

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

**FACTORES PSICO-SOCIALES INFLUYENTES PARA INTENTO
SUICIDA DE PACIENTES EMBARAZADAS EN LAS REGIONES
OCCIDENTAL Y CENTRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ENTRE EL PERIODO DE ENERO 2010 A ENERO 2016.**

**INFORME FINAL PRESENTADO POR:
RONALD MAURICIO BONILLA GAVIDIA
CARLOS ALFREDO CEDILLOS HERNÁNDEZ**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**ASESOR:
DRA. DINA GUADALUPE GÓMEZ DE PADILLA**

SAN SALVADOR, OCTUBRE DE 2016.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULOS	PÁGINAS
CAPÍTULO I	
RESUMEN	
CAPÍTULO II	
1. INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO III	
2. OBJETIVOS	1
CAPÍTULO IV	
3. MARCO TEÓRICO	2
3.1 EPIDEMIOLOGÍA	2
3.2 ENFOQUES DEL ESTUDIO DEL SUICIDIO	3
3.3 FACTORES DE RIESGO	4
3.4 FACTORES PROTECTORES	8
3.5 REJILLA DIAGNÓSTICA DEL SUICIDIO	8
3.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	10
3.7 MECANISMOS SUICIDAS	10
3.8 VALORACIÓN CLÍNICA DEL SUICIDIO	12
3.9 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	13
CAPÍTULO V	
4. DISEÑO METODOLÓGICO	14
5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17
CAPÍTULO VI	
6. RESULTADOS	20
CAPÍTULO VII	
7. DISCUSIÓN	31
CAPÍTULO VIII	
8. CONCLUSIONES	34
CAPÍTULO IX	
9. RECOMENDACIONES	35
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
11. ANEXOS	38

CAPÍTULO I

1. RESUMEN

El objetivo principal de la realización de la investigación fue ayudar a dilucidar cuales son los principales factores que llevaron a las pacientes embarazadas de las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud, a realizar intentos suicidas y cuantos de estos culminaron en suicidios consumados en los períodos de Enero de 2010 a Enero de 2016.

A lo largo de la investigación se evidenció la necesidad de hacer conciencia sobre la importancia de la implementación de programas integrales de educación sexual y reproductiva; y el de inculcar en el personal de salud la importancia de valorar el aspecto de salud mental de la población que asiste a los centros asistenciales; principalmente de las pacientes embarazadas, quienes fueron la población blanco de la investigación.

Para el desarrollo de la investigación se hizo el esfuerzo de localizar a las pacientes que presentaron intentos suicidas durante el embarazo para aplicarles diferentes test para determinar si había presencia de trastornos psiquiátricos en el momento del evento; y para los casos de suicidio consumado, se recurrió a la revisión de autopsias verbales contenidas en las auditorias clínicas por muerte materna.

Los resultados mas repetitivos en ambos casos fueron el bajo nivel socio-cultural, nivel económico bajo, factores psicológicos que determinan un pobre sistema de toma de decisiones y rangos de edad en los límites superiores de la adolescencia.

Se observó gran variabilidad de los datos en el estudio de las auditorias clínicas debido a que no se cuenta en el SNS con instrumentos estandarizados para el estudio y detección del suicidio en el embarazo.

Para mejorar la situación estudiada se plantea la necesidad de ampliar los esfuerzos en detección temprana de estos factores de riesgo y la capacitación adecuada del personal de salud para el análisis adecuado de la prevalencia de los indicadores de suicidio en el embarazo.

CAPÍTULO II

1. INTRODUCCIÓN.

Hablar de suicidio durante el embarazo, es hablar de una entidad clínica poco conocida en el medio salvadoreño y latinoamericano, tanto por la falta de estadísticas que reflejen la problemática que implica para la salud pública, como de información que detalle de manera sistemática y precisa sus principales causas. Debido a lo anterior, a nivel de Latinoamérica se cuenta con pobres sistemas para detectar tempranamente aquellas pacientes embarazadas que están en riesgo potencial de presentar ideaciones suicidas.

Se puede mencionar que las causas principales que conllevan intentos suicidas son variadas en las diferentes latitudes del mundo; por ejemplo en las naciones industrializadas, se asocia primariamente con trastornos psiquiátricos, siendo la depresión la causa más sobresaliente. En países subdesarrollados, entre los cuales se cataloga El Salvador, los principales factores obedecen a cuestiones socioculturales como el escaso nivel de educación, bajo nivel económico, inestabilidad familiar y la inseguridad y violencia que conllevan a embarazos no deseados por abusos sexuales.

En los últimos años, el suicidio se ha ubicado entre las primeras causas de muerte materna tanto en la zona rural como urbana; únicamente superado por otros trastornos patológicos propios del embarazo como lo son trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias anormales en los distintos trimestres de la gestación.¹

El Sistema Nacional de Salud de El Salvador se divide en cinco regiones geográficas, cada una compuesta por determinados departamentos: Región Occidental (Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate); Región Central (La Libertad y Chalatenango); Región Metropolitana (San Salvador); Región Paracentral (La Paz, Cuscatlán, Cabañas y San Vicente) y Región Oriental (Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión). Para la investigación que se presenta, se tomaron en base solamente dos de las cinco zonas geográficas por la posibilidad de obtención de los datos adecuados para análisis. Cabe destacar la diferencia en la prevalencia encontrada entre ambas regiones a pesar de la similitud de los datos obtenidos, así como la diferencia entre las medidas estandarizadas en

¹ World Health Organization; Health for the World's Adolescents, A second chance in the second decade; Publicado en Internet por la Organización Mundial de la Salud en 2014.

ambas regiones ante la problemática, lo que puso de manifiesto la falta de consenso para el tratamiento integral de los pacientes en el Sistema Público de Salud.

CAPÍTULO III

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores psico-sociales que influyen en la toma de decisión de intento suicida en pacientes embarazadas en las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud entre el periodo de Enero 2010 a Enero 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar los factores psicológicos influyentes en pacientes embarazadas que presentan depresión como factor predictor para intentos suicidas y suicidio consumado en las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud.
2. Conocer los factores socio-culturales que influyen en la toma de decisión para intento suicida y suicidio consumado en las pacientes embarazadas en las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud.
3. Determinar los métodos utilizados por las pacientes embarazadas en las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud para llevar a cabo intentos suicidas y suicidio consumado.

CAPÍTULO IV

3. MARCO TEÓRICO

La salud mental es una prioridad emergente de la salud pública. Los problemas relacionados con la salud mental adquieren mayor relevancia en la segunda década de la vida. A nivel global, el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte en los adolescentes, y la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad en el mismo grupo etario.¹

El término suicidio procede del latín *sur caedere*, “matar a uno mismo”; es el acto de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada.²

El suicidio, en su definición más fundamental, es el acto de terminar intencionalmente la propia vida.³

La conducta suicida se define como todo comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza.⁴

Los suicidios son prevenibles. Para que las respuestas nacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención.⁵

3.1. EPIDEMIOLOGIA

Las tasas de suicidio que se reportan en los diversos estudios son poco confiables, ya que continúa como un acto estigmatizado. Los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero debido a la estigmatización de los trastornos mentales y del suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda. A pesar de que los datos científicos indican que numerosas muertes son evitables, el suicidio con demasiada frecuencia tiene escasa prioridad para los gobiernos y los decisores políticos.

El suicidio consumado tiende a incrementarse con la edad, más en países industrializados, con mayor tasa de población urbana y solitaria.

² Personal del Ministerio de Salud; Guías Clínicas de Psiquiatría; Editado y publicado por Ministerio de Salud y Viceministro de Políticas de Salud; San Salvador, San Salvador; Febrero 2012.

³ G. David Elkin; Psiquiatría clínica; Primera Edición; McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. México; 2000

⁴ R.J. Toros Greffenstein, L.E. Yepes Roldán, C.A. Palacios Acosta; Fundamentos de Medicina, Psiquiatría; Quinta Edición; Corporación para Investigaciones Biológicas; Medellín, Colombia; 2010.

⁵ Organización Mundial de la Salud; Prevención del suicidio, un imperativo global; Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2014.

En el 2012 se registraron en el mundo unas 804,000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11.4 por 100,000 habitantes (15.0 entre hombres y 8.0 entre mujeres). Sin embargo, como el suicidio es un asunto muy sensitivo, incluso ilegal en algunos países, muy probablemente exista subnotificación. En los países con buenos datos de registro civil, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente o por otra causa.

En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre:mujer es mucho menor, de 1.5 hombres por cada mujer. A nivel mundial los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto entre hombres como en entre mujeres en casi todas las regiones del mundo. En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes. Se estima que el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.⁶ Hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse.⁵

En América Latina la incidencia del suicidio fluctúa entre el 2.1 y el 12.8 por 100,000 habitantes por año, que representa entre el 12.8 a 20.5% de todas las muertes por causas violentas.⁴

La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más comúnmente utilizados para el suicidio a nivel mundial, pero también se recurre a muchos otros métodos, que varían según el grupo de población.

3.2. ENFOQUES DEL ESTUDIO DEL SUICIDIO

El estudio del suicidio ha tenido una cierta variedad de enfoques que han evolucionado a lo largo del tiempo. Actualmente, los enfoques principales son cuatro:⁷

⁶ Organización Mundial de la Salud; La depresión, Nota descriptiva N° 369; Publicado en Internet por la Organización Mundial de la Salud en Abril de 2016.

⁷ Gisbert Calabuig, E. Villanueva Cañadas; Medicina legal y toxicología, Sexta Edición; Elsevier Masson; 2004.

3.2.1. Suicidio consumado. El primer enfoque en el estudio del suicidio históricamente.

Se consideraba como suicidio el acto que pone fin a la vida de una persona, efectuado de forma voluntaria y por sí misma. Éste ha sido el enfoque clásico del suicidio y en los libros de medicina así se ha estudiado.

2.2. Intento suicida. Se realiza el acto, pero no se produce la muerte.

En la segunda mitad del siglo XX, se ha polarizado el interés hacia otro enfoque. Se ha querido estudiar no sólo el cadáver del suicida, sino también los casos en que éste no fallece y no llegaba a culminar su intento. En este sentido, hay dos líneas terapéuticas que tienen una valoración distinta: la asistencia inmediata y la prevención que el acto suicida se repita. En este segundo gran enfoque, el suicida que intentó el acto y no llegó a consumar, se plantea ya un problema puntual importante; hasta qué punto existía una intención clara de consumar el suicidio y de morir.

3.2.3. Ideación suicida. Personas, en su mayoría, con rasgo fisiopatológicos importantes (principalmente un síndrome depresivo). Puede tener persistencia larga.

En este enfoque conviene conocer cómo ha llegado el paciente a este acto, conocer cuál es su patología o las ideas que tiene sobre su propia vida. Ésta existe, evidentemente, en las personas que intentan suicidarse y en otras muchas que no realizan nunca este acto. Importa valorar la existencia de tales ideas y el riesgo, desde un punto de vista sanitario, de que las lleven a cabo. También confluyen aquí los enfoques sociológicos y filosóficos; el análisis de las circunstancias del entorno vital que llevan a una situación determinada o el valor que se conceden a la propia vida.

2.4. Detección precoz de la ideación suicida, o de patologías con tendencia frecuente al suicidio (depresión) en edades tempranas de la vida.

Se plantean nuevas interrogantes: Una de ellas alude a la persistencia de esta ideación, y otra, a su antigüedad. Sería necesario definir, aunque no es fácil, el tiempo que hace que una persona tiene una visión pesimista de su vida y la fijeza y firmeza de esta ideación. Éste es el enfoque de mayor actualidad por ser más reciente su valoración.

3.3. FACTORES DE RIESGO

La mayor parte del conocimiento acerca de los factores de riesgo para suicidio se da obtenido por medio de estudios de autopsia psicológica. El término "autopsia psicológica" fue acuñado por el Centro de Prevención de Suicidio de Los Ángeles para clasificar "muertes equívocas". Una muerte equívoca es una muerte en la cual no parece claro inmediatamente si la persona cometió suicidio o no.

La autopsia psicológica es un método en el cual se reconstruye la biografía del occiso a través de información obtenida de documentos personales, policíacos, reportes médicos, entrevista con familiares, amigos y compañeros de trabajo y el protocolo y análisis de la necropsia. Éste método se utiliza tanto para la investigación de los factores asociados al suicidio y se ha considerado el método más adecuado para identificarlos.⁴ No obstante, tiene las siguientes limitaciones:

A. Sesgo de memoria por parte de los entrevistados que posiblemente sobrevaloran detalles psicopatológicos y de eventos vitales si la persona muere por suicidio.

B. El tiempo transcurrido para la recolección de los datos.

C. El sesgo del entrevistador que no es ciego a la causa de la muerte.

3.1. Factores biológicos.

3.1.1 Género

Los hombres cometen suicidio con una frecuencia cuatro veces mayor que las mujeres de todas edades, y constituyen el 80% de los casos de suicidio en Estados Unidos. Se estima que las razones hombre:mujer para suicidio están entre 2:1 a 7:1.3. Las mujeres tienen más posibilidad de efectuar intentos suicida. Es más probable que los varones terminen con su propia vida al realizar el intento porque emplean métodos de tipo más mortal: armas de fuego y saltar de puentes o edificio. Las mujeres con frecuencia intentan poner fin a su vida por sobredosis, pero no es probable que esto les cause la muerte.⁷

3.1.2 Edad.

En contra de diversas creencias, la tasa de suicidio no es más alta entre los adolescentes En países desarrollados, entre los hombres el pico de edad está después de los 45 años, y entre las mujeres después de los 65 años. En los países en vías de desarrollo las tasas suelen ser mayores en jóvenes, por lo cual algunos autores han mencionado que los picos de edad en suicidio se relacionan con el desarrollo económico y pueden ser reflejo de la desesperanza ocasionada por la falta de oportunidades. Los adolescentes corren un riesgo especial por los retos que deben afrontar: impulsos conflictivos entre acercarse a la familia o lograr el distanciamiento emotivo; conflictos con progenitores, hermanos, compañeros y de tipo escolar; experimentación con el uso de sustancias y primeras relaciones románticas.

3.1.3 Afecciones médicas.

El comportamiento suicida se correlaciona fuertemente con problemas médicos. De todas las personas que cometen suicidio, 32% han recibido atención médica en los meses anteriores a su muerte. Cierta estudio demostró que 2.44% de los pacientes de cuidados primarios reportaron que habían experimentado ideas suicidas (pensamientos) durante el mes anterior a su cita con el médico.

3.2. Factores genéticos.

Con frecuencia los individuos que intentan suicidarse cuentan con antecedentes familiares positivos de suicidio en comparación con quienes no lo intenten. En diversos estudios, se pone de manifiesto el hecho que los parientes de primer grado de pacientes psiquiátricos suicidas tuvieron ocho veces más probabilidad de intentar suicidarse que los controles. Los miembros de la familia que intentan suicidarse sirven como modelos para otros miembros cuando éstos afrontan la opción de suicidio³. Esto posiblemente se relaciona con la transmisión de trastorno bipolar, esquizofrenia, susceptibilidad a la dependencia del alcohol y otras sustancias e impulsividad.

3.3. Factores sociales.

Durkheim fue el primero en describir los determinantes sociales del comportamiento de suicidio. Empleó el término anomía para describir la profunda sensación de aislamiento y enajenación de la sociedad que experimentan muchos individuos suicidas.

3.3.1. Estado civil.

Se observa una tasa superior de suicidio entre los individuos que anteriormente estaban casados, pero que quedaron viudos o se divorciaron en el momento que decidieron poner fin a su vida. El matrimonio, cuando está reforzado por hijos, reduce de manera significativa el riesgo de suicidio. Las personas solteras que nunca se casaron tienen casi el doble de probabilidades de cometer suicidio que los individuos casados.

3.3.2. Nivel socio-económico y empleo.

Conforme mayor es el nivel social de la persona, corre mayor riesgo de suicidarse. El trabajo protege contra el suicidio; durante las recesiones económicas y en los momentos en los que aumenta el desempleo, la incidencia de suicidio aumenta.

3.4. Factores psicológicos.

Es posible aprender mucho sobre la psicodinámica de las personas suicidas a partir de sus fantasías en términos de lo que imaginan que la muerte les proporcionará, a quien afectará y qué consecuencias tendrá. La preocupación por el suicidio a menudo constituye un método para luchar contra la depresión intolerable y la desesperanza.

Prácticamente todos los trastornos mentales se asocian con mayor riesgo de suicidio, con excepción del retraso mental y la demencia. Más de 90% de todas las personas que cometen suicidio padece uno o más trastornos mentales diagnosticados en el momento de la muerte.

3.4.1. Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos unipolares y bipolares se relacionan fuertemente con intentos de suicidio. De 15 a 20% de las personas con trastornos del estado de ánimo logran en determinado momento poner fin a su propia vida. Se considera que el 40% de los individuos a quienes se diagnostica depresión y que intentan suicidarse, tiene antecedentes de intentos previos cuando son evaluados. La incidencia de suicidio aumenta con síntomas psicóticos.

3.4.2. Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.

Alrededor de 10% de los pacientes que padecen esquizofrenia cometen suicidio. El suicidio es más frecuente a comienzos del curso de esquizofrenia, cuando los enfermos se encuentran en la adolescencia o son adultos jóvenes.

3.4.3. Trastornos de personalidad.

El trastorno de la personalidad límite se caracteriza por inestabilidad de afecto, pensamientos, comportamiento y relaciones interpersonales e identidad. Las personas con este trastorno en ocasiones se lesionan a sí mismo quemándose o cortándose y suelen realizar múltiples intentos de suicidio. Se estima que la tasa de suicidio en personas con trastorno de personalidad límite es casi del 10%.

3.4.4. Trastornos de ansiedad.

Estudios realizados en las décadas de 1980 y 1990 documentaron una elevada tasa de intentos de suicidio en personas con trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo. Quizá esta relación sea resultado de diversos factores, incluyendo depresión mórbida, conflicto psicológico subyacente, aislamiento social secundario a comportamiento evasivo y una sensación de vergüenza y pena común entre las personas que tienen estos trastornos.

3.5. Factores familiares.

3.5.1. Estructura familiar.

Vivir apartado de ambos padres se ha asociado con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida en adolescentes.

3.5.2. Relaciones familiares.

Los hallazgos de varios estudios evaluados en una revisión sistemática indican una relación significativa entre fenómeno suicida y comunicación con miembros de la familia: buena comunicación y sentirse comprendido por miembros de la familiar fue asociado con menor prevalencia de pensamientos e intentos suicidas en adolescentes. La asociación entre discordia familiar y fenómenos suicidas es más prevalente en el género femenino; sin embargo, algunos estudios han sugerido que las mujeres son menos reactivas a factores estresantes familiares que los varones. Los resultados de análisis multivariados indican que la falta de soporte parental está directamente asociada con fenómenos suicidas. Pasar tiempo libre con los padres y participar en actividades familiares está asociado con disminución del riesgo de intentos e ideación suicida.

3.4. FACTORES PROTECTORES

Los factores que se encontraron como protectores de suicidio son: participación en actividades religiosas, tener hijos y seguimiento médico continuo.

3.5 REJILLA DIAGNOSTICA SUICIDIO

Como se puede ver más adelante, se detalla que los factores que pueden predisponer, precipitar, perpetuar y proteger contra los intentos suicidas en la población en general, se dividen cuatro categorías principales. Por cuestiones de conveniencia en el estudio se incluirá, al momento de obtención de datos y análisis de estos, a los factores familiares dentro de los factores sociales y los factores biológicos se estudiarán en conjunto con los factores biológicos

FACTOR	BIOLOGICO	PSICOLOGICO	SOCIAL	FAMILIAR
--------	-----------	-------------	--------	----------

<p style="text-align: center;">PREDISPONENTES</p>	<p>Trastornos mentales graves descompensados (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión grave)</p> <p>Enfermedades crónicas terminales (cáncer, VIH)</p> <p>Uso de drogas</p>	<p>trastornos de personalidad</p> <p>Poco control de impulsos</p> <p>Baja tolerancia a la frustración.</p>	<p>Aislamiento social.</p> <p>Falta de red de apoyo comunitario.</p> <p>Limitadas convicciones religiosas.</p> <p>Residir en zonas marginales y de violencia.</p>	<p>Disfunción familiar.</p> <p>Muerte de una persona significativa.</p> <p>Relación de pareja</p> <p>Falta de apoyo familiar.</p> <p>Enfermedad grave de un familiar.</p>
<p style="text-align: center;">PRECIPITANTES</p>	<p>Trastornos mentales graves descompensados (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión grave)</p> <p>Enfermedades crónicas terminales (cáncer, VIH)</p> <p>Uso de drogas</p> <p>Embarazo no deseado.</p>	<p>Formas de enfrentamiento a una situación inesperada.</p>	<p>Problemas económicos</p> <p>Fracaso escolar/laboral.</p> <p>Problemas legales y/o disciplinarios.</p> <p>No aceptación en el grupo de compañeros</p> <p>Sometimiento en situaciones de violencia.</p> <p>Pérdida de autonomía en actividades de la vida</p> <p>Conflictos interpersonales.</p>	<p>Disfunción familiar.</p> <p>Perdida de un ser querido.</p> <p>Separación de personas emocionalmente significativas.</p> <p>Separación y/o divorcio.</p> <p>Maltrato violencia intrafamiliar.</p>
<p style="text-align: center;">PERPETUANTES</p>	<p>Enfermedades crónicas y/o terminales.</p> <p>Discapacidades.</p> <p>Trastornos mentales descompensados</p> <p>Negativa a recibir apoyo</p>	<p>Trastornos mentales.</p> <p>Dificultades interpersonales</p> <p>Adicción a sustancias psicoactivas.</p>	<p>Ambiente hostil.</p> <p>Falta de desarrollo social.</p> <p>Exposición a violencia social.</p> <p>Percepción negativa de las instituciones.</p>	<p>Familia disfuncional.</p> <p>Perdida de un ser querido.</p> <p>Separación y/o divorcio.</p>

PROTECTORES	Estilos de vida saludables.	Salud Mental. Habilidades sociales. Autoestima saludable. Principios y valores. Búsqueda de ayuda. Inteligencia emocional. Manejo del estrés. Fomento de autoestima positiva y resiliencia	Entornos comunitarios saludables. Participación en actividades recreativas y deportivas. Participación en voluntariado comunitario. Accesibilidad a los servicios de salud Mental. Oportunidad de desarrollarse en un oficio y/o profesión. Oportunidades laborales.	Relación de pareja estable Familia funcional. Práctica de principios y valores. Espacios de recreación y convivencia familiar. Resiliencia familiar. Solidaridad familiar.
--------------------	-----------------------------	---	---	---

3.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones²

6.1 El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción de la persona con su modo de vivir el momento presente.

6.2. La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio de la propia persona.

6.3. Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que queden adoptar las siguientes formas de presentación: idea suicida sin un método específico, con un método inespecífico o indeterminado, con un método específico, plan o idea suicida planificada.

6.4. La amenaza suicida. Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas.

6.5. El gesto suicida. Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de reverencia para el sujeto pero que se debe considerar muy seriamente.

² Personal del Ministerio de Salud; Guías Clínicas de Psiquiatría; Editado y publicado por Ministerio de Salud y Viceministro de Políticas de Salud; San Salvador, San Salvador; Febrero 2012.

6.6. El intento suicida. También denominado para suicidio, tentativa de suicidio, intento de auto-eliminación o autolesión intencionada, es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a si mismo.

6.7. El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas o casuales, hubiera terminado en la muerte.

6.8. El suicidio accidental. Es realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte.

6.9. Suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida, deliberadamente realizada por la persona con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

3.7. MEDIOS MÁS EMPLEADOS. MECANISMOS SUICIDAS.

Los métodos suelen ser muy clásicos y típicos, a pesar de las modificaciones que permiten los cambios técnicos. Básicamente deben diferenciarse tres grandes grupos de mecanismos.

7.1. Asfixias.

La persona tiende a quitarse la vida por un método que sea rápido, basado en impedir la respiración. Los dos métodos más típicos en este sentido son la constricción brusca y duradera de las vías respiratorias (ahorcadura) y la inmersión en un medio, como el agua, que llene el pulmón e impida el intercambio de aire (asfixia por inmersión).

La ahorcadura es una forma de suicidio más típicamente rural y con predominio en el sexo masculino con una proporción hombre:mujer de 4:1. La sumersión es una forma propia del medio rural.

7.2. Grandes traumatismos.

Aquí se busca el empleo de una fuerza, que sea muy grande o específica, y produzca lesiones importantes, mortales, en el propio organismo. Pueden separarse tres subgrupos principales:

A) La fuerza viva es dada por el propio organismo. Es el caso de la precipitación desde un lugar elevado que utiliza la diferencia de nivel para generar fuerza necesaria.

B) Se utiliza una gran **fuerza exterior**, como ocurre, por ejemplo, en el atropello por tren.

C) Se emplea un **instrumento con gran lesividad específica**. Es el caso de las armas blancas y de fuego. Las armas de fuego constituyen el método más empleado en algunos países,

principalmente donde la disponibilidad de armas de fuego es mayor. Los suicidios con arma blanca, representan poco más del 5% del total de suicidios. Deben considerarse sobre todo las lesiones a nivel del cuello, con sección del paquete vascular y en región precordial. Cabe recordar la importancia numérica de los "cortes de venas" en las muñecas, que suelen constituir intentos teatrales de suicidio.

7.3. Intoxicaciones.

En este caso se utiliza el poder de la acción química intensa de una sustancia ajena al organismo. Representan un mecanismo creciente en el momento actual. Se las ha considerado como la forma más "civilizada" de suicidio, sobre todo mediante el empleo de medicamentos. Es la única forma de suicidio en cuyo recuento global predomina la tasa femenina.⁷ Dentro del grupo deben considerarse numerosas sustancias, no todas del mismo interés.

A) Psicofármacos. Ocupan el primer puesto, aunque con variaciones de tiempo y lugar. Aquí la diferencia entre tasas de suicidios consumados y de intentos de suicidio es muy grande.

B) Monóxido de carbono. Era de obtención fácil y efecto bastante seguro.

C) Cáusticos. Los cáusticos, más los del tipo ácido, en especial el ácido clorhídrico, mantienen una cierta importancia, no tanto numérica como por el dramatismo de los casos; forma de muerte no rápida y dolorosa.

D) Alcohol. El alcohol ha resultado implicado en 25 a 50% de todos los intentos de suicidio; hasta un 15% de los alcohólicos cometen suicidio en último término.¹ El 40% de los alcohólicos suicidas tienen antecedentes de intentos de suicidio previos. Los sujetos que beben corren riesgo adicional de suicidio si son hombres, si beben cantidades fuertes de manera cotidiana o si emplean otras drogas.

E) Otros. En el medio rural tienen también lugar los plaguicidas, con variaciones desde los bupiridilos (paraquat) al talio.

3.8. VALORACIÓN CLÍNICA.

Durante la valoración clínica, es conveniente investigar los siguientes aspectos en aquellos pacientes que se sospecha albergan ideas suicidas:³

7.1. Pensamientos recientes respecto a suicidarse.

⁷ Gisbert Calabuig, E. Villanueva Cañadas; Medicina legal y toxicología, Sexta Edición; Elsevier Masson; 2004

- 7.2. Intentos previos de suicidio o fantasías suicidas.
- 7.3. Opinión acerca de la muerte incluyendo creencias religiosas e ideas sobre la vida después de la muerte.
- 7.4. Síntomas de depresión, con particular énfasis en la ansiedad, impotencia y agotamiento, que se asocian con mayor riesgo de suicidio.
- 7.5. Planes, intenciones y disponibilidad de medios.
- 7.6. Preocupaciones sobre el efecto del comportamiento en los miembros de su familia.
- 7.7. La verbalización de las ideas de suicidio los colaboradores, amigos o familiares.
- 7.8. La preparación de un testamento, renunciar al empleo o regalar las posesiones.
- 7.9. Tensiones actuales o previas en la vida.
- 7.10. Uso de sustancias.
- 7.11. Impulsividad.
- 7.12. Antecedentes familiares de enfermedad mental, incluyendo intentos de suicidio.
- 7.13. Sistema de apoyo.
- 7.14. Tratamiento psiquiátrico reciente.
- 7.15. Enfoque en la esperanza.

3.9. PREVENCIÓN

Las estrategias para contrarrestar estos factores de riesgo son de tres clases.

Las de prevención “universal”, diseñadas para llegar a toda una población, pueden procurar aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo del alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión.

Las estrategias de prevención “selectivas” se dirigen a grupos vulnerables, como los de quienes han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados y emigrantes y los familiares de suicidas, mediante "guardianes" adiestrados que ayudan a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda como los prestados por líneas telefónicas.

Las estrategias “indicadas” se dirigen a personas vulnerables específicas mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen de los establecimientos de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación del manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias.

La prevención también puede desarrollarse fortaleciendo los factores protectores como relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas.

CAPÍTULO V.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de la investigación, se hizo un estudio documental de los casos de suicidios consumados entre los períodos de Enero de 2010 a Enero de 2016, y entrevista para los casos de intento suicida.

El universo en estudio fue un total de 48 pacientes embarazadas de las Regiones Occidental y Central que entre los períodos de Enero de 2010 a Enero de 2016 presentaron intento suicida y/o suicidio consumado. Un total de 23 pacientes con intentos suicidas y 25 pacientes con suicidio consumado

La muestra fue de 34 pacientes, de las cuales 10 fueron pacientes con intentos suicidas y sobrevivieron y 24 para el caso de los suicidios consumados; y fue determinada sobre la base de los criterios de inclusión y de exclusión siguientes:

Criterios de inclusión:

- Paciente embarazadas con intentos suicidas entre el período de Enero de 2010 a Enero de 2016, de las regiones Occidental y Central del SNS.
- Paciente con intento suicida, que quiera participar en el estudio.
- Paciente que logre ser contactada para realizarle la entrevista.
- Pacientes embarazadas con suicidios consumados entre el período de Enero de 2010 a Enero de 2016, de las regiones Occidental y Central del SNS, en quienes se hace constar como la causa de fallecimiento.

Criterios de exclusión

- Paciente embarazadas con suicidios consumados atendidos en centros médicos de las regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud entre el período de Enero de 2010 a Enero de 2016, pero con residencia en otras regiones del SNS.
- Paciente que no desea participar en la investigación.
- Cuadros clínicos revisados sin auditoría clínica.

Las fuentes de información fueron:

Primaria: Las pacientes que cometieron intentos suicidas y que sobrevivieron y que correspondían a las áreas geográficas determinadas en el período de tiempo establecido.

Secundaria: Expedientes clínicos en los cuales se verificó la presencia de Auditoría Clínica y Autopsia Verbal con suicidio como causa de la Muerte Materna

Las técnicas de obtención de la información fueron:

1. Entrevista a pacientes con intentos suicidas en las regiones geográficas determinadas en el período de tiempo establecido.
2. La revisión de expedientes clínicos de pacientes embarazadas con suicidios consumados en las regiones geográficas determinadas en el período de tiempo establecido.

Las herramientas de obtención de la información fueron:

1. Entrevista estructurada para determinar cuales eran los factores psico-sociales que llevaron a la embarazada de la región geográfica determinada a cometer intento suicida en el período de tiempo establecido. Además en este grupo se utilizaron cinco instrumentos adicionales:

A) Escala de Depresión de Beck. El cual, como su nombre lo indica, medía el grado de desesperanza de una persona, lo que pudo ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas e ideas autolíticas.

B) Test de tamizaje de violencia.

C) Cuestionario de Síntomas SQR. El cual sirvió para la detección de trastornos mentales que pudieron aumentar la propensión a conductas suicidas.

D) Escala de Impulsividad de Barrat, versión 11; para evaluar el grado de impulsividad presente en la paciente, teniendo este una correlación importante entre el puntaje obtenido y la propensión a intentos suicidas.

E) Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF_SIL)

2. Formulario de vaciado de información, en el cual se llevó un registro de los principales factores psico-sociales encontrados en los expedientes revisados con el que se consolidó la información para realizar el análisis.

El mecanismo de confidencialidad y de resguardo de la información fue:

1. Por medio de un consentimiento informado que fue firmado por aquellas pacientes que realizaron intentos suicidas durante su embarazo en la región geográfica determinada, en el período de tiempo establecido.

2. En base a las normas dictadas por cada Región de Salud para el mantenimiento del anonimato de los datos personales para el caso de las auditorías clínicas revisadas.

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos	Variable conceptual	Valor	Variable operacional	Medio de verificación
1. Determinar los factores psicológicos influyentes en pacientes embarazadas que presentan depresión como factor predictor para intentos suicidas y suicidio consumado en las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud.	Paciente con depresión.	BECK + BECK -	Escala de Depresión de BECK	Puntaje obtenido en la escala.
	Planificación del embarazo	Planificado. No planificado.	Inscripción y controles pre conceptuales.	Historia clínica en la UCSF. Entrevista. Expedientes clínicos. Auditorías de muertes maternas.
	Deseo del embarazo.	Embarazo deseado. Embarazo no deseado. Por violación.	Inscripción y controles pre conceptuales.	Historia clínica en la UCSF. Entrevista. Expedientes clínicos. Auditorías de muertes maternas.
	Presencia de trastornos mentales.	Trastorno de ansiedad. Adicciones. Trastornos Psicóticos	Cuestionario Ilustrado de Síntomas SRQ	Puntaje obtenido en el Cuestionario Ilustrado SQR.
	Poco control a los Impulsos	Paciente impulsiva Paciente no impulsiva	Escala de Impulsividad de Barrat, versión 11.	Puntaje obtenido en la escala
	Tolerancia a la Frustración	Poca tolerancia a situaciones adversas Buena tolerancia a situaciones adversas		Historia clínica en la UCSF. Entrevista. Expedientes clínicos. Auditorías de muertes maternas.

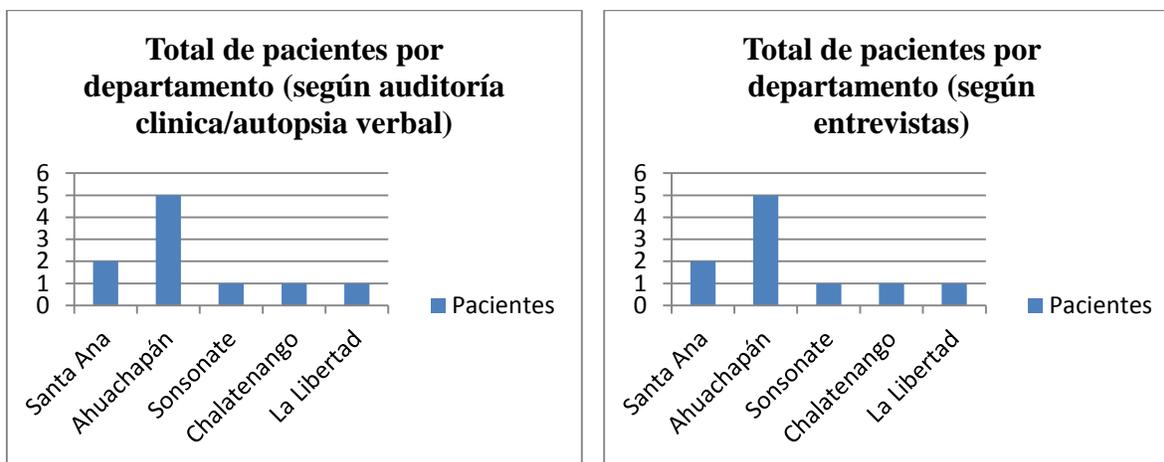
2. Conocer los factores socio-culturales que influyen en la toma de decisión de intento suicida y suicidio consumado en las pacientes embarazadas en las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud	Edad de Paciente	10 - 15 años 16 - 20 años 21 – 25 años 26 – 30 años 31 – 35 años 33 – 40 años 41 – 49 años	Instrumento para registrar los factores socio-económicos presentes.	Historia clínica en la UCSF. Entrevista. Expedientes clínicos. Auditorías de muertes maternas. Autopsias verbales.
	Zona en la que habita la paciente	Zona Rural Zona Urbana	Instrumento para registrar los factores socio-económicos presentes.	Historia clínica en la UCSF. Entrevista. Expedientes clínicos. Auditorías de muertes maternas. Autopsias verbales.
	Estado Civil de la Paciente	Soltera. Casada. Viuda. Acompañada. Divorciada.	Instrumento para registrar los factores socio-económicos presentes.	Historia clínica en la UCSF. Entrevista. Expedientes clínicos. Auditorías de muertes maternas. Autopsias verbales.
	Nivel de Escolaridad de la Paciente	Básica. Secundaria. Bachillerato. Universitaria. Ninguno (sabe leer y escribir). Analfabeta	Instrumento para registrar los factores socio-económicos presentes.	Historia clínica en la UCSF. Entrevista. Expedientes clínicos. Auditorías de muertes maternas. Autopsias verbales.

	Funcionamiento Familiar y de Pareja	Funcional Disfuncional Apoyo de la pareja No apoyo de la pareja	Instrumento FF_SIL	Puntaje obtenido en el FF_SIL
	Número de hijos al momento del intento suicida	0 hijos 1 – 2 hijos 3 hijos Más de 4 hijos	Instrumento para registrar el método de elección de las pacientes para consumir el suicidio.	Historia clínica en la UCSF. Entrevista. Expedientes clínicos. Auditorías de muertes maternas. Autopsias verbales.
	Sufre violencia.	Sufre cualquier tipo de violencia. No sufre ningún tipo de violencia.	Test de tamizaje de violencia.	Historia clínica en la UCSF. Entrevista. Expedientes clínicos. Auditorías de muertes maternas. Autopsias verbales.
3. Determinar los métodos utilizados por las pacientes embarazadas para llevar a cabo intentos suicidas en las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud.	Tipo de método de elección por la paciente para consumir el suicidio.	Por ahorcamiento. Por intoxicación. Por caída libre. Por arma de fuego. Por arma blanca. Por inmersión Otros.	Instrumento para registrar el método de elección de las pacientes para consumir el suicidio.	Historia clínica en la UCSF. Entrevista. Expedientes clínicos. Auditorías de muertes maternas. Autopsias verbales.

CAPÍTULO VI

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

1. Población total de estudio.



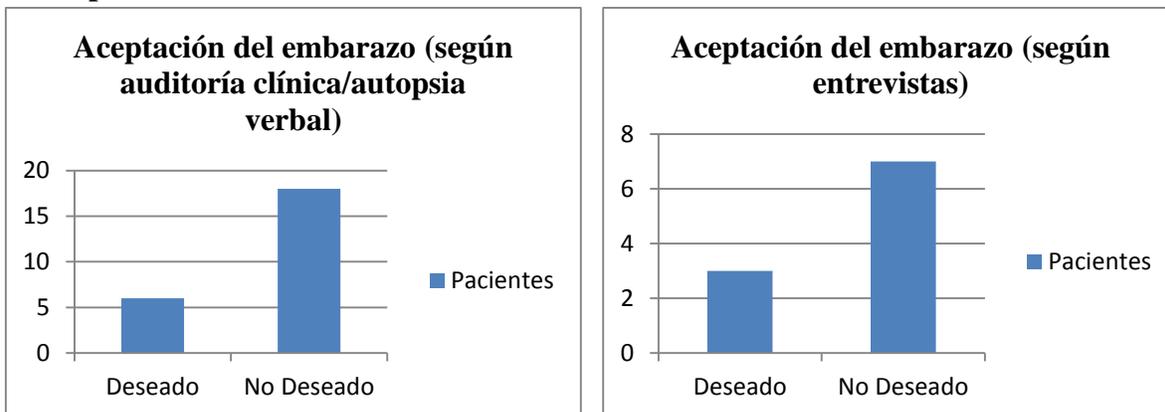
Fuente de información: Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)

Se obtuvo, según la revisión de la base de datos del Sistema Nacional de Salud, un total de 25 pacientes embarazadas con suicidio consumado en las Regiones Occidental y Central entre el período de Enero de 2010 a Enero de 2016; sin embargo, solo se tomaron en cuenta para el estudio a 24 pacientes debido a que una de las muertes (correspondiente al departamento de Chalatenango) no fue auditada. Del total de los suicidios consumados, la mayor prevalencia fue en el departamento de Santa Ana, con un total de 13 casos; en Ahuachapán y Sonsonate se presentaron cuatro casos en cada departamento y, finalmente, La Libertad y Chalatenango tuvieron dos casos cada uno.

Con respecto a las entrevistas, se logró contactar a un total de 10 pacientes, entrevistándose cinco pacientes del departamento de Ahuachapán, dos de Santa Ana, y en los restantes departamentos (Sonsonate, Chalatenango y La Libertad) una en cada uno.

Objetivo 1: Determinar los factores psicológicos influyentes en pacientes embarazadas que presentan depresión como factor predictor para intentos suicidas y suicidio consumado en las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud.

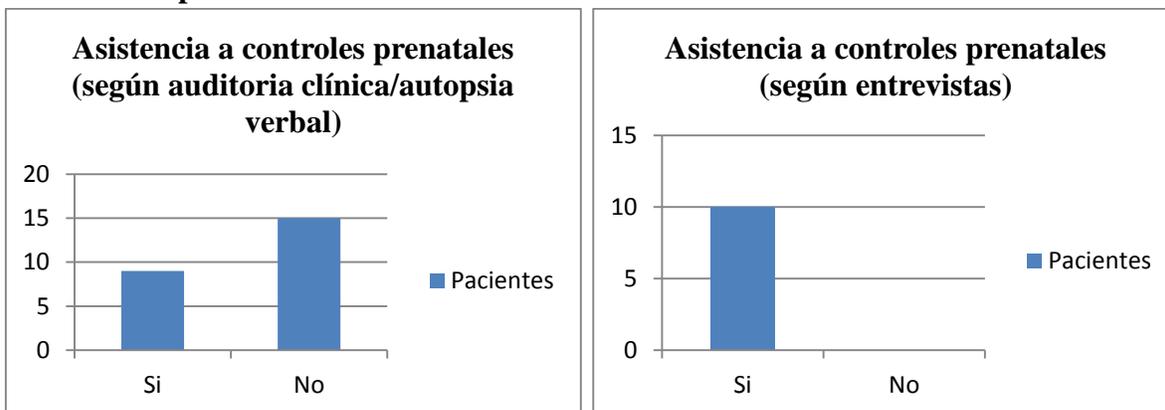
2. Aceptación del embarazo.



Fuente de información: Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)

Del total de las auditorías revisadas, se obtuvo el dato que 18 de estas presentaron un embarazo no deseado y solamente seis habían planificado o aceptaban el embarazo. Con respecto a las pacientes entrevistadas, solamente 3 habían planificado el embarazo en el que presentaron el intento suicida, en tanto que 7 de los embarazos fueron no planeados.

3. Controles prenatales.

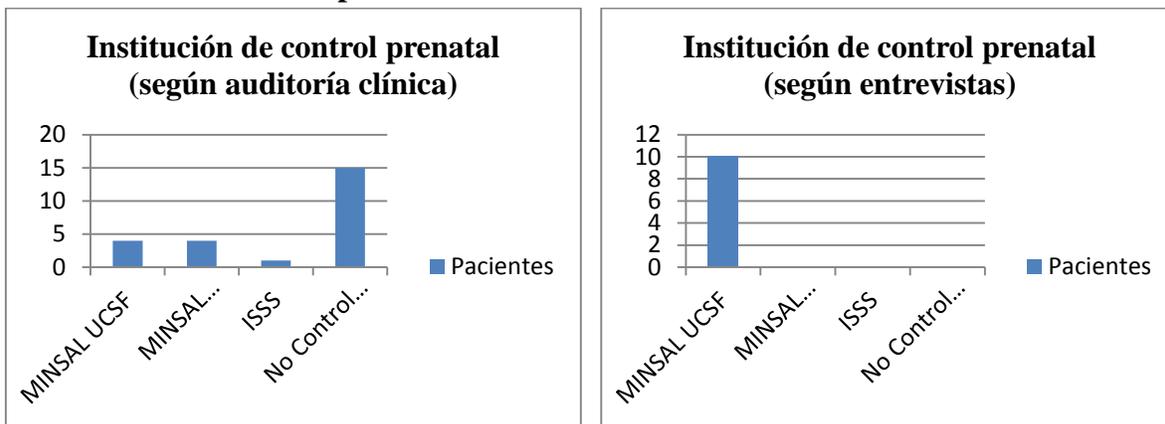


Fuente de información: Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)

Del total de auditorías clínicas revisadas, solamente nueve llevaron controles prenatales durante el embarazo en el cual sucedió el suicidio; en tanto que 15 de ellas no buscaron

ningún tipo de atención sanitaria. Entre las pacientes entrevistadas, la totalidad de ellas asistió a controles prenatales.

4. Institución de control prenatal.

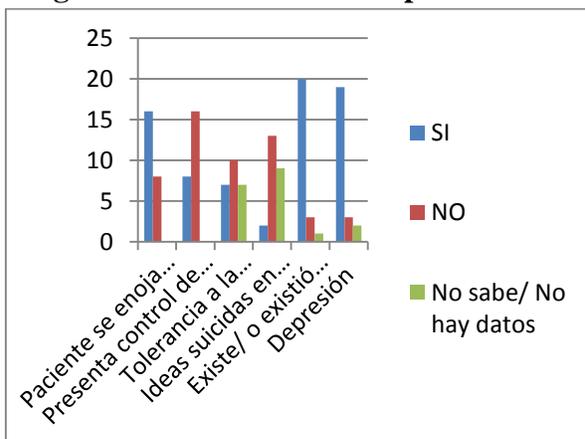


Fuente de información: Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)

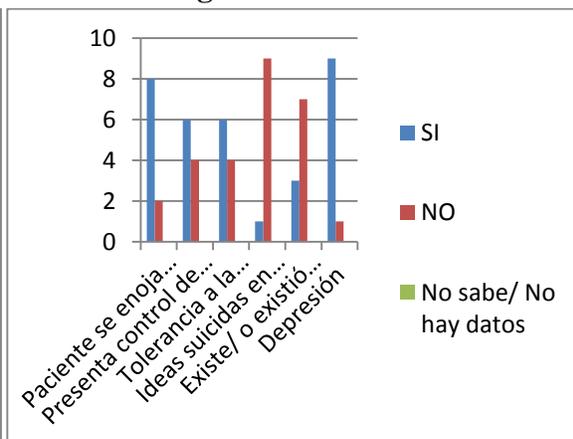
Como forma complementaria a la gráfica anterior, de las nueve pacientes que llevaron controles prenatales, cuatro lo hicieron en el nivel básico mientras que cuatro en hospitales de segundo o tercer nivel del MINSAL y solamente una acudió al ISSS. Del total de las pacientes entrevistadas, todas llevaron sus controles prenatales en el nivel básico del MINSAL

5. Rasgos de personalidad.

Según auditoría clínica/autopsia verbal.



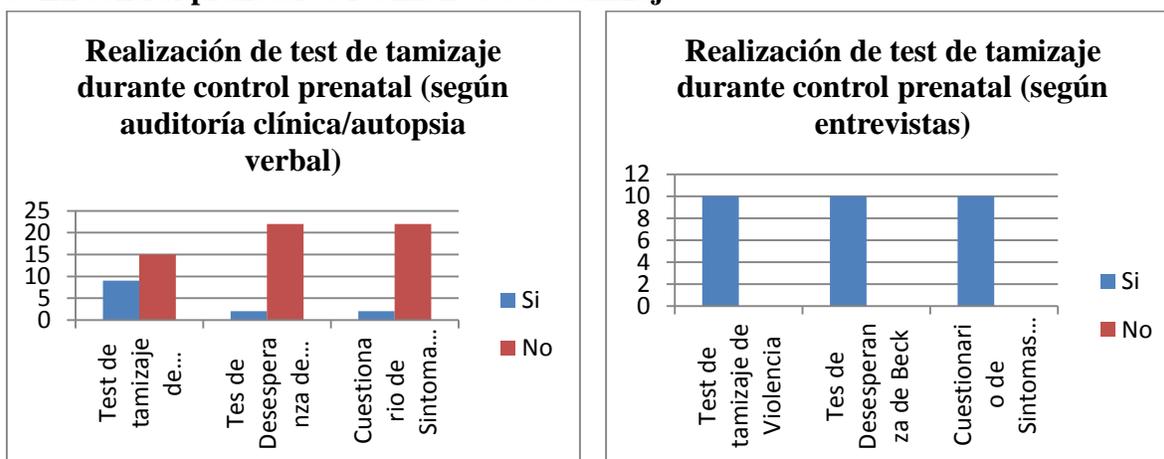
Según entrevistas.



Fuente de información: Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)

Según los datos de las auditorías clínicas, los rasgos de personalidad más prevalentes que podían conllevar a intentos suicidas y que estaban presentes en la mayoría de las pacientes eran la tendencia al enfado (positivo en 16 pacientes), la falta de control de impulsos (presente en 16 pacientes), la existencia de un plan de suicidio (presente en 20 pacientes) y la existencia de algún grado de depresión evidenciable por los familiares o amigos entrevistados durante las autopsias verbales (positivo para 19 mujeres). Dentro de los factores protectores que se enumeraban principalmente estaban la tolerancia a la frustración (presente en 7 pacientes) y la aparente ausencia de ideas suicidas en ausencia del embarazo (presente en 13 pacientes). Con respecto a las pacientes entrevistadas, los datos obtenidos a través de la realización de los test psicológicos, es bastante similar; de estas, 8 tienden a presentar enfado frecuente, seis presentan control adecuado de los impulsos, seis presentan tolerancia a la frustración, solamente una presentó ideas suicidas en ausencia de embarazo, solamente tres de las pacientes entrevistadas contaban con un plan estructurado para realizar el intento suicida y nueve de las pacientes entrevistadas presentaron algún grado de depresión durante el embarazo en el que sucedió el evento.

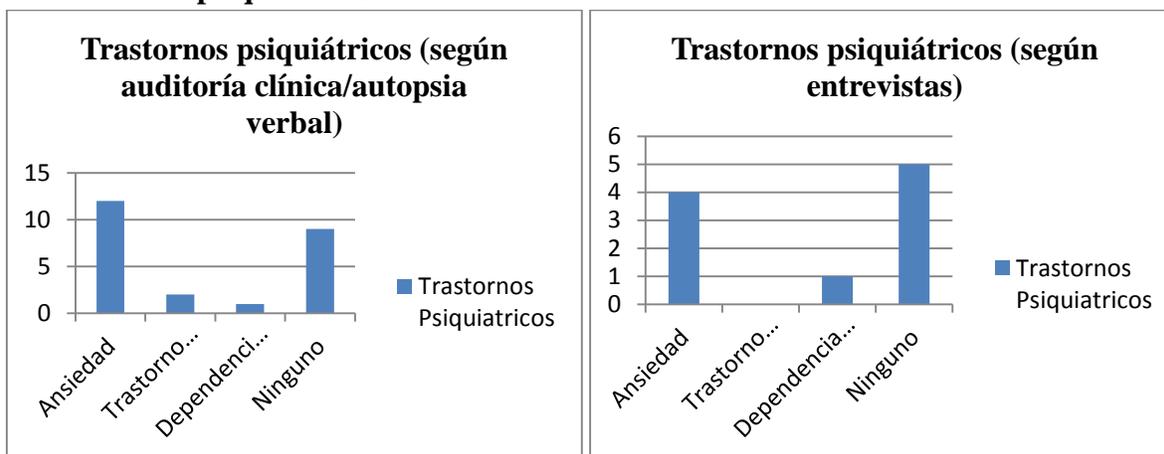
6. En control prenatal se realizan test de tamizaje.



Fuente de información: Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)

De las nueve pacientes auditadas que llevaron controles prenatales, a todas se les realizó el test de tamizaje de violencia, pero solamente a dos se les realizan los Test de desesperanza de Beck y el de síntomas SQR. Para el caso de las pacientes entrevistadas, las 10 realizaron los tres test propuestos

7. Trastornos psiquiátricos.

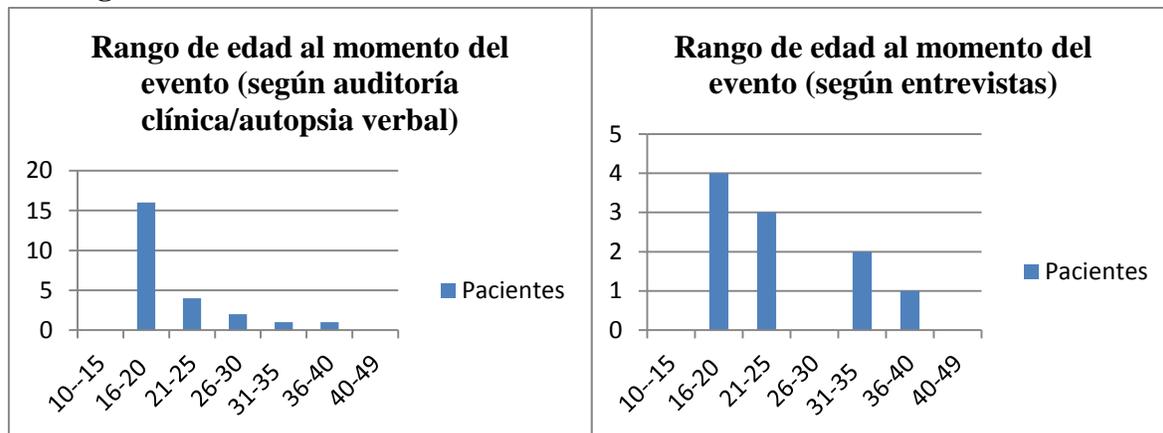


Fuente de información: *Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)*

El trastorno psiquiátrico mayormente predominante es el de ansiedad presente en 12 de las pacientes auditadas; sin embargo, nueve del total no presentaba, aparentemente, indicio de alguna condición psiquiátrica. Dos presentaban trastornos psicóticos y una dependencia a algún tipo de droga no especificada. En base a los test aplicados, cuatro pacientes entrevistadas presentaban un trastorno de ansiedad, una presentaba dependencia a drogas de abuso y cinco no presentaban ningún tipo de trastorno psiquiátrico que pudiera aumentar teóricamente el riesgo de intento suicidio.

Objetivo 2. Conocer los factores socio-culturales que influyen en la toma de decisión de intento suicida y suicidio consumado en las pacientes embarazadas en las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud

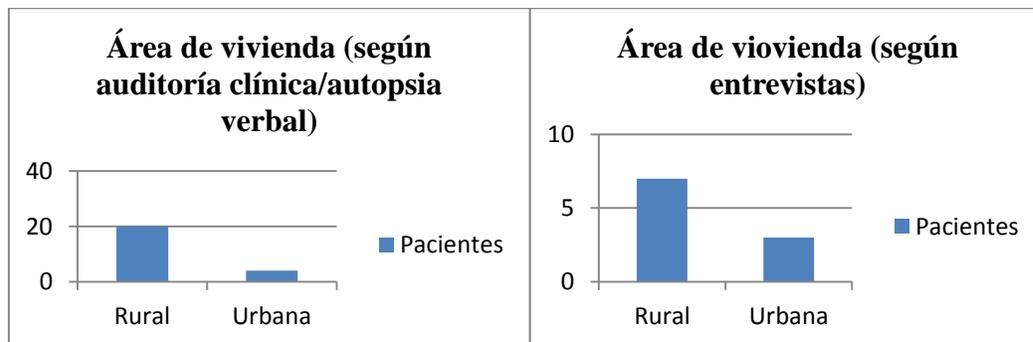
8. Rango de edad al momento del evento.



Fuente de información: *Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)*

En base a los cuadros auditados, el grupo etario de 16 a 20 años tuvo un total de 16 pacientes; le sigue el grupo de 21 a 25 años que lo constituyeron cuatro pacientes; dos estaban en el grupo de 26 a 30 años, mientras que en los grupos de 31 a 35 años y de 36 a 40 años se presentó solamente un caso en cada uno. No así los grupo de 10 a 15 y de 40 a 49 años que no abonaron casos al estudio. De las pacientes entrevistadas, el grupo mayoritario fue igualmente entre los 16 a 20 años con cuatro casos; se presentaron tres casos en las pacientes entre 21 a 25 años; dos pacientes entre los 31 a 35 años y solamente una en el grupo entre 36 a 40 años.

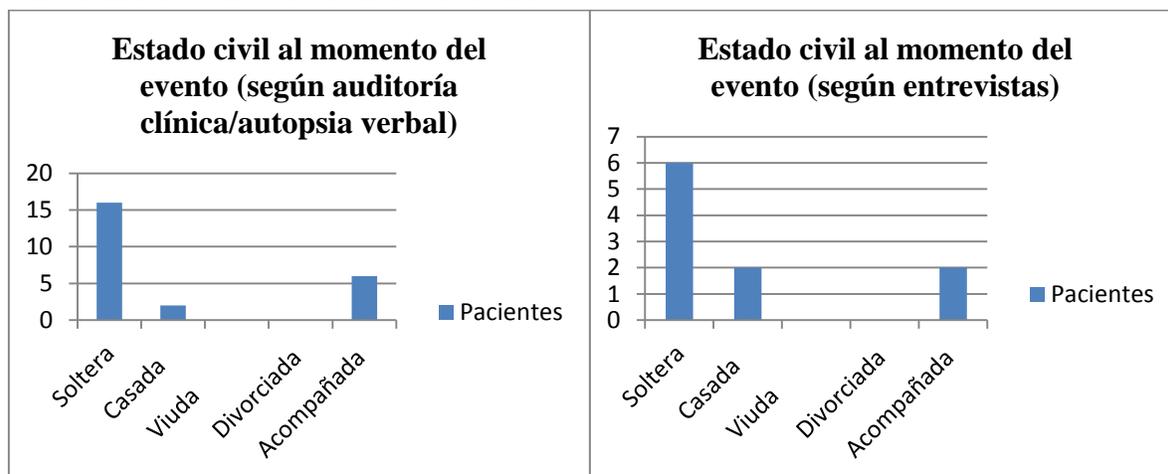
9. Área de vivienda.



Fuente de información: *Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)*

De las pacientes auditadas, 20 residían en la zona rural y solamente cuatro en la zona urbana. De las pacientes entrevistadas, siete habitaban en zona rural y tres en zona urbana.

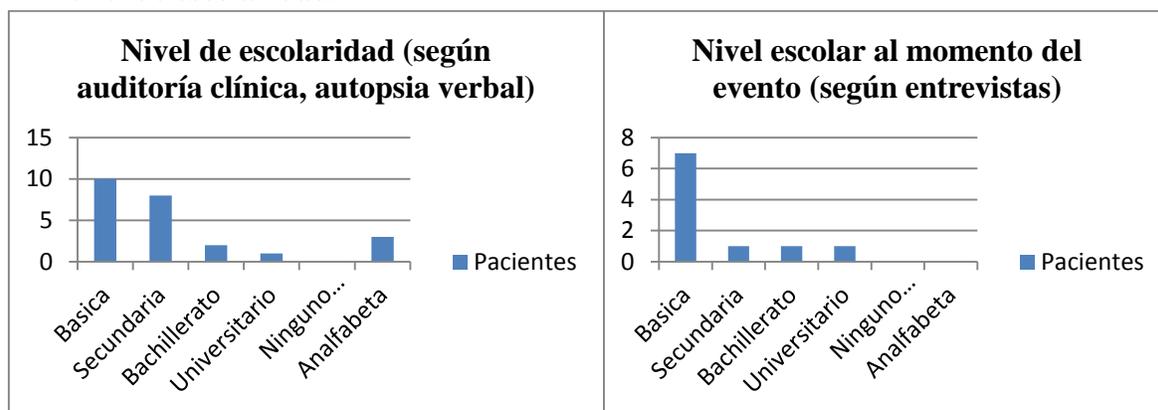
10. Estado civil al momento del evento.



Fuente de información: *Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)*

Se puede ver que la mayor cantidad de pacientes eran solteras al momento del suicidio con 16 casos en total. Le sigue la categoría de pacientes acompañadas quienes fueron seis casos. Para las casadas solo fueron dos casos, mientras que entre las viudas y divorciadas no se presentaron casos. De las pacientes entrevistadas, seis se encontraban solteras al momento del embarazo, dos estaban casadas y dos acompañadas.

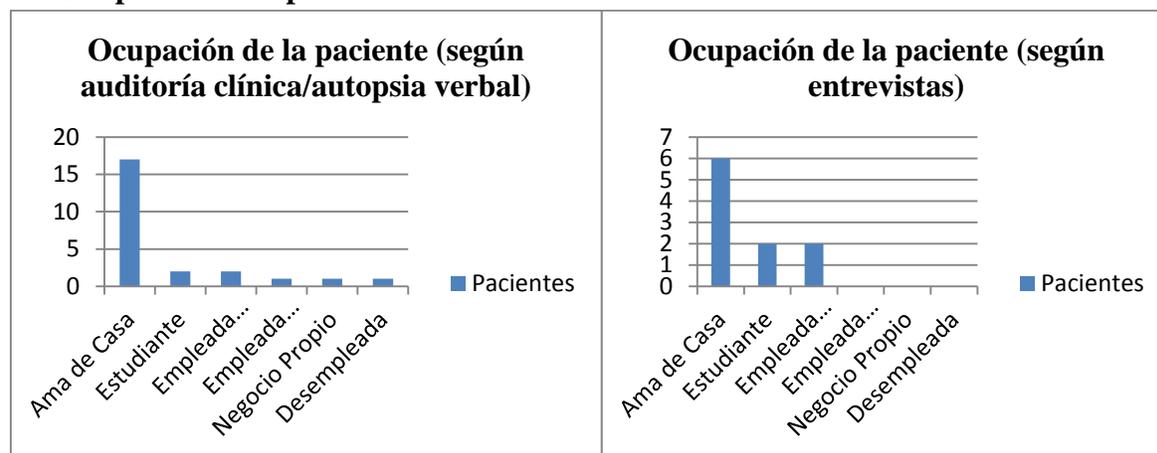
11. Nivel de escolaridad.



Fuente de información: *Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)*

Del total de embarazadas que se suicidaron, 10 de ellas tenían un nivel básico de estudios; en el otro extremo, solamente una de ellas tenía un grado universitario. Ocho pacientes habían cursado la secundaria y dos habían estudiado hasta bachillerato. Se contaron dentro de los casos también tres mujeres analfabetas. De las mujeres entrevistadas, siete tenían un nivel básico de estudio, y se cuenta una paciente para cada una de las categorías de secundaria, bachillerato y universitario.

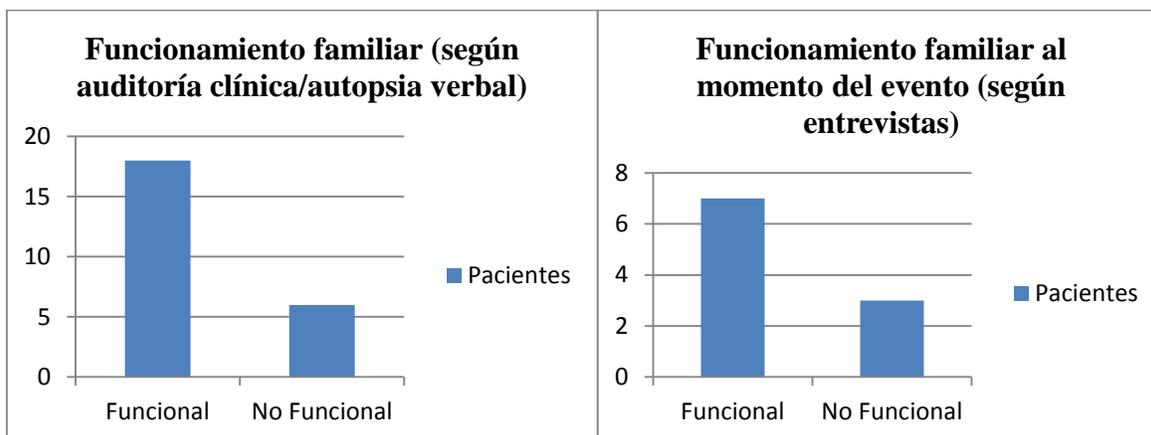
12. Ocupación de la paciente.



Fuente de información: *Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)*

La mayoría de las pacientes auditadas, en total 17, no tenían un trabajo remunerado, sino que se desempeñaban como amas de casa. En los grupos de estudiantes y empleadas formales hubo dos casos en cada grupo y finalmente solo un caso en cada uno de los grupos de empleadas informales, las que tenían negocio propio o que no tenían ningún oficio u ocupación. Para el caso de las pacientes entrevistadas, seis refirieron ser amas de casa al momento del intento suicida, dos eran estudiantes y dos se desempeñaban como empleadas formales.

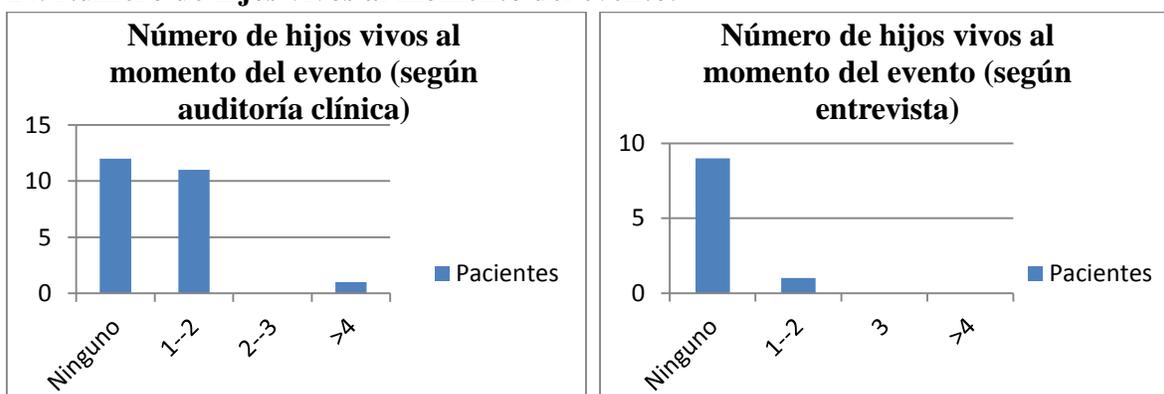
13. Funcionamiento familiar.



Fuente de información: Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)

Del total de expedientes revisados, en 18 reportaba un entorno familiar funcional mientras que en solo seis casos se catalogó como disfuncional. Para las pacientes entrevistadas, siete manifestaban que al momento del evento presentaban un funcionamiento familiar adecuado y solamente en tres se evidenciaban relaciones familiares deficientes.

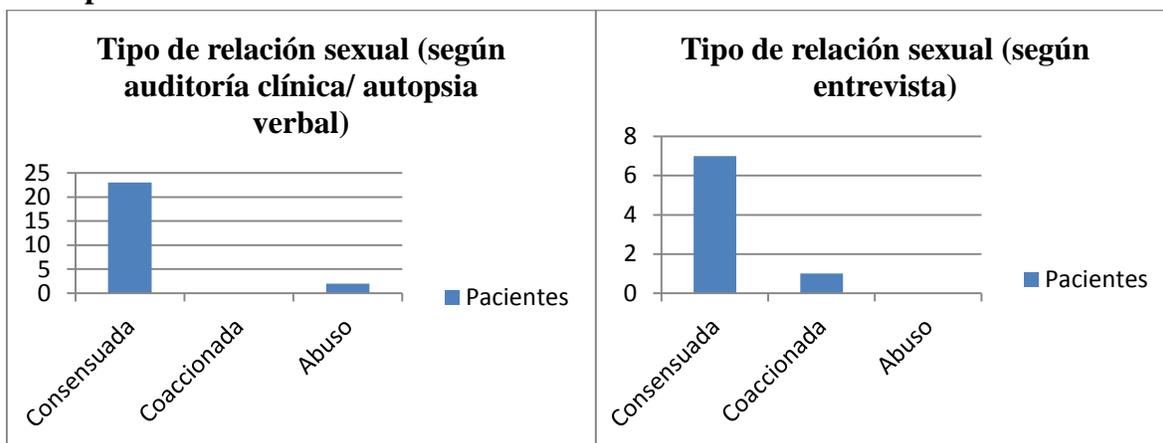
14. Número de hijos vivos al momento del evento.



Fuente de información: Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)

Se observa que 12 pacientes no tenían hijos al momento de cometer suicidio, en tanto que 11 tenían uno o dos hijos y solamente una tenía más de cuatro hijos cuando se suicidó. De las pacientes entrevistadas, nueve de las mujeres que intentaron quitarse la vida no tenían hijos y solo una tenía uno o dos hijos.

15. Tipo de relación sexual.

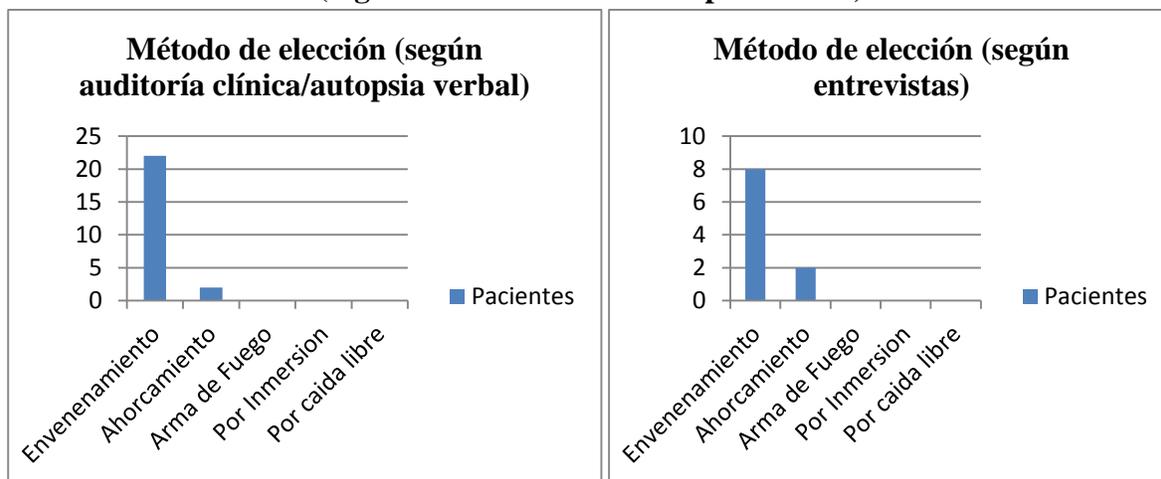


Fuente de información: *Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)*

Del total de pacientes que se suicidaron, 22 mantuvieron relaciones sexuales consensuadas, en tanto que únicamente dos de ellas se dio un abuso sexual. De las pacientes entrevistadas, ocho mantuvieron relaciones sexuales consensuadas y dos fueron coaccionadas.

Objetivo 3. Determinar los métodos utilizados por las pacientes embarazadas para llevar a cabo intentos suicidas en las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud.

16. Método de elección (según auditoría clínica/autopsia verbal)



Fuente de información: Pacientes con Suicidio Consumado en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010- Enero 2016(n=24); Pacientes que presentaron intentos suicidas en Regiones Occidental y Central de Salud de Enero 2010-2016(n=10)

El método mas comúnmente utilizado fue el envenenamiento por ingesta de sustancias tóxicas sin especificación del tipo con 22 casos y solamente dos utilizaron la forma de ahorcamiento. No se reportó ningún caso de suicidio por inmersión, caída libre ni por disparo de arma de fuego. Finalmente, las entrevistas arrojaron datos similares con un predominio de los envenenamientos con ocho casos y solamente dos intentos de ahorcamiento.

CAPÍTULO VII

7. DISCUSIÓN

El objetivo principal de la investigación era determinar todos aquellos factores que influyeron en la toma de decisión de llevar a cabo un intento suicida en las pacientes embarazadas de dos de las cinco Regiones del Sistema Nacional de Salud, con especial énfasis en aquellos casos a los que se llegó al suicidio consumado por una mayor facilidad de la obtención de los datos al haber registros más o menos detallados de estos casos.

Luego de la obtención de los datos y el análisis de estos son numerosos los hallazgos que pueden señalarse, algunos que contrastan con lo encontrado en la literatura indagada y otros que se explican por las mismas fuentes bibliográficas.

Primeramente se buscaba conocer cuales eran aquellos factores psicológicos que condicionaban la búsqueda de la interrupción del embarazo a través de la finalización de la propia vida; es de resaltar el hecho que, a pesar que la información se obtuvo de terceras personas mayoritariamente, estas brindan un panorama bastante amplio y aclaran muchos de los aspectos que pueden ser considerados como factores predisponentes y desencadenantes de estos eventos. Principalmente resaltan las cualidades que los allegados de las víctimas citan, como por ejemplo, el pobre manejo de emociones intensas como el enojo. Otro factor destacado en la literatura revisada y que estuvo presente en la mayoría las auditorías revisadas, es el poco control sobre las acciones impulsivas, lo cual sumado a los síntomas de depresión, que son fácilmente perceptibles por otros, llevaba a que casi la totalidad de éstas presentaran un plan suicida manifiesto durante el embarazo. Reviste principal punto de interés el hecho que en muy pocas, o ninguna de las autopsias verbales se registra algún intento por parte del familiar o amigo de la embarazada de persuadir a ésta para que buscara ayuda médica o sanitaria oportuna; lo cual resulta aún más llamativo considerando que, según el estudio de la dinámica familiar, el 75% de estas contaba con un grupo familiar funcional que es considerado una red de apoyo por excelencia y un factor protector ante las ideaciones y conductas suicidas. Para el caso de aquellas pacientes entrevistadas, los resultados fueron bastante similares; sin embargo, los factores que resultan más importantes son las falta de ideas suicidas en ausencia de embarazo y el hecho que la gran mayoría negaron haber tenido un plan estructurado para quitarse la vida.

Posteriormente, se encontró que los criterios más objetivos que pudieron haber llevado a la detección de estos factores de riesgo no se aplicaron de forma sistemática a todas las embarazadas que decidieron ponerse en control prenatal en cualquiera de los diferentes niveles del SNS. Siendo únicamente el test de tamizaje de violencia el que se aplicó al 100% de ellas; en cambio, los test que podrían indicar síntomas depresivos o psiquiátricos asociados con el suicidio se aplicaron solamente al 22% de las mismas.

A pesar todo lo antes mencionado se logra observar tomando los comentarios de los entrevistados en las autopsias verbales como única referencia diagnóstica, se catalogan a cierto número de pacientes con trastornos psiquiátricos puntuales en algunos casos, principalmente en trastornos de ansiedad. Sin embargo hay un número casi similar de pacientes en quienes se descarta algún tipo de comportamiento que asociado a un trastorno psiquiátrico, lo cual genera duda en cuanto a la categorización de estos últimos.

Para finalizar con los aspectos psicológicos, quizá el que más peso tenga en cuanto a la alta frecuencia de este tipo de eventos es la aceptación o no del embarazo por la propia paciente. Como se observó en los resultados, solamente nueve de las 24 pacientes asistieron a controles prenatales, constituyendo únicamente un 25% del total. En la mayoría de los expedientes clínicos revisados, se destacaba por parte de las personas entrevistadas, que las pacientes que no asistieron a centros asistenciales debido a que; al ser embarazos no deseados a pesar de haber sido producto de relaciones sexuales consensuadas en el 92% de los casos, la búsqueda de asistencia sanitaria podría haber significado en ellas el conocimiento por parte de sus padres, familiares y amigos del embarazo. Sin embargo resulta llamativo el hecho que el grupo etario más prevalente fue el de 16 a 20 años, dado que en los últimos años la edad de inicio de relaciones sexuales y de embarazos adolescentes se sitúa por debajo de este rango de edad; sin embargo, cumple con el patrón descrito en la literatura de mayor predominio en la adolescencia para los suicidios relacionados con el embarazo.

Se observó también el claro predominio de los suicidios consumados en la zona rural, lo cual se puede explicar desde el punto de vista que es el área geográfica mayormente predominante en el país y el que históricamente ha sido el más relacionado con situaciones de pobreza. Paradójicamente no compatible con la premisa que en el área rural las mujeres tienden a embarazarse a más temprana edad y a formas hogares más numerosos en comparación a los urbanos. Probablemente esto relacione a la alta incidencia de relaciones sexuales entre compañeros de escuela y amigos o parejas informales, como lo denota el hecho que el estado civil predominante es la soltería con un 67% de los casos; hecho también mencionado por la literatura como factor contribuyente.

Es también claro que a menor nivel de escolaridad, aunando a un casi inexistente sistema de enseñanza integral que incluya aspectos básicos de educación sexual y reproductiva, menor es el conocimiento de las consecuencias del inicio de relaciones sexuales a temprana edad y mayor la incidencia de embarazos no deseados que puedan finalizar en intentos suicidas, hecho puesto de manifiesto por que el 75% de las mujeres tienen un grado académico inferior a la educación media; igualmente, patrón bastante común en zonas rurales, tendencia que en los últimos años se ha estado extendiendo hasta cascos urbanos debido a la inseguridad creciente.

El nivel educativo y la zona en la que habita condicionan también el tipo de oficio de la persona, principalmente de la mujer en el caso concreto de la investigación. Se encontró que

en el 75% de los casos, las embarazadas no realizaban ninguna actividad económicamente productiva, y el 70% del total se desempeñaban como amas de casa; lo que está descrito en la literatura como un factor que puede actuar como un predisponente a presentar intentos suicidas al no tener actividades continuas que hagan sentir a la persona productiva económicamente hablando y mantener su mente distraída de situaciones estresantes o problemas de la vida diaria.

Finalmente se buscaba determinar cual era el principal método utilizado por las embarazadas para consumar los intentos suicidas. Se encontró un claro predominio de los envenenamientos por ingesta de sustancias tóxicas, con un 92% de frecuencia, las cuales en su mayoría eran sustancias utilizadas en la agricultura como plaguicidas. La explicación más razonable es la fácil disponibilidad de este recurso y la alta tasa de mortalidad que presenta, haciéndolo un excelente método suicida sobre todo en aquellas personas que actúan impulsivamente.

CAPÍTULO VIII

8. CONCLUSIONES

1. El problema del suicidio durante el embarazo es una entidad con una etiología multifactorial que requiere un análisis integral de distintos actores de la vida social, más allá del papel del médico para detectar y combatir su origen.
2. La baja cobertura de servicios básicos de salud, educación y programas sociales efectivos, son uno de los principales obstáculos para la superación de la mujer; lo cual conlleva a la prevalencia de los embarazos no deseados y de precarias condiciones de vida, que en ocasiones pueden llevar a la mujer embarazada al suicidio.
3. La falta de redes de apoyo eficaces y de consejería, tanto para la familia como para la adolescente embarazada, son puntos clave en la aparición del fenómeno del suicidio en el embarazo.
4. La falta de bibliografía orientada al problema del suicidio, específicamente durante el embarazo, así como la deficiente cultura de investigación a nivel de país, limitan el conocimiento epidemiológico y de interacción de los factores de riesgo para determinar la mayor o menor influencia de éstos en la génesis del problema.
5. La limitada disponibilidad de tiempo para un estudio más profundizado de las diferentes variables presentes en los casos individuales dificulta obtener un panorama más amplio y claro sobre la problemática estudiada.
6. La falta de consenso dentro del Sistema Nacional de Salud con respecto a Lineamientos y Normativas de tratamiento de pacientes con problemas emergentes de Salud Pública, dificulta la notificación adecuada de casos de algunas patologías; entre ellas el intento suicida durante el embarazo.

CAPÍTULO IX

9. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

1. Establecimiento de Guías o Protocolos estandarizados que garanticen una atención integral a las pacientes embarazadas; no solamente en el aspecto clínico, sino también en el aspecto cognoscitivo y mental, con el fin de disminuir la incidencia del suicidio durante el embarazo en aquellas regiones de alta prevalencia.
2. Búsqueda activa de interacción entre diferentes sectores del Estado, como Salud y Educación, para promover la instauración de programas en los colegios y escuelas, que puedan condicionar una educación adecuada y responsable sobre salud sexual y reproductiva en la niñez para combatir el problema del embarazo adolescente.
3. Destinar mayor cantidad de recursos para la investigación de la problemática; considerándola un problema emergente de Salud Pública, para evitar su perpetuación y progresión, tomando en consideración que las medidas preventivas son la mejor herramienta de ahorro de recursos en un medio carente de los insumos suficientes para la atención adecuada de la población general.

A las Universidades e Instituciones formadoras de Recursos en Salud:

4. Concientización, por parte de los entes formadores de los recursos en salud, sobre la importancia de considerar, en todo tipo de atención, la salud mental de la población como parte vital de la cultura de prevención en salud y mejora de las condiciones de vida.

A la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador

5. Reapertura de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, para así garantizar la formación de personal competente y capacitado para la detección de factores de riesgo y formulación de programas que incidan positivamente en la disminución de la morbimortalidad que trae el suicidio, principalmente en adolescentes embarazadas.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization; Health for the World's Adolescents, A second chance in the second decade; Publicado en Internet por la Organización Mundial de la Salud en 2014.
http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf
2. Personal del Ministerio de Salud; Guías Clínicas de Psiquiatría; Editado y publicado por Ministerio de Salud y Viceministro de Políticas de Salud; San Salvador, San Salvador; Febrero 2012.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guias_Clinicas_de_Psiquiatria.pdf
3. G. David Elkin; Psiquiatría clínica; Primera Edición; McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. México; 2000
4. R.J. Toros Greffenstein, L.E. Yepes Roldán, C.A. Palacios Acosta; Fundamentos de Medicina, Psiquiatría; Quinta Edición; Corporación para Investigaciones Biológicas; Medellín, Colombia; 2010.
5. Organización Mundial de la Salud; Prevención del suicidio, un imperativo global; Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2014.
http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1
6. Organización Mundial de la Salud; La depresión, Nota descriptiva N° 369; Publicado en Internet por la Organización Mundial de la Salud en Abril de 2016.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
7. Gisbert Calabuig, E. Villanueva Cañadas; Medicina legal y toxicología, Sexta Edición; Elsevier Masson; 2004
8. Organización Mundial de la Salud; La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes; Comunicado de prensa publicado en Internet por la Organización Mundial de la Salud; 14 de Mayo de 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>

9. Organización Mundial de la Salud; ¿Cómo se puede prevenir el suicidio? Preguntas y respuestas en línea; Publicado en Internet por la Organización Mundial de la Salud; 31 de Agosto de 2015.
<http://www.who.int/features/qa/24/es/>
10. Theodore A. Stern; Psiquiatría en la consulta de atención primaria: Guía práctica; Segunda Edición; Mc-Graw-Hill Interamericana; España, 2005
11. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos; American Psychiatric Association; 2008.
12. Carlos E. Climent, María Victoria de Arango; Manual de Psiquiatría para trabajadores de Atención Primaria; Segunda Edición; PALTEX, Organización Panamericana de la Salud; Cali, Colombia; 1996.
13. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev. 2004

ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente instrumento tiene como objetivo consentir la participación de las pacientes embarazadas que realizaron intentos suicidas, en el estudio que lleva como tema “FACTORES PSICO-SOCIALES INFLUYENTES PARA INTENTO SUICIDA DE PACIENTES EMBARAZADAS EN LAS REGIONES OCCIDENTAL Y CENTRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ENTRE EL PERIODO DE ENERO 2010 A ENERO 2016.” realizado por los Egresados de la carrera Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador. El cual tiene por objetivo recolectar datos de las embarazadas que llevaron a cabo intentos suicidas para la búsqueda de factores psicosociales que incrementan el riesgo y su prevención.

Fecha _____

Yo _____ de _____ años de edad y con número de DUI _____. Por medio del presente hago constar en pleno uso de mis facultades mentales, libre y de forma voluntaria que he sido debidamente informado/a sobre dicho estudio y en consecuencia AUTORIZO a que se me realice el estudio médico conocido como “FACTORES PSICO-SOCIALES INFLUYENTES PARA INTENTO SUICIDA DE PACIENTES EMBARAZADAS EN LAS REGIONES OCCIDENTAL Y CENTRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ENTRE EL PERIODO DE ENERO 2010 A ENERO 2016” y posteriores análisis correspondientes a mi estado de salud bajo los términos de dicho estudio, teniendo en cuenta los siguientes parámetros.

1. He comprendido la naturaleza y el propósito de este estudio.
2. Se ha brindado espacio para aclarar mis dudas.
3. Estoy satisfecha con la información que se me ha proporcionado.
4. Reconozco que pertenecer a este grupo de estudio es bajo cierto análisis y deliberación de resultados.
5. La información brindada es bajo confidencialidad médica.
6. Que daré de forma fidedigna toda la información solicitada.

Por tanto declaro que estoy debidamente informado/a y DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de dicho estudio en mi persona sin ninguna objeción, poniéndome bajo las disposiciones del mismo.

F. _____

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA

INSTRUMENTO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS DE GRADUACIÓN

Título: “Factores psico-sociales influyentes para intento suicida de pacientes embarazadas en las regiones occidental y central del Sistema Nacional de Salud en el período de Enero de 2010 a Enero de 2016”

El siguiente instrumento tiene como objetivo recolectar datos sobre los principales factores de riesgo psico-sociales presentes en las pacientes embarazadas en las Regiones Occidental y Central del Sistema Nacional de Salud en el período de Enero de 2010 a Enero de 2016 que presentaron intentos suicidas/suicidios consumados, para posteriormente realizar un análisis integral que pueda servir para desarrollar acciones de detección temprana y prevención del suicidio en las embarazadas.

Nota: A toda paciente entrevistada se le llevarán a cabo los siguientes test al final del Instrumento de recolección de datos

Responsable del llenado: _____.

Fecha de llenado del instrumento: _____.

Número de encuesta: _____.

Nombre de la persona encuestada o auditada: _____.

1. DATOS ACTUALES (Si se trata de suicidio consumado, pasar al apartado 2)

1.1 Edad

10 – 15 años	<input type="checkbox"/>	26 – 30 años	<input type="checkbox"/>	40 – 49 años	<input type="checkbox"/>
16 – 20 años	<input type="checkbox"/>	31 – 36 años	<input type="checkbox"/>		
21 – 25 años	<input type="checkbox"/>	36 – 40 años	<input type="checkbox"/>		

1.2 Estado civil

Soltera	<input type="checkbox"/>	Divorciada	<input type="checkbox"/>	Viuda	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>	Acompañada	<input type="checkbox"/>		

1.3 Número de hijos vivos

0 hijos	<input type="checkbox"/>	3 – 4 hijos	<input type="checkbox"/>
1- 2 hijos	<input type="checkbox"/>	Más de 4 hijos	<input type="checkbox"/>

1.4 Municipio de residencia

Dirección actual:

2. DEL INTENTO SUICIDA/SUICIDIO CONSUMADO

2.1 Año del evento

2010	<input type="checkbox"/>	2013	<input type="checkbox"/>	2016	<input type="checkbox"/>
2011	<input type="checkbox"/>	2014	<input type="checkbox"/>		
2012	<input type="checkbox"/>	2015	<input type="checkbox"/>		

2.2 Edad al momento del evento

10 – 15 años	<input type="checkbox"/>	26 – 30 años	<input type="checkbox"/>	40 – 49 años	<input type="checkbox"/>
16 – 20 años	<input type="checkbox"/>	31 – 36 años	<input type="checkbox"/>		
21 – 25 años	<input type="checkbox"/>	36 – 40 años	<input type="checkbox"/>		

2.3 Estado civil al momento del evento

Soltera	<input type="checkbox"/>	Divorciada	<input type="checkbox"/>	Viuda	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>	Acompañada	<input type="checkbox"/>		

2.4 Número de hijos vivos al momento del evento

0 hijos	<input type="checkbox"/>	3 hijos	<input type="checkbox"/>
1- 2 hijos	<input type="checkbox"/>	Más de 4 hijos	<input type="checkbox"/>

2.5 Tipo de relación sexual

Voluntaria	<input type="checkbox"/>	Coaccionada	<input type="checkbox"/>	Abuso	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------	--------------------------

2.6 Aceptación del embarazo

Deseado	<input type="checkbox"/>	No deseado	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	------------	--------------------------

2.7 Controles prenatales

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

2.8 Institución de atención prenatal

MINSAL UCSF	<input type="checkbox"/>	ISSS	<input type="checkbox"/>
MINSAL Hospitalario	<input type="checkbox"/>	No controles prenatales	<input type="checkbox"/>

2.9 En inscripción/control prenatal se realiza (Aplica para auditoría clínica/revisión de expediente clínico.)

Test de tamizaje de violencia	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Test de desesperanza de Beck	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cuestionario de Síntomas SQR	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

2.10 Factores psicológicos presentes

Paciente se enoja con frecuencia	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Presenta control de impulsos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tolerancia a la frustración	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ideas suicidas en ausencia de embarazo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Existe o existió plan de suicidio	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Depresión (Beck + o en auditoría)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ansiedad (SQR+ o en auditoría)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Trastorno Psicótico (SQR+ o en auditoría)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Dependencia a drogas o alcohol (SQR+ o en auditoría)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

2.11 Factores biológicos presentes

Desarrollo anormal del embarazo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Amenaza de aborto	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Trastorno hipertensivo del embarazo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Diabetes Gestacional	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Enfermedad médica previa al embarazo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Detección de malformación fetal	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Adquisición de VIH	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Infecciones de vías urinarias a repetición durante el embarazo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

2.12 Factores socioculturales y familiares presentes

Zona de la vivienda	Urbana	<input type="checkbox"/>	Rural	<input type="checkbox"/>
Propiedad de la vivienda	Propia	<input type="checkbox"/>	Alquilada	<input type="checkbox"/>
			Terreno usurpado	<input type="checkbox"/>
Vivía con	Sola	<input type="checkbox"/>	Familia natural	<input type="checkbox"/>
	Pareja	<input type="checkbox"/>	Familia de pareja	<input type="checkbox"/>
Funcionamiento familiar	Funcional	<input type="checkbox"/>	Disfuncional	<input type="checkbox"/>
Apoyo de la pareja	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ocupación de la paciente	Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Empleada formal	<input type="checkbox"/>
	Estudiante	<input type="checkbox"/>	Empleada informal	<input type="checkbox"/>
	Desempleada	<input type="checkbox"/>		
Escolaridad	Analfabeta	<input type="checkbox"/>	Sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/>
	Básica	<input type="checkbox"/>	Bachillerato	<input type="checkbox"/>
	Universitaria	<input type="checkbox"/>		
Victima de violencia	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
De contestar si en la pregunta anterior, especificar el tipo de violencia.				
¿Practicaba alguna religión?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

2.13 Método utilizado

Ahorcadura	<input type="checkbox"/>	Organofosforados	<input type="checkbox"/>
Precipitación	<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>
Arma de fuego	<input type="checkbox"/>	Otros tóxicos	<input type="checkbox"/>
Arma blanca	<input type="checkbox"/>	Otro método:	

Por el tiempo prestado y su colaboración, gracias.

3. ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRAT

	Rara- mente o Nunca (0)	Ocasio- nalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado.				
2. Hago las cosas sin pensarlas.				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente).				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente),				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación.				
6. Soy una persona con autocontrol.				
7. Me concentro con facilidad.				
8. Ahorro con regularidad.				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo.				
10. Pienso las cosas cuidadosamente.				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (Me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (Planifico mis estudios para asegurarme rendir bien).				
12. Digo las cosas sin pensarlas.				
13. Me gusta pensar sobre los problemas complicados (Me gusta pensar sobre problemas complejos).				
14. Cambio trabajo frecuentemente (Cambio colegio con frecuencia).				
15. Actúo impulsivamente.				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo.				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad.				
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren.				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (Puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo).				
20. Cambio de vivienda a menudo (No me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo).				
21. Compro cosas impulsivamente.				
22. Yo termino lo que empiezo.				
23. Camino y me muevo con rapidez.				
24. Resuelvo los problemas experimentando (Resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona).				

25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano.				
26. Hablo rápido.				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando.				
28. Me interesa más el presente que el futuro.				
29. Me siento inquieto/a en clases (Me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo).				
30. Planifico para el futuro (Me interesa más el futuro que el presente).				

Impulsividad Cognitiva: (8 ítems) 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27

Impulsividad Motora: (10 ítems) 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29

Impulsividad no Planeada: (12 ítems) 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 25, 28 y 30.

Cada una de las cuestiones tiene 4 posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre) que puntúan como 0-1-3-4, salvo los ítems (1,5,6,7,8,10,11,13,17,19,22 y 23) que lo hacen al revés (4-3-1-0).

La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas

4. ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK



Ministerio de Salud
Unidad de Salud Mental



Escala de BECK

Nombre: _____ Fecha _____

Establecimiento de Salud: _____ No. de Historia: _____

Escala auto administrada

Instrucciones:

por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuesta son verdadero o falso.

Numero	Situación Personal	Verdadero	Falso
1.	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2.	Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo		
3.	Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4.	No puedo imaginar como sera mi vida dentro de diez años		
5.	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6.	En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7.	Mi futuro me parece oscuro		
8.	Espero cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por termino medio		
9.	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10.	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11.	Todo lo que puedo ver por delante de mi es mas desagradable que agradable		
12.	No espero conseguir lo que realmente deseo		
13.	Cuando miro hacia el futuro, espero que seré mas feliz de lo que soy ahora		
14.	Las cosas no marchan como yo quisiera		
15.	Tengo una gran confianza en el futuro		
16.	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17.	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.		
18.	El futuro me parece vago e incierto		
19.	Espero mas bien épocas buenas que malas		
20.	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograre		
Puntuación Total			

Se comparan las respuestas dadas por el paciente con la siguiente tabla, debe considerarse otorgar un (1) punto por cada ítem que coincida con la tabla.

No.	V	F	No.	V	F
1		X	11	X	
2	X		12	X	
3		X	13		X
4	X		14	X	
5		X	15		X
6		X	16	X	
7	X		17	X	
8		X	18	X	
9	X		19		X
10		X	20	X	

Sume la cantidad de puntos obtenidos y califique el riesgo de suicidio según la siguiente tabla.

0 a 8 puntos		Riesgo bajo de cometer suicidio específicamente
	0 a 3 puntos	Ninguno a mínimo
	4 a 8 puntos	Riesgo leve
9 a 20 puntos		Riesgo alto de cometer suicidio específicamente
	9 a 14 puntos	Riesgo moderado
	15 a 20 puntos	Riesgo alto

5. CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS SRQ



Ministerio de Salud
Región Occidental de Salud
Salud Mental



Cuestionario Ilustrado de Síntomas SRQ

Nombre: _____ Fecha: _____ No. Exp: _____

Responsable aplicación: _____

Indicaciones:

Nos interesa conocer acerca de su salud y su estado de ánimo después de la experiencia del desastre. Por favor indique con una **X** la respuesta que mejor describa su situación.

No.	Situación	SI	No
1.	¿padece usted de dolores de cabeza frecuentemente?		
2.	¿tiene usted mal apetito?		
3.	¿duerme usted mal?		
4.	¿se asusta con facilidad?		
5.	¿sufre de temblor en las manos?		
6.	¿se sienta nervioso(a) tenso(a) o aburrido (a)?		
7.	¿sufre de mala digestión?		
8.	¿no puede pensar con claridad?		
9.	¿se siente triste?		
10.	¿llora usted con mucha frecuencia?		
11.	¿tiene dificultades para disfrutar de sus actividades diarias?		
12.	¿tiene dificultad para tomar decisiones?		
13.	¿tiene dificultad para hacer su trabajo?		
14.	¿se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida?		
15.	¿ha perdido interés en las cosas habituales?		
16.	¿siente usted que es una persona inútil?		
17.	¿ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18.	¿se siente cansado (a)?		
19.	¿tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20.	¿se cansa con facilidad?		
21.	¿siente usted que alguien ha tratado de herirle de alguna forma?		
22.	¿es usted mucho más importante que lo que piensan los (as) demás?		
23.	¿ha notado alguna interferencia o algo raro en sus pensamientos?		
24.	¿oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25.	¿ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos, piernas, con mordeduras de la lengua y pérdida del conocimiento?		
26.	¿alguna vez le ha parecido a su familia, amigos(as), médico(a), sacerdote o pastor que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27.	¿alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28.	¿ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o colegio, o faltar a ellos?		
29.	¿ha estado en riñas o lo (a) han detenido estando borrachos(a)?		
30.	¿le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		

Cada respuesta positiva equivaldrá a un (1) punto, así, si el usuario tiene de cinco (5) a siete (7) puntos, de las preguntas de la 1 a la 20, se considera que el usuario puede estar presentando angustia psicológica significativa. La respuesta positiva a las preguntas 26 a la 30 indica la presencia de un consumo problemático de alcohol. Solo una respuesta positiva de las preguntas 21 a la 25 (síntomas psicóticos), indican la presencia de síntomas serios o necesidad de remisión inmediata.

6. PUREBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF_SIL)



Ministerio de Salud
Unidad de Salud Mental



Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF_SIL)

Indicaciones:

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia que la situación se presente.

Situación	Casi nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Muchas veces 4	Casi siempre 5
Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
En mi casa predomina la armonía					
En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobre cargado.					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor.					
Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
Puntaje total					

Diagnostico del funcionamiento familiar:

Funcional	de 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	de 56 a 43 puntos
Disfuncional	de 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	de 27 a 14 puntos

7. TEST DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA.

PREGUNTAS PARA TAMIZAJE	SI	NO
¿En el último año alguna vez han abusado de usted física o emocionalmente algún miembro de su familia, alguien cercano a usted, de la comunidad, en su trabajo o lugar de estudio?		
¿En el último año alguien le ha forzado a tener actividades sexuales?		
¿Le teme usted a algún extraño o a alguno de los/las miembros de su familia, cuidador/a, o miembros de su comunidad?		
(A embarazadas) ¿Ha sido usted golpeada, maltratada o abusada por su pareja o alguien más durante el embarazo?		
¿En el último año ha sufrido ataques a su integridad física y moral mediante amenazas, intimidación, agresiones verbales, robo, chantaje, castigos corporales o le impiden tomar sus propias decisiones, por parte de algún miembro de la familia o cuidador?		
¿Alguna vez ha tenido que suspender actividades recreativas o de estudio por estar obligado a trabajar?		
¿Alguna vez ha sido obligado a trabajos forzados o a tener relaciones sexuales forzadas mediante engaños para obtener un trabajo?		

NOTA: Una respuesta positiva a cualquiera de estas siete preguntas es sugestiva de que la persona esta siendo afectada por alguna forma de violencia.

PREGUNTAS QUE COMPLEMENTAN AL TAMIZAJE DE VIOLENCIA	SI	NO
¿Se encuentra usted actualmente en una relación en la que haya sido lesionado(a) de manera física o amenazado(a) por su pareja?		
¿Ha estado alguna vez en alguna relación de este tipo?		
Está usted (o ha estado alguna vez) en una relación en la cual sentía que era maltratado(a)? ¿En qué forma?		
¿Alguna vez ha destruido su pareja o algún miembro de la familia cosas que eran importantes para usted?		
¿Alguna vez lo ha amenazado su pareja o maltratado a sus hijos?		
¿Alguna vez le ha forzado su pareja u otra persona a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?		
¿Alguna vez su pareja u otra persona la obliga a tener relaciones sexuales que la hacen sentir incomoda?		
¿Qué pasa cuando usted y su pareja u otro miembro de la familia pelean o no están de acuerdo en algo?		
¿Se siente usted a salvo en su relación de pareja, familia, amigos o miembros de la comunidad?		

TEST DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Continuación)

PREGUNTAS QUE COMPLEMENTAN AL TAMIZAJE DE VIOLENCIA	SI	NO
¿Siente usted miedo de su pareja, algún miembro de la familia, amigo, vecino o de algún miembro de la comunidad?		
¿Alguna vez le ha prohibido su pareja que salga de la casa, que vea a sus amigas, que trabaje o que continúe con sus estudios?		
¿Su pareja o algún miembro de la familia ingiere alcohol y/o drogas?		
¿Cómo actúa cuando está bebiendo o cuando está bajo la influencia de las drogas? ¿Le ha maltratado alguna vez en forma física o verbal?		
¿Hay armas en su casa? ¿Alguna vez le ha amenazado su pareja, amigo o algún miembro de su comunidad con usarlas cuando está enojado(a)?		
¿Está su familia o sus amigos conscientes de que usted sufre violencia? ¿Podrían ellos proporcionarle apoyo?		
¿Tiene usted un lugar seguro donde ir y los recursos necesarios para hacerlo en caso de emergencia?		
¿En la familia le han privado de vivienda, alimentos, medicina, acceso a los estudios, ropa limpia y otros elementos básicos para cubrir sus necesidades?		

DIAGNÓSTICO DE ABUSO EMOCIONAL EN LA MUJER O CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA	SI	NO
¿En el último año, ha sido insultado(a) o le han hecho sentir mal respecto a sí mismo(a)?		
¿En el último año, ha sido humillado(a) en frente de otras personas o en privado?		
¿En el último año, ha sido aterrorizado(a), intimidado(a) por su pareja, ex pareja, o cualquier otro miembro de la familia, para conseguir lo que quiere?		
¿En el último año, ha sido amenazada con que le quitará el soporte económico o la echará de la casa o le quitará a los hijos?		
¿En el último año, le han amenazado con dañar a otra persona que a usted le importa para conseguir que usted haga algo que no desea?		
¿En el último año, le han limitado en sus libertades personales de sus actividades cotidianas (su forma de vestir, arreglo personal, prácticas religiosas, relaciones familiares o con amistades)?		