

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA**

**“DR. JOSÉ ASSEF YARA”**

**POLICLÍNICO INTEGRAL DOCENTE DE FLORENCIA**

**“DR. MARIO HERNÁNDEZ PEDRAZA”**

**COMPORTAMIENTO BIOPSIICOSOCIAL Y ECONÓMICO DEL INTENTO  
SUICIDA EN EL ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA**

**AUTORA: Lic. Enf. Odalis Rodríguez Sánchez**

**Residente de II Año de Enfermería Comunitaria**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN ENFERMERÍA COMUNITARIA**

**FLORENCIA**

**2011**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA**

**“DR. JOSÉ ASSEF YARA”**

**POLICLÍNICO INTEGRAL DOCENTE DE FLORENCIA**

**“DR. MARIO HERNÁNDEZ PEDRAZA”**

**COMPORTAMIENTO BIOPSICOSOCIAL Y ECONÓMICO DEL  
INTENTO SUICIDA EN EL ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA**

**AUTORA: Lic. Enf. Odalis Rodríguez Sánchez**

**Residente de II Año de Enfermería Comunitaria**

**TUTORA: Dra Milvia Cabrera Venegas**

**Especialista de MGI y Residente de 2do Año de Fisiatría**

**ASESOR: Msc. Nivelio Herrera Guevara**

**Psicopedagogo y profesor de la Sede Universitaria de Florencia**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN ENFERMERÍA COMUNITARIA**

**FLORENCIA**

**2011**

# *Pensamiento*

*Las cosas buenas se deben hacer sin llamar al universo para que lo vea a uno pasar. Se es bueno porque sí; y porque allá adentro se siente como un gusto cuando se ha hecho un bien, o se ha dicho algo útil a los demás.*

*Eso es mejor que ser príncipe: Ser útil.*

*José Martí*

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal retrospectivo, observacional. La problemática abordó la relación de los factores de riesgo del intento suicida con el objetivo identificar los factores predisponentes causales de la tentativa de suicidio en el Área de Salud de Florencia en el período comprendido entre los años 2009 - 2010. El universo estuvo conformado por el total de pacientes que realizaron un intento suicida en el periodo antes señalado y la muestra fue de 28 pacientes. Se realizaron encuestas para recoger información respecto al suicidio y la conducta suicida, entrevista para obtener información acerca de los factores de riesgo que pudieron actuar sobre pacientes que realizaron un IS, observación para percibir características biopsicosociales de pacientes que realizaron un IS, análisis documental para fundamentar las variables relacionadas con el Intento Suicida y procedimientos médicos y paramédicos. Los intentos suicidas predominan en el sexo femenino, de baja escolaridad, ama de casa y poca comunicación, así como el método más utilizado fueron los psicofármacos. Dentro de las recomendaciones tenemos valorar la posibilidad de utilizar el presente resultado investigativo como material de estudio en la carrera de enfermería, hacer este estudio municipal y hacer una estrategia de intervención educativa modificando factores de riesgo que inciden en los mismos.

**Palabras claves:** intento suicida; factores de riesgo

## ÍNDICE

	Pág.
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
<b>III. DISEÑO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>IV. MÉTODO.....</b>	<b>24</b>
<b>V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>45</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>46</b>
<b>IX. ANEXOS</b>	

## INTRODUCCIÓN

La palabra suicidio se forma con las raíces latinas sui = de sí mismo, y cidium = matar. Matarse a sí mismo. Se habla de si la conducta suicida es un "aporte" del mundo contemporáneo, o se remonta a la existencia misma del hombre. Lo cierto es que, cada día, esta situación de salud aumenta en el mundo y el Municipio de Florencia no es una excepción, pues en los últimos años se han producido casos fatales.

Por otro lado, el Intento suicida, también denominado para suicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada, se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo.

El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas.

De esta forma, existen textos que sólo tienen en cuenta estos dos aspectos, los que por demás, son los más graves, y no otros que, detectándolos y tomándolos con eficacia profesional de forma oportuna, se evitaría que ambas ocurrieran.

El espectro complejo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado.

Esta conducta es más frecuente en los jóvenes, sexo femenino, y los métodos más utilizados son los suaves o no violentos, principalmente la ingestión de fármacos.

La tasa de suicidio entre los jóvenes de ese grupo de edad subió a 7,32 muertes por 100 000 en 2004, frente a 6,78 muertes por 100 000 un año antes. No sabemos si se trata de un incremento pasajero o si estamos al comienzo de una nueva tendencia,

afirmó Ileana Arias, directora del centro nacional de prevención de daños del CDC, según reporta EFE. En cualquier caso, se trata de un duro recordatorio de que el suicidio y los intentos de suicidio afectan a demasiados jóvenes.

Se considera que, cada día, intentan suicidarse en el mundo cientos de miles de personas independientemente de la geografía, cultura, religión y posición socioeconómica (1)

En Cuba, por ejemplo, existen rigurosas estadísticas, por lo que pretendo con este trabajo como enfermera que opta por la especialidad de Enfermería Comunitaria, trabajar con las causas de aquellos pacientes que, erróneamente, ven en el suicidio una forma de solucionar sus problemas.

El Municipio de Florencia, en el cual se desarrollará esta investigación, está situado en la porción norte de la Provincia de Ciego de Ávila que, por sus características sociodemográficas, genoma poblacional, modo y estilo de vida e ingresos económicos, tiende al envejecimiento al aumentar la esperanza de vida y a disminuir las enfermedades infecto contagiosas, encontramos, entonces, que la conducta suicida resulta un problema de salud. (2).

Para trazar una política preventiva y verdaderamente eficaz es necesario precisar aquellos factores de riesgo individuales que, de acuerdo con la práctica, son determinantes en la conducta suicida. Consiste en una caracterización situacional del intento suicida en Florencia lo cual permitió una mayor y mejor comprensión de esta problemática de salud por parte del personal médico y paramédico de los consultorios del médico de la familia.

**De acuerdo con lo anterior se define como:**

Problema científico: ¿En qué consiste la etiología de la tentativa suicida en el Área de

Salud de Florencia?

De la misma forma se definen como **objetivo**:

**General:** identificar los factores predisponentes causales de la tentativa de suicidio en el Área de Salud de Florencia en el período comprendido entre los años 2009 y 2010.

**La importancia** y actualidad del tema fue dado por el hecho de que el intento suicida es un problema no resuelto en el mundo, ni en Cuba, ni en Florencia y todo esfuerzo científico profesional y preventivo-interventivo en este sentido es de vital importancia por la proyección social y humanista de nuestro Sistema de Salud Pública.

**La originalidad** consistió en el enfoque multifactorial, multidisciplinario e interdisciplinario al abordar el intento suicida en condiciones de ruralidad en el Municipio de Florencia.

La **novedad científica** estuvo referida a la innovación en el enfoque tradicional de investigación del intento suicida en Florencia, prácticamente, reducido al seguimiento esquemático, por el médico general integral, en consulta periódica y terreno como riesgo priorizado.

El **aporte práctico** estuvo relacionado con una caracterización situacional de la tentativa de suicidio en Florencia, la cual permitió una mayor y mejor comprensión de esta problemática de salud por parte del personal médico y de enfermería de los consultorios médicos de la familia.

## **MARCO TEÓRICO**

El suicidio es un acontecimiento tan antiguo como el hombre mismo. A lo largo del desarrollo de la humanidad se han observado diferencias tanto en la forma de llevarlo a efecto como en las actitudes sociales provocadas por él, en dependencia de la

cultura y el momento histórico (3), el suicidio, como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria. El mismo aparece en todas las sociedades desde los tiempos más remotos. Sin embargo, a lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad hacia este acto, sus formas y su frecuencia.

Santos Tomás de Aquino es el encargado de destacar al suicidio como pecado mortal, de aquí el papel que desempeñó en las culturas cristianas, dándose lugar por la iglesia católica a la difamación y persecución, de las personas con conductas suicidas (4).

Entre los griegos esta conducta era frecuente y era considerada de diversas formas e incluso en la Roma clásica era vista de forma normal o positiva. Así, Seneca afirmó: “El vivir no es ningún bien si se vive bien. (4).

Bertolote explicó que, contrariamente a lo que muchos piensan, la pobreza no es un factor de riesgo en sí misma, sino que son más bien circunstancias como la pérdida del empleo y el consiguiente deterioro del nivel de vida las que llevan a las personas a la depresión, a perder su autoestima y las ganas de vivir (5).

En la Europa Antigua, sobre todo durante el Imperio Romano, el suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. Los antiguos romanos, bajo la influencia del estoicismo, admitían muchas razones legítimas para su práctica. El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el acto último de una persona libre.

En 1897 Émile Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto individualista. Él lo consideraba consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración. Identificó cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anémico y fatalista que sucedían como consecuencia de determinadas condiciones sociales. Así, el suicidio egoísta y el altruista eran el resultado de una débil o fuerte integración del individuo en la sociedad.

El suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1 110 personas y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, etcétera. Cualquier sujeto puede, en determinado momento de su existencia, sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas, como la enfermedad física o mental, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, la soledad, las dificultades cotidianas en personalidades poco tolerantes, lo que convierte el suicidio en la mejor y única opción para ellos (6).

El experto de la OMS sostuvo que otros factores de riesgo son el consumo de drogas, de alcohol, así como el acceso a armas o sustancias venenosas.

Sobre este último factor, el presidente de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, Lars Mehlum, afirmó que "existe una clara relación entre los suicidios y la presencia de armas en los hogares" y citó los ejemplos de EE.UU., Canadá, Noruega y Australia (6).

Mehlum recalcó la importancia de la prevención médica y de tratar tempranamente los casos de depresión que pueden conducir a intentos de suicidio. "El suicidio no es inevitable, pues la mayoría de las personas que lo intentan en realidad no desean morir, sino poder vivir como quieren", comentó (6).

Los estudios comunitarios acerca de las determinantes sociales, culturales y psicológicas de los intentos de suicidio y una mejor comprensión de las causas subyacentes son la clave de la prevención, dijo a IPS Alexandra Fleischmann, especialista en salud mental y abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Cuba no escapa a esta realidad y existe desde 1989 un Programa de Prevención de la Conducta Suicida cuyos objetivos principales son: evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación. Según los objetivos, propósitos y directrices del Ministerio de Salud Pública, se debe reducir y se traza toda una estrategia para lograrlo. (6)

Es por ello que se pone en manos del médico de la familia y de la enfermera, un pequeño libro sobre el comportamiento suicida, pues dicho profesional, por su estrecha vinculación con la comunidad, está en mejores condiciones de detectar al presunto suicida y conociendo las particularidades de esta conducta anómala, ejercer las acciones de salud que impidan este acto. (6)

**La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:**

- El deseo de morir ("La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera es morirme", etcétera).
- La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo, pero lo voy a hacer").
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome").
- La idea suicida con una adecuada planificación ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma"). Se le conoce también como plan suicida. Sumamente grave.

Es necesario hacer más en materia de prevención de suicidios.

Otras de sus iniciativas incluyen la prevención en las cárceles, la asistencia a familias afectadas por un suicidio y también ofrecen tratamiento y seguimiento adecuado a personas que intentaron quitarse la vida.

Todas estas manifestaciones de la ideación de autodestrucción deben ser exploradas, si el paciente no las manifiesta, pues la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementan el riesgo de desencadenar el acto, como erróneamente se considera y es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención. (13)

Para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo, que son aquellos que los predisponen.

En la literatura suicido lógica se mencionan múltiples **factores de riesgo**, los cuales no abordaremos en su totalidad por no ser objetivo fundamental del presente texto, aunque sí estudiaremos los que puedan orientar al médico y enfermera de atención primaria en su detección y adecuada evaluación y manejo.

En el hogar, como **factores de riesgo** en la niñez, hay que tener en cuenta aquellos que lo abandonan de manera permanente antes de los 15 años; la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; convivencia con un enfermo mental como único pariente; dificultades socioeconómicas; permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, lo que las refuerzan; presencia entre los familiares directos de personalidades antisociales, criminales, etcétera. (7)

En el aspecto social, el riesgo suicida puede incrementarse a través de noticias sensacionalistas, sea por los medios de difusión masiva o por el rumor popular, cuando el adolescente la identifica con la amistad, el amor, el heroísmo o cualquiera otra cualidad positiva. También pueden aumentarlo la falta de apoyo social, la posibilidad de adquirir drogas, armas de fuego.

Entre los factores de riesgo en esta etapa se cita la eclosión de la enfermedad mental, sobre todo los trastornos del humor y la esquizofrenia. La denominación de trastornos del estado del ánimo o del humor ha sustituido al término trastornos afectivos e incluye los depresivos y bipolares. No entraremos a clasificar dichos trastornos, pues no es el objetivo del presente texto, por lo que nos limitaremos a su diagnóstico, particularmente el de los depresivos. (7)

**Los psicólogos y sociólogos** han encontrado muchas otras influencias personales y situacionales que también contribuyen a la muerte voluntaria. Ésta se produce a menudo para escapar de circunstancias dolorosas; también como acto de venganza contra otra persona a la que se acusa de ser responsable del sufrimiento que lleva a tomar tan drástica decisión. Estos sentimientos se conocen por las notas o cartas que, en ocasiones, deja la persona antes de suicidarse. No obstante, la causa más frecuente es la percepción por parte de la persona de que la vida es tan dolorosa que sólo la muerte puede proporcionarle alivio. La pérdida de un ser querido, o dolores crónicos, físicos o emocionales, pueden producir una sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias de la vida y un sentimiento general de desesperanza ante cualquier cambio, lo que lleva a un callejón sin salida donde la muerte es la única solución. (12)

Con frecuencia determinadas condiciones sociales adversas provocan un aumento considerable del número de suicidios. Esto sucedió, por ejemplo, entre la población joven de Alemania después de la I Guerra Mundial y en Estados Unidos en el punto álgido de la Gran Depresión de 1929.

Los intentos fallidos de suicidio pueden significar una petición de ayuda que, si es ignorada, puede ser precursora de posteriores intentos. Sin embargo, estas peticiones

de ayuda hay que diferenciarlas de otras formas más manipuladoras de intento o amenaza de suicidio que buscan llamar la atención, cuyo propósito es controlar las emociones y el comportamiento de otras personas, normalmente familiares. Todas las formas básicas de suicidio del pasado existen en la actualidad. Las inclinaciones actuales de los índices de periodicidad o frecuencia son confusas dado que las estadísticas no son totalmente fiables y se recogen de formas diferentes de acuerdo a cada país. Los índices de suicidio son generalmente menores en sociedades católicas que en sociedades protestantes, pero esto probablemente sólo refleja el hecho de que los primeros tienen una mayor necesidad de ocultar los suicidios que los segundos. Algunos expertos creen que la tendencia hacia el aumento de los índices oficiales de suicidio en los países occidentales en el último siglo se debe a la mejora de los métodos estadísticos y a una consideración menor del suicidio como estigma. (9)

La mayor esperanza de vida en las naciones más desarrolladas probablemente empuja a algunos ancianos que han perdido a un ser querido o sufren enfermedades terminales a suicidarse. En ocasiones piden la eutanasia voluntaria, que se define como el suicidio asistido a una persona con una enfermedad terminal muy dolorosa. En Holanda y en el Territorio del Norte (Australia) la eutanasia voluntaria no es ilegal. Aunque allí tampoco hay una ley que la ampare, si el doctor que asista al suicida sigue una pauta legal y realiza los informes adecuados, no puede ser perseguido judicialmente. (9)

Algunos psicólogos piensan que los sentimientos crecientes de soledad, desarraigo y falta de sentido en la vida contribuyen al aumento del número de suicidios en los países industrializados.

Es necesario hacer más en materia de prevención de suicidios.

Otras de sus iniciativas incluyen la prevención en las cárceles, la asistencia a familias afectadas por un suicidio y también ofrecen tratamiento y seguimiento adecuado a personas que intentaron quitarse la vida.

Todas estas manifestaciones de la ideación de autodestrucción deben ser exploradas, si el paciente no las manifiesta, pues la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementan el riesgo de desencadenar el acto, como erróneamente se considera y es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención.

Para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo, que son aquellos que los predisponen.

No se pretende agotar el tema, pues en la práctica se presentarán situaciones que no aparecen en texto alguno. Sólo se trata de hacer un modesto aporte a la capacitación de los médicos y enfermeras de la familia en este tema y con ello contribuir a alcanzar los objetivos de nuestro Ministerio de Salud Pública en relación con este indicador.

Teniendo en cuenta la magnitud de este problema se decide por la autora de este trabajo, identificar el comportamiento biopsicosociales y económicas del intento suicida en el área del municipio de Florencia con el objetivo de aportar elementos en el conocimiento de este fenómeno y contribuir en alguna medida a que esta causa de muerte disminuya. Tanto es así, que se ha registrado entre el 2005 y 2010, 76 intentos suicidas y, muertes por suicidio, 13 para una tasa de 11.0 x 10 000 hab. de la población del Área de Florencia. Como se puede apreciar, estadísticamente y socialmente es significativo, pues, en nuestro proyecto socioeconómico cubano el ser humano es lo primero unido a una calidad de vida cada vez más elevada. De aquí que, un solo caso

merecería la máxima atención como problema ineludible de salud; por esta razón, esta necesidad, se encuentra dentro de los contenidos del banco de problemas municipal.

## DISEÑO TEÓRICO

Contradicción fundamental:

<b>Alto índice de Intento suicida en el último quinquenio en el Área de Salud Florencia.</b>	<b>Necesidad de disminuir los factores biopsicosociales y económicos predisponentes del intento suicida.</b>
--	--

### **Objeto de la investigación:**

El Intento suicida en el Área de Salud de Florencia.

### **Se define como problema de investigación:**

¿En qué consiste la etiología de la tentativa suicida en el Área de Salud de Florencia?

### **De la misma forma se definen como objetivos:**

**GENERAL:** Identificar los factores predisponentes causales de la tentativa de suicidio en el Área de Salud de Florencia en el período comprendido entre los años 2009 enero-2010 abril.

### **ESPECÍFICOS:**

1. Sistematizar los conocimientos científicos relacionados con los factores de riesgo del intento suicida que conllevan al suicidio en diferentes bases de datos, bibliografías afines e informaciones estadísticas.
2. Diagnosticar el estado actual de los factores de riesgo del intento suicida que conllevan al suicidio en los 13 Consultorios del Médico de la Familia del Área de Salud de Florencia atendiendo a las variables epidemiológica, estabilidad económica, riesgo familiar, riesgo educacional, riesgo de la comunidad, lo afectivo-cognitivo respecto al suicidio.

3. Describir, dentro de un grupo de factores biológicos, económicos, sociales y subjetivos, los que más influyen sobre en el intento suicida en la población de estudio, así como la determinación de las regularidades incidentes de los factores de riesgo del intento suicida que conllevan al suicidio atendiendo a las variables epidemiológica, estabilidad económica, riesgo familiar, riesgo educacional, riesgo de la comunidad, lo afectivo-cognitivo respecto al suicidio

### **OPERACIONALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS.**

**Objetivo No 2:** Clasificar los pacientes a estudiar de acuerdo con el género, ocupación, escolaridad, estado civil, antecedentes patológicos personales, número de intento suicidas realizados, hábitos tóxicos, método empleado, letalidad del método empleado, intencionalidad del acto suicida, gravedad de las circunstancias, causas fundamentales relacionadas con el intento suicida.

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>2- Clasificación de los pacientes</b>	<b>Sexo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
	<b>Ocupación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa</li> <li>• Trabajadores</li> <li>• Trabajadores por cuenta propia</li> <li>• Estudiantes</li> <li>• Jubilados o pensionados</li> <li>• Sin ocupación</li> </ul>

	<b>Escolaridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin escolaridad</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Preuniversitario</li> <li>• Universitario</li> </ul>
	<b>Estado civil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado o acompañado</li> <li>• Divorciado o separado</li> <li>• Viudo</li> </ul>
<b>Individualidad suicida de cada paciente</b>	<b>Antecedentes patológicos personales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos psiquiátricos</li> <li>• Intentos suicidas</li> <li>• Enfermedades crónicas e invalidantes</li> </ul>
	<b>Número de intento suicida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno</li> <li>• Dos</li> <li>• tres</li> <li>• Más de tres</li> </ul>
	<b>Hábitos tóxicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Café</li> <li>• Alcohol</li> <li>• Fumar</li> </ul>
	<b>Método empleado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingestión de tabletas</li> <li>• Ingestión de sustancias</li> <li>• Fuego</li> <li>• Ahorcamiento</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precipitación de altura</li> <li>• Arma blanca</li> </ul>
	<b>Letalidad del método empleado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inocuo</li> <li>• Riesgo no letal</li> <li>• Riesgo potencialmente letal</li> </ul> <p>1- <b>Inocuo</b>: Método que usualmente no implica ningún peligro para la salud o la vida del sujeto.</p> <p>2- <b>Riesgo no letal</b>: Son métodos que sin ser capaces de producir la muerte pueden dar lugar a síntomas de intoxicación y alteraciones en el funcionamiento del organismo.</p> <p>3- <b>Riesgo potencialmente letal</b>: Aquellos que son capaces de producir la muerte en circunstancias agravantes.</p>
	<b>Intencionalidad del acto suicida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No serio</li> <li>• Poco serio</li> <li>• Serio</li> <li>• Muy serio</li> <li>• <b>No serio</b>. No existe la intención alguna de suicidio, realiza el acto llevado por un impulso no premeditado y de poca intensidad o con el fin de obtener alguna ganancia.</li> <li>• <b>Poco serio</b>. Existe alguna intención de</li> </ul>

		<p>llevar acabo el suicidio. Estos pacientes no tienen verdaderamente intención de suicidarse han realizado el intento motivado por un impulso no premeditado, pero de gran intensidad (se busca más una ganancia que la muerte).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Serio.</b> Existe verdadera intención de suicidio, pero se comprueban atenuantes. El paciente ha premeditado el suicidio, pero buscando más evadir la realidad que poner fin a su vida.</li> <li>• <b>Muy serio.</b> Existe verdadera intención de suicidio. Los pacientes han premeditado el suicidio con el propósito firme de encontrar la muerte solamente por un hecho casual e inesperado, no se lleva a la consumación del mismo.</li> </ul>
	<p><b>Gravedad de las circunstancias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nula</li> <li>• Baja</li> <li>• Moderada</li> <li>• Alta</li> </ul>
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>3- Antecedentes</b>	<b>Caracterizar la individualidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triste</li> <li>• Ansioso</li> </ul>

patológicos personales	suicida de cada paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triste y ansioso</li> </ul>
	Percápita familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena</li> <li>• Regular</li> <li>• Mala</li> </ul> <p>• <b>Buena:</b> Cuando promedia a más de 50 pesos por persona en el núcleo al mes.</p> <p>• <b>-Regular:</b> Cuando promedia entre 25 y 50 pesos por persona en el núcleo al mes.</p> <p>• <b>-Mala:</b> Cuando promedia menos de 25 pesos por persona en el núcleo en el mes.</p>
4- Motivación predisponente de la tentativa suicida atendiendo a las variables	Determinar la motivación predisponente de la tentativa suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matrimonial y de divorcio</li> <li>• Amoroso no matrimonial</li> <li>• Económica</li> <li>• De vivienda</li> <li>• Perdida del ser querido</li> <li>• De salud</li> <li>• Edad</li> </ul>
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>
5- Tentativas suicidas de acuerdo con sus	Motivación. Antecedentes familiares Transtornos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nula</li> <li>• Baja</li> <li>• Moderada</li> <li>• Alta</li> </ul>

<p><b>predisponentes</b></p>	<p><b>Psíquicos. Enfermedades psiquiátricas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nula.</b> Cuando existe circunstancias que de ningún modo pueden contribuir a la consumación del suicidio.</li> <li>• <b>Baja.</b> El acto se realiza en circunstancias tales que sólo excepcionalmente pueden llevar a la consumación del suicidio es que generalmente lo interfieren.</li> <li>• <b>Moderada:</b> Ocurren circunstancias que usualmente contribuyen a la consumación del suicidio, aunque existe alguna posibilidad de evitarlo. Se realiza en ausencia de familiares, amigos o personas interesadas en impedirlo.</li> <li>• <b>Alta:</b> En este caso las circunstancias favorecen siempre y en forma inequívoca da; la consumación del suicidio o acto solidario con muy poca posibilidad de ser descubierto.</li> </ul>
------------------------------	--	---

### **Tratamiento estadístico de los datos.**

Media aritmética para calcular promedio en factor de riesgo, número y por ciento en la elaboración de las tablas.

**Consistencia Interna del Sistema Metodológico a utilizar en la investigación a partir de las triangulaciones metodológicas, de datos, teórica y disciplinar.**

OPERACIONALIZACIÓN DE OBJETIVOS			TÉCNICAS				
			E n c u e s t a	E n t r e v i s t a	O b s e r v a c i ó n	Aná l i s i s D o c u m e n t a l	Pro De Dim. Médico s y de Enferm eria
<b>Dimensiones</b>  <b>OBJETIVO</b>  <b>No.2.</b>	<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>					
<b>Clasificación</b>  <b>de los</b>  <b>pacientes</b>	<b>Sexo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	<b>X</b>			<b>X</b>	
	<b>Ocupación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa.</li> <li>• Trabajadores</li> <li>• Trabajadores por cuenta propia.</li> <li>• Estudiantes</li> <li>• Jubilados o pensionados</li> <li>• Sin ocupación</li> </ul>	<b>X</b>				

	<b>Escolaridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin escolaridad</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Preuniversitario</li> <li>• Universitario</li> </ul>	X				
	<b>Estado civil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado o acompañado</li> <li>• Divorciado o separado</li> <li>• Viudo</li> </ul>	X	X			
<b>Individualidad suicida de cada paciente</b>	<b>Antecedentes patológicos personales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transtornos psiquiátricos</li> <li>• Intento suicidas.</li> <li>• Enfermedades crónicas e invalidantes.</li> </ul>	X			X	
	<b>Número de intento suicida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno</li> <li>• Dos</li> <li>• Tres</li> <li>Más de tres</li> </ul>	X			X	

	<b>Hábitos tóxicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Café</li> <li>• Alcohol</li> <li>• Fumar</li> </ul>	X	X	X	X	
	<b>Método empleado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingestión de tabletas</li> <li>• Ingestión de sustancias</li> <li>• Fuego</li> <li>• Ahorcamiento</li> <li>• Precipitación de altura</li> <li>• Arma blanca.</li> </ul>	X	X		X	
	<b>Letalidad del método empleado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inocuo</li> <li>• Riesgo no letal</li> <li>• Riesgo potencialmente letal.</li> </ul>	X		X	X	
	<b>Intencionalidad del acto suicida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No serio.</li> <li>• Poco serio.</li> <li>• Serio.</li> <li>• Muy serio</li> </ul>	X		X	X	
	<b>Gravedad de las</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nula</li> <li>• Baja</li> </ul>	X			X	

	<b>circunstancias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderada</li> <li>• Alta</li> </ul>	X			X	
			X			X	
<b>Dimensiones del objetivo No 3</b>	<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>					
<b>Antecedentes patológicos personales</b>	<b>Caracterizar la individualidad suicida de cada paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triste</li> <li>• Ansioso</li> <li>• Triste y ansioso</li> <li>• Buena</li> <li>• Regular</li> <li>• Mala</li> </ul>	X	X	X	X	
	<b>Percápita familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena</li> <li>• Regular</li> <li>• Mala</li> </ul>	X	X	X	X	
<b>Dimensiones del objetivo No4</b>	<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>					
<b>Motivación predisponente de la tentativa suicida atendiendo a las variables</b>	<b>Determinar la motivación predisponente de la tentativa suicida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matrimonial y de divorcio</li> <li>• Amoroso no matrimonial</li> <li>• Económica</li> <li>• De vivienda</li> <li>• Pérdida del ser</li> </ul>	X	X		X	
			X	X		X	
			X	X		X	
			X	X		X	
			X	X		X	

		querido	X	X		X	
		• De salud	X	X		X	
		• Edad					
<b>Dimensiones del objetivo No 5</b>	<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>					
<b>Tentativas suicidas de acuerdo con sus predisponentes</b>	<b>Motivación, Antecedentes familiares, Trastornos psíquicos, Enfermedades psiquiátricas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nula</li> <li>• Baja</li> <li>• Moderada.</li> <li>• Alta.</li> </ul>	X	X	X	X	
			X	X	X	X	
			X	X	X	X	
			X	X	X	X	

## MÉTODO

Por tal motivo se realizó un estudio descriptivo, transversal retrospectivo, observacional, por lo que se utilizaron instrumentos y revisiones de investigaciones, así como revistas, libros de psicología, estadísticas de años anteriores y entrevistas a pacientes con intento suicida.

La **población** estuvo conformada por 76 pacientes con intento suicida del Área de Salud de Florencia.

Así mismo, la **muestra** fue de 28 pacientes distribuidos de la siguiente forma:

	GRUPOS ETAREOS					SEXO		SECTOR	
	15-19	20-24	25-44	45-64	65 y +	M	F	URBANO	RURAL
<b>Adolescente</b>	8	-	-	-	-	4	4	7	1
<b>Edad media</b>	-	2	13	3	-	8	10	12	6
<b>Adulto mayor</b>	-	-	-		2	1	1	2	-
<b>TOTALES</b>	8	2	13	3	2	13	15	21	7

n=28

Se determinó un conjunto de métodos, técnicas y procedimientos con carácter sistémico y una consistencia interna internacional que se asumieron a partir de la objetividad del campo de investigación expresado este, esencialmente, en las relaciones de interdependencia entre dimensiones, variables e indicadores a controlar en la investigación.

- **Encuesta**, para obtener información sobre factores de riesgo, tipología del Intento suicidio.
- **Entrevista**, para determinar aspectos relacionados con factores de riesgo.
- **Observación** como percepción, especialmente, dirigida al modo de actuación del objeto de investigación tanto durante la aplicación de entrevistas, encuestas como en los procedimientos relacionados con la interacción con pacientes y/o especialistas y aquella parte de la comunidad que pudo ser, también, objeto de información.
- **Análisis documental**: Con el propósito de sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos.

Procedimientos dirigidos, fundamentalmente, a cuando fue necesaria la interconsulta, consulta o pequeñas intervenciones en la unidad de observación.

**Definición operacional de los términos o palabras claves de la investigación.**

- **Intento suicida:** Es aquel acto sin resultado de muerte en el individuo, de forma deliberada haciéndose daño a sí mismo.
- **Factor de riesgo:** Estado epidemiológico desencadenante de diferentes patologías, que se caracteriza por su lento o acelerado proceso etiopatológico y que puede ser modificado o no de acuerdo con su fisiopatología, impresionar diagnósticamente de diversas formas y ser susceptible o no a diferentes tratamientos facultativos.
- **Ética:** Se aplicó declaración del consentimiento informado de los pacientes y, también de aquellos especialistas que pudieran aportar información sobre determinados sujetos tratados, clínicamente, por ellos.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

A continuación, se exponen los resultados más relevantes de la investigación relacionados con las características biopsicosociales y económicas del intento suicida del Área de Salud de Florencia.

Se incluyeron en el trabajo 28 pacientes, es decir, el universo estuvo constituido por el total de pacientes que realizaron intento suicida en el período antes señalado en el área de salud de los cuales fueron excluidos los que renunciaron a continuar en la investigación.

Se diseñó un estudio prospectivo de serie de casos. Los datos fueron tomados de tarjetas de EDO del Departamento de Estadística Municipal, teniendo en cuenta un sistema de dimensiones, variables e indicadores que facilitaron la búsqueda, procesamiento y sistematización de la información.

De acuerdo con el estudio realizado se representan las siguientes tablas:

**Tabla No. 1 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS CON INTENTO SUICIDA SEGÚN GRUPOS DE EDADES.**

<b>Grupos de edades.</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
15-19	8	28,5
20-24	2	7,1
25-44	13	46,4
45-64	3	10,7
65 y +	2	7,1
TOTAL	28	100

**Fuente:** Tarjetas de EDO.

Al analizar la distribución de casos con intento suicida según grupos de edades observamos una mayor frecuencia en el grupo de 25 a 44 años, con 13 casos para un 46,4 %, seguido de la etapa adolescente de 15-19 años de edad con 8 casos para un 28,5%, el resto de las edades no fueron significativas.

La adolescencia como tal, engloba varios factores potenciales de intentos suicidas, en contraposición, los más envejecidos lo intentan menos y lo consuman más.

Pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. (5).

**Tabla No. 2 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS CON INTENTO SUICIDA SEGÚN SEXO. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

<b>Sexo</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Masculino	13	46,4
Femenino	15	53,5
TOTAL	28	100

**Fuente:** Tarjetas de EDO.

Se observa que existe un predominio del sexo femenino con 15 mujeres para un 53,5 % sobre un 46,4% del sexo masculino coincidiendo esto con la literatura consultada, que plantea que en las mujeres es más frecuente por ser más susceptibles a la depresión y en el caso de los hombres coincide con el adulto mayor lo intentan menos pero lo consumen más.

El síndrome premenstrual con los cambios hormonales que trae consigo, y la menopausia, a la que se le añaden factores socioculturales (independencia de hijos, pérdida de belleza física y de la capacidad de procrear, imposibilidad de realizar deseos frustrados, pérdida de la pareja amorosa, competencias de nuevas generaciones, etcétera), pueden, junto a otros factores de riesgo asociado, precipitar un acto suicida.

Este dato coincide con otros estudios municipales y nacionales <sup>(1,9,11)</sup>. En la mayoría de los países donde se ha estudiado el fenómeno suicidio, las mujeres presentan tasas superiores en ideación y comportamiento suicidas: la tasa de intento suicida es de 3 a 4 veces a la de los hombres.

**Tabla No. 3 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS CON INTENTO SUICIDA SEGÚN ESCOLARIDAD. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

<b>Escolaridad.</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Alfabetizado.	-	
Estudios primarios concluidos.	-	
Estudios secundarios concluidos.	16	57,1
Estudios pre- universitarios concluidos.	9	32,1
Estudios universitarios concluidos.	2	7,1
Existencia de antecedentes personales de retraso mental.	1	3,5
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta.

La mayoría de los casos con tentativas de suicidio tenían un nivel de enseñanza media representando el 57,1 % de los casos. Coincidiendo con estudios realizados por Barrios, Everett y Simón que plantean en un estudio actual realizado internacionalmente, que el bajo nivel cultural es directamente proporcional a la conducta suicida. Similar resultado se observa en estudios municipales realizados.

**Tabla No. 4 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA CON INTENTO SUICIDA SEGÚN ESTADO CIVIL. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

n=28

<b>Estado civil.</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Soltero.	8	28,5
Acompañado.	11	39,2
Casado.	5	17,8
Divorciado.	2	7,1
Viudo.	2	7,1
TOTAL	28	100

**Fuente:** Encuesta.

Al observar la distribución de los intentos suicidas estudiados en relación con el estado civil, podemos apreciar que los acompañados alcanzan el mayor porcentaje para un 39,2 %, seguido de los solteros con 28,5%, los casados con 5 casos para un 17,8 % y por último y los divorciados y viudos con solo un 7,1% cada uno. Estudios actuales de OMS/EURO plantean que el suicidio predomina entre los viudos y divorciados, y el intento es más alto entre los casados y uniones consensuales. (1,11,9)

Se ha comprobado que un buen funcionamiento matrimonial puede ser un factor protector contra esta conducta. (22)

**Tabla No. 5 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS CON INTENTO SUICIDA SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y/O INVALIDANTES. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

n=28

<b>APP de enf. Crónicas y/o invalidantes</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Endocrinopatías.	-	
Secuelas de Accidentes Vasculares Encefálicos.	1	50
Neoplasias.	1	50
Sífilis Terciaria.	-	
Inmunodeprimidos.	-	
Secuelas de Accidentes.	-	
Otras.	-	
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta.

Al analizar la tabla siguiente podemos señalar que muy pocos pacientes con intentos suicida han presentado antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas y/o invalidantes.

Sin embargo, Kaplan plantea que el 70% de las víctimas ha padecido una o más enfermedades activas, en su mayoría crónicas. (1,2,8.)

**Tabla No. 6 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS CON INTENTO SUICIDA SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y / O FAMILIARES CON ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

n=28

<b>APP Y / O APF de enf. Psiquiátricas</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Enfermedades psiquiátricas.	2	7,1
Intentos suicida previos.	2	7,1
Alcoholismo.	4	14,2
Farmacodependencia.	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>28,5</b>

**Fuente:** Encuesta y entrevista

Podemos apreciar que 4 de estos pacientes consumen bebidas alcohólicas para un 14,2%, como dijo el experto de la OMS sostuvo que otros factores de riesgo son el consumo de drogas, de alcohol, etc.... y 2 tenían antecedentes de intentos previos para un 7,1 % de la muestra. Epidemiológicamente, este dato es de gran valor, pues existen mitos alrededor del intento suicida en la sociedad, que dicen que el que lo intenta nunca lo consuma.

Pérez Barredo plantea que los antecedentes personales y familiares de intentos suicidas previos se consideran un factor de riesgo importante por el aprendizaje, por imitación o identificación, y es conocido que entre el 10 y el 15% de los que intentan suicidarse consuman el acto posteriormente. (1,9).

**Tabla No. 7 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA CON INTENTO SUICIDA SEGÚN MÉTODO UTILIZADO. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

**n=28**

<b>Método utilizado</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Ingestión de tabletas.	21	75
Ingestión de sustancias tóxicas.	1	3,5
Fuego.	-	-
Ahorcamiento incompleto.	5	17,8
Arma blanca	1	3,5
Arma de fuego.	-	-
Precipitación de altura.	-	-
Suicidio pasivo.	-	-
Impacto con múltiples objetos.	-	-
TOTAL	28	100

**Fuente:** Encuesta y tarjeta de EDO.

El método más utilizado fue la ingestión de tabletas (psicofármacos, sobre todo) con 21 pacientes representando el 75 %.

Existe una alta tendencia en la población a la automedicación, sobre todo (referido por los propios pacientes), “tabletas para dormir”, “tabletas para el salto en el estómago”, que pueden ayudar a consumir la ideación suicida.

**Tabla No. 8 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS CON INTENTO SUICIDA SEGÚN LA LETALIDAD DEL MÉTODO. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

**n=28**

<b>Letalidad del método</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Inocuo.	5	17,8
Riesgoso no letal	19	67,8
Riesgoso potencialmente letal	4	14,2
TOTAL	28	100

**Fuente:** Encuesta.

Caracterizando el intento suicida según lo plasmado en el Programa Nacional de Prevención y Control de la Conducta Suicida encontramos que, en cuanto a la letalidad del método empleado, fue el más frecuente el riesgoso no letal con 19 casos para un 67,8 %, coincidiendo con otros estudios realizados en el Municipio.

**Tabla No. 9 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS ESTUDIADOS SEGÚN LA SERIEDAD DE LA INTENCIÓN O INTENCIONALIDAD DEL ACTO SUICIDA. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

**n=28**

<b>Seriedad de la intención</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No serio.	-	-
Poco serio.	19	67,8
Serio	5	17,8
Muy serio.	4	14,2
TOTAL	28	100

**Fuente:** Encuesta y entrevista.

En la mayoría de los casos la intencionalidad del acto suicida fue catalogada como poco serio de ellos, 19 para un 67,8 %. Estos pacientes no tienen verdadera intención de consumir el acto. Han realizado el intento motivados por un impulso no premeditado, pero de gran intensidad, guardando relación con otros estudios realizados con anterioridad.

**Tabla No. 10 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE INTENTO SUICIDA DE ACUERDO CON LA GRAVEDAD DE LAS CIRCUNSTANCIAS. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

**n=28**

<b>Gravedad de las circunstancias.</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
--	------------	----------

Nula	-	-
Baja	19	67,8
Moderada	5	17,8
Alta	4	14,2
TOTAL	28	100

**Fuente:** Encuesta.

La gravedad de las circunstancias baja fue la más frecuente. Son pacientes que realizan el acto frente a otras personas o lo dicen pues no tienen como objetivo la muerte. Estos datos coinciden con el estudio realizado por Pérez Quesada L. que demuestra que generalmente se quiere buscar la atención de alguien, evitar estados tensionales o de estrés y desesperanza a los cuales el paciente no logra adaptarse.

**Tabla No. 11 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE INTENTO SUICIDA DE ACUERDO CON EL ESTADO AFECTIVO EN EL MOMENTO DE REALIZAR EL INTENTO. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

**n=28**

<b>Estado afectivo en el momento de realizar el intento suicida</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
---	------------	----------

Triste	15	53,5
Ansioso	2	7,1
Triste y ansioso.	5	17,8
Depresivo	6	21,4
Angustioso	-	-
TOTAL	28	100

**Fuente:** Encuesta

En el momento de llevar a cabo el intento suicida el estado afectivo triste estuvo presente en la mayoría de los casos.

La tristeza es un estado de ánimo que generalmente lleva al paciente al punto de no querer vivir, por lo que estos deben ser motivo de alta atención.

**Tabla No. 12 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON INTENTOS SUICIDAS SEGÚN OCUPACIÓN. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

**n=28**

Ocupación.	No.	%
Ama de casa.	10	35,7
Obreros.	2	7,1

Profesionales.	2	7,1
Trabajador por cuenta propia.	-	-
Estudiantes.	8	28,5
Jubilados o pensionados.	2	7,1
Desvinculados.	4	14,2
TOTAL	28	100

**Fuente:** Encuesta.

La categoría ama de casa alcanzó un 35,7 %, seguido por los estudiantes y desvinculados con un 28,5 % y un 14,2% respectivamente.

En su mayoría son madres desde muy temprana edad, dependen económicamente de sus esposos, tienen una vida social limitada, intereses individuales referidos a la familia solamente que, junto a otros factores, pueden despertar tentativas de suicidio.

**Tabla No. 13 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON INTENTOS SUICIDAS SEGÚN DISPONIBILIDAD MONETARIA. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

**n=28**

<b>Disponibilidad monetaria</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Satisface necesidades básicas.	-	-
Satisface parcialmente las necesidades básicas.	18	64,2
No satisface las necesidades básicas.	7	25
Depende de otras personas y/o instituciones.	3	10,7

TOTAL	28	100
-------	----	-----

**Fuente:** Entrevista.

Como pudimos apreciar en cuanto a la disponibilidad monetaria de los pacientes con intentos suicidas existe un predominio en aquellos que satisfacen parcialmente las necesidades básicas con 18 pacientes para un 64,2 %.

**Tabla No. 14 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON INTENTOS SUICIDAS SEGÚN ESFERA AFECTIVA. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

**n=28**

<b>Esfera afectiva</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Con ausencia de afecto.	8	28,5
Poco afectivas.	10	35,7
Afectivas.	6	21,4
Sobreprotección.	4	14,2

TOTAL	28	100
-------	----	-----

**Fuente:** Encuesta y. observacional

También la esfera afectiva influyó en estos pacientes pues solo el 14 % eran sobreprotegidos, el 21,4 % recibió afecto y predominó el grupo con poco afecto con 10 pacientes para un 35,7 % siguiendo a estos, los casos con ausencia de esta esfera en un 28,5 %, coincidiendo lo anterior con la bibliografía consultada.

Existen, asimismo, otras manifestaciones afectivas que influyen sobre el suicidio, destacadas por Freud, como son la dependencia frustrada y la desesperanza.

**Tabla No. 15 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON INTENTOS SUICIDAS SEGÚN COMUNICACIÓN. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

**n=28**

<b>Comunicación</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Eficaz.	4	14,2
Poco eficaz.	17	60,7
Mala eficacia	7	25
TOTAL	28	100

**Fuente:** Observacional.

Analizando la tabla anterior la comunicación poco eficaz fue la más relevante con 17 pacientes para un 60,7 % seguido de la mala eficacia comunicación con 7 pacientes para un 25% y solo 4 de los casos mantenían una comunicación eficaz para un 14,2%.

**Tabla No. 16 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS CON INTENTO SUICIDA SEGÚN OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE. ÁREA DE SALUD DE FLORENCIA.**

**n=28**

<b>Ocupación del tiempo libre</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Quehaceres del hogar	10	22,7
Leer y/o escribir	3	6,8
TV, radio y/o cine	6	13,6
Conversar, visitar amistades	4	9,0
Dormir, descansar	2	4,5
Ejercicios físicos, deportes	3	6,8

Ingestión de bebidas alcohólicas	6	13,6
Otras actividades	10	22,7
TOTAL	44	100

**Fuente:** Entrevista.

La tabla anterior demostró que los pacientes con intento suicida ,son personas que no realizan una adecuada utilización del tiempo libre .constituyendo un número relevante los quehaceres del hogar y la práctica de otras actividades (negocios y juegos ilícitos ) con 10 pacientes cada uno representando un 22,7%, seguido de 6 casos con la ingestión de bebidas alcohólicas con para un 13,6 % de igual forma se comportó el grupo que se dedicaba a disfrutar de la radio la TV y/o el cine por el nivel de actividad cotidiana que facilita más estos entretenimientos , mientras que actividades tan sanas como leer un buen libro o practicar ejercicios físicos ocuparon porcentajes mucho más bajos.

## **Discusión.**

Como hemos observado después de este minucioso estudio sobre el intento suicida en el área de salud de Florencia estadísticamente se ha aumentado el IS en correspondencia a años anteriores según estudios realizados ya que desde el 2008 no se observaba un aumento del porcentaje del mismo, El intento suicida es más frecuente en mujeres adultas, influyendo el bajo nivel de escolaridad, representando un mayor índice los acompañados.

Se demostró que los pacientes con intentos suicidas anteriores son más propensos a la reiteración del nuevo intento, que el método más utilizado fue la ingestión de psicofármacos, predominando el riesgo no letal y el paciente con estado afectivo triste.

Los pacientes con intento suicida ,son personas que no realizan una adecuada utilización del tiempo libre hay un predominio en el ama de casa con la comunicación poco eficaz y un predominio de los quehaceres del hogar .,otras actividades (negocios y juegos ilícitos ) la ingestión de bebidas alcohólicas, de igual forma se comportó el grupo que se dedicaba a disfrutar de la radio la TV y/o el cine por nivel de actividad cotidiana que facilita más estos entretenimientos, mientras que actividades tan sanas como leer un buen libro o practicar ejercicios físicos ocuparon porcentos mucho más bajos.

. Por lo que este estudio sirva de guía para ttrabajar con las causas de aquellos pacientes que, erróneamente, ven en el suicidio una forma de solucionar sus problemas.

## **CONCLUSIONES**

1-El intento suicida es más frecuente en mujeres adultas, influyendo el bajo nivel de escolaridad, representando un mayor índice los acompañados.

2- Se demostró que los pacientes con intentos suicidas anteriores son más propensos a la reiteración del nuevo intento, que el método más utilizado fue la ingestión de psicofármacos, predominando el riesgo no letal y el paciente con estado afectivo triste.

3- Hay un predominio en el ama de casa con la comunicación poco eficaz y un predominio de los quehaceres del hogar.

## **RECOMENDACIONES**

1. Valorar la posibilidad de utilizar el presente resultado investigativo como material de estudio en la carrera de enfermería.
2. -Hacer este estudio municipal
3. -Hacer una estrategia de intervención educativa modificando factores de riesgo que inciden en los mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2004.
2. Torres LV, Díaz LJ. Font DI, Rodríguez VR, Urrutia ZE, Gómez AM. Valoración de algunos aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes jóvenes con trastornos de personalidad. Rev cubana Med Mil. 2006; 35 (1)
3. Torres LC, Díaz LJ, Font DI, Rodríguez VR, Gómez AM, García GC. Aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes ingresados en el centro nacional de Toxicología. Rev cubana Med Mil. 2006; 35 (2).
4. Montesino VC. Comportamiento de la Conducta suicida en el municipio San Luis.Pinar del Río. Rev cubana Enf. 2004; 20 (2).
5. Sarracent Sarracent E, Corpiño MR. Comportamiento de la Conducta suicida en el Hospital General Calixto García Íñiguez 2000-2004.Rev Hosp Psiq de la Habana. 2006; 3 (2).
6. Prado RR. Factores de riesgo en la conducta suicida y las estrategias de prevención. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana. 2004; 1 (2-3).
7. Guibert RW, del Cueto de Inastrilla RE. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev cubana Med Gen Integr. 2003; 19 (5).
8. Aguilera FM, Leyvas PM. Intentos suicidas y suicidios consumados. Rev cubana Enfer. 2003; 19 (1).
9. Torres LV, Díaz LJ. Font DI, Rodríguez VR, Gómez AB. Conducta suicida en pacientes atendidos en un centro de urgencias. Rev
10. Cubana Med Mil. 2005; 34 (3).
11. Revista Médica Electrónica 2008; 30 (4) Epidemiología del suicidio en Cárdenas.

Epidemiology of the suicide in Cárdenas

12. Revista Médica Electrónica 2006; 28 (3).

13. © Copyright. 1996-2004. Todos los derechos reservados. GRANMA INTERNACIONAL DIGITAL. Cuba (5)

14. Microsoft ® Encarta ® 2006. © 1993-2005 Microsoft Corporation todos los derechos. Reservados (6)

15. Jama, may 25, 2005-Vol. 293, No.20.

16. Copyright © 1999-2009, Infomed - Red Telemática de Salud Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. República de Cuba