



Universidad de San Carlos de Guatemala  
Dirección General de Investigación  
Programa Universitario de Investigación  
Interdisciplinaria en Salud –PUISS-

INFORME FINAL

**CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS  
EN LA CIUDAD DE JUTIAPA**

Equipo de investigación

Marta Telma Ramos Sandoval

Juan Luis Acajabón Hernández

Ofelia Wally Clarissa Chipín García

Guatemala, noviembre de 2016

CENTRO UNIVERSITARIO DE JUTIAPA  
Hospital Nacional de Jutiapa

M.Sc. Gerardo Arroyo Catalán  
Director General de Investigación

Ing. Agr. MARN Julio Rufino Salazar  
Coordinador General de Programas

Dra. Hilda Elena Valencia Marroquín de Abril  
Coordinadora del Programa de Investigación

Licda. Marta Telma Ramos Sandoval  
Coordinadora del proyecto

Lic. Juan Luis Acajabón Hernández  
Investigador

Licda. Ofelia Wally Clarissa Chipin García  
Investigadora

Partida Presupuestaria 4.8.55.1.80  
Año de ejecución 2016

# Índice

1. Resumen.....	1
2. Abstract .....	2
3. Introducción .....	3
4. Marco teórico y estado del arte.....	6
4.1 Descripción geográfica .....	6
4.2 Definición de suicidio .....	7
4.3 Conductas suicidas .....	8
4.4 Epidemiología y consideraciones sobre la conducta suicida .....	9
4.5 Consideraciones generales.....	11
4.6 Aspectos éticos.....	12
4.7 Factores de riesgo en la conducta suicida.....	13
4.7.1 Factores psiquiátricos.....	13
4.7.2 Factores médico-biológicos.....	19
4.7.3 Factores sociales .....	20
4.7.4 Factores familiares .....	22
4.7.5 Factores psicológicos.....	23
4.7.6 Factores ambientales .....	24
4.7.7 Factores culturales .....	24
4.8 La cultura y la conducta suicida .....	25
4.9 Factores protectores .....	26
4.10 Políticas, planes, programas y estrategias de prevención y atención .....	26
4.10.1 Estrategias para la prevención del suicidio .....	28
4.10.2 Estrategias para la atención del suicidio .....	32
4.11 Prevención, atención y seguimiento a los comportamientos suicidas en Guatemala.....	34
4.12 Registros.....	34
5. Materiales y métodos .....	35
5.1 Ubicación geográfica .....	35
5.2 Tipo de investigación.....	35
5.3 Técnicas e instrumentos.....	35

5.4 Muestra .....	36
5.4.1 Criterios de inclusión de las unidades de la muestra .....	36
5.4.2 Criterios de exclusión de las unidades de la muestra .....	36
5.4.3 Operacionalización de las variables .....	36
5.5 Ética y privacidad.....	37
6. Presentación de resultados .....	38
6.1 Matriz de Resultados.....	54
6.2 Impacto esperado .....	54
7. Análisis y discusión de resultados .....	55
8. Conclusiones.....	61
9. Recomendaciones a la Red interinstitucional .....	63
10. Referencias.....	64
11. Apéndice.....	68
12. Actividades de gestión, vinculación y divulgación .....	84

## Índice de Figuras

Figura 1. Sala situacional 2005 – 2014 de intoxicaciones por plaguicidas por año en el departamento de Jutiapa.....	4
Figura 2. Mapa de la población en el departamento de Jutiapa 2016.....	6
Figura 3. Proceso de la conducta suicida.....	8
Figura 4. Población de Riesgo.....	45

## Índice de Tablas

Tabla 1. Métodos de suicidio utilizados por ambos sexos.....	10
Tabla 2. Tasa de suicidio por 100,000 habitantes, no ajustadas según la edad, en grupos de cinco años, en Guatemala, 1990-2009.....	10
Tabla 3. Situaciones de suicidio en Guatemala en el período de 2005 – 2009.....	11
Tabla 4. Tasas de suicidio del departamento de Jutiapa por 100,000 habitantes.....	38
Tabla 5. Tasas de suicidio del municipio de Jutiapa por 100,000 habitantes.....	39
Tabla 6. Suicidios y variables sociodemográficas en personas atendidas en el Hospital Nacional de Jutiapa.....	40
Tabla 7. Intentos de suicidio y variables sociodemográficas en personas atendidas en el Hospital Nacional de Jutiapa.....	41
Tabla 8. Lugar de procedencia de suicidios e intentos de suicidio.....	42
Tabla 9. Suicidio y variables de los contextos socioculturales y psiquiátricos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Jutiapa.....	43
Tabla 10. Intento de suicidio y variables del contexto sociocultural y psiquiátricas en pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Jutiapa.....	44
Tabla 11. Diagnósticos de Trastorno mental.....	44

# **Conducta suicida y factores asociados en la ciudad de Jutiapa**

## **1. Resumen**

El suicidio es el acto de matarse voluntariamente. La conducta suicida tiene un proceso con variaciones, desde pensar en quitarse la vida, elaborar un plan para suicidarse, obtener los medios para hacerlo, intentar suicidarse y, finalmente, llevar a cabo el acto. Se han postulado factores de riesgo clasificados en médico-biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales, familiares, ambientales y culturales. Se realizó un estudio para caracterizar los casos de suicidio e intento de suicidio en la ciudad de Jutiapa, ingresados en el Hospital Nacional y su relación con factores de riesgo. Estudio no experimental, descriptivo, con un enfoque cuantitativo, a 84 participantes que presentaron conducta suicida, 26.2% suicidios consumados y 73.8% intentos suicidas. Se realizó entrevista personal y/o familiar, institucional y grupos focales para la caracterización e identificación de factores de riesgo y grupos vulnerables. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, identificando como factores de riesgo el trastorno depresivo, trastorno bipolar, consumo de sustancias, intentos de suicidio previos, conflictos personales, problemas económicos, maltrato emocional. Conclusión: La tasa de mortalidad por suicidio en el municipio de Jutiapa para el 2014- 2015 es de 25.87 por 100,000 habitantes para ambos sexo; con una proporción para hombres suicidas de 77.78%; el 50% se encuentra entre las edades de 18 y 27 años; con procedencia del área rural del 77.3% dedicándose a la agricultura el 45.5% , utilizado principalmente el envenenamiento como método. Identificando la cultura machista posicionada frente al suicidio limitando a los hombres la búsqueda de atención en salud.

Palabras clave: Intento suicida, envenenamiento, trastorno mental, factores de riesgo, salud mental

## 2. Abstract

Suicide is the act of killing yourself voluntarily. Suicidal behavior has a process with variations, from thinking about killing oneself, preparing a plan for suicide, obtaining the means to do it, trying to commit suicide, and finally carrying out the act. Risk factors classified in medical-biological, psychiatric, psychological, social, family, environmental and cultural have been postulated. A study was carried out to characterize the cases of suicide and attempted suicide in the city of Jutiapa, admitted to the National Hospital and its relation with risk factors. A non-experimental, descriptive study, with a quanticualitative approach, to 84 participants who presented suicidal behavior, 26.2% consumed suicides and 73.8% suicidal attempts. Personal and / or family, institutional and focal groups were interviewed for the characterization and identification of risk factors and vulnerable groups. A descriptive analysis of the sample was performed, identifying as risk factors the depressive disorder, bipolar disorder, substance use, previous suicide attempts, personal conflicts, economic problems, emotional abuse. Conclusion: The suicide death rate in the municipality of Jutiapa for 2014-2015 is 28.08 per 100,000 inhabitants for both sexes; With a suicide rate of 77.78%; 50% are between the ages of 18 and 27; With 77.3% of the rural area being devoted to agriculture, 45.5%, mainly used poisoning as a method. Identifying the macho culture positioned against suicide by limiting the search for health care in men.

Keywords: Suicide attempt, poisoning, mental disorder, risk factors, mental health.

### **3. Introducción**

La conducta suicida varía en cuanto a los grados, desde solo pensar en quitarse la vida hasta elaborar un plan para suicidarse y obtener los medios para hacerlo, intentar suicidarse y, finalmente, llevar a cabo el acto. (Organización Panamericana de la Salud, 2003)

La conducta suicida hace referencia a una serie de comportamientos relacionados con ideas de suicidio, tentativa de suicidio y suicidio consumado, identificando impulsividad, agresividad, frustración, limitaciones para enfrentar situaciones adversas que sobrepasan la capacidad de respuesta personal.

El suicidio es una de las causas de mortalidad más frecuentes que alertan e influyen en la población, siendo un grave problema de salud pública, especialmente en el municipio de Jutiapa, en donde se observa una tasa elevada en la información presentada por la Dirección de Área de Salud, DAS y el Registro Nacional de las Personas, Renap; casos de médicos, maestros, estudiantes universitarios entre muchos otros, ha hecho que esta problemática sea visibilizada evidenciando la necesidad de realizar estudios que sirvan de base en la toma de decisiones, identificando los grupos de la población e individuos que puedan estar expuestos a este riesgo.

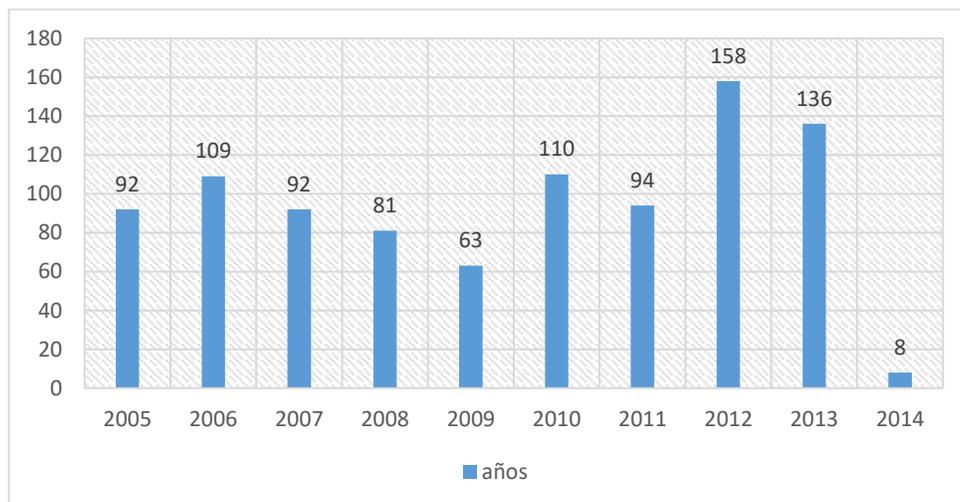
El suicidio es un enigma para el ser humano, no existe una causa específica ni teoría que logre explicarlo en su totalidad, en la mayoría de los casos es una serie de acontecimientos que lo desencadena, por lo que esta investigación identifica los factores de riesgo en los casos ocurridos en este municipio.

Es importante reconocer que la tasa de suicidios se encuentra en aumento en la República de Guatemala, siendo el efecto mayor en el municipio de Jutiapa, lo cual hace necesario establecer su dinámica en este contexto.

La conducta suicida comprende tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio, una conducta que afecta a hombres y mujeres de todas las edades y condición social, asociado muchas veces con la culpa y la vergüenza de familiares y amigos de la persona suicida, las personas que sobreviven se encuentran inmersos en la condena social y religiosa.

El área de salud presenta una sala situacional sobre intoxicaciones por plaguicidas por año en el departamento de Jutiapa, observando un incremento en los años 2012 y 2013 (figura 1) lo que llevó a la creación de la Red interinstitucional para la prevención del suicidio. En el año 2014 se registran 38 casos de suicidio atendidos en el Hospital Nacional de Jutiapa, la Dirección de Área de Salud registra 8 casos, esta diferencia reportada se debe a disposiciones del Sistema de Información Gerencial en Salud, SIGSA, del Ministerio de Salud en donde la información de hospitales y áreas comunitarias se canaliza por separado.

**Figura 1. Sala situacional 2005 – 2014 de intoxicaciones por plaguicidas por año en el departamento de Jutiapa.**



Fuente: Departamento de Epidemiología, Área de Salud de Jutiapa

Ante la problemática de la conducta suicida se busca dar respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la tasa de suicidios e intentos de suicidio que son atendidos en la ciudad de Jutiapa?

¿Cuáles son las características de los casos de conducta suicida?

¿Qué trastornos mentales se encuentran relacionados con la conducta suicida?

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida?

¿Cuáles son los procedimientos institucionales en casos de suicidio e intento de suicidio?

El estudio se realiza de febrero a diciembre de 2016, en la ciudad de Jutiapa, cabecera municipal y departamental de Jutiapa, con pacientes atendidos de marzo a julio de 2016 en el Hospital Nacional de Jutiapa realizando entrevistas para la elaboración de historias clínicas y grupo focal con personal institucional.

Los objetivos planteados son:

### **Objetivo General**

Caracterización de casos de suicidio e intento de suicidio en la ciudad de Jutiapa y su relación con factores de riesgo.

### **Objetivos Específicos**

- a) Describir las características de los casos de suicidio e intento de suicidio en la ciudad de Jutiapa
- b) Determinar la relación entre la conducta suicida y los trastornos mentales.
- c) Identificar los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida.
- d) Establecer los procedimientos institucionales en casos de suicidio e intento de suicidio.

La obtención de datos sobre la tasa y su relación con los factores de riesgo de suicidio es una información básica en el diseño de estrategias de salud pública, así como de las acciones que realice la Red interinstitucional para la prevención del suicidio a nivel local.

## 4. Marco teórico y estado del arte

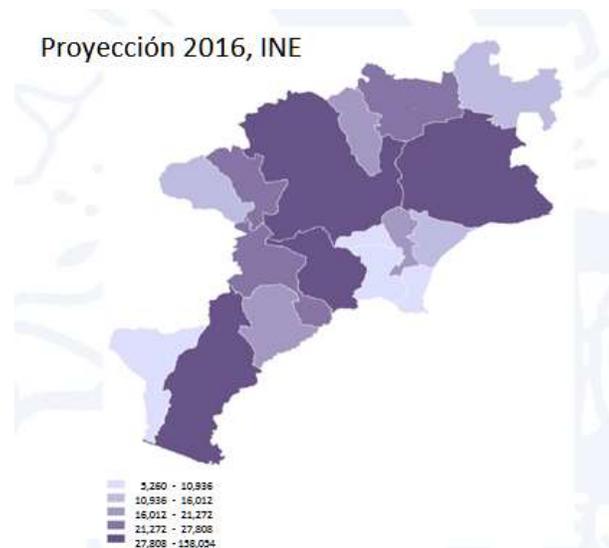
### 4.1 Descripción geográfica

El departamento de Jutiapa se ubica en el sur oriente de la República de Guatemala, está conformado por 17 municipios: 1. Jutiapa, 2. El Progreso, 3. Santa Catarina Mita, 4. Agua Blanca, 5. Asunción Mita, 6. Yupiltepeque, 7. Atescatempa, 8. Jerez, 9. El Adelanto, 10. Zapotitlán, 11. Comapa, 12. Jalpatagua, 13. Conguaco, 14. Moyuta, 15. Pasaco, 16. San José Acatempa y 17. Quezada.

Limita al norte con los departamentos de Jalapa y Chiquimula, al este con la República de El Salvador, al sur con el Océano Pacífico y la República de El Salvador y al Oeste con el departamento de Santa Rosa. Ubicado en la latitud  $14^{\circ} 16'58''$  y longitud  $89^{\circ}53'33''$ , con una extensión de 3,219 kilómetros cuadrados.

La ciudad de Jutiapa es la cabecera municipal y departamental, se encuentra a una distancia de 118 kilómetros de la ciudad capital, sus municipios presentan una altura que oscila entre los 407 en Asunción Mita y 1,233 msnm en Conguaco, el municipio de Jutiapa se encuentra a 905.96 msnm.

**Figura 2. Mapa de la población en el departamento de Jutiapa 2016**



Fuente: Estimaciones y Proyecciones de Población, con base en los Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación 2002, Instituto Nacional de Estadística, INE.

Según el Instituto Nacional de Estadística, INE, la proyección de población para el año 2016 en el departamento es de 482,248, representando el 2.9 % de la población total, estimada para ese año en 16,548,168. Del total de la población 47.0% son hombres y 53.0% mujeres. El departamento es mayoritariamente rural con un 67.3% de la población y el 32.7 % urbano. La edad media del departamento es de 17 años (Instituto Nacional de Estadística, 2013).

En lo ambiental, la temperatura mínima y máxima registradas (grado centígrado) en los últimos cinco años en el departamento se han mantenido en un rango relativamente estable, registrándose temperaturas máximas promedio de 38.9 grados y mínimas promedio de 9.5 grados (INE, 2013).

#### **4.2 Definición de suicidio**

El comportamiento suicida varía en cuanto a los grados, desde solo pensar en quitarse la vida hasta elaborar un plan para suicidarse y obtener los medios para hacerlo, intentar suicidarse y, finalmente, llevar a cabo el acto (OPS, 2003).

Para Durkheim (2012) el suicidio es todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado. Otro autor como el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen los pensamientos suicidas (ideación suicida) y el acto suicida en sí (Gutierrez, A. G., Contreras, C. M. y Orozco, R. C., 2006).

La definición de conducta suicida hace referencia a una serie de comportamientos relacionados con ideas de suicidio, tentativa de suicidio y suicidio consumado, identificando impulsividad, agresividad, frustración, limitaciones para enfrentar situaciones adversas que sobrepasan la capacidad de respuesta personal.

Entendiéndose como una solución radical al sufrimiento psicológico intolerable. La persona tras verse superada en sus recursos y capacidad de afrontamiento, no ve ninguna otra salida y, por ello, decide acabar con su vida.

Los criterios operativos del suicidio son: Acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, el sujeto lo hace sabiendo o esperando el resultado letal, la muerte es

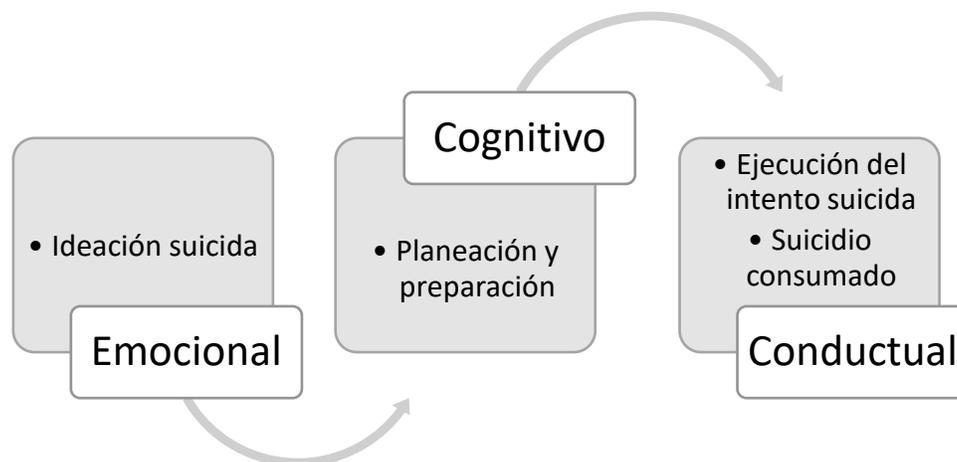
un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social (Gómez-Restrepo, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H., y Uribe, M., 2008).

En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales, aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica (Gutiérrez, et al., 2006).

### 4.3 Conductas suicidas

Se han identificado los elementos dentro del proceso de la conducta suicida, que en algunos casos pueden ser etapas y en otros el suicidio puede consumarse sin la sucesión de ellas (Figura 3).

**Figura 3. Proceso de la conducta suicida**



Fuente: creación de autor.

Los intentos de unificar la terminología llevaron a la Organización Mundial de la Salud a proponer unos términos muy concretos y útiles como base común para la designación, equiparando el suicidio a las causas externas de mortalidad y homicidios, clasificándolo entre los códigos X60-X84 del CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Acto suicida: Se entiende la acción mediante la cual el sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimientos de sus motivos. Suicidio: Aquella muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: Un acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

La ideación suicida consiste en pensamientos de matarse, planes sobre las circunstancias (dónde, cuándo, cómo) así como pensamientos sobre el posible impacto del propio suicidio en los demás. Otro autor refiere que se trata de un fenómeno frecuente en población adolescente cuya gravedad y significación requieren de un adecuado entrenamiento por parte del profesional (Moya, J., 2007).

#### **4.4 Epidemiología y consideraciones sobre la conducta suicida**

Existen variaciones en las tasas oficiales de mortalidad por suicidio en la población general de diversos países los cuales oscilan entre uno y 40 suicidios por cada 100,000 habitantes en un año.

Con respecto al género las tasas de suicidio ajustadas según la edad en la Región de las Américas en los hombres y en las mujeres son de 11.54 y 3.04 por 100,000 habitantes respectivamente, en la subregión de América Central, Caribe hispano y México la tasa en hombres es de 8.50 y en mujeres 2.02. La razón hombre - mujer a nivel subregional presenta la más alta 4,2 siendo la razón en la Región de 3,8 (Organización Panamericana de la Salud, 2014)

Según la Organización Mundial de la Salud el suicidio es raro antes de los 12 años. Sin embargo, en algunos países hay un crecimiento alarmante de los suicidios entre los jóvenes menores de 15 años, así como en la franja de 15 a 19 años de edad. En el 2001 se ubica al suicidio entre las tres causas de muertes más frecuentes de personas jóvenes con edades de 15 a 35 años (Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, 2000).

La OPS (2014) refiere que el 36.8% se producen en edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, y entre los 45 y los 59 años, 25.6%, las personas de 60 años o más presentan un 19.9%. La edad de mayor riesgo para los hombres son los mayores de 70 años en todas las subregiones, en las mujeres el riesgo es variable, llegando a un máximo en dos grupos de edad, entre 20 a 24 años y los 46 y 59 años.

Los métodos de suicidio utilizados en la Región de las Américas son principalmente la asfixia (39.7%), armas de fuego (33.3%) y el envenenamiento (18.2%), en la subregión que

comprende América Central, Caribe hispano y México (tabla 1) los métodos más usados son la asfixia (64.3%) el envenenamiento (18.7%) y armas de fuego (10.0%).

**Tabla 1 Métodos de suicidio utilizados por ambos sexos**

<b>Sub región</b> <b>País</b>	<i>Asfixia</i>	<i>Envenenamiento</i>	<i>Precipitación al vacío</i>	<i>Arma de fuego</i>	<i>Fuego/Llamas</i>	<i>Ahogamiento</i>	<i>Corte/Punción</i>	<i>Otros</i>
América Central, Caribe hispano y México	64.3	18.7	1.1	10.0	2.0	0.8	1.5	1.6
Guatemala	33.8	43.0	0.1	13.2	0.3	3.0	1.7	5.0

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

La tasa de conducta suicida en Guatemala va de 1.69 por 100,000 habitantes en el período 1990-1994 a una tasa de 2.84 por 100,000 habitantes en el período 2005-2009, (tabla 2) siendo la población más afectada de 20 a 24 años con una tasa de suicidio de 5.96 por 100,000 habitantes.

**Tabla 2. Tasa de suicidio por 100,000 habitantes, no ajustadas según la edad, en grupos de cinco años, en Guatemala, 1990-2009**

<b>Período</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>1990-1994</b>	1.69	2.74	0.63
<b>1995-1999</b>	1.87	2.94	0.81
<b>2000-2004</b>	1.94	3.00	0.92
<b>2005-2009</b>	2.84	3.44	2.09

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

La tasa de suicidio por 100,000 habitantes, corregida para incluir las muertes de intención no determinada, ajustadas según la edad, ambos sexos en Guatemala, durante el período 2005-2009 es de 3.95, los hombres presentan una tasa de 4.78 y las mujeres 1.80.

Para el período 2005 -2009 el porcentaje de la contribución del suicidio entre otras causas de muerte, en Guatemala es de 2.7 en edades de 10 a 19 años y 2.4 de 20 a 24 años (tabla 3) observando además la razón hombre-mujer y la tasa por 100,000 habitantes, principalmente en la edad adulta.

**Tabla 3. Situaciones de suicidio en Guatemala en el período de 2005 - 2009**

<b>Situación</b>	<b>Edad</b>						
	5-9	10-19	20-24	25-44	45-59	60-69	70+
<b>% de suicidio entre otras causas de muerte</b>	0.2	2.7	2.4	1.3	0.5	0.2	0.1
<b>Razón hombre- mujer</b>		1.1	1.7	1.8	1.7	2.0	2.4
<b>Tasa de suicidio por 100,000 habitantes</b>	0.07	2.74	5.96	5.20	5.83	3.59	4.27

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

#### **4.5 Consideraciones generales**

El estudio de la conducta suicida es una tarea compleja, no existe una única causa que lo explique, por lo que existen factores que predisponen y factores que desencadenan el comportamiento, configurado por elementos que se vinculan desde lo individual o particular con lo psicosocial y cultural.

El abordaje del suicidio es un asunto del Estado, de los programas de prevención pero también de las familias, grupos sociales, instituciones, iglesias, y de la sociedad en general (Ibarra, A. M., Sánchez, L. M., Sainz, A. y Echeveste, B. G., 2015); ya que, entre otros factores de su explicación, se encuentra una forma de valorar la calidad de vida, la felicidad y el crecimiento de las personas.

Los datos sobre la mortalidad por suicidio en general subestiman la verdadera prevalencia en una población, según la OPS (2003) quienes opinan que los datos son el producto final de una cadena de informantes, que incluye a quienes encuentran el cuerpo (a menudo la familia) médicos, policía, médicos forenses y estadísticos, quienes por diversas razones sean renuentes a definir la muerte como un suicidio.

La razón principal para no contar con datos fidedignos sobre los intentos de suicidio se refiere a la recopilación de la información, ya que solo una parte van a establecimientos de salud para recibir atención médica. Además no se recopila información, o no se obtiene completa.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2003) en promedio, solo cerca del 25% de los que presentan conducta suicida hacen contacto con un hospital público, la gran mayoría de las personas suicidas pasan inadvertidas.

Otra de las consideraciones que deben tomarse en cuenta es la existencia de varios mitos peligrosos concernientes al suicidio (Morris, 2005).

Mito: Quienes hablan acerca de cometer suicidio nunca lo harán. Hecho: La mayoría de la gente que se mata ha hablado de hacerlo. Dichos comentarios siempre deberían tomarse en serio.

Mito: Alguien que ha intentado suicidarse sin éxito no tratará de hacerlo en serio. Hecho: Cualquier intento de suicidio significa que la persona tiene problemas profundos y necesita ayuda de inmediato. Una persona suicida tratará de hacerlo de nuevo, eligiendo un método más mortal la segunda o la tercera vez.

Mito: Sólo los perdedores (los que han fracasado en su carrera y en su vida personal) cometen suicidio. Hecho: Muchas personas que se matan tienen trabajos prestigiosos, familias convencionales y buenos ingresos. Por ejemplo, los médicos tienen una tasa de suicidio varias veces mayor que la de la población general; en este caso, la tendencia a cometer suicidio podría estar relacionada con las presiones de su trabajo.

Las personas que consideran el suicidio están abrumadas por la desesperanza. Sienten que las cosas no pueden mejorar y no ven salida a sus dificultades. Ésta es una depresión extrema y no es un estado mental al que se llegue con facilidad. De nada sirve decirle a una persona suicida que las cosas en realidad no son tan malas, pues ella sólo lo tomará como evidencia de que nadie entiende su sufrimiento. Pero la mayoría de los suicidas desean ayuda, a pesar de su poca esperanza de obtenerlas (Morris y Maisto, 2005, p. 497)

#### **4.6 Aspectos éticos**

Un aspecto ético que hacen referencia algunos tratados sobre suicidio es la confidencialidad. La confidencialidad se refiere al derecho que tiene la persona a que su información quede en el ámbito profesional y sea usada, fuera de este ámbito, sólo con su permiso.

Un aspecto a tomar en cuenta es cuando un facultativo o facultativa valora y considera la posibilidad de que la persona se suicide, su primera responsabilidad es proteger a esa persona. Esto puede implicar, a veces, romper la confidencialidad, especialmente cuando personas cercanas, la familia, se pueden convertir en agentes de contención y control para evitar el suceso. La persona debe ser informada de su derecho a la confidencialidad, pero también de los límites que tiene este derecho. La persona debe tener conciencia de las razones por las que el profesional quebranta este derecho. El problema ético del suicidio surge cuando la decisión sobre la propia vida se toma bajo una situación psíquica alterada. El personal de salud debe estar capacitado para valorar el estado mental y por tanto si la persona es competente para tomar decisiones libremente (Servicio Andaluz de Salud, 2010). Los aspectos éticos se extienden para todos los profesionales que tienen contacto con las personas que presentan conductas suicidas.

#### **4.7 Factores de riesgo en la conducta suicida**

No se ha establecido un perfil de las personas que mueren por suicidio, sin embargo el incremento en las tasas de suicidio provoca un interés en los factores de riesgo que pueden identificarse en esta conducta, con el propósito de generar procedimientos de intervención preventiva desde un enfoque multidisciplinario e interinstitucional, que permitan diferenciar cada realidad para ser abordada desde su individualidad.

La clasificación de los factores es diversa, un autor los clasifica en factores precipitantes de índole social, cultural, económica, institucional, del entorno familiar, de pares, psicológica, biológica, y genéticos (González, C. F. y Jiménez, J. A., 2015). En fijos y modificables (Gutiérrez et al., 2006).

Para su abordaje en este estudio los factores de riesgo se clasifican en médico-biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales, familiares, ambientales y culturales.

##### **4.7.1 Factores psiquiátricos**

Según la OMS (2000) la enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre jóvenes y adultos.

Los trastornos mentales suelen identificarse en muchos de los casos que presentan conducta suicida, el análisis basado en la población de los contactos para atención médica en fallecidos por suicidio los identifica en más de un 90% de los casos. (Schaffer, A., et al, 2016)

Los factores de riesgo psiquiátricos relacionados con el comportamiento suicida son múltiples y complejos de acuerdo con la enfermedad en el eje psiquiátrico y su interacción con variables sociodemográficas, físicas, biológicas y culturales propias de cada individuo. Las enfermedades con las cuales se ha relacionado un riesgo elevado a presentar comportamiento suicida son: depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, alcoholismo, abuso de sustancias y ansiedad como patología primaria o comorbilidad. Un estudio reciente ha identificado el trastorno límite de la personalidad, la anorexia nerviosa, la depresión y el trastorno bipolar como trastornos con alto riesgo de suicidio (Chesney, E., Goodwin, G. M. y Fazel, S., 2014). Las experiencias psicóticas en la adolescencia media, 16 y 17 años, pueden estar relacionadas con los trastornos mentales graves y la ideación suicida (Kelleher, I., Cederlöf, M. y Lichtenstein, 2014). Si bien es cierto que no todos los pacientes que padecen alguna enfermedad psiquiátrica presentarán comportamiento suicida, el padecer una enfermedad de este tipo o tener factores genéticos predisponentes, aumenta el riesgo suicida en comparación con la población en general.

En un estudio reciente se concluye que una historia de ideación suicida y de intentos de suicidio se asocia con mayores tasas de morbilidad psiquiátrica y con el número de trastornos psiquiátricos comórbidos. La comorbilidad del Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, TDAH, con la drogodependencia aumenta aún más el riesgo de ideación suicida, mientras que la comorbilidad del TDAH y la dependencia del alcohol aumentan el riesgo de intentos de suicidio (Ruchkin, V., Kuposov, E. A., Koyanagi, A., y Stickley, A., 2016).

Otro dato importante es que las tasas más altas de ingresos psiquiátricos se asocian con el aumento de la impulsividad y una pobre capacidad de control, asociado con al aumento significativo de riesgo de actos suicidas entre pacientes que presentan ideación suicida (Jiménez, E., et al, 2016).

El síndrome de Asperger también es asociado con la conducta suicida, presentando más probabilidades de reportar ideación suicida, planes o intentos de suicidio si también presentan depresión (Cassidy, S., et al, 2016).

La patología dual se puede definir como la existencia simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, los pacientes duales son pacientes que presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial presentando mayor riesgo suicida (Szerman, N., et al, 2013).

En un estudio reciente se realiza una estimación de riesgo a la mortalidad para los siguientes trastornos mentales: el trastorno límite de la personalidad 45.1%, depresión 19.7%, trastorno bipolar 17.1%, el uso de opioides 13.5%, esquizofrenia 12.9%, y trastorno por ansiedad 3.3% (Chesney et al., 2014).

Tras el alta hospitalaria psiquiátrica, los adultos con trastornos psicopatológicos complejos con características depresivas prominentes, especialmente los pacientes que no están sujetos a un sistema de atención de la salud, parecen tener un riesgo particularmente alto a corto plazo para el suicidio (Olfson, M., et al, 2016).

Por otro lado el Complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental impacta en forma negativa en la calidad de vida de las personas que reúnen criterios de trastornos mentales y da cuenta de un número importante de suicidios. Una primera vía se relaciona con el estigma percibido, que se configura como barrera de acceso a servicios y acciones en salud mental, y una segunda ruta que incluye comportamientos autolesivos repetidos que reducen la autoestima e incrementan el estrés percibido (Campo-Arias, A. y Herazo, E., 2015).

### **Trastornos relacionados con la conducta suicida**

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de psiquiatría se encuentra la clasificación de trastornos mentales con criterios asociados, así como el riesgo de suicidio, a continuación los más comunes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

### **Trastorno depresivo**

La persona experimenta un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de placer y bajo nivel de energía, lo que conduce a una disminución en la actividad durante por lo menos 2 semanas. Entre otros síntomas se encuentra la concentración y atención reducida, disminución de la autoestima y la confianza en sí misma, ideas de culpa, falta de valor, visión pesimista, pudiendo incluir incluso alteraciones de sueño y disminución del apetito.

### **Trastorno bipolar**

Se caracteriza por episodios en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona están significativamente alterados. Esta alteración consiste, en algunas ocasiones, en una elevación del estado de ánimo y un aumento de la energía y actividad (manía) y en otros casos una disminución del estado de ánimo y una reducción de la energía y actividad (depresión). Generalmente, la recuperación es completa entre un episodio y otro.

### **Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol**

Incluyen la intoxicación aguda por alcohol, consumo perjudicial de alcohol, síndrome de dependencia de alcohol y el estado de abstinencia de alcohol. La intoxicación aguda es un trastorno transitorio que sigue a la ingesta de alcohol y que causa alteraciones de la conciencia, del funcionamiento cognitivo, la percepción, el afecto o la conducta. El uso perjudicial de alcohol es un patrón de consumo que deteriora a la salud. El daño puede ser físico o mental, a menudo asociado con consecuencias sociales.

La dependencia de alcohol es un conjunto de fenómenos fisiológicos conductuales y cognitivos en los cuales el consumo de alcohol asume una prioridad mucho más alta para un determinado individuo en comparación con otras conductas que alguna vez tuvieron un valor mayor. El estado de abstinencia de alcohol se refiere a un grupo de síntomas que se pueden presentar cuando se suspende el uso de alcohol después de un consumo diario y prolongado.

## **Uso de drogas y trastorno por uso de drogas**

Se incluyen la sobredosis de sedantes, intoxicación o sobredosis agudo de estimulantes, consumo perjudicial o de riesgo de drogas, dependencia al cannabis, dependencia a opioides, dependencia a estimulantes, dependencia a benzodiazepinas y sus estados de abstinencia respectivos.

El uso perjudicial de drogas es un patrón de consumo de sustancias que daña la salud. El daño puede ser físico, mental y a menudo social. La dependencia de drogas es un conjunto de fenómenos fisiológicos conductuales y cognitivos en los cuales el consumo de drogas asume una prioridad mucha más alta para un determinado individuo en comparación con otras conductas que alguna vez tuvieron un valor mayor. El estado de abstinencia de drogas hace referencia al conjunto de síntomas que aparecen al suspender el uso de una droga, después de haberla usado diariamente y durante un tiempo prolongado.

## **Psicosis**

Está caracterizada por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como también por un conjunto de emociones inapropiadas o limitadas. Puede presentar lenguaje incoherente o ilógico. También puede presentar lenguaje incoherente o ilógico. Presentar alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen), estado delirante (creencias fijas, falsas e idiosincrásicas) o recelo excesivo e injustificado. Se puede observar anormalidades graves de conducta, tales como conducta desorganizada, agitación, excitación e inactividad o actividad excesiva. También se pueden detectar alteraciones de las emociones, tales como apatía pronunciada o incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado.

## **Esquizofrenia**

Está caracterizado por delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico, síntomas negativos., durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes, en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.

### **Trastornos de ansiedad**

Comparten características de miedo y ansiedad excesivos y persisten más allá de los períodos de desarrollo apropiados, así como alteraciones conductuales asociadas, existen diferentes tipos que se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen las conductas. Suelen tener una duración de 6 meses o más. Entre la clasificación propuesta se encuentra por separación, mutismo selectivo, fobia específica, fobia social, pánico, agorafobia, y ansiedad generalizada.

### **Trastorno de personalidad límite**

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y se caracteriza por esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario, patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizada por alternancias entre la idealización y devaluación, alteración de la identidad, impulsividad, inestabilidad afectiva, sensación crónica de vacío, dificultad para controlar la ira, ideas paranoides transitorias.

### **Trastorno de déficit de atención con hiperactividad**

Las características principales son problemas de atención y actividad excesiva. Las deficiencias de la atención se manifiestan como una tendencia a suspender las tareas antes de terminarlas y una dificultad para concluir cualquier actividad. El niño o adolescente cambia con frecuencia de una actividad a otra. Este déficit en persistencia y atención se debe diagnosticar como un trastorno solamente si es excesivo para la edad e inteligencia del niño o adolescente y si afecta su funcionamiento y aprendizaje normal. La actividad excesiva implica inquietud exagerada, especialmente en situaciones que requieren relativa tranquilidad. Puede incluir conductas tales como correr y saltar de un lugar a otro, levantarse de la silla en situaciones en que se espera que permanezca sentado, hablar excesivamente y hacer demasiado ruido o inquietud e intranquilidad excesiva. De haber iniciado antes de los 6 años, estar presente por más de 6 meses y no estar limitado a un solo entorno.

## **Trastornos generalizados del desarrollo incluyendo el autismo y Asperger**

Están caracterizados por una alteración de la conducta social, la comunicación y el lenguaje, y un rango limitado de intereses y actividades que son exclusivas del individuo y que se llevan a cabo en forma repetitiva. Usualmente, aunque no siempre, existe cierto grado de discapacidad intelectual.

### **4.7.2 Factores médico-biológicos**

Entre los factores biológicos asociados a las conductas suicidas se han estudiado diversos marcadores.

Resultados contradictorios respecto a los niveles de cortisol, que pueden ser en exceso altos o bajos pero nunca normales, además se ha observado la desregulación en el eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal (HPA), y la hiperactividad del eje HPA. La desregulación del eje HPA y el sistema noradrenérgico también pudieran jugar un rol en la conducta suicida. Se han encontrado niveles bajos de un metabolito de la noradrenalina en fluido cerebroespinal (CSF MHPG, por sus siglas en inglés). En estudios *posmortem* documentan alteraciones en el sistema noradrenérgico. Asimismo, se han examinado los sistemas neurotransmisores de serotonina, noradrenalina y dopamina, donde encontraron baja actividad de neuronas presinápticas serotoninérgicas (5-HT) en corteza prefrontal, hipotálamo, corteza occipital y tallo cerebral. En el sistema noradrenérgico, se han observado bajos niveles de noradrenalina. Parece que ninguna variable biológica por sí sola es un predictor de la conducta suicida, aunque al combinarlas con el resto de los factores de riesgo, pudiera ser evidencia suficiente para desarrollar programas de prevención de este fenómeno (Sánchez, L.M., Camacho, E., Vega, C. y Castellanos, H.D., 2005).

El Servicio Andaluz de la Salud (2010) agrupa las enfermedades en dos: En el primero se incluyen las que cursan con trastornos neurológicos y del comportamiento, aumentando la impulsividad y agresividad, favoreciendo el consumo de tóxicos y por lo tanto el riesgo de suicidio:

Epilepsia: Enfermedad que puede verse acompañada de un aumento en la impulsividad, agresividad y discapacidad crónica.

Lesiones medulares y accidentes cerebrovasculares: Cuanto mayor es la seriedad de la lesión, mayor es el riesgo de suicidio. Para estas personas el cambio de vida y la pérdida de expectativas suele acompañarse de episodios de duelo y depresión (Servicio Andaluz de Salud, 2010, p. 34).

En el segundo grupo se encuentran las enfermedades crónicas, limitantes y o dolorosas que afectan la calidad de vida de las personas:

Cáncer: Especialmente cuando la enfermedad es terminal, aumentando el riesgo en los hombres tras los primeros años del diagnóstico y cuando se recibe quimioterapia.

SIDA - VIH: El estigma, el mal pronóstico y su propia naturaleza la hacen contarse entre las enfermedades con riesgo.

Afecciones crónicas: Están asociadas en la medida en que aumentan la incapacidad de la persona, ejemplo la diabetes, esclerosis múltiple, enfermedad renal y hepática crónica y trastornos óseos u osteoarticulares con presencia de dolor crónico, enfermedades cardiovasculares y trastornos sexuales (Servicio Andaluz de Salud, 2010, p. 34).

En un estudio realizado en Suecia sobre suicidio durante el embarazo y un año después del parto, el índice de suicidios materno fue de 3.7 por cada 100 000 nacidos vivos para el período 1980-2007, incrementándose en mujeres nacidas en países de bajos ingresos, con métodos más violentos especialmente durante los primeros 6 meses después del parto (Esscher, A., et. al, 2016).

#### **4.7.3 Factores sociales**

El suicidio rebasa los significados individuales hacia los de interacción y carácter social (Ibarra, et al., 2015). El sociólogo Durkheim (1897) amplía la perspectiva individualista e incluye factores sociales.

Analizando las tasas de diversos países, se da cuenta que se mantienen constantes o con cambios leves a lo largo de prolongados períodos, o acontecimientos como guerras o depresiones económicas, pero que además difieren de unas comunidades a otras, como el tema de la religión, en donde los judíos presentan una menor tasa de católicos y protestantes, el estado civil, profesiones, género, edad, grupos políticos, tipo de sociedad o de medio

social, concluyendo que sus causas son principalmente sociales que individuales o psicológicas (Durkheim, 2012).

Sánchez (2005) toma aspectos de tipo sociodemográfico como el hecho de que hay más suicidios en hombres que en mujeres, pero más intentos en éstas respecto de aquéllos, el período entre los 15 y los 24 años es el de mayor prevalencia en su país, (México) en desempleados y personas con menor nivel educativo y que por lo general, la mayoría de las personas pertenecen a un nivel económico bajo.

Los aspectos sociodemográficos asociados a las conductas suicidas citados por este autor son: problemas económicos, cuando no se satisfacen las necesidades básicas, el desempleo, la ruina económica, la exposición a suicidios cercanos de manera geográfica, no tener pareja estable, vivir solo, falta de afiliación religiosa, entre otras (Sánchez, et al., 2005)

Los segmentos de adolescentes que tienen modelos de adultos poco atractivos, la posmodernidad que acabó con los grandes proyectos e ideales sociales, la dificultad para tener medios de trabajo y productividad que permitan tener un mínimo nivel de vida decoroso, son factores que generan malestar en la población y de manera especial, en la población joven. Orientando a las personas a vivir la inmediatez del momento, con poca visión de futuro y con poca tolerancia a la frustración (Sánchez, et al., 2005)

El Servicio Andaluz de Salud (2010) incluye bajo estatus socioeconómico, bajo nivel educativo, migración, desempleo y empleos vulnerables, relacionados tanto con estrés laboral como con la facilidad de acceso a los medios para acabar con la propia vida.

Otro autor se centra en entender cuáles son las causas sociales, los significados de la vida y de la muerte.

Entender las emociones envueltas en la decisión de acabar con la propia vida, entender las situaciones socioeconómicas y cómo éstas impactan; por qué el suicidio se presenta de manera diferente por género, grupo etario y estrato social e identificar las situaciones de crisis económica como un factor detonante; cuáles son los significados y valores construidos por la sociedad que responden ante una situación de suicidio, para llegar al fondo de lo que ocurre entre la concepción de vida y muerte que puedan tener estos seres humanos, que deciden por su propia mano dejar de convivir con sus semejantes (Ibarra, et al., 2015)

Concediéndole un valor económico a los sujetos, como parte de la doctrina neoliberal, su esencia carece de identidad y tiene como fin último la competitividad. De forma que los comportamientos suicidas están signados por la globalización y pueden ser el resultado de la desesperanza y angustia que siente el individuo ante su contexto (Ibarra, et al., 2015)

En un estudio realizado en Grecia se identificó un incremento considerable en la prevalencia de ideación suicida y tentativas de suicidio, siendo vulnerables los hombres, individuos casados, personas que estaban pasando problemas económicos, personas con escasa confianza interpersonal (Economou, M., et al, 2013).

Un grupo de riesgo son las personas sin hogar, especialmente sexo femenino y personas de ambos sexos consumidoras de alcohol y drogas, con prácticas de consumo de riesgo e infección de VIH y VHC (Calvo-García, F., Giralt-Vázquez, C., Calvet-Roura, A. y Carbonells-Sánchez, X., 2016).

González (2015) cita los problemas financieros, esto tomando en cuenta que en Guatemala la tasa global de participación de la población económicamente activa (PEA) a nivel nacional fue 61.5, en el dominio urbano la tasa es de 62.7 y el rural de 59.3. El subempleo visible incluye a las personas que, aunque están ocupadas laboran menos de la jornada ordinaria de trabajo, encontrándose a nivel nacional el 11.5%, presentándose la mayor incidencia en el dominio rural nacional 12.6% (Instituto Nacional de Estadística, 2016).

#### **4.7.4 Factores familiares**

La dinámica familiar juega un rol preponderante en términos del grado de apoyo social presente o pasado que se ha brindado al individuo. Una familia disfuncional o con bajo nivel de cohesión propicia un riesgo más elevado de comportamientos suicidas con mayor prevalencia en mujeres, el cual está presente cuando la familia afronta crisis como los citados por el Servicio Andaluz de Salud, (2010) divorcio de los padres o abandono, muerte de uno de los hijos o cónyuge, infertilidad, enfermedad de alguno de sus miembros, agresiones, abuso sexual dentro del núcleo familiar.

También figuran problemas relacionados con conflictos familiares, en particular con los padres y la pareja (González y Jiménez 2015). En un estudio sobre la enfermedad psiquiátrica de los padres y el riesgo de suicidio, realizado en Dinamarca, se determinó que las tasas de

incidencia más elevados se da en los diagnósticos de los padres de trastorno de personalidad antisocial, uso indebido de cannabis, un menor riesgo mostró los trastornos del estado de ánimo de los padres (en particular el trastorno bipolar) (Pearl, L. H., et al, 2016).

#### **4.7.5 Factores psicológicos**

Entre los factores psicológicos se puede mencionar el sufrimiento relacionado con distintas variables, que puede llevar a la persona a la desesperanza, relacionada principalmente en las primeras edades, siendo un factor determinante ante la presencia de traumas, maltrato, estilos de crianza o ambientes desfavorecidos y en la vejez con la aparición de enfermedades, la pérdida de seres queridos, la violencia doméstica etc.

En un estudio realizado en varios países de Europa se exploró la prevalencia de conductas de riesgo (consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas, tabaquismo intenso, sueño reducido, pre obesidad, peso subnormal, conducta sedentaria, considerable uso de Internet-TV-videojuegos por motivos no relacionados con la escuela o el trabajo y ausentismo escolar) y su relación con la psicopatología y las conductas autodestructivas, concluyendo que las tentativas de suicidio e ideación suicida es similar entre el grupo que presenta uso de Internet-TV-videojuegos, conducta sedentaria y sueño reducido, con el grupo con alto riesgo, que presentaron todas las conductas, siendo la prevalencia de ideación suicida de 42.2% frente 44%, y la prevalencia de tentativas de suicidio de 5.9% y 10.1% respectivamente (Carli, V., et al, 2014). Otra investigación identifica la mala calidad del sueño y las pesadillas frecuentes como factores de riesgo de la autolesión no suicida (Liu, X., Chen, H., Bo, Q.G. et al, 2016).

Algunos aspectos de procesamiento cognoscitivo y emocional han sido asociados como: poco control de interferencia y de flexibilidad cognoscitiva, errores en la toma de decisiones, mayor atención hacia estímulos negativos, estado de ánimo de fracaso, sensación subjetiva de no poder afrontar los problemas,

Se han relacionado a las conductas suicidas las desesperanza, pobre memoria autobiográfica, poca capacidad para afrontar los problemas, fallas para identificar aspectos positivos en la solución de los problemas, distanciamiento emocional con otros, limitada capacidad de dependencia a la recompensa para lograr su bienestar emocional, evitación de la mayoría de los contactos sociales, impulsividad general y

problemas en la regulación de respuestas agresivas, pobre desempeño en tareas de funciones ejecutivas; en particular en el control de interferencia, la flexibilidad cognoscitiva, la fluidez verbal y la toma de decisiones experiencias estresantes en la infancia o la adolescencia como la pérdida de un ser querido, ser víctima de abuso sexual, físico o emocional, se ha señalado que los pacientes con tentativa suicida muestran mayor facilidad para recuperar información negativa que positiva en la memoria autobiográfica (Sánchez, et al., 2005).

Otros factores de riesgo agudo citados son la pérdida de interés, ansiedad, agitación psicomotora y comportamiento de alto riesgo, los cuales se encuentran elevados en los individuos que presentan comportamiento suicida (Ballard, E.D., et al, 2016).

Un estudio sobre abuso sexual, reveló que entre los individuos deprimidos, cuanto más temprana es la edad a la que se inicia el abuso sexual, tanto mayor es la tentativa de suicidio (Lopez-Castroman, J., et al, 2013).

#### **4.7.6 Factores ambientales**

Entre los factores ambientales se encuentran; el acceso al método suicida y los acontecimientos estresantes, los cuales no son factores de riesgo por sí solos, sino elementos facilitadores para aquellas personas que pertenecen a grupos vulnerables. La elección del método que se utiliza en la conducta suicida está condicionada por aspectos geográficos y culturales, siendo un factor importante, ya que limitando el acceso puede disminuir la probabilidad que ocurra. El principal método de suicidio en la Región de las Américas es la asfixia, seguido por las armas de fuego y el envenenamiento (OPS, 2014).

#### **4.7.7 Factores culturales**

En este apartado se hará mención sobre el aspecto de género, como la sociedad visualiza a hombres y mujeres, y como esto puede influir en la conducta suicida. Si bien condiciones emocionales de riesgo como la depresión y la ideación suicida son más prevalentes en las mujeres, en los hombres el costo de estas condiciones repercute no en cantidad, pero sí en intensidad, pues es en la gravedad de estas condiciones emocionales que los hombres que optan por el suicidio, lo consuman. González y Jiménez (2015) evidencia el reclamo social de género por cuanto a que la masculinidad obliga a ocultar y enmascarar estas condiciones

emocionales consideradas como muestras de debilidad en los hombres, cobrándoles un costo muy alto: la vida.

#### **4.8 La cultura y la conducta suicida**

Los actos suicidas desde la antigüedad han producido un desconcierto y una condena social, religiosa y cultural por las dimensiones del acto. El suicidio ha sido considerado como un pecado o como un crimen, y con el paso del tiempo, se ha convertido en un problema de salud (Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R., 2009).

Aunque el suicidio ha dejado de ser un delito en las sociedades modernas, todavía existe un estigma hacia éste fundamentado en parte en las prohibiciones religiosas y en parte en el interés de la sociedad por preservar la vida.

En la declaración de postura de la World Psychiatric Association, WPA, se propone que se debe tomar en cuenta una apreciación sensible de las creencias y prácticas religiosas de las personas así como de su espiritualidad de manera sistemática.

Una comprensión de la religión y la espiritualidad y su relación con el diagnóstico, la etiología y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos se debiera tomar en cuenta como componente esencial. Los psiquiatras deben ser conocedores del potencial tanto beneficioso como nocivo de los puntos de vista y prácticas religiosas, espirituales y seculares y estar dispuesto a compartir esta información de una manera crítica pero imparcial con la sociedad en general en apoyo a la promoción de la salud y el bienestar (Moreira-Almeida A., Sharma A., Rensburg B., Verhagen P. y Cook C, 2016).

Entre los factores culturales detallados por Sánchez et al. (2005) se encuentran el estigma social asociado a la búsqueda de ayuda profesional, el difícil acceso a los servicios de salud mental, creencias que legitiman el suicidio ante ciertas situaciones y exposición al comportamiento suicida en los medios de comunicación.

Resulta interesante el análisis de Sánchez et al. (2005) sobre los elementos que se identifican comúnmente en los factores descritos:

1. Las experiencias de pérdida que son aversivas, que en lo inmediato generan estrés, ya sea de forma intensa y aguda pero corta en el tiempo, o de baja intensidad pero extendida durante años. Cuando estas condiciones son crónicas pueden desembocar en ansiedad generalizada y depresión mayor que pudiera ser la antesala al comportamiento suicida como se analizó en el segmento de los factores de riesgo psiquiátricos.

2. Un segundo elemento es que los individuos bajo esta condición tienen pocas competencias sociales para sustituir los apoyos que no se tienen en un contexto como el familiar, con otros apoyos, como los amigos. 3. Por último, como efecto de estar expuesto a este tipo de condiciones se produce la incapacidad para disfrutar o experimentar gozo y placer aun cuando se esté en contacto con objetos, actividades o personas que antes sí habían producido estos efectos. Este análisis aunque parezca lógico, espera la validación de datos empíricos en nuestro entorno.

#### **4.9 Factores protectores**

Entre los factores protectores puede mencionarse a la familia, principalmente, seguido de comunidades que brinden a su población oportunidades de desarrollo personal, los grupos de amigos y organizaciones en donde pueden integrarse. Instituciones educativas, deportivas y recreativas. En la declaración de postura de la World Psychiatric Association, WPA, se propone que se debe tomar en cuenta una apreciación sensible de las creencias y prácticas religiosas de los pacientes así como de su espiritualidad de manera sistemática (Moreira-Almeida, et al., 2016) La frecuente asistencia a servicios religiosos se asocia con una tasa significativamente menor de suicidio (VanderWeele, T.J., Li, S., Tsai, A.C., y Kawachi, I. et al, 2016).

#### **4.10 Políticas, planes, programas y estrategias de prevención y atención**

La intervención debe ser colectiva basada en la atención a distintos grupos de la población mediante acciones interinstitucionales y multidisciplinarias. Algunas encaminadas a adolescentes se realizan de manera primordial a través del sistema educativo. Otras que se relacionan con el comportamiento autolesivo tienen como objeto el control del acceso a las armas de fuego, sustancias venenosas y medicamentos. También se recomienda la limitación y responsabilidad de la información que al respecto se difunde en los medios de

comunicación. La intervención en el ámbito individual intenta detectar los factores de riesgo que están asociados a conductas suicidas. Ibarra et al. (2015) recalca en la búsqueda de sensibilización en la población en general sobre el problema de suicidio y de concientización y educación para la vida en los posibles suicidas.

En el ámbito de la salud pública recae un porcentaje elevado de la responsabilidad (del abordaje del suicidio) y dentro de ella la salud mental. Pero es necesario acudir a los grupos de riesgo y a los factores implicados para comprender que es un problema de todos los ámbitos y no sólo de salud (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

La pretensión es detectar el potencial suicida desde temprana edad, con el objeto de lograr una prevención adecuada y el desarrollo de programas que brinden orientación a la población. De ahí que se sugiere que la intervención siga esta línea: conocer cómo se gestan las ideas suicidas desde la niñez (Gómez, E. N., Cervantes, S. y Arce, C., 2015). Propiciando de esta forma intervenciones basadas en la intención de ejecución del suicidio, sobre todo cuando son apoyadas por una hoja de ayuda volitiva (Armitage, C. J., Abdul, W., Rowe, R. y O'Connor, R. C., 2016).

Considerando también como un elemento transversal que permite identificar el enfoque del problema, la concepción antropológica (concepción del ser humano, de la vida y de la muerte), como el sustento filosófico que, en ocasiones no de manera explícita, orienta el trabajo operativo de prevención y atención al suicidio, y cuya influencia llega hasta las políticas públicas e influye en los programas internacionales y nacionales de atención al suicidio (Ibarra et al., 2015)

Los planes, programas y estrategias de prevención del suicidio en el mundo, han sido considerados como la forma en la que por lo general, desde una visión clínica, se previene y atiende a las personas con comportamientos suicidas.

Programas de prevención es un concepto utilizado para denominar aquellas acciones dedicadas a atender o desarrollar algún proceso de intervención en el riesgo o en el comportamiento suicida, en sus formas individualizada o social, desde su etapa preventiva, de detección, intervención, hasta la fase final o de evaluación del impacto.

Los programas de prevención pueden estar incluidos en las acciones que desarrollan los hospitales o clínicas; los que, además, ofrecen otros servicios y entre los que se encuentran departamentos especializados o entes encargados de atender solicitudes específicas o dar seguimiento a individuos o familias en situación de suicidio.

Los programas de prevención del suicidio tienen objetivos, propósitos y misión. Sus procesos siguen procedimientos establecidos desde esa perspectiva y muestran también características particulares de infraestructura y capacidad profesional de los encargados o de quienes ofrecen el apoyo en estos organismos entre los que destacan: médicos, psicólogos, psiquiatras, voluntarios o donantes de servicios de otras profesiones.

Según Ibarra et al. (2015) los programas de prevención, que conjuntan diversos elementos: personal, infraestructura, normatividad, programas y protocolos de atención; la identificación de sus finalidades y su operación permitirán conocer sus singularidades, pero también permitirán establecer las generalidades sobre las formas en que se desarrolla en la prevención y atención al suicidio.

#### **4.10.1 Estrategias para la prevención del suicidio**

La prevención puede dirigirse a diferentes niveles. A un nivel primario, cuando las problemáticas no han acontecido y para evitar que sucedan; y a uno secundario, cuando existen factores de riesgo e indicios de las problemáticas y antes de que las condiciones empeoren y las consecuencias sean fatales. En prevención primaria, la educación es un componente clave, la cual se puede establecer, además de en las escuelas, en los espacios públicos de socialización y tránsito de la población.

La estrategia se complementaría con la instalación de equipos de salud mental en espacios estratégicos de las instalaciones y que éstos funjan como agentes de prevención al realizar una labor en educación para la salud mental, atención o canalización y seguimiento de los casos que se detecten.

En cuanto a la prevención secundaria, con los indicadores protectores y de riesgo que se han identificado en las investigaciones, se puede contribuir al diseño y construcción de instrumentos para la detección temprana y oportuna de población con riesgo suicida, con el

propósito de habilitar al personal de salud mental asignado con herramientas eficaces y fáciles de aplicar.

Es importante también orientar esfuerzos para hacer uso de los factores protectores con el fin de contribuir a la elaboración de programas de promoción para la educación mental, ya que al hacerlo se potencia el esfuerzo preventivo, dado que éstos, al interactuar con los factores de riesgo, pueden minimizar el riesgo suicida o prevenir la incidencia de otros factores de riesgo asociados con la conducta suicida.

Para González y Jiménez (2015) el suicidio no se puede explicar sólo en términos patológicos, sino como un hecho que forma parte de un proceso biológico, psicológico, social y cultural, por lo que es imperioso trabajar en el campo de la prevención primaria (con la identificación de factores protectores) y secundaria (a través de la detección de elementos de riesgo), a través de intervenciones y programas de promoción para la salud mental.

Según el Servicio Andaluz de Salud (2010) debe partirse de un modelo de actuaciones en el ámbito de la prevención primaria y secundaria

Que incluyen la sensibilización de la población general y de colectivos específicos sobre el tema del suicidio con el fin de detectar y ayudar a personas en riesgo, contemplando además la necesidad en el ámbito de la prevención, de formación y asesoramiento al personal de salud. Las dos líneas de actuación se dirigen a:

- a) La sensibilización de la población; que incluye la sensibilización de la población general, la identificación de la población de riesgo y la sensibilización de la familia y de quienes cuidan a personas en riesgo.
- b) La formación de profesionales: incluye formación y actualización en conocimientos sobre suicidio, recursos y circuito de derivación.

#### Sensibilización de la población general

La sensibilización y concienciación dirigida a la población general se realiza con el fin de desmitificar el acto suicida y proponer actuaciones dirigidas al conocimiento de esta problemática.

La información a la población general debe referirse a qué se debe hacer y qué no ante la detección de personas con pensamientos de quitarse la vida, romper mitos y creencias acerca de este comportamiento, ofrecer teléfonos y contactos claros con la idea de transmitir que existen personas preparadas que pueden ayudar al individuo que está pensando en el suicidio como una salida a una situación problemática en su vida.

En Guatemala a iniciativa del médico psiquiatra Dr. Hernán Ortiz, un grupo de profesionales entrenados en el auxilio, tratamiento y ayuda a la persona suicida han habilitado la línea telefónica de prevención e intervención, el 5392 5953, desde hace 15 años.

En relación a los medios de comunicación la Organización Mundial de la Salud hace las siguientes recomendaciones:

- No ser sensacionalistas ante este comportamiento.
- No dar detalles del método usado.
- No presentarlo como la consecuencia de una única causa, mejor reconocer que influyen múltiples factores en el acontecimiento.
- Tener en cuenta el impacto que sobre las familias y supervivientes podría tener la noticia.
- Trabajar en coordinación con las autoridades de salud.
- Resaltar especialmente las alternativas al suicidio, proporcionando información sobre los recursos disponibles y explicando los signos de alerta y señales de advertencia.

### **Identificación de la población de riesgo**

La detección de esta población generalmente corre a cargo del personal de salud, educación y servicios sociales.

La Organización Mundial de la Salud para la prevención del suicidio, a la población en general recomienda estrategias como la restricción de acceso a medios para el suicidio, implementar políticas para reducir el abuso de alcohol, apoyar y fomentar los reportes responsables de los casos de suicidio en los medios de comunicación.

Entre las estrategias de prevención a población en riesgo se recomiendan: entrenamiento, supervisión y evaluación a vigilantes en entornos no médicos; los centros de intervención en crisis deben colaborar con los servicios de salud como un punto de entrada para aquellos que necesitan apoyo médico; fomentar la creación de redes de profesionales para compartir aprendizajes en el tema; promover la búsqueda de apoyo y proveer asistencia adecuada en tiempo y forma a las personas necesitadas; asimismo, es conveniente la vinculación con redes de apoyo social ya existentes para poder llegar a personas en condición de vulnerabilidad; ofrecer servicios de posvención a los dolientes por suicidio.

En cuanto a las estrategias de prevención a nivel individual se recomiendan: identificación y tratamiento de trastornos mentales; enfatizar la necesidad de proveer un servicio de salud mental integral desde el primer nivel de atención en salud; poner atención a la falta de servicios de salud mental; señalar la necesidad de educar con regularidad a los profesionales de la salud en la prevención del suicidio en la identificación, manejo, apoyo y referencia de las personas en riesgo.

En este sentido, es recomendable que cualquier persona mayor de 10 años que experimente: conductas autolesivas, depresión, abuso de alcohol o drogas, trastorno bipolar, psicosis, epilepsia, trastornos del desarrollo y del comportamiento en niños y adolescencia, demencia moderada o quejas emocionales o médicas inexplicables dolor crónico o estrés emocional agudo, sea evaluada sobre la presencia de pensamientos o planes suicidas en el último mes y acerca de actos autolesivos en el último año.

Para Ibarra et al. (2015) las estrategias deben ser evaluadas, La evaluación ayuda a comparar el ideal con el funcionamiento real.

Opera con criterios cuantitativos y cualitativos que generan información para la definición de estándares de calidad de las acciones realizadas para la prevención y la atención del suicidio, los cuales se construyen por la experiencia en la operación y su comparación con las de otros países, de tal manera que la evolución histórica de los programas y las estrategias para la prevención y la atención a este tipo de problemática, desde diferentes enfoques teórico-metodológicos, permite mejorar de manera integral todos los procesos implicados en la prevención del suicidio. A partir de la premisa de un proceso ideal, se consideran tres elementos que surgen de la detección de una situación de suicidio en una persona: a) la

promoción y la prevención del suicidio, b) la detección y la atención de la persona con riesgo suicida y, c) los resultados de la implementación del programa.

Para Schaffer (2016) el predominio de los contactos para atención psiquiátrica ambulatoria, a menudo cercanos a la fecha de la muerte, respaldan la importancia de concentrar los esfuerzos en integrar la evaluación del riesgo y las vías de atención en la atención clínica primaria y especializada sistemática, y no sólo en los contextos de atención aguda. Los pacientes suicidas con diagnóstico de depresión pueden mostrar una disminución significativa en la ideación suicida al ser tratados en grupos de intervención (Beurs, D. P. de, et al, 2015).

#### **4.10.2 Estrategias para la atención del suicidio**

La OMS (2000) ha realizado recomendaciones para la atención a las personas en riesgo inminente o que han intentado suicidarse:

Evaluación de antecedentes de conductas para suicidas o de riesgo a su salud; riesgo inminente de actos suicidas; antecedentes de pensamientos, planes o actos suicidas, preguntar de manera abierta las razones para intentar el suicidio.

Se considera que el riesgo es inminente cuando: hay planes para cometer el suicidio, actos suicidas en los últimos treinta días, agitación, violencia o falta de comunicación.

Ante ello se deben quitar de su alcance medios para lesionarse, crear un entorno de apoyo, separarlo del resto de personas y alojarlo en un espacio silencioso; no dejar a la persona sola, supervisar y asignar a un familiar o profesional de salud para cuidarle; atender los síntomas psiquiátricos y de estrés emocional; ofrecerle apoyo psicosocial mediante primeros auxilios psicológicos o intervención en crisis y consulta con un especialista en salud mental, no recomendando la hospitalización.

Cuando la persona reconoce que ha intentado suicidarse y requiere hospitalización para atender sus lesiones se recomienda: colocarla en un lugar seguro; no dejarla sola; remover los medios para el suicidio del entorno inmediato y mediato; eliminar del entorno posibles estresores; orientar y asignar a un cuidador especial; ofrecer apoyo psicosocial.

La intervención breve ha mostrado su efectividad en reducir la mortalidad suicida entre individuos con intento suicida y es adecuado para instancias con poca capacidad humana y económica, orientar a los familiares en la restricción de acceso a medios para el suicidio en el hogar o el trabajo, la reducción de estresores y elementos ansiógenos en el entorno inmediato, evitar la crítica y la hostilidad hacia la persona.

El seguimiento de la persona con riesgo suicida es recomendado. Se sugiere: mantener contacto regular de manera personal, por teléfono o por correo electrónico; este contacto debe ser frecuente al principio y disminuir con base en la mejoría de los síntomas. De manera eventual es necesario mantener un contacto intenso y duradero en razón de que persista la conducta suicida; en cada contacto se debe preguntar sobre pensamientos e ideas suicidas, alteraciones emocionales o conductuales importantes y en general, acerca de la sensación de bienestar emocional del individuo.

La atención psicológica o los tratamientos recomendados para las personas con conductas suicidas son diversos y debe tenerse especial énfasis en el posible trastorno mental de fondo y la psicoterapia interpersonal. La atención psicológica se recomienda según el trastorno mental. Para personas con trastornos afectivos se sugiere: activación comportamental, Terapia cognitiva conductual, TCC, psicoterapia interpersonal, terapia basada en la solución de problemas y entrenamiento en técnicas de relajación. Para personas con trastorno psicótico se sugiere la TCC, terapia familiar o enfocada a las habilidades sociales. Personas con quejas emocionales o médicas no específicas se recomienda la activación comportamental, terapia basada en la solución de problemas, entrenamiento en técnicas de relajación. Con personas con trastorno adictivo se sugiere TCC, terapia basada en el manejo de contingencias, terapia familiar, de facilitación emocional o terapéutica basada en la solución de problemas.

Para fortalecer un programa de prevención del suicidio resulta conveniente elaborar un registro y un procedimiento claro para reportar suicidios e intentos de suicidio con información sobre los medios usados, las características sociodemográficas y clínicas de las personas. También se recomienda un proceso de evaluación de los programas, para conocer su efectividad y costo-beneficio.

Cuba cuenta con una buena experiencia, quien presenta una de las tasas más altas de suicidios en las Américas y el Caribe, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el Ministerio de Salud Pública, en un esfuerzo intersectorial, incluye a las familias y las comunidades en su Programa Nacional de Salud Mental.

La psiquiatría se ha orientado hacia la Atención Primaria de forma que se ha integrado este tipo de servicio dentro de las comunidades y adoptado estrategias preventivas. Existen hospitales especializados en psiquiatría y se establecieron servicios psiquiátricos en todos los hospitales generales y pediátricos del país. Además, se fortaleció el sistema nacional con centros comunitarios de salud mental.

Se introdujo los hospitales de día, que son servicios psiquiátricos ambulatorios establecidos en la comunidad, en donde las personas con trastornos mentales más severos pero que no requieren hospitalización, pueden estar de lunes a viernes, estos operan a partir de los centros comunitarios de salud mental y ofrecen servicios adicionales de acuerdo con las necesidades (Zavaleta, J, 2016).

#### **4.11 Prevención, atención y seguimiento a los comportamientos suicidas en Guatemala**

Dentro del sistema de atención médica y psicológica existen diversos puntos de contacto antes de la muerte por suicidio. Se puede obtener acceso a la atención psicológica a través de la atención primaria en los centros de salud y las unidades de atención psiquiátrica y psicológica ambulatorios en Hospitales Regionales y el Hospital de Salud Mental, basándose en el postulado que el tratamiento psiquiátrico reduce el riesgo de suicidio.

#### **4.12 Registros**

La fuente de información con que se cuenta para estudiar la conducta suicida en Guatemala son registros de estadísticas vitales en que se recogen las defunciones recopiladas por el Registro Nacional de Personas, Renap. Teniendo en el formulario de defunción las diferentes causas de muerte, incluyendo el suicidio. El Instituto Nacional de Ciencias Forenses, Inacif.

El porcentaje estimado en el 2009 de subregistro de mortalidad en Guatemala es de 12.7% (OPS, 2014).

## **5. Materiales y métodos**

### **5.1 Ubicación geográfica**

La investigación se realizó en el Hospital Nacional de Jutiapa, ubicado en el municipio de Jutiapa, cabecera del departamento de Jutiapa.

### **5.2 Tipo de investigación**

La investigación es no experimental, con un alcance descriptivo, mixta cuantitativa.

### **5.3 Técnicas e instrumentos**

Identificación diaria de los casos de conducta suicida (intentos y suicidios consumados) ingresados en el Hospital Nacional de Jutiapa, en los meses de marzo a julio confirmados por un médico para ser fuente de información.

Entrevista, utilizando como instrumentos la historia clínica, el examen mental y la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica, MINI. Se trabajó con material basado en evidencia, partiendo de la experiencia personal y familiar.

La información registrada en la historia clínica se recabó en entrevistas personales, entrevistas a familiares, revisión de los expedientes médicos y expedientes de salud mental del Hospital Nacional de Jutiapa, comparados con registros de la Policía Nacional Civil; en el caso de los suicidios consumados con el Registro Nacional de Personas, Renap y el Ministerio Público.

El diagnóstico de trastorno mental se definió por: a) diagnóstico registrado por médicos psiquiatras. b) diagnósticos registrado por psicólogos y c) diagnóstico elaborado a través de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI. Los que no cumplieron con estos criterios se designaron sin especificar s/e.

Grupos focales con personas con conducta suicida y con personal institucional médico-asistencial, legal y social, con personal de Hospital Nacional, Policía Nacional Civil, Instituto Nacional de Ciencias Forenses, Inacif y Medios de Comunicación.

Encuestas institucionales, utilizando un cuestionario estructurado sobre estadística, acciones e instrumentos manejados en salud, atención forense y seguridad, de los últimos cinco años de suicidio e intento de suicidio y su relación con los meses a investigar. Se realizaron en las siguientes instituciones: Hospital Nacional de Jutiapa, Dirección de Área de Salud, Ministerio Público, Policía Nacional Civil y Bomberos Voluntarios de Jutiapa.

#### **5.4 Muestra**

La muestra la conformaron los casos que presentaron conductas suicida ingresadas en el Hospital Nacional de Jutiapa, de marzo a julio de 2016. Totalizando 84 casos, 22 suicidios consumados y 62 intentos de suicidio. La muestra estuvo conformada por el 88.4% del total de personas que presentaron conducta suicida, excluyendo el 11.6%, con intento de suicidio de quienes no se recopiló información.

Unidad primaria de muestreo: personas con conducta suicida o sus familiares ingresados de marzo a julio de 2016.

##### **5.4.1 Criterios de inclusión de las unidades de la muestra**

Personas que ingresaron al Hospital Nacional de Jutiapa por conducta suicida, en los meses de marzo a julio de 2016, que aceptaron ellos o sus familiares voluntariamente participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

##### **5.4.2 Criterios de exclusión de las unidades de la muestra**

Personas que no aceptaron participar en la investigación o por las condiciones de su salud no pudieron dar información o sus familiares.

##### **5.4.3 Operacionalización de las variables**

Objetivo	Variable	Definición teórica de la variable	Técnica	Instrumento	Escala de medición
Describir las características (cualitativas) de los casos de suicidio e intento de suicidio en la ciudad de Jutiapa	Suicidio e intento de suicidio	Acciones que el sujeto realiza contra sí mismo, logrando o no la muerte.	Grupos focales	Guía de grupo focal	Cualificación de emociones cogniciones conductas

Objetivo	Variable	Definición teórica de la variable	Técnica	Instrumento	Escala de medición
Determinar la relación entre la conducta suicida y trastornos mentales	Trastorno mental	Alteraciones en el sujeto de lo afectivo y cognitivo	Entrevista	Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y expedientes médicos	Cuantificación Porcentajes
Identificar los factores socio demográfico relacionado con la conducta suicida.	Factores de riesgo Psiquiátricos Médicos Sociales Psicológicos Familiares Culturales	Características o cualidades de sujetos o comunidades, que van unidas a una mayor probabilidad de daño a la salud.	Entrevista	Guía de entrevista y expedientes médicos	Cuantificación Tasas Porcentajes
Establecer los procedimientos institucionales en casos de suicidio e intento de suicidio	Procedimientos institucionales	Acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la atención de suicidios e intentos de suicidios	Encuesta  Grupo Focal	Cuestionario  Guía grupo focal	Cuantificación Tasas Porcentajes  Cualificación

## 5.5 Ética y privacidad

El Hospital Nacional de Jutiapa otorgó la aprobación para la realización del estudio. Además fue revisado por el Comité de Bioética de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por lo que el equipo de investigadores se apegó por completo a los procedimientos de privacidad normados. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y/o familiares.

## 6. Presentación de resultados

Los resultados del estudio se presentan en dos partes, la primera es la descripción de información sociodemográfica y los factores que intervienen en esta conducta. Y una segunda parte centrada en el individuo como actor principal, con un enfoque cualitativo, mostrando el interior de sus emociones, cogniciones y conductas, vinculadas al contexto familiar, social y cultural.

### Tendencias de la conducta suicida en el departamento de Jutiapa

El departamento de Jutiapa presentó tasas de mortalidad por suicidio con envenenamiento entre 14.22 y 26.55 por 100,000 habitantes en un año, para ambos sexos, en los últimos cuatro años reportados por el Departamento de Epidemiología de la Dirección de Área de Salud (tabla 4) con información integrada del Hospital Nacional de Jutiapa y áreas comunitarias. La tasa de suicidio por envenenamiento para el período 2010 – 2013 es de 19.97 por 100,000 habitantes, para ambos sexos.

**Tabla 4. Tasas de suicidio del departamento de Jutiapa por 100,000 habitantes**

Año	No. casos <sup>1</sup>	Proyecciones de población <sup>2</sup>	Tasas
2010	66	428,462	15.40
2011	62	436,076	14.22
2012	118	444,434	26.55
2013	106	453,369	23.35

Fuente: <sup>1</sup>No. de casos de la Dirección de Área de Salud, DAS.

<sup>2</sup>Proyecciones de población de Instituto Nacional de Estadística, INE.

En el municipio de Jutiapa han fallecido anualmente por suicidio, más de 35 personas al año, presentando en el año 2012 una tasa de 43.06 por 100,000 habitantes, para ambos sexos, (tabla 5), siendo la más alta registrada en diez años. La tasa de suicidio para el período 2014-2015 es de 25.87 para ambos sexos.

**Tabla 5. Tasas de suicidio del municipio de Jutiapa por 100,000 habitantes**

Año	No. casos <sup>12</sup>	Proyecciones población <sup>3</sup>	Tasa
2012	60 <sup>1</sup>	139,342	43.06
2013	48 <sup>1</sup>	143,749	33.39
2014	35 <sup>2</sup>	148,355	23.59
2015	43 <sup>2</sup>	153,110	28.08

Fuente: <sup>1</sup> No. casos de la Dirección de Área de Salud, DAS y <sup>2</sup> Registro Nacional de Personas, Renap  
<sup>3</sup> Proyecciones de población de Instituto Nacional de Estadística, INE.

De los 84 casos identificados de marzo a julio que presentaron conducta suicida, el 26.2% se suicidaron y el 73.8% se quedaron en un intento de suicidio.

Se presentan resultados de las variables sociodemográficas por casos de suicidio consumado y por intento de suicidio agrupados por género, edad y estado civil. (tabla 6 y tabla 7)

### **Género**

En el departamento de Jutiapa en los suicidios consumados, la proporción para los hombres es de 77.27% y para las mujeres 22.73% (tabla 6). En los intentos de suicidio la proporción es de 56.45% para los hombres y 43.55% para las mujeres (tabla 7).

En el municipio de Jutiapa en los suicidios consumados, la proporción para los hombres es de 77.78% y para las mujeres 22.22%. En los intentos de suicidio la proporción es de 62.86% para los hombres y 37.14% para las mujeres

En el departamento de Jutiapa la razón hombre-mujer es de 3.4 en los suicidios consumados y de 1.29 en los intentos de suicidio. En el municipio de Jutiapa la razón hombre-mujer es de 3.5 en los suicidios consumados y de 1.69 en los intentos de suicidio.

### **Edad**

La mayoría de suicidio en el departamento de Jutiapa, 50.0%, se produjo en edades comprendidas entre los 18 y 27 años, entre los 28 y los 37 años, 13.6%, y entre los 8 y 17 años 9.1% (tabla 6).

Los intentos de suicidio en el departamento de Jutiapa, 53.2% se produjo en edades comprendidas entre los 18 y 27 años, entre los 8 y los 17 años, período que corresponde a la adolescencia, 17.8%, y entre los 28 y 37 años 11.3% (tabla 7).

### Estado civil

El estado civil de los suicidios ocurridos en el departamento de Jutiapa, el 45.5% corresponde a personas solteras, las unidas el 40.9% y las casadas el 9.1% (tabla 6).

En los intentos de suicidio en el departamento de Jutiapa, 45.2% corresponde a personas solteras, unidas el 27% y casadas el 19.4% (tabla 7).

**Tabla 6. Suicidios y variables sociodemográficas en personas atendidas en el Hospital Nacional de Jutiapa**

Variable	Hombres n = 17	Mujeres n = 5	TOTAL n = 22
<b>Género</b>	17 (77.3)	5 (22.7)	22 100.0)
<b>Grupos de edad</b>			
8-17	1 ( 5.9)	1 (20.0)	2 ( 9.1)
18-27	8 (47.1)	3 (60.0)	11 (50.0)
28-37	2 (11.8)	1 (20.0)	3 (13.6)
38-47	2 (11.8)		2 ( 9.1)
48-57	3 (17.6)		3 (13.6)
58-67	1 ( 5.9)		1 ( 4.5)
<b>Ubicación geográfica</b>			
Urbano	3 (17.6)	2 (40.0)	5 (22.7)
Rural	14 (82.4)	3 (60.0)	17 (77.3)
<b>Estado Civil</b>			
Casado	2 (11.8)		2 ( 9,1)
Soltero	8 (47.1)	2 (40.0)	10 (45.5)
Unido	6 (35.3)	3 (60.0)	9 (40.9)
Viudo			
S/e	1 (5.9)		1 ( 4.5)
<b>Ocupación</b>			
Agricultor	10 (58.8)		10 (45.5)
Albañil	1 ( 5.9)		1 ( 4.5)
Comerciante	1 ( 5.9)		1 ( 4.5)
Electricista	1 ( 5.9)		1 ( 4.5)
Ama de Casa		1 (20.0)	1 ( 4.5)
Oficios domésticos		2 (40.0)	2 ( 9.1)
Estudiante		1 (20.0)	1 ( 4.5)
s/e	4 (23.5)	1 (20.0)	5 (22.7)
Los valores expresan n (%)			

Fuente: Entrevistas y expedientes de pacientes ingresados al Hospital Nacional de Jutiapa

En los intentos de suicidio en el departamento de Jutiapa, el 25.8% corresponde a personas con escolaridad del nivel primario (tabla 7).

**Tabla 7. Intentos de suicidio y variables sociodemográficas en personas atendidas en el Hospital Nacional de Jutiapa**

<b>Variable</b>	Hombres n = 35	Mujeres n= 27	TOTAL n = 62
<b>Género</b>	35 (56.5)	27 (43.5)	62 100.0)
<b>Grupos de edad</b>			
8-17	5 (14.3)	6 (22.2)	11 (17.8)
18-27	18 (51.4)	15 (55.6)	33 (53.2)
28-37	5 (14.3)	2 ( 7.4)	7 (11.3)
38-47	5 (14.3)	1 ( 3.7)	6 ( 9.7)
48-57		3 (11.1)	3 ( 4.8)
58-67	2 ( 5.7)		2 ( 3.2)
<b>Ubicación geográfica</b>			
Urbano	3 ( 8.6)	9 (33.3)	12 (19.4)
Rural	32 (91.4)	18 (66.7)	50 (80.6)
<b>Estado Civil</b>			
Casado	9 (25.7)	3 (11.1)	12 (19.4)
Soltero	15 (42.9)	13 (48.1)	28 (45.2)
Unido	6 (17.1)	11 (40.8)	17 (27.4)
Separado	1 ( 2.9)		1 ( 1.6)
S/e	4 (11.4)		4 ( 6.4)
<b>Escolaridad</b>			
Primaria	8 (22.9)	8 (29.6)	16 (25.8)
Básico	2 ( 5.7)	1 ( 3.7)	3 ( 4.8)
Diversificado		1 ( 3.7)	1 ( 1.6)
Universitario		2 ( 7.4)	2 ( 3.2)
s/e	25 (71.4)	15 (55.6)	40 ( 64.5)
<b>Ocupación</b>			
Agricultor	19 (54.3)		19 (30.7)
Albañil	3 ( 8.7)		3 ( 4.9)
Milicia	1 ( 2.8)		1 ( 1.6)
Panadero	1 ( 2.8)		1 ( 1.6)
Comerciante	1 ( 2.8)	1 ( 3.7)	2 ( 3.2)
Ama de Casa		10 (37.0)	10 (16.1)
Oficios domésticos		2 ( 7.4)	2 ( 3.2)
Estudiante	2 ( 5.7)	5 (18.6)	7 (11.3)
s/e	8 (22.9)	9 (33.3)	17 (27.4)
Los valores expresan n (%)			

Fuente: Entrevistas y expedientes de pacientes ingresados al Hospital Nacional de Jutiapa

### Ubicación geográfica

En cuanto a la ubicación geográfica, los suicidios consumados corresponden el 77.3% al área rural y el 22.7% al área urbana (tabla 6). Los intentos de suicidio el 80.6% corresponde al área rural y el 19.4% al área urbana (tabla 7).

Entre los municipios afectados por esta conducta se encuentran: Jutiapa con 40.9% de suicidios consumados, Yupiltepeque y Asunción Mita con 13.6%

	Suicidios		TOTAL n= 22	Intentos		TOTAL n = 62
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
<b>Agua Blanca</b>					1( 1.6)	1(1.6)
<b>Asunción Mita</b>	2(9.1)	1 ( 4.5)	3 (13,6)	2(3.2)	2(3.2)	4(6.5)
<b>Atescatempa</b>	1(4.5)	1 ( 4.5)	2 (9.1)		1 ( 1.6)	1(1.6)
<b>Comapa</b>				2 ( 3.2)	1 ( 1.6)	3(4.8)
<b>Conguaco</b>				1 (1.6)		1(1.6)
<b>El Progreso</b>	2 ( 9.1)		2 (9.1)	3 ( 4.8)	1 (1.6)	4(6.5)
<b>Jalpatagua</b>	2 (9.1)		2 (9.1)	1 ( 1.6)	1 ( 1.6)	2(3.2)
<b>Jutiapa</b>	7(31.8)	2(9.1)	9(40.9)	22(35.8)	13(21.0)	35(56.5)
<b>Moyuta</b>				1(1.6)		1(1.6)
<b>Quezada</b>				1(1.6)	2(3.2)	3(4.8)
<b>Santa Catarina Mita</b>					3(4.8)	3(4.8)
<b>Yupiltepeque</b>	2(9.1)	1(4.5)	3 (13.6)		1(1.6)	1(1.6)
<b>Zapotitlán</b>	1(4.5)		1 ( 4.5)			
<b>Casillas, SR</b>				2(3.2)		2(3.2)
<b>Oratorio, SR</b>					1(1.6)	1(1.6)
	17(77.3)	5(22.7)	22(100.0)	35(56.5)	27(43.5)	62(100.0)

Los valores expresan n (%)

**Tabla 8. Lugar de procedencia de suicidios e intentos de suicidio**

Fuente entrevistas y expedientes de pacientes ingresados al Hospital Nacional de Jutiapa

## Métodos

El principal método en la conducta suicida utilizado por hombres y mujeres en el departamento de Jutiapa fue el envenenamiento, 88.0% con productos químicos que se utilizan principalmente en la agricultura y 12.0% medicamentos.

## Factores de riesgo

### Consumo de sustancias

En los suicidios consumados el 23.5% de los hombres se encontraban bajo el efecto del alcohol (no se especificó otra sustancia) cuando se realizó el acto suicida (tabla 9). En intentos suicidas el 25.7% consumió alcohol previo al acto (tabla 10).

### Intentos de suicidio previos

En los suicidios consumados el 40% de las mujeres había realizado intentos previos (tabla 9). En los intentos de suicidio, la realización de intentos previos para los hombres 8.6% y para las mujeres 14.8% (tabla 10).

### Diagnósticos psiquiátricos

En la muestra de suicidios consumados el 9.1% se le diagnosticó un trastorno psiquiátrico (tabla 9) y en los intentos de suicidio el 21.0% (tabla 10).

**Tabla 9. Suicidio y variables de los contextos socioculturales y psiquiátricos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Jutiapa**

Variable	Hombres n = 17	Mujeres n = 5	TOTAL n = 22
<b>Consumo de sustancias</b>			
Si	4 (23.5)		4 (18.2)
s/e	13 (76.5)	5 (100.0)	18 (81.8)
<b>Creencias religiosas</b>			
Católico	3 (17.6)		3 (13.6)
Evangélico			
Otra			
Ninguna			
s/e	14 (82.4)	5 (100.0)	19 (86.4)
<b>Intentos de suicidio previos</b>			
Si		2 (40.0)	2 (9.1)
s/e	17 (100.0)	3 (60.0)	20 (90.9)
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>			
Si	1 (5.9)	1 (20.0)	2 (9.1)
s/e	16 (94.1)	4 (80.0)	20 (90.9)

Los valores expresan n (%)

Fuente: Entrevistas y expedientes de pacientes ingresados al Hospital Nacional de Jutiapa

Las variables psiquiátricas como el consumo de sustancias, intentos previos de suicidio y diagnósticos de trastornos mentales presentó una similitud entre las personas que consumaron el suicidio y las personas que presentan intento de suicidio.

**Tabla 10. Intento de suicidio y variables del contexto sociocultural y psiquiátricas en pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Jutiapa**

Variable	Hombres n = 35	Mujeres n = 27	TOTAL n = 62
<b>Consumo de sustancias</b>			
Si	9 (25.7)		9 (14.5)
s/e	26(74.3)	27 (100)	53 (85.5)
<b>Creencias religiosas</b>			
Católico	4 (11.4)	8 (29.6)	12 (19.3)
Evangélico	2 ( 5.7)	4 (14.8)	6 ( 9.7)
Ninguna	1 ( 2.9)	3 (11.1)	4 ( 6.5)
s/e	28(80.0)	12 (44.4)	40 (64.5)
<b>Intentos de suicidio previos</b>			
Si	3 ( 8.6)	4 (14.8)	7 (11.3)
s/e	32 (91.4)	23 (85.2)	55 (88.7)
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>			
Si	2 ( 5.7)	11 (40.7)	13 (21.0)
s/e	33 (94.3)	16 (59.3)	49 (79.0)
<b>Los valores expresan n (%)</b>			

Fuente: entrevistas y expedientes de pacientes ingresados al Hospital Nacional de Jutiapa

Los diagnósticos de trastorno mental identificados en la conducta suicida con mayor prevalencia son Trastorno bipolar y Trastorno depresivo (tabla 11).

**Tabla 11. Diagnósticos de Trastorno mental**

Diagnósticos	Hombres	Mujeres	TOTAL
<b>Trastorno bipolar</b>		5 (33.3)	5 (33.3)
<b>Trastorno depresivo</b>	2 (13.3)	3 (20.0)	5 (33.3)
<b>Trastorno hipomaniáco</b>	1 ( 6.7)	1 ( 6.7)	2 (13.3)
<b>Trastorno Adaptativo</b>		1 ( 6.7)	1 ( 6.7)
<b>Episodio psicótico agudo</b>		1 ( 6.7)	1 ( 6.7)
<b>Trastorno límite de la Personalidad</b>		1 ( 6.7)	1 ( 6.7)
<b>Totales</b>	3 (20.0)	12(80.0)	15 (100.0)

Fuente: Entrevistas y expedientes de pacientes ingresados al Hospital Nacional de Jutiapa

Se presentan porcentajes de factores de riesgo identificados en la conducta suicida.

Conflictos personales	8.3%
Problemas económicos	6.0%
Maltrato emocional	6.0%
Duelo	4.8%
Antecedentes de suicidio en la familia	3.6%
Problemas en la alimentación	3.6%
Violencia física	2.4%

Problemas legales	2.4%
Problemas en el sueño	2.4%
Desempleo	1.2%
Muerte precoz de los padres	1.2%
Violencia escolar	1.2%

### Población de riesgo identificada

La caracterización del principal grupo de riesgo se encuentra el género masculino, edades entre 18 y 27 años, estado civil soltero, residente en áreas rurales, que se dediquen a la agricultura.

Los indicadores de riesgo de suicidio encontrados son los trastornos psiquiátricos, el consumo de sustancias, conflictos personales, problemas económicos, maltrato emocional, duelo, antecedentes previos de intentos de suicidio, antecedentes de suicidio en la familia,

Figura 4. Población de Riesgo



Fuente: Entrevistas y expedientes de pacientes ingresados al Hospital Nacional de Jutiapa

En la revisión realizada a los expedientes se dispone de escasos datos sobre contactos previos (por lo menos en el último año) y posteriores al evento, con profesionales de salud mental, psiquiatras y/o psicólogos, lo más frecuente es el contacto con los médicos de atención primaria, no encontrando datos registrados en las historias clínicas que reflejen que durante la atención a personas con riesgo de suicidio, este fue detectado.

### **Una visión cualitativa**

El suicidio es uno de los hechos que evidencian las historias personales, los problemas a los que se enfrentan, las inseguridades, los trastornos; impregnados de los hechos de la vida cotidiana, la dinámica familiar y social.

La vida de muchos, queda en el silencio, siendo historias del misterio de la vida y la muerte, decisiones que sobrepasa lo individual. Esas voces deben ser escuchadas e interpretadas, lo que se presentan a través de las citas textuales

### **Sentimientos y percepciones anteriores al evento**

He pasado muy deprimida, no he tenido la libertad de hacer lo que yo he creído conveniente. Mis papas no se preocupaban porque pensaban que eran cosas que me pasaban por naturaleza, nunca se dieron cuenta lo que yo pretendía hacer (MG, 2016)

Quisiera ser como antes para sentirme mejor, me siento con un gran dolor, pero no sé qué es (RH, 2016)

No me siento aceptada, siento que todo mundo me está atacando, cuando estoy enojada ofendo a las personas y mi negatividad me empuja a eso (suicidio) siento que nadie me quiere y que todo mundo me señala por ser así, entonces eso es lo que me empuja siempre (varios intentos) (MR, 2016).

De los 15 años en adelante no fue igual, me sentía decepcionado, desesperado, tengo una vida sin rumbo, estoy triste, no soy como antes (RH, 2016)

### **Planificación o Impulso**

Fue instantáneo, se me ocurrió en el ratito, lo hice sin pensar las consecuencias que podía llegar a tener (MG, 2016).

No lo planeé, solo vine en diciembre, empecé a recaer, y caí en depresión, no pensaba en suicidarme, pero cuando me vi muy metida en eso, cogí las pastillas y me las tome, fue instantáneo, de repente (MR, 2016).

## **Método**

Me daban una medicación que se llama Clonacepan, yo traía dos blísteres de 25 pastillas, me las tome todas, de verdad que allí sí quería desaparecer, pero eso solo me durmió (MR, 2016).

Use de todos los medicamentos que había en la casa, la última vez tome Diacepan, amoxicilina, acetaminofén, como seis u ocho medicamentos, fueron como cincuenta pastillas (MG, 2016).

Tomé unas pastillas (Fotoxín y cerveza) no recuerdo que eran (RH, 2016).

---

## **Intentos Previos**

A los dieciséis fue la primera vez que lo intenté, pensé que había salido de eso, pero poco a poco volví a recaer y a intentar lo mismo a los dieciocho, cuando tenía veinte a los veintiuno, lo he intentado como cuatro o cinco veces (MG, 2016).

Cuando tenía quince años (MR, 2016).

Hace dos años y medio lo había intentado, por la muerte de dos novias que tuve, a los cuatro meses de muerta la primera la otra murió, esa fue la primera vez. Hace 6 meses, también lo intente (RH, 2016).

## **Problemas predisponentes**

Sufrí de abuso a los 14 años, tengo una hija que es mayor de edad, fue muy difícil, porque en mi casa me dijeron, vos tuviste la culpa, y no fue así, creyeron más en otra persona que en su propia hija, eso a la larga me ha afectado (...) ellos querían que sus hijos fueran igual que ellos, tres veces salí de estudiar, me gradué a empujones (MG, 2016).

Lo que me marco fue una maestra, que era muy estricta, y aunque yo me esforzaba por hacer las cosas bien, me decía que estaban mal, y por cualquier cosita me `pegaba, hacia mis tareas y siempre me decía que no estaban bien, empecé a ser una niña muy llorona (...) en mi casa no se ha vivido una situación estable, mi padre era un borracho y dejo de tomar hasta que murió uno de mis hermanos, no sufrí de maltrato (padre) pero si miraba como maltrataba a mis hermanos y eso me lastimo bastante (...) no me acepto, quería estudiar Psicología, no

pude, empecé enseñanza media aquí en Jutiapa, estuve un tiempo, no me gusto la carrera y no se me quedaba nada, deje de estudiar allí (MR, 2016).

Me sentía decepcionado, desesperado, tengo una vida sin rumbo, estoy triste. No me gusta como es la vida aquí. Como que no alcanzo hacer nada (RH, 2016).

### **Problemas Precipitantes**

Estuve de misionera en el convento de clausura, siento que ese es mi camino, pero me cuesta convivir, entonces esa es la causa por la cual no puedo estar; en España me llevaron con un médico y él dijo: que se vaya a su país, porque no es lo mismo diez meses de frustración a diez años que tiene que estar aquí, y me mando, las monjas lo aceptaron y yo también, aquí no dio muchos resultados tampoco (MR, 2016).

Por la muerte de dos novias que tuve que murieron, una primera y a los cuatro meses de muerta la primera la otra murió, esa fue la primera vez (...) mi papá me regañó (RH, 2016).

---

### **Estado de salud**

Me toco hacer una cirugía bastante complicada con cuestiones irreversibles, tengo principios de cáncer en mi pecho izquierdo (MG, 2016).

Solo en la emocional, trastorno bipolar (MR, 2016).

### **Atención profesional de Salud Mental**

Estaba en un convento de monjas, y cuando tenía 19 años ellas me trajeron al hospital y vine como dos años y medio o tres y de allí deje de venir hasta hora que paso eso (MR, 2016).

Solo psiquiátrica, el doctor, me ha dicho que soy una persona bipolar, porque yo en cuanto estoy contenta estoy triste, talvez estoy contenta jugando y saltando con los niños y pasado mañana ya estoy triste y decaída, estoy tomando medicamento, que me está cayendo bien, que, si me está ayudando, pero tengo mis recaídas siempre (MR, 2016).

Atención psicológica, empecé a recibir terapia, me dieron medicamento, pero la persona que me estaba tratando dejo de trabajar aquí y ya no vine (MG, 2016).

### **Adicciones a sustancias y comportamentales**

Tome mucho, incluso creo que soy una alcohólica, porque hubo un tiempo que a diario lo hacía, salía y regresaba a mi casa dos o tres de la mañana (MG, 2016).

Yo paso horas en el teléfono, en la mañana, no tengo al niño para cuidarlo, me quedo en la cama viendo el teléfono, cuando miro que es hora de que regrese, me levanto y empiezo a hacer comida, paso tres o cuatro horas en el teléfono, se me descarga y hasta enchufado lo uso, estoy consciente que me quita tiempo podría hacer cosas productivas, he tratado de guardarlo, pero a las dos horas ya ando buscándolo (MG, 2016).

Cuando bebo tomo 10 o 15 cervezas cada quince días (RH, 2016).

### **Sueño y alimentación**

Estoy tomando medicamento para dormir, a veces tomo doble medicación, y ni aun así (MG, 2016).

No duermo bien, duermo como 3 horas y me levanto cansado. No como bien porque no me da hambre (RH, 2016).

De comer, como hasta de más, a veces no como, aunque tenga esa sensación de querer comer, no lo hago (MG, 2016)

Antes si estaba comiendo bastante, por ansiedad, pero comencé el tratamiento y el hambre se me controló (MR, 2016).

### **Significado de muerte**

Se acaban sus problemas aquí, pero viéndolo espiritualmente es mi misma hay condena matarme, porque después voy a pagar por esto (MG, 2016).

Es un descanso, pero si uno está preparado, porque no somos dueños de la vida, y me da miedo actuar por impulso, porque donde recapacito me doy cuenta que mi vida no me pertenece, que eso es un gran pecado (MR, 2016).

## **Significado de la vida**

La motivación que Dios nos da para seguir, por ejemplo, mi hijo que Dios me dio para poder moldearlo, para que dejara de hacer muchas cosas que estaba haciendo mal (MG, 2016).

Disfrutar de lo que tiene y de cada momento, conocer todo lo que en ella hay (vida) porque a veces no vemos todo lo bello que tiene. Contemplarme a mí misma y a todo lo que ha hecho, como las aves, los animales (MR, 2016).

## **Factores Protectores**

Mi hijo me ha detenido, he pensado varias veces en hacerlo, pero me detengo (MG, 2016).

Me agregue al coro, me entregue a liturgia y todo eso, ya estoy un poquito mejor, ya empecé a salir a la calle, porque antes nada (MR, 2016).

Me quiero ir al norte, dicen que allí es bonito todo, que todo es diferente. Quisiera ser como antes, así me sentiría mejor (...) me arrepiento de lo que hice, pienso que hay que encontrar soluciones para sentirse mejor (RH, 2016).

---

## **La iglesia y la conducta suicida**

### **El significado de la conducta suicida desde la visión cristiana**

En el pasado se consideraba una especie de decisión mal hecha, uno de los pecados más graves a tal punto que el que se había suicidado no tenía derecho a muchas cosas en sus últimos momentos, sepelios y esos asuntos; la iglesia ha variado su posición inicial (Calderón-Cruz, Obispo Diócesis de Jutiapa. Iglesia Católica, 2016)

Todos tenemos pensamientos de suicidio en cualquier momento de nuestra vida. Según la biblia, dice que no hay lugar en el reino de los elegidos de las personas que han muerto por suicidio. Ej. Judas, el apóstol, que se arrepintió, que fue a devolver el dinero que le habían dado por entregar a Jesús y por no soportar con el remordimiento se ahorco. Él fue un hijo de perdición (Pappa-López, 2016).

## **Como se posiciona la conducta suicida frente a las situaciones cotidianas**

Hay cuestiones de la conducta interna, el sentido de la vida, pérdida de un horizonte, estrés, o depresión, valoración de sí misma, conflictividad, el joven o la joven que no se sienten querido por alguno de sus padres, uso de alcohol o drogas; también de un ambiente externo, la familia, la sociedad, el entorno en que la persona vive, familias desintegradas, figura paterna que hace falta, actitud de rechazo de la madre o que no lo valora y el padre no está, el que se sienta valorado o apreciado, no solo por sus padres, sino también otras personas, los casos de suicidio dicen algo de la sociedad donde esto se da. (Calderón-Cruz, Obispo Diócesis de Jutiapa. Iglesia Católica, 2016)

Los problemas vienen de las familias: el divorcio, la separación, un amor enfermizo, no perdonarse, o no estar reconciliados con la iglesia. Otro es el desempleo o la falta de recursos económicos, en Jutiapa hay muchos profesionales graduados, pero sin trabajo, o les quitan el trabajo y no tienen como enfrentarse a los problemas. El alcohol, lleva a las personas a ser las ovejas negras de las familias, por no tener valor o disciplina no pueden abandonar el vicio. Otros de los factores pueden ser de aspecto legal, por una mala mujer, amenazas, otra cuando no soportan el dolor de la muerte de un ser querido o familiar (Pappa-López, 2016).

## **La comunicación con personas suicidas**

Se orienta sobre la valoración de su propia vida, el amor de Dios, puede sugerirle un acompañamiento psicológico. En los grupos juveniles se procura acercarse a los jóvenes, para hacerle ver que hay personas a quien les interesa. La iglesia tiene miembros de la comunidad y las parroquias, estudiantes de psicología o psicólogos, personas profesionales orientadores (Calderón-Cruz, Obispo Diócesis de Jutiapa. Iglesia Católica, 2016).

Muy pronto se le dice a una persona, es que tienes influencia (pensamiento mágico) y esto, afecta al joven, la jovencita o a la persona, para poder considerar la situación en la que se encuentra, se siente víctima de cuestiones extrañas ajenas a él (o ella), y pospone la reflexión y discernimiento, de hacerse cargo de sus propias situaciones, no explica muchas cosas si dependen de la persona o la familia o de otras situaciones que pueden estarse dando a su alrededor y sean manejables de otra manera, entonces eso si es un serio problema. (Calderón-Cruz, Obispo Diócesis de Jutiapa. Iglesia Católica, 2016)

A las familias de personas que han muerto por suicidio, se les apoya con consejería, se les da la promesa de vida eterna, por medio de los factores de exhortar y edificar (Pappa-López, 2016).

### **Lo espiritual como factor protector**

Los elementos que ayudan a abrirse a una dimensión más grande del ser, sobre todo cuando entramos a la dinámica, de lo que dijo el Papa Francisco que nos está insistiendo en la imagen de Jesús, sobre todo en la espiritualidad cristiana, de un Dios de amor y de misericordia, no de un Dios de enojo o de castigo, que, en una sana espiritualidad, la valora, la aprecia y la ama, él o ella pueden encontrar un soporte, puede encontrar una ayuda (Calderón-Cruz, Obispo Diócesis de Jutiapa. Iglesia Católica, 2016)

Como iglesia tratamos con paciencia, saber escuchar, dar ánimo, ayuda, tips para vivir y que encuentren soluciones y no se quiten la vida. Se puede prevenir, desde el hogar, porque allí es la primera escuela, para evitar cualquier problema, desde niños vale la pena enseñarle principios morales y el amor a la iglesia (Pappa-López, 2016).

### **La institucionalidad y la conducta suicida**

Como resultado del grupo focal con personal de instituciones de seguridad, salud, forense y medios de comunicación se realizó la siguiente propuesta de acciones:

- a) Promover campaña intensiva de prevención en diferentes medios de comunicación: radio y redes sociales.
- b) Realizar acciones de prevención en escuelas, universidades, centros, puesto de salud, hospital y organizaciones comunitarias.
- c) Elaboración y difusión de protocolos de atención y prevención institucional.
- d) Capacitar y sensibilizar a personal institucional involucrado y estudiantes universitarios que generen aprendizaje en red.
- e) Dar seguimiento a los casos de suicidio, su familia y su comunidad por equipo multidisciplinario en salud.
- f) Crear grupos de apoyo para personas con conducta suicida y su familia.
- g) Fortalecer la Unidad de Salud Mental
- h) Controlar la venta de plaguicidas.

## Información institucional

Aspectos	Dirección de Área de Salud	Hospital Nacional	Policía Nacional Civil	Ministerio Público	Bomberos Voluntarios
Directorio Institucional	Si	Si	No	Si actualizado	Si desactualizado
<b>Acciones de prevención</b> Acciones	Educación a la población Atención psicológica Visitas domiciliarias Guía de intervención	Grupos de prevención  Historia clínica	Oficina de prevención del delito  Ninguna	Ninguna	Cursos de primeros auxilios en escuelas  Ninguna
Técnicas para identificar el riesgo					
<b>Atención</b> Unidad de atención	Unidad de Psicología	Diferentes servicios	Atención a la víctima Sección de operaciones Oficiales	Área de investigaciones	Compañía
Cargos del personal	Médicos Psicólogos Trabajadores sociales Educadores en Salud	Médicos Enfermeras Psicólogos		Auxiliares fiscales, técnicos y fiscal de distrito.	Oficiales y bomberos
Han sido capacitados	No	Si	Si	No	No
Protocolos de atención	Salud Mental	Sí, no se usan	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Documentos que llenan	Ninguno	Expediente	Libro de registro	Formas 30 y 16	Reporte de servicios
Documentación requerida	Ninguno	DPI	DPI	DPI o cert de nac	Ninguna
<b>Seguimiento</b> Acciones	Programa de educación Atención psicológica Visitas domiciliarias Coordinación de apoyo social	Atención médica, psiquiátrica y psicológica		Acompañamiento atención victimológica y remisión a la Red de Derivación	Ninguno
Referencias	Hospital Nacional	Hoja de referencia		Hospital Nacional	Hospital Nacional
Asignación presupuestaria	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna
Estadística	Número de casos intoxicación por plaguicida -Edad -Plaguicida Tasas por municipio Comparación semanal	Número de caso Fecha Nombre Sexo Edad Procedencia Servicio ingresado	No hay datos procesados, únicamente se tuvo acceso al libro de ingreso Hospital: Nombre, edad, estado civil, lugar de procedencia, método, acompañantes, medio traslado	Número de caso Fecha Nombre víctima Sexo Causa muerte Fecha de aviso Fecha localización Fecha levantamiento	Registro de casos
Comparten información interinstitucional	No, solo si lo solicitan	No	No	No	No

Fuente: Entrevistas realizadas en las instituciones vinculadas con la conducta suicida.

## 6.1 Matriz de Resultados

Objetivo Específico	Resultado Esperado	Resultado Obtenido
Describir las características de los casos de suicidio e intento de suicidio en la ciudad de Jutiapa	La entrevista, revisión de expedientes y estadísticas aporta datos para describir las características de la conducta suicida.	Información de la conducta suicida a través de tasa, proporción y razón describen las características de las personas con conducta suicida
Determinar la relación entre la conducta suicida y los trastornos mentales.	El diagnóstico psiquiátrico determina si existe relación entre la conducta suicida y los trastornos mentales	El diagnóstico psiquiátrico permitió determinar que trastornos mentales están relacionados con la conducta suicida.
Identificar los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida.	La entrevista y la historia clínica permiten identificar factores de riesgo relacionados con la conducta suicida.	Los factores de riesgo psiquiátricos, médicos, familiares, psicológicos, sociales, ambientales y culturales relacionados con la conducta suicida son identificados en los casos.
Establecer los procedimientos institucionales en casos de suicidio e intento de suicidio.	La entrevista y grupo focal lleva a establecer procedimientos institucionales realizados en casos de conducta suicida y su vinculación con otras instituciones.	Se establecen los procedimientos e instrumentos utilizados por las instituciones en casos de conducta suicida.

## 6.2 Impacto esperado

Visibilizar y sensibilizar sobre la situación de la conducta suicida en la ciudad de Jutiapa, la información de los casos atendidos en el Hospital Nacional de Jutiapa de una forma ética, que generen acciones interinstitucionales y multidisciplinarias que promuevan en abordaje inmediato, responsable e integral.

## 7. Análisis y discusión de resultados

El suicidio constituye un grave problema de salud en el departamento de Jutiapa, tomando en cuenta que por cada uno cometido con éxito, se llevan a cabo otros tres que no fructifican pero que terminan ingresados en el Hospital Nacional con diversas lesiones y graves secuelas emocionales, tanto para la persona que lo ha intentado como para su familia y amigos, además de otras pérdidas sociales y económicas, convirtiéndose en un indicio de posibles intentos posteriores.

En la Región de las Américas existen alrededor de 65,000 defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad de 7.3 por 100,000 habitantes, para ambos sexos, en el período 2005-2009. La tasa correspondiente a la subregión de América Central, Caribe hispano y México es de 5.2 y para la República de Guatemala de 3.95 (OPS, 2014).

Se ha propuesto que las tasas de mortalidad por suicidio por 100,000 habitantes se encuentran entre un margen de tres y 40 suicidios por año (OPS, 2003), en el departamento de Jutiapa, para el período 2010-2013 es de 19.97 y en el municipio de Jutiapa de 25.87 por 100,000 habitantes, para ambos sexos, para el período 2014-2015, siendo una tasa alta similar a las más elevadas que se presentan en América y el mundo en países como Guyana y Surinam en Sudamérica (OPS, 2014).

En la Región de las Américas, al igual que en otras partes del mundo, las tasas de suicidio en hombres continúan siendo superiores a las observadas en las mujeres, el suicidio en el departamento de Jutiapa fue aproximadamente cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres. En las Américas los hombres representan alrededor del 79% de todas las defunciones por suicidio (Organización Panamericana de la Salud, 2014). En el departamento de Jutiapa la proporción para los hombres es de 77.27% y en el municipio de Jutiapa de 77.78% siendo similar a la Región, al igual que la razón hombre-mujer de 3.5 para ambos grupos. En el estado civil predomina para hombres y mujeres los solteros, según el Servicio Andaluz de Salud (2010) la soltería en la conducta suicida está asociada a una falta de apoyo.

En la mayoría de países la mujer presenta mayor número de intentos de suicidio (González y Jiménez, 2015). Según la Organización Panamericana de la Salud (2003) las tasas de intento suicida tienden a ser de dos a tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres. El municipio de Jutiapa es una excepción a esta característica, los hombres presentan mayor número de intentos suicidas que las mujeres, siendo la razón hombre-mujer para el departamento de 1.29 y para el municipio de Jutiapa de 1.69.

La edad de las personas que presentan conducta suicida ha sido tomada como un factor de riesgo en la región, puesto que a mayor edad se incrementa la posibilidad de suicidio, sin embargo, en Guatemala y el departamento de Jutiapa las edades de mayor riesgo son al inicio de la edad adulta, entre los 18 y 27 años, disminuyendo a mayor edad, encontrando algunos países con patrones de edad similares como Guyana, Surinam El Salvador, Perú, San Vicente y las Granadinas según la OPS (2014). Otro estudio reciente con privados de libertad en Colombia, determinó que la ideación suicida se identifica en mayor proporción en menores de 30 años (Jaramillo, M. R., Silva C., Rojas, B.P. y Medina O.A., 2015)

El principal método de suicidio en la Región es la asfixia, seguido por las armas de fuego y el envenenamiento. En Guatemala se presentan estos tres métodos, sin embargo en primer lugar el envenenamiento, seguido de la asfixia y las armas de fuego. En el departamento y municipio de Jutiapa el principal método de suicidio es el envenenamiento, para ambos sexos y todas las edades. Según la OPS (2014) el envenenamiento también es el principal método en Guyana, Surinam, El Salvador, Perú, San Vicente y las Granadinas.

Se evidencian factores de riesgo en común entre Guyana, Surinam y el departamento de Jutiapa, tanto en la tasa elevada de suicidio, el género masculino con mayor proporción, las edades en que se presenta, principalmente al inicio de la edad adulta, el envenenamiento como método utilizado con mayor frecuencia y que se dedican principalmente a la agricultura en el área rural.

Otro factor de riesgo que puede tomarse en consideración es la tierra rica en minerales (tomando en cuenta el efecto del mercurio y el plomo en la salud mental), así como la pobreza rural, el abuso del alcohol, el fácil acceso y disponibilidad a los pesticidas mortales. Aspectos que influyen al analizar que tres de cada cuatro de los suicidios e intentos de suicidio son

personas del área rural y la mitad de las personas con conducta suicida son hombres que se dedican a la agricultura y amas de casa que tienen contacto con productos químicos agrícolas.

Schaffer et al. (2016), ha encontrado una estrecha relación entre el suicidio y las enfermedades mentales, presentes en más del 90% de los casos. En el departamento de Jutiapa el 90% de los casos a quienes se les realizó diagnóstico psiquiátrico presentaron un trastorno mental, principalmente Trastorno bipolar y Trastorno depresivo. Para Chesney et al. (2014) estos trastornos son un riesgo de suicidio alto. Sin embargo, pudieron ser diagnosticados únicamente el 15% de las personas con conducta suicida quienes tuvieron contacto con profesionales de salud mental. Se tomó en consideración la recomendación de Gómez et al. (2015) de no catalogar al fenómeno suicida como un cuadro psicopatológico que equivale a acreditarle existencia sólo como una enfermedad, favoreciendo su estigmatización y colocándolo como foco de exclusión social, por lo que se le consideró como un factor predisponente.

Otros factores de riesgo que se identificaron son el consumo de sustancias, en uno de cada cuatro hombres que presentan conducta suicida, y los intentos previos de suicidio, en uno de cada cinco, principalmente mujeres.

Entre los factores de riesgo psicológico se encuentran conflictos personales, principalmente relacionados con la pareja, la familia y los padres, citados también por González y Jiménez (2015), el duelo, maltrato emocional, problemas de sueño, de alimentación e intentos previos de suicidio.

Las condiciones sociales pueden variar al compararse con países desarrollados, en estudio realizado sobre consultas previas se determinó que dos tercios de personas que cometieron suicidio recibieron atención psiquiátrica previa, en el departamento de Jutiapa únicamente uno de cada diez recibió la atención, sin embargo existen algunas similitudes, en el mismo estudio se determinó que las personas que no establecen contacto para tratamiento psiquiátrico, tienen más probabilidades de ser hombres y jóvenes o adultos mayores (Schaffer et al., 2016)

Los aspectos culturales limitan principalmente a los hombres en la búsqueda de atención psiquiátrica, psicológica y médica quienes aumentan considerablemente la posibilidad de tentativa de suicidio y ser la población más vulnerable.

Se identificaron factores socioeconómicos como el desempleo, empleos inestables, inseguridad del trabajo, bajo nivel educativo, escasa disponibilidad de apoyo social y la pérdida de los ingresos, situaciones asociadas con la conducta suicida en países europeos como Grecia por Economou et al. (2013) y España por el Servicio Andaluz de Salud (2010).

En Guatemala las personas subempleadas se ubican de acuerdo a la actividad económica principalmente en la agricultura, ganadería y silvicultura con un 37.4%. Los resultados sobre el ingreso laboral de los ocupados identifican 60% de los trabajadores con ingresos menores al salario mínimo, el quintil 1, percibe en promedio un ingreso laboral mensual de Q.414.00, el quintil 2 de Q.1031.00 y el quintil 3 de Q1798.00 (INE, 2016)

Las tasas de mortalidad por suicidio reportadas por los países pueden estar subestimadas. (OMS, 2000). En Guatemala se considera un 12% de subregistro, tomando en cuenta las dificultades con la notificación de los suicidios, las posibles clasificaciones erróneas, retraso en el reporte de datos o el estigma que lleva a las familias a ocultarlo. En Jutiapa existen limitantes al analizar los datos de mortalidad por suicidio pues se evidencian debilidades en los sistemas de información, algunas instituciones muestran una negativa a compartirla, o se encuentra incompleta.

### Análisis cualitativo

En los sentimientos y percepciones anteriores al evento suicida se infirió como algunas mujeres identificaron y expresaron sus emociones, lo que les llevó a una aceptación del trastorno mental y la búsqueda de su atención en salud. Para los hombres el machismo y la cultura patriarcal se convirtió en una carga cultural que le impidió mostrar sus emociones, sus sentimientos y el dolor, principalmente de sus pérdidas, llevándole a buscar salidas más violentas y autodestructivas.

La planificación o el impulso, muchos de los actos suicidas se realizan por impulso, ante una carga de frustración, encontrando además que las ideas de suicidio y los primeros intentos

inician edxn la adolescencia, etapa del ser humano que se forma la identidad y cuando las situaciones adversas de la vida son vistas como catastróficas, sin enfocarse en la búsqueda de soluciones, se llega a salidas rápidas con consecuencias lamentables.

El método principal que se utilizó es el envenenamiento, algunas mujeres usan productos menos lesivos, principalmente lo que es accesible, como los medicamentos, los hombres productos químicos más letales. Se determinó que el principal riesgo lo tienen los agricultores, pero la divulgación de la efectividad de los métodos, llevó a personas del área urbana y a las mujeres a usar productos químicos, determinando que lo sociocultural tiene influencia en la conducta suicida, incluyendo el método. Los intentos se inician en la adolescencia, y pueden lograrlo al principio de la edad adulta, ya que el método se va haciendo más certero, hasta lograrlo.

Se identifican problemas predisponentes, principalmente el trastorno mental, que en un círculo vicioso puede vincularse con el abuso sexual, los conflictos personales, el maltrato emocional y la comorbilidad con trastornos de sueño y alimentación.

Los factores precipitantes pueden desencadenar la conducta suicida, como las frustraciones, el duelo, la no aceptación de las condiciones de vida, un simple regaño, una llamada de atención, el romper con la novia, el problema se sobredimensiona y se es incapaz de generar la búsqueda de salidas, de opciones, de oportunidades, de aceptación para lo que no puede ser, o no será.

Otros factores precipitantes son estados de salud que por su condición generan dolor o incapacidad, principalmente enfermedades crónicas.

La atención en salud mental, sigue siendo estigmatizada, las mujeres son quienes asistieron en mayor número a consultar a psiquiatras y psicólogos, los hombres no buscaron atención en salud mental, muchos hombres no se dan permiso de sentir, se reprimen, no pueden mostrarse débiles, que puede llevar al consumo de sustancias psicoactivas, principalmente el alcohol, las cuales se están generalizando y están siendo consumidas por hombres y mujeres.

El significado de la muerte es acabar con los problemas, es descansar, es dejar de sufrir, es que deja de doler, sin embargo el llegar a este estado, a través del suicidio, y después de un

intento es una condena, un pecado y por lo tanto una carga de culpa, que provoca más dolor y frustración.

Encontrar el significado y el sentido de la vida es uno de los factores protectores, la formación de grupos de apoyo, vínculos estables, relaciones familiares sólidas, el profesar una religión ya que las creencias religiosas y la vida espiritual, les promueven al encuentro personal, íntimo, auténtico con un Padre Celestial.

Las instituciones con presencia en la ciudad de Jutiapa, vinculadas con la conducta suicida reconocen la importancia de informar y educar a la población, a través de acciones de prevención.

Además de sensibilizar y capacitar al personal institucional de todas las áreas, principalmente de salud, así como control en la venta de plaguicidas.

## 8. Conclusiones

1. La conducta suicida es un acto que realizan hombres y mujeres en el departamento de Jutiapa, los hombres con mayor proporción tanto en suicidios consumados como en intentos de suicidio, ambos géneros con mayor porcentaje de adultos jóvenes, solteros y unidos, provenientes del área rural, siendo el método principal utilizado el envenenamiento con productos químicos y medicamentos. En los suicidios consumados el mayor porcentaje es de agricultores, en los intentos suicidas los agricultores, las amas de casa y los estudiantes.
2. El municipio de Jutiapa presenta una tasa elevada de suicidio, comparada con los parámetros de la Organización Panamericana de la Salud.
3. Los trastornos mentales relacionados con la conducta suicida en el municipio de Jutiapa son principalmente el Trastorno depresivo, Trastorno bipolar y consumo de sustancias, otros trastornos identificados son el Trastorno adaptativo, el Episodio psicótico agudo y el Trastorno límite de la personalidad. Un número significativo de personas que presentan conducta suicida fallecen sin tener contacto en el último año con profesionales de salud mental.
4. Los factores de riesgo sobresalientes están relacionados con trastornos psiquiátricos, antecedentes de suicidio en la familia, e intentos previos de suicidio. Situaciones sociales como conflictos interpersonales, problemas económicos, desempleo y problemas legales; situaciones estresantes como el duelo, el abuso y el maltrato emocional.
5. La cultura machista patriarcal influye en la conducta suicida, los hombres reprimen sus emociones llevándoles a buscar salidas más violentas y autodestructivas, siendo los que menos buscan atención en salud mental. Las mujeres con menos oportunidades y relegadas al espacio doméstico son las que mayor número de intentos suicidas presentan.

6. Los grupos en riesgo están conformados por hombres agricultores y mujeres amas de casa, adultos jóvenes, con dificultades económicas, del área rural, con acceso y disponibilidad de productos químicos agrícolas, quienes no realizan consultas en salud.
7. Las instituciones involucradas en la atención de la conducta suicida son Bomberos Voluntarios, Policía Nacional Civil, Hospital Nacional, Dirección de Área de Salud, Ministerio Público, Instituto Nacional de Ciencias Forenses y Registro Nacional de las personas, se estableció que cuentan con directorios como canal de comunicación, unidades destinadas al servicio de la población vulnerable, personal multidisciplinario y registros institucionales.
8. En la ciudad de Jutiapa la conducta suicida como problemática multifactorial, carece de un abordaje interinstitucional, existiendo necesidades de mejora en las acciones de prevención, atención y seguimiento de casos, así como en el manejo de la noticia por los medios de comunicación, la información que se brinda a la población, los protocolos de atención, los medios de identificación de riesgo y el manejo de la estadística de casos.

## **9. Recomendaciones a la Red interinstitucional**

1. Sistema de vigilancia epidemiológica monitoreando las necesidades de salud mental en los diferentes sectores, salud, educación, comunitario, creando las herramientas necesarias.
2. Campañas de promoción de la salud y prevención de la conducta suicida, enseñando a la población a identificar oportunamente los factores de riesgo.
3. Estrategias de prevención y atención, desde un enfoque multisectorial que involucre salud, educación, medios de comunicación, seguridad, justicia, laboral, social, municipal y comunitario entre otros asumiendo una responsabilidad compartida de acuerdo a las necesidades de los grupos de la población, grupos vulnerables, tendencias epidemiológicas y factores asociados.
4. Informar y sensibilizar al personal de salud, de los tres niveles de atención, sobre la prevención, detección, valoración del riesgo suicida, atención y derivación, implementando los mecanismos necesarios para intervenir y referir de forma adecuada e individualizada.
5. Implementar mecanismos prácticos para registrar la información y los datos administrativos de forma exacta y completa sobre contacto con médicos en consulta, emergencias y los ingresos hospitalarios, causas de muerte y registro de defunciones.
6. Implementar mecanismos de cruce de estadísticas institucionales sobre problemas de salud. Evaluando periódicamente la disponibilidad y calidad de la información sobre suicidios e intentos de suicidios.

## 10. Referencias

- Armitage, C. J., Abdul, W., Rowe, R. & O'Connor, R. C. (2016). An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 28(5), pp. 470-476. doi:10.1192 / bjp.bp.114.162495
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a. ed.). En Cibersan (Trad.). Madrid, España: Médica Panamericana.
- Ballard, E.D., et al. (2016). Acute risk factors for suicide attempts and death: Prospective findings from the STEP-BD study. *Bipolar Disorders*, 18(4), pp. 363-372. doi:10.1111/bdi.12397
- Ballard, E. D., Vande, J., Luckenbaugh, D., Machado- Vieira, R., Tohen, M., & Zarate, C. A. (2016). Acute risk factors for suicide attempts and death: Prospective findings from the STEP-BD study. *Bipolar Disorders*, 18(4), 363-372. doi:10.1111/bdi.12397
- Beurs, D. P., Groot, M. H., Keijser, J., Duijn, E., Winter, R. F., & Kerkhof, A. J. (2015). Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: Cluster randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 477-483. doi:10.1192/bjp.bp.114.156208
- Calvo-García, F., Giralt-Vázquez, C., Calvet-Roura, A. & Carbonells-Sánchez, X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud*, 27(2), pp. 89-96. doi:10.1016/j.clysa.2016.05.002
- Campo-Arias, A. & Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 243-250. doi:10.1016/j.rcp.2015.04.003
- Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., ... Wasserman, D. (2014). Un grupo recién identificado de adolescentes con riesgo "invisible" de psicopatología y conducta suicida: Hallazgos del estudio SEYLE. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 12(1), 78-86. doi:10.1002/wps.20088
- Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2016). Ideación suicida e intentos o planes de suicidio en adultos con Síndrome de Asperger, asistiendo a una clínica especializada en el diagnóstico: Estudio de una cohorte clínica. *RET Revista de Toxicomanías*, (77), 16-23. Recuperado de [http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret\\_77\\_suicidio\\_sindrome\\_asperger.pdf](http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_77_suicidio_sindrome_asperger.pdf)
- Chesney, E., Goodwin, G. M. & Fazel, S. (2014). Riesgos de mortalidad por todas las causas y por suicidio en los trastornos mentales: Una metarrevisión. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 12(2), pp. 153-160. doi:10.1002/wps.20128

- Durkheim, E. (2012). *El suicidio*. (S. C. Martínez, Trad.) Madrid, España: Akal, S.A. Recuperado el 15 de abril de 2016, de [https://books.google.com.gt/books?id=Yiu9BwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=emile+durkheim&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.gt/books?id=Yiu9BwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=emile+durkheim&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Theleritis, Ch., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013). Ideación suicida y tentativas de suicidio comunicadas en Grecia durante la crisis económica. *World Psychiatry (Ed Español)*, 11(1), 53-59.
- Esscher, A., Essén, B., Innala, E., Papadopoulou, F. C., Skalkidou, A., Sundström-Poromaa, I., & Högberg, U. (2016). Suicidios durante el embarazo y un año después del parto en Suecia, 1980-2007. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 462-469. doi:10.1192/bjp.bp.114.161711
- Gaitán, H. (2007). *La calle donde tu vives*. (2a. ed., Vol. 2). Guatemala: Artemis Edinter.
- Gómez, E. N., Cervantes, S. & Arce, C. (2015). Una perspectiva transdisciplinar en el abordaje del suicidio. Una mirada más allá del estigma y la exclusión. En T. Morfín (Comp.), *Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar* (pp. 71-90). México: El Manual Moderno.
- Gómez-Restrepo, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H., & Uribe, M. (2008). *Psiquiatría clínica* (3a. ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- González, C. F. & Jiménez, J. A. (2015). Develar la problemática suicida: Un compromiso para su prevención. Cédula de indicadores de riesgo suicida como instrumento de detección. En T. Morfín, *Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar* (pp. 9-28). México: Editorial El Manual Moderno.
- Gutierrez, A. G., Contreras, C. M., & Orozco, R. C. (septiembre-octubre de 2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>
- Ibarra, A. M., Sánchez, L. M., Sainz, A. & Echeveste, B. G. (2015). Prevención y atención a los comportamientos suicidas: Programas y estrategias de prevención del suicidio y su evaluación. En T. Morfín (Comp.), *Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar* (pp. 29-45). México: Editorial El Manual Moderno.
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos*. Guatemala: Autor. Recuperado de <http://www.ine.gob.gt/index.php/encuestas/empleo-e-ingresos>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Caracterización del departamento de Jutiapa 2013*. Instituto Nacional de Estadística. Guatemala: Autor. Recuperado de <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2013/12/09/KiAonOtb1xcRYvGkl26EvuSj3sQNWMeP.pdf>

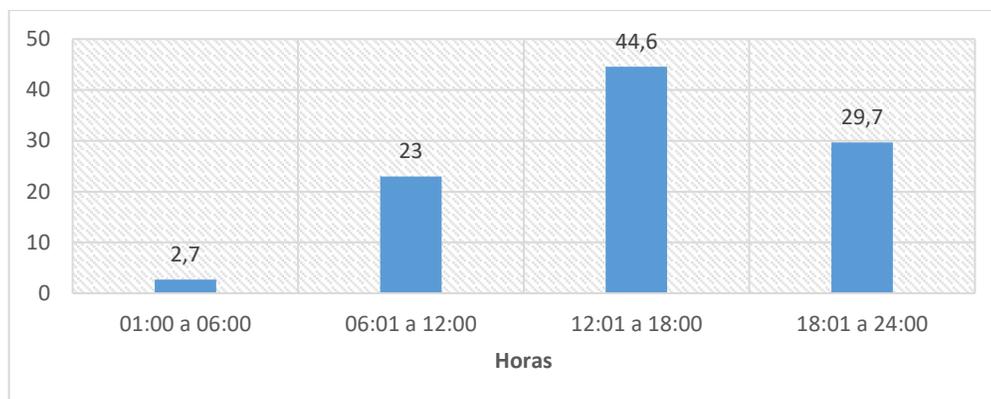
- Jaramillo, M. R., Silva C., Rojas, B.P., & Medina O.A. (2015). Ideación Suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(2), pp. 100-105. doi:10.1016/j.rcp.2015.01.006
- Jiménez, E., Arias, B., Mitjans, M., Goikolea, J. M., Ruíz, Brat, M., Sáiz, P. A., ... Benabarre, A. (2016). Clinical features, impulsivity, temperament and functioning and their role in suicidality in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(4), 266-276. doi:10.1111/acps.12548
- Kelleher, I., Cederlöf, M. & Lichtenstein. (2014). Experiencias psicóticas como un indicador de la evolución de la ideación suicida: Un estudio de cohorte sueca. *World Psychiatry*, 12(2), 184-188. doi:10.1002/wps.20131
- Lopez-Castroman, J., Melhem, N., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Oquendo, M. A. (2013). El abuso sexual en la infancia temprana aumenta la tentativa de suicidio. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 11(2), pp. 149-154. Recuperado de [http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA\\_Journals/World\\_Psychiatry/Past\\_Issues/Spanish/WPA%202013-2%20Espana.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/WPA%202013-2%20Espana.pdf)
- Mok, P. L., Pedersen, C. B., Springate, D., Astrup, A., Kapur, N., Antonsen, S., ... Webb, R. (2016). Parental Psychiatric Disease and Risks of Attempted Suicide and Violent Criminal Offending in Offspring. *JAMA Psychiatry*, 73(10), 1015-1022. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.1728
- Moreira-Almeida A., Sharma A., Rensburg B., Verhagen P. & Cook C. (1 de febrero de 2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*, 14(1), pp. 87-88. doi:10.1002/wps.20304
- Morris, C. y. (2005). *Psicología* (12a. ed.). En M. E. Salinas (Trad.), México, México: Pearson.
- Moya, J. (2007). *La conducta suicida en adolescentes*. México: Osamcat. Recuperado de <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Articles/ConductaSuicida.pdf>
- Olfson, M., Wall M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S. M., Gerhard, T., & Blanco C. (2016). Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry*, 73(11), pp. 1119-1126. doi:10.1001/jamapsychiatry.
- Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. (2000). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/suicide\\_prevention/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas. Washington, D.C.: Autor. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf)

- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud*. Organización Mundial de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C. : Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas*. OPS, Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias y Unidad de Información y Análisis de Salud. Washington, DC: Autor. Recuperado de 2016, de [www.paho.org/hq/jindex.php?option=com\\_docman&task=doc...gid](http://www.paho.org/hq/jindex.php?option=com_docman&task=doc...gid)
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano* (11a. ed.). China: Mc Graw Hill.
- Ruchkin, V., Kuposov, E. A., Koyanagi, A., & Stickley, A. (2016). Suicidal Behavior in Juvenile Delinquents: The Role of ADHD and Other Comorbid Psychiatric Disorders. *Child Psychiatri & Human Development*, pp. 1-8. doi:10.1007/s10578-016-0693-9
- Sánchez, L.M., Camacho, E., Vega, C. & Castellanos, H.D. (2005). Factores biológicos, psicológicos y sociales asociados a la conducta suicida. En T. Morfin (Comp.), *Fenómeno Suicida: un acercamiento transdisciplinar* (pp. 55-65). México: El Manual Moderno.
- Schaffer, A., Sinyor, M., Kurdyak, P., Vigok, S., Sareen, J., Reis, C., ... Cheung, A. (2016). Análisis basado en la población de los contactos para atención médica en fallecidos por suicidio: Identificación de las oportunidades para estrategias del suicidio más dirigidas. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 14(2), pp. 135-145. doi:10.1002/wps.20321
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida*. Andalucía: Alsur.
- Szerman, N., Martinez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., ... Casas, M. (2013). Rethinking Dual Disorders/Pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(1), pp. 1-10. doi:10.1097/ADT.0b013e31826e7b6a
- VanderWeele, T.J., Li, S., Tsai, A.C., & Kawachi, I. (2016). Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women. *JAMA Psychiatry*, 73(8), pp. 845-851. doi:10.1001/jamapsychiatry
- Xianchen, L., Chen, H., Bo, Q., Fang, F., & Jia, C. (2016). Poor sleep quality and nightmares are associated with non-suicidal self-injury in adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1-9. doi:10.1007/s00787-016-0885-7
- Zavaleta, J. (2016). *Gente Saludable Salud en América Latina y el Caribe*. Recuperado de 2016, de Gente Saludable Salud en América Latina y el Caribe [http://blogs.iadb.org/salud/2016/10/06/salud-mental-en-america-latina/?mc\\_cid=91619c4572&mc\\_eid=48cea39e71](http://blogs.iadb.org/salud/2016/10/06/salud-mental-en-america-latina/?mc_cid=91619c4572&mc_eid=48cea39e71)

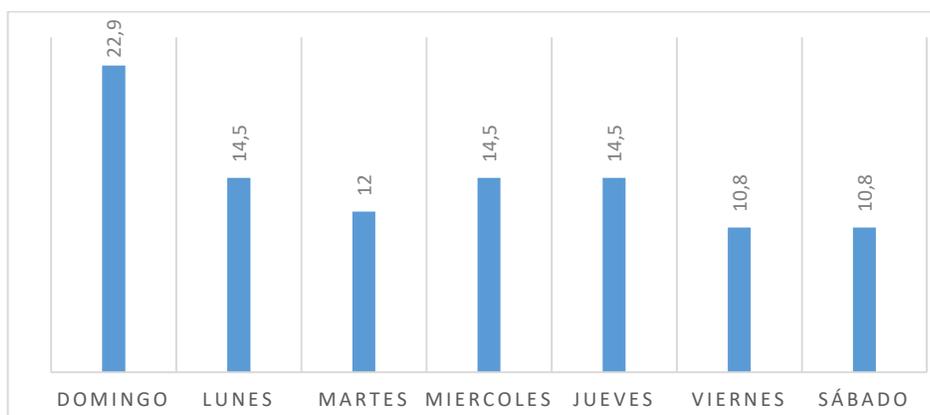
## **11. Apéndice**

## 11.1 Información sobre factores medio ambientales y traslado a los servicios de salud

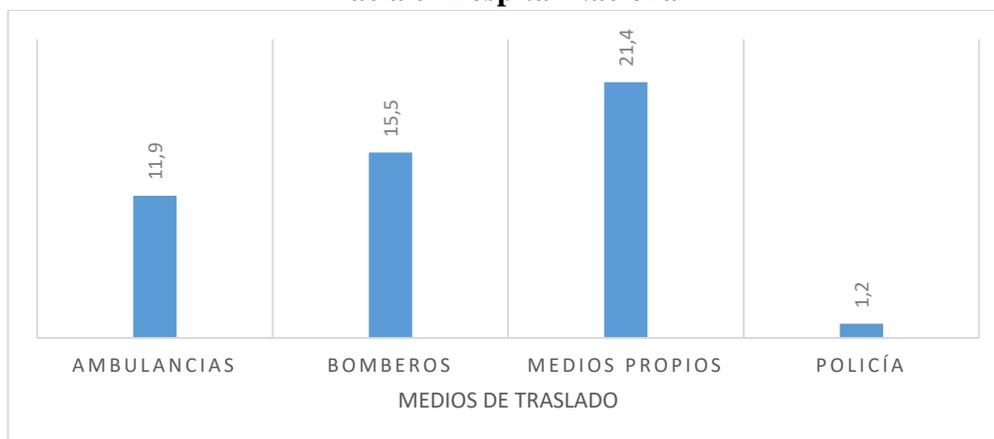
### Figura 11.1.1 Horarios en que se realizaron los eventos suicidas



### Figura 11.1.2 Días de la semana en que ocurrieron los eventos suicidas



### Figura 11.1.3 Medio de traslado de personas con conducta suicida hacia el Hospital Nacional



**11.2 Carta de entendimiento entre Hospital Nacional de Jutiapa y  
El Centro Universitario de Jutiapa de la Universidad de San Carlos de Guatemala**







---

### 11.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Conducta Suicida y factores asociados en la ciudad de Jutiapa

La investigación está financiada por la Dirección General de Investigación, DIGI y el Centro Universitario de Jutiapa, JUSAC, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Los resultados obtenidos servirán para hacer recomendaciones a entidades de salud, educación y justicia, en el abordaje de la prevención y atención de la conducta suicida.

El objetivo es identificar los casos de suicidio e intento de suicidio en la ciudad de Jutiapa y su relación con factores clínicos y socio-demográficos, que ingresen al Hospital Nacional de Jutiapa.

#### Privacidad y confidencialidad:

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. Por lo cual se agradece y se recuerda que toda la información que se proporciona mediante la entrevista será mantenida de manera confidencial. Su información no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. No corre ningún riesgo al participar. Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. No obtendrá ningún beneficio personal. Igualmente puede retirarse en cualquier momento o no acceder a responder sin que esto perjudique en ninguna forma su estancia en el hospital. Debe contestar las preguntas de la manera en que han sido escritas, y todos los participantes en el estudio, responderán a las mismas preguntas. Si algo no queda claro, pregunte. Es importante que las respuestas sean precisas y completas. Puede tomar el tiempo que sea necesario. Si tiene alguna duda contactar a la Coordinadora del Proyecto Licda. Marta Telma Ramos, al teléfono 78446284.

¡Muchas gracias por su participación!

#### Consentimiento:

He leído el presente documento y realizado las preguntas, que a mi juicio creí pertinentes por lo cual confirmo mi consentimiento y deseo de participar en forma libre y voluntaria en la investigación

Yo autorizo el uso de esta información a las entidades antes mencionadas en este consentimiento para los propósitos descritos.

---

Nombre del Participante

---

Firma del participante

---

Fecha

## 11.4 HISTORIA CLÍNICA

<b>DATOS GENERALES:</b>			
Nombre:			
Fecha de nacimiento		Edad:	
Dirección:		Sexo:	
Lugar de origen:		Teléfono:	
Escolaridad:		Etnia:	
Empleo:			
Nombre de la madre, edad, escolaridad y profesión:			
Nombre del padre, edad, escolaridad y profesión:			
<b>ACTO SUICIDA</b>			
Fecha del evento:		Hora:	
Método:	Plan:		
Notas escritas:			
Intentos suicidas previos:		Métodos:	
Cuando:	Periodicidad:		
Informante:		Parentesco:	
<b>FACTORES PSIQUIÁTRICOS</b>			
Diagnóstico psiquiátrico:			
Rasgos de personalidad:			
Estilos de vida:			
<b>FACTORES MÉDICOS:</b>			
Enfermedades diagnosticadas			
Está bajo tratamiento:		Tiempo:	
Lugar:			
Especialistas:			
Medicamentos:			
<b>FACTORES SOCIALES</b>			
Estado civil:			
Soltero:	Casado:	Unido:	Novio:

Divorciado:	Separado:	Viudo:	No. Matrimonios:
Tipo de relación:			Tiempo:
Religión:	Tiempo:		Asiste:
Visitas a centros:			
Con quien vive			
Padres:	Hermanos:	Pareja:	Hijos: Solo:
Otros explique:			
Pérdidas recientes:			
Duelo:	Desempleo:		Jubilación:
Problemas económicos:	Problemas legales:		
Problemas académicos:			
<b>FACTORES FAMILIARES</b>			
Relación con los padres:	Estable:		Inestable:
Conflictiva:	No Conflictiva:	Comunicación: M: P:	N:
Relación entre sí:		Separados:	
Abandono padre:		Madre:	
Relación con los hermanos:		Conflictiva:	No conflictivo
Antecedentes familiares de conducta suicida:			
Antecedentes de amigos con conducta suicida:			
Historia familiar de enfermedad psiquiátrica:			
Muerte precoz de los padres:			
Maltrato emocional:		Violencia física:	
Cambio frecuente de domicilio:			
Conflictos familiares:			
<b>FACTORES PSICOLOGICOS:</b>			
Conducta:			
Impulsiva:	Violenta:	Manipuladora:	Controladora:
Desesperanza:	Sociable:	Tímida:	Amigable:

Solitaria:	Tolerancia a la frustración:		Indefenso:
Perpetradores:	Problemas de conducta:		Estrés:
Cambios en la persona anteriores al evento:			
Patrones de alimentación:			
Sueño:			
Hábitos:			
Aficiones:			
Tiempo libre:			
Uso de la tecnología:			
Metas:			
Otros:			
<b>HISTORIA PERSONAL</b>			
Infancia	Embarazo:	Gestación:	Parto:
Niñez			
Desarrollo:			
Pasivo:	Agresivo:	Dependiente:	Independiente:
Repitencia esc:	Prob. Aprend:	Liderazgo: + -	Grupos:
Adolescencia			
Menarquía:	Primer novio:		
Primera relación sexogenital:		Voluntaria:	Involuntaria:
Orientación sexual:			
Abuso sexual:			Cuando:
Embarazos en adolescencia:			
Música de preferencia:			
Edad adulta			
Edad reproductiva:			
Lugar donde labora:			
Rango de ingreso:	. Q1000.00	Q1001.00 a Q3000.00	Q3,001.00
Relaciones interpersonales:			
Conflictos actuales:			
<b>COMENTARIO DEL INFORMANTE</b>			
Fecha:	Entrevistador:		No.





Proyecto "Conducta suicida y factores asociados en la ciudad de Jutiapa"

<b>11.6 INFORMACIÓN INSTITUCIONAL</b>			
Nombre:			
Dirección:		Teléfono:	
Director:		Celular:	
Área:		Horario:	
Número de personas que laboran en la institución:			
Persona encargada de actividades interinstitucionales: cargo, nombre y teléfono			
Cuentan con directorio institucional actualizado:			
Comunicación interinstitucional:	Buena:	Regular:	Deficiente:
<b>ACCIONES</b>			
<b>Prevención</b>			
Persona responsable:			
Profesión:		Tiempo en el cargo:	
Acciones de prevención:	Frecuencia:	Coordinaciones interinstitucionales:	
Métodos y técnicas para identificar el riesgo de suicidio:			
<b>Atención:</b>			
Que unidad atiende los casos:			
Cargos de las personas que intervienen en la atención a la conducta suicida:			

Han recibido capacitación en la atención:
Disponen de protocolos de atención:
Explicar el procedimiento institucional en la atención: Describirlo en hoja adjunta
Explicar el procedimiento según el método utilizado en la conducta suicida: Describirlo
Documentación que se debe llenar: suicidas y familiares
Documentación que se requiere:
<b>Seguimiento:</b>
Suicidas y familiares
A que instituciones refieren para apoyo:
Asignación presupuestaria para la prevención, atención y seguimiento:

<b>ESTADISTICA</b>
<b>Estadística de los últimos cinco años de casos suicidas:</b>
Número de casos, desagregados por sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, etnia, lugar de procedencia, empleo, migración. método utilizado.
Se comparte la información interinstitucional:
<b>INSTRUMENTOS</b>
Consentimiento informado
Hojas de referencia
Entrevistas
Protocolos
Pruebas psicométricas
Pruebas de laboratorio
Otras pruebas
Contrato de no suicidio

Otros	
Fecha:	Entrevistador:

<b>SEGUNDA PARTE</b>
Instrucciones:
Describe los procedimientos que realiza la institución en cada uno de los siguientes métodos.
Método 1. Intoxicación por medicamentos
Método 2. Uso de armas de fuego
Método 3. Uso de armas blancas
Método 4. Salto al vacío
Método 5. Ahorcamiento
Otros métodos

## 11.7 OBSERVACIÓN GRUPO FOCAL

Lista de temas	Repeticiones	Conceptos locales usados	Distintivos	Agrupamiento	Metáforas y analogías	Similitudes	Diferencias	Transiciones, voz, temas, pausas largas, interrupciones
Sentimientos antes								
Pensamientos antes								
Sentimientos durante								
Planificación								
Método								
Problemas influyeron								
Situaciones a lo largo de la vida								
Salud								
Atención previa								
Influencia externa tv música								
Adicciones								
Sueño y alimentación								
Significado de vida								
Significado de muerte								
Metas								

## 11.8 FOTOGRAFÍAS



Entrevista a personal de psicología Hospital Nacional



Entrevista a médica psiquiatra de Hospital Nacional



Grupo focal con personal institucional



Equipo de investigación con Hernández Sampieri,



Entrevista a Obispo Diócesis de Jutiapa



Entrevista a Pastor Evangélico



Grupo de apoyo prevención y seguimiento del suicidio



Grupo de apoyo prevención y seguimiento del suicidio



Grupo de apoyo prevención y seguimiento del suicidio



Día Internacional de prevención del suicidio



Día internacional de prevención del suicidio



Día internacional de prevención del suicidio

## **12. Actividades de gestión, vinculación y divulgación**

Autorización del Director del Hospital Nacional de Jutiapa para la realización de la investigación.

Carta de entendimiento con el Hospital Nacional de Jutiapa para el apoyo de psiquiatra.

Vinculación con la Clínica de Salud Mental del Hospital Nacional de Jutiapa en la atención de grupos de apoyo enfocados en prevención y seguimiento de casos.

Vinculación con Clínica de Salud Mental del Hospital Nacional de Jutiapa en la conmemoración del Día internacional de prevención del suicidio, 9 de septiembre.

Presentación de resultados a participantes del Curso Actualización de Investigación Científica, del Sistema de Estudios de Postgrado, Centro Universitario de Suroriente, Cunsurori, Jalapa.

Información de resultados a instituciones participantes.

### **Agradecimientos**

Se agradece la cofinanciación por la Dirección General de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala (DIGI), dentro del Programa Universitario Interdisciplinaria en Salud, a la Dra. Hilda Elena Valencia por el apoyo constante, al personal del Hospital Nacional de Jutiapa por facilitar el acceso a la información y a quienes colaboraron de Diócesis de Jutiapa, Iglesia Príncipe de Paz, Ministerio Público, Instituto Nacional de Ciencias Forenses, Policía Nacional Civil, Dirección de Área de Salud, Bomberos Voluntarios, Registro Nacional de Personas e Instituto Nacional de Estadística.

Partida Presupuestaria: 4.8.55.1.80, año de ejecución 2016

### **Leyenda La Llorona**

“La llorona era una mujer indígena enamorada de un caballero español o criollo, con quien tuvo tres niños. Sin embargo, él no formalizó su relación: se limitaba a visitarla y evitaba casarse con ella. Tiempo después, el hombre se casó con una mujer española, pues tal enlace le resultaba más conveniente. Al enterarse la Llorona enloqueció de dolor y mató a sus tres hijos en el río. Después, al ver lo que había hecho, se suicidó. Desde entonces, su fantasma pena y se le oye gritar ¡Ay mis hijos! Suele hallársela en el río recorriendo el lugar donde murieron sus hijos y ella se quitó la vida” (Gaitán, 2007).

### **El suicidio en la literatura guatemalteca**