diversas formas de presentación. Sus síntomas más frecuentes son la tristeza, pocos deseos de hacer las cosas, la falta de voluntad, los deseos de morir, las quejas somáticas diversas, la ideación suicida, los actos de suicidios y los trastornos del sueño, el apetito y el descuido de los hábitos de aseo.

---

Factores intervinientes en el intento de suicidio por plaguicidas. Puesto de Salud "Datanli", Jinotega 2008

## **Síntomas de pacientes suicidas**

1. Tratar de organizar su vida, sus cosas materiales, como que va hacer un viaje.
2. Se aísla, si es introvertido, es aún más introvertido.
3. Si es extrovertido, se acentúa su extroversión.
4. Siempre está coqueteando con el suicidio
5. Tiene ideas pesimistas y se los comunica a los amigos y familiares, educadores, constantemente. insomnio, etc.
6. Su autoestima es muy bajó tiene sentimiento de culpabilidad.

El suicidio es un severo problema de salud pública, a nivel mundial en la mayoría de los países se encuentran entre las primeras causas de muerte.

No existe una clasificación de las distintas situaciones que viven en los pacientes suicidas pero podría decirse que la mayoría ocurren como producto final de una crisis cuales quiera, un porcentaje menor obedece a procesos depresivos o psicóticos que se manifiestan en forma de ideas o actos suicida <sup>(1,2,4,20)</sup>

## **IV). Los plaguicidas**

Los **plaguicidas** o **agroquímicos**, son sustancias químicas destinadas a matar, repeler, atraer, regular o interrumpir el crecimiento de seres vivos considerados plagas. Dentro de la denominación plaga (peste correctamente es una infección grave y potencialmente mortal causada por el microorganismo *Yersinia pestis*) se incluyen insectos, hierbas, pájaros, mamíferos, peces y microbios que compiten con los humanos para conseguir alimento, destruyen las siembras y propagan enfermedades. Los plaguicidas no son necesariamente venenos, pero pueden ser tóxicos.



## Toxicología

Etimología: toxikon, griego significa “vida de amor

□ Ciencia dedicada al estudio de los efectos adversos de agentes físicos o químicos en seres vivos. Estudia los mecanismos de producción de tales alteraciones y los medios para contrarrestarla, así como los procedimientos para detectar, identificar y determinar tales agentes.<sup>(29)</sup>

**Tóxico:** Tiene sus raíces tanto en latín como en griego y significa sustancia física, química que puede producir algún efecto nocivo sobre un ser vivo, alterando los equilibrios vitales.<sup>(29)</sup>

### Formulaciones

1. Gránulos solubles
2. Gránulos dispensables

Polvos mojables o humectables

3. Polvo soluble
4. Cebos
5. Solución líquida
6. Tableta fumígena

### Según grupo químico

1. Bupiridilos
2. Carbamatos
3. Compuestos órgano clorados
4. Compuestos órgano fosforados
5. Piretrinas y piretroides
6. Tiocarbamatos

## Uso de plaguicidas

1. **Agrícola:** el 85% dedicado al sector agropecuario. Concentraciones hasta de 40-60%.

1. **Salud Pública:** enfermedades transmitidas por vectores.

Concentraciones según la plaga a controlar.

1. **Uso doméstico:** plagas domésticas (moscas, ratones, cucarachas, etc.)  
Concentraciones desde 1-20%. <sup>(29)</sup>

## **VII. DISEÑO METODOLÓGICO**

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

El presente estudio es descriptivo, de serie de casos.

### **b). Área de estudio**

El área del presente estudio es la comunidad de Datanlí que está ubicada en el Municipio de Jinotega, a 10 kilómetros de la cabecera Municipal, al norte de la ciudad.

El puesto de salud que atiende a esta comunidad está ubicado en la misma comunidad y cuenta con una población de 5,398 habitantes y 1,398 casas. Este puesto de salud atiende 10 comunidades que son: La Laguna, Palo Blanco, El Palacio, Apaquila, Los Robles, Salto Abajo, Jiguina, Salto Arriba, Bastilla y Datanlí.

### **c). Unidad de análisis**

La unidad de análisis se define como todo paciente registrado en el sistema de vigilancia epidemiológica por plaguicida y que fueron entrevistados en el momento del estudio.

### **d). Universo**

El universo estuvo conformado por todos los pacientes de las diferentes comunidades que han presentado intento de suicidio y que asistieron al puesto de salud de Datanlí, del Municipio de Jinotega, registrados en el sistema de vigilancia de intoxicaciones por plaguicida con diagnóstico de intento de suicidio en el año 2008.

### **e). Muestra**

La muestra fueron los 15 pacientes registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica por plaguicida con diagnóstico de intento de suicidio en el año 2008 y que pertenecen al Puesto de Salud Datanlí, Jinotega.

### **f). Definición de Caso**

Todo paciente registrado en el sistema de vigilancia epidemiológica por plaguicida, con diagnóstico de intento de suicidio en el año 2008 en el puesto de salud de Datanlí, Jinotega.

### **g).Criterios de inclusión**

- Pacientes de ambos sexos y registrados con intento suicida
- Atendidos en el puesto de salud de Datanlí.

### **h).Criterios de exclusión**

- La no disposición a participar en el estudio.

### **i).Variables del estudio:**

Aspectos sociodemográficos:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Religión

Características que los llevaron al intento de suicidio:

- Problemas económicos
- Problemas familiares
- Consumo de alcohol

- Problemas amorosos
- Consumo de drogas
- Uso del tabaco
- Terminar con el problemas
- Llamar la atención de alguien
- Terminar con su enfermedad
- Tiempo que pasó para tomar la desición
- Aviso a alguien de la desición
- Preguntó a alguien de cómo tomar el plaguicida
- Antecedentes familiares

Manifestaciones emocionales:

- Depresión
- Ansiedad

Accesibilidad del plaguicida:

- Tipo de plaguicida
- Como se obtuvo
- Donde lo compro
- Como se almacena

#### **j). Métodos y recolección de Datos**

El método elegido para la recolección de la información fue la entrevista dirigida a cada persona con los criterios de selección establecidos, para obtener información más completa, para lo cual se diseñó un formato con preguntas abiertas y cerradas. (Ver en Anexos, Instrumentos).

## **k).Fuente de información**

La fuente de información fue primaria, ya que se entrevistaron a cada uno de los pacientes atendidos en el puesto de salud mencionado. Además se utilizaron datos estadísticos de los pacientes, convirtiéndose en fuente de información secundaria.

## **l).Procedimiento y análisis de los datos**

Los datos fueron procesados en el paquete Epi Info, donde se diseñó una base de datos, realizando análisis univariado de frecuencia simple. Las variables discretas fueron analizadas mediante medidas de centro y variabilidad.

Para medir las manifestaciones emocionales se utilizaron las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton, que consisten en:

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton Depresión rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valoró de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica e información complementaria de otras fuentes secundarias.

La escala cuenta de 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Cada cuestionario tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52.

Instrucciones: Elija en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación y luego sume la totalidad de los 17 ítem.

Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Escala de Ansiedad de Hamilton. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma.

No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia.

Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

#### **m). Control de sesgo**

Los sesgos de información fueron controlados mediante el diseño del cuestionario conteniendo todas las variables del estudio, la validación del mismo y la captura de los datos por la investigadora principal del estudio.

Los sesgos de selección se controlaron mediante la definición de casos y asegurando que no ingresaran al estudio quienes no cumplieran con estos criterios.

#### **n).Consideraciones éticas**

Se tomaron en cuenta las recomendaciones emitidas por la declaración de Helsinki para la realización de investigaciones en seres humanos:

- a) Autonomía del paciente
- b) Anonimato de los casos
- c) Confidencialidad en el manejo de la información
- d) Consentimiento informado
- e) Retroalimentación de resultados.



## VIII. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 15 personas con intento de suicidio, procedentes de cinco comunidades y atendidas en el puesto de salud de “Datanlí”, ubicado en el Municipio de Jinotega, obteniendo los siguientes resultados:

### 1. Aspectos sociodemográficos de los casos de intento de suicidio

#### **Nombre de la comunidad**

La comunidad que más casos refleja es “La Laguna” con un 53% (8); seguido de “El Salto” con un 20% (3); “El Barro” con un 13% (2) y con menor frecuencia las comunidades de “Datanlí” con un 3.3% (1) y “Los Robles” con otro 3.3% (1). (Ver en Anexos, Tabla No 1).

#### **Grupo etáreo**

El grupo etáreo predominante fue de 20-24 años con un 40% (6), seguido del grupo de 25-40 con un 33.3% (5) y en menor frecuencia el grupo de 16-19 años con un 26.7% (4). La media fue de 23.7 años, la mediana y moda de 22 años, con una desviación estándar de 6.5 años y un rango que oscila entre 16-40 años (Ver en Anexos, Tabla No 2).

#### **Sexo**

El sexo predominante fue el masculino con un 80% (12) y el femenino con 20% (3). (Ver en Anexos, Tabla No 3).

#### **Ocupación**

La ocupación predominante es el agricultor con un 60% (9), seguido de obrero un 20% (3), empleada doméstica un 13% (2) y con menor porcentaje ama de casa con un 6.6% (1). (Ver en Anexos, Tabla No 4).

### **Trabajo al momento del estudio**

Al indagar la opción laboral, un 80% (12) respondió que trabajan y un 20% (3) no trabaja. (Ver en Anexos, Tabla No .5).

### **Estabilidad laboral**

El 40% (6) de los entrevistados tiene trabajo permanente, 26.6% (4) su trabajo lo realizan de manera temporal, 20% (3) no trabajan y 13.3% (2), tiene trabajo propio. (Ver en Anexos, Tabla No. 6).

### **Salario**

Del total de personas entrevistadas, un 58.4% (9) recibe su salario de manera quincenal con un monto 600 a 780 córdobas, 25% (4) lo reciben mensual con un monto 890 a 1600 córdobas y un 16.6% (2) de forma semanal con un monto de 350 a 420 córdobas (Ver en Anexos, Tabla No. 7).

### **Deudas antes de tomar la decisión**

De las 15 personas entrevistadas el 100% no tenía deudas.

### **Nivel de instrucción**

De los entrevistados el 46.7% (7) no lee, ni escribe, el 40% (6), tiene primaria incompleta y el 13.3% (2), tiene primaria completa. (Ver en Anexos, Tabla No 8).

### **Religión**

La religión que más predomina es la católica con 60% (9) seguida de la evangélica con un 40% (6). (Ver en Anexos, Tabla No 9).

## 2. Características que lo llevaron a tomar la decisión

## **Problemas relacionados con la toma de decisión**

Los problemas familiares son los que más predominaron en el intento suicida, con un 60% (9), seguido de 26.7% (4) por alcoholismo y un 13.3% (2) por problemas amorosos. (Ver en Anexos, Tabla No. 10).

### **Consumo de alcohol**

En relación al consumo de alcohol un 73.3% (11) consume alcohol frecuentemente y 26.6% (4) nunca han consumido alcohol. (Ver en Anexos, Tabla No 11).

### **Consumo de Tabaco**

En relación al consumo de tabaco el 53.3% (8) lo realiza diariamente, seguido de un 26.6% (4) que nunca han consumido tabaco y un 20% (3) ocasionalmente. (Ver en Anexos, Tabla No 12).

### **Consumo de drogas**

De los entrevistados el 100% nunca ha consumido drogas.

### **Conciencia sobre la toma de decisión**

De los entrevistados el 100% mencionó que quería terminar con el problema que estaba viviendo al momento de la decisión.

### **Tiempo entre la toma de decisión y el intento**

De los entrevistados en 92.3% (14) tomó la decisión en menos de 24 horas, seguido de un 7.7% (1), tomaron la decisión entre un 1 mes y 6 meses. (Ver en Anexos, Tabla No 13).

### **A quien le informó**

De las personas entrevistadas el 100% informó a otra persona que no era miembro de su familia de la decisión a tomar.

### **Selección de la manera de hacerlo**

El total de los entrevistados afirmó conocer el modo de quitarse la vida y como hacerlo.

### **Antecedentes familiares de intento suicida**

De los entrevistado el 76.9% (10), tiene antecedentes familiares de intento de suicidio y el 23.1% (5), no (Ver en Anexos, Tabla No 14).

### **Número de familiares con intento suicida o suicidio**

Al indagar sobre cuántos miembros de la familia han realizado algún suicidio o intento suicida, se obtuvo que el 6.8% (1), persona, mencionó que 6 miembros de su familia tuvo algún antecedente, el 13.3% (2) personas, mencionaron que 3 miembros de su familia tuvo algún intento suicida o suicidio, el 53.3% (8) personas manifestaron que 1 miembro de su familia tiene historia de suicidio o intento del mismo y el 26.6% (4) no conocen sobre esta situación en su familia. (Ver en Anexos, Tabla No 15).

### **3. Principales manifestaciones emocionales de los casos**

#### **Niveles de depresión**

Se encontró que un 40% (6) personas padecen depresión moderada, seguido de un 23.3% (5) de depresión ligera y un 26.7% (4) no se encontraban deprimidos al momento de la entrevista. (Ver en Anexos, Tabla No 16).

### **Frecuencia de ansiedad**

Los pacientes entrevistados no presentaron ninguna sintomatología de ansiedad en un 54% (8) y el 46% (7) si manifestó algún grado de ansiedad. (Ver en Anexos, Tabla No 17).

#### 4. Accesibilidad del plaguicida utilizado en el intento suicida

##### **Nombre del plaguicida utilizado**

El 46% (7) personas ingirieron Gramoxone, seguido de Glifosato 20% (3), Cipermetrina 13.3% (2), Hervaled 6.6% (1), 2.4.D un 6.6%(1) y M.T.D un 6.6% (1). (Ver en Anexos, Tabla No 18).

##### **Clasificación del plaguicida**

El 77% (12) son herbicidas y 23% (3) son insecticidas. (Ver en Anexos, Tabla No 19).

##### **Forma de obtención de los Plaguicidas**

El 90.9 % (14), lo tenían en su casa y el 9% (1), se lo pidió a un amigo. (Ver en Anexos, Tabla No 20).

##### **Comprado en un agroservicio**

El 100% lo compró en un agroservicio y en envase original.

##### **Almacenamiento de los plaguicidas**

El 40% (6), lo mantienen en un reglón de la casa, seguido en una bodega con llave en un 20% (3), guindado en un árbol, 20% (3) y en otro lugar, un 20% (3). (Ver en Anexos, Tabla No 21).

## IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1.- Al identificar los aspectos sociodemográficos se encontró que el mayor número de casos de intento de suicidio se presenta en la comunidad de “La Laguna”, con un predominio de casos en hombres, analfabetos, de profesión agricultor, con un trabajo permanente, ingresos entre 451-600 córdobas y menores de 25 años. Ninguno de los casos tenía deudas importantes.

Este perfil es semejante/diferente al reportado por Rafael Tuesca Molina la mujer emplea métodos más pasivos menos violentos como la ingesta de medicamentos. En el intento de suicidio hay una mayor frecuencia de hombres, con una razón de 4,7 hombres por cada mujer, la proporción de hombres que consumó el hecho suicida fue del 82,6%.<sup>(18)</sup>.

Un estudio realizado en el 2004 en Jinotega por Sequeira M, encontró que la ocupación predominante de los casos fue la de agricultor (45%), el grupo etáreo con mayor porcentaje de casos fue el de 21 a 30 años, seguido del grupo de 15 a 20 años, los cuales agrupan al 72% de los casos. El 88% de los casos tenían bajos niveles de instrucción: no sabían leer ni escribir (45%) o no han finalizado la primaria (43%) <sup>(1)</sup> Otros estudios realizados en México por Castro M (2001, Hospital de Villa Hermosa Tabasco) encontró que los rangos de edad de la mayor parte de casos oscilaban entre 14 a 25 años, Duran J (Mérida, Yucatán), encontró que 27 sujetos (82%) eran hombres y seis (18%) mujeres, procedentes en su mayor parte del medio rural (70%). Veinte pacientes (61%) desempeñaban ocupaciones no relacionadas con el uso de plaguicidas, en tanto que 13 personas equivale a un (39%) eran campesinos. <sup>(1,26)</sup>

2.- Al determinar las características que los llevaron a tomar la decisión, la mayoría está relacionado a problemas familiares y en menor medida con problemas de alcoholismo. Estas características son semejantes a lo reportado

por José M Castro (2001, Villa Hermosa estado de Tabasco), quien encontró que los problemas familiares sobresalen como un factor causal en 73 casos (57.94%).  
(22)

Castro Paredes P (Hospital General de Lima, 2004), encontró que las principales causas son problemas familiares con 49.5% <sup>(19)</sup>. El estudio realizado en Jinotega por Sequeira M (2004), encontró los principales problemas referidos y que influyeron en la toma de decisión, fueron problemas familiares con un 41% <sup>(1)</sup>

Rodríguez Valdés, encontró que las áreas de conflicto resultaron las familiares (42,7 %)<sup>(25)</sup>. Capote B y Keller O (Lima) en su estudio encontró que el intento suicida fue realizado bajo los efectos del alcohol en 9 de los pacientes para un 37,9% y de éstos 4 ingirieron bebidas alcohólicas también los días previos al intento suicida y otros 4 que solamente lo hicieron los días previos al mismo, representado en total un 33,3%. <sup>(19)</sup>

Los casos manifestaron un deseo explícito de terminar con el problema, siendo muy importante mencionar que la toma de decisión fue en un período menor de 24 horas, lo que está asociado a un acto de impulsividad, <sup>(1,12,13, 18)</sup>.

En su mayoría los casos avisaron de la toma de decisión a otra persona no vinculado con el núcleo familiar e igualmente en un porcentaje elevado mencionan que si sabían cómo hacerlo. Es muy importante mencionar que la mayor parte de los casos tienen antecedentes familiares de intento suicida y suicidio unos reflejan de hasta 6 miembros de la familia.

Pérez Barrero encontró que el 37,2 % de la población considerada con riesgo suicida tenía familiares con conducta suicida, el 8,06 % presentaba ideación suicida y el 3,07 % era sobreviviente de intentos de autoeliminación <sup>(26)</sup>

3.- Al analizar el estado emocional de los casos se encontró que la mayor parte de casos tenían algún nivel de depresión, siendo más frecuente la depresión moderada que la ligera y un poco menos de la mitad de los casos algún nivel de

ansiedad. Reyes (Cuba, 2002) encontró que la depresión mayor, los sentimientos de culpa y la desesperanza se encuentran asociados con los intentos suicidas. Duran (Perú, 1999) reporta una prevalencia de 43% de depresión mayor en este tipo de casos.

Sequeira M (Jinotega, 2004), encontró que una las principales manifestaciones de depresión que presentaron los casos fue la desesperanza, el aislamiento, el sentirse débil y desvalidos <sup>(1)</sup>

Gómez R (Colombia, 2002), reporta una tasa de depresión de 50% y 46% de ansiedad en personas con intento suicida <sup>(10)</sup>.

Valdez (Cuba, 2002), encontró que la ansiedad constituye un factor de riesgo suicida a corto plazo.

En consecuencia la depresión y ansiedad están muy vinculadas al intento suicida, y constituyen un factor de riesgo suicida a corto plazo, lo que amerita una intervención psicosocial por las autoridades sanitarias correspondiente en conjunto con las familias.

#### 4.- Accesibilidad a los plaguicidas.

Los insecticidas fueron comprados en agro servicios y los conservan en envases originales.

El plaguicida que más utilizaron fueron herbicidas, un poco menos los insecticidas, entre esto el gramoxone y glifosato. En su mayoría lo tienen accesible en su casa de habitación donde el almacenamiento es inapropiado ya sea en un reglón de la casa o colgado en un árbol en el patio. Un porcentaje bajo lo guarda en bodegas con llave.



## X. CONCLUSIONES

1. La comunidad de “La Laguna” presenta el mayor número de casos, seguido de El Salto y El Barro. La edad predominante en los casos es de menores de 25 años; del sexo masculino, analfabeto, en su mayoría con trabajo permanente, agricultores, con ingresos de 451-600 córdobas al mes.
2. La mayor parte de los casos estudiados reporta problemas familiares, consumo frecuente de alcohol y antecedentes familiares de intento suicidio. Todos los casos deseaban terminar con “el problema” y tomaron la decisión en menos de 24 horas, informando de ello a una persona no perteneciente al núcleo familiar.
3. La mayor parte de casos tenía algún grado de depresión y un poco menos de la mitad trastorno de ansiedad, patologías muy frecuentes en personas con intento suicida.
4. El plaguicida más utilizado fue del grupo de herbicidas, siendo el más frecuente el Gramoxone. Casi la totalidad de casos lo almacenaba en casa, en su envase original y con accesibilidad del plaguicida con un mecanismo inapropiado de resguardo.

## **XI. RECOMENDACIONES**

Dirigida a las autoridades del Ministerio de Salud:

Que se integre en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, la problemática de intento de suicidio

Fortalecer el componente de Salud Mental integrado por un equipo multidisciplinario

Dirigir programas de capacitación al primer nivel en temática para identificar factores de riesgo de intento de suicidio.

Las ONGs en coordinación con el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación que trabajan en los territorios donde la incidencia de intento de suicidio es alta, desarrollen estrategias dirigidas a los grupos de mayor de riesgo (adolescentes, jóvenes y mujeres que vive situaciones de violencia).

Desarrollar campañas de prevención, donde exista una participación activa de los medios de comunicación.

Dirigida al Ministerio Agropecuario y forestal y ONG impulsen con los productores y comerciantes de agroquímicos una estricta regulación en la comercialización de plaguicida campañas de almacenamiento seguro.

Dirigida al Centro de Investigación de estudio de la Salud (CIES) que haga hincapié en el tema de investigación de intento de suicidio en otros Silais con mayor incidencia. Así como el seguimiento a estudios ya realizados recientemente en algunos territorios

Dirigir programas de capacitación a la red comunitaria del Puesto de Salud Datanlí sobre la identificación de los factores interviniente de intento de suicidio para que ellos identifique y refiera los casos a la unidad de salud.

## XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Sequeira M. Estudio descriptivo de sobreviviente de intento de suicidio en el departamento de Jinotega junio 2004.
2. Sequeira M. Factores de riesgo de intento suicidio en sobrevivientes del municipio de Jinotega, Agosto 2004.
3. Pérez S. El Suicidio, Comportamiento y Prevención. Presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría
4. Wikipediá. Depresion. (<http://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n>) [Busqueda realizada el 10/06/2010]
5. Suicidio Winkipedia. ( <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>) [Busqueda realizada el 10/06/2010]
6. Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención Primaria segunda edición Climent C, Arango M
7. Psiquiatría segunda edición manual moderno (Alarcón R, Guido M, Nicolini H) Organización Panamericana de la Salud.
8. El suicidio comportamiento y prevención (Pérez S.)
9. El suicidio y su prevención (Pérez S) fundador de la sección de suiciologia de la asociación mundial de psiquiatría.
10. (Gómez C 2002 Factores asociados al intento de suicidio en población Colombiana

11. Vega S et al. Intoxicaciones por plaguicidas en la zona del pacifico seco de Costa Rica.
12. Cuidándose después de un intento de suicidio colonial place Arlington  
[www.nami.org](http://www.nami.org)
13. Cordero F. Factores de riesgo del intento de suicidio en pacientes atendidos en el servicio de emergencia de cinco hospitales generales del municipio de Managua agosto – octubre 2000.
14. Pascual P. et al El paciente suicida
15. Mondragón L. et al. La medición de la conducta suicida en México estimación y procedimiento.
16. Prevención de Suicidio un instrumento para médicos Generalista Trastornos mentales y toxicomanía Organización Mundial de la Salud Ginebra 2000.
17. Suicidio y comportamiento Suicida (tema en Medeline Plus.)
18. Tuesca R. et al Factores de riesgo asociado al suicidio a intento de suicidio
19. Castro P et al Característica del paciente con intento de suicida en hospital General de Lima 1995 -2004.
20. Depresión Intento Suicidio Gilbert Reyes W Prevención de la conducta suicida en la APS C.A.
21. Suárez M. et al Riesgo suicida y adolescente MODES 2001

22. Intento de Suicidio atendido en el hospital psiquiátrico de Villa Hermosa (Castro M. Mordes 2001)
23. Rodríguez R et al Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida hospital Militar central Dr. Carlos J Finlay
24. Capote A. Intento de suicidio y su relación con el abuso de Alcohol (Lima)
25. Pérez S. et al. Factores de Riesgo suicida en Adulto (1992).
26. Duran J. et al Intoxicaciones Aguda por plaguicida Salud Publica México 2000 - Hospital General Huran de Mérida Yucatán México.
27. Escala de ansiedad de Hamilton (servicio Anda Luz de Salud, Consejería en Salud).
28. Escala de depresión Hamilton Rating Scate (H.D.R.S).
29. Toxicología General
30. Manual de Plaguicida Guía para América Central

### **XIII. Glosario.**

**Intento de Suicidio**, es cualquier acción mediante el cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad del método empleado.

**Suicidio**, es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Significa, pues, darse muerte a uno mismo. En relación con este comportamiento diferenciamos entre:

**Depresión**, es una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo, su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

**Ansiedad**, la ansiedad es un estado emocional con sensación subjetiva desagradable, originada por una hiperactividad del sistema nervioso, provocada por una amenaza potencial, real o imaginaria, y que se manifiesta con síntomas físico y psíquico

**Ansiedad Psíquica**, se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores: preocupación, miedo o temor, inseguridad: persona con alta ansiedad, tiene pensamientos negativos, aprensión: respuestas de miedo pero en términos físicos, pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad

**Plaguicida**, los plaguicidas son sustancias químicas utilizadas para controlar, prevenir o destruir las plagas que afectan a las plantaciones agrícolas. La mayoría de estas sustancias son fabricadas por el hombre, por eso son llamados plaguicidas sintéticos.

**Gramoxone**, es un herbicida post-emergente de contacto, no selectivo, especialmente indicado para el control de un amplio espectro de malezas gramíneas y de hoja ancha en frutales y cultivos bajos, en cualquier época.

**Herbicida** es un producto fitosanitario utilizado para matar plantas indeseadas. Herbicida los selectivos matas ciertos objetivos mientras preserva la cosecha.

**Insecticida** es un compuesto químico utilizado para matar insectos, mediante la inhibición de enzimas vitales Un insecticida es un compuesto químico utilizado para matar insectos, mediante la inhibición de enzimas vitales.

**Agroservicio** Lugar donde se comercializa los Plaguicida.

# Anexos



## OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Objetivos específicos	Variables	Definición operacional	Valor	Escala
<b>Características socio demográficas</b>	Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	16 – 19 20 – 24 25 - 40	Discreta
	Sexo	División del Género humano en dos grupo Masculino y Femenino	Masculino Femenino	Nominal
	Escolaridad	Nivel de instrucción de cada persona	-No lee ni escribe -Primaria Completa -Primaria Incompleta -Secundaria Completa -Secundaria Incompleta	Nominal
	Ocupación	Trabajo o actividad que impide emplear el tiempo en otra cosa	-Agricultor -Obrero -Ama de Casa -Empleada Domestica	Nominal

<b>Objetivos específicos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala</b>
	Religión	Actividad humana compuesto por creencias y prácticas	-Católica -Evangélica -Testigo de Jehová -Mormones	Ordinal
<b>Toma de decisión</b>	Problemas	Asunto que requiere solución	-Económicos -Familiares -Amorosos -Alcoholismo -Debido al uso de Droga -Enfermedad	Ordinal
	Consumo de Alcohol	Es el acto de tomar alcohol	Nunca Frecuente Ocasionalmente	Ordinal
	Consumo de tabaco	Se Incluyen tanto los individuos que consumen tabaco de forma habitual como los que lo hacen de forma	Diariamente Ocasionalmente Nunca	Ordinal

<b>Objetivos específicos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala</b>
		esporádica		
	Consumo de Droga		Nunca Frecuente Ocasionalmente	Ordinal
	Conciencia de la Toma de desición	Seguridad para tomar una desición	-Terminar con su problema -Llamar la atención de alguien -Terminar con su enfermedad -Terminar con el alcoholismo	ordinal
	Tiempo entre decisión y lo llevo a cabo	Periodo para tomar desición	-menos de 24 hora -menos de 1 semana -entre dos semana 1 mes -entre 1 a 6 mese -1año	Nominal
	Advertencia a alguien de la desición	Dar a conocer la desición	-Familiar cercano -Familiar lejano -amigos o amiga	Ordinal

<b>Objetivos específicos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala</b>
			-vecino	
	Manera cómo hacerlo	Seguridad de cómo hacerlo	-Pregunto cómo hacerlo -Pregunto con que hacerlo -Ya sabía cómo hacerlo	Ordinal
	Antecedentes Familiares	Historial de miembros de la familia	-Si -No	Nominal
<b>Manifestaciones emocionales</b>	Depresión	Trastorno emocional que aparece como un estado de infidelidad	-No deprimido: -Depresión ligera/menor: -Depresión moderada: -Depresión severa: -Depresión muy severa:	Ordinal
	Ansiedad	Se trata de un estado de inquietud o zozobra del ánimo.	-Ausente -leve -Moderada -Grave -Muy Grave incapacitante	Ordinal
<b>Accesibilidad del plaguicida</b>				
	Tipo de Plaguicida	Los plaguicidas son sustancias químicas	Nombre del plaguicida	Discreta

Objetivos específicos	Variables	Definición operacional	Valor	Escala
		utilizadas para controlar, prevenir o destruir las plagas que afectan a las plantaciones agrícolas		
	Obtención del plaguicida	Medio donde lo adquirió	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lo compro Agroservicio</li> <li>-Tenía en su casa.</li> <li>-Lo pidió a un amigo</li> <li>-Lo tomo en empresa que trabaja</li> <li>-Lo compro en otro lugar</li> </ul>	Ordinal
	Compra plaguicida en un agroservicio	Como se lo vendieron	<ul style="list-style-type: none"> <li>-En envase original</li> <li>-le vendieron un poquito en envases que usted llevo</li> <li>-le vendieron en</li> </ul>	Ordinal

Objetivos específicos	Variables	Definición operacional	Valor	Escala
			un envase que contenía un poquito -le preguntaron para que lo necesitaba	
	Donde se almacena	Seguridad del plaguicida	-En bodega con llave -Un árbol guindado en el patio -En reglón del cuarto En otro lugar	Ordinal



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
MANAGUA NICARAGUA



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2008-2010

Instrumento de recolección de la información

Fecha: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

Encuestador/a \_\_\_\_\_

1). Numero de formulario \_\_\_\_\_

2). Lugar de Residência \_\_\_\_\_

Características Personales

3. ¿Que edad tiene?. \_\_\_\_\_

4. Sexo masculino \_\_\_\_\_ femenino \_\_\_\_\_

5. ¿Cual es su Ocupación? agricultor \_\_\_\_\_ obrero \_\_\_\_\_ ama de casa \_\_\_\_\_  
empleada

6. **Econômico** ¿ Tiene trabajo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7. ¿Es Permanente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

8. ¿Es Temporal? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. ¿Su pago lo recibe? Al dia \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ quinsenal \_\_\_\_\_  
mensual \_\_\_\_\_

10. ¿Sus ingresos econômicos osilan en ? mencionar La cantidad \_\_\_\_\_

11. ¿Tenía deuda antes que tomó la decisión? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

12. ¿Que tipo de deudas? \_\_\_\_\_

### ¿Que Nivel de instrucción tiene?

13. No Lee ni escribe \_\_\_\_ primaria completa \_\_\_\_ primaria completa  
\_\_\_\_ primaria incompleta \_\_\_\_ secundaria completa \_\_\_\_ secundaria  
Incompleta \_\_\_\_\_

### Religión

14. ¿A que religión pertenece? Católica \_\_ Evangélica \_\_ Testigo de Jehová \_\_  
Mormones \_\_

15. ¿Con qué frecuencia visita la iglesia? cada semana \_\_\_\_ cada mes \_\_\_\_  
ocasionalmente \_\_\_\_

16. ¿Como se sentía espiritualmente? \_\_\_\_\_

### II. Característica de decisión

17. ¿Cuándo tomó la decisión fue por problemas:

Económicos \_\_\_\_ familiares \_\_\_\_ amoroso \_\_\_\_ alcoholismo \_\_\_\_\_

Debido al uso de droga \_\_\_\_ de estudio \_\_\_\_ enfermedad \_\_\_\_\_

18. ¿Consume alcohol?: nunca \_\_ frecuentemente \_\_ ocasionalmente \_\_

19. ¿Usa tabaco?: diariamente \_\_ ocasionalmente \_\_ nunca \_\_

20. ¿Consume drogas?: nunca \_\_ frecuentemente \_\_ ocasionalmente \_\_

21. ¿Usted tomó la decisión consciente de que así podría:

Terminar con su problema Si \_\_\_\_ No \_\_ llamar la atención de alguien Si \_\_\_\_ No \_\_

Terminar con su enfermedad Si \_\_\_\_ No \_\_ terminar con el alcoholismo Si \_\_\_\_ No \_\_



22. ¿Cuánto tiempo pasó entre que usted tomo la decisión y la llevo a cabo?

Menos de 24 hora\_\_\_\_\_ menos de una semana\_\_\_\_\_

Entre dos semana y 1 mes\_\_\_\_\_ entre 1 mes y 6 meses\_\_\_\_\_

Entre 6 meses y 1 año\_\_\_\_\_ más de 1 año\_\_\_\_\_

23. ¿Usted avisó a alguien de su decisión y a quien lo hizo?

Familiar cercano\_\_\_\_\_ familiar lejano \_\_\_\_\_amigo o amiga \_\_\_\_\_vecino\_\_\_\_\_

24. ¿Cuándo eligió la manera de hacerlo?.

Preguntó a alguien como hacerlo \_\_\_\_\_ Preguntó a alguien con que hacerlo \_\_\_\_\_

Usted ya sabía cómo hacerlo \_\_\_\_\_

25. ¿Tiene familiares que han intentado suicidarse? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

26. ¿Cuántas personas cercanas a usted lo han realizado?\_\_\_\_\_

#### **V. CARACTERISTICA DE QUIMICO UTILIZADO Y ALMACENAMIENTO.**

27. ¿Para que utiliza el plaguicida?.

Fungicida Si\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Herbicida Si\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Insecticida Si\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Rodenticida Si\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

28. ¿Si recuerda el nombre?\_\_\_\_\_

29. ¿Cómo obtuvo el plaguicida?

Fue a comprar un agroservicio\_\_\_\_\_ Tenía en su casa \_\_\_\_\_ Lo pidió a un amigo\_\_\_\_\_ Lo tomo en la empresa que trabaja \_\_\_\_\_ Lo compro en otro lugar\_\_\_\_\_

30. ¿Si fue a comprarlo en agroservicio como se lo vendieron?

En envases originales\_\_\_\_\_ Le vendieron un poquito en envases que usted llevo\_\_\_\_\_ Le vendieron un envase con un poquito \_\_\_\_\_ Le preguntaron para que lo necesitaba\_\_\_\_\_

31. ¿Lo adquirió de otra manera?

Le vendieron tabletas suelta para curar granos o mata rata\_\_\_\_\_

Lo adquirió en el mercado\_\_\_\_\_ En la calle\_\_\_\_\_ En agroservicio \_\_\_\_\_

32. ¿Donde almacena los plaguicidas?

En bodega con llave \_\_\_\_ En un árbol guindado en el patio \_\_\_\_ En un reglón del cuarto\_\_\_\_ En otro lugar\_\_\_\_

# **ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION**

Instrucciones: Elija en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación y luego sume la totalidad de los 17 ítem.

## **1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:**

- 0 = Ausente
- 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
- 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
- 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

## **2. Sentimiento de culpa:**

- 0 = Ausente
- 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
- 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

## **3. Suicidio:**

- 0 = Ausente
- 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- 3 = Ideas de suicidio o amenazas
- 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

## **4. Insomnio precoz:**

- 0 = No tiene dificultad
- 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- 2 = Dificultad para dormir cada noche.

## **5. Insomnio intermedio:**

- 0 = No hay dificultad

- 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

**6. Insomnio tardío:**

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

**7. Trabajo y actividades:**

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar éstas sin ayuda.

**8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):**

- 0 = Palabra y pensamiento normales
- 1 = Ligero retraso en el habla
- 2 = Evidente retraso en el habla
- 3 = Dificultad para expresarse
- 4 = Incapacidad para expresarse

**9. Agitación psicomotora:**

- 0 = Ninguna
- 1 = Juega con sus dedos
- 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

**10. Ansiedad psíquica:**

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 = Preocupación por pequeñas cosas
- 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

**11. Ansiedad somática** (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como:

Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 = Ausente
- 1 = Ligera
- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

**12. Síntomas somáticos gastrointestinales:**

- 0 = Ninguno
- 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.  
Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

**13. Síntomas somáticos generales:**

- 0 = Ninguno
- 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

**14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):**

- 0 = Ausente
- 1 = Débil
- 2 = Grave

**15. Hipocondría:**

- 0 = Ausente
- 1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2 = Preocupado por su salud
- 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

**16. Pérdida de peso:**

- 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- 1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- 2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

**17. Perspicacia:**

- 0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
- 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 3 = No se da cuenta que está enfermo

## ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)

	Ausente (0)	Leve(1)	Moderado(2)	Grave(3)	Muy grave Incapacitante
<b>Estado de ánimo ansioso</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión(anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de Estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4



<p><b>12. Síntomas genitourinarios</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>	0	1	2	3	4
<p><b>13. Síntomas autónomos</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta</p>	0	1	2	3	4
<p><b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, Exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<b>Ansiedad somática</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

**Tabla No 1**

Distribución de casos según comunidad

Nombre de la comunidad (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
La Laguna	8	53%
El Salto	3	20%
El Barro	2	13%
Datanlí	1	3.3%
Los Robles	1	3.3%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 2**

Distribución de casos según edad

Edad (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
16-19 años	4	26.7%
20-24 años	6	40.0%
25-40 años	5	33.3%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 3**

Distribución de casos según sexo

Sexo (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	12	80%
Femenino	3	20%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 4**

Distribución de casos según ocupación

Ocupación (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	9	60%
Obrero	3	20%
Empleada doméstica	2	13%
Ama de casa	1	6.6%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 5**

Distribución de casos de acuerdo a si trabajan o no

Trabajo (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	80%
No	3	20%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 6**

**Distribución de casos según estabilidad laboral**

Estabilidad en el Trabajo (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Permanente	6	40.0%
Temporal	4	26.6%
Trabajo propio	2	13.3%
No trabajan	3	20.0%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 7**

Distribución del salario según el período de tiempo que lo realiza

Salario (n= 15)	Semanal (n=2) 16.6%	Quincenal (n=7) 58.3%	Mensual (n=4) 25%
350	1		
420	1		
600		5	
740		2	
780		2	
890			1
1200			1
1500			1
1600			1
Sub Total	2	9	4
<b>TOTAL: 15</b>			

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 8**

Distribución de casos según nivel de instrucción

Nivel de instrucción (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
No lee, ni escribe	7	46.7%
Primaria completa	2	13.3%
Primaria incompleta	6	40.0%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 9**

A que religión Pertenece

Religión (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Católico	9	60%
Evangélico	6	40%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuario

**Tabla No 10**

Distribución de caso según los problemas relacionados al intento suicida

Problemas relacionado con la toma de decisión (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Familiares	9	60.0%
Alcoholismo	4	26.7%
Amorosos	2	13.3%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 11**

Distribución de casos según problemas relacionados al consumo de alcohol

Consumo de alcohol (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	11	73.3%
Nunca	4	26.6%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios



**Tabla No 12**

Distribución de los casos según problemas relacionados al consumo de tabaco

Consumo de tabaco (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	8	53.3%
Nunca	4	26.7%
Ocasionalmente	3	20.0%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 13**

Distribución de caso según el tiempo que pasó entre que usted tomó la decisión y la llevó a cabo

Tiempo de toma de decisión y el intento (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Entre 1 mes y 6 meses	1	7.7%
Menos de 24 horas	14	92.3%
<b>TOTAL</b>		

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 14**

Distribución de casos según los antecedentes familiares de intento suicida

Antecedentes familiares del intento suicida (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	76.9%
No	5	23.1%

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 15**

Distribución de casos según el número de personas cercanas a usted que lo ha realizado

Cuántas personas cercanas a usted lo ha realizado	Frecuencia N=15	Porcentaje
6	1	6.8%
3	2	13.3%
1	8	53.3%
0	4	26.6%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 16**

Distribución de los casos según el nivel de depresión de casos de intento suicida

Nivel de depresión (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
No deprimido	4	26.7%
Depresión ligera	5	33.3%
Depresión moderada	6	40.0%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 17**

Distribución de casos según presencia de ansiedad en los casos

Presencia de ansiedad (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	46%
No	8	54%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 18**

Distribución de casos según en nombre de plaguicidas

Nombre del Plaguicida (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Gramoxone	7	46%
Glifosato	3	20%
Cipermetrina	2	13.3%
Hervaled	1	6.6%
2.4.D	1	6.6%
M.T.D	1	6.6%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios.

**Tabla No 19**

Distribución de los casos según clasificación de los Plaguicidas

Clasificación de los plaguicida (n=1)	Frecuencia	Porcentaje
Herbicida	12	77%
Insecticida	3	23%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios.

**Tabla No 20**

Distribución de según la manera como obtuvo el Plaguicida

Como obtuvo el plaguicida (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
Lo tenía en su casa	14	90.9%
Lo pidió a un amigo	1	9.9%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

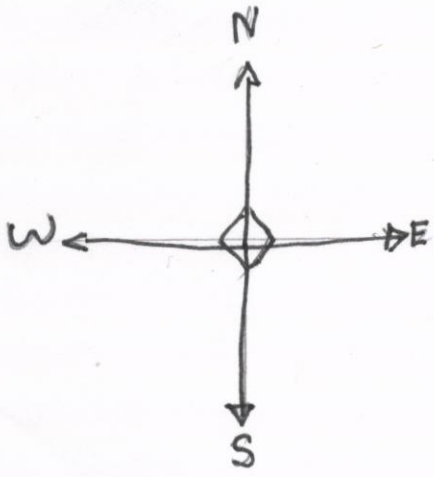
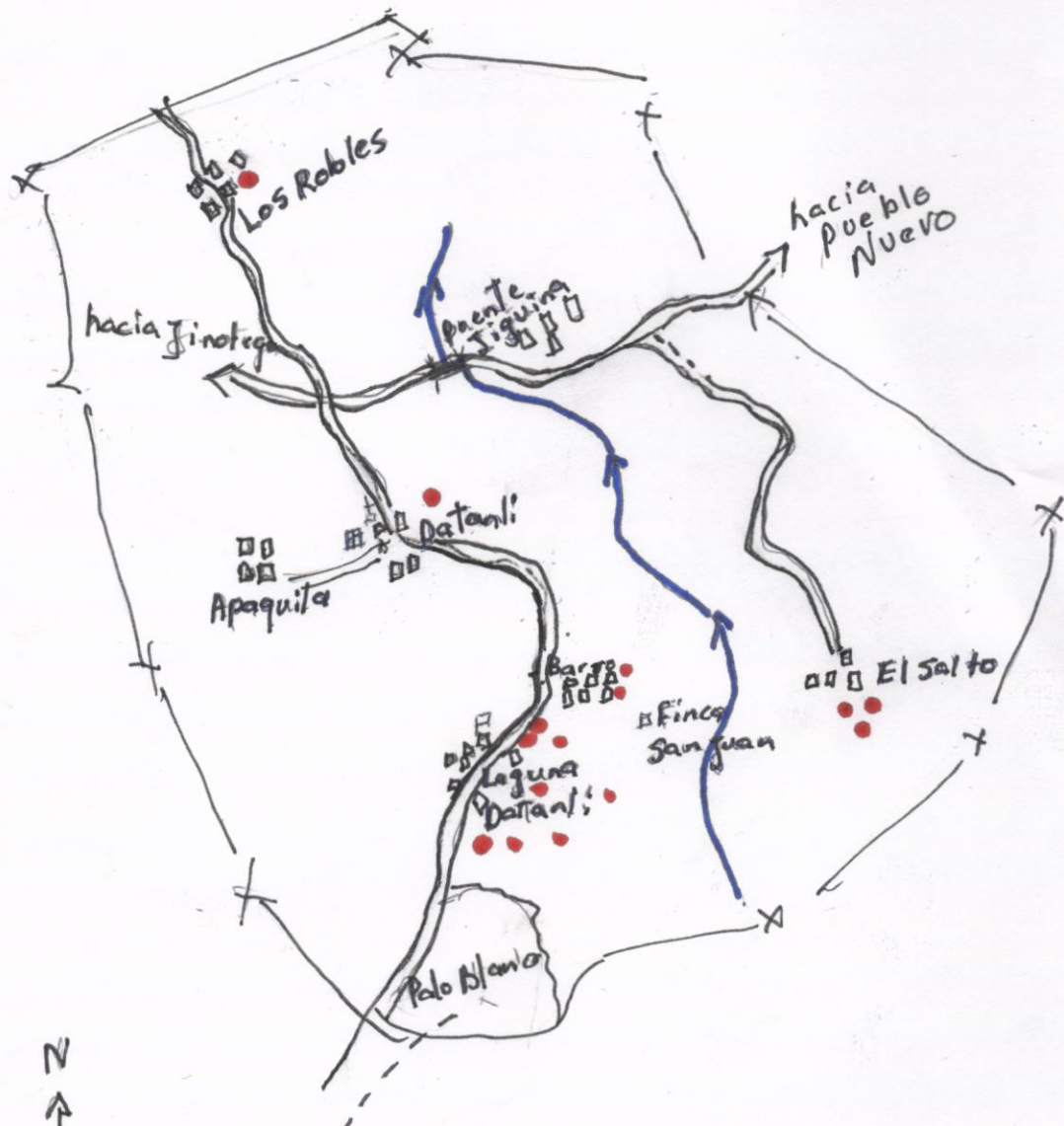
Fuente: Entrevista a usuarios

**Tabla No 21**

Distribución de los casos según sitio donde almacena los plaguicidas en su casa.

Donde se almacena los plaguicida en su casa (n=15)	Frecuencia	Porcentaje
En el reglón del cuarto	6	40%
En bodega con llave	3	20%
En un árbol guindado en el patio	3	20%
En otro lugar	3	20%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista a usuarios



Simbología

- : Caserio
- ⊕ : Puesto de Salud
- ≈ : Carretera
- ~ : Rios
- ⌒ : Puente

Localidades del Puesto de Salud de Datanli.

- Limite :
- Norte : Lago de Apanas
  - Sur : La Sultana
  - Este : Los Milagros
  - Oeste : Hipulolo