

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

PREVALENCIA DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO PÍNA. EN EL PERÍODO
2008-2012.

Tesis de posgrado para optar por el título de maestría en la especialidad de:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante:

Dra. Eridania Cruz Rodríguez

Asesores:

Dra. Iris Paula (Clínico)

Rubén Darío Pimentel (Metodológico)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante del mismo.

Distrito Nacional: 2013

CONTENIDO

Agradecimiento

Dedicatoria

Resumen

Abstract

I. Introducción	5
I.1. Antecedentes	6
I.2. Justificación	7
II. Planteamiento del problema	8
III. Objetivos	9
III.1. General	9
III.2. Específicos	9
IV. Marco teórico	10
IV.1. El suicidio	10
IV.1.1. Historia	10
IV.1.2. Conceptos	12
IV.1.3. Etiopatogenia	16
IV.1.4. Clasificación	19
IV.1.5. Perfil del suicida	24
IV.1.6. Epidemiología	25
IV.1.7. Comunicación del acto suicida	27
IV.1.8. Factores de riesgo	28
IV.1.9. Factores de protección	37
IV.1.10. Características de la conducta suicida	38
IV.1.11 Diagnóstico	40
IV.1.12. Valoración del riesgo suicida	42
IV.1.13. Tratamiento	44
IV.1.14. Suicidio en poblaciones especiales	46
IV.1.15. Prevención	48
IV.1.16. Consecuencias	52

V. Hipótesis	53
VI. Operacionalización de las variables	54
VII. Material y métodos	56
VII.1. Tipo de estudio	56
VII.2. Área de estudio	56
VII.3. Universo	57
VII.4. Muestra	57
VII.5. Criterio	57
VII.5.1. De inclusión	57
VII.5.2. De exclusión	57
VII. 6. Instrumento de recolección de la información	57
VII. 7. Procedimiento	58
VII.8. Tabulación y análisis	58
VII.9. Consideraciones éticas	58
VIII. Resultados	59
IX. Discusión	71
X. Conclusiones	73
XI. Recomendaciones	74
XII. Referencias	75
XIII. Anexos	78
XIII.1. Cronograma	78
XIII.2. Instrumento de recolección de la información	79
XIII.3. Costos y recursos	80
XIII.4. Carta de solicitud de tesis de posgrado	81
XIII.6. Evaluación	82

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Gracias por dotarme de fuerza, paciencia y sabiduría para llevar a término esta nueva formación.

Al Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína

Gracias por albergarme durante los cuatro años de mi formación y haberme dado la oportunidad de realizar este estudio.

A los profesores

Gracias por acompañarme durante éste proceso y ayudarme a crecer académicamente.

A mis asesores

Gracias por sus valiosos aportes y colaboración para la realización de éste estudio de investigación.

A mi familia

Gracias por ayudarme y apoyarme siempre en todos los momentos que los necesite durante esta etapa de mi vida.

Eridania Cruz Rodríguez

DEDICATORIA

A mi familia

Por haber confiado en mí y apoyarme siempre, gracias a ustedes cuento con lo necesario para mi desarrollo personal y profesional.

Eridania Cruz Rodríguez

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, con el objetivo de determinar la prevalencia de intento suicida en pacientes ingresados en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína, en el período 2008-2012. La información fue obtenida a través de la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes y el posterior llenado de un formulario. Se encontró que la prevalencia de intento suicida fue de un 3 por ciento. La muestra estuvo integrada por 111 pacientes, de los cuales los adolescentes y adultos jóvenes < 20 y 20-29 años fueron la población más afectada con 35 y 25 por ciento respectivamente. El sexo femenino predominó con 56 por ciento. El estado civil y la ocupación predominantes fueron los de unión libre al igual que los desempleados, ambos con un 42 por ciento. El nivel de escolaridad de primaria fue el que prevaleció con un 57 por ciento junto a la procedencia urbana de los pacientes con un 79 por ciento. Los conflictos amorosos y los problemas familiares fueron los eventos vitales estresantes más relevantes con un 55 y 23 por ciento respectivamente. Se observó que el 76 por ciento de los pacientes no tenía antecedente de suicidio familiar, el 85 por ciento no presentaron intentos suicidas previos y de éstos el 91 por ciento no tenían antecedentes patológicos, siendo los organofosforados el método más utilizado con 53 por ciento. De acuerdo con estos resultados se pone en evidencia la importante necesidad de realizar un abordaje multidisciplinario haciendo énfasis en los factores de riesgo, lo cual nos permitirá anticipar una atención preventiva, adecuada y oportuna de la conducta suicida.

I. INTRODUCCIÓN

El suicidio es la muerte autoinflingida con evidencias explícitas o implícitas de que el individuo quería morir, así pues la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como un acto con resultado letal deliberadamente iniciado y realizado por el individuo sabiendo o esperando su resultado letal y la muerte es un instrumento para obtener cambios en la actividad consciente y en el medio social y estima que para el año 2020, la cantidad de estos hechos crecerá un 50 por ciento para alcanzar las 1,5 millones de muertes anuales. También subraya que hay tres veces más suicidios en hombres que en mujeres, sean cuales fueran las clases de edad y los países considerados.¹

El suicidio se encuentra influido por diversos factores biológicos, psicológicos y sociales que por sí solos no son determinantes para el intento suicida sino que se requiere de la conformación de muchos de ellos para que puedan contribuir a la depresión del individuo que finalmente le lleve a tener resultados fatales, por lo tanto su conocimiento resulta esencial para que el clínico pueda evaluar el paciente suicida.

La tasa global de suicidio ha aumentado a lo largo de las últimas décadas con modificaciones entre los diferentes subgrupos de edad y sexo. Se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas de 15 a 44 años, en este grupo se ha incrementado de tal forma que ahora son el de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo.²

En los hombres los suicidios consumados son más comunes debido a que son los que están mayormente expuestos a sufrir las consecuencias de los cambios socioeconómicos, mayor tendencia al alcoholismo, sus métodos son más agresivos e impulsivos y por ende el intento de suicidio es más exitoso, mientras que las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que la inmensa mayoría de los suicidios consumados ocurren en pacientes con enfermedades psiquiátricas identificables, se demostró que el 94 por ciento de los sujetos que consumaron el suicidio padecían un trastorno psiquiátrico, fundamentalmente de carácter afectivo o alcoholismo. Un pequeño porcentaje de suicidios se dan en personas que han

sufrido la pérdida de un ser querido, desastre económico o de posición social, personas con enfermedades discapacitantes o terminales como el cáncer pero incluso éstos solamente justifican un 5 por ciento del número total de suicidios.³

En este sentido, dado que el intento suicida implica un estado riesgoso para el organismo del individuo que debe ser tratado médicamente con el fin de restablecer el equilibrio del funcionamiento orgánico, este debe llevarse a cabo generalmente en instituciones de atención de salud por médicos de diferentes especialidades.

I.1 Antecedentes

En estudios realizados en España según los datos obtenidos en el informe del intento suicida en el Hospital Clínico Universitario de Madrid, el sexo más afectado fué el masculino con un 69.2 por ciento, la población más afectada fueron los adultos jóvenes de 21 a 30 años con 37.1 por ciento, de acuerdo al estado civil los solteros presentaron un 55.1 por ciento seguido de los casados con 39.8 por ciento, las causa o motivaciones que llevaron a los pacientes a realizar intento suicida fueron la llamada de auxilio en un 19.2 por ciento, el disgusto amoroso con 17.9 por ciento al igual que los problemas familiares, de estos pacientes los que presentaron neurosis fueron el 34.6 por ciento y según el número de intentos el 16.6 por ciento lo hizo en una ocasión.³

Otro estudio realizado con 300 adolescentes de ambos sexos, con un rango de edad entre 15 y 18 años, que asisten a las instituciones educativas públicas y privadas, de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. La tendencia general de los datos obtenidos hasta el momento indica que un 6.01 por ciento de la muestra informó puntuaciones de riesgo suicida alto. Estos datos concuerdan con los hallados en una investigación previa realizada en otras ciudades. Las variables sociodemográficas sexo y tipo de institución educativa tuvieron un efecto diferencial en el grado de riesgo suicida, siendo las mujeres y los estudiantes de instituciones públicas consideradas de riesgo psicosocial significativamente mayor.⁴

En nuestro país se realizó un estudio en el Hospital Francisco Moscoso Puello para determinar las características epidemiológicas del suicidio en los pacientes

asistidos en la unidad de intervención en crisis, se reportó 33 casos de 2237 pacientes vistos, el sexo más afectado fué el femenino con 55 por ciento, las edades más afectadas estuvieron entre 21-30 años con 30 por ciento, donde el 67 por ciento eran solteros y predominaron los desempleados con el 27 por ciento. El método mayormente utilizado fueron los organofosforados con el 85 por ciento.⁵

Otro estudio realizado en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína, para determinar la frecuencia de intento suicida de pacientes que fueron asistidos en la emergencia, se obtuvieron 77 casos, de los cuales el 66 por ciento correspondieron al sexo femenino y el 34 por ciento al masculino, el grupo etáreo más afectado fué el de 20 años y el método más frecuentemente utilizado fueron los organofosforados con el 35 por ciento.⁶

1.2 Justificación

Determinar la magnitud del fenómeno suicida en nuestra población, debido a que por razones religiosas o sociales las personas tratan de ocultar o disfrazar el hecho, además de la ausencia de estadísticas confiables porque no todos los casos se registran de manera oficial, los pacientes llegan a centros de salud donde no cuentan con servicio de psiquiatría y por tanto muchos de ellos no reciben evaluación, ni tratamiento psiquiátrico y además no existen estadísticas confiables que nos reporten la cifras exactas de esta problemática.

Es por eso que pretendemos profundizar en la determinación de los factores de riesgo que tienen mayor influencia causal en la conducta suicida, que son los que predicen el problema con un mayor grado de probabilidad, lo cual nos permite anticipar una atención preventiva, adecuada y oportuna a fin de evitar dicha conducta patológica.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es una conducta muy compleja y así se refleja en su etiología en la que interaccionan factores biológicos, psicosociales, genéticos, comorbilidad psiquiátrica y los rasgos de personalidad del paciente.

Es un fenómeno universal con extraordinaria repercusión social. Asimismo es un grave problema de salud que causa una gran morbilidad e importante mortalidad en la actualidad.

A partir de este hecho se considera como un problema de salud pública debido a la alta demanda de recursos profesionales y financieros que representa para los sistemas de salud, surgiendo la necesidad de plantear diseños de intervención dirigidos a los grupos de riesgo.

Con el propósito de conocer la frecuencia y los diferentes factores asociados al fenómeno suicida para intervenir de forma oportuna y aplicar programas preventivos eficaces que contribuyan a disminuir la tasa de mortalidad por suicidio en nuestra población.

Por lo anteriormente expuesto se realizó el siguiente planteamiento:

1. ¿Cuál es la prevalencia de intento suicida en pacientes ingresados en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína, en el período 2008-2012?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar la prevalencia de intento suicida en los pacientes ingresados en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína, en el período 2008-2012.

III.2. Específicos

1. Identificar la edad más afectada.
2. Identificar el sexo más afectado.
3. Identificar el estado civil de los pacientes.
4. Identificar la ocupación de los pacientes.
5. Determinar la escolaridad de los pacientes.
6. Determinar la procedencia de los pacientes.
7. Identificar los eventos vitales estresantes que llevaron al intento suicida.
8. Determinar los antecedentes de suicidio familiar.
9. Determinar la cantidad de intentos suicidas previos.
10. Determinar los antecedentes patológicos de los pacientes.
11. Determinar los métodos suicidas utilizados por los pacientes.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. El suicidio

IV.1.1. Historia del suicidio

A lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad hacia el acto del suicidio, sus formas y su frecuencia. En el antiguo testamento cita el suicidio de Saúl primer rey de Israel, la remoción de las columnas de Sansón presidiario y burlado se ha considerado como un acto suicida, Alejandro Magno se suicidó envenenándose, Cleopatra, reyna de Egipto se suicido utilizando un Áspid cuando se enteró de la derrota de Marco Antonio en la batalla de Accio el cual también se suicidó.

El suicidio comenzó a ser considerado pecado en el siglo IV con San Agustín, porque viola el sexto mandamiento, usurpa la función del estado y de la iglesia y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios.

En la edad media y hasta bien entrada nuestra edad moderna en Europa occidental las Iglesias cristianas sacralizaron la muerte, la domesticaron, integrándola en un sistema de ritos y creencias que la convertían en una etapa más del destino final de cada ser humano. La iglesia católica rechazaba al suicida y se le negaba la sepultura en el campo santo y consideró expresamente esta práctica y lo tomó no sólo como un pecado sino también como un crimen, se le confiscaba todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones. También degradaban el cadáver arrastrándolo por las calles cabeza abajo con una estaca atravesando el corazón y una piedra en la cabeza para inmovilizar el cuerpo y que el espíritu no regresara a dañar a los vivos: el alma del suicida era condenada al infierno por toda la eternidad.

En la Inglaterra anglicana de 1800 el cuerpo del suicida era castigado por la justicia públicamente siendo arrastrado por el suelo y estaqueado en el cruce de los caminos, sus bienes confiscados y la viuda desheredada y deshonrada. Sólo se aceptaba el caso del soldado vencido que se suicidaba por honor.

En el siglo XV, Castilla, Aragón, Florencia, Francia, Reino Unido, Milán, Venecia y Portugal sancionaban el suicidio, rematando incluso a los muertos suicidados. En Castilla y Aragón, la práctica se recoge en una constitución de 1497, cuando

un pastor almeriense se suicidó porque le despidieron, y fue rematado en Córdoba en 1498.

En sociedades donde la sacralidad era la cosmovisión vigente, es lógico que el comportamiento suicida se rechazara, pues el hombre no tenía permitido modificar su destino, que estaba en las manos de Dios.

El suicidio ha estado ligado a la humanidad y sus costumbres: los mayas, según refiere la historia, veneraban a *Ixtab*, la diosa del suicidio, y en el lejano oriente los japoneses se hacían el *seppuku* para lavar la deshonra.

En nuestro país la historia se remonta a la época de los aborígenes ante el acosos de los españoles, Guaroa el cacique de Bahoruco eligió el suicidio antes que la esclavitud.

Notables hombres de nuestra historia terminaron con su vida suicidándose como son: Gastón Fernando Deligne, Gregorio Luperón, Robert Reid Cabral, los dos primeros aquejados por la lepra y el cáncer de laringe y el último acosado por la tiranía de Leónidas Trujillo.

Fue a partir del siglo XIX cuando se perdió ese sentido de socialización, inserto en la ritualidad. La sociedad emergente rechazó aquel paradigma medieval. La muerte fue liberada y pasó al dominio privado, el cadáver era velado en la casa, sepultado en familia, y en ese sentido la muerte pasó a depender cada vez más de la voluntad del individuo. De este modo, la sociedad occidental se había desvinculado de la muerte y del suicidio en particular.

Desde el punto de vista jurídico y de los derechos humanos hoy el suicidio, se considera por muchos como un derecho.

En 1897 Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto de individualismo, considerándolo como consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración.

No obstante, la tendencia actual considera al suicidio desde el punto de vista psicológico en lugar de una perspectiva moral.²

IV.1.2. Conceptos

Desde su origen el concepto de suicidio ha resultado difícil de sistematizar y definir. Etimológicamente la palabra proviene del latín *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar).

Así, en este sentido el concepto de la palabra suicidio sería la muerte de una persona provocada por sí misma. También puede ser entendido desde un acto puntual de provocarse un daño hasta una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores psicológicos, ambientales, biológicos, etc.⁷

El suicidio incluye un conjunto heterogéneo de ideas o actos realizados de manera voluntaria con el propósito aparente de acabar con la propia vida, aunque existe una relación entre ellas.⁸

También es considerado como la complicación más importante de los pacientes que padecen de trastornos del estado de ánimo, depresión que con frecuencia incluye algunos elementos de agresión.⁹ De acuerdo con esta consideración existen cuatro grupos de pacientes que intentan suicidarse:

1. Personas sobrecargadas de problemas.
2. Personas controladoras.
3. Depresores graves.
4. Pacientes psicóticos.

Este acto autodestructivo para algunos individuos puede representar

1. Liberación de desesperanza de un futuro estéril.
2. Desamparo de la senectud.
3. Reacción a las pérdidas, separación y abandono.
4. Acto impulsivo como venganza a un rechazo.
5. Deseo de reunirse con la persona amada.
6. Reacción a un trastorno psiquiátrico o al uso de sustancias.

El término suicidio se utiliza para designar a todos los tipos de fenómenos y procesos suicidas, esto ha obligado a que se acuñen términos compuestos para

referirse a una enorme variedad de fenómenos suicidas que no son los que culminan con la muerte, y con tal procedimiento, se gana precisión y claridad.¹⁰

El clínico debe diferenciar bien de menor a mayor gravedad

1. Ideación suicida.
2. Gestos o amenazas suicidas.
3. Intento suicida.
4. Suicidio consumado.

Ideación suicida

Son los pensamientos, ideas o deseo de realizar un acto suicida, la cual debe diferenciarse de las fobias de impulsión suicida sin deseo real de consumir un acto suicida.¹⁰

Gestos o amenazas suicidas

Están constituidas por verbalizaciones o precursores de actos que, si llegan a realizarse en su totalidad, conducirían a un daño serio o la muerte. Es un acto de alto contenido emocional que no lesiona al paciente.¹⁰

Intento suicida

Es el acto que busque la muerte propia muerte, llamar la atención o manipular, obtener ganancias secundarias y al cual se sobrevive. Puede fallar por muchas causas, como el porqué no existe una firme decisión de hacerlo, la levedad del intento, medios blandos empleados, desconocimiento de la eficacia de los medios y por la rápida actuación de otras personas para evitarlo. Se caracteriza por ser de escasa letalidad, alta probabilidad de rescate, impulsividad, historia previa de autoagresividad, existencia de ambiente familiar susceptible de ser manipulado, rasgos de personalidad histriónicos o límites,¹⁰ a su vez se divide en tres tipos:

Suicidio frustrado o Intento de suicidio muy grave

Es aquel en que consciente y libremente se inflinge la muerte sabiendo las consecuencias, pero el ambiente cambia el fin.¹⁰

Es el suicidio que no llega a consumarse porque un imprevisto o algo con lo que no contaba el sujeto lo interrumpe.¹¹

Intento de suicidio (en sentido estricto)

Es el todo acto caracterizado por lesiones autoprovocadas con la intención de causarse daño.¹¹

Parasuicidio o intento de suicidio leve

Es cuando sin una clara finalidad suicida, ocasiona lesiones físicas banales. Es la conducta autolesiva no mortal realizada por el individuo y en la que no es esencial su intencionalidad u orientación hacia la muerte.

Se suele producir ante situaciones conflictivas no resueltas y dentro de algún trastorno de la personalidad. Se incluirían aquí muchas conductas consideradas manipulativas.¹¹

Suicidio consumado o completo

Es cuando el suicida logra su cometido, es decir, propiciarse la muerte. Es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida.¹⁰

El acto suicida

Se denomina así a la acción, desarrollo o puesta en práctica de una conducta destinada consciente o no a poner fin a la propia vida, llamar la atención para obtener una ganancia secundaria a través de su intento.¹⁰

La conducta suicida

Es el conjunto de acciones, comportamientos o actos manifiestos que por acción o emisión, tiene como propósito producir la muerte no accidental de uno mismo.¹⁰

La autanasia o suicidio eutanásico

Es el término propuesto por el español Mauro Rodríguez Estrada como sinónimo de autoeutanasia, para enfatizar la propia decisión, el empoderamiento que implica elegir uno mismo el momento de su muerte.¹⁰

La autolesión

Es una conducta causada voluntariamente por el propio sujeto de las cuales resulta una lesión, la intencionalidad no es necesariamente morir.¹⁰

Riesgo de suicidio

Es la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.¹¹

El suicidio colectivo

La conducta autodestructiva la llevan a cabo varias personas a la vez. En éste tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.¹¹

El suicidio racional

Es cuando una persona que tras una larga enfermedad por ejemplo incapacitante, llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse.¹²

La posvención del suicidio

Es el término creado por Schneidman. Se refiere al conjunto de ideas y estrategias desplegadas para intervenir y ayudar a los sobrevivientes: a los demás familiares y personas significativas para la persona suicida, para prevenir en ellas que se produzca otro suicidio.¹²

La suicidología

Esta hace referencia a la ciencia que estudia las causas y la prevención del suicidio.¹²

IV.1.3. Etiopatogenia

Se han elaborado diversas teorías para explicar este complejo fenómeno. A partir de las década de los cincuenta se empezó a postular sobre la posible influencia de los factores genéticos, alteración de neurotransmisores entre otros, que inciden en causalidad de este fenómeno.⁸

1. Teorías neurobiológicas

Diversos estudios han demostrado que el aumento de la hipofunción serotoninérgica se relacionaría con la conducta suicida y sería un marcador de riesgo.⁸ Estudios posmortem del líquido cefalorraquídeo y de orina reportaron los siguientes resultados:

Disminución de la acción de la serotonina

Está relacionada con las conductas depresivas, agresivas, disminución del control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos. También se encontró niveles bajos de su metabolito el ácido-5-hidroindolacético y su correlación con el diagnóstico psiquiátrico y letalidad del intento.⁸

Elevación del cortisol

Se ha encontrado en pacientes suicidas y cuando el valor en sangre está por encima de 20 mg/dl se ha utilizado como marcador biológico de alto riesgo de suicidio.⁸

Factores de riesgo perinatal

Estos son el estrés respiratorio durante el parto, la falta de atención perinatal antes de las 20 semanas de gestación y la enfermedad materna crónica.⁸

La hipocolesterolemia

Se ha relacionado en diversos estudios con el intento suicida, sin embargo su papel causal es poco claro, ya que parece ser más bien una relación colateral o indirecta.⁸

Las hormonas sexuales

Se ha postulado que estas hormonas están relacionadas con el intento suicida, por ejemplo se ha postulado que en el período premenstrual existe un incremento de esta conducta.⁸

2. Teoría genética

El componente genético del suicidio ha sido ampliamente probado en toda la cadena de investigación epidemiológica: estudios familiares, estudios de gemelos, estudios de adopción, entre otros. Además se ha comprobado como la herencia del suicidio es independiente de la herencia de las enfermedades mentales a las que se asocia. Así, existen evidencias suficientes para probar la agregación familiar de la conducta.

En los estudios de gemelos los datos muestran una concordancia mayor en monocigotos que en dicigotos para intentos y suicidio consumado. También son significativos los estudios de adopción que, en términos generales, demuestran que el riesgo de realizar estas conductas es más dependiente de los padres biológicos que de los adoptivos.⁸

3. Teorías psicológicas

La teoría de Freud

Freud describió el suicidio como un ataque homicida sobre un objeto internalizado que se había convertido en fuente de ambivalencia. Por este motivo, el objeto amado introyectado es el centro del ataque. No puede haber suicidio sin deseo previo de matar a alguien. Ha explicado el fenómeno suicida vinculándolo con el instinto de muerte y a la pulsión suicida. El primero está relacionado con una función yoica en relación a la orientación en el mundo

externo. La desesperanza es tan severa que anula las otras conductas del yo, apareciendo actitudes superyoicas como la imposibilidad de aceptar ayuda por orgullo.

La segunda se puede mencionar un deseo de escapar, un sentimiento de culpa como un autocastigo, un deseo hostil de venganza y de control más allá de la muerte, una forma de esperanza de renacimiento, de empezar a vivir de nuevo.¹³

La teoría de Karl Menninger

Delineó la psicodinámica de la hostilidad, entiende al suicidio como un asesinato retroreflejo, un homicidio invertido como resultado del cólera del paciente contra otra persona que es dirigido hacia el interior usado como una excusa para el castigo y postula tres elementos del suicidio que podían operar de manera inconsciente: Un deseo de matar, de ser matado y uno de morir.¹³

Teorías cognitivo conductuales

La teoría de Beck

Refiere que el papel central está en la desesperanza y el desamparo en la patogenia de la depresión y el suicidio, ha relacionado la triada cognitiva negativa de la depresión basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando el paciente se encuentra deprimido, de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y el mundo.⁸

La teoría de Rudd

Presenta el modelo de triple vulnerabilidad: cognitiva, biológica y conductual.⁸

Las teorías sociológicas

El suicidio es un hecho social y no se aceptan una explicación ni biológica, patológica o individual. En las leyes que determinan el modo de ser social, las características de sus instituciones, costumbres, ideología es donde hay que buscar los factores que determinen y expliquen las conductas de los individuos.¹³

La teoría clásica de Durkheim

A finales del siglo XIX, comienza la era moderna en la interpretación del suicidio, con los trabajos de Durkheim y Freud. Durkheim realiza un enfoque sociológico del suicidio y plantea que es el resultado de la fortaleza o la debilidad del control de la sociedad sobre el individuo. Así define tres tipos de suicidio: el egoísta, el anómico y altruista. Un cuarto tipo fue introducido por Dohrenwend, el suicidio fatalista.⁸

4. Modelos vulnerabilidad-estrés

Integra diferentes factores: en los pacientes suicidas existe una vulnerabilidad genética pero también adquieren una vulnerabilidad ambiental cuando experimentan estrés o *life-events* negativos sobre todo en la infancia. Finalmente rasgos caracteriales o conductuales (impulsividad, fácil hostilidad, ansiedad y pobre inhibición conductual) y/o estados de trastorno mental (sobre todo la depresión) determinan la descarga suicida.⁸

IV.1.4. Clasificación del suicidio

Según el método

1. Suicidio por métodos violentos o duros: arma de fuego, precipitación.
2. Suicidio por métodos pasivos o suaves (ingestión de psicofármacos).¹⁴

Según su forma clínica

Suicidio ampliado

Es aquél en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir. Por ejemplo: madre con una depresión nihilista que asesina a su hijo para evitarle los sufrimientos que la vida conlleva.¹⁴

Suicidio por desesperación

Es el que ocurre en el marco de una situación con gran repercusión afectiva en sujetos con poca tolerancia a las frustraciones. Por ejemplo: fracaso amoroso y pérdida de un ser querido.¹⁴

Suicidio por miedo

Se trata de evitar una situación muy temida. Por ejemplo: pérdida de la virginidad en familias moralistas.¹⁴

Suicidio por venganza o chantaje

El suicida pretende castigar a otros. Por ejemplo: persona histérica que frente a un conflicto se suicida dejando una nota que inculpa al amante.¹⁴

Suicidio por sacrificio

La muerte tiene una finalidad política, religiosa. Por ejemplo: el líder ortodoxo, Eduardo Chibás, se suicidó en un programa radial en que denunciaba la corrupción administrativa y política del régimen existente.¹⁴

Desde el punto de vista de la psicopatología existen cuatro tipos de suicidio

Suicidio por abandono punitivo (intento de suicidio)

No es de una conducta contra el instinto de conservación de la vida, la finalidad no es la muerte, sino que se recurre al intento de suicidio como último sistema desesperado de entablar una comunicación.

Se adivina un contenido de chantaje afectivo y el sujeto deja escaso margen de posibilidades de alcanzar la muerte, se trata de personas que lo han intentado varias veces y con cierto aire teatral.¹⁵

Suicidio por evasión ante dificultades vitales

Sobre todo, ante abandono afectivo (lutos, separación, etc.), puede aparecer la muerte como la única solución al problema de vivir solo. Este tipo de suicidios es muy de temer en personas que desde su infancia han sufrido rechazos afectivos, ya que ante un nuevo rechazo, puede aparecer la conducta suicida. En este grupo es muy importante la impulsividad, que en determinados suicidas, es más fuerte que la motivación.¹⁵

Suicidio como autocastigo

La conducta suicida aparece como un síntoma dentro del cuadro de depresiones endógenas o en las depresiones involutivas. También se da en personalidades sensitivas que desarrollan cuadros depresivos al no alcanzar la meta triunfo deseada.

El cierre de horizonte vivencial que sufren estos enfermos es lo que hace que su vida se menosprecie y carezca de sentido, ya que existe en ellos una pérdida de esperanza de cara al futuro.¹⁵

Suicidio delusivo

Las motivaciones son muy variadas, en general el enfermo llega a él de formas muy extrañas (tragando piedras, quemándose, ahogándose en un cubo, etc.). Es frecuente la coexistencia con brutales automutilaciones, principalmente de órganos sexuales (castración, etc.).

Detrás de un suicidio de este tipo puede existir: ideas delirantes persecutorias o místicas (tiene que cumplir una misión, reunirse con los elegidos, se lo ordena una voz, etc.), o simples deseos, (por ejemplo: quiere salir andando por la ventana de un cuarto piso).¹⁵

Desde el punto de vista sociológico Durkheim describió tres tipos de suicidio

El suicidio egoísta

Se aplica aquellos individuos que no están integrados en ningún grupo social, como los solteros y zonas rurales.¹⁶ Se observa en diferentes ámbitos:

El suicidio egoísta en la religión

En los países de religión puramente católica el suicidio está poco desarrollado, pero en los países protestantes llega a su máxima expresión debido a que son más liberales. Sin embargo, tanto en la sociedad católica como en la protestante el suicidio está prohibido y condenado, lo sancionan penas morales severas y enseñan que después de la muerte comienza una nueva vida en que el hombre será castigado por sus malas acciones.

La sociedad en este caso religioso, está constituida por un conjunto de creencias y prácticas comunes a sus fieles. Este conjunto es tradicional y, por lo tanto, obligatorio. Mientras más numeroso y fuerte sea, mayor capacidad preservadora y de integración logrará una sociedad.¹⁶

El suicidio egoísta en la familia

En el suicidio puede observarse un acto de desesperación, determinado por las dificultades de la existencia. El matrimonio conlleva una serie de dificultades y responsabilidades, por esta razón, en épocas pasadas llegó a afirmarse que el matrimonio y la vida familiar multiplicaban las probabilidades de suicidio. Esta afirmación resulta falsa.

El estado matrimonial disminuye casi a la mitad el peligro de suicidio. Esto se debe a la existencia de la influencia familiar. En cuanto a los viudos, podemos destacar que el número de suicidios es mayor que en cualquier otra clase de población. De aquí se parte para considerar a la viudez como la más desgraciada de todas las formas de suicidio.¹⁶ Esta inmunidad se debe a una de las siguientes causas

1. El matrimonio, donde solo se admiten los que ofrecen garantías de salud.
2. La acción de la familia neutraliza la acción o inclinación al suicidio.

El suicidio egoísta en la sociedad

Está comprobado a través de la historia, que el suicidio es poco frecuente en aquellas sociedades que se encuentran en proceso de evolución y de concentración. Contrariamente, se multiplican en aquellas en etapa de desintegración.

Hay que destacar que no todas las crisis políticas o nacionales inducen al suicidio, sólo influyen en esta decisión aquellas en que existan las pasiones. Las conmociones sociales, las grandes guerras populares, etc. generan y avivan el sentimiento colectivo, concentran las actitudes de una sociedad hacia un mismo fin, determinando así una integración social más fuerte. Por esta razón el individuo piensa menos en sí mismo y más en el objetivo común que se desea alcanzar.¹⁶

El suicidio anómico

Es aquel cuya integración con la sociedad está alterada, porque no pueden seguir las normas del grupo de manera que están privadas las costumbres habituales de conducta.

La sociedad no sólo atrae hacia sí los sentimientos y la actividad de los individuos, sino que también es un poder que los regula y mantiene una profunda relación con la tasa total de suicidios.

Las crisis financieras no conducen al suicidio por empobrecer a la gente, sino porque son crisis, rupturas del orden colectivo, del equilibrio que impulsan a la muerte voluntaria.

Es la sociedad, por mediación de sus integrantes, la que desempeña este papel moderador, ya que es el único poder moral superior al individuo y cuya superioridad es aceptada por este. Es la única autorizada para declarar el derecho y señalar a las pasiones su límite.¹⁶

El suicidio altruista

Este proviene de la excesiva integración al grupo, es resultado de lo que la sociedad espera del individuo, como los terroristas suicidas.

Así como una individualización excesiva conduce al suicidio, aquella persona que se encuentra demasiado ligada a la sociedad puede suicidarse también. Pero para que el individuo se sienta tan insignificante en la vida colectiva como para suicidarse, es necesario que el grupo lo absorba, que forme una masa compacta y continua, todos sus integrantes lo componen todo, hasta la vida misma, ideas, ocupaciones, etc.

El individuo resulta ser distinto de sus compañeros, forma parte de un todo, sin valor por sí mismo, así su persona deja de tener valor. Para estas personas, los atentados que provienen de individuos particulares, resultan insignificantes; mientras que las exigencias colectivas resultan sumamente importantes, y por tanto, la sociedad le exige poner fin a su vida ante el menor motivo.¹⁴

Luego se incluyó una cuarta categoría por Dohrenwend

El suicidio fatalista

Es el que se produce allí donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado firmes para que éstos conciban la posibilidad de abandonar la situación en la que se hallan. Las sociedades esclavistas serían ejemplos de situaciones en las que se da este suicidio. El individuo considera que la regulación social exagerada y las expectativas predestinadas desbaratan su futuro.⁸

V.1.5. Perfil del suicida

Las personas suicidas se toman sus roles muy en serio, son rígidos, se esfuerzan por alcanzar sus metas, ganar elogios y la aprobación de ellos. Además de inflexibles para tomar decisiones, dejan sensibilidad entre el fracaso, cuando fallan experimentan disconformidad, inutilidad, como una visión en túnel de la vida y quieren tener éxito a como dé lugar.

El comportamiento de la actividad suicida, comprende la autodestrucción total (muerte), la autodestrucción (no muerte), la mutilación y otras acciones dolorosas y no dolorosas, las amenazas, indicaciones verbales las cuales son los signos más fuertes e inquietantes, las intenciones de destruirse, depresión, pensamientos de separación, partida y ausencia.

Clínicamente una vez que se han roto las defensas psicológicas, es mayor la posibilidad de que la persona se deje vencer por la tensión emocional cuando esta aparece. El comportamiento es más grave debido a sentimientos de culpa o porque es necesario poder comunicar algo con impacto equivalente. Normalmente una persona suicida se descubre a si misma comunicando su tendencia a través del comportamiento, o verbalmente antes de que se produzca un acto específico.

El suicida típico presenta un deseo de morir y vivir a la vez; desesperación, impotencia e imposibilidad de hacer frente a los problemas, agotamiento físico o psicológico, ansiedad, tensión, depresión, rabia, culpa, caos y desorganización,

estados de ánimo cambiantes, reducción del cognitivo, pérdida del interés por actividades normales, malestar físico, etc.

En los sentimientos de culpabilidad existe una imagen negativa de sí mismo, actitudes y expectativas negativas frente al medio ambiente, al futuro y así mismo, desamparo y desesperanza.¹⁷

Existe también una pasividad, una falta de iniciativa o pérdida de interés de objetos y planes de acción. Hay una paralización de la voluntad. En el comportamiento suicida, se observa una pérdida de la libido, trastornos de sueño, pérdida del apetito y molestias psicósomáticas.

Se desconocen cuáles son los síntomas fundamentales. Esta determinación depende en cada caso de la teoría y de las experiencias correspondientes de los investigados y prácticos clínicos, pero al parecer son básicos el abatimiento y la incapacidad de alegrarse o de anticipar alegría.¹⁷

IV.1.6. Epidemiología

El suicidio ocupa la décima causa de muerte en el mundo. Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hablan de casi un millón de muertes por suicidio al año (14,5 por cada 100.000 habitantes, un suicidio cada 40 segundos). A nivel mundial, el suicidio ocupa la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 24 años, tras los accidentes de tránsito. Se estima que en 2020 podría llegar a ser la causa de 1,5 millones de muertes anuales. Hay variaciones importantes en lo que concierne en las tasas del suicidio entre los diferentes países, teniendo en cuenta que algunos no declaran una proporción importante de sus suicidios. La tasa de suicidios reportados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) son mayores en países de Europa Oriental, incluyendo Lituania, Estonia, Bielorrusia y la Federación Rusa (45 y 75 por 100.000 habitantes).¹

Por el contrario, los datos declarados de suicidio son menores en los países Mediterráneos y los países católicos de América Latina (Colombia y Paraguay), Asia (Filipinas) y los países Musulmanes (Pakistán) (< 6 por 100.000 habitantes). En los países desarrollados de América del Norte, Europa,

Australia y Asia (incluyendo Japón y China), las tasas de suicidio tienden a estar entre dos extremos, oscilando entre un (10 a un 35 por 100.000 habitantes).

En la mayoría de países los hombres cometen de 2 a 6 veces más suicidio que las mujeres, aunque las mujeres realizan más tentativas, siendo la octava causa de muerte en hombres y la décimo-novena en mujeres. La excepción es China con una tasa ligeramente mayor de suicidio consumado en las mujeres.¹⁸

El suicidio en Estados Unidos, es la segunda causa de muerte entre las personas e 15 a 24 años, siendo los hombres mayores de 75 años quienes tienen la tasa más alta. En todos los grupos los hombres superan a las mujeres con una relación de 4:1. Cada año se estima que más de 700.000 personas intentan suicidarse, ocurriendo 25 intentos por cada muerte.¹⁸

Las personas que mantienen una relación segura tienen una tasa de suicidio más baja que las solteras y esto es mayor en personas que viven solas. Es menos frecuente entre miembros de grupos religiosos principalmente católicos. El matrimonio, la familia y la religión pueden proteger al individuo vulnerable e incrementar el umbral para pasar al acto desde las ideas de suicidio.¹⁹

Los trastornos psiquiátricos no solo son una importante causa de discapacidad, sino también motivos importantes de muerte prematura, ya que los trastornos del estado de ánimo, la esquizofrenia, entre otros, constituyen los factores de riesgo más importante para el suicidio y una causa importante de muerte en todo el mundo.¹⁹

En República Dominicana el suicidio ha estado por muchos años dentro de las diez primeras causas de muerte en la población general mientras que en la población de adolescentes y adultos jóvenes es una de las cinco primeras causas. Es la tercera causa de muerte entre adultos jóvenes las personas de 15-24 años de edad con una mortalidad de 13 por ciento, la tasa de suicidio entre la población de 15 a 19 años se ha triplicado desde 2.7 por 100.000 habitantes a 11.1 por 100.000 habitantes a partir el año 1950, esto está relacionado con el uso de alcohol, drogas y armas de fuego, así como el incremento de depresión entre los jóvenes.⁵

En nuestro país cada mes se cometen 500 intentos de suicidio de los cuales solo 50 llegan a materializarse y que es muy preocupante que mientras los casos aumentan en el país no se establezca una política para la ayuda del suicidio que sea constante desde el Ministerio de Salud Pública.⁵

En estudios realizados en nuestro país por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) señala un informe que desde el año 2003, existe una tendencia creciente al suicidio, aumentando 57 por ciento desde esa fecha hasta el año 2012, observándose una conducta suicida más en hombres que en mujeres, sólo el año pasado se suicidaron 638 personas y estima que las causas más comunes de los suicidios ocurridos fueron por problemas de salud, pasionales y conflictos intrafamiliares. También, situaciones económicas, trastorno mental y violencia intrafamiliar.²⁰

Los medios utilizados para el suicidio son principalmente el ahorcamiento, lo usó el 52 por ciento de los suicidas entre 2007 y 2012, el envenenamiento recurrido por el 21.3 por ciento y las armas de fuego utilizadas por el 20.2 por ciento. Las mujeres son más propensas a usar el veneno y los hombres las armas de fuego, aunque unos y otras tienen por principal recurso el ahorcamiento.

Las cifras por año son las siguientes: en el 2003 se suicidaron 406 personas, en 2004 bajó a 280, en 2005 fueron 518, en 2006 bajó a 400, en 2007 subió a 514, en 2008 aumentó a 533, en 2009 a 525, en 2010 fueron 549 y en 2011 subió a 637 personas según señala la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).²⁰

IV.1.7. Comunicación del acto suicida

El comportamiento suicida, aparece más claro cuando se considera como una forma de comunicación. En la mayoría de los casos es como una larga cadena de acontecimientos, acompañada de muchas comunicaciones a lo largo de este proceso, el acto suicida acaba convirtiéndose en una comunicación que puede tener muchos sentidos y tiene una gran importancia.¹⁵ La manera de comunicar el acto suicida se puede hacer de diversas formas, como son las siguientes:

1. Verbal
2. Escrita.
3. Comportamental.
4. Directa
5. Indirecta.
6. El retraimiento.
7. La donación de objetos estimados.
8. Las alusiones a cosas que no necesitan.
9. Las fantasías de muerte.
10. El rescate de situaciones peligrosas.

El contenido de la comunicación suicida

La comunicación puede contener expresiones de culpabilidad explicaciones del acto suicida o instrucciones para las demás personas, por ejemplo testamentos o cartas de los suicidas.

El objeto de la comunicación consiste en que las situaciones más intrapersonales la comunicación va dirigida a una persona o personas concretas; cuando las motivaciones son interpersonales, la comunicación va más bien dirigida a la sociedad en general.

La finalidad puede ser patente o indirecta, a veces se trata de un pedido de auxilio, un medio para manifestar la hostilidad y el odio, una imputación final de culpa, un modo de humillar a otros o hacerles sentirse culpables, o una forma de echarse así mismos culpas de absorber a otros y de espiar los delitos propios.¹⁵

IV.1.8. Factores de riesgo

La aplicación del enfoque de riesgo al estudio de la conducta suicida es uno de los pasos más importantes en el conocimiento y prevención del suicidio. A continuación se describen los principales factores de riesgo asociados a esta conducta patológica.²¹⁻²²

1. Factores sociodemográficos

La edad

El suicidio aumenta con la edad, los ancianos presentan las tasas más elevadas, sin embargo, la población de adolescentes y adultos jóvenes ha aumentado a lo largo de las últimas décadas, convirtiéndose en los grupos de mayor riesgo. Antes de los 15 años es inusual debido a menor exposición al estrés y factores de riesgo ya que los padres en esta etapa les proveen mayor apoyo emocional y social. A menor edad menor tasa de prevalencia de trastornos del ánimo y factores madurativos como son capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere de un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos.²³

El sexo

Mientras que los suicidios consumados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas, varias explicaciones se han planteado: los hombres estarían más expuestos a sufrir los cambios de las variaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan medios más agresivos e impulsivos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso. En cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que ellas son más susceptibles, predomina la depresión y utilizan medios menos letales.²¹⁻²²

El estado civil

En los solteros el suicidio es más alto que en los casados, seguido de los divorciados, separados y viudos que es mucho mayor. Se ha comprobado que un buen funcionamiento matrimonial sobre todo si hay hijos es un antídoto contra la conducta suicida, sin embargo la falta de intimidad, confianza y problemas maritales graves están relacionados con la conducta suicida. Las incidencias más altas son en las mujeres con matrimonios infelices.²¹⁻²²

La ocupación

El desempleo se considera un factor de riesgo suicida mientras que el trabajo ejerce un efecto protector y está relacionado con los conflictos socioeconómicos, la vulnerabilidad psicológica y los eventos vitales estresantes.

Una investigación realizada muestra que el aumento en las tasas de desempleo produce un mayor número de suicidios y homicidios con predominio en el sexo masculino seguido de los estudiantes, principalmente los del nivel primario.²⁴

También es significativo señalar que las profesiones con mayor riesgo de suicidio son los policías, abogados, músicos, odontólogos, anesthesiólogos, psiquiatras, oftalmólogos y patólogos donde la sensación de fracaso en el propio rol laboral es un factor de riesgo.²¹⁻²²

La procedencia

En algunos países los suicidios son más frecuentes en áreas rurales y en otros en medios urbanos. Las tasas varían ampliamente entre los países ricos y entre los pobres y reflejan diferencias en los métodos de recolectar los datos. Así la modernización no parece estar relacionada directamente con el suicidio, más bien, las áreas urbanas no tienen necesariamente tasas más altas que las regiones rurales. Los individuos procedentes de áreas rurales con menor frecuencia viven solos, y tienen un nivel de escolaridad menor que los de áreas urbanas.²¹⁻²²

La religión

La asociación del suicidio y el aumento de los individuos que no pertenecen o salen de una congregación religiosa sugieren una influencia en los cambios de valores, con decremento de la integración social, debido a que las iglesias han funcionado como continentes sociales por siglos. La proporción de suicidio en los católicos es menor que otras religiones, permitiendo que la religión tenga un efecto protector contra el suicidio. En el protestante es más autor de su creencia.²¹⁻²²

Los eventos vitales estresantes

Estos provocan una situación de estrés que puede ser mantenida o acumulativa creando en el paciente una disposición que desencadena la conducta suicida.

Los estresores específicos entre las víctimas de suicidio varían según la edad. Así, los conflictos entre padres e hijos son precipitantes más comunes en víctimas adolescentes menores, mientras que las dificultades de pareja son más frecuentes en adultos. A su vez, la presión académica y el fracaso escolar son precipitantes de la conducta suicida.²³ Estos eventos son los siguientes:

1. Los conflictos amorosos.
2. Los problemas familiares.
3. Los problemas escolares.
4. Los problemas económicos.
5. Las enfermedades crónicas y discapacitantes.

El contagio, imitación o mimetismo

Se ha postulado como causa cuando ocurren epidemias de suicidio en especial entre jóvenes. El suicidio de los adolescentes en una comunidad se puede facilitar cuando son vulnerables (deprimidos o consumidores de fármacos), que son influenciados por los medios de comunicación a cometer actos suicidas en grupos.

Los medios de comunicación forman una parte sumamente importante en la recepción de información y de datos que constituyen nuestra experiencia cultural. Lo ayudan a tomar decisiones y lo pueden empujar a determinar sus pautas de comportamiento a través de estereotipos o por la información que se le proporciona al individuo.²⁵

2. Los factores familiares

La disfunción familiar

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos-culturales e igualmente es una instancia mediadora

entre el individuo y la sociedad, además proporciona soporte social y ofrece protección contra el intento suicida. Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida, la ausencia de calidez familiar, la falta de comunicación con los padres y la discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos.²⁵

Los antecedentes familiares de suicidio

Las condiciones desfavorables y los conflictos de la sociedad se particularizan en el ambiente de las familias. Los pacientes con historia familiar de suicidio o intento suicida tienen más probabilidades de consumir el suicidio, de hasta un 50 por ciento independientemente del diagnóstico psiquiátrico. Estas familias son incapaces de proveer apoyo debido a la naturaleza de su propia psicopatología generando mal desempeño parental.²⁶

El abuso infantil

El ambiente familiar es el marco en el cual se desarrollan los factores más importantes relacionados con el estrés como las presiones y exigencias que el núcleo hace sobre la persona y que la predisponen a padecer una enfermedad o alteración. Los efectos distorsionantes de estas alteraciones en la familia se manifiestan a través de la violencia intrafamiliar, que tiene expresiones en fenómenos, tales como la desintegración, la comunicación intrafamiliar fallida, los sistemas injustos de castigo y la falta de apoyo entre los miembros.

Una historia de abuso en la infancia es un elemento significativamente asociado con el aumento de riesgo de sufrir depresión, autoagresividad y conductas suicidas en la adolescencia, mientras más joven sufre el primer abuso más intentos de suicidio cometerá. Este tipo de comportamiento puede ser porque el agresor tenga una enfermedad psiquiátrica que hace que pierda el control de sus impulsos sexuales los cuales habían sido reprimidos durante toda su vida.²⁶

La historia de intentos suicidas previos

Este es el mejor indicador de riesgo suicida y un fuerte predictor de suicidio consumado, donde la proporción de los pacientes con riesgo de reincidencia es mayor dentro de los tres meses después del primero y ha aumentado con el tiempo, situándose entre el 55 por ciento. Dando un riesgo particularmente alto para el sexo masculino y menos elevado para el femenino.⁸

3. Los factores clínicos

Enfermedad somática

Aproximadamente en el 50 por ciento de los intentos suicidas se aprecia una enfermedad física, sobre todo en pacientes que padecen enfermedades crónicas, terminales, invalidantes y deformantes, tales como la enfermedad vascular encefálica, esclerosis múltiple, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cáncer, etc.¹¹

Los trastornos psiquiátricos

Los estudios epidemiológicos han demostrado que la inmensa mayoría de los suicidios consumados ocurren en pacientes con enfermedades psiquiátricas identificables, más del 90 por ciento de los pacientes que consuman el suicidio padecían de un trastorno psiquiátrico mayor.¹¹

Los trastornos del estado de ánimo

Aproximadamente entre el 25 y el 50 por ciento de los pacientes con trastornos anímicos cometen suicidio, haciendo que estos trastornos se sitúen entre las enfermedades con más alta mortalidad de todas. Muchos estudios que apoyan estas conclusiones se basan en resultados epidemiológicos extraídos de una mezcla de poblaciones tratadas y no tratadas. Aunque existen datos escasos sobre la tasa de suicidios en la población tratada, la experiencia clínica sugiere que es significativamente inferior al 15 por ciento.¹¹

La depresión

Es una situación psíquica morbosa en la que el estado de ánimo disminuye, la sintomatología se centra sobre la vivencia de la tristeza y a menudo presentan pensamientos y planes suicidas. Los pacientes con rasgos de depresión tienen un riesgo de suicidio 5 veces superior a los pacientes con otros trastornos del estado de ánimo.¹¹

El trastorno bipolar

La incidencia de suicidio en este tipo de enfermos es de 60 veces mayor que en la población general. La mayoría de los autores están de acuerdo en que el factor predisponente no es el estado maníaco, sino la presencia de depresión que acompaña el estado bipolar mixto y se asocia con un riesgo especialmente elevado de suicidio debido a la peligrosa combinación de un estado muy disfórico, un grado muy elevado de energía y perturbación.¹¹

El trastorno de ansiedad

Las emociones presentes en los trastornos de ansiedad van desde el simple nerviosismo a episodios de terror o pánico. Uno de los hallazgos más importantes de los últimos años es que constituye un factor de riesgo de suicidio a corto plazo importante. Presentando el 20 por ciento de los pacientes crisis de ansiedad y fobia social.¹³

Los trastornos de conducta

Es un trastorno del comportamiento, que muchas veces se diagnostica en la infancia, y que se caracteriza por comportamientos antisociales que violan los derechos de los demás y las normas sociales apropiadas para la edad.

Aproximadamente del 1 a 4 por ciento de los niños de 9 a 17 años tienen desórdenes de la conducta. El trastorno se presenta con mayor frecuencia en los varones que en las mujeres y casi siempre acompañados de otros problemas psiquiátricos que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno.¹³

Los trastornos de la personalidad

Estos trastornos se diagnostican en el 40-60 por ciento de los pacientes psiquiátricos, y representa el diagnóstico psiquiátrico más frecuente, especialmente los de personalidad llimitrofe y antisocial. La presencia de estos trastornos junto con la depresión incrementa el riesgo suicida.¹³

Los trastornos psicóticos

La esquizofrenia

La incidencia del suicidio en éstos pacientes es diez veces mayor que en la población general. La mayoría de éstos ocurren en varones jóvenes y la edad media en su fallecimiento era de 33 años. El riesgo de suicidio no es máximo durante la fase alucinatoria activa como ocurre en la depresión; es más probable que ocurra cuando la psicosis está bajo control y el esquizofrénico se encuentra en la fase de recuperación depresiva de la enfermedad. La desesperanza es un factor clave en esta población.⁹

Trastorno de la identidad sexual

Muchos adolescentes luchan por comunicar al mundo su orientación sexual. Las luchas psicológicas utilizadas y los conflictos externos comunes a este grupo los hacen extremadamente vulnerables a presentar problemas de conducta. Entre el 20 a 42 por ciento contempla la idea de suicidio, representando el 30 por ciento de todos los suicidios en adolescentes. Los homosexuales presentan mayor riesgo que las lesbianas.²⁶

Trastorno relacionado con sustancias

El uso de sustancias sobre todo en edades más jóvenes, la razón: hombre/mujer alcohólicos que cometen un suicidio son de 4 a 1. El 20 por ciento de los suicidas son alcohólicos, tras varios años de abuso. El abuso del alcohol es un factor presente en el 25-50 por ciento de todos los suicidios.¹²

La intoxicación aguda de sustancias psicoactivas juega un papel importante en el intento suicida, puede ser método utilizado para facilitar el acto suicida, al

tiempo que produce desinhibición que provoca que la persona ponga en práctica ideas que otro modo ignoraría.

Es importante tener en cuenta que, aunque el alcohol es la sustancia con mayor prevalencia por sí solo, la mayoría de los suicidios ocurren en aquellas personas que abusan de múltiples sustancias como son los medicamentos psicoactivos, (analgésicos, tranquilizantes y sedantes), la inhalación de dióxido de carbono o productos de uso industrial (tíneres, pegamentos y otros disolventes), las drogas ilegales (marihuana, cocaína, alucinógenos, heroína, metanfetaminas y los anabólicos), los insecticidas y raticidas.¹⁶

Los factores psicológicos

Incluyen no solo la personalidad y las constelaciones psicosomáticas del individuo, sino también las motivaciones de su comportamiento suicida. Las motivaciones interpersonales se producen cuando el suicida trata de provocar una acción por parte de otras personas y un cambio de actitud o sentimiento de las mismas, o ambas cosas a la vez.

Teniendo en cuenta que el suicidio no es el diagnóstico de un problema específico, sino que está relacionado con una serie de factores psicológicos subyacentes.¹⁴ Estos factores son los que se presentan a continuación:

La desesperanza

Constituye un factor central. Existe una elevada asociación entre esta y el riesgo suicida a largo plazo. No siendo específica de la depresión, la desesperanza puede acompañar a la desmoralización en otros síndromes: esquizofrenia, trastornos de la ansiedad, y trastornos crónicos incluyendo el origen médico. Este factor puede determinarse con la escala de desesperanza de Beck, que evalúa en qué grado una persona tiene esperanzas negativas sobre el futuro. La evaluación de la desesperanza es uno de los aspectos claves en el tratamiento del paciente suicida.¹⁴

La desesperación

Se ha identificado como otro factor importante del suicidio. La desesperación implica no solamente un sentimiento de desesperanza por un cambio, sino también la necesidad de que la vida es imposible sin dicho cambio.¹⁴

La culpabilidad

Este sentimiento nace del auto-odio y la necesidad de autocastigo, atribuible en parte a la percepción de culpa por las acciones cometidas. Estos hallazgos pueden extenderse a ciertos trastornos, especialmente la depresión, que contiene la culpa derivada del estado de autorecriminación de la persona deprimida.¹⁴

La agresión y la violencia

Es una conducta cuya finalidad es causar daño a un objeto o persona. La conducta opresiva en el ser humano, puede interpretarse como una manifestación de un sentimiento o pulsión de destrucción, como reacción que aparece ante cualquier tipo de frustración o como respuesta aprendida ante situaciones determinadas.¹⁴

La vergüenza y la humillación

Son otros dos factores que a veces subyacen en el suicidio. Determinados sujetos pueden considerar el suicidio como un mecanismo para salvar las apariencias tras sufrir una humillación social como es una pérdida súbita de estatus o poder económico.¹⁴

IV.1.9. Factores de protección

De la misma manera que hay factores de riesgo que predisponen al suicidio, conviene señalar los principales factores de protección en torno al mismo que hace que un individuo se sienta acogido, apoyado, optimista, con deseos de luchar y seguir hacia delante.²¹ Los principales factores de protección son:

1. El apoyo social.
2. El matrimonio.
3. La familia.
4. La religión.
5. Ausencia de trastornos psiquiátricos.
6. Vivir cerca de servicios médicos o de salud mental.
7. Tener conciencia de que el suicidio es producto de una enfermedad.
8. Capacidad para resolver problemas y superar situaciones difíciles.

IV.1.10. Características de la conducta suicida

1. Métodos

Están relacionados con la disponibilidad, letalidad y aceptación cultural. Los hombres suicidas recurren a métodos violentos, sin embargo las mujeres lo intentan cuatro veces más que los hombres con medios menos letales.⁸ Estos se clasifican en dos tipos:

Violentos

Son indicadores objetivos de la intención letal, mientras menor es el tiempo de la acción letal menor es la probabilidad de ser rescatado de la muerte. Es decir suponen una mayor gravedad y un mayor riesgo de consumir suicidio. Dentro de estos están el uso de fuego, sustancias químicas, precipitación, ahorcamiento.⁸

No violentos

Suponen un menor riesgo de consumir suicidio, incluyen la intoxicación medicamentosa, alcohol, drogas, uso de arma blanca (cortarse las muñecas).⁸

2. Gravedad somática

Leve

Es la que presenta síntomas leves en la cual el tratamiento se limita a los primeros auxilios y seguimiento ambulatorio.⁸

Moderada

Debida a lesiones menores solo se requieren de cuidados generales y vigilancia durante 24 a 48 horas en las unidades de urgencias.⁸

Grave

Es la que requiere la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos o de otra área y el uso de tratamientos especiales.⁸

3. Intencionalidad suicida

Es frecuente cierta disociación entre la intención de morir expresada por el individuo y el resultado lesional del intento suicida. Las tentativas graves tienden a minusvalorar su intencionalidad, en cambio en las tentativas menos graves por la función de comunicación se dramatiza el deseo de muerte.⁸

4. Impulsividad

Se refiere de si el individuo intenta suicidarse de una forma organizada o fue algo precipitado.⁸ De acuerdo a esto lo clasificamos en dos tipos:

Planificado

Se acompañan de ideación suicida previa de días de duración. La intencionalidad letal es mayor con la premeditación, cuando se dejan las cosas en orden, una nota de despedida y cuando se toman medidas para no ser rescatado.⁸

Impulsivo

Los pacientes relativizan el riesgo letal, al igual que dejar pistas o incluso las demandas de ayuda.⁸

5. Rescatabilidad

A menor rescatabilidad y menor comunicación de la conducta suicida aumenta el riesgo de suicidio consumado.⁸

IV.1.11. Diagnóstico

La evaluación del suicidio es una tarea difícil, incluso, para los más expertos suicidólogos y no existen instrumentos universalmente aceptados para llevar a cabo esta tarea. La idea de utilizar un modelo clínico no es nueva. Se destacan dos tipos de modelos representativos.¹⁸⁻¹⁹

Los estables

Son los que sufren cambios forzosos, son sujetos activos, inteligentes, educados, diestros en su profesión, amistosos y con recursos financieros. Tienen una vida matrimonial y laboral estable además de una conducta social adecuada. Sin embargo, su necesidad de mejorar su reajuste social y laboral denota una incapacidad para adaptarse a los cambios bruscos, drásticos o forzosos, emergiendo en esas situaciones los pensamientos y la conducta suicida.

Los alienados

Se caracterizan por tener sentimientos de soledad, pobre autoestima, pensamientos recurrentes de muerte, sentirse extraños frente al mundo que les rodea, con ideas suicidas frecuentes y sentimientos de ser una carga para otros. Se determina si la persona está en situación crítica aguda y la naturaleza de dicha crisis (cambio vital o crisis traumática) y en que estado de la crisis se encuentra.

El abordaje inicial del paciente

Si alguien se encuentra deprimido al borde del suicidio, nuestra respuesta inmediata es la de ayudar. Ofrecemos consejos, intercambiamos nuestra propia experiencia, intentamos buscar soluciones. Las personas que están pensando en suicidarse no quieren oír respuestas o soluciones sino buscan un refugio donde poder expresar sus temores y preocupaciones, para ser ellos mismos.

Ellos quieren que alguien les escuche, que no juzgue, ni aconseje, ni dé opiniones, sino que ponga toda su atención en escuchar. Alguien en quien confiar, que les respete y no intente tomar la iniciativa, que trate todo con una

discreción absoluta. No quieren quedarse solos, ni ser rechazados, ni recibir consejos, ni sermones, ni ser interrogados.

Se propone una escucha empática, en una comunicación con un lenguaje cercano, evocador; evitando las frases hechas de uso tópico; facilitando la expresión de emociones y sentimientos, en un ambiente seguro y sin juicios de valor.¹⁸⁻¹⁹

Realizar una historia clínica detallada sobre la historia psiquiátrica del paciente, recogiendo los intentos previos y los ingresos así como la historia familiar de suicidio y evaluar como se ha manejado en situaciones previas similares y las vías de tratamiento de que disponemos, donde debe primar la privacidad y la empatía que le permita al médico llegar a un juicio diagnóstico correcto que le permita tener un mejor enfoque terapéutico, además que el paciente pueda crear confianza con su médico y lograr adherencia al tratamiento indicado.

Luego se procede a entrevistar a familiares y allegados del paciente, porque los datos aportados por los mismos pueden ayudar a confirmar una impresión diagnóstica, clarificar dudas sobre lo ocurrido o desmentir informaciones dadas por el paciente. A este respecto, es frecuente descubrir que el suicida ha comunicado de manera directa o indirecta sus intenciones a personas cercanas en las semanas previas, y en otras ocasiones, que su comportamiento en el ámbito familiar manifiesta una intención potencialmente suicida, en contra de lo que sostiene en la entrevista. Podrá valorarse el grado de apoyo o de contención existente en el medio familiar y orientar a los mismos sobre la actitud a tomar.¹⁸⁻¹⁹

Recomendaciones para evaluar una posible ideación suicida o tras una tentativa

1. Tomarse en serio todo intento de suicidio.
2. Puede afectar a personas sin antecedentes psiquiátricos.
3. Conseguir toda la información y apoyo posible de familiares.
4. Tener una actitud de comprensión y empatía.

IV.1.12. Valoración del riesgo suicida

El médico de atención primaria tiene un papel clave en la identificación y el tratamiento del riesgo de suicidio. Del 2 al 3 por ciento de los pacientes que acuden al médico de atención primaria refieren haber tenido ideación suicida en el mes previo. No tenemos ninguna prueba de cribado en atención primaria que nos permita predecirlo con la sensibilidad y fiabilidad suficiente. Debemos de hacer un registro riguroso de la evaluación, porque para la justicia lo que no está registrado no está hecho y las implicaciones legales en estos casos son importantes.²²

La valoración mediante escalas

Las escalas y/o cuestionarios tienen como objetivo identificar los pacientes con mayor riesgo de cometer suicidio. Hay que contemplarlas como un aporte suplementario y auxiliar para recordar a los clínicos algunos de los factores que deben evaluarse y no pueden sustituir al juicio clínico. Existen un gran número de escalas que nos permiten hacer una aproximación más estructurada y documentada del riesgo en el paciente suicida.²² Básicamente son de dos tipos:

1. No específicas: Son las que valoran síntomas o síndromes asociados.
2. Específicas: Valoran directamente ideas o conductas suicidas.

Hay otras escalas o cuestionarios relacionados

1. El cuestionario de evaluación de las tendencias suicidas de Poldinger.
2. El cuestionario de Rotheram-Borus y Bradley.
3. La escala de puntuación del propósito *Intent Score* de Pierce.
4. La escala de desesperanza de Beck.
5. La escala de ideación suicida de Beck.
6. La escala de *SAD PERSONS*.

Valoración del riesgo en pacientes con probabilidad de paso al acto suicida.⁸

Mayor riesgo

1. Ideación suicida recurrente.
2. Comunicación indirecta de idea de suicidio.
3. Planificación de métodos y lugar.
4. Negación de la ideación suicida.

Menor riesgo

1. Ideación suicida esporádica.
2. Comunicación directa y exhibición de la idea de suicidio.
3. Impulsividad.
4. Aceptación y demanda de ayuda.

Valoración de riesgo en pacientes que han realizado una tentativa de suicidio.⁸

Mayor riesgo

1. Tentativas de suicidio previas.
2. Planificación.
3. Método violento.
4. Nota de despedida o testamento.
5. Negación de la intención suicida.
6. Tranquilidad.
7. Intervención del entorno improbable (baja rescatabilidad)

Menor riesgo

1. Primera tentativa.
2. Impulsividad.
3. Método suave.
4. Ausencia de nota de despedida.
5. Irritabilidad.
6. Ambivalencia.
7. Intervención del entorno probable (alta rescatabilidad).

IV.1.13. Tratamiento y criterios de referencia

Atención al riesgo vital

Se debe hacer según los protocolos establecidos para urgencias con riesgo vital. En caso de intoxicaciones, con toxicidad orgánica grave (arritmias, depresión del sistema nervioso central), se requiere un período de observación para descartar efectos retardados o ingesta de cantidades no detectadas.²⁸

Disminuir el riesgo de suicidio

No hay ninguna medida que asegure evitar todas las posibilidades del suicidio a nivel ambulatorio ni a nivel hospitalario. Puede ser útil, ofrecer un teléfono o lugar a donde puede avisar o acudir en caso de empeoramiento, con disponibilidad de atención las 24 horas del día.²⁸

Disminuir la disponibilidad de medios suicidas a nivel ambulatorio

Prescribir las presentaciones comerciales más bajas de cada fármaco, deben ser guardadas por un familiar o acompañante y deben comprometerse a retirar las armas de fuego que estén a su alcance en el domicilio.²⁸

Disminuir la disponibilidad de medios suicidas a nivel hospitalario

Establecer por escrito el nivel de observación que se considere oportuno, retirada de los objetos de riesgo autolítico, no dejar medicación al alcance del paciente, ventanas con medidas de seguridad, establecer un sistema de apoyo y de acompañamiento, establecer un acuerdo y compromiso con el paciente, aceptando el tratamiento.²⁸

Criterios de derivación a un centro de salud mental

1. Ideación autolítica no persistente.
2. No se detecta un trastorno mental grave.
3. Deseos de mejorar y compromiso con el tratamiento.
4. Colaboración y apoyo de acompañantes.
5. Ausencia de lesión orgánica que no necesite hospitalización.

Criterios de derivación y hospitalización urgente a un centro de salud mental

1. Tentativa de suicidio.
2. Ideación autolítica persistente
3. Falta de compromiso con el tratamiento o no lo acepta.
4. Síntomas de alto riesgo: desesperanza, vacío intenso, pánico, depresión.
5. Alucinaciones con órdenes de suicidarse.

Criterios de ingreso

1. Presentan una intensa ideación suicida.
2. Es necesario un tratamiento médico de las lesiones producidas.
3. Precisan un tratamiento psiquiátrico más intensivo.
4. Fracaso de la alianza terapéutica y la intervención en crisis.
5. Existe falta de soporte socio-familiar del paciente.

Primero se debe asegurar la supervivencia del paciente, estos no deben estar solos, deben ser trasladados a un centro psiquiátrico, realizarle una evaluación exhaustiva que ayude a identificar algunos problemas que contribuyeron al intento suicida, y a la vez permite que el médico planifique el tratamiento adecuado.

Luego debemos de controlar la ansiedad y el insomnio ya que tienen efectos altamente negativos sobre el control de impulsos y sobre la determinación suicida en particular, por lo que la elección del tipo de medicamento depende de las características de impulsividad del paciente.

En caso de historia de impulsividad, las benzodiacepinas pueden incrementar dicha impulsividad, por lo que se debe elegir un antipsicótico atípico a dosis muy bajas: clozapina 6,25-25mg por día, risperidona 0,25-1mg por día, y olanzapina 1,25-5 mg por día. En la depresión se usa el litio y carbamazepina, en la esquizofrenia y otras psicosis los antipsicóticos como la clozapina resulta muy útil en disminuir las tentativas de suicidio y otras conductas suicidas en estos pacientes.

Es prudente iniciar el tratamiento por medio de una hospitalización general breve (24-48 horas) si hay una excelente respuesta a la sedación, con un

ambiente familiar estructurado y responsable, una patología psiquiátrica leve y una historia de buen control de impulsos, el paciente podrá continuar su tratamiento ambulatoriamente.

Si algunos de esos puntos no se cumplen, es prudente optar por una hospitalización breve que garantice control adecuado tanto del sueño como del control de la ansiedad, y que permita un tiempo para que algunas circunstancias ambientales puedan ser reflexionadas y en consecuencia controladas por el paciente.²⁸

Si la patología psiquiátrica es evidente, o si el intento de suicidio ocurrió bajo efecto de tóxicos y existe historia de uso frecuente, abuso o adicción, el tratamiento debe hacerse en clínica u hospital especializado, pues las posibilidades de recurrencia son altas.

Si el paciente es devuelto a su área de salud, el médico familiar lo visitará o citará a consulta en los primeros 7 días del intento, para proceder a evaluar en su primera consulta el riesgo potencial de suicidio e interconsultarlo con el psiquiatra del área de salud en ese período, o como máximo a los 15 días, si la posibilidad suicida ha disminuido. Luego debe valorar mensualmente en los primeros 6 meses y evaluarlo en los 6 meses subsiguientes bimestralmente.

Estas consultas serán independientes a las que realice el psiquiatra, y podrían aumentar su frecuencia según el riesgo del paciente.

Si el caso requiere atención social, el médico de la familia realizará las coordinaciones necesarias con el servicio social para garantizar el apoyo de la trabajadora social, la cual hará uso de sus posibilidades y recursos.

El alta del paciente, si ha tenido una evolución favorable, será después de transcurrido el primer año de haber realizado el intento suicida.²⁸

IV.1.14. Suicidio en poblaciones especiales

Suicidio en personas con el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)

La epidemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su posterior progresión hasta el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

constituyen el fenómeno médico más insólito identificado durante la pasada década. Esta epidemia también tiene implicaciones en el campo de la suicidología, por tratarse primariamente de gente joven que desarrolla una enfermedad crónica y con riesgo vital.¹¹

El intento de suicidio puede ser una manifestación de una enfermedad depresiva pero también puede ser una expresión del deseo del paciente tener un control último sobre su vida, cuando los síntomas se vuelven intolerables denominado suicidio racional, como entidad distinta de la acción suicida llevada a cabo en el contexto de un intenso malestar emocional o de un delirium orgánico, especialmente en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), donde el individuo puede desarrollar rápidamente encefalopatía y demencia. Además, del concepto de suicidio como una vía legítima de liberación antes de su caída en la postración o la demencia.¹¹

Suicidio en ancianos

A nivel internacional los datos epidemiológicos revelan claramente que correspondiente al suicidio consumado hay sobre todo dos grandes factores de riesgo para la población general que son el género y la edad. La tasa de suicidios se duplica y cuadruplica por encima de los 65 años de edad.

Los factores predisponentes son el aislamiento social, la pérdida del cónyuge, ansiedad secundaria a inestabilidad económica y, finalmente, el tratamiento inadecuado de los trastornos anímicos. La depresión puede pasar desapercibida en los sujetos ancianos debido a sus características atípicas en esta población, incluyendo la depresión enmascarada (primariamente quejas somáticas múltiples o temores sin fundamento de una enfermedad somática) y la pseudodemencia (esto es, la disminución ficticia de la capacidad cognitiva por un trastorno depresivo primario).

Finalmente, es frecuente observar un comportamiento autodestructivo indirecto en aquellos ancianos ingresados en instituciones, cuando los mismos rechazan la medicación o la asistencia médica, se niegan a participar en actividades y promueven batallas por el control con el personal que los atiende.¹¹

Suicidio en niños y adolescentes

Los adolescentes presentan entre otras características, una incapacidad para afrontar adaptativa y activamente los problemas cotidianos, un adecuado control de las emociones en situaciones difíciles o de riesgo, habilidad para manejar de manera constructiva las emociones negativas como la ira, la depresión o la frustración, capacidad para relacionarse con los otros, sentido del humor, adecuada competencia en las áreas social, escolar y cognitiva, y mayor autonomía. Pero en esta etapa de transición, búsqueda e intento de afianzamiento de la autonomía personal, pueden presentarse o generarse ciertas situaciones que exponen al adolescente a riesgos tales como el uso de tabaco, consumo de alcohol y/o drogas, problemas de alimentación, fracasos escolares, episodios depresivos, y actitudes e ideaciones suicidas.²³

Si la posibilidad o mayor probabilidad de desarrollo saludable de un sujeto requiere de ciertas condiciones biológicas, socio-afectivas y socioculturales, se convierte en una necesidad teórica y aplicada la identificación tanto de los riesgos como de los recursos y las competencias que las personas puedan disponer.²³

El suicidio en la adolescencia, al igual que en otras poblaciones, a menudo va ligado a hostilidad, no solamente hacia uno mismo sino hacia su entorno. En muchas ocasiones en la víctima adolescente se ha hallado una correlación entre los comportamientos suicida y agresivo cuando existe un abuso de sustancias en los progenitores.

Los adolescentes pueden acudir al suicidio como solución a sus problemas psicológicos y de su entorno. También trata de expresar una demanda de afecto, de amor, de ser escuchado y reconocido como persona. Debe ser interpretado como una pregunta que requiere una respuesta.²⁶⁻²⁷

IV.1.15. Prevención

No todos los suicidios se pueden prevenir, pero la mayoría puede. Hay una serie de medidas que se pueden tomar a nivel comunitario y nacional para reducir el riesgo incluyendo:

1. Reducir el acceso a los medios para suicidarse.
2. Tratamiento de personas con trastornos mentales.
3. Seguimiento de los pacientes que realizaron intentos de suicidio.
4. Información de los medios responsables.
5. Capacitar a los trabajadores de atención primaria de salud.

A un nivel más personal, es importante saber que sólo un pequeño número de suicidios se producen sin aviso. La mayoría de las personas que se suicidan dan avisos evidentes de sus intenciones. Por lo tanto, todas las amenazas de autolesión deben tomarse en serio. Además, la mayoría de las personas que intentan suicidarse son ambivalentes y no buscan exclusivamente la muerte.

Prevención del paciente suicida en la escuela

La prevalencia de la conducta suicida entre los jóvenes es alta, por lo que todas las escuelas deberían estar preparadas para su prevención, si tenemos en cuenta que la escuela tiene la función de desarrollar ciudadanos maduros y productivos (incluye desarrollar salud psicológica); resolver los problemas que interfieran con la educación; tiene la posibilidad de formar y desarrollar consejeros escolares y apoyadores potenciales; tiene el deber de enseñar educación para la salud; y tiene responsabilidad moral de intervenir en la vida de las comunidades de las que forman parte pues educan a las personas.

Así contribuyen a refinar la sensibilidad del público para detectar señales de peligro y factores de riesgo suicida, y familiarizarlos con el proceso de remisión a autoridades sanitarias o grupos de autoayuda comunitarios. Por ejemplo, si un escolar niño o adolescente dice que se quiere matar o que no quiere vivir, los adultos u otros niños y jóvenes entrenados deben tomarlo muy en serio y llevarlo al psicólogo, psiquiatra o a su médico de familia para que evalúe la situación, pues hay que recordar que a la gente no le gusta hablar de la muerte.

Sin embargo, puede ser muy útil el preguntarle al joven si está deprimido o pensando en el suicidio. Esto no le estimula las ideas de muerte en su cabeza, por el contrario, esto le indicará que hay alguien que se preocupa por él y que le da oportunidad de hablar en confianza acerca de todos sus problemas.

Los programas escolares de prevención del suicidio deben incluir prevención,

intervención y posvención, conjugando en cada una de estas tareas, la aplicación de los conocimientos esenciales sobre el suicidio con la utilización de técnicas participativas y talleres creativos que permitan evaluar los procesos, intercambiar saberes, construir conocimientos, creatividad, el rol docente, diálogo grupal, el error como aprendizaje, dinámica, participación grupal y educación emocional.

Los maestros pasan mucho tiempo con los jóvenes y ello les sitúa en un plano ideal para descubrir a los que padecen estrés mental, y para arrojar una cuerda salvavidas a los que tienen tendencias suicidas.

Generalmente las medidas que se adoptan para reducir la incidencia del suicidio tienen la finalidad de prevenir el desenlace mortal de los actos suicidas, la repetición de dichos actos, el primer intento suicida y la inclinación al suicidio. En cada uno de estos casos el éxito de las medidas preventivas dependerá en gran parte de la identificación precoz y del adecuado tratamiento de los grupos de población más expuestos. La mayoría de las personas que se suicidan o lo intentan, ofrecen alguna advertencia o indicio de sus intenciones antes de consumir el acto.³⁰

Prevención del paciente suicida en atención primaria de salud (APS)

Una actuación preventiva supone conocer las variables que generan el problema y su posible solución, las conductas que se deberían desarrollar en la población a fin de que los daños fueran menores, los procedimientos o métodos de cambio de dichas conductas y que hagan posible valorar los efectos de nuestra intervención.

La dimensión psicológica de la prevención implica, además de la transmisión de información y conocimientos, la aplicación de los principios del aprendizaje cognoscitivo, del aprendizaje social, de la comunicación persuasiva, de la intervención comunitaria, del mercadeo y de la acción, para que haya en el individuo, en la familia o en la comunidad conocimiento de los riesgos, claridad sobre la exposición a ellos, toma de decisiones efectivas para modificarlos, elaboración de planes conducentes de precaución y a su mantenimiento.

Las labores de prevención en el enfrentamiento del suicidio son muy importantes, y es en esta parte del enfrentamiento donde más experiencia tiene en

muchos países, que se apoyan principalmente en el enfoque de riesgo y en el conocimiento de sus principales mecanismos psicosociales.

El objetivo principal de este trabajo es orientar a los médicos familiares, psicólogos y otros actores sociales cómo prevenir la conducta suicida de forma efectiva.

Los médicos de atención primaria de salud (APS) juegan un papel fundamental en la lucha contra este fenómeno teniendo una comunicación abierta con los pacientes a fin de recordarle su identidad, alentándola a que emprendan una acción positiva y recordarle que la familia y los amigos cuidan de ellos y desean ayudarlos.³⁰

Los médicos familiares pueden ayudar a los pacientes suicidas a afrontar los problemas que les aquejan en vez de huir de ellos adoptando una conducta suicida. También ayudan a los familiares y amigos cercanos a que se involucren más, los entiendan y apoyen, para que ellos no se sientan solos y puedan superar esa etapa satisfactoriamente. Para lograr esto se valerá de una serie de medidas:

1. Creerle y entender sus sentimientos.
2. Hacerle saber que se desea ayudarlo a encontrar respuestas.
3. Facilitar que verbalice y exprese sus sentimientos.
4. Explorar los motivos del intento sin temor y con seriedad.
5. Enseñarle a pedir ayuda en momentos de angustia antes de tomar decisiones.
6. Estimular sus cualidades positivas y éxitos recientes.
7. Buscarle ayuda profesional especializada.
8. Orientar a la familia de cómo apoyar y comunicarse claramente con el suicida.
9. No retar al paciente, ni aliarse a su solución de muerte, ni juzgarlo.
10. Darle apoyo emocional y de soluciones a los familiares.
11. Propiciar la comunicación con grupos de autoayuda a nivel comunitario.

IV.1.16. Consecuencias del suicidio

Cualquier acto suicida tiene un marcado efecto emocional en todos los afectados: el médico, la familia, los amigos pueden sentirse culpables, con vergüenza y remordimientos por no haber prevenido el suicidio y a la vez estar enfadados con el fallecimiento de otras personas.

El médico familiar puede proporcionar una asistencia de gran valor a la familia y a los amigos del paciente, ayudándoles a afrontar sus sentimientos de culpa y pesar.

El suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, los cuales se podrían considerar como los de mayor riesgo para la salud familiar, dado por los eventos que comprende como el deterioro de las relaciones familiares, que es referido por la gran mayoría de los pacientes.¹⁸

V. HIPÓTESIS

El intento suicida en los pacientes ingresados en el Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pína es frecuente.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Género al que pertenece un individuo.	Femenino Masculino	Nominal
Estado civil	Situación en que se encuentra o no una persona en relación a otra y es reconocida jurídicamente.	Soltero Casado Unión libre Viudo Separado Divorciado	Nominal
Ocupación	Actividad que realiza el individuo.	Estudiante Desempleado Ama de casa Agricultor Comerciante	Nominal
Escolaridad	Es el último grado académico alcanzado por el individuo.	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica Universitaria	Nominal

Procedencia	Es el lugar donde nace un individuo.	Rural Urbana	Nominal
Eventos vitales estresantes	Son los estímulos que mueven a la persona a realizar determinadas acciones.	Familiar Escolar Amoroso Enfermedad Económicos	Nominal
Antecedente de suicidio familiar	Si algún miembro de la familia algún intento de suicidio o suicidio	Sí No	Nominal
Intentos suicidas previos	Son los episodios previos realizados con el fin de quitarse la vida.	Uno Dos o más Ninguno	Ordinal
Antecedentes patológicos	Son las enfermedades orgánicas o mentales que el paciente padece.	ECV SIDA Cáncer Trastorno psiquiátrico Otros Ninguno	Nominal
Métodos	Recurso usado como medio de autodestrucción.	Organofosforados Carbamatos Soga Fármacos Arma blanca	Nominal

VII.3. Universo

La población del presente estudio lo conformaron 3,672 pacientes que fueron hospitalizados en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína, durante el período 2008-2012.

VII.4. Muestra

La muestra estuvo conformada por 111 pacientes que fueron ingresados por intento suicida en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína, durante el período 2008-2012.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

Se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron por intento suicida a las salas de internamiento del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína, hayan sido evaluados por un psiquiatra, que estén dentro del período de ésta investigación, que el expediente clínico aparezca y este completo.

VII.5.2. De exclusión

Se excluyeron a todos los pacientes que asistieron al Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína por otro diagnóstico diferente al intento suicida y que estén fuera del período de estudio.

VII.6. Instrumento de recolección de los datos

El medio por el cual se utilizó para buscar la información necesaria para la realización de este estudio fue la revisión de los expedientes clínicos, ésta información se recolectó a través de un formulario el cual contiene los datos de los pacientes a estudiados tales como aspectos sociodemográficos, clínicos y familiares (ver anexo IX.2. Instrumento de recolección de los datos).

VII.7. Procedimientos

El presente estudio se realizó a través de la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes estudiados previa solicitud al departamento de enseñanza y director del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína, el cual se hizo en el mes de julio del año 2013 por la sustentante, a través del llenado de un formulario (ver anexo IX.1.Cronograma).

VII.8. Tabulación y análisis

La tabulación de los datos recolectados a través de la revisión de los expedientes clínicos y el posterior llenado de un formulario se realizó mediante el programa de Epi-Infoversión 6 y fueron presentados y analizados en cuadros y gráficos de acuerdo a las variables de estudio y por último se elaboraron las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los hallazgos.

VII.8. Aspectos éticos

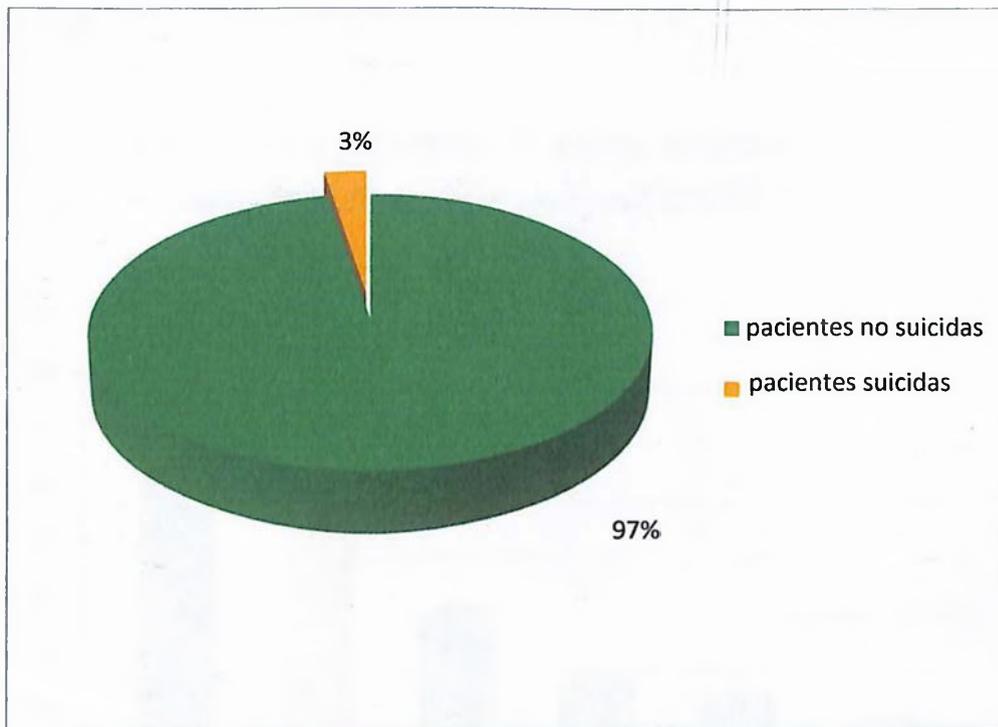
Todos los datos recolectados en ésta investigación se utilizaron con fines informativos y estadísticos, por lo que la información suministrada fue manejada con suma reserva por la sustentante.

VIII. RESULTADOS

En el cuadro I se presenta la distribución de los pacientes estudiados según la prevalencia de intento suicida. Como se muestra, la prevalencia fue de un 3 por ciento correspondiente a 111 pacientes.

Cuadro I. Distribución de los pacientes con intento suicida según la prevalencia. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

Prevalencia	Fx	%
Pacientes suicidas	111	3%
Pacientes no suicidas	3561	97%
Total	3672	100

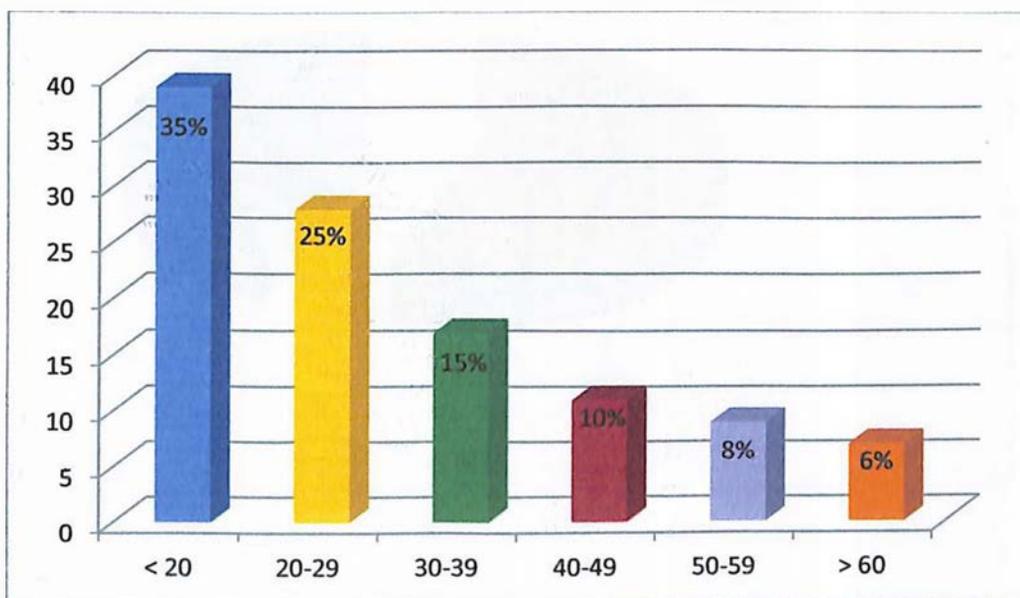


En el cuadro II se presenta la distribución de los pacientes estudiados según la edad. Como se muestra, la mayor frecuencia correspondió a los grupos de edades de < 20 años y 20-29 años, con 39 y 28 pacientes respectivamente.

Cuadro II. Distribución de los pacientes con intento suicida según la edad. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

Edad (años)	Fx	%
< 20	39	35
20-29	28	25
30-39	17	15
40-49	11	10
50-59	9	8
> 60	7	6
Total	111	100

Gráfico II. Distribución de los pacientes con intento suicida según la edad. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

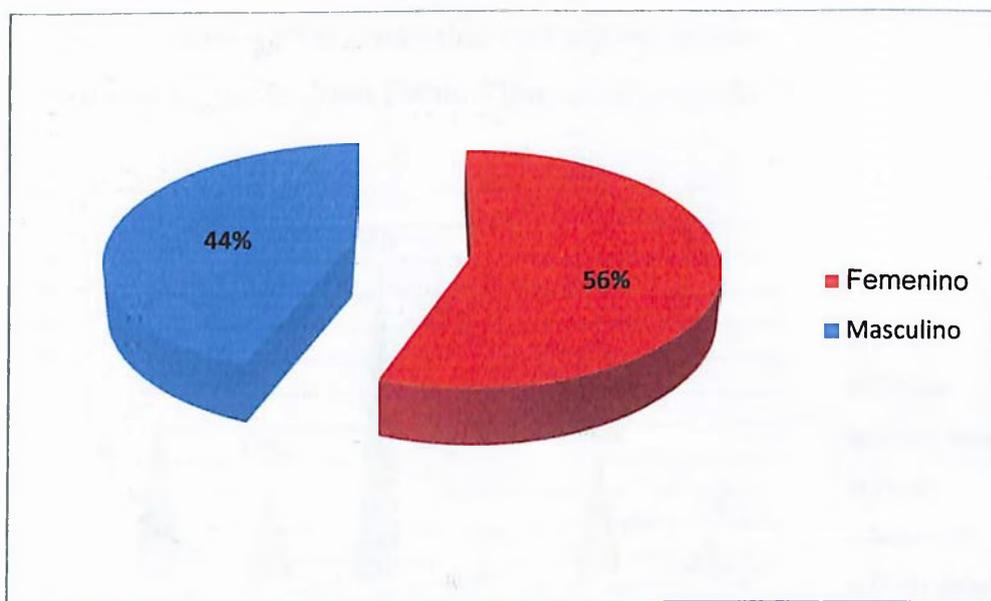


En el cuadro III se presenta la distribución de los pacientes estudiados según el sexo. Como se muestra, la mayor frecuencia correspondió al sexo femenino, con 62 pacientes.

Cuadro III. Distribución de los pacientes con intento suicida según el sexo. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

Sexo	Fx	%
Femenino	62	56
Masculino	49	44
Total	111	100

Gráfico III. Distribución de los pacientes con intento suicida según el sexo. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

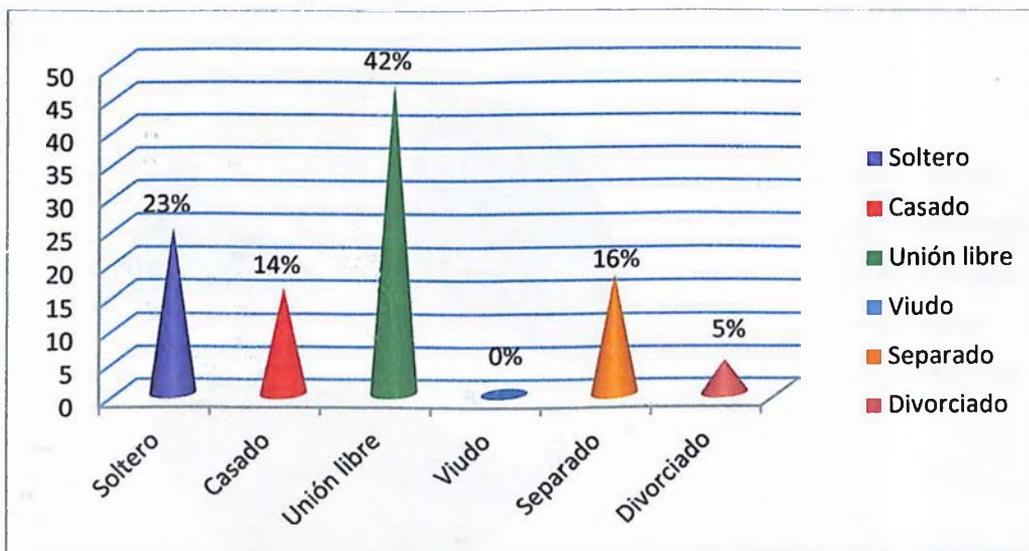


En el cuadro IV. Distribución de los pacientes estudiados según el estado civil. Como se puede observar, la mayor frecuencia correspondió a los que conviven en unión libre con 47 pacientes, seguido de los solteros con 25 pacientes.

Cuadro IV. Distribución de los pacientes con intento suicida según el estado civil. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

Estado civil	Fx	%
Soltero	25	23
Casado	16	14
Unión libre	47	42
Viudo	0	0
Separado	18	16
Divorciado	5	5
Total	111	100

Gráfico IV. Distribución de los pacientes con intento suicida según el estado civil. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

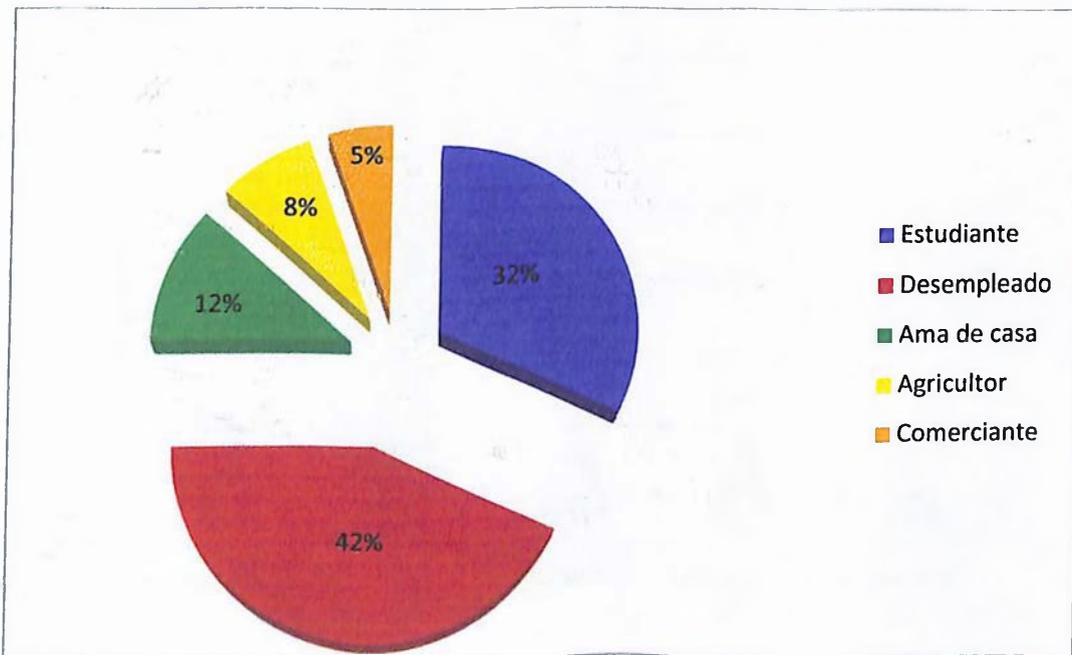


En el cuadro V. Distribución de los pacientes estudiados según la ocupación. Como se puede observar, la mayor frecuencia correspondió a los desempleados con 47 pacientes.

Cuadro V. Distribución de los pacientes con intento suicida según la ocupación. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

Ocupación	Fx	%
Estudiante	36	32
Desempleado	47	42
Ama de casa	13	12
Agricultor	9	8
Comerciante	6	5
Total	111	100

Gráfico V. Distribución de los pacientes con intento suicida según la ocupación. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

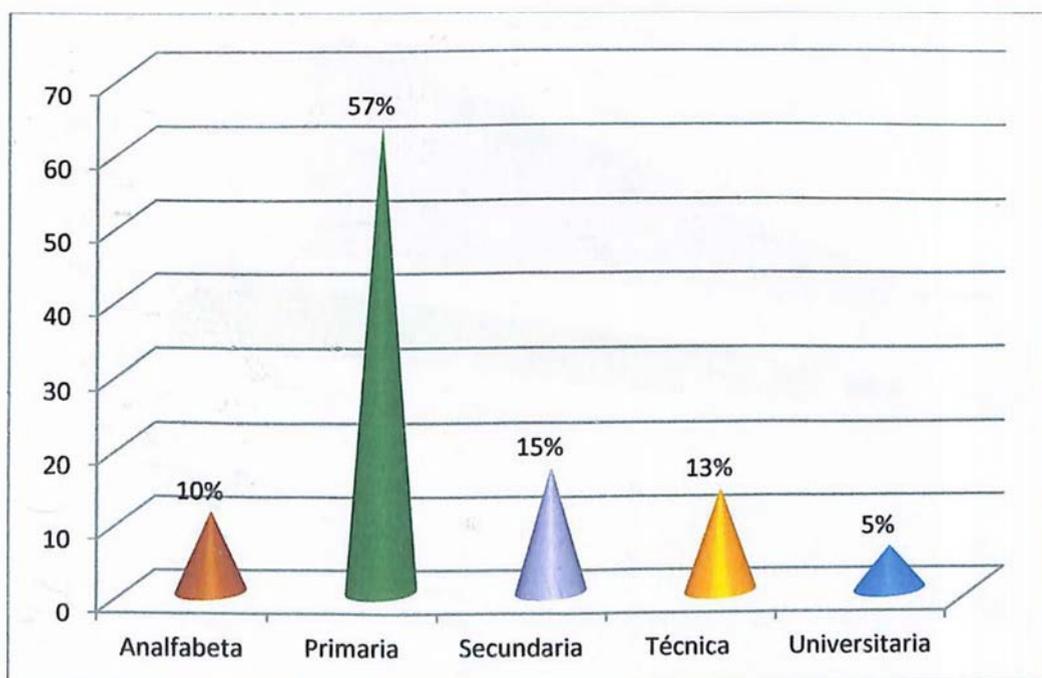


En el cuadro VI. Distribución de los pacientes estudiados según la escolaridad. Como se puede observar, la mayor frecuencia correspondió a los de educación primaria con 63 pacientes.

Cuadro VI. Distribución de los pacientes con intento suicida según la escolaridad. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

Escolaridad	Fx	%
Analfabeta	11	10
Primaria	63	57
Secundaria	17	15
Técnica	14	13
Universitaria	6	5
Total	111	100

Cuadro VI. Distribución de los pacientes con intento suicida según la escolaridad. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

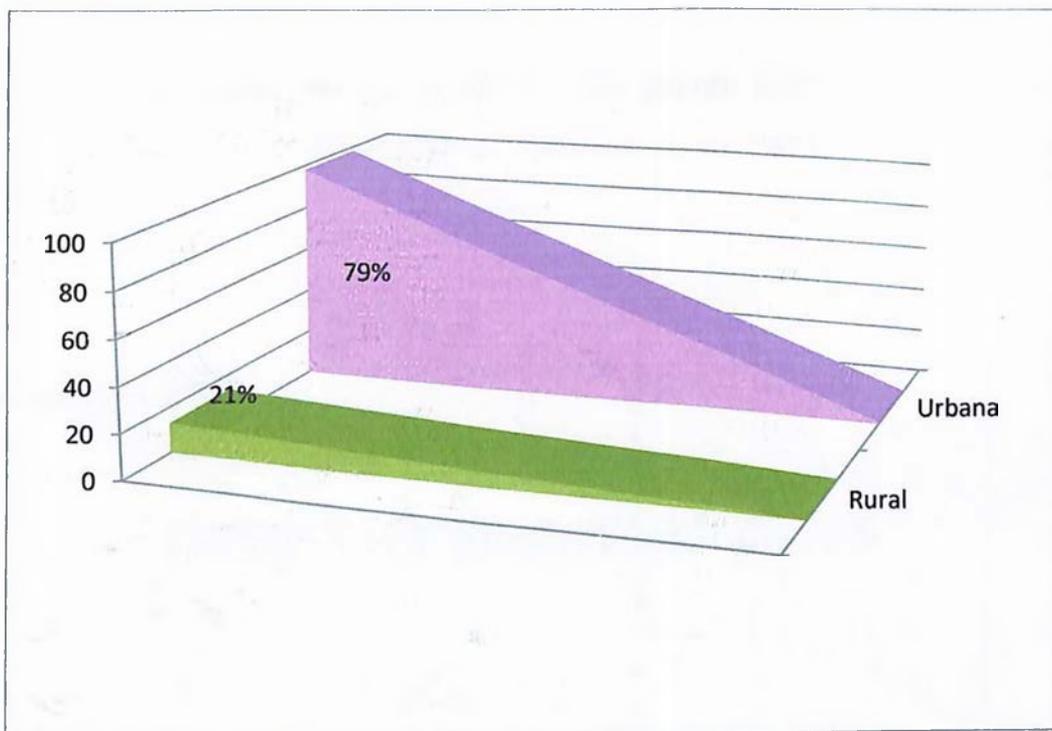


En el cuadro VII. Distribución de los pacientes estudiados según la procedencia. Como se puede observar, la mayor frecuencia correspondió a los que residen en la zona urbana con 88 pacientes.

Cuadro VII. Distribución de los pacientes con intento suicida según la procedencia. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

Procedencia	Fx	%
Rural	23	21
Urbana	88	79
Total	111	100

Gráfico VII. Distribución de los pacientes con intento suicida según la procedencia. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

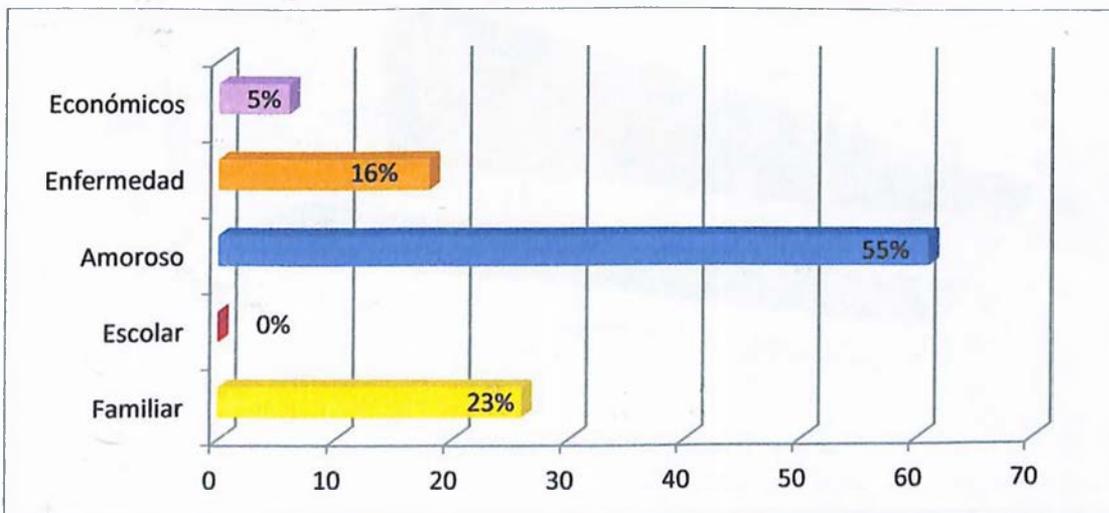


En el cuadro VIII. Distribución de los pacientes estudiados según los eventos vitales estresantes. Como se puede observar, la mayor frecuencia correspondió a los eventos amorosos con 61 pacientes.

Cuadro VIII. Distribución de los pacientes con intento suicida según los eventos vitales estresantes. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

Eventos vitales estresantes	Fx	%
Familiar	26	23
Escolar	0	0
Amoroso	61	55
Enfermedad	18	16
Económicos	6	5
Total	111	100

Gráfico VIII. Distribución de los pacientes con intento suicida según los eventos vitales estresantes. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

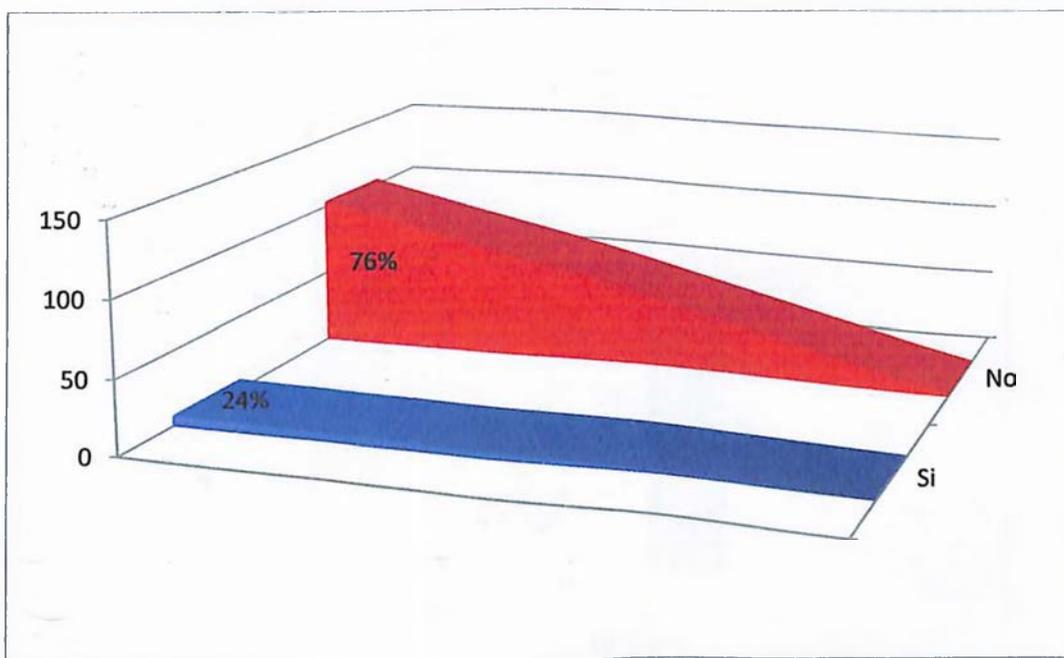


En el cuadro IX. Distribución de los pacientes estudiados según el antecedente de suicidio familiar. Como se puede observar, la mayor frecuencia correspondió a los que no tenían antecedentes con 84 pacientes.

Cuadro IX. Distribución de los pacientes con intento suicida según el antecedente de suicidio familiar. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

Antecedente de suicidio familiar	Fx	%
Si	27	24
No	84	76
Total	111	100

Gráfico IX. Distribución de los pacientes con intento suicida según el antecedente de suicidio familiar. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

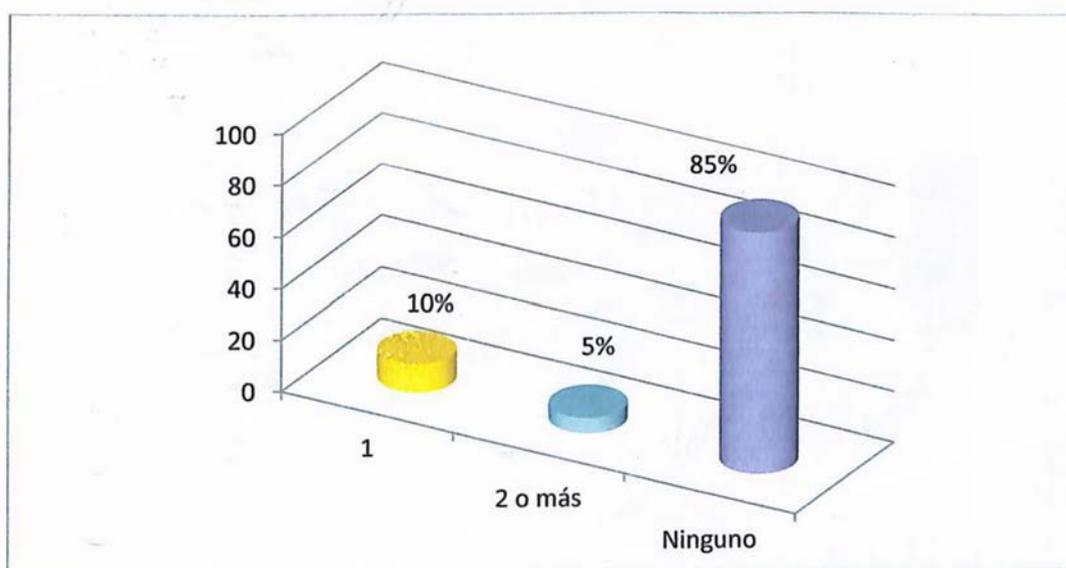


En el cuadro X. Distribución de los pacientes estudiados según el intento de suicidio previo. Como se puede observar, la mayor frecuencia correspondió a los que no realizaron intento previo con 94 pacientes.

Cuadro X. Distribución de los pacientes con intento suicida según el intento de suicidio previo. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el periodo 2008-2012.

Intentos suicidas previos	Fx	%
1	11	10
2 o más	6	5
Ninguno	94	85
Total	111	100

Gráfico X. Distribución de los pacientes con intento suicida según el intento de suicidio previo. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el periodo 2008-2012.

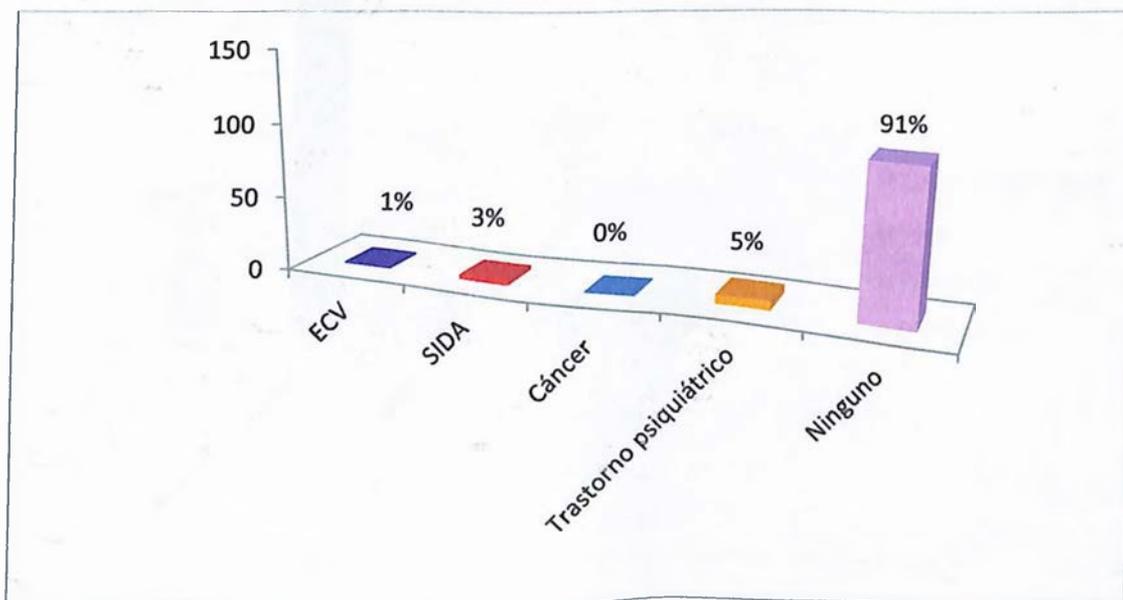


En el cuadro XI. Distribución de los pacientes estudiados según los antecedentes mórbidos. Como se puede observar, la mayor frecuencia correspondió a los que no padecían ninguna enfermedad con 101 pacientes.

Cuadro XI. Distribución de los pacientes con intento suicida según los antecedentes patológicos. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

Antecedentes patológicos	Fx	%
Enfermedad cerebro vascular	1	1
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	3	3
Cáncer	0	0
Trastorno psiquiátrico	6	5
Ninguno	101	91
Total	111	100

Gráfico XI. Distribución de los pacientes con intento suicida según los antecedentes patológicos. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

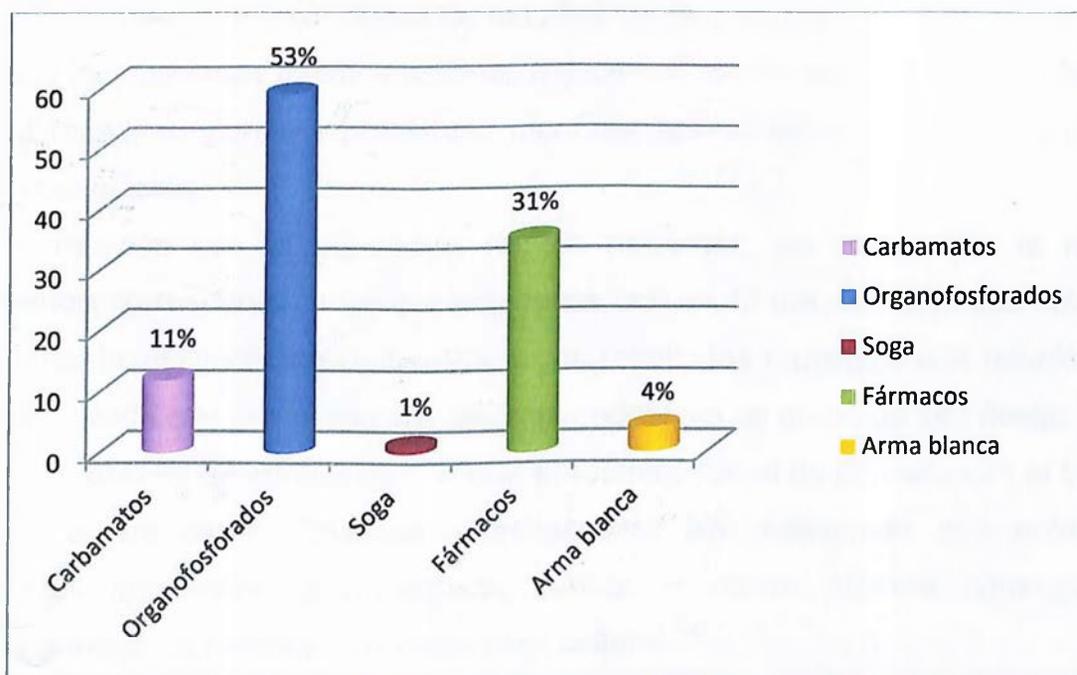


En el cuadro XII. Distribución de los pacientes estudiados según el método. Como se puede observar, la mayor frecuencia correspondió a los organofosforados con 59 pacientes.

Cuadro XII. Distribución de los pacientes con intento suicida según el método. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.

Métodos	Fx	%
Organofosforados	12	11
Carbamatos	59	53
Soga	1	1
Fármacos	35	31
Arma blanca	4	4
Total	111	100

Gráfico XII. Distribución de los pacientes con intento suicida según el método. Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012.



IX. DISCUSIÓN

En este estudio, se determinó que la prevalencia de intento suicida en los pacientes ingresados en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína, en el período 2008-2012 fue de 3 por ciento y se ha incrementado en los últimos años que ha duplicado las cifras reportadas en el año 2010.⁵⁻⁶

Los grupos de edades predominantes de los pacientes ingresados por intento suicida estuvieron entre los < 20 años y 20-29 años, con el 35 y 25 por ciento de los casos respectivamente, estos resultados son similares a otras investigaciones donde revelan que los adolescentes y adultos jóvenes fueron los más afectados y han presentado incrementos constantes de tal forma que ahora son los grupos de mayor riesgo.⁵⁻⁶

En relación al sexo, los intentos suicidas predominaron en las mujeres con 62 pacientes para un 56 por ciento y los hombres obtuvieron el 44 por ciento de la muestra, teniendo una relación mujer/hombre de 1:1. Estos resultados corroboran los hallazgos de otros estudios que demuestran que las mujeres es más prevalente el intento suicida mientras que los hombres tienen tendencia al suicido consumado.⁵⁻⁶

En lo que respecta al estado civil el 42 por ciento de los pacientes convivían en unión libre, este resultado difiere de estudios previos donde se señala que son los solteros los que más intentos suicidas realizaron.⁶ Se ha comprobado que la falta de intimidad, confianza y problemas maritales graves están relacionados con la conducta suicida.

En relación con la ocupación de los pacientes, se revela que la mayor frecuencia correspondió a los desempleados con un 42 por ciento, lo que coincide con otras investigaciones realizadas cuyos resultados muestran una relación del intento suicida con el desempleo, constituyéndose en un grupo de alto riesgo.⁵⁻⁶

Según el nivel de escolaridad, el que predominó fue el de primaria con el 57 por ciento de los casos. Diversos investigadores han expresado que entre los pacientes ingresados por conducta suicida el mayor número correspondió principalmente, a personas con bajo nivel cultural.⁵⁻⁶

Con respecto a la procedencia de los pacientes nótese que la mayor frecuencia se presentó en los que residen en la zona urbana con 79 por ciento, a diferencia de otros estudios realizados donde se pone de relieve que la mayoría de los suicidas pertenecían a la zona rural.⁶

Al hacer un estudio de los eventos vitales estresantes que motivaron el intento suicida, fueron principalmente los de índole amoroso con un 55 por ciento, sobre todo del sexo femenino, que según informa la literatura constituye uno de los factores predisponentes de la conducta suicida en la mujer.⁵⁻⁶

Los pacientes sin antecedentes de suicidio familiar fueron los de mayor frecuencia con el 76 por ciento de los casos; quizás esto es debido a que los pacientes no tenían conocimientos de suicidios en la familia o prefirieron ocultarlo, coincidiendo con otras investigaciones realizadas, donde estos pacientes son los más afectos.⁶ Aunque difiere con la literatura consultada que señala que un gran porcentaje de los pacientes con historia familiar de suicidio realizan también una tentativa de suicidio.

La mayoría de los pacientes no presentaron intentos previos, correspondiendo al 94 por ciento de los casos, datos que han sido reportados por otros autores, señalando a los pacientes no reincidentes como los más afectados.⁶ Sin embargo, este factor puede servir de patrón para la consumación y el riesgo de repetir una nueva tentativa.

Los pacientes que no tenían antecedentes patológicos fueron los más frecuentes, presentando un 91 por ciento de los casos, estos hallazgos fueron descritos en otro estudio.⁶ Aunque difiere de la literatura consultada donde aproximadamente del 50 a 90 por ciento de los intentos se aprecia una enfermedad física (crónica, terminal o discapacitante) o psiquiátrica.¹¹

En relación a los métodos utilizados, vemos que el 53 por ciento de los casos se debió a la ingesta de organofosforados, seguido de los fármacos con un 35 por ciento, datos que corroboran los hallazgos de otros autores.⁵⁻⁶ La elección del método está determinada por factores culturales, disponibilidad del agente y la seriedad de la intención. Es por esto que la prevención de la conducta suicida reviste gran importancia, con la cual podrían evitarse muchas muertes.

X. CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados obtenidos de ésta investigación pueden derivarse las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de intento suicida se ha duplicado en los últimos 3 años.
2. La población de adolescentes y adultos jóvenes presentaron mayor número de intentos suicidas.
3. Los pacientes estudiados fueron en gran mayoría del sexo femenino, con una relación mujer/hombre de 1:1.
4. Predominaron los pacientes que convivían en unión libre, luego los solteros.
5. La mayoría de los pacientes suicidas eran desempleados, seguido por los estudiantes.
6. Los estudiantes del nivel primario presentaron el mayor porcentaje de intentos suicidas.
7. Se visualizó la mayor cantidad de intentos suicidas en los pacientes que residían en la zona urbana.
8. El evento vital estresante condicionante de esta conducta más destacado fue el de índole amoroso.
9. Los pacientes sin antecedentes familiares de suicidio presentaron mayor número de intentos suicidas.
10. Los pacientes más afectados fueron los que no habían realizado intentos suicidas previos.
11. El mayor porcentaje de los intentos suicidas se cometieron fundamentalmente en pacientes que no tenían antecedentes patológicos.
12. Los métodos más utilizados por los pacientes suicidas fueron la ingesta de organofosforados y fármacos.

XI. RECOMENDACIONES

Al determinar la prevalencia de intento suicida en los pacientes que fueron ingresados en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína, consideramos hacer las siguientes recomendaciones:

1. Trabajar en el fortalecimiento del ambiente familiar, específicamente, la forma de interacción de los miembros, ya que de esta manera la familia puede fungir como un elemento protector contra la conducta suicida.
2. Promover programas de prevención y concientización a la población sobre el suicidio.
3. Instruir al personal de salud sobre la detección y manejo del paciente suicida.
4. Concientizar a los maestros a que se involucren más con sus estudiantes y sean capaces de detectar a los que están en riesgo y canalizarlos para que sean insertados en programas de educación y/o rehabilitación.
5. Orientar a la población en las escuelas y en la comunidad sobre el manejo de los conflictos personales.
6. Realizar estudios de seguimiento de los pacientes suicidas para contar con un registro sistemático y periódico de la problemática suicida.
7. Mejorar los sistemas de archivos y registros en el centro de salud, debido a que no aparecen los expedientes clínicos o estos están incompletos.
8. Evaluar cuidadosamente a los pacientes suicidas en los servicios de emergencias, a fin de no tomar decisiones apresuradas sobre manejar ambulatoriamente al paciente con riesgo de un nuevo intento.
9. Diseñar campañas públicas de información y prohibición de la venta libre de sustancias químicas utilizadas comúnmente por los pacientes suicidas y que les son de fácil acceso.
10. Dejar a un lado los prejuicios que existen alrededor de este problema ya que debido a ello se subestiman las cifras de intento suicida y obstaculizan los trabajos preventivos, lo que conlleva a que no se sepa el estado actual, ni el desarrollo de este fenómeno en nuestro país.

13. Suicidio - Monografias.com
www.monografias.com › Estudio Social
14. R. Alarcón, G. Mazzotti, H. Nicolini. *Psiquiatría*. 2005. 2ª edición. Distrito Federal, (México): Editora El Manual Moderno, 453-459.
15. Julián-Jiménez, R. Cazorla-Calleja, L. Oca-Bravo, R. Sierra-Prefasi, FJ. De la Torre-De la Torre. *Manual Normon*. 2006. 8ª edición. Madrid, (España): Editora Laboratorio Normon SA, 1073-1084.
16. A. Rubinstein, E. Rubinstein, A. Abbate, E. Abbate, F. Achilli, M. Acuña, et al. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 2006. 2ª edición. Buenos Aires, (Argentina): Editora Médica Panamericana, 324,610.
17. J-M. Gómez. *Familia Problemas y Soluciones*. 1998. Santo Domingo, (RD): Editora Búho, 113-114.
18. M. Beers, R-S. Poter, T-V. Jones, L-L.Kaplan, M. Berkewits. *El Manual Merck*. 2007. 11ª edición. Madrid, (España): Editora Elsevier España, 1915-1918.
19. A. Fauci, E. Brawnwald, D. Kasper, S. Hauser, D-L. Longo, J-L. Jameson. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 2009. 17ª edición. Distrito Federal, (México): Editora McGraw-Hill, 2005.
20. Número suicidios y tasa anual, 2000-2011 - ONE
www.one.gob.do/index.php?module=uploads&func=download.
21. Herrera-Santi PM, Avilés-Betancourt K. Factores familiares de riesgo y en el intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2000; 16(2): 134-137.
22. Guía Práctica para la evaluación del riesgo suicida.
www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions.../guía-práctica.pdf.
23. C. Rudolph, A. Rudolph, M. Hostetter, G. Lister, N. Siegel. *Pediatría de Rudolph*. 2004. 21ª edición. Madrid, (España): Editora McGrawHill Interamericana, 515, 544.
24. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis magazine The Lancet* 2009; 374(9686): 315 – 323.

25. C. Castro, O. Maldonado, Y. Benguigui. La Niñez, la Familia y la Comunidad. 2004. Washington, (USA): Editora OPS/PALTEX, 502-509.
26. N. Adam, W. Weltzman. Atención Primaria en Pediatría. 1998. 4ª edición. Barcelona, (España): editora Océano Mosby, 1020-1023.
27. RE. Berhrman, RM. Kliegman, HB. Jenson. Nelson Tratado de Pediatría. 2004. 17ª edición. Madrid, (España): Editora Elsevier España, 86-87, 648-649.
28. Galán-Sánchez, B. Manzano-Balseira, MJ. Palomo de los Reyes. El Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 2010. 3ª edición. Editora FISCAM, 1365-1366.
29. Prevención secundaria de la autólisis en Atención Primaria.
www.porta.esmedicos.com/.../prevención-secundaria-de-la-autolisis-en.
30. Prevención de la conducta suicida en la APS
Bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi09202.htm por WG Reyes 2002.

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2013	
Selección del tema	2013	Enero
Búsqueda de referencias		Febrero-Mayo
Elaboración del anteproyecto		Mayo-Junio
Sometimiento y aprobación		Junio
Ejecución de las encuestas		Junio
Tabulación y análisis de la información		Julio
Redacción del informe		Julio
Revisión del informe		Agosto
Encuadernación		Octubre
Presentación		Octubre

XIII.2. Instrumento de recolección de los datos

PREVALENCIA DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO PÍNA, EN EL PERÍODO 2008-2012.

Protocolo No. _____ Fecha _____

Nombre _____ No. Expediente _____

Datos sociodemográficos:

1. Edad: ___ años.

2. Sexo: Masculino ___ Femenino ___

3. Estado civil:

Soltero ___ Casado ___ Unión libre ___ Separado ___ Divorciado ___ Viudo ___

4. Ocupación:

Estudiante ___ Desempleado ___ Ama de casa ___ Agricultor ___ Comerciante ___

Otros ___

5. Escolaridad:

Analfabeta ___ Primaria ___ Secundaria ___ Técnica ___ Universitaria ___

6. Procedencia del paciente: Urbana ___ Rural ___

7. Eventos vitales estresantes:

Familiar ___ Escolar ___ Amoroso ___ Enfermedad ___ Económicos ___

8. Antecedentes de suicidio familiar: Si ___ No ___

9. Intentos suicidas Previos: 1 ___ 2 ó más ___ Ninguno ___

10. Antecedentes patológicos:

ECV ___ SIDA ___ Cáncer ___ Trastorno psiquiátrico ___

11. Métodos:

Organofosforados ___ Carbamatos ___ Soga ___ Fármacos ___ Arma blanca ___

XIII.3. Costos y recursos

IX.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Sustentante • 2 Asesores (metodológico y clínico) • Archivistas y digitadores 			
IX.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	2 resmas	250.00	500.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	1,500.00	3,000.00
IX3.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
IX.3.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1200 copias	5.00	6,000.00
Encuadernación	12 informes	400.00	4,800.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			6,000.00
Inscripción del anteproyecto			15,000.00
Inscripción de la tesis			15,000.00
Imprevistos			3,000.00
Total			\$59,520.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XIII.4. Carta de solicitud para tesis de posgrado

San Cristóbal, R.D.

11 de Junio del 2013

Señores:

Dr. Miguel Ángel Geraldino Oller

Director del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pína

Dra. Concepción Aurora Sierra Guerrero

Jefa de Enseñanza

Distinguido doctores:

Cortésmente me dirijo a ustedes con la finalidad de solicitarle su autorización para poder realizar una investigación para tesis de posgrado en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Título del estudio: **PREVALENCIA DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO PÍNA, EN EL PERÍODO 2008-2012.**

Agradeciéndoles su receptividad, se despide de ustedes.

Dra. Eridania Cruz Rodríguez

R4 de Medicina Familiar y Comunitaria

XIII.5. Evaluación

Sustentante

Eridania Cruz Rodríguez

Dra. Eridania Cruz Rodríguez

Dra. Iris Paula
Med. Familiar y Com.

Dra. Iris Paula

Dra. Iris Paula

Asesores



Rubén Darío Pimentel

Jurados

[Signature]

[Signature] Montero

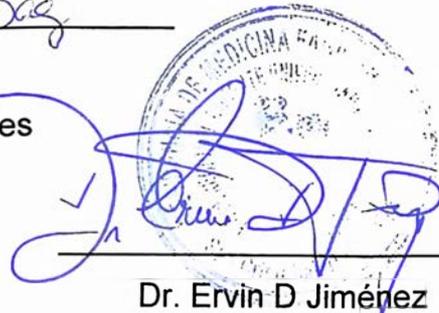
[Signature] Dra. Rey

Autoridades



Dra. Concepción A. Sierra

Jefa de enseñanza e investigación



Dr. Ervin D Jiménez

Coordinador de la residencia

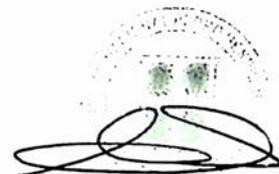
Autoridades de la UNPHU



Dr. José Asilis Zaiter

Decano Facultad de Ciencias de la Salud

UNPHU



Dr. Eduardo García

Director Escuela de Medicina

UNPHU

Fecha de presentación: 25/5/2013

Calificación: 98