

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MOTIVACIONALES  
DEL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS”**

**Estudio descriptivo transversal realizado  
en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa**

**junio-julio 2016**

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Mabby Dariana Franco Mijangos  
Lourdes Nineth Calijau Cogoux**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, septiembre de 2016

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Las estudiantes:

Mabby Dariana Franco Mijangos 200617903  
Lourdes Nineth Calijau Coguox 200717839

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MOTIVACIONALES DEL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS"

Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Regional de Cuitapa, Santa Rosa

junio-julio 2016

Trabajo asesorado por el Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales, co-asesorado por el Dr. Edgar René Peña García y revisado por el Dr. Miguel Eduardo García, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el uno de septiembre del dos mil dieciséis



DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS  
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que las estudiantes:

Mabby Dariana Franco Mijangos 200617903  
Lourdes Nineth Calijau Cogúox 200717839

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MOTIVACIONALES  
DEL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS"**

Estudio descriptivo transversal realizado  
en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa

junio-julio 2016

El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el uno de septiembre del dos mil dieciséis.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

César O. García G.  
Doctor en Salud Pública  
Colegiado 5,950

Dr. C. César Oswaldo García G.    
Coordinador Facultad de Ciencias Médicas  
Coordinación de Trabajos de Graduación  
COORDINADOR

Doctor  
César Oswaldo García García  
Coordinación de Trabajos de Graduación  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotras:

Mabby Dariana Franco Mijangos

Lourdes Nineth Calijau Coguox

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MOTIVACIONALES  
DEL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS”

Estudio descriptivo transversal realizado  
en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa

junio-julio 2016

Del cual el asesor y revisor se responsabilizan de la metodología,  
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos  
y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

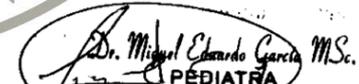
Firmas y sellos

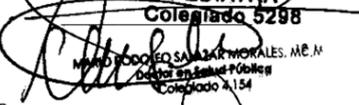
Revisor: Dr. Miguel Eduardo García

No. de registro de personal 2002 04 74

Asesor: Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales

Co-asesor: Dr. Edgar René Peña García

  
Dr. Miguel Eduardo García M.Sc.  
PEDIATRA  
Colegiado 5298

  
MARIO RODOLFO SALAZAR MORALES, M.E.N.  
Médico en Salud Pública  
Colegiado 7154

  
DR. EDGAR RENE PEÑA GARCIA  
MEDICO Y PEDIATRA  
COT. 9302

***De la responsabilidad del trabajo de graduación:***

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

## **Agradecimientos**

A Dios por habernos permitido llegar hasta este momento.

A nuestros padres por todo el apoyo brindado durante la carrera.

A nuestro asesor, co-asesor y revisor :

Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales

Dr. Edgar René Peña García

Dr. Miguel Eduardo García

por asesorarnos en la realización de este trabajo de graduación.

### **Acto que dedico a:**

A Dios por guiarme en mi camino y permitirme culminar mi carrera.

A mis padres, la culminación de la carrera es un logro más que llevo a cabo y sin lugar a dudas ha sido en gran parte gracias a ustedes, la ayuda que me han brindado han formado bases de gran importancia, muchas gracias.

A mis hermanos ustedes han sido de las principales personas en ayudarme a que este proyecto fuera posible, gracias por ser mis primeros pacientes.

A mi esposo Héctor, tu ayuda ha sido fundamental, haz estado conmigo hasta en los momentos más difíciles, la carrera no fue fácil, pero tu estuviste motivándome te lo agradezco muchísimo.

A mi familia que han sido la base de mi formación cada uno de ustedes ha aportado grandes cosas a mi vida y me han ayudado a la gran tarea de enfrentarme a la sociedad, les agradezco por todo.

A mis amigos: gracias por haber echo de mi etapa universitaria un trayecto inolvidable.

A Lourdes: con quien compartimos durante la mayor parte de la carrera y la tesis. Lou, lo logramos!

A la Universidad de San Carlos por abrirme las puertas de la educación superior y darme los conocimientos para convertirme hoy en médica y cirujana.

A mis formadores: personas de gran sabiduría que se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro, muchas gracias.

Mabby Dariana Franco Mijangos

### **Acto que dedico a:**

A Dios y a la Virgen María por haberme permitido llegar hasta este punto, por darme salud para lograr mis objetivos y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante toda mi carrera.

A mis padres, porque sus esfuerzos son impresionantes y su amor invaluable, me han proporcionado todo y cada cosa que he necesitado, su ayuda ha sido fundamental para la culminación de mis estudios universitarios, los amo.

A mi hermano, por su constante amor inexplicable para mi superación personal, porque siempre me ha apoyado incondicionalmente, te quiero mucho Willy.

A mi familia, por haber destinado tiempo para enseñarme nuevas cosas, por brindarme aportes invaluable y porque siempre estuvieron ahí ante cualquier situación.

A mis amigos, quienes han sido y seguirán formando una parte importante de mi vida, ya que siempre han estado presentes para brindarme apoyo y consejos, agradezco a Dios por permitirme encontrar amistades tan puras y que han sido verdaderas y productivas para mi vida.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala por ser el centro de enseñanza que inculcó en mí el trabajo, la responsabilidad y la dedicación.

A la Facultad de Ciencias Médicas por ser mi segundo hogar y por haberme permitido pasar dentro de sus aulas viviendo buenos y difíciles momentos que la carrera conlleva.

A mis catedráticos por tantas invaluable enseñanzas tanto en lo personal como académicamente, por el apoyo, orientación y motivación que me brindaron día con día.

Lourdes Nineth Calijau Cogoux

## RESUMEN

**OBJETIVOS:** Describir las características epidemiológicas y motivacionales de los adolescentes y adultos con intento suicida, que se atienden en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal. Se entrevistó a la totalidad de personas que intentaron suicidarse durante un período de 60 días en turnos rotativos de 24 horas, se identificaron las características epidemiológicas y motivacionales y se aplicó el test de Hamilton para depresión y ansiedad. **RESULTADOS:** Del total entrevistado (N=31), 18 (58%) son mujeres, 12 (38.71%) están comprendidos entre los 14 y 18 años, 14 (45%) no profesan ninguna religión, 17 (54.8%) solteros, 64.6% agricultores y ama de casa, 12 (38.7%) personas con procedencia de Barberena, Cuilapa y Nueva Santa Rosa, 16 (51.6%) con educación primaria, 8 (25.81%) tenían antecedente familiar de suicidio, 9 (29%) refirieron abuso de alcohol. Como primer intento se presentan 26 (83.9%) sujetos, 15 (48.4%) refieren eventos estresantes de tipo sentimental, 4 (12.90%) son víctimas de acoso, 22 (71%) utilizaron el método de envenenamiento, 26 (83.88%) refieren como motivo problemas de pareja y problemas familiares, 23 (74.19%) presentan depresión muy severa y 24 (77.42%) ansiedad mayor. **CONCLUSIONES:** Se observa un caso de intento de suicidio cada dos días, con mayor frecuencia en mujeres, personas solteras, con escolaridad primaria y que no profesan religión. Los sujetos refieren problemas familiares en relación con los padres y sentimentales con la pareja, predomina el uso de agroquímicos (plaguicidas y herbicidas). Todas presentan algún grado de depresión y ansiedad.

**Palabras clave:** Intento de suicidio, suicidio, depresión, ansiedad.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos Específicos	3
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 Descripción del lugar	5
3.2 Definición	6
3.3 Clasificación clínica de la conducta suicida	8
3.4 Codificación	8
3.5 Epidemiología	8
3.6 Epidemiología en Guatemala	11
3.7 Factores de riesgo	14
3.8 Tipo de riesgo	20
3.9 Teorías acerca del suicidio	20
3.10 Suicidio en adolescentes	23
3.11 Estudios a nivel internacional	25
3.12 Estudios realizados en Guatemala	36
3.13 Aspectos legales	38
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	39
4.1 Tipo y diseño de la investigación	39
4.2 Unidad de análisis	39
4.3 Población y muestra	39
4.4 Selección de los sujetos a estudio	42
4.5 Definición y medición de variables	43
4.5.1 Variables a estudiar	43
4.5.2 Definición conceptual	43

4.5.3	Definición operacional	43
4.5.4	Tipo de variable	43
4.5.5	Escala de medición	43
4.5.6	Instrumentos	43
4.6	Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	49
4.7	Procesamiento y análisis de datos	52
4.8	Alcances y límites	53
4.9	Aspectos éticos de la investigación	53
5.	RESULTADOS	57
6.	DISCUSIÓN	61
7.	CONCLUSIONES	67
8.	RECOMENDACIONES	69
9.	APORTES	71
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
11.	ANEXOS	83

## 1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema a nivel mundial, en general los índices de suicidio van desde más de 25 por cada 100,00 personas en Escandinavia, Suiza, Alemania, Austria y los países del este de Europa y Japón, hasta menos de 10 por cada 100,00 en España, Italia, Irlanda, Egipto y Países Bajos. Estados Unidos se encuentra entre la media con 12.5 por cada 100,00 personas.<sup>1</sup> Aunque la tasa en general no ha variado, se ha visto un aumento de casos en personas jóvenes.<sup>1,2</sup> Para Guatemala la tasa es de 3.2 por 100,000 personas, para el 2004 según la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>3</sup>

El suicidio se convierte en un problema muy importante a nivel mundial, ya que se estima que 800.000 mueren cada año, y es la segunda causa principal de muerte entre 15 a 29 años de edad. Se calcula que por cada adulto que se suicida existen 20 que intentan suicidarse. La ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre las maneras más utilizadas para atentar contra la propia vida.<sup>2</sup>

Muchos suicidios acontecen en momentos de crisis, y en esas circunstancias el acceso fácil a un arma de fuego o plaguicidas, puede determinar la vida o la muerte de una persona. Otro factor de riesgo es el deterioro en la capacidad de hacer frente a situaciones agudas o crónicas de estrés, por ejemplo, problemas financieros. Además, los casos de violencia, y maltrato de menores, están asociados a comportamientos suicidas.<sup>2</sup>

Existe mayor número de casos de suicidios en hombres que en mujeres, sin embargo las mujeres lo intentan más veces que los hombres.<sup>1-5</sup> El antecedente de haber intentado previamente suicidarse es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general.<sup>2</sup>

Se publicó un artículo en Prensa Libre el cual aborda el tema de suicidio en Guatemala que afirma que los departamentos más afectados son: Quiché, Huehuetenango, Escuintla, Santa Rosa, Retalhuleu, Sololá y Quetzaltenango, y que en lo que va del año 2016 se han suicidado 26 personas en dichos departamentos. Específicamente en Santa Rosa, el personal del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF), informó que el año pasado 18 personas decidieron acabar con su vida, por diferentes razones, entre ellas, conflictos familiares y acoso.<sup>6</sup>

Existe un estudio realizado en el 2011, sobre desesperanza e ideación suicida en el departamento de Santa Rosa, el cual reporta desesperanza en el 30% e ideación suicida en el 2% de la población estudiada. Estos datos indican que esta población podría llegar a intentar suicidarse y consumir su objetivo.<sup>7</sup>

Según datos obtenidos en la Policía Nacional Civil, en el año 2014 Santa Rosa obtuvo el primer lugar a nivel departamental de suicidio con 32 casos de los cuales el 56% se encuentra entre las edades de 12 a 25 años.\* Para el año 2015 se registraron 18 suicidios;<sup>6</sup> por lo que tomando en cuenta que por cada suicidio cometido se cree que hay 20 intentos,<sup>2,3,7</sup> probablemente 360 personas aproximadamente habrán intentado suicidarse.

Las autoras habiendo realizado el ejercicio profesional supervisado hospitalario en el Hospital Regional de Cuilapa observaron una frecuencia de 1 a 5 intentos suicidios semanales en su mayoría jóvenes (siendo aproximadamente el 50% de los casos, menores de edad), sin una identificación clara de los posibles factores de riesgo relacionados y sin que estuviera también definido en los registros administrativos del hospital ni en el análisis epidemiológico del área de salud de Santa Rosa.

Por estos antecedentes surgió la pregunta ¿Cuáles son las características epidemiológicas y motivacionales de intento de suicidio en adolescentes y adultos? la información acerca de este problema es escasa debido a que existe subregistro. Según la OMS, Guatemala, se encuentran entre los países con registros vitales de mala cobertura, y alta proporción de causas indeterminadas o ningún resultado reciente.<sup>2,3</sup>

Se decidió responder a la pregunta planteada con un estudio descriptivo transversal, en el cual se entrevistó a personas mayores de 13 años que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa, en el departamento de Santa Rosa, durante 60 días calendario de junio a agosto del 2016. Los sujetos fueron entrevistados con el cuestionario para determinar las características epidemiológicas y motivacionales, seguido de los test de Hamilton para depresión y ansiedad.

---

\* Dirección General de la Policía Nacional Civil. Ministerio de Gobernación. Guatemala. Observaciones no publicadas, 2016.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General:**

**2.1.1.** Describir las características epidemiológicas y motivacionales de los adolescentes y adultos con intento suicida que se atienden en el Hospital Regional de Cuilapa durante junio-agosto del año 2016.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

**2.2.1.** Describir las características sociales y demográficas de los sujetos a estudio con intento de suicidio, por sexo.

**2.2.2.** Identificar los factores de riesgo presentes en las personas con intento suicida, por sexo.

**2.2.3.** Identificar la motivación que provocó el intento de suicidio, por sexo.

**2.2.4.** Identificar la presencia de depresión y/o ansiedad en las personas entrevistadas, por sexo.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Descripción del lugar

##### 3.1.1. Santa Rosa

Es uno de los 22 departamentos de Guatemala. Se encuentra situado en la región IV o región sudeste de Guatemala, su cabecera departamental es Cuilapa.<sup>7</sup>

##### 3.1.2. Cuilapa

Es la cabecera del municipio del mismo nombre y cabecera del departamento de Santa Rosa. El municipio cuenta con 1 ciudad, 10 aldeas y 28 caseríos.<sup>8</sup> Cuenta con un centro de salud tipo A, un hospital regional y un hospital del IGSS. Funcionan escuelas urbanas mixtas y nocturnas.<sup>7</sup>

##### 3.1.3. Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa

Se encuentra casi en el centro de la cabecera, del municipio de Cuilapa, Santa Rosa. Inicialmente se le llamo "Dr. Pablo Fuchs".<sup>9</sup>

##### 3.1.4. Etnia, cultura e historia

Los xincas emigraron desde Sudamérica a través del océano pacífico. Se cree que provienen de las culturas andinas las cuales tenían mucha actividad comercial con los mayas. Antes de la conquista el territorio xinca abarcaba lo que actualmente es Santa Rosa, Jutiapa y Jalapa.<sup>10</sup>

Su origen es incierto, ya que su descubrimiento se atribuye a Pedro de Alvarado durante la conquista en 1575. Se dice que fue uno de los pueblos que ofreció mayor resistencia a la conquista. Finalmente los xincas fueron derrotados por los españoles y esclavizados, de allí el nombre del puente "Los Esclavos" en Cuilapa, Santa Rosa.<sup>10</sup>

Actualmente no se sabe la cantidad de personas que hablan el idioma xinca, ya que no fue enseñado de generación en generación, por lo que está casi extinto.<sup>10</sup>

## 3.2. Definiciones

### 3.2.1. Suicidio

Se refiere a la muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir. <sup>11</sup>

El suicidio es fruto de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales, religiosos y ambientales. Es decir, es un hecho multicausal que requiere tener en cuenta diferentes consideraciones metodológicas al momento de implementar un plan preventivo o psicoterapéutico. <sup>12</sup>

Las características que definen el suicidio auténtico son:

- Gran letalidad del método empleado (antidepresivos tricíclicos, litio, armas de fuego, ahorcamiento, etc.)
- Baja probabilidad de ser descubierto.
- Existencia de un plan detallado.
- Existencia de nota de despedida.
- Nula crítica del intento.
- Escasos proyectos de futuro.
- Presencia de trastorno mental como depresión o psicosis. <sup>12</sup>

### 3.2.2. Intento de suicidio

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”. <sup>13</sup>
- Expectativa subjetiva y deseo de poner fin a la vida propia. <sup>5</sup>
- Conducta potencialmente lesiva, autoinfligida, no habitual, deliberadamente realizada por el sujeto con evidencia implícita o explícita de intencionalidad de causarse daño o provocarse la muerte, que tiene un

resultado final no letal, aunque puede ocasionar lesiones o secuelas, independientemente de la letalidad del método utilizado. Engloba todos aquellos actos deliberados con diferente grado de intención de morir.<sup>12</sup>

- Cualquier acto de autolesión realizado con intenciones destructivas, sean estas vagas o ambiguas, y en donde el individuo sobrevive al acto.<sup>14</sup>

3.2.3. Conducta suicida: Todo comportamiento, determinado o no, de autoagresión potencialmente lesivo y autoinfligido con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza. En la conducta suicida hay evidencia implícita o explícita de un deseo aparente o intención de morir con alguna finalidad. La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas con diferente gravedad, e incluso, producir la muerte.<sup>12</sup>

3.2.4. Tentativa abortada de suicidio: Se define como el comportamiento potencialmente autodestructivo con signos (explícitos o implícitos) de que la persona intentaba morir pero detuvo la tentativa antes de que ocurriera daño físico.<sup>5</sup>

3.2.5. Parasuicida: Se refiere a los pacientes que se lesionan mediante automutilaciones, pero que, en general no desean morir.<sup>5</sup>

3.2.6. Ideación suicida: Son los pensamientos sobre el deseo de morir, su gravedad varía en función de la especificidad de los planes suicida y el grado de intento suicida.<sup>5</sup>

3.2.7. Letalidad del comportamiento suicida: Peligro objetivo para la vida asociado a un método o acción suicidas.<sup>5</sup>

3.2.8. Suicidio frustrado: La acción de un agente accidental e imprevisible impide la consumación de la muerte del sujeto.<sup>11</sup>

### 3.3. Clasificación clínica de la conducta suicida

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la educación preventiva y práctica clínica. Dicha situación ha generado que la clasificación y nomenclaturas de la conducta suicida en las actuales clasificaciones internacionales le otorguen un escaso papel a las conductas suicidas a pesar de su importancia.<sup>12</sup>

El suicidio se puede clasificar según su forma clínica, de la siguiente manera:

- 3.3.1. Suicidio ampliado: Es aquel en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir.<sup>12</sup>
- 3.3.2. 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.<sup>12</sup>
- 3.3.3. Suicidio por miedo: Se trata de evitar una situación muy temida.<sup>12</sup>
- 3.3.4. Suicidio por venganza o chantaje: El suicida, con su muerte, pretende castigar a otros.<sup>12</sup>
- 3.3.5. Suicidio por sacrificio: La muerte tiene una finalidad política, religiosa.<sup>12</sup>

### 3.4. Codificación

En los manuales diagnósticos actuales de los trastornos mentales y del comportamiento, el suicidio no tiene un código autónomo. La clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión (CIE-10) recoge los suicidios y autolesiones intencionalmente autoinfligidas (X60-X84), que incluye: “envenenamiento o lesión autoinfligida, intento de suicidio”. (Ver cuadro 3.1)<sup>11,15</sup>

### 3.5. Epidemiología

El suicidio es un acto deliberado e intencional que provoca una lesión autoinfligida que termina en la muerte. Es la parte manifiesta de la conducta suicida más “fácil” de identificar, aunque siempre hay un subregistro producto de la cultura, de los valores

religiosos, del estigma y de otras razones, y con frecuencia es considerada una causa de muerte vergonzante.<sup>3</sup>

Cuadro 3.1  
CIE-10  
**Lesiones autoinfligidas intencionalmente**

X60	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos
X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas no clasificadas en otra parte
X62	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte
X63	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
X64	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificado
X65	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol
X66	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
X67	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores
X68	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas
X69	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados
X70	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
X71	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión
X72	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta
X73	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga
X74	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
X75	Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo
X76	Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas
X77	Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes
X78	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante
X79	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo
X80	Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado
X81	Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento
X82	Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor
X83	Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados
X84	Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados

\* CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud en su décima revisión.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84). En clasificación estadística internacional de enfermedades y problema relacionado con la salud.<sup>15</sup>

En Estados Unidos se atribuyen cada año 30,000 muertes al suicidio. Aunque durante el último siglo se han observado cambios significativos en los índices de suicidio de determinadas subpoblaciones el índice global se ha mantenido bastante constante, en torno a 12.5 por 100,000 durante el siglo XX y lo que llevamos del siglo XXI. Sin embargo, a pesar de que el índice global de suicidio se ha mantenido relativamente estable, en el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años aumentó de dos a tres veces.<sup>1</sup>

Actualmente, el suicidio es la octava causa de muerte en Estados Unidos, por detrás de las enfermedades cardíacas, el cáncer, las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los accidentes, la neumonía y la gripe, y la diabetes mellitus.<sup>1</sup>

Las tasas de suicidio aumentan con la edad, en la población de edad de 75 años o mayores, son aproximadamente tres veces superiores a las del grupo de 15 a 24 años.<sup>11</sup>

El suicidio se encuentra entre las primeras tres causas de muerte en jóvenes de 15-24 años en las estadísticas mundiales con una tendencia creciente. Según la OMS 100,000 adolescentes se suicidan cada año en el mundo. En general, las tasas de suicidio en hombres jóvenes son superiores a las observadas en mujeres.<sup>2,3</sup>

En los países occidentales, las tasas oficiales de mortalidad por suicidio ofrecen amplias variaciones, con registros de 3 a 40 suicidios por 100,000 habitantes/año.<sup>11</sup>

Los resultados epidemiológicos sobre tentativas de suicidio son problemáticos, la OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas, se señala de un 3 al 5%. En el grupo de edad de 15-34 años se registran el mayor número de intentos de suicidio.<sup>11</sup>

### 3.5.1. Métodos utilizados

Los métodos empleados en las conductas suicidas, se han modificado con el paso del tiempo; en Inglaterra en los años 70 los jóvenes preferían intoxicarse, y para el año de 1980 el método preferido era el ahorcamiento, este método

es el más frecuente en la actualidad y es causante de cerca del 50 % de la totalidad de suicidios en la mayoría de los países.<sup>16</sup>

Los mayores índices de suicidios consumados de los hombres están relacionados con el método que éstos utilizan: armas de fuego, ahorcamiento o precipitación desde lugares elevados. Las mujeres suelen tomar una sobredosis de sustancias psicoactivas o veneno. En los estados con leyes sobre el control de las armas de fuego, su uso en el suicidio ha descendido.<sup>1</sup>

El 70-80% de las tentativas de suicidio se realiza con sobreingesta de medicación. Las intoxicaciones medicamentosas conllevan especial dificultad de valoración porque la relación toxicidad/intención letal está determinada por los conocimientos o creencias toxicológicas del sujeto.<sup>11</sup>

Los métodos violentos son indicadores objetivos de la intención letal (precipitación, armas o ahorcamiento). Cuanto menor es el tiempo de “no retroceso” de la acción letal, menor es la probabilidad de ser “rescatado” de la muerte. Por ello, algunos productos químicos, cáusticos, etc., de acción fulminante, también son indicadores de alta intencionalidad letal.<sup>11</sup>

El tema de los plaguicidas como método de suicidio tiene trascendencia en Centroamérica, según la OPS/OMS reporta un alto índice de suicidios, que va del 16% de Panamá al 86% en El Salvador, usando como método los pesticidas. Aunque el fenómeno no es exclusivo de esta subregión, en otras regiones del mundo como China y Sri Lanka los pesticidas son usados mayoritariamente como método para el suicidio.<sup>3</sup>

### 3.6. Epidemiología en Guatemala

Los datos en Guatemala son muy escasos acerca del suicidio. Los últimos datos obtenidos son del año 2004 y según la OMS la tasa era de 3.2 suicidios por 100,00 habitantes. Desde una perspectiva de género la tasa es superior en hombres que en mujeres.<sup>3</sup>

Según un artículo de Prensa Libre, publicado el ocho de marzo del presente año, el número de suicidios en siete departamentos de Guatemala, se distribuye de la siguiente forma:<sup>6</sup>

Cuadro 3.2  
Suicidios por departamentos de Guatemala,  
durante 2015 y enero-febrero 2016

Departamento	2015	2016 (ene- feb)
Retalhuleu	16	7
Huehuetenango	25	6
Escuintla	19	4
Quiché	26	3
Santa Rosa	18	3
Quetzaltenango	13	2
Sololá	17	1

Fuente: Alvizurez Y. y corresponsales. "Van 26 suicidios en 7 departamentos". Prensa Libre. 8 Mar 2016.<sup>6</sup>

Según informe de la Policía Nacional Civil se obtuvo las estadísticas de suicidio en Guatemala divididas por sexo, edad, y medio utilizado del año 2014, donde se evidencia que para ese año, Santa Rosa ocupó el primer lugar a nivel departamental con 32 suicidios, de los cuales el 12.5% se encontraron en el rango de edad de 12 a 17 años, y el 31% en el rango de edad de 18 a 25 años, demostrando así que el 44% de los suicidios son consumados en sujetos de 12 a 25 años. La mayoría de suicidios se consumaron en el sexo masculino (78%), y entre los medios más utilizados se encuentra la asfixia por suspensión (56%) y el envenenamiento (31%).<sup>†</sup> (Ver cuadro 3.3)

### 3.6.1. Métodos utilizados en Guatemala

Según el informe regional de suicidio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el método más común fue la ingesta de medicamentos, el segundo el ahorcamiento, el tercero la precipitación y el cuarto por arma de fuego,<sup>3</sup> sin embargo según el informe obtenido por la Policía Nacional Civil para el 2014 el método más utilizado fue el ahorcamiento, seguido por herida

<sup>†</sup> Dirección General de la Policía Nacional Civil. Ministerio de Gobernación. Guatemala. Observaciones no publicadas, 2016.

por proyectil de arma de fuego y el tercero por envenenamiento. †(cuadro 3.3)

**Cuadro 3.3**  
Estadísticas de suicidio en Guatemala según reportes de la Policía Nacional Civil durante el 2014

	Guatemala	Santa Rosa	Izabal	Chimaltenango	Suchitepéquez	Alta Verapaz	Otros departamentos	TOTAL
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
<b>Sexo</b>								
Masculino	108 (22.02)	25 (5.1)	21 (4.3)	19 (3.9)	24 (4.9)	20 (4.1%)	182 (37.1)	399 (81.4)
Femenino	25 (5.1)	7 (1.4)	7 (1.4)	6 (1.2)	0 (0.0)	4 (0.8%)	42 (8.6)	91 (18.6)
<b>TOTAL</b>	<b>133 (27.1)</b>	<b>32 (6.5)</b>	<b>28 (5.7)</b>	<b>25 (5.1)</b>	<b>24 (4.9)</b>	<b>24 (4.9)</b>	<b>224 (45.7)</b>	<b>490 (100)</b>
<b>Rango de edad</b>								
De 0-11 años	3 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	3 (0.6)	7 (1.4)
de 12-17 años	15 (3.1)	4 (0.8)	4 (0.8)	5 (1.0)	0 (0.0)	3 (0.6)	40 (8.2)	71 (14.5)
De 18-25 años	31 (6.3)	10 (2.0)	8 (1.6)	9 (1.8)	8 (1.6)	7 (1.4)	66 (13.5)	139 (28.4)
De 26-35 años	22 (4.5)	4 (0.8)	5 (1.0)	3 (0.6)	6 (1.2)	6 (1.2)	48 (9.8)	94 (19.2)
De 36-45 años	26 (5.3)	1 (0.2)	5 (1.0)	3 (0.6)	2 (0.4)	4 (0.8)	34 (6.9)	75 (15.3)
De 46-55 años	17 (3.4)	6 (1.2)	2 (0.4)	2 (0.4)	1 (0.2)	0 (0.0)	14 (2.9)	42 (8.6)
De 56 a más años	16 (3.3)	7 (1.4)	4 (0.8)	2 (0.4)	5 (1.8)	4 (0.8)	16 (3.3)	54 (11.0)
Ignorado	3 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0.0)	3 (0.6)	8 (1.6)
<b>TOTAL</b>	<b>133 (27.1)</b>	<b>32 (6.5)</b>	<b>28 (5.7)</b>	<b>25 (5.1)</b>	<b>24 (4.9)</b>	<b>24 (4.9)</b>	<b>224 (45.7)</b>	<b>490 (100)</b>
<b>Medio utilizado</b>								
Arma de fuego	22 (4.5)	4 (0.8)	3 (0.6)	1 (0.2)	3 (0.6)	2 (0.4)	19 (3.9)	54 (11.0)
Asfixia por suspensión	88 (17.9)	18 (3.7)	19 (3.9)	21 (4.3)	21 (4.3)	20 (4.1)	171 (34.9)	358 (73.0)
Envenenamiento	18 (3.7)	10 (2.0)	6 (1.2)	3 (0.6)	0 (0.0)	2 (0.4)	34 (6.9)	73 (14.9)
Lanzarse de un puente	5 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (1.0)
<b>TOTAL</b>	<b>133 (27.1)</b>	<b>32 (6.5)</b>	<b>28 (5.7)</b>	<b>25 (5.1)</b>	<b>24 (4.9)</b>	<b>24 (4.9)</b>	<b>224 (45.7)</b>	<b>490 (100)</b>

Fuente: Dirección General de la Policía Nacional Civil. Ministerio de Gobernación. Guatemala. Observaciones no publicadas, 2016. †

En general, las muertes por intoxicación por pesticidas son un problema importante en diversas áreas del país, las áreas más afectadas son Ixil, Baja Verapaz, Jutiapa y Peten.<sup>3</sup>

Según los registros del Ministerio de Salud Pública las áreas con alta incidencia de suicidio son los lugares que fueron más afectados por la violencia política. Entre las razones que se mencionan son la falta de un plan

†+ Dirección General de la Policía Nacional Civil. Ministerio de Gobernación. Guatemala. Observaciones no publicadas, 2016.

de vida, la desesperanza, la disfunción familiar y los problemas económicos<sup>3,6</sup> y el acoso en cualquiera de sus formas.<sup>6</sup>

### 3.7. Factores de riesgo

Hay consenso entre los investigadores que hay algunos factores que incrementan el riesgo; el padecer una enfermedad psiquiátrica, sufrir depresión, haber sido víctima de abuso sexual, proceder de familias violentas, ser perpetrador de violencia y el usar/abusar de sustancias (alcohol, marihuana, cocaína, etc.).<sup>3</sup>

- Sexo: La frecuencia del suicidio en los hombres es cuatro veces superior a la de las mujeres, y esa proporción se mantiene estable en todos los grupos de edad. No obstante, los intentos de suicidio son cuatro veces más frecuente en las mujeres que los hombres.<sup>1</sup> Actualmente se ha observado que esta razón hombre:mujer se da en países de ingresos altos, donde en el 2012 la razón hombre:mujer fue de 3.5, sin embargo en los países de ingresos bajos y medianos la razón hombre:mujer es mucho menor, de 1.6, indicando que la tasa de suicidios es un 57% mayor entre los hombres que entre las mujeres.<sup>2</sup>
- Edad: Los índices de suicidio aumentan con la edad, lo que pone de manifiesto la importancia de la crisis de la mediana edad. En los varones, la incidencia máxima de suicidios se observa a partir los 45 años; en las mujeres, el mayor número de suicidios consumados se registra después de los 55 años. Entre los hombres de 65 años o más, las tasas son de 40 por cada 100.000 habitantes. Las personas mayores intentan suicidarse con menor frecuencia que las jóvenes, pero consiguen su objetivo más a menudo. Aunque los ancianos representan sólo el 10% de la población, constituyen un 25% de los suicidios. El índice en las personas de 75 años o mayores es tres veces superior al que se observa en los jóvenes.<sup>1,2</sup>

El índice de suicidios, no obstante, aumenta rápidamente entre las personas jóvenes, en particular en los varones de 15 a 24 años, y sigue subiendo. En las mujeres de este mismo grupo de edad, el aumento de las tasas de suicidio es más lento que entre los varones. El suicidio antes de la pubertad es excepcional.<sup>1</sup>

- Raza: Dos de cada tres suicidas son varones de raza blanca. El índice de suicidios entre hombres y mujeres de estas razas es aproximadamente dos o tres veces mayor que el de los hombres y mujeres afroamericanos, en cualquier franja de edad.<sup>1</sup> Sin embargo, el suicidio en mujeres de raza blanca es menor que en varones de raza negra. En los hispanos el suicidio es menor que en los no hispanos. La inmigración, unida al desarraigo y aislamiento provoca un aumento en el riesgo suicida.<sup>12</sup>
- Religión: Las tasas de suicidio entre las poblaciones católicas han sido inferiores a las de los protestantes y los judíos. El grado de ortodoxia y de integración puede que sea una medida más precisa del riesgo en esta categoría que la simple afiliación religiosa institucional.<sup>1</sup>

Según un estudio colombiano refiere que la oportunidad de suicidio entre las personas que no practican ni profesan una religión es de 5 veces la oportunidad de los que practican una religión.<sup>17</sup>

- Estado civil: El matrimonio disminuye el riesgo de suicidio de forma significativa, sobre todo cuando se convive con los hijos. Las personas que nunca se han casado presentan un índice global que casi duplica el de las personas casadas. El divorcio aumenta el riesgo de suicidio, y los hombres divorciados tienen tres veces más probabilidades de suicidarse que las mujeres divorciadas.<sup>1</sup> Los viudos tienen índices altos, sobre todo en el primer año después de la muerte de la pareja.<sup>12</sup>
- Vivir solo y aislamiento social: El aislamiento social está en crecimiento en los últimos años y puede ser un factor importante en la conducta suicida.<sup>12</sup>
- Empleo: cuanto más alto es el nivel social de una persona, mayor es el riesgo de suicidio, pero un descenso en la escala social también aumenta el riesgo. El trabajo, en general protege contra el suicidio.<sup>1</sup>

En las clasificaciones según el empleo, tradicionalmente se ha considerado a los profesionales, en particular a los médicos, como el grupo con el máximo riesgo de suicidio. Los datos actuales respaldan la afirmación que los médicos de ambos sexos de Estados Unidos tienen unos índices elevados de suicidio, y el riesgo

entre las mujeres es especialmente alto. Las mujeres que ejercen la medicina tienen mayor riesgo que el resto. Los estudios indican que los médicos que se suicidan presentan un trastorno mental, habitualmente un trastorno depresivo, dependencia de sustancias tóxicas o ambas situaciones. En comparación con la población general, los médicos, tanto hombres como mujeres, utilizan significativamente más la sobredosis de fármacos y menos las armas de fuego para suicidarse; el acceso a los fármacos y el conocimiento de sus efectos tóxicos son factores importantes en los suicidios de los médicos. En esta profesión, se considera que los que presentan un mayor riesgo son los psiquiatras, seguidos por los oftalmólogos y los anestesiólogos, pero todas las especialidades son vulnerables.<sup>1</sup>

Otras profesiones de alto riesgo son los agentes de policía, los dentistas, los artistas, los mecánicos, los abogados y los agentes de seguros. El suicidio es más frecuente en las personas en situación de desempleo que en las que tienen trabajo.<sup>1</sup> El índice de suicidios aumenta durante las recesiones y las depresiones económicas, y disminuye durante las guerras.<sup>1,2</sup>

- Orientación sexual. Los homosexuales, parecen tener un mayor riesgo suicida con un número de tentativas 5-10 veces superior a sus iguales heterosexuales. Los factores que se postulan para justificar este mayor riesgo son las dificultades para construir identidad sexual, el entorno hostil, el aislamiento, el alcoholismo, los antecedentes de rechazo familiar, el impacto del SIDA en esta población, etc.<sup>12</sup>

Se realizó un estudio en México en personas bisexuales, lesbianas y homosexuales que indica que la discriminación que sufren estas personas se relaciona con el intento de suicidio y los trastornos mentales comunes, mientras que la violencia reportada por estas personas es un factor de riesgo para la ideación suicida, el intento de suicidio, los trastornos mentales comunes y el alcoholismo.<sup>18</sup>

- Clima: No se ha observado ninguna relación significativa entre la estación del año y los suicidios; éstos aumentan ligeramente en primavera y en otoño pero, contrariamente a la creencia popular, no durante diciembre ni en los períodos de vacaciones.<sup>1</sup>

- Salud física: Los factores asociados a la enfermedad que contribuyen tanto al suicidio como a las tentativas son: Pérdida de movilidad, especialmente cuando la actividad física es importante en el trabajo o en el tiempo libre; la desfiguración, especialmente en las mujeres, y el dolor crónico e intratable.<sup>1,12</sup> Los pacientes sometidos a hemodiálisis tienen un riesgo elevado.<sup>1</sup>
- Antecedentes de hospitalización psiquiátrica y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos: Casi el 95% de las personas que se suicidan o lo intentan presenta un trastorno psiquiátrico o una enfermedad de salud mental diagnosticado.<sup>1,12</sup> Los trastornos depresivos suponen un 80% de esta cifra, la esquizofrenia un 10%, y la demencia o el delirium un 5%. Entre todas las personas con trastornos mentales, un 25% de ellas presenta también dependencia del alcohol y tiene un diagnóstico doble.<sup>1</sup> Las personas con depresión se encuentran en situación de máximo riesgo de suicidio.<sup>1-3,5</sup>

El riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos es de tres a doce veces mayor que el de las personas sin problemas mentales. El grado varía en función de la edad, el sexo, el diagnóstico y el hecho de que el paciente esté ingresado o no. El trastorno del estado de ánimo es el diagnóstico psiquiátrico con el mayor riesgo de suicidio en ambos sexos.<sup>1</sup>

Las personas de la población general que se suicidan tienden a ser de mediana edad o ancianas, pero los estudios comunican una tendencia cada vez mayor a que los pacientes psiquiátricos que se suicidan sean relativamente jóvenes.<sup>1,2</sup>

- Trastornos depresivos: Los trastornos del estado de ánimo son el diagnóstico que se asocia con mayor frecuencia al suicidio.<sup>1-3,5,12</sup> Es posible que los progresos psicofarmacológicos de los últimos 25 años hayan disminuido este riesgo.<sup>1</sup>

Los pacientes con trastornos depresivos se suicidan más en las fases precoces de la enfermedad; se suicidan más hombres que mujeres, y las probabilidades de que las personas deprimidas se quiten la vida aumentan si son solteras, separadas, divorciadas o viudas, o han sufrido una pérdida reciente. Los síntomas de

anhedonia, desesperanza, insomnio y pobre concentración aumentan el riesgo de suicidio.<sup>12</sup>

- Trastornos de ansiedad: Los pacientes con trastorno de ansiedad tienen un riesgo de tentativas de suicidio y de suicidio consumado superior a la población general.<sup>11,12</sup> El 20% de estos pacientes realizan intentos suicidas. La presencia de ansiedad conjuntamente con otras enfermedades psiquiátricas como depresión, trastorno límite de la personalidad y abuso de sustancias multiplica el riesgo suicida, a la vez que empeora el pronóstico y respuesta terapéutica.<sup>11</sup>

Aproximadamente el 70% de las personas con historia previa de intentos de suicidio cumplen criterios para un trastorno de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia y fobia específica).<sup>12</sup>

Existen una gran variedad de test para diagnosticar depresión y ansiedad, sin embargo unos de los más utilizados son los Test de Hamilton para depresión y ansiedad los cuales fueron validados en el año 2002 en Barcelona, España, para su utilización en español.<sup>19</sup>

- Consumo o dependencia de sustancias como el alcohol y otras drogas psicoactivas: El abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas son predictores de suicidio en personas con riesgo.<sup>12</sup> Hasta el 5% de todas las personas con dependencia del alcohol se suicida.<sup>1</sup> Cerca del 50% de los suicidas están intoxicados al morir y 18% de los alcohólicos mueren por suicidio.<sup>12</sup> Las personas con dependencia del alcohol que se suicidan tienden a ser de raza blanca y de mediana edad, a no estar casadas, a estar aisladas socialmente, a no tener amigos y ser bebedores actuales.<sup>1</sup>

La tasa de suicidios de las personas con dependencia a la heroína es 20 veces superior a la tasa de la población general. Los adolescentes que consumen drogas por vía intravenosa también presentan una elevada tasa de suicidios. La disponibilidad de una cantidad letal de droga, el uso intravenoso, el trastorno antisocial de personalidad asociado, la forma de vida caótica y la impulsividad son algunos de los factores que predisponen a los toxicómanos a las conductas suicidas, especialmente cuando están disfóricos, deprimidos o intoxicados.<sup>1</sup>

- Eventos estresantes: Los conflictos con familiares, se comportan como un factor de estrés agudo; mientras que los problemas ocupacionales lo hacen como un factor de estrés crónico, por lo que aparecen asociada como factor estresante para desencadenar un intento de suicidio.<sup>17</sup>

Entre otros factores estresantes encontramos la carencia de hijos, adolescentes con embarazo temprano, personas sin apoyo o atención familiar, pérdida o muerte de un ser querido y pobre red de apoyo.<sup>12</sup>

- Antecedentes de intentos de suicidio: La historia de intentos suicidas previos registrados o no en la historia clínica del paciente se constituyen en un importante pilar diagnóstico para la evaluación del riesgo suicida y determinar la gravedad del mismo. El 50% de los suicidios tenían antecedentes de tentativas de suicidio y el 25% habían sido atendidos el año previo en algún hospital por intentos suicidas o por autolesiones.<sup>12</sup> El riesgo de un segundo intento de suicidio es máximo durante los 3 meses posteriores al primero.<sup>1</sup>

Según un estudio realizado en Colombia refiere que la probabilidad de suicidio es de 16.09 veces mayor en pacientes con un intento de suicidio previo.<sup>17</sup>

- Antecedentes familiares de suicidio. Existen familias con un riesgo elevado de suicidio. El 11% de los suicidas tiene un familiar de primer grado con muerte por suicidio o con intentos de suicidio.<sup>12</sup> Los pacientes con antecedentes familiares de suicidio, atentan más contra su vida<sup>12,17</sup> y con métodos más violentos que los que no tienen historia familiar.<sup>12</sup> Quienes cometen los denominados “suicidios de aniversario” se quitan la vida en el mismo día en que lo hizo un miembro de su familia.<sup>1</sup>
- Factores propios de la historia de vida: Ser víctima de violencia es un factor de riesgo para suicidio, especialmente durante la niñez y adolescencia, aumenta la probabilidad de conductas suicidas. Asimismo, la violencia de género incrementa el riesgo de trastornos psiquiátricos y de suicidio en mujeres. Ser generador de violencia o participar en grupos violentos organizados, aumenta la probabilidad de suicidio.<sup>12</sup>

- Factores del ambiente escolar: Se ha estudiado que los niños y adolescentes que presentan dificultades escolares, pérdida de materias y años educativos, así como acoso por parte de iguales (bullying) aumenta el riesgo de intento suicida.<sup>12</sup>

### 3.8. Tipo de riesgo

Los riesgos de suicidio se dividen en alto y bajo, dependiendo del perfil demográfico y social, el estado de salud y la actividad suicida. (Ver cuadro 3.4)<sup>5</sup>

### 3.9. Teorías acerca del suicido

#### 3.9.1. Teoría de Durkheim

La primera contribución importante al estudio de las influencias sociales y culturales sobre el suicidio la hizo, a finales del siglo XIX, el sociólogo francés Émile Durkheim. Con la intención de explicar los patrones estadísticos, Durkheim dividió los suicidios en tres categorías sociales: egoístas, altruistas y anómicos.<sup>1</sup>

- Suicidio egoísta se aplica a las personas que no están bien integradas en ningún grupo social.<sup>1,12</sup> La falta de integración familiar explica por qué las personas solteras son más vulnerables al suicidio que las casadas, y por qué las parejas con hijos son el grupo con máxima protección. En los medios rurales, el grado de integración social es mayor que en las áreas urbanas y, por ello, hay menos suicidios. El protestantismo es una religión menos cohesiva que el catolicismo, por lo que la tasa de suicidios de los protestantes es superior a la de los católicos.<sup>1</sup>
- Suicidio altruista se aplica a las personas cuya tendencia al suicidio deriva de su excesiva integración en un grupo, por lo que éste es producto de dicha integración, como, por ejemplo, sería el caso de un soldado japonés que sacrifica su vida en una batalla.<sup>1,12</sup>

**Cuadro 3.4**  
**Evaluación del Riesgo de Suicidio**

<b>Variable</b>	<b>Riesgo Alto</b>	<b>Riesgo Bajo</b>
<b>Perfil demográfico y social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad</li> <li>○ Sexo</li> <li>○ Estado civil</li> <li>○ Empleo</li> <li>○ Relación personal</li> <li>○ Trasfondo familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Más de 45 años</li> <li>○ Masculino</li> <li>○ Divorciado o viudo</li> <li>○ Desempleado</li> <li>○ Conflictiva</li> <li>○ Caótico y conflictivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Menos de 45 años</li> <li>○ Femenino</li> <li>○ Casado</li> <li>○ Trabajador</li> <li>○ Estable</li> <li>○ Estable</li> </ul>
<b>Salud</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Física</li> <li>○ Mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfermedad crónica</li> <li>○ Hipocondría</li> <li>○ Consumo excesivo de sustancias</li> <li>○ Depresión grave</li> <li>○ Psicosis</li> <li>○ Trastorno grave de la personalidad</li> <li>○ Abuso de sustancias</li> <li>○ Desesperación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Buena salud</li> <li>○ Sensación saludable</li> <li>○ Consumo bajo de sustancias</li> <li>○ Depresión leve</li> <li>○ Neurosis</li> <li>○ Personalidad normal</li> <li>○ Bebedor social</li> <li>○ Optimismo</li> </ul>
<b>Actividad Suicida</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ideación suicida</li> <li>○ Tentativa de suicidio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frecuente, intensa, prolongada</li> <li>○ Varias tentativas</li> <li>○ Planeado</li> <li>○ Posibilidades reducidas de rescate</li> <li>○ Deseo inequívoco de morir</li> <li>○ Comunicación interiorizada</li> <li>○ Método letal y asequible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infrecuente, baja intensidad, transitoria</li> <li>○ Primera tentativa</li> <li>○ Impulsivo</li> <li>○ Rescate inevitable</li> <li>○ Deseo primario de cambiar</li> <li>○ Comunicación exteriorizada</li> <li>○ Método de escasa letalidad o difícilmente asequible</li> </ul>
<b>Recursos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personales</li> <li>○ Sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pocos logros</li> <li>○ Poca introspección</li> <li>○ Afecto inexistente o mal controlado</li> <li>○ Malas relaciones</li> <li>○ Aislamiento social</li> <li>○ Familia no respondedora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Muchos logros</li> <li>○ Introspección</li> <li>○ Afecto existente y adecuadamente controlado</li> <li>○ Buenas relaciones</li> <li>○ Integración social</li> <li>○ Familia preocupada</li> </ul>

Fuente: Sadock, B. Sadock, V. , Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. Kaplan & Sadock 2008.<sup>5</sup>

- Suicidio anómico se aplica a las personas cuya integración en la sociedad está alterada hasta tal punto que no pueden seguir las normas habituales de conducta. La anomia explica por qué un cambio drástico en la situación económica hace que las personas sean más vulnerables que antes de que cambiase su fortuna. En la teoría de Durkheim, la anomia también se refiere a la inestabilidad social y a una desintegración general de las referencias y los valores de la sociedad.<sup>1</sup>

### 3.9.2. Teoría de Freud

Sigmund Freud ofreció la primera reflexión psicológica importante sobre el suicidio. Sólo describió a un paciente que había intentado suicidarse, pero vio a muchos pacientes deprimidos. En su artículo “Duelo y melancolía”, Freud afirmaba que el suicidio representa la agresión dirigida hacia el interior contra un objeto de amor introyectado, ambivalentemente catéxico. Freud dudaba que pudiera haber un suicidio sin el deseo previo reprimido de matar a alguien.<sup>1</sup>

### 3.9.3. Teoría de Menninger

Basándose en las ideas de Freud, Karl Menninger, en “El hombre contra sí mismo”, concibió el suicidio como un homicidio invertido debido a la ira del paciente contra otra persona. Este asesinato retroflejo se dirige hacia el interior o se utiliza como excusa para el castigo. También describió un instinto de muerte dirigido contra uno mismo y tres componentes de hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.<sup>1</sup>

### 3.9.4. Teorías recientes

Actualmente no se cree que el suicidio se asocie a una estructura psicodinámica o de personalidad específica. Creen que se puede aprender mucho sobre la psicodinámica de los pacientes suicidas a partir de sus fantasías acerca de lo que podría suceder y de cuáles serían las consecuencias si se suicidasen. Estas fantasías suelen incluir deseos de venganza, poder, control o castigo; expiación, sacrificio o restitución; escape o sueño; rescate, renacimiento, reunión con los muertos o una nueva vida.<sup>1</sup>

### 3.9.5. Factores biológicos

La disminución de la serotonina central está implicada en la conducta suicida. Suecia fue el primero en observar que el descenso de las concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), un metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo lumbar se asociaba a conductas suicidas.<sup>1</sup>

Se ha comprobado que las concentraciones de serotonina en el área romboencefálica de cerebros de pacientes suicidas analizados postmortem eran significativamente más bajas, que en cerebros fallecidos por otras causas. También se han demostrado los niveles bajos de 5-HIAA en LCR en pacientes con intentos suicidas, en especial, suicidios violentos.<sup>1,5,12</sup>

### 3.10. Suicidio en adolescentes

Las conductas suicidas (tentativas o suicidio consumado) suelen ser raras antes de los 12 años, aumentando progresivamente a lo largo de la pubertad y adolescencia.<sup>(20)</sup>

Actualmente se considera el suicidio como segunda o tercera causa de muerte en la adolescencia y juventud en los países desarrollados,<sup>20, 21</sup> siendo la cuarta causa de muerte entre los 10-15 años y la tercera entre los 15 y 25 años. Existe tres probables explicaciones por la cual pocos jóvenes entre 10 y 14 años cometen suicidio, comparado con adolescentes entre 15 y 20 años de edad: a) menor exposición al estrés y factores de riesgo: los adolescentes tempranos son aún en parte dependientes de sus padres, lo que les provee mayor apoyo emocional y social; b) a menor edad menor tasa de prevalencia de trastornos del ánimo, y c) factores madurativos: la capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos.<sup>21</sup>

Se ha observado en estudios de seguimiento en adolescentes con un intento de suicidio, que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes,<sup>21</sup> y que hay unos 8-10 intentos por cada suicidio en la población general y que esta proporción es aún mayor entre adolescentes y jóvenes.<sup>20</sup>

La tasa de suicidio es mayor en varones, tanto en adolescentes y jóvenes como en población general. Las tentativas de suicidio, por el contrario son mucho más frecuentes en la mujer durante la adolescencia para igualarse respecto al varón conforme aumenta la edad. Hay un amplio consenso en considerar los intentos de suicidio previos como el predictor más importante para el suicidio. Un 18-20% de adolescentes con conductas suicidas en un estudio europeo de la OMS repitieron la tentativa de suicidio al año.<sup>20</sup>

En cuanto a la evolución de los adolescentes que han tenido tentativa de suicidio hay consenso en considerar que son un grupo de riesgo de evolución desfavorable, tanto en mortalidad como en morbilidad somática y psiquiátrica, o de padecer dificultades psicosociales como invalidez o desinserción, y este riesgo es aún mayor en el sexo masculino.<sup>20</sup>

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry reconoce como factores de riesgo para ambos sexos los trastornos del humor, la pobre comunicación entre padres e hijos y la existencia de intentos suicidas previos, en tanto que el uso de sustancias y/o alcohol incrementa significativamente el riesgo en adolescentes a partir de los 16 años. Los ataques de pánico son importantes a considerar cuando se presentan en mujeres, mientras que la agresividad aumenta el riesgo de ideación o intento suicida en varones.<sup>22</sup>

Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados son trastorno del ánimo, principalmente la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. La ansiedad, agregada a un cuadro clínico de ideación suicida, más bien cumple un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida que un factor de riesgo per se.<sup>21</sup>

Los niños y adolescentes tempranos, comparados con los adolescentes tardíos suicidas, más frecuentemente usaron el ahorcamiento como método (93% vs 35%), la ideación suicida (7% vs 39%) y eventos precipitantes (29% vs 49%) fueron descritos menos frecuentemente en los primeros y los adolescentes mayores tenían más trastornos psiquiátricos (77% vs 43%).<sup>21</sup>

La evidencia es clara en cuanto a que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida. Ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida.<sup>21</sup>

Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres, discordia familiar y escaso apoyo familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas.<sup>21-</sup>

23

Se sugiere que no es la estructura familiar per se, sino la calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y adolescente temprano. Se ha demostrado que aunque la depresión por sí misma es un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicida, las dificultades en las relaciones familiares le otorga una contribución significativa independiente a este riesgo.<sup>21,23</sup>

### 3.11. Estudios a nivel internacional

- Año 2000
  - **Taiwan**, se realizó un estudio donde se demostró que los 5 factores de mayor riesgo para intento suicida son, evento de pérdida, conducta suicida en familiares cercanos, episodios de depresión mayor, tener inestabilidad emocional y abuso de sustancias.<sup>24</sup>
  - En **Colombia** se encontró una prevalencia del 49,8% para depresión, 58,1% para ansiedad y 41% para ideación suicida. Entre las asociaciones para depresión y ansiedad que resultaron estadísticamente significativas fueron: Programa de Desarrollo Familiar; sexo femenino; pérdidas afectivas, académicas, económicas y de salud; insatisfacción con la carrera; dificultades en las relaciones con compañeros y docentes; responsabilidades académicas, y comportamiento suicida. Las asociaciones específicas para depresión fueron: apartamento compartido con compañero, intervalos de edad (40-44 y 15-19), y para ansiedad:

período académico (segundo año), todos los grupos de edad y estratos socioeconómicos uno y dos. Para suicidio resultaron estadísticamente significativas las siguientes asociaciones: programa de Filosofía y Letras y Diseño Visual (categorías de interés por alta frecuencia), Educación Física y Biología y Química (categorías de interés por baja frecuencia); período académico (primer año); pérdidas afectivas, académicas, económicas y de salud; satisfacción con la carrera (categoría de interés por baja frecuencia); dificultad en las relaciones con compañeros y docentes; responsabilidades académicas, y apartamento compartido con compañeros.<sup>25</sup>

- Año 2002 :
  - En **España** las mujeres entre 14 -17 años con sintomatología afectiva y con conflictos interpersonales son la población de mayor riesgo de realizar una tentativa suicida, siendo el método más utilizado la sobreingesta de fármacos. La proporción de intento suicida mujer:hombre fue de 4.5:1. La mayoría de los sujetos del estudio eran hijos de padres casados, presentaba antecedentes familiares psiquiátricos, se trataba de su primer intento y atribuyeron sus motivos a problemas de pareja o familiares.<sup>26</sup>
  - En **Colombia** se encontró una prevalencia de ideación suicida en el 4.45% de la población adolescente universitaria y del 13% en el último año. Tanto la ideación como el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuentes en mujeres. La prevalencia de trastornos depresivos es mayor que la informada para la población general del mismo grupo de edad. El maltrato infantil se encontró relacionado con trastornos psiquiátricos y con ideación suicida. Las facultades con mayor ideación suicida fueron: Ingeniería, Medicina y Ciencias Humanas.<sup>27</sup>
  - En **China** se realizó un estudio donde mencionan los factores de riesgo de suicidio en orden de importancia: depresión mayor, intento suicida previo, evento estresante al momento de la muerte, baja calidad de vida, estrés crónico, conflictos interpersonales severos dos días antes de la muerte, un familiar cercano con conducta suicida y un amigo o una

persona cercana con conducta suicida previa. El riesgo de suicidio aumenta al estar expuesto a múltiples factores de riesgo.<sup>28</sup>

- **Colombia**, se realizó un estudio que incluyó 21,988 participantes de ambos sexos con edades entre 16 y 60 años, donde reportaron la prevalencia para intentos de suicidio en el último año y a través de toda la vida fue de 1,2% (IC 95%: 1,06-1,34) y 4,25% (IC 95%: 4,25-4,81) respectivamente. Con la técnica de regresión logística para variables policótomas, los intentos de suicidio en el último año estaban asociados con: edades de 16 a 21 años OR=2,5 (IC 95% 1,5-4,2), depresión grave OR=11,8 (5,1-27,3), moderada OR=5,3 (3,1-9,0) y leve OR=3,6 (2,4-5,8), niveles moderados y graves de ansiedad OR=3,4 (1,8-6,7). Los resultados fueron similares cuando se consideraron los intentos de suicidio a lo largo de la vida. Se observó que a mayor edad disminuye la probabilidad de presentar intento de suicidio.<sup>29</sup>
- Año 2005
  - **México**, se realizó un estudio acerca de la percepción del estado de salud, ideación suicida, intento de suicidio, trastornos mentales comunes y alcoholismo en bisexuales, lesbianas y homosexuales, en el cual se comprobó que debido a la discriminación y violencia que sufren éstas personas, las prevalencias fueron: ideación suicida 39%, intento de suicidio 15%, trastornos mentales comunes 27% y alcoholismo 18%. La discriminación se relacionó con el intento de suicidio y los trastornos mentales comunes, mientras que la violencia fue un factor de riesgo para ideación suicida, intento de suicidio, trastornos mentales comunes y alcoholismo.<sup>18</sup>
- Año 2006:
  - En **Cuba** se realizó una investigación en pacientes ingresados en el Centro Nacional de Toxicología que cometieron intento suicida. Predominó el sexo femenino, la raza blanca, en períodos de edades entre 20-29 años, en su mayoría solteros, con escolaridades de secundaria y preuniversitaria. Residían en zonas urbanas con antecedentes psiquiátricos personales y familiares, así como antecedentes personales

de intentos. El conflicto inductor se relacionó con la ruptura de la línea vital, seguido de las descompensaciones de enfermedades psiquiátricas; se utilizó en primera opción los psicofármacos, seguidos de organofosforados, insecticidas y combustibles.<sup>30</sup>

- Año 2007:
  - En **Cuba** se realizó un estudio en donde la disfunción familiar se demostró en el 96 % de los casos, con predominio del sexo femenino; el 72% de los casos presentaron síntomas depresivos y el método más utilizado fue la ingestión de tabletas.<sup>31</sup>
  - En **Colombia** la mayoría de pacientes que consultaron por intento suicida fueron del sexo femenino, con edad media de 15 años, de bajos recursos, el método suicida más utilizado fue la intoxicación, presentaba estresantes familiares o escolares, tenía problemas con los padres, los padres presentaban relaciones conflictivas. Casi la tercera parte tuvo intento suicida previo. Los trastornos adaptativos, la disfunción familiar y los trastornos afectivos fueron los principales diagnósticos psiquiátricos. El sexo masculino se asoció con agresividad, consumo de sustancias, fracasos escolares o sentimentales y el femenino con ansiedad predominante y maltrato físico.<sup>32</sup>
- Año 2008
  - **Colombia**, la persistencia de ideación suicida se asoció con tener 31 años o más, desempleo, más de un intento suicida previo, conflictos sin resolver y disfunción familiar. La no resolución de conflictos, y la disfunción familiar, fueron predictores de la persistencia de ideación suicida en el modelo de regresión logística.<sup>33</sup>
- Año 2009
  - En Tabasco, **México**, se reportó una tasa de incidencia de actos consumados por suicidio entre 7.6 y 9.7 por cien mil habitantes, tasa superior a la registrada en la nación. El suicidio como causa de muerte, ha pasado a ocupar el noveno lugar dentro de las 10 primeras causas de muerte en la población en general. El suicidio se ha incrementado en

personas en edad entre 5 a 14 años. Según las entrevistas concedidas a los autores por parte de jóvenes que han intentado quitarse la vida, estos concluyen: “El suicida experimenta un intento consonante con su propio contexto, circunscrito a sus propios medios, hecho que demuestra la esencia del deseo de morir, representa la llave para cerrar el mundo de los sufrimientos”.<sup>34</sup>

- Año 2010:
  - En **Cuba**, se determinó que los factores de riesgo asociados a la conducta suicida fueron: los antecedentes patológicos familiares y los conflictos (familiares, económicos y docentes).<sup>35</sup>
  - En **Argentina**, el método de autoagresión más utilizado por niños y adolescentes fue la ingesta de psicofármacos, los antecedentes psicopatológicos previos más prevalentes fueron los intentos de suicidio previos y el trastorno de conducta disocial. Las patologías más frecuentes en los intentos de suicidio fueron la depresión y el trastorno de conducta disocial.<sup>36</sup>
  - En **México**, de los pacientes con intento de suicidio, la mayoría pertenecían al grupo de baja letalidad. El 77,4% eran menores de 39 años, 69% eran femeninos y 31% masculinos, los factores de riesgo asociados a intento de suicidio que presentaron los porcentajes más elevados fueron: antecedente familiar de alcoholismo, tentativa suicida personal previa, ansiedad generalizada y distimia.<sup>16</sup>
- Según investigación realizada en **México** cada cuarenta y ocho horas se suicida un yucateco, a ello se atribuye la depresión, desesperanza, adicciones. Entre los factores desencadenantes o motivacionales para el acto de suicidio se encuentran la ruptura de una relación afectiva, problemas familiares y económicos. También se ha demostrado en investigaciones que siete de cada diez personas que culminan el suicidio presentaron como factor desencadenante una fuerte depresión. Entre el 30 y el 70 % de víctimas de suicidio padecen depresión o trastorno bipolar.<sup>37</sup>

- En **Cuba**, en un estudio de jóvenes entre los antecedentes que constituyeron factores de riesgos (FR) del intento de suicidio, el haber elaborado planes anteriores para hacerse daño se observó en el 13.5% de los casos (OR=33,90; IC=[4.25-269.90]; p=0,000). Se identificó también la asociación estadística del intento suicida con los antecedentes de deseos de hacerse daño, que se presentó en el 64.86% de los casos (OR=4,16; IC=[2.38-7.26]; p=0,000); y con la presencia de sentimientos de desesperanza, que fue referida en el 51.9% de los casos (OR=2.66; IC=[1.42-4,99]; p=0,0019). Las causas mayormente referidas fueron la familia, seguida de problemas en la escuela para las edades de 10-14 años y en la relación de pareja, seguida por causas familiares para las edades de 15-19 años.<sup>38</sup>
- En **Colombia** se realizó un estudio donde presentan el modelo de regresión logística condicionada donde permanecieron los siguientes predictores en el riesgo de suicidio: escolaridad menor de 11 años (OR=4.47; IC=[1.44-13.85]), diagnóstico psiquiátrico previo (OR=56.68; IC=[2.10-1529.54]), intento de suicidio previo (OR=12.45; IC=[2.21-69.97]), presencia de estrés agudo (OR=3.23; IC=[1.09-9.56]) y depresión (OR=4.58; IC=[1.71-12.76]).<sup>17</sup>
- Año 2011
  - En **Cuba**, los factores de riesgo más asociados con el suicidio fueron: el deseo de hacerse daño (OR=8,8270; IC=[5.1151-15.2323]; p=0.0001) y la elaboración de planes anteriores para hacerse daño (OR= 7,9227; IC=[3.5583-17.6401]; p=0.0001). Las malas relaciones con los padres, antecedentes familiares de suicidio y enfermedad psiquiátrica, sentirse atormentado, y problemas con la pareja son otros factores fuertemente asociados al riesgo de suicidio de jóvenes. Se encontraron que los factores protectores son: tener buena relación con los padres, confiar en los padres, poderle contar sus problemas a alguien (familiar o pareja).<sup>39</sup>
  - **Colombia**, se realizó un estudio acerca de los factores de riesgo para suicidio y los factores asociados en universitarios, éste mostró la existencia de factor de riesgo para suicidio según la Escala de Plutchik de 13.5% (IC

95%=10.2-17.6) y según la Escala de Desesperanza de Beck entre riesgo suicida alto y moderado de un 16.7% (IC 95%=12.5-20.4). Y como factores asociados se encontraron significativos, según la Escala de Plutchik, presencia de un diagnóstico psiquiátrico ( $p=0.000$ ;  $X^2= 44.24$ ), consumo de alcohol ( $p=0.000$ ) y sustancias psicoactivas ( $p=0.000$ ;  $X^2= 13.82$ ), antecedentes familiares de suicidio ( $p=0.034$ ;  $X^2= 4.52$ ), funcionalidad familiar ( $p=0.000$ ;  $X^2= 46.97$ ), nivel de autoestima ( $p=0.000$ ;  $X^2= 59.33$ ), ansiedad ( $p=0.000$ ;  $X^2= 54.08$ ) y depresión ( $p=0.000$ ;  $X^2= 57.02$ ); según la Escala de Beck, además de los anteriores factores asociados, se encontró la asociación significativa con raza ( $p=0.003$ ;  $X^2= 16.12$ ).<sup>40</sup>

- Año 2013
  - **Colombia**, se encontró que los pacientes con intento suicida en su mayoría son adolescentes y el método más utilizado es intoxicación medicamentosa. Lo más frecuente es que los pacientes no regresen a seguimiento por consulta externa. A los que se les ha dado seguimiento tienen psicopatologías múltiples y un nivel de sufrimiento alto. Los métodos usuales, aparte de la intoxicación medicamentosa, son el ahorcamiento y el lanzamiento desde alturas. Existe predominio de trastorno de ansiedad y depresión, con una fuerte asociación con disfunción cognitiva como factor de vulnerabilidad.<sup>41</sup>
  - **Vietnam**, se realizó un estudio en estudiantes de secundaria acerca de depresión, ansiedad e ideación suicida, de los cuales el 22.8% presentaba ansiedad y el 41.1% presentó depresión. El suicidio había sido considerado seriamente por el 26.3% de los estudiantes, mientras que el 12,9% había planeado suicidarse y el 3,8% intento suicidarse. Los principales factores de riesgo relacionados con la ansiedad y la depresión son el abuso físico o emocional por la familia y por personal del colegio, y niveles mayores de estrés debido a la presión académica.<sup>42</sup>
- Año 2014
  - **España**, se realizó un estudio que concluyó que el riesgo de suicidio es mayor en pacientes con depresión (OR=3.4; IC 95%=[1.8-4.8];  $p=0.00$ ) y con comorbilidad ansiedad-depresión (OR= 4.3; IC 95%=[2.4-7.8];  $p=0.00$ )

a diferencia de los pacientes no diagnosticados con éstos. La edad del paciente menor de 35 años incrementó el riesgo de suicidio (OR=3.52; IC 95%=[1.48-8.40]; p=0.005), al igual que la historia familiar de conducta suicida (OR= 2.2; IC 95%=[1.1-4.5]; p=0.02) Otro dato interesante es que los pacientes que no tenían hijos presentaron mayor riesgo con respecto a los pacientes que si tienen (OR=3.8; IC 95%=[2.3-6.2];=p). También demuestran que los pacientes con ansiedad y depresión-ansiedad comórbidas han presentado frecuentemente abuso sexual en la infancia (Chi2=16.5; gl=3; p=0.01) y abuso emocional en la infancia (Chi2=18.7; gl=3; p=<0.001). No se observaron diferencias en cuanto al abuso físico (Chi2=4.888; gl=3; p=0.180) y sexual en la edad adulta (Chi2=4.477; gl=3; p=0.214).<sup>43</sup>

- Se realizó un estudio de cohorte en **Noruega** acerca de factores de riesgo de pensamientos suicidas en la adolescencia, seguimiento de 4 años. Del total de pacientes el 17% informaron haber tenido pensamientos suicidas y la prevalencia en varones fue de 14.2% (IC= 13.6-16.4), a diferencia de las mujeres que fue de 19.5% (IC= 18.8-22). La ansiedad y los síntomas depresivos (ORa=1.9; IC=[1.4-2.6]), los problemas de conducta (ORa=1.8; IC=[1.3-2.6]), el sobrepeso (ORa 1.9; IC=[1.04-2.04]), el dolor muscular y la tensión (Ora=1.8; IC=[1.4-2.4]), fueron los factores de riesgo asociados con los pensamientos suicidas durante el seguimiento.<sup>44</sup>
- **Canadá**, se realizó un estudio retrospectivo de 2886 pacientes que se suicidaron de 1998 a 2010, para determinar si existían factores de riesgo asociados entre ellos y separarlos en distintos grupos que se coparan de acuerdo con los factores de las personas y las características del suicidio. Surgieron 5 grupos:
  - Grupo 1 representó el grupo más pequeño (10.53%), caracterizado por presentar el mayor porcentaje de mujeres (42%), utilizaron métodos no violentos para suicidarse (envenenamiento 30.9%), todos presentaban depresión y habían intentado suicidarse en el pasado.
  - Grupo 2 representó el 16.9% de los casos, caracterizado por presentar a las personas de mayor edad (edad media 55.6 años; 31.6% de las personas >65años), a su vez presentaron el mayor

porcentaje de personas que no presentaron eventos estresantes recientes (61.9%), utilizaron métodos violentos para suicidarse (ahorcamiento 36.1% y por arma de fuego 7%) y todos estaban casados.

- Grupo 3 conformado por el 19.43% de todos los casos, en su mayoría por varones de 20 a 64 años (80%), todos habían experimentado eventos estresantes recientemente, incluyendo problemas de tipo penal o legal, cuenta con la mayor proporción de personas divorciadas o separadas (22.1%), la mayoría presentaban enfermedad mental y todos presentaban historia de abuso de sustancias.
  - Grupo 4 agrupaba a la gente más joven (20.23%), presentaban la proporción más alta de suicidio por precipitación desde las alturas, la mayoría eran solteros (95.7%), y casi la mitad presentaba una enfermedad mental (trastorno bipolar, esquizofrenia y cualquier enfermedad mental exceptuando depresión), presentaron la mayor proporción de muertes fuera del hogar (32.7%), precipitación (32.2%) y saltando del metro o choque de trenes (10.3%).
  - Grupo 5 es el grupo más grande (32.88%), en el que se encontraban todas las personas solteras o viudos, que no tenían historia de intentos de suicidio previos, las tasas más bajas de enfermedad mental y generalmente dejan nota de suicidio (35%).<sup>45</sup>
- Año 2015:
    - En **Chile** la conducta suicida se asocia a variados factores de riesgo; diversas condiciones epidemiológicas, psiquiátricas y médicas, además de eventos vitales estresantes actúan como precipitantes. El intento suicida previo y los trastornos del ánimo destacan como potentes factores de riesgo individual.<sup>22</sup>
    - En **Perú** se demostró en los pacientes de la tercera edad hospitalizados en área de psiquiatría, la edad media era de 68.05 ±4.65 años; 90% eran viudos; 54.5% eran del sexo femenino; 50% vivían con los hijos. El 59.1% tenían depresión en grado moderado. El 90.9% tuvo al menos un intento

de suicidio y el método más utilizado por éstos era dejarse morir. Existe relación entre la depresión moderada- severa e intento de suicidio.<sup>46</sup>

- En **Turquía** un estudio reveló que la mayoría de los intentos de suicidio suelen ser espontáneos y no planeados. Los factores de riesgo más asociados son: intento de suicidio previo, historia de suicidio en la familia, historia de eventos estresantes en los 6 meses previos, bajos ingresos, estar desempleado, problemas del sueño, desesperanza y depresión.<sup>47</sup>
- **México**, Se realizó un estudio que relaciona el abuso infantil con depresión, ansiedad y conducta suicida en mujeres embarazadas, el cual informa que las mujeres que indicaron ser víctimas de abuso sexual en la infancia presentaron 2.56 veces más riesgo de padecer depresión prenatal, 2.58 veces más riesgo de padecer síntomas de ansiedad y 3.71 veces más riesgo de presentar comportamiento suicida. El abuso físico infantil incrementa el riesgo de ansiedad (OR=2.51; IC=[1.15-5.44]; p=0.01) y la conducta suicida (OR=2.62; IC=[1.75-4.48]; p=0.00), mientras que en víctimas de violencia verbal infantil incrementa el riesgo de presentar depresión prenatal (OR=1.92; IC=[1.01-3.65]; p=0.01). Experimentar todos los tipos de abusos juntos en la infancia o en la adolescencia, incrementa el riesgo de depresión (OR=3.01; IC=[1.36-6.64]; P=0.01), ansiedad (OR=3.73; IC=[1.17-11.87]; p=0.00) y presentar conducta suicida (OR=13.73; IC=[3.75-50.25]; p=0.00).<sup>48</sup>
- En el año 2016:
  - En **México** se observó que en los pacientes con intento suicida la edad promedio es de 31 años  $\pm$  12 años, predominó el sexo femenino, la clase trabajadora, casados y nivel de escolaridad secundaria. El intento suicida más común fue por intoxicación medicamentosa. La tercera parte de las familias de los pacientes con intento de suicidio presentan disfunción familiar.<sup>49</sup>
  - En **España** se realizó una revisión no sistemática de la literatura existente sobre la conducta suicida infantil. Los resultados indicaron como factores de riesgo: ser hombre o tener intentos de suicidio previos; como factores

precipitantes: situaciones de exclusión social o conflicto sentimental, y como factores protectores: tener un autoconcepto positivo y apoyo familiar. Se observa una alta comorbilidad con los trastornos depresivos, trastorno bipolar y esquizofrenia. En el tratamiento destaca la terapia dialecto-conductual y la cognitivo-conductual como las más eficaces. Para su prevención se ha comprobado que las intervenciones más eficaces son aquellas que se realizan en el ámbito escolar.<sup>50</sup>

- En **Colombia** se concluyó que 8 de cada 10 estudiantes tienen riesgo de suicidio moderado y las edades en las que prevalece son los 15 y 16 años. El bullying, la violencia intrafamiliar y la tristeza permanente contribuyen al aumento de este riesgo.<sup>51</sup>
- En **Estados Unidos** los intentos de suicidio anteriores son más comunes entre los pacientes con depresión y que pertenecen a una religión, la ideación suicida fue mayor entre los pacientes con depresión y que consideran a la religión algo muy importante en sus vidas y con los que asisten con mayor frecuencia a los servicios religiosos.<sup>52</sup>
- En **China**, se realizó un estudio en estudiantes de secundaria para analizar la asociación entre abuso infantil e ideación suicida. El 51% de los estudiantes sufrió abuso infantil general, el 41% fue víctima de abuso físico, el 38% fue agredido emocionalmente, el 7.3% reportó abuso sexual, las ideas suicidas estaba presentes en el 14.4% de los estudiantes, el 8.3% presentaban planes de suicidio y el 3.9% habían intentado suicidarse. El abuso físico se presenta en mayor proporción en niños, las niñas presentan a su vez mayor proporción de abuso emocional. Se encontró asociación entre el abuso infantil y la ideación suicida. Los niños presentaron riesgo de ideación suicida (OR=2.03; IC 95%=[1.72-2.40]) y de planes de suicidio (OR=1.93; IC 95%=[1.57-2.37]); en las niñas el riesgo de ideación suicida es mayor al presentado en los varones (OR=2.45; IC 95%=[2.12-2.82]), el riesgo de intento de suicidio (OR=2.12; IC 95%=[1.61-2.78]) y se encontró riesgo de suicidio (OR=2.46; IC 95%=[2.02-3.00]). También se observó que con el aumento

del número de tipos de maltrato infantil, el riesgo de comportamiento suicida en niños y niñas encontró una tendencia de aumento (  $P < 0,01$ ).<sup>53</sup>

- **En el 2016** se publicó un estudio que evalúa las conductas suicidas de los adolescentes en 32 países con ingresos bajos y medios. En todos los países, los resultados sobre la prevalencia de pensamientos suicidas fueron del 16.2% (IC 95%= 15.6-16.7) entre las mujeres y del 12.2% (IC 95%= 11.7-12.7) entre los hombres, y las cifras de pensamientos suicidas con un plan fueron del 8.3% (IC 95%= 7.9-8.7) entre las mujeres y del 5.8% (IC 95%= 5.5-6.1) entre los hombres. En la región de América de la OMS, las cifras de pensamientos suicidas eran mayores en mujeres que en hombres, con un coeficiente de prevalencia calculado del 1.70 (IC 95%= 1.60-1.81), mientras que el mismo coeficiente fue del 1.04 (IC 95%= 0.98-1.10) en la región africana de la OMS. En la mayoría de los países, los factores relacionados con los pensamientos suicidas incluían experiencias de acoso y violencia física, soledad, escaso apoyo de los padres y consumo de alcohol y tabaco.<sup>54</sup>

### 3.12. Estudios realizados en Guatemala

- En el hospital general de accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el año 1987, la incidencia de intento de suicidio fue más frecuente en personas del sexo masculino, de 21 a 30 años de edad, originarios y residentes de la capital, obreros, escolaridad media, casados, católicos, con antecedentes familiares de suicidio, el método más utilizado fue sobredosificación medicamentosa, el 73% de los individuos premeditaron su acto 24 horas antes, el 60% realizó el intento durante el día, el 73% de los pacientes se trataba de su primer intento y se les diagnosticaron trastornos depresivos, el 40% de las personas del estudio le atribuyeron el intento de suicidio a problemas familiares, y el 7% logro su cometido.<sup>55</sup>
- En el Hospital de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el año 1998 el suicidio representó el 1.62% de las necropsias en dicho hospital, el perfil de las personas que se suicidaron fueron hombres, de entre 20 a 40 años,

solteros o casados en mismo porcentaje, agricultores y el método más utilizado para suicidarse fue más violento en el sexo masculino (arma de fuego), y el más común en el sexo femenino fue envenenamiento.<sup>56</sup>

- En el Hospital Pedro de Bethancourt en el 2001 se encontraron 175 casos de intento de suicidio, la mayoría de sexo femenino, y comprendidos entre los 10 y los 25 años de edad, siendo los métodos autolíticos más utilizados los envenenamientos (en su mayoría intoxicación por organofosforado) y la toma de medicamentos; febrero, agosto y septiembre fueron los meses que reportaron más intentos de suicidio, el 15% de los hombres que intentaron suicidarse lo consumaron y tan solo el 3% de las mujeres.<sup>57</sup>
- En el año 2001 se realizó un estudio en adolescentes en Nebaj, Quiché en el cual, el 39% de los pacientes con intento suicido se vieron influenciados por los medios de comunicación. Los principales factores de riesgo fueron: pertenecer al sexo masculino (reto cultural), tener un estado de ánimo depresivo, conocer personajes suicidas en los medios de comunicación, conocer individuos suicidas en la comunidad, tener una idea suicida previa y poseer un antecedente familiar suicida. El método de autoeliminación más utilizado en el sexo masculino fue el ahorcamiento; y el envenenamiento por parte del sexo femenino.<sup>14</sup>
- Se realizó un estudio en el año 2006 donde las mujeres con intento suicida presentaron una media de edad de 25 años, el método más frecuentemente utilizado fue intoxicación medicamentosa, la mayoría eran solteras y laboraban como operarias.<sup>58</sup>
- Para el año 2011, la prevalencia de desesperanza fue del 30%; ideación suicida 2% y ambas 20% en los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental del departamento de Santa Rosa. De los adolescentes con ideación suicida el 49.29% tiene un proyecto de intento de suicidio y realización del intento proyectado.<sup>7</sup>
- Las tasas de intoxicación por plaguicidas por área de salud en el 2013 muestran a la zona nor-oriental del país, como la de mayor incidencia de casos (17.32-

35.78). Sin embargo se presenta incremento de casos en Escuintla, Suchitepéquez, Santa Rosa y El Progreso. El 54% de las intoxicaciones por plaguicidas se deben a intento de suicidio. El paraquat junto a la fosfina continúan siendo los plaguicidas más frecuentes.<sup>59</sup>

- En el año 2013 se realizó un estudio en Sacatepéquez, acerca de ideación suicida en estudiantes de quinto y sexto primaria, en donde no existe diferencia significativa entre género masculino y femenino, el grado de ideación suicida corresponde a riesgo leve; el 100% de los alumnos de jornada vespertina de sexto primaria presentaron ideaciones suicidas.<sup>60</sup>
- En el año 2014 las características de los jóvenes que presentaron intencionalidad suicida, fueron edad 15 años con un 21%, predominando el sexo femenino con un 59%; la mayoría de los sujetos tiene una escolaridad de nivel básico con un 53%; la ocupación en los jóvenes corresponde a estudiantes con un 75%; estado civil soltero en el 98% y la mayoría profesa la religión católica en 45% de los casos.<sup>4</sup>

### 3.13. Aspectos Legales

En Guatemala, actualmente, el suicidio no posee un encuadramiento con calidad de delito, pero sí la ayuda o inducción a este acto.<sup>61</sup>

Conforme el Artículo 128 del Código Penal, que establece: "Inducción o ayuda al suicidio. Quien indujere a otro al suicidio o le prestare ayuda para cometerlo, si ocurriere la muerte, se le impondrá prisión de cinco a quince años. Si el suicidio no ocurre, pero su intento produce lesiones de las comprendidas en los Artículos 146 y 147 del Código Penal, la pena de prisión será de seis meses a tres años".<sup>62</sup>

En el Código Penal guatemalteco, la impunidad del suicidio apareja la ausencia de penalidad para quien ha realizado los actos intentado privarse de la vida y únicamente sanciona a los actos de inducción y ayuda al suicidio, tipificación que en modo alguno puede ser considerada como equivalente a "acciones de participación en un delito de homicidio", mismas que incluyen la participación de terceros, es decir que en una figura delictiva especial, un comportamiento que constituye una participación en un hecho ajeno.<sup>61</sup>

## 4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

### 4.1. Tipo y diseño de la investigación: Estudio descriptivo transversal.

Se procedió a desarrollar la investigación mediante un estudio descriptivo, para establecer las características epidemiológicas y motivacionales del intento suicida en personas mayores de 13 años que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa, en el departamento de Santa Rosa, durante los meses de junio a agosto del 2016, en 60 días corridos con atención de las 24 horas.

### 4.2. Unidad de análisis:

- *Unidad Primaria de Muestreo:* Adolescentes y adultos atendidos en el Hospital Regional de Cuilapa.
- *Unidad de Análisis:* Características epidemiológicas y motivacionales, factores biológicos, educacionales y socioeconómicos; así como frecuencia y porcentaje de personas con intento de suicidio que presentaron depresión y ansiedad utilizando para el diagnóstico el test de Hamilton para depresión y el test de Hamilton para ansiedad.
- *Unidad de Información:* Personas mayores de 13 años de edad atendidos en la emergencia de ginecología, obstetricia, medicina interna y cirugía.

### 4.3. Población y muestra

#### 4.3.1. Población o universo:

Usuarios mayores de 13 años de edad que asistieron al Hospital Regional de Cuilapa de junio a agosto del 2016. Debido a que los pacientes con intento de suicidio que presentaron heridas corto contundentes (generalmente en brazos) que fueron atendidos en emergencia de cirugía, con heridas leves, se les atendió por las heridas y se les dio egreso, y al registrar la atención del paciente en el Sistema de Información General de Salud (SIGSA) solo se tomó en cuenta el primer diagnóstico, que se refiere a la herida corto contundente, por lo que el diagnóstico de intento de suicidio se perdió, creando de ésta manera subregistro

#### 4.3.2. Tamaño de la muestra:

Se realizó una muestra a conveniencia por período de tiempo, se contó a todos los adolescentes y adultos que cumplieron los criterios de asistencia al Hospital Regional de Cuilapa durante junio - agosto del 2016, en 60 días corridos.

#### 4.3.3. Técnica de muestreo:

Se captó a todas las personas mayores de 13 años que consultaron a las emergencias de: ginecología y obstetricia, cirugía y medicina interna, por intento de suicidio, durante 60 días continuos cubriendo turnos de 24 horas.

La entrevista se realizó en la misma emergencia o en el encamamiento (**esquema 4.1**) No se entrevistó al sujeto de estudio en el momento de la crisis, entendido éste como el estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución del problema, debido a que el sujeto presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz y está bajo la presión del tiempo para resolver el conflicto.<sup>63</sup>

La captura se realizó en turnos de 24 horas por 60 días corridos debido a que se consideraron las siguientes situaciones:

- No todas las personas atendidas por intento de suicidio fueron ingresadas al servicio de encamamiento.
- Algunos sujetos solicitaron egreso contraindicado
- Otras personas fueron estabilizadas y dadas de alta desde el servicio de emergencia.

De esta forma se tomó en cuenta a todos los usuarios que ingresaron al hospital por intento de suicidio.

Se protegió la privacidad de los participantes, al realizar la entrevista en el servicio de emergencia la misma se realizó en el cuarto de shock, sin la

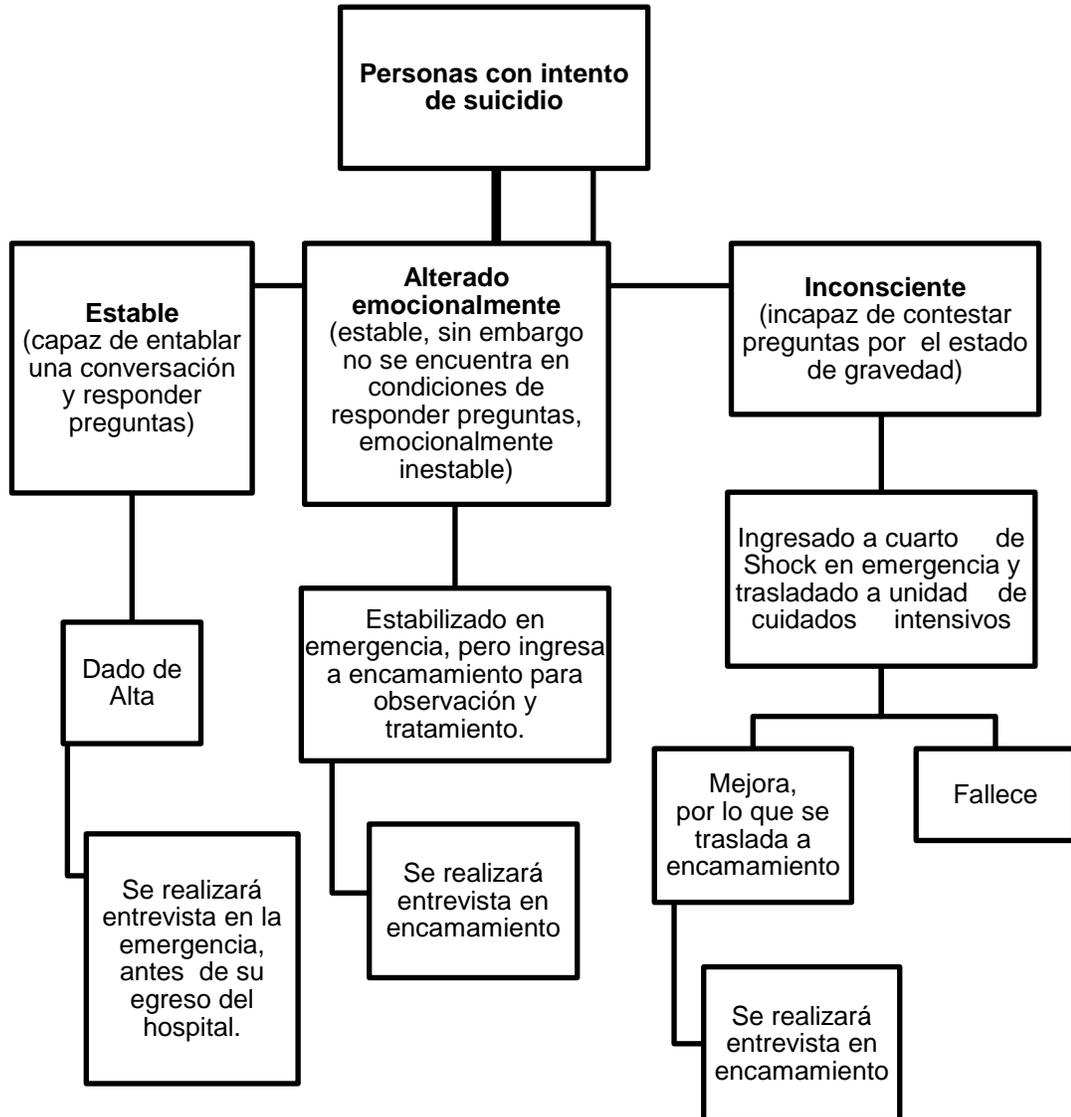
presencia de familiares para evitar que influyeran en la respuesta del individuo a estudio.

### Esquema 4.1

Técnica de muestreo

Características epidemiológicas y motivacionales de intento de suicidio

Hospital Regional de Cuilapa



Para proteger la privacidad de los participantes, se colocaron biombos alrededor de la cama del sujeto a estudio, cuando la entrevista fue en el servicio de encamamiento. Cuando el participante estaba en emergencia, la entrevista se realizó en cuarto de shock y no se permitió la presencia de familiares durante la entrevista para evitar que influyeran en la respuesta que el individuo brinde. Para garantizar la privacidad del participante no se divulgaron los datos generales, excepto para su referencia al psiquiatra.

**4.4.** Selección de sujetos a estudio: Se tomó en cuenta a las personas que el médico de emergencia asistió por intento de suicidio.

**4.4.1.** Criterios de inclusión: Personas mayores de 13 años quienes el médico tratante refirió que asistieron a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa por intento de suicidio.

**4.4.2.** Criterios de exclusión: Personas que no consintieron la participación en la investigación. Usuarios en estado de salud crítico. Menores de edad a quienes los padres o tutores no autorizaron brindar información. Personas que no hablaban español.

#### 4.5. Definición y medición de variables

MACRO VARIABLE	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Características sociales y demográficas	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento. <sup>64</sup>	Edad en años brindado por el sujeto a estudio.	Cuantitativa Discreta	Razón	Años
	Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. <sup>64</sup>	Auto percepción de la identidad sexual durante la entrevista.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
	Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales. <sup>65</sup>	Auto percepción del individuo respecto a su cultura, afinidades raciales y lingüísticas durante la entrevista	Cualitativa Politómica	Nominal	Xinca Garífuna Mestiza o Ladina Maya
	Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella. Virtud que mueve a dar a Dios el culto debido. <sup>65</sup>	Credo que refiere el sujeto de estudio durante entrevista.	Cualitativa Politómica	Nominal	Católica Protestante Testigo de Jehová Mormona Adventista Otras Ninguna

	Estado civil	Condición de una persona en relación a su filiación o matrimonio. <sup>65</sup>	Estado civil que refiera el sujeto a estudio.	Cualitativa Politómica	Nominal	Soltero Casado Unido Viudo Divorciado
	Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. Sinónimo de trabajo, empleo, oficio. <sup>65</sup>	Empleo laboral que el sujeto a estudio refiera.	Cualitativa Politómica	Nominal	Profesional Semiprofesional Empleados Estudiante Comerciante Obreros Agricultores Ama de casa Otro
	Procedencia	Lugar donde procede una persona. <sup>65</sup>	Departamento y municipio de donde procede el sujeto a estudio.	Cualitativa Politómica	Nominal	Nombre del departamento y del municipio
	Nivel de escolaridad	Último nivel que un estudiante cursa o cursó en un establecimiento docente. <sup>65</sup>	Dato referido por el sujeto a estudio durante entrevista.	Cualitativa Politómica	Nominal	Primaria Básica Diversificada Universitaria Ninguna

Factores de riesgo	Antecedente familiar de suicidio	Historia dentro de los miembros de la familia del paciente de acción de quitarse la vida de modo voluntario o intencionado. <sup>65</sup>	Dato obtenido por el sujeto a estudio durante la entrevista.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No
	Abuso de sustancias	Se refiere a la historia de consumo y dependencia de una droga u otro químico, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo. <sup>66</sup>	Este dato será obtenido por el sujeto a estudio.	Cualitativo Politómico	Nominal	Alcohol Drogas ilícitas Tabaco
	Intentos suicidas previos.	Historia personal de cualquier acto de autolesión realizado con intenciones destructivas. <sup>14</sup>	Dato obtenido por el sujeto a estudio durante entrevista.	Cualitativo Politómico	Nominal	Cero Uno Dos Tres Más de tres
	Eventos estresantes	Conflictos en cualquier ámbito de la vida de la persona que se comportan como un factor de estrés ya sea agudo o crónico. <sup>17</sup>	Dato obtenido al momento de entrevistar al participante.	Cualitativo Politómico	Nominal	Sentimental Familiar Laboral Salud Económico

						Otros Ninguno
	Víctima de acoso	Persona que sufre hostigamiento por parte de un agresor con el fin de intimidar y causar miedo. <sup>67</sup>	Dato obtenido al momento de entrevistar al participante.	Cualitativo Dicotómico	Nominal	Si No
	Tipo de acoso	Tipo de hostigamiento por parte de un agresor. <sup>67</sup>	Dato obtenido al momento de entrevistar al participante.	Cualitativo Politómico	Nominal	Psicológico Sexual Económico Escolar (bullying) Laboral (mobbing) Otro Ninguno
	Método del intento de suicidio.	Modo de obrar o proceder para intentar suicidarse. <sup>65</sup>	Dato obtenido al momento de entrevistar al participante.	Cualitativo Politómico	Nominal	Ahorcamiento Arma de fuego Arma punzocortante Sobredosis de medicamentos Envenenamiento con plaguicidas, herbicidas, sustancias tóxicas,

					etc. Precipitación Otros
Motivación del intento de suicidio	Causa o razón que motiva a quitarse la vida. <sup>65</sup>	Dato obtenido por el sujeto a estudio durante entrevista.	Cualitativo Politómico	Nominal	Muerte de familiar/amigo Divorcio/separación Problema de pareja Problema laboral Problema financiero Otro
Depresión	Estado patológico caracterizado por la alteración de los sentimientos, se manifiesta por una excesiva tristeza, angustia, desesperación, desconsuelo y pesimismo. <sup>64</sup>	Dato obtenido al realizarle el test de Hamilton al participante. No deprimido: 0-7 Depresión menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23 Test de Hamilton para depresión (ver anexo 11.2)	Cualitativo Politómico	Nominal	No deprimido Depresión menor Depresión moderada Depresión severa Depresión muy severa

<p>Ansiedad</p>	<p>Estado psíquico parecido a la angustia, que cursa con un temor no imputable a ninguna motivación real.<sup>64</sup></p>	<p>Dato obtenido al realizarle el test de Hamilton al participante.  Ausente: 0-5 puntos  Ansiedad menor: 6-14 puntos  Ansiedad mayor: Más de 15 puntos  Test de Hamilton para ansiedad  (ver anexo 11.3)</p>	<p>Cualitativo  Politómico</p>	<p>Nominal</p>	<p>Ausente  Ansiedad menor  Ansiedad mayor</p>
-----------------	--	---	------------------------------------	----------------	--

#### 4.6. Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

4.6.1. Técnica de recolección de datos: Entrevista con cuestionario estructurado, test de Hamilton para depresión y test de Hamilton para ansiedad.

#### 4.6.2. Procesos:

- Autorización del Comité de Investigación del Hospital Regional de Cuilapa para realización de trabajo de campo.
- Se elaboró un instrumento (ver anexo 11.1) con la información contenida en la operacionalización de las variables. Para la validación del instrumento se procedió a la evaluación mediante el método de juicio de expertos. Seis profesionales de reconocida trayectoria, entre los cuales se encuentran tres psicólogas, dos epidemiólogos y un psiquiatra aportaron su opinión, cumpliendo con los siguientes criterios:
  - Cinco o más años en realización de investigaciones de campo de la epidemiología
  - Conocimiento clínico en el campo de psicología y psiquiatría.
  - No presentaron conflictos de intereses con relación al tema en consulta de la presente investigación.

A los expertos se les dio información del problema en estudio, las preguntas, los objetivos y metodología de la investigación y la solicitud para que emitieran su opinión sobre la forma, estructura, contenido, comprensión y opciones de respuesta del cuestionario, su coherencia, pertinencia y claridad. Cada experto dio su opinión por separado, las investigadoras incorporaron las recomendaciones para darle congruencia y validez de contenido al instrumento que se aplicará.

- Se validó el instrumento mediante prueba piloto (ver 4.6.3 instrumento de medición)
- La captura de información en el Hospital Regional de Cuilapa se realizó durante 60 días corridos cumpliendo turnos de 24 horas.

- Se procedió a identificar las personas que según referencia del médico tratante consultaron por intento de suicidio a la emergencia de medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
- Las investigadoras se presentaron con el participante. Cuando el paciente era menor de edad, se presentaron al participante y al padre/madre/encargado del menor.
- Se procedió a explicar los objetivos y beneficios del estudio a cada participante y al responsable del menor de edad, así como el proceso de recolección de datos el cual consiste en responder preguntas, también se explicó que no se divulgarán los datos personales a excepción para su referencia a consulta externa de psiquiatría, también la privacidad del lugar al momento en que se realizaron los cuestionarios al participante. Se dará al psiquiatra una lista de los pacientes que sean vistos por día, para garantizar un buen seguimiento. Como requisito esencial se solicitó la firma de consentimiento informado al participante, si éste era menor de edad se solicitó firmar el asentimiento informado; y el consentimiento informado al tutor o encargado del menor. Luego se les aplicaron los cuestionarios estructurados.
- Las respuestas se anotaron en los cuestionarios de cada caso.
- Se realizó el test Hamilton para depresión y test de Hamilton para ansiedad a todos los casos.
- El resultado obtenido en el test de Hamilton para depresión y test de Hamilton para ansiedad se le comunicó al sujeto a estudio, haciendo a todo participante una hoja de referencia a consulta externa de psiquiatría para dar seguimiento. (Ver anexo 11.5)

**4.6.3.** Instrumentos de medición: cuestionario No. 1, test de Hamilton depresión y test de Hamilton ansiedad. (Ver anexo 11.1, 11.2 y 11.3)

La validación del instrumento se realizó de la siguiente manera:

- Las investigadoras prepararon la versión que seguidamente fue aplicada como prueba piloto a 10 casos, en el Hospital Regional de

Cuilapa en los servicios de medicina interna, se identificaron los problemas y soluciones siguientes:

- Entre los problemas se encontró que no se había incluido “ama de casa” entre la variable ocupación.
  - Al realizar la prueba piloto se observó que los participantes no entendían la variable “planes a futuro en 5 años”, por lo que se decidió omitir dicha variable.
  - Uno de los expertos observó que el consentimiento informado no contaba con hoja de consentimiento para menores de edad, por lo que fue agregado.
  - Una de las psicólogas sugirió agregar la variable tipo de acoso.
  - Se realizaron los test de Hamilton para depresión y test de Hamilton para ansiedad. Las investigadoras notaron que el diseño del test era confuso para el participante, ya que estaba diseñado para que el paciente leyera el test y escogiera la respuesta que mejor se acomodaba a su realidad, por lo que se decidió cambiar el diseño del test a pregunta directa y respuesta múltiple de la frecuencia con la que refiere los síntomas.
  - Entre las soluciones se agregaron las características mencionadas.
- Al efectuar el test de Hamilton para depresión y test de Hamilton para ansiedad, se realizaron preguntas teniendo cinco opciones de respuestas, en donde el participante escogió la respuesta que más se adapte con respecto a la frecuencia con la que presenta los síntomas. Cada respuesta posee un punteo, el cual al finalizar el cuestionario se sumó, y se clasificó según el punteo total, como se muestra a continuación:

Ansiedad	Depresión
Ausente: 0-5 puntos	No deprimido: 0-7 puntos
Ansiedad menor: 6-14 puntos	Depresión menor: 8-13 puntos
Ansiedad mayor: Más de 15 puntos	Depresión moderada: 14-18 puntos
	Depresión severa: 19-22 puntos
	Depresión muy severa: >23 puntos

El test de Hamilton para depresión y ansiedad, versión en español fue validado en un estudio con 214 participantes en el año 2001 en Barcelona, España, presenta buenas propiedades psicométricas, por lo que resultan apropiadas para su uso en la práctica asistencial y en investigación clínica.<sup>19</sup>

#### 4.7. Procesamiento y análisis de datos

##### 4.7.1. Procesamiento:

- Se recolectó la información necesaria de los cuestionarios y se registró en los mismos, se procedió a:
  - Revisar las boletas de recolección de datos mecánicamente.
  - Los datos obtenidos se trasladaron a Excel 2010 para crear la base de datos.
  - Para procesar los datos se utilizó Epidat 4.1.

Variables procesadas:

- Edad
- Sexo
- Etnia
- Religión
- Estado civil
- Ocupación
- Procedencia
- Nivel escolaridad
- Antecedente familiar de suicidio
- Abuso de sustancias
- Intentos de suicidio previos
- Eventos estresantes
- Víctima de acoso
- Tipo de acoso
- Método del intento de suicidio
- Motivo del intento de suicidio
- Depresión
- Ansiedad

#### **4.7.2. Análisis de datos**

La información se recolectó, clasificó, agrupó, y se analizó de forma descriptiva. Toda la información recolectada fue ingresada por una sola investigadora y revisada por la otra investigadora. La variable edad se clasificó por intervalos creando rangos de edad utilizando la regla de Sturgens para intervalos de clase. Se elaboraron tablas univariadas y bivariadas.

#### **4.8. Alcances y límites**

##### **4.8.1. Alcances:**

Por cuestiones económicas y de tiempo se estableció un periodo de dos meses de observación, de tal manera que los casos aunque parecen pocos muestras una frecuencia del evento que es sorprendente. Al finalizar el trabajo de campo, se dieron a conocer los resultados preliminares a las autoridades del área de salud de Cuilapa, Santa Rosa y al Hospital Regional de Cuilapa, para que puedan elaborar programas de prevención se suicidio, esto mismo se hará a otras organizaciones locales más adelante.

##### **4.8.2. Obstáculos:**

- No se encontraron.

#### **4.9. Aspectos éticos de la investigación**

##### **4.9.1. Principios éticos generales:**

El respeto a la autonomía que se refiere a la capacidad de tomar decisiones con conocimiento y sin coerción, se explicó a la persona la finalidad de la investigación y se invitó a participar de forma voluntaria, por lo que el sujeto que aceptó ser incluido en el estudio firmó un consentimiento informado. Debido a que los menores de edad son un grupo vulnerable, para ser incluidos dentro del estudio, los padres o tutores del menor firmaron el consentimiento informado donde se autorizó la participación de su hijo(a)/encargado(a) el cual describe el motivo y el procedimiento a realizar en el estudio.

La recolección de datos se realizó de forma confidencial asegurando que los datos personales de los participantes no se dieran a conocer públicamente y los resultados obtenidos de los test de Hamilton se entregaron al participante. Para garantizar la privacidad del sujeto a estudio, no se divulgaron los datos brindados, excepto para su referencia al psiquiatra. La entrevista se realizó en emergencia o encamamiento según esquema 4.1. Se colocaron biombos alrededor de la cama del participante cuando la entrevista fue en servicio de encamamiento. Si se entrevistó en emergencia, ésta se realizó en cuarto de shock, asegurando de esta manera su privacidad e integridad. El tiempo aproximado para la entrevista completa no duro más de 15 minutos.

Justicia: Todas las personas que llenaron los criterios de selección se incluyeron en el estudio y tuvieron la misma oportunidad de participar; fueron tratadas con respeto e igualdad, sin diferencias por edad, sexo, estado civil, religión, estrato social y origen étnico.

Se incluyeron en el estudio a todas las personas mayores de 13 años que fueron atendidas por intento de suicidio en le emergencia del Hospital Regional de Cuilapa, durante un período de 60 días corridos, de junio a agosto, cubriendo turnos de 24 horas, para no excluir a nadie.

Se les explicó a los participantes los riesgos que conlleva el no recibir tratamiento y orientación adecuada por el intento de suicidio, ya que se sabe que de las personas que han intentado suicidarse una vez, el 25% lo vuelve a intentar en el transcurso del primer año.

Respecto a la beneficencia y no maleficencia, se notificó al médico psiquiatra de las personas entrevistadas en una lista con nombres y apellidos y los resultados obtenidos por día y los participantes obtendrán como beneficio directo una hoja de referencia (ver anexo 11.5) con el resultado obtenido en el test de Hamilton para depresión y el test de Hamilton para ansiedad, para tratamiento y seguimiento en consulta externa de psicología o psiquiatría. Con los resultados del test de Hamilton y los datos recabados en la boleta de recolección se procedió a

la tabulación y procesamiento de datos, cuyos resultados se presentan en el presente informe final, esta información será de mucha importancia, ya que no existen estudios sobre intento de suicidio en el departamento de Santa Rosa a pesar que es uno de los departamento con más reportes de suicidio a nivel departamental.

Estos resultados se presentaron al Hospital Regional de Cuilapa y al área de salud de Santa Rosa para que de esta manera se puedan promover acciones de prevención de intento de suicidio, siendo éste el beneficio indirecto de la investigación.

El presente estudio cuenta con la autorización del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Regional de Cuilapa, además cuenta con el aval ético del Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

**4.9.2. Categorías de riesgo:**

Categoría II: Comprende estudios o el registro de datos por medio de procedimientos diagnósticos de rutina (físicos o psicológicos). Por lo que al presente estudio obtiene esta categoría por realización de test de Hamilton para depresión y test de Hamilton para ansiedad a los participantes con las cuales no se manipula la conducta de las personas.

**4.9.3. Consentimiento informado: Ver anexo 11.4**



## 5. RESULTADOS

A continuación se presentan según el orden de los objetivos los resultados de la investigación, realizada en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa durante 60 días calendario en los meses de junio a agosto del año 2016, en donde se estudiaron todas las personas que ingresaron a la emergencia con intento de suicidio (N=31).

Tabla 5.1

Características epidemiológicas de las personas que consultan a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, junio-agosto 2016

<b>Sexo</b>	<b>f (%)</b>
Femenino	18 (58.06)
Masculino	13 (41.94)
<b>Edad</b>	
$\bar{x}$ (S)	25 (9.5)
<b>Etnia</b>	
Ladina	31 (100)
<b>Religión</b>	
Ninguna	14 (45.16)
Católica	9 (29.03)
Protestante	7 (22.58)
<b>Estado Civil</b>	
Soltero	17 (54.84)
Unido	10 (32.26)
Casado	4 (12.90)
<b>Ocupación</b>	
Ama de casa	10 (32.26)
Agricultor	10 (32.26)
Estudiante	7 (22.58)
<b>Departamento</b>	
Santa Rosa	26 (83.87)
Jutiapa	3 (9.68)
Guatemala	2 (6.45)
<b>Municipio</b>	
Barberena	4 (12.9)
Cuilapa	4 (12.9)
Nueva Santa Rosa	4 (12.9)
<b>Escolaridad</b>	
Primaria	16 (51.61)
Básica	8 (25.81)
Diversificada	3 (9.68)
Ninguna	3 (9.68)

Tabla 5.2

Características sociales y demográficas de las personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa, por sexo, junio-agosto 2016

Característica	Femenino	Masculino	Total
	f (%)	f (%)	f (%)
<b>Edad</b>			
14-18	9 (50)	3 (23.08)	12 (38.71)
19-23	3 (16.67)	1 (7.69)	4 (12.90)
24-28	1 (5.55)	3 (23.08)	4 (12.90)
39-43	1 (5.55)	4 (30.77)	5 (16.13)
<b>Religión</b>			
Ninguna	7 (38.89)	7 (53.84)	14 (45.16)
Católica	5 (27.78)	4 (30.77)	9 (29.03)
Protestante	5 (27.78)	2 (15.38)	7 (22.58)
<b>Etnia</b>			
Ladina	18 (100)	13 (100)	31 (100)
<b>Estado civil</b>			
Soltero	12 (66.66)	5 (38.47)	17 (54.84)
Unido	3 (16.67)	7 (53.84)	10 (32.26)
Casado	3 (16.67)	1 (7.69)	4 (12.90)
<b>Ocupación</b>			
Ama de casa	10 (55.55)	0 (0)	10 (32.26)
Agricultor	0 (0)	10 (76.92)	10 (32.26)
Estudiante	6 (33.33)	1 (7.69)	7 (22.58)
<b>Procedencia</b>			
Santa Rosa	15 (83.33)	11 (84.61)	26 (83.87)
Jutiapa	2 (11.11)	1 (7.69)	3 (9.68)
Guatemala	1 (5.55)	1 (7.69)	2 (6.45)
<b>Municipio</b>			
Barberena	2 (11.11)	2 (15.38)	4 (12.90)
Cuilapa	4 (22.22)	0 (0)	4 (12.90)
Nueva Santa Rosa	2 (11.11)	2 (15.38)	4 (12.90)
<b>Escolaridad</b>			
Primaria	7 (38.89)	9 (69.23)	16 (51.61)
Básica	6 (33.33)	2 (15.38)	8 (25.81)
Diversificado	2 (11.11)	1 (7.69)	3 (9.68)
Ninguna	2 (11.11)	1 (7.69)	3 (9.68)

Tabla 5.3

Factores de riesgo de las personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa, pos sexo, junio-agosto 2016.

Factor de riesgo	Femenino	Masculino	Total
	f (%)	f (%)	f (%)
<b>Antecedente familiar de suicidio</b>			
No	14 (77.78)	8 (61.54)	22 (70.97)
Si	4 (22.22)	4 (30.77)	8 (25.82)
No responde	0 (0)	1 (7.69)	1 (3.23)
<b>Antecedente de abuso de sustancias</b>			
Ninguno	17 (94.45)	2 (15.38)	19 (61.29)
Alcohol	0 (0)	9 (69.23)	9 (29.03)
Drogas	1 (5.55)	1 (7.69)	2 (6.45)
<b>Antecedente de intento de suicidio previo</b>			
Primer intento	15 (83.33)	11 (84.61)	26 (83.87)
Tercer intento	2 (11.11)	1 (7.69)	3 (9.68)
Segundo intento	1 (5.55)	0 (0)	1 (3.23)
<b>Eventos estresantes</b>			
Sentimental	9 (50)	6 (46.15)	15 (48.39)
Familiar	6 (33.33)	2 (15.38)	8 (25.81)
Ninguno	2 (11.11)	2 (15.38)	4 (12.90)
<b>Antecedente de acoso</b>			
No	14 (77.78)	13 (100)	27 (87.10)
Si	4 (22.22)	0 (0)	4 (12.90)
<b>Tipo de acoso</b>			
Psicológico	2 (11.11)	0 (0)	2 (6.45)
Sexual	2 (11.11)	0 (0)	2 (6.45)

Tabla 5.4

Características motivacionales de las personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, por sexo, junio-agosto 2016

	Femenino	Masculino	Total
	f (%)	f (%)	f (%)
<b>Método utilizado</b>			
Envenenamiento	11 (61.11)	11 (84.61)	22 (70.97)
Sobredosis medicamentosa	6 (27.77)	1 (7.69)	6 (19.35)
Arma punzocortante	2 (11.11)	0 (0)	2 (6.45)
<b>Motivo del intento</b>			
Problema de pareja	9 (50)	4 (30.77)	13 (41.94)
Problema familiar	7 (38.88)	6 (46.15)	13 (41.94)
Problema financiero	0 (0)	2 (15.38)	2 (6.45)

Tabla 5.5

Grado de depresión y ansiedad presentado en las personas que consultan por intento de suicidio en la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, por sexo, junio-agosto 2016

	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>
<b>Depresión</b>			
Muy severa	16 (88.89)	7 (53.85)	23 (74.19)
Severa	1 (5.55)	3 (23.08)	4 (12.90)
Moderada	1 (5.55)	2 (15.38)	3 (9.68)
Leve	0 (0)	1 (7.69)	1 (3.23)
<b>Ansiedad</b>			
Mayor	15 (83.33)	9 (69.23)	24 (77.42)
Menor	3 (16.67)	4 (30.77)	7 (22.58)

## 6. DISCUSIÓN

Se realizó un estudio descriptivo transversal, prospectivo, de personas que asistieron a la emergencia por intento de suicidio en el Hospital Regional de Cuilapa, entrevistando así a 31 personas, todos contaron con los criterios de inclusión; se tomaron en cuenta características epidemiológicas y motivacionales, así como la presencia o no de depresión y ansiedad. Inicialmente se determinó que de los pacientes que entraron al estudio 58.06% son mujeres, entre ellas se encuentra una embarazada la cual representa el 5.56%. Según estudios muestran que el sexo femenino prevalece ante el sexo masculino en intentos de suicidio.<sup>1,4,16,24,27,30,31,46,49,57</sup> También se observa en un estudio de México que las mujeres embarazadas que indicaron ser víctimas de abuso sexual en la infancia presentan más riesgo de padecer depresión prenatal, padecer síntomas de ansiedad y de comportamiento suicida.<sup>48</sup>

La edad más frecuente de personas con intento de suicidio está entre los 14 y 18 años con 38.71%, el 50% de las mujeres pertenece a este rango de edad; en segundo lugar se encuentra el grupo etario entre 39 y 43 años con el 16.13%, el cual aglutina al 30.77% del sexo masculino. Estos datos coinciden entre las edades más frecuentes a nivel mundial para intento de suicidio, ya que diversos estudios muestran que la mayor frecuencia se presenta en las edades comprendidas entre los 15-29 años. También se ha estudiado que el índice de intentos entre las personas de 75 años o mayores es tres veces superior al observado en los jóvenes, pero en este estudio no se evidenció esta problemática,<sup>1,2,21</sup> sin embargo existe otro estudio realizado en Colombia el cual expone que a mayor edad disminuye la probabilidad de presentar intento de suicidio.<sup>29</sup> Algunos estudios refieren que al no darle seguimiento a adolescentes con un intento de suicidio, el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes.<sup>20</sup>

En cuanto a la etnia el 100% se definen como mestizo/ladino ya que la procedencia de las personas fue de los departamentos de Santa Rosa, Jutiapa y Guatemala. Se mostró que el 45.16% de las personas no profesan ninguna religión, siendo el 38.89% entre las mujeres estudiadas y el 53.84% entre las personas de sexo masculino, esto se toma como un factor de riesgo, ya que estas personas presentan 5 veces más riesgo de suicidarse en comparación con las personas que si profesan alguna religión.<sup>17</sup> El 29.03% refirió ser católico y el 22.58%, protestante; en ambas religiones predomina el sexo femenino. Estos resultados difieren de estudios en los cuales demuestran que las tasas

suicidio de las personas que profesan la religión católica son inferiores a las de los protestantes.<sup>1</sup>

En cuanto al estado civil se encontró que la soltería predomina con el 54.84% destacando entre el sexo femenino con el 66.66%, seguido de las parejas unidas con el 32.26%. Esto se debe a que la mayoría de las personas estudiadas son menores de edad. Se ha estudiado que el matrimonio disminuye el riesgo de suicidio en forma significativa,<sup>1</sup> siendo la soltería un factor de riesgo importante.<sup>30</sup>

Existen estudios internacionales los cuales afirman que en cuanto más alto es el nivel social de una persona, mayor es el riesgo de suicidio, por lo que los profesionales son el grupo con máximo riesgo de suicidio.<sup>1</sup> En el presente estudio se observa lo opuesto, ya que la ocupación más común fue agricultor para los hombres y ama de casa para las mujeres con 32.26% cada uno, seguido de estudiantes con el 22.58% esto debido a que la mayoría de personas estudiadas son menores de edad, estos datos concuerdan un estudio realizado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que muestra que la agricultura se encuentra entre el perfil de las personas que se suicidan.<sup>56</sup>

La procedencia de los sujetos estudiados fue en primer lugar el departamento de Santa Rosa con el 83.87% predominando el sexo femenino con el 83.33%, seguido de Jutiapa con el 9.68% y Guatemala con el 6.45%. Los municipios de Santa Rosa más afectados son Cuilapa, Barberena y Nueva Santa Rosa los tres con el 12.90%, cabe mencionar que el 22.22% de las mujeres que consultaron son de Cuilapa. Los procedentes de Guatemala son del municipio de Villa Canales y de las personas que provienen del departamento de Jutiapa, el 6.45% son de San José Acatempa y el resto del municipio de El Progreso.

En relación al nivel de escolaridad, el 51.61% acudieron a cualquier grado de primaria, predominando el sexo masculino con 69%; el 25.81% cursó o cursa secundaria, es importante mencionar que la única persona que refirió estudios universitarios es de sexo femenino. Estos resultados difieren con un estudio realizado en Cuba en el año 2006, el cual demuestra que el predominio de escolaridad en las personas con intento de suicidio fue secundaria y preuniversitaria;<sup>30</sup> esto podría ser porque la mayoría de las personas procedentes de Santa Rosa no cuentan con recursos económicos para continuar sus estudios. Además, según se pudo observar en la interacción con los pacientes durante el

Ejercicio profesional supervisado, que muchos de ellos no evidencian deseos de superación académica ni laboral, lo que se observó principalmente entre las mujeres. El 25.81% de los pacientes presentan antecedentes familiares de intento de suicidio, siendo 22.22% entre las mujeres y 30.77% entre los hombres. Los datos encontrados en este estudio demuestran un porcentaje más alto en antecedentes familiares de suicidio en comparación con lo reportado por la literatura de psiquiatría en donde se indica que el 11% de los suicidas tiene un familiar con intento de suicidio o muerte por suicidio.<sup>1</sup> Diversos estudios mencionan que el tener un familiar cercano, amigo o persona cercana con intento de suicidio es un factor importante de riesgo de suicidio.<sup>24,28,39,40,47</sup>

La mayoría de personas estudiadas no referían abuso de sustancias (69%), sin embargo el 29.03% consumen bebidas alcohólicas, siendo éstas en su totalidad de sexo masculino. El tener antecedente de abuso de sustancias se encuentra entre los 5 factores de mayor riesgo para intento de suicida según estudios realizados en diferentes países.<sup>24,32,37,45</sup>

Entre los antecedentes de intentos de suicidio previo de las personas que consultaron, encontramos que el 83.87% era la primera vez que lo intentaban siendo similar entre ambos sexos, mientras que para el 9.68% era el tercer intento. El antecedente de intentos de suicidio previo es un factor de riesgo más importante según un estudio realizado en Colombia que refiere que la probabilidad de suicidio es 16.09 veces mayor cuando ha habido intentos previos;<sup>17</sup> otro estudio en España expone que en la mayoría de sujetos que consultan se trata de su primer intento,<sup>26</sup> y según un estudio europeo de la OMS un 18-20% de adolescentes con conductas suicidas repitieron la tentativa de suicidio al año siguiente.<sup>20</sup> Entre los antecedentes de eventos estresantes referidos por las personas que consultan por intento de suicidio, se observó que el 48.39% eran de tipo sentimental observando el porcentaje similar entre ambos sexos, seguido de evento estresante de tipo familiar 25.81%; el antecedente de evento estresante 6 meses previos es un factor de riesgo asociado al suicidio.<sup>47</sup> Los datos difieren con un estudio realizado en Colombia donde exponen que los eventos estresantes sentimentales son más frecuentemente asociados al sexo masculino.<sup>32</sup>

Se detectó que el 12.90% de las personas estudiadas presentaban antecedente de acoso, predominando en el sexo femenino con el 11.11% para acoso psicológico y 11.11% para acoso sexual. Hay algunos estudios los cuales evidencian que sufrir acoso aumenta el riesgo de intento suicida;<sup>12,48,51</sup> el acoso fue una de las razones por la cual

las personas han decidido quitarse la vida en los departamentos más afectados en Guatemala durante el año 2015, según el INACIF.<sup>6</sup>

Entre los métodos más utilizados en las personas que consultan por intento de suicidio se encuentra en primer lugar el envenenamiento con productos agroquímicos como herbicidas y organofosforados con el 70.97%, seguido por sobredosis medicamentosa con el 19.35%. Se observa que el 61.11% de las personas de sexo femenino utilizaron el envenenamiento, porcentaje menor al de los hombres que decidieron utilizar este método (84.61%). La mayoría de casos de sobredosis medicamentosa fue en mujeres 27.77%. Estos datos coinciden con algunos estudios que demuestran que el método más utilizado fue la intoxicación o envenenamiento;<sup>32,57</sup> los niños y adolescentes tempranos utilizaron con mayor frecuencia el ahorcamiento;<sup>21</sup> en España y Cuba utilizan la sobredosis, seguidos de organofosforados, insecticidas y combustibles.<sup>26,30</sup> En estudios realizados en Guatemala se observa que el método más común en el sexo femenino fue envenenamiento así como se muestra en esta investigación.<sup>14,56</sup>

En este estudio se demostró que entre los motivos más referidos por las personas con intento de suicidio se encuentran los problemas con la pareja con el 41.94% y problemas familiares con el 41.94%; es importante mencionar que el tener problemas con la madre es el principal conflicto familiar entre los menores de edad estudiados, seguido de problemas financieros con el 6.45%; estos datos se observan de igual forma en estudios realizados en España, México y Cuba donde los principales problemas referidos fueron problemas de pareja o familiares.<sup>26, 37,38</sup>

Entre las personas que consultaron por intento de suicidio se encontró que todas presentaban algún grado de depresión: El 74.19% presentó depresión muy severa. En cuanto a la presencia de ansiedad, todas las personas estudiadas presentaron algún grado de ansiedad, encontrando a la ansiedad mayor en primer lugar con 77.42%, seguido de 22.58% con ansiedad menor. La presencia de estos problemas psiquiátricos se observan de igual forma a nivel mundial, siendo este un factor de riesgo muy importante.<sup>14,17,21,25,27-29,36,37,41-45,46,52,55</sup> El psiquiatra del Hospital Regional de Cuilapa refiere que una persona con depresión muy severa no presenta el ánimo para realizar ninguna actividad, sin embargo una persona deprimida que también presenta ansiedad actuará impulsivamente, dándole las fuerzas y el ánimo necesario para intentar quitarse la vida.

Como hallazgo de importancia epidemiológica, el intento de suicidio dio como consecuencia 12 fallecimientos de 31 casos observados, estimándose una tasa de letalidad del 38%. La letalidad en otros estudios no ha sido indicada, por lo que ésta queda como un hallazgo de que más de un tercio de muertes habrían podido evitarse de intervenir a tiempo sobre las diversas causas que se han presentado.

Entre otros hallazgos interesantes se encontró que la frecuencia de la asistencia de las personas con intento de suicidio disminuyó durante y después de celebrar las fiestas patronales del Señor de los Portentos de dicho municipio el cual se lleva a cabo del 1 al 5 de agosto, esto se debe posiblemente a que se presentó esta distracción positiva hacia la población. También se observó que ninguno de los pacientes se negaron a contar las razones de su decisión y se observó que presentan necesidad de exponer sus problemas y motivos de intento de suicidio, sintiendo tranquilidad al saber que alguien los escucha y presta la atención que ellos necesitan. De todos los pacientes que se refirieron para seguimiento en psiquiatría, aproximadamente 8 asistieron a su cita.



## **7. CONCLUSIONES**

- 7.1.** Se estudió a 31 personas con intento de suicidio atendidas en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, la mitad de ellas son de sexo femenino, 3 de cada 10 de personas tiene de 14 a 18 años, la mayoría no profesan ninguna religión, la mitad de las personas entrevistadas son solteras y de escolaridad primaria; las principales ocupaciones son agricultor para sexo masculino y ama de casa para el sexo femenino, 8 de cada 10 proceden de Santa Rosa y los municipios más afectados son: Cuilapa, Barberena y Nueva Santa Rosa.
- 7.2.** Dentro de los factores de riesgo, un cuarto de las personas refiere tener algún familiar que había intentado suicidarse; la mayoría de los participantes negaron abuso de sustancias, sin embargo un tercio de los encuestados refiere tener problemas de alcoholismo y éstos fueron de sexo masculino, 8 de cada 10 lo intentaron por primera vez, la décima parte son víctima de acoso psicológico o sexual, las víctimas de acoso son de sexo femenino y la mitad refiere eventos estresantes de tipo sentimental recientemente.
- 7.3.** Los sujetos estudiados refieren problemas familiares en relación con los padres y sentimentales con la pareja como motivos principales el intento suicida, siendo los métodos más utilizados para quitarse la vida el envenenamiento con agroquímicos y la sobredosis medicamentosa.
- 7.4.** Todas las personas entrevistadas presentan algún grado de depresión y ansiedad.
- 7.5.** Como hallazgo incidental se observó un alto número de muertes entre las personas que intentan suicidarse: un tercio de ellas fallecieron, por lo que la tasa de letalidad en este periodo de estudio es alta.



## **8. RECOMENDACIONES**

### **8.1. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

- 8.1.1.** Es importante que en el primer nivel de atención se ofrezca información sobre salud mental y prevención del suicidio, ya que con ello la población tomaría conciencia y se rompería el tabú acerca del suicidio.
- 8.1.2.** Implementar programas integrales de prevención, intervención y seguimiento para los sobrevivientes de suicidio en Santa Rosa.

### **8.2. Al Área de Salud de Santa Rosa**

- 8.2.1.** Implementar programas de prevención de suicidio en los centros de atención primaria en Santa Rosa, ya que es uno de los departamentos más afectado por suicidio e intentos de suicidio.
- 8.2.2.** Realizar charlas en centros educativos sobre el suicidio, para de ésta manera prevenirlo.
- 8.2.3.** Crear grupos de apoyo para los sobrevivientes de suicidio.
- 8.2.4.** Implementar una línea de ayuda a través de las redes sociales, donde se dé información acerca de lugares de ayuda, acciones a tomar en caso de que un familiar tenga un intento de suicidio, signos de alerta de depresión, etcétera y darle promoción para que las personas sepan qué hacer ante una situación similar.
- 8.2.5.** Implementar programas de capacitación para detectar signos de detección temprana de depresión y ansiedad al personal que labora en los puestos y centros de salud.

### **8.3. Al Hospital Regional de Cuilapa**

**8.3.1.** Fortalecer la unidad neuro-quirúrgica sur-oriental en horario inhábil, implementando que haya psicóloga de turno en el hospital.

**8.3.2.** Implementar la venta de los medicamentos utilizados por los pacientes psiquiátricos en la farmacia de la consulta externa, para que las personas con antecedente de intento de suicidio que tengan seguimiento por psiquiatría y sean medicados, puedan apegarse al tratamiento, y de ésta manera disminuir la probabilidad de que intenten suicidarse de nuevo.

### **8.4. A la Universidad de San Carlos de Guatemala**

**8.4.1.** Realizar más estudios longitudinales y analíticos del tema en otros hospitales o regiones, para determinar si es un fenómeno social extendido o si es localizado.

## **9. APORTES**

La presente investigación evidencia las características epidemiológicas y motivacionales de las personas que consultaron a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, por intento de suicidio, y de esta manera se presentan datos actuales de esta problemática, que afecta no sólo a las personas que toman esta decisión, sino también a su familia y allegados, así mismo evidencia la necesidad de implementar programas de prevención, intervención y seguimiento del intento de suicidio, especialmente en la población de sexo femenino y adolescentes, ya que fue el grupo más afectado.

Se presentarán los resultados de esta investigación al Área de Salud de Santa Rosa y al Hospital Regional de Cuilapa, para que se fomenten programas de prevención de suicidios sobre todo en el nivel de atención primaria, para disminuir el número de casos de intentos de suicidio en un futuro y sensibilizar a la población acerca de este tema.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock sinopsis de psiquiatría. 10 ed. España: Wolters Kluwer/ Lippincott, Williams & Wilkins; 2009. Capítulo 34. Medicina psiquiátrica de urgencias. Suicidio. p. 897-901.
2. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades transmisibles y de salud mental. [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2014. Prevención del suicidio: un imperativo global. [citado 17 Feb 2016]; p. 7-23. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf). ISBN 978-92-75-31850-8
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe sub regional de suicidio en Centroamérica y República Dominicana, 1988-2008. [en línea]. Nicaragua: OPS; 2011. [citado 9 Feb 2016]; (Informe subregional). Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/OPS%20Suicidio%20en%20CA%20y%20RD.pdf>. ISBN 978-9962-642-57-2.
4. Gutierrez Recinos E, Lee Franco JD, Rivera Orellana R. Intencionalidad suicida en la pubertad y adolescencia. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 12 Feb 2016]. Disponible en: [http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS\\_INTENCIONALIDAD\\_SUICIDA.pdf](http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS_INTENCIONALIDAD_SUICIDA.pdf)
5. Sadock BJ, Sadock VJ. Kaplan & Sadock manual de bolsillo de psiquiatría clínica. 4 ed. España: Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins; 2008. Capítulo 20. Urgencia psiquiátrica. Suicidio. p. 258-260.
6. Alvizurez Y. Van 26 suicidios en 7 departamentos. Prensa Libre. 8 Mar 2016: Departamental: 20.
7. Pérez Gómez CA, Aguilar Baldizón JR, Castillo García KA, Pérez Pérez PG, Lima Huevo SA, Coguox Gonzales MV. Desesperanza e ideación suicida. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011 [citado 11 Feb 2016]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8838.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8838.pdf)
8. Meza Navarro JJ. Diseño de tramo carretero que comunica la ciudad de Cuilapa con la carretera los pinos finalizando en río los Esclavos, municipio de Cuilapa, departamento de Santa Rosa. [tesis Ingeniero Civil en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ingeniería; 2006. [citado 12 Feb 2016]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/08/08\\_2637\\_C.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/08/08_2637_C.pdf).

9. De León De León HR. Sistema centralizado de casos médicos en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa. [tesis de Maestría en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ingeniería; 2007. [citado 12 Feb 2016]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/08/08\\_0125\\_MT.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/08/08_0125_MT.pdf)
10. Archila A, Martínez M, Cadenas T. Pueblo Xinca. [Blog en línea]. Guatemala: Abel Archila. Mar 2012 [citado 25 Mayo 2016]. Disponible en: <http://xinkas.blogspot.com/>
11. Sarró Martín B, Tejedor Azpeitia C, Alberto Marcús M, Arranz Martín B, Boatas F, Cañete Crespillo J. et al. Suicidio y autolesiones. En: Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales, editor. RTM-III: Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales [en línea]. 3 ed. España: Ars Medica; 2005. [citado 12 Feb 2016]; p. 2-17. Disponible en: <http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf>
12. Universidad Industrial de Santander. Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida. [en línea]. Colombia: UIS; 2014 [citado 8 Feb 2016]. Disponible en: [https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GBE.81.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf).
13. León Silva J. Intento de suicidio. En: Guías para manejo de urgencias. [en línea]. 3 ed. Bogotá: Ministerio de la Protección Social/ FEPAFEM; 2009. [citado 12 Feb 2016]. Disponible en: [http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Psiquiatria/Intento\\_de\\_suicidio.pdf](http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Psiquiatria/Intento_de_suicidio.pdf)
14. Romero Barrondo M. Fenómeno de Werther en adolescentes. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001. [citado 12 Feb 2016]. Disponible en línea: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2001/205.pdf>
15. Organización Panamericana de la Salud. Lesiones autoinfligidas intencionalmente. En: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. [en línea]. 10 revisión. Washington, DC: 2003. OPS/ OMS. [citado 12 Feb 2016]. ; (publicación científica; 554). Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
16. García-Rábago H, Sahagún-Flores J, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña G, Tirado-Vargas J, González-Gamez J. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio comparando factores de alta y baja letalidad. Rev. Salud Pública. [en línea]. 2010 Oct [citado 17 Feb 2016]; 12(5): 713-721. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a02.pdf>
17. Muñoz Morales ÉJ, Gutiérrez Martínez MI. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio casos y controles. Rev. Colomb. Psiquiat. [en línea]. 2010

- [citado 10 Mar 2016]: 39(2): 291-312. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a06>.
18. Ortíz-Hernández L, García-Torres MI. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cad. Saúde Pública* [en línea]. 2005 [citado 25 Mayo 2016]; 21(3): 913-925. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000300026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300026)
  19. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin* [en línea]. 2002 [citado 25 Mayo 2016]; 118(13): 493-499. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-las-versiones-espanol-montgomery-asberg-13029223>
  20. Jara Segura AB, González Serrano F, San Miguel P, Urizar M. Aproximación a las tentativas de suicidio en los adolescentes. *Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (España)* [en línea]. 2001 [citado 26 Mayo 2016]; 31(32): 115-139. Disponible en: <http://www.sepyrna.com/articulos/aproximacion-tentativas-suicidio-adolescentes/>
  21. Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev. chil. pediatr.* [en línea]. 2000 [citado 26 Mayo 2016]; 71(3): [aprox. 10 pant.]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=es&nrm=iso)
  22. Pacheco B, Peralta López P. La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas* [en línea]. 2015 [citado 10 Mar 2016]; 40(1): 47-55. Disponible en: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/38/13>.
  23. Alonso Bada S, Arbulo Rufanco B, Baeza Pertegaz I, Baos Sendarrubias P, Beato Fernández L, Brotons Sánchez L, et al. Suicidio e intento de suicidio. En: de la Fuente JE, Herreros O, editores. *Protocolos de la Asociación Española De Psiquiatría Del Niño Y El Adolescente*. [en línea]. España: AEPD; 2008 [citado 26 Mayo 2016]; 125-133. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/suicidio.pdf>
  24. Cheng A, Chen T, Chwen-Chen C, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *The British Journal of Psychiatry* [en línea]. 2000 Oct [citado 11 Mar 2016]; 177(4): 360-365. DOI: 10.1192/bjp.177.4.360
  25. Amézquita Medina ME, González Pérez RE, Zuluaga Mejía D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Rev.Colomb.Psiquiatr.* [en línea]. 2003 [citado

- 25 Mayo 2016]; 32(4): 341-356. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502003000400003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502003000400003&lng=en).
26. Venceslá Martínez JF, Moriana Elvira JA. Conducta autolítica y parasuicida: Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [en línea]. 2002 [citado 3 Mar 2016]; 84: 49-64. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352002000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000400004&lng=es). (ISSN 0211-5735.)
27. Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica* [en línea]. 2002 [citado 3 Mar 2016]; 22: 407-416. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84309609>. (ISSN 0120-4157).
28. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet* [en línea]. 2002 Nov [citado 3 Mar 2016]; 360(9347): 1728-1736. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11681-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11681-3/fulltext)
29. Gómez-Testrepo C, Rodríguez Malagón N, Bohórquez A, Diazgranados N, Ospina García M B, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev.Colomb.Psiquiatr.* [en línea]. 2002 [citado 25 Mayo 2016]; 31(4): 283-298. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502002000400002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000400002&lng=en).
30. Torres Li-Coo V, Díaz LJ, Rodríguez Valdés NR, Font Darías I, Gómez Arias MB, García García CM. Aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes ingresados en el Centro Nacional de Toxicología. *Rev. Cub. Med. Milit* [en línea]. 2006 [citado 3 Mar 2016]; 35(2): [aprox. 8 pant.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013865572006000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572006000200005&lng=es).
31. Castellanos Luna T, Carrillo Alfonso T, Cuervo Socarrás N, Molinet Arozarena H. Intento suicida en el niño y en el adolescente. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* [en línea]. 2007 [citado 3 Mar 2016]; 4(3): [aprox. 18 pant.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0307/hph030607.html>.
32. Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago MM, Ayala-Aguilera JP. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Rev. Salud pública* [en línea]. 2007 [citado 2 Mar 2016]; 9(2): 230-240. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n2/v9n2a07.pdf>.

33. Pérez-Olmos I, Ibáñez-Pinilla M, Reyes-Figueroa JC, Atuesta-Fajardo J, Suárez-Fajardo MJ. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. Rev. Salud Pública [en línea]. 2008 Jul [citado 3 Mar 2016]; 10(3): 374-385. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000300002&lng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000300002&lng=pt).
34. Martínez AB, Guinsberg E. Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en línea]. 2009 [citado 3 Mar 2016]; 27(1): 32-38. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12027106>. ISSN: 0120-386X
35. Noa López J, Miranda Vásquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN [en línea]. 2010 [citado 3 Mar 2016]; 14(3): 353-357. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_3\\_10/san11310.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.pdf)
36. Bella ME, Fernández RA, Wellington JM. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Arch. argent. pediatr. [en línea]. 2010 [citado 3 Mar 2016]; 108(2): 124-129. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752010000200006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000200006). ISSN 1668-3501
37. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán. Informe especial sobre el suicidio en jóvenes del Estado de Yucatán. [en línea]. México: CODHEY; 2010 [citado 18 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/Investigaciones/Suicidio.pdf>
38. Cortés Alfaro A., Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Toledo Prado J, Echemendía B. Causas y factores asociados al intento suicida en adolescentes en la provincia Sancti Spíritus. Rev Cubana Hig Epidemiología [en línea]. 2010 [citado 3 Mar 2016]; 48(1): 14-22. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032010000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032010000100003&script=sci_arttext)
39. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivera JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. 2011 [citado 10 Mar 2016]; 27(1): 33-41. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000100004&script=sci_arttext)
40. Cañón SC, Castaño Castrillón JJ, Atehortúa Rojas BE, Botero Mejía P, García Ruiz LK, Rodríguez Vanegas LM, et al. Factor de riesgo para suicidio según dos cuestionarios y factores asociados en población estudiantil de la Universidad de Manizales (Colombia). Psicol. caribe.[en línea]. 2011 [citado 25 Mayo 2016]; 29(3): 632-664. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2012000300005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2012000300005&lng=en&tlng=es).

41. Vásquez-Rojas R, Quijano Serrano M. Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. *Rev Colomb Psiquiat* [en línea]. 2013 [citado 10 Mar 2016]; 43(s1): 36-46. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502013000500006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000500006).
42. Nguyen DT, Dedding C, Thi Pham T, Wright P, Bunders J. Depression, anxiety, and suicidal ideation among Vietnamese secondary school students and proposed solutions: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. [en línea]. 2013 [citado 25 Mayo 2016]; 13(1195): 1-10. Disponible en: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1195>
43. Baca García E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Ment* [en línea]. 2014 [citado 25 Mayo 2016]; 37(5): 373-380. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000500003&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003&lng=es).
44. Strandheim A, Bjerkeset O, Gunnell D, Bjørnelv S, Lingaas Holmen T, Bentzen N. Risk factors for suicidal thoughts in adolescence-a prospective cohort study: The Young-HUNT study. *BMJ Open* [en línea]. 2014 [citado 25 Mayo 2016]; 4(8): 1-8. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/8/e005867.long#sec-14>
45. Sinyor M, Schaffer A, Streiner DL. Characterizing suicide in Toronto: An observational study and cluster analysis. *CanJPsychiatry* [en línea]. 2014 [citado 25 Mayo 2016]; 59(1): 26-33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079226/pdf/cjp-2014-vol59-january-26-33.pdf>
46. Pozo Cerna M. Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría de un hospital de Lima-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma* [en línea]. 2015 [citado 3 Mar 2016]; 15(1): 35-43. Disponible en: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/view/234/172>.
47. Okan Ibiloglu A, Atli A, Demir S, Gunes M, Kaya MC, Bulut M, et al. The investigation of factors related to suicide attempts in Southeastern Turkey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. [en línea]. 2015 [citado 10 Mar 2016]; 16(12): 407-416. Disponible en: <https://www.dovepress.com/the-investigation-of-factors-related-to-suicide-attempts-in-southeaste-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>
48. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Le HN. Childhood abuse increases the risk of depressive and anxiety symptoms and history of suicidal behavior in Mexican

- pregnant women. Rev. Bras. Psiquiatr. [en línea] 2015 [citado 25 Mayo 2016]; 37(3):203-210. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462015000300004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015000300004&lng=en).
49. Guerrero Hernández ME. La funcionalidad familiar del paciente con intento suicida. [tesis Médico General en línea] Querétaro, México: Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Medicina; 2016. [citado 10 Mar 2016]. Disponible en: <http://ri.uaq.mx/handle/123456789/3733>. Report No.: RI003156.
50. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. Rev. Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [en línea]. 2016 [citado 3 Mar 2016]; 3(1): 9-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288635>. ISSN 2340-8340
51. Gonzales-Portillo J, Gil-Arévalo J, Hernández-Botero D, Henao-Sánchez L. Evaluación de las expectativas y tipo de riesgo suicida en estudiantes de 9°, 10° y 11° de una institución educativa del departamento de Quindío. DUAZARY Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud (Colombia) [en línea]. 2016 [citado 3 Mar 2016]; 13(1): 7-14. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1582>
52. Lawrence RE, Brent D, Mann JJ, Burke AK, Grunebaum MF, Galfalvy HC, Oquendo MA. Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. J Ner Ment Dis. [en línea]. 2016 [citado 3 Mar 2016]; 0(0): 1-6. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/26894320>
53. Yu Hui W, Wan L, Ying S, Jia-hu H. Relationships between various forms of childhood abuse and suicidal behaviors among middle school students. Chin J Epidemiol. [en línea]. 2016 [citado 26 Mayo 2016]; 37(4): 506-511. Disponible en: [http://zhlxbxzz.yiigle.com/CN112338201604/889122.htm?locale=zh\\_CN](http://zhlxbxzz.yiigle.com/CN112338201604/889122.htm?locale=zh_CN)
54. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle- income countries. Bull WHO [en línea]. 2016 [citado 26 Mayo 2016]; 94(5): 340-350. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/5/15-163295/en/>
55. Serapio Hunter K. Intento de suicidio atendido en el Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). [tesis Médico y Cirujano] .Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1987.
56. Salazar Vides CA. Epidemiología del suicidio en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1998 [citado 12 Feb 2016]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_7817.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_7817.pdf)

57. León Chacón LE. Prevalencia y caracterización epidemiológica del paciente con intento de suicidio y el enfoque psiquiátrico del médico tratante. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001 [citado 11 Feb 2016]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8394.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8394.pdf)
58. Pérez Faena ME. Intento de suicidio en mujeres de 20 a 30 años en el hospital de accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. [tesis Psicología en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas; 2006 [citado 11 Feb 2016]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13\\_2362.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2362.pdf)
59. Sam Colop B. Informe final nivel intermedio, especialidad en epidemiología de campo. Intoxicación aguda por plaguicidas en Guatemala: Estudio de vigilancia epidemiológica del 2008 al 2009. [en línea]. Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala, Facultad de Ciencias y Humanidades; 2013 [citado 11 Feb 2016]. Disponible en: <http://acervosalud.net/attachments/article/124/2013-Berta%20Sam%20Intermedio.pdf>
60. Ortiz Morales GI. Incidencia de la ideación suicida en estudiantes de quinto y sexto primaria. [tesis Psicóloga Clínica en línea]. Antigua Guatemala, Sacatepéquez: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2013 [citado 11 Feb 2016]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/43/Ortiz-Gabriela.pdf>
61. Urizar Beteta MB. El suicidio en menores de edad en la ciudad de Guatemala, desde el punto de vista médico y legal. [tesis Abogada y Notaria en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2007 [citado 18 Feb 2016]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04\\_6796.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_6796.pdf)
62. Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. Código Penal. Artículo 128, 146 y 147. Inducción o ayuda al suicidio. Decreto 17/73. [en línea]. Guatemala: Congreso de la República. [citado 12 Feb 2016]. Disponible en: <http://leydeguatemala.com/codigo-penal/homicidio/3029/>
63. Cruz Campos F, Roa Flores V. Intento suicida en niños y adolescentes: criterios para un modelo de intervención en crisis desde el enfoque constructivista evolutivo. [tesis Psicología en línea]. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales; 2005 [citado 26 Mayo 2016]. Disponible en: [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/cruz\\_f/sources/cruz\\_f.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/cruz_f/sources/cruz_f.pdf)
64. Diccionario médico Zamora. 2 ed. Bogotá: Zamora Editores; 2009.

65. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23 ed. España: Espasa; 2014.
66. Schuckit MA, Helzer JE, Cottler LB, Crowley T, Nathan PE, Woody GE. Trastornos relacionados con sustancias. En: Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. [en línea]. Barcelona: MASSON; 1995 [citado 14 Abr 2016]; p. 181-182. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B2i8e2ZBGmHVTDBGVXplYVixMVk/view>
67. Melgar Capella M. Propuestas educativas. Identificación, reacción y prevención del acoso escolar. HEKADEMUS (Lima, Perú) [en línea]. 2009 Abr [citado 14 Abr 2016]; 2(4): 41. Disponible en: [https://books.google.com.gt/books?id=4filmwC\\_sWoC&pg=PA41&dq=tipos+de+acoso&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiMzcKbqI3MAhVDWx4KHUQLCzUQ6AEIJAC#v=onepage&q=tipos%20de%20acoso&f=false](https://books.google.com.gt/books?id=4filmwC_sWoC&pg=PA41&dq=tipos+de+acoso&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiMzcKbqI3MAhVDWx4KHUQLCzUQ6AEIJAC#v=onepage&q=tipos%20de%20acoso&f=false)





## 11. ANEXOS

### 11.1. ENCUESTA



**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Centro de Investigaciones de la Salud**  
**Hospital Regional de Cuilapa**



#### "Características epidemiológicas y motivacionales del intento de suicidio en adolescentes y adultos"

##### CUESTIONARIO NO. 1

Emergencia	
Encamamiento	

	No.
MF	
LC	

<b>1. Sexo</b>	1. Masculino	<input type="checkbox"/>	2. Femenino	<input type="checkbox"/>	3. No responde	<input type="checkbox"/>
<hr/>						
<b>2. Etnia</b>	1. Xinca	<input type="checkbox"/>	2. Garífuna	<input type="checkbox"/>	3. Mestiza o Ladina	<input type="checkbox"/>
	4. Maya	<input type="checkbox"/>				
<hr/>						
<b>3. Edad</b>	_____		No responde	<input type="checkbox"/>		
<hr/>						
<b>4. Religión</b>	1. Católica	<input type="checkbox"/>	2. Protestante	<input type="checkbox"/>	3. Testigo de Jehová	<input type="checkbox"/>
	4. Mormona	<input type="checkbox"/>	5. Adventista	<input type="checkbox"/>	6. Otra	<input type="checkbox"/>
	7. Ninguna	<input type="checkbox"/>	8. No responde	<input type="checkbox"/>		
<hr/>						
<b>5. Estado civil</b>	1. Soltero	<input type="checkbox"/>	2. Casado	<input type="checkbox"/>	3. Unido	<input type="checkbox"/>
	4. Viudo	<input type="checkbox"/>	5. Divorciado	<input type="checkbox"/>	6. No responde	<input type="checkbox"/>
<hr/>						
<b>6. Ocupación</b>	1. Profesional	<input type="checkbox"/>	2. Semiprofesional	<input type="checkbox"/>	3. Empleado	<input type="checkbox"/>
	4. Estudiante	<input type="checkbox"/>	5. Comerciante	<input type="checkbox"/>	6. Obrero	<input type="checkbox"/>
	7. Agricultor	<input type="checkbox"/>	8. Ama de casa	<input type="checkbox"/>		
	9. Otro	<input type="checkbox"/>	_____		10. No responde	<input type="checkbox"/>
<hr/>						
<b>7. Procedencia</b>	1. Departamento	_____	2. Municipio		_____	
	3. No responde	<input type="checkbox"/>				
<hr/>						
<b>8. Nivel de escolaridad</b>	1. Primaria	<input type="checkbox"/>	2. Secundaria	<input type="checkbox"/>	3. Diversificado	<input type="checkbox"/>
	4. Universitario	<input type="checkbox"/>	5. Ninguno	<input type="checkbox"/>	6. No responde	<input type="checkbox"/>

<b>9. Antecedente familiar de suicidio</b>	1. Si	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>
	3. No responde	<input type="checkbox"/>		
<hr/>				
<b>10. Abuso de Sustancias</b>	1. Alcohol	<input type="checkbox"/>	2. Tabaco	<input type="checkbox"/>
3. Drogas	<input type="checkbox"/>	4. Ninguno	<input type="checkbox"/>	5. No responde <input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>11. Intento de suicidio previo</b>	1. Cero	<input type="checkbox"/>	2. Uno	<input type="checkbox"/>
			3. Dos	<input type="checkbox"/>
	4. Tres	<input type="checkbox"/>	5. Más de tres	<input type="checkbox"/>
			6. No responde	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>11. Eventos estresantes</b>	1. Sentimental	<input type="checkbox"/>	2. Familiar	<input type="checkbox"/>
			3. Laboral	<input type="checkbox"/>
	4. Salud	<input type="checkbox"/>	5. Económico	<input type="checkbox"/>
	7. No responde	<input type="checkbox"/>	6. Ninguno	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>12. Víctima de acoso</b>	1. Si	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>
			3. No responde	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>13. Tipo de acoso</b>	1. Psicológico	<input type="checkbox"/>	2. Sexual	<input type="checkbox"/>
			3. Económico	<input type="checkbox"/>
	4. Escolar	<input type="checkbox"/>	5. Laboral	<input type="checkbox"/>
	7. Ninguno	<input type="checkbox"/>	8. No responde	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>14. Método de autolítico</b>	1. Ahorcamiento	<input type="checkbox"/>	2. Arma de fuego	<input type="checkbox"/>
			3. Punzocortante	<input type="checkbox"/>
	4. Sobredosis	<input type="checkbox"/>	5. Envenenamiento	<input type="checkbox"/>
	7. Otro	<input type="checkbox"/>	8. No responde	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>15. Motivo de intento de suicidio</b>	1. Muerte familiar/amigo	<input type="checkbox"/>	2. Divorcio/separación	<input type="checkbox"/>
			3. Problema pareja	<input type="checkbox"/>
	4. Problema laboral	<input type="checkbox"/>	5. Problema financiero	<input type="checkbox"/>
	7. No responde	<input type="checkbox"/>	6. Otro	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>16. Depresión</b>	1. Ausente	<input type="checkbox"/>	2. Leve	<input type="checkbox"/>
			3. Moderada	<input type="checkbox"/>
	4. Severa	<input type="checkbox"/>	5. Muy severa	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>17. Ansiedad</b>	1. Ausente	<input type="checkbox"/>	2. Menor	<input type="checkbox"/>
			3. Mayor	<input type="checkbox"/>

## 11.2 TEST DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN



Universidad de San Carlos de Guatemala  
 Centro Universitario Metropolitano  
 Facultad de Ciencias Médicas  
 Unidad de Trabajos de Graduación



“Características epidemiológicas y motivacionales de intento de suicidio”

### TEST DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

	No.
MF	
LC	

SÍNTOMAS	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Se siente triste, desamparado, inútil. Se encuentra pesimista. Lloro con facilidad	0	1	2	3	4
2. Se siente culpable. Cree haber decepcionado a los demás. Piensa que su enfermedad es un castigo.	0	1	2	3	4
3. Le parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Piensa en quitarse la vida.	0	1	2	3	4
4. Se siente incapaz de realizar su trabajo. Hace su trabajo peor que antes. Se siente cansado, débil. No tiene interés por nada.	0	1	2	3	4
5. Se encuentra lento, parado. Le cuesta concentrarse en algo y expresar sus ideas.	0	1	2	3	4
6. Se encuentra tenso, irritable. Todo le preocupa y le produce temor. Presiente que algo malo puede ocurrirle.	0	1	2	3	4
7. Se siente preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Se encuentra molesto por su mal funcionamiento intestinal. Necesita suspirar. Suda copiosamente. Necesita orinar con frecuencia.	0	1	2	3	4
8. Se siente preocupado por el funcionamiento de su cuerpo y por el estado de su salud. Cree que necesita ayuda médica.	0	1	2	3	4
9. A veces se siente como si no fuera usted, o lo que le rodea no fuera normal.	0	1	2	3	4
10. Desconfía de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.	0	1	2	3	4
11. Tiene dificultad para conciliar el sueño. Tarda mucho en dormirse.	0	1	2	3	4

12. Tiene un sueño inquieto, se despierta fácilmente y tarda en volver a dormirse.	0	1	2	3	4
13. Se despierta muy temprano y ya no puede volver a dormirse.	0	1	2	3	4
14. Se siente intranquilo e inquieto, no puede estar quieto. Se retuerce las manos, se jala del pelo, se muerde las uñas, los labios.	0	1	2	3	4
15. Tiene poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesita alguna cosa para el estreñimiento.	0	1	2	3	4
16. Se siente cansado y fatigado. Siente dolores, pesadez en todo su cuerpo. Parece como si no pudiera consigo mismo.	0	1	2	3	4
17. No tiene ningún interés por las cuestiones sexuales. Tiene problemas menstruales.	0	1	2	3	4
18. Pesa menos que antes. Está perdiendo peso.	0	1	2	3	4
19. No sabe lo que pasa, se siente confundido.	0	1	2	3	4
20. Por las mañanas o por las tardes se siente peor.	0	1	2	3	4
21. Tiene ideas en la cabeza, le dan constantes vueltas y no puede librarse de ellas.	0	1	2	3	4

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	
-------------------------	--

No deprimido: 0-7 puntos	
Depresión menor: 8-13 puntos	
Depresión moderada: 14-18 puntos	
Depresión severa: 19-22 puntos	
Depresión muy severa: >23 puntos	

### 11.3 TEST DE HAMILTON PARA ANSIEDAD



Universidad de San Carlos de Guatemala  
 Centro Universitario Metropolitano  
 Facultad de Ciencias Médicas  
 Unidad de Trabajos de Graduación



“Características epidemiológicas y motivacionales de intento de suicidio”

#### TEST DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

	<b>No.</b>
<b>MF</b>	
<b>LC</b>	

SÍNTOMAS	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4

<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos, sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	
-------------------------	--

Ausente: 0-5 puntos	
Ansiedad menor: 6-14 puntos	
Ansiedad mayor: Más de 15 puntos	

## 11.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad de San Carlos de Guatemala  
Centro Universitario Metropolitano  
Facultad de Ciencias Médicas  
Unidad de Trabajos de Graduación



“Características epidemiológicas y motivacionales de intento de suicidio”

### HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información a mayores de edad:

Nosotras Lourdes Nineth Calijau Coguox y Mabby Dariana Franco Mijangos somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala. Realizaremos un estudio acerca de las características epidemiológicas, factores de riesgo, motivo de intento de suicidio, y presencia de depresión y/o ansiedad, por esta razón lo invitamos a participar en nuestro estudio.

Se ha observado que acuden con frecuencia a esta emergencia personas que intentan quitarse la vida, por lo que su participación es muy importante en esta investigación para que las autoridades correspondientes puedan tomar las medidas necesarias para prevenir estos eventos.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Si usted no desea participar, la atención y servicios que se brindan en este hospital no cambiarán. Tampoco habrá problema si usted elige participar y más adelante cambia de opinión. Si usted decide participar, se le asegura su integridad y privacidad al resguardar su identidad (nombres y número de registro) hacia la sociedad.

La entrevista será realizada en un lugar adecuado en el cual se sienta cómodo al responder. Se le realizará un cuestionario acerca de lo sucedido. También se realizará test de Hamilton para depresión y ansiedad los cuales evalúan su estado emocional. Al finalizar los cuestionarios se le dará una hoja de referencia para que asista al psiquiatra o psicóloga de este hospital para tratamiento y seguimiento. El seguimiento es muy importante para evitar que el problema empeore o suceda de nuevo. Los resultados que se obtengan son importantes para conocer los motivos de suicidio y para tomar acciones preventivas, debido a que Santa Rosa es uno de los departamentos donde hay más reportes de suicidio a nivel departamental. El tiempo aproximado que tomará la entrevista completa es de 15 minutos. Antes que se decida, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Si tiene preguntas en este momento o más tarde, puede hacerlas cuando crea más conveniente.

Formulario de consentimiento:

He decidido participar en la investigación "Características epidemiológicas y motivacionales de intento de suicidio". Entiendo que se me realizará una entrevista sobre lo sucedido. He sido informado (a) que la entrevista será anónima.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera a mi cuidado.

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre de la investigadora \_\_\_\_\_

Firma de la investigadora \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



“Características epidemiológicas y motivacionales de intento de suicidio”

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información a padres o tutores:

Nosotras Lourdes Nineth Calijau Cogoux y Mabby Dariana Franco Mijangos somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala. Realizaremos un estudio acerca de las características epidemiológicas, factores de riesgo, motivo de intento de suicidio, y presencia de depresión y/o ansiedad, para lo cual solicitamos su autorización para la participación de su hijo(a)/encargado(a) en nuestro estudio. También se le va a solicitar autorización a su hijo(a)/encargado(a) para que participe en nuestro estudio.

Se ha observado que acuden con frecuencia a esta emergencia personas que intentan quitarse la vida, por lo que su participación de su hijo(a)/encargado(a) es muy importante en esta investigación para que las autoridades correspondientes puedan tomar las medidas necesarias para prevenir estos eventos.

La participación de su hijo(a)/encargado(a) en esta investigación es totalmente voluntaria. Si usted no autoriza que su hijo(a)/encargado(a) participe, la atención y servicios que se brindan en este hospital no cambiarán. Tampoco habrá problema si usted autoriza que su hijo(a)/encargado(a) participe y más adelante cambie de opinión. Si usted autoriza su participación, se le asegura la integridad y privacidad de su hijo(a)/encargado(a) al resguardar su identidad (nombres y número de registro) hacia la sociedad.

La entrevista será realizada en un lugar adecuado en el cual su hijo(a)/encargado(a) se sienta cómodo al responder. Se le realizará un cuestionario acerca de lo sucedido. También se realizará test de Hamilton para depresión y ansiedad los cuales evalúan el estado emocional. Al finalizar los cuestionarios se le dará a su hijo(a)/encargado(a) una hoja de referencia para que asista al psiquiatra o psicóloga de este hospital para tratamiento y seguimiento. El seguimiento es muy importante para evitar que el problema empeore o suceda de nuevo. Los resultados que se obtengan son importantes para conocer los motivos de suicidio y para tomar acciones preventivas, debido a que Santa Rosa es uno de los departamentos donde hay más reportes de suicidio a nivel departamental. El tiempo aproximado que tomará la entrevista completa es de 15 minutos. No tiene que autorizar inmediatamente la participación de su hijo(a)/encargado(a) en nuestra investigación, puede hablar con alguien de su confianza

sobre el estudio. Si tiene preguntas en este momento o más tarde, puede hacerlas cuando crea más conveniente.

Formulario de consentimiento:

Mi hijo(a)/encargado(a) ha sido invitado(a) a participar en la investigación "Características epidemiológicas y motivacionales de intento de suicidio". Entiendo que a mi hijo(a)/encargado(a) se le realizará un cuestionario acerca de lo sucedido y dos cuestionarios que evalúan la presencia de depresión y ansiedad. He sido informado que se le dará una hoja de referencia a la consulta externa de psicología o psiquiatría con los resultados de los test que le realizarán, para darle tratamiento y seguimiento y adecuado.

Yo

---

**(Nombre del padre/madre, encargado)**

certifico que he comprendido la información brindada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado, por lo que consiento voluntariamente la participación de mi hijo(a)/encargado(a):

---

**(Nombre del menor)**

en esta investigación y entiendo que podemos retirarnos de la investigación en cualquier momento, sin que me afecte a mi o a mi hijo(a)/encargado(a) de ninguna manera.

---

**Firma o huella dactilar Padre/Madre / Encargado**

---

**Fecha**

Nombre del investigador \_\_\_\_\_

Firma del investigador \_\_\_\_\_



“Características epidemiológicas y motivacionales de intento de suicidio”

## HOJA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Información a menores de edad:

Nosotras Lourdes Nineth Calijau Coguox y Mabby Dariana Franco Mijangos somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala. Estamos investigando el motivo por el cual las personas intentan quitarse la vida, los factores de riesgo y problemas emocionales relacionados, como el nerviosismo o la tristeza extrema. Para lo cual te invitamos a participar en nuestro estudio.

Se ha observado que acuden con frecuencia a esta emergencia personas jóvenes que intentan quitarse la vida, por esta razón hemos decidido realizar este estudio, por lo que es muy importante tu participación para que las autoridades correspondientes puedan tomar las medidas necesarias para prevenir estos eventos.

Tu participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Si no deseas participar, la atención y servicios que se brindan en este hospital no cambiarán. Tampoco habrá problema si eliges participar y más adelante cambias de opinión. Si decides participar, ten por seguro que tu integridad y privacidad serán respetadas al resguardar tu identidad (nombres y número de registro) hacia la sociedad.

Se ha informado a tus padres/encargado acerca del estudio, quienes han autorizado tu participación y saben que en este momento te estamos preguntando si quieres participar o no, puedes decidir no hacerlo aunque ellos ya lo hayan autorizado o hablar con ellos antes de decidir.

Se te realizará una encuesta acerca del motivo por el cual decidiste intentar quitarte la vida. También te realizaremos preguntas para evaluar tu estado emocional. Al finalizar los cuestionarios te daremos una hoja de referencia para tratamiento y seguimiento con el psiquiatra o psicóloga de este hospital; el seguimiento es muy importante para evitar que el problema empeore o suceda de nuevo. Los resultados que se obtengan son importantes para conocer los motivos de suicidio y para tomar acciones preventivas, debido a que Santa Rosa es uno de los departamentos donde hay más reportes de suicidio a nivel departamental. El tiempo aproximado que tomará la entrevista completa es de 15 minutos. Si tienes alguna duda o pregunta puedes hacérmela cuando creas más conveniente o a la persona que más confianza le tengas.

Formulario de asentimiento:

Yo, entiendo que me han invitado a participar en esta investigación "Características epidemiológicas y motivacionales de intento de suicidio", donde me realizarán preguntas sobre lo sucedido y me realizarán unas preguntas para conocer mi estado emocional. Sé que puedo elegir participar o no, y puedo decidir retirarme en cualquier momento sin que esto me afecte en nada. Me han informado que la entrevista será anónima. He leído o me han leído esta información y la entiendo, me han respondido mis preguntas y sé que puedo preguntar si tengo dudas en el futuro.

Acepto participar en la investigación

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma o huella: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

He sido testigo de la lectura exacta del documento de asentimiento al menor de edad como participante potencial y él/ella ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que ha dado su asentimiento libremente.

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

11.5 HOJA DE REFERENCIA



Universidad de San Carlos de Guatemala  
Centro Universitario Metropolitano  
Facultad de Ciencias Médicas  
Unidad de Trabajos de Graduación



“Características epidemiológicas y motivacionales de intento de suicidio”

**HOJA DE REFERENCIA**

Cuilapa, Santa Rosa \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016

Se refiere a \_\_\_\_\_ , de \_\_\_\_\_ años de edad, quien consultó al Hospital Regional de Cuilapa por intento de suicidio, el día \_\_\_\_\_.

Se realizó test de Hamilton para depresión y test de Hamilton para ansiedad, los resultados son los siguientes:

Test de Hamilton para ansiedad \_\_\_\_\_ puntos.

Test de Hamilton para depresión \_\_\_\_\_ puntos.

Por lo que se refiere a consulta externa de \_\_\_\_\_ para tratamiento y seguimiento adecuado.

\_\_\_\_\_  
Nombre de investigadora

\_\_\_\_\_  
Firma

## 11.6 TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 11.1

Edad de las personas que consultan por intento de suicidio al Hospital Regional de Cuilapa por sexo  
junio-agosto 2016

Rango de edad	Masculino	(%)	Femenino	(%)	Total	(%)
<b>14 - 18</b>	3	(23.08)	9	(50)	12	(38.71)
<b>19 - 23</b>	1	(7.69)	3	(16.67)	4	(12.90)
<b>24 - 28</b>	3	(23.08)	1	(5.55)	4	(12.90)
<b>29 - 33</b>	0	(0)	3	(16.67)	3	(9.68)
<b>34 - 38</b>	2	(15.38)	1	(5.55)	3	(9.68)
<b>39 - 43</b>	4	(30.77)	1	(5.55)	5	(16.13)
<b>Total</b>	13	(100)	18	(100)	31	(100)

Tabla No. 11.2

Religión de las personas que consultan por intento de suicidio al Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Religión	Masculino		Femenino		Total	(%)
	(f)	%	(f)	(%)		
Ninguna	7	(53.84)	7	(38.89)	14	(45.16)
Católica	4	(30.77)	5	(27.78)	9	(29.03)
Protestante	2	(15.38)	5	(27.78)	7	(22.58)
Testigo de Jehová	0	(0)	1	(5.55)	1	(3.23)
<b>Total</b>	13	(100)	18	(100)	31	(100)

Tabla No. 11.3

Estado civil de las personas que consultan por intento de suicidio al  
Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016.

Estado civil	Masculino		Femenino		Total	(%)
	f	(%)	f	(%)		
Soltero	5	(38.47)	12	(66.66)	17	(54.84)
Unido	7	(53.84)	3	(16.67)	10	(32.26)
Casado	1	(7.69)	3	(16.67)	4	(12.90)
Total	13	(100)	18	(100)	31	(100)

Tabla No. 11.4

Ocupación de las personas que consultan por intento de suicidio al  
Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Ocupación	Masculino		Femenino		Total	(%)
	f	(%)	f	(%)		
Ama de casa	0	(0)	10	(55.55)	10	32.26
Agricultor	10	(76.92)	0	(0)	10	32.26
Estudiante	1	(7.69)	6	(33.33)	7	22.58
Comerciante	1	(7.69)	0	(0)	1	3.23
Semiprofesional	0	(0)	1	(5.55)	1	3.23
Total	13	41.94	18	(100)	31	100

Tabla No. 11.5

Procedencia por departamento de las personas que consultan por intento de suicidio al  
Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Departamento	Masculino		Femenino		Total	%
	F	(%)	f	(%)		
Santa Rosa	11	(84.61)	15	(83.33)	26	(83.87)
Jutiapa	1	(7.69)	2	(11.11)	3	(9.68)
Guatemala	1	(7.69)	1	(5.55)	2	(6.45)
Total	13	(100)	18	(100)	31	(100)

Tabla No. 11.6

Procedencia por municipio de las personas que consultan por intento de suicidio a la  
emergencia del Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Departamento	Municipio	Masculino		Femenino		Total	%
		f	(%)	f	(%)		
Santa Rosa	Barberena	2	(15.38)	2	(11.11)	4	(12.90)
	Cuilapa	0	(0)	4	(22.22)	4	(12.90)
	Nueva Santa Rosa	2	(15.38)	2	(11.11)	4	(12.90)
	Pueblo Nuevo Viñas	2	(15.38)	1	(5.55)	3	(9.68)
	Santa Rosa de Lima	2	(15.38)	1	(5.55)	3	(9.68)
	Santa Cruz Naranjo	0	(0)	2	(11.11)	2	(6.45)
	Chiquimulilla	1	(7.69)	1	(5.55)	2	(6.45)
	Casillas	1	(7.69)	0	(0)	1	(3.23)
	Ixhuatan	0	(0)	1	(5.55)	1	(3.23)
	Oratorio	1	(7.69)	0	(0)	1	(3.23)
	San Rafael Las Flores	0	(0)	1	(5.55)	1	(3.23)
Guatemala	Villa Canales	1	(7.69)	1	(5.55)	2	(6.45)
Jutiapa	San José Acatempa	0	(0)	2	(11.11)	2	(6.45)
	El Progreso	1	(7.69)	0	(0)	1	(3.23)
Total		13	(100)	18	(100)	31	(100)

Tabla 11.7

Nivel de escolaridad de las personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	(%)
	f	(%)	f	(%)		
Primaria	9	(69.23)	7	(38.89)	16	(51.61)
Secundaria	2	(15.38)	6	(33.33)	8	(25.81)
Diversificado	1	(7.62)	2	(11.11)	3	(9.68)
Universitario	0	(0)	1	(5.55)	1	(3.23)
Ninguno	1	(7.62)	2	(11.11)	3	(9.68)
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>(100)</b>	<b>18</b>	<b>(100)</b>	<b>31</b>	<b>(100)</b>

Tabla 11.8

Presencia de antecedentes familiares de suicidio de las personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

	Masculino		Femenino		Total	%
	F	%	F	%		
No	8	25.81	14	45.16	22	70.97
Si	4	12.90	4	12.90	8	25.81
No responde	1	3.23	0	0.00	1	3.23
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>41.94</b>	<b>18</b>	<b>58.06</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Tabla 11.9

Antecedente de abuso de sustancias de las personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Sustancia	Masculino		Femenino		Total	(%)
	f	(%)	f	(%)		
Ninguno	2	(15.38)	17	(94.45)	19	(61.29)
Alcohol	9	(69.23)	0	(0)	9	(29.03)
Drogas	1	(7.69)	1	(5.55)	2	(6.45)
Tabaco	1	(7.69)	0	(0)	1	(3.23)
Total	13	(100)	18	(100)	31	(100)

Tabla 11.10

Antecedente de Intentos de suicidio previos de las personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Número de intento	Masculino		Femenino		Total	(%)
	f	(%)	f	(%)		
Primer intento	11	(84.61)	15	(83.33)	26	(83.87)
Segundo intento	0	(0)	1	(5.55)	1	(3.23)
Tercer intento	1	(7.69)	2	(11.11)	3	(9.68)
Cuarto intento	1	(7.69)	0	(0)	1	(3.23)
Total	13	(100)	18	(100)	31	(100)

Tabla 11.11

Antecedente de eventos estresantes de las personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa junio-agosto 2016

	Masculino		Femenino		Total	(%)
	(f)	%	(f)	%		
Sentimental	6	(46.15)	9	(50)	15	(48.39)
Familiar	2	(15.38)	6	(33.33)	8	(25.81)
Ninguno	2	(15.38)	2	(11.11)	4	(12.90)
Salud	1	(7.69)	1	(5.55)	2	(6.45)
Económico	1	(7.69)	0	(0)	1	(3.23)
No responde	1	(7.69)	0	(0)	1	(3.23)
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>(100)</b>	<b>18</b>	<b>(100)</b>	<b>31</b>	<b>(100)</b>

Tabla 11.12

Antecedente de acoso de las personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa junio-agosto 2016

	Masculino		Femenino		Total	(%)
	f	(%)	f	(%)		
No	13	(100)	14	(77.78)	27	(87.10)
Si	0	(0)	4	(22.22)	4	(12.90)
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>(100)</b>	<b>18</b>	<b>(100)</b>	<b>31</b>	<b>(100)</b>

Tabla 11.13

Tipo de acoso que han padecido las personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Tipo de acoso	Masculino		Femenino		Total	(%)
	F	%	f	%		
Psicológico	0	(0)	2	(11.11)	2	(6.45)
Sexual	0	(0)	2	(11.11)	2	(6.45)
Ninguno	13	(100)	14	(77.78)	27	(87.10)
Total	13	(100)	18	(100)	31	(100)

Tabla 11.14

Método que utilizan las personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Método utilizado	Masculino		Femenino		Total	(%)
	f	%	f	%		
Envenenamiento	11	(84.61)	11	(61.11)	22	(70.97)
Sobredosis	1	(7.69)	5	(27.77)	6	(19.35)
Arma punzocortante	0	(0)	2	(11.11)	2	(6.45)
Precipitación	1	(7.69)	0	(0)	1	(3.23)
Total	13	(100)	18	(100)	31	(100)

Tabla 11.15

Motivo del intento de suicidio de las personas que consultan a la emergencia del  
Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Motivo	Masculino		Femenino		Total	(%)
	F	(%)	f	(%)		
Problema de pareja	4	(30.77)	9	(50)	13	(41.94)
Problema familiar	6	(46.15)	7	(38.88)	13	(41.94)
Problema financiero	2	(15.38)	0	(0)	2	(6.45)
No responde	1	(7.69)	1	(5.55)	2	(6.45)
Muerte familiar	0	(0)	1	(5.55)	1	(3.23)
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>(100)</b>	<b>18</b>	<b>(100)</b>	<b>31</b>	<b>(100)</b>

Tabla 11.16

Depresión en personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del  
Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Grado de depresión	Femenino		Masculino		Total	(%)
	f	(%)	f	(%)		
Muy severa	16	(88.89)	7	(53.85)	23	(74.19)
Severa	1	(5.55)	3	(23.08)	4	(12.90)
Moderada	1	(5.55)	2	(15.38)	3	(9.68)
Leve	0	(0)	1	(7.69)	1	(3.23)
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>(100)</b>	<b>13</b>	<b>(100)</b>	<b>31</b>	<b>(100)</b>

Tabla 11.17

Ansiedad en personas que consultan por intento de suicidio a la emergencia del  
Hospital Regional de Cuilapa  
junio-agosto 2016

Grado de ansiedad	Femenino		Masculino		Total	%
	F	(%)	f	(%)		
Mayor	15	(83.33)	9	(69.23)	24	(77.42)
Menor	3	(16.67)	4	(30.77)	7	(22.58)
Total	18	(100)	13	(100)	31	(100)