



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
UNAN – MANAGUA**



MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA 2005 - 2007

Tesis para optar al Título de Maestro en Epidemiología

**COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS LESIONES
AUTOINFLIGIDAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, ENERO 2005 A
DICIEMBRE 2006**

Autor: Marcos Antonio Campos. MD.

Tutora: Alice Pineda Whitaker.
Msc. Epidemiología.
Msc. Desarrollo Rural.

Managua, Nicaragua
Diciembre 2007

ÍNDICE

Dedicatoria	<i>i</i>
Agradecimientos	<i>ii</i>
Resumen	<i>iii</i>
Capítulo	Página
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V - OBJETIVOS.....	7
VI - MARCO DE REFERENCIA.....	8
VII - DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
VIII - RESULTADOS	27
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	33
X. CONCLUSIONES.....	38
XI. RECOMENDACIONES.....	39
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS	

DEDICATORIA

A Dios, por hacer posible que culminada esta Maestría, dándome la salud y el conocimiento necesario.

A todos las personas que se han visto afectadas por este flagelo de violencia e incertidumbre ante la vida y que alguna vez dentro de sus a tribulaciones han tomado el camino incorrecto de ponerle fin a su vida.

A mi familia y a todas las personas que desinteresadamente me apoyaron para que fuese posible culminar este estudio.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a todas las personas que de manera desinteresada me impulsaron para seguir adelante, durante los dos años de Maestría, muy especialmente a **Dominga canales**, MD. Al proyecto MACARI – Luxemburgo por todo su apoyo financiero.

A mi tutor, **Alicia Pineda**, MSc, por el apoyo y el tiempo que dedico durante la tutoría de esta tesis.

Al **Equipo de Dirección y Jefatura del Servicio de Emergencia** del Hospital “Regional Santiago de Jinotepe”, por las facilidades y apoyo brindado durante la realización de este estudio.

Al **Personal de Archivo del Departamento de Estadísticas** del Hospital “Regional Santiago de Jinotepe”, por las facilidades y ayuda brindada durante la recolección de datos.

Al **Equipo de Dirección del Hospital San José Diriamba**, por haber confiado en mi capacidad para alcanzar este postgrado y las facilidades otorgadas para el cumplimiento de éste.

RESUMEN

Con el fin de identificar las características epidemiológicas de las lesiones autoinfligidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe, durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2006, se realizó el presente estudio, descriptivo y de corte transversal. El universo y la muestra lo constituyeron el 100% de los pacientes que fueron atendidos por este tipo de lesiones y registrados en el sistema de vigilancia de lesiones. Durante este período se registraron un total de 13,099 casos de lesiones por violencia intencional y no intencional. En lesiones autoinfligidas un total de 86 lesiones que representa el 0.6%, de ellas 76 son intentos suicidas (88%) y 10 Suicidios (12%).

La población más afectada fue de los 15 a 34 años, correspondiendo a los grupos de edades de los adolescentes y adultos jóvenes. Los suicidios son más frecuentes en personas del sexo masculino, adultos jóvenes, acompañados, del área rural, agricultores, en su mayoría no pertenecen a grupos religiosos. Los intentos de suicidio se presentan en adolescentes, mujeres, solteras, del área urbana y en su mayoría estudiantes.

Los factores presentes en la mayoría de los casos son conflictos de familia y de pareja, en menor frecuencia los problemas psicológicos, fracaso escolar y problemas financieros. El uso de alcohol y drogas se presentó en ambos eventos.

El método utilizado en su mayoría fue el uso de fármacos en los intentos de suicidio y los órganos fosforados en los suicidios, identificándose una mortalidad pre hospitalaria por estas lesiones de 10.4 y una mortalidad hospitalaria de 2.6.

El tratamiento médico no fue posible valorar dado que en esta unidad de salud no hacen uso de protocolos de atención y existen debilidades en el sistema de registro de estas lesiones dado que no se llenan todos los ítems y el personal que recepciona los datos no los completa, dejando fichas con datos incompletos que conducen a la pérdida de información.

I. INTRODUCCIÓN

Las lesiones y violencia en Nicaragua representan un problema de Salud Pública. Según estadísticas del Ministerio de Salud (*MINSa, 2005*) representa la primera causa de muerte del grupo de 15-49 años y entre el 10-30% de las consultas de urgencias a nivel hospitalario. Según el nuevo plan de salud las lesiones se convierten en un componente importante a ser monitoreado para desarrollar programas más eficaces de cara a la prevención y reducir los costos de su atención. (*Peña, 2005 et - al*)

Estas lesiones se definen como el uso intencional de poder o fuerza física, de hecho como amenaza, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que provoque o tenga probabilidad de causar lesiones, trastornos psicológicos o del desarrollo, privaciones o muerte, se clasifican según la intencionalidad en no intencionales¹ e intencionales² (*Valladares, 2005*)

Las lesiones autoinfligidas comprenden desde la idea suicida hasta el suicidio. Diferentes autores concuerdan en definirla como cualquier acción mediante el cual el individuo se causa un daño independientemente del medio empleado y del conocimiento real de su intención. (*Pérez, 1996*)

Alrededor de un millón de personas se quitan la vida cada año y muchas más lo intentan sin conseguirlo. El Secretario General de la ONU, al conmemorarse el día Mundial de la Salud Mental, instó a prestar más atención a esta tragedia humana para prevenir muertes innecesarias. (*Kofi Annan, octubre de 2006*)

¹ Un evento a menudo llamado "Accidente" o donde el daño o resultado no era pensado. (Accidentes de tránsito y Quemaduras).

²El uso intencional de la fuerza física contra otra persona o contra uno mismo, lo cual resulta en o tiene una alta probabilidad de resultar en lesión o muerte. (Homicidios, violencia contra la mujer, Maltrato a menores y ancianos y las lesiones autoinfligidas(suicidios e intentos suicidas)

Nicaragua no ha sido la excepción, si analizamos las estadísticas nacionales vemos que el comportamiento de estas lesiones se agrava cada día más. (*MINSA, 2004*)

Según estadísticas del sistema de registro en Carazo a partir del 2002 se ha observado incremento de los casos de intento de suicidio, de igual manera un incremento importante de los casos de suicidio. (*MINSA, 2005*).

Con el presente estudio se pretende identificar el comportamiento epidemiológico de las lesiones autoinfligidas de los pacientes que acudieron a esta unidad hospitalaria durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2006 para conocer la magnitud del problema en el departamento de Carazo.

II. ANTECEDENTES

Las lesiones autoinfligidas tienen antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre. *(Lafete, 2000)* y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente, se encuentran datos desde las civilizaciones antiguas, durante la edad media se observó una baja incidencia. Aumentando en el siglo XVIII hasta nuestros días. *(Sheidman, 1984)*

Los estudios se comienzan a realizar en el siglo XX. Iniciando en Europa, luego Estados Unidos y en Latinoamérica. En Nicaragua, en el año 1990 se da inicio al monitoreo de estas lesiones en la ciudad de León, como una iniciativa local *(MINSA, 2000)*

En 1999 Rocha, Dávila Y Vanega en su tesis suicidio en jóvenes en Nicaragua mencionan a Managua, Chinandega y Matagalpa como los departamentos con mayor índice de lesiones autoinfligidas, principalmente los suicidios. *(Rocha, 1999 et-al)*

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó alrededor de 500 000 muertes cada año, con un estimado de 1110 suicidios cada día, produciéndose a la vez entre 10 y 20 intentos por cada uno. *(García, 2002 et-al)*

En Nicaragua desde agosto del 2001 se inició la aplicación de un Modelo de Vigilancia para la recolección sistemática y oportuna de información sobre lesiones intencionales y no intencionales en el hospital Antonio Lenín Fonseca de Managua (HALF) y el Hospital Santiago de Jinotepe (HRSJ) con el apoyo y asesoría técnica de la Organización Panamericana de la salud (OPS) y el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) Atlanta. *(MINSA, 2004)*

En el año 2003 se sumaron los hospitales Dr. Oscar Danilo Rosales de León, Victoria Motta de Jinotega y Vélez Páiz de Managua al proceso del modelo de

vigilancia de las lesiones, permitiendo la recolección de información relevante que muestra la magnitud del problema. *(MINSA, 2004)*

En Enero 2003 a Marzo 2004 Rodríguez Palacio Aracelys, Moreno Pérez Sammy, Vásquez Juárez Alan y Vanega Chávez Teresa realizan un estudio en lesiones autoinfligidas en los cinco hospitales que forman el sistema nacional de vigilancia de lesiones donde mencionan 497 casos de lesiones autoinfligidas (1.3 % del total de lesiones por causas externas), predominó el grupo etáreo de 15 a 24 años y el 55% fueron mujeres, los principales problemas fueron: problemas familiares y de pareja, el mecanismo más utilizado fue el uso de fármacos en las mujeres y el uso de plaguicidas en varones, la casa fue el sitio donde más lo intentaron (90%) y se asoció al uso de alcohol (22%) y drogas (1.2%), los años de vida potencialmente perdidos reportados en este estudio fue 2.071 con una letalidad de 11.8%. *(Rodríguez 2003 et-al)*.

Estadísticas Nacionales de salud del 2004 ubican a Madriz, Jinotega y Chinandega con las tasas más altas del país, esto ubica a las lesiones autoinfligidas en la décimo cuarta causa de mortalidad en el país. *(MINSA 2004)*

En enero del 2004 a diciembre 2005 Martínez Jeans Jacqueline en su tesis factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en Hospital Roberto Calderón. Managua, menciona como los factores asociados a los intentos de suicidio principalmente los conflictos de familia (conflictos conyugales y violencia intrafamiliar) y la depresión, además el alcoholismo y autoestima baja, las enfermedades crónicas y el antecedente de intento de suicidio y el desempleo.

En Nicaragua, la magnitud de este problema crece de forma alarmante. El informe del 2005 del Programa Nacional de Salud Mental de Nicaragua hace una referencia cronológica desde 1990 hasta el año 2006 donde se evidencia un incremento del número de casos de intentos de suicidios y de suicidios. *(Fletes, 2006)*.

II. ANTECEDENTES

Las lesiones autoinfligidas tienen antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre. (*Lafete, 2000*) y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente, se encuentran datos desde las civilizaciones antiguas, durante la edad media se observó una baja incidencia. Aumentando en el siglo XVIII hasta nuestros días. (*Sheidman, 1984*)

Los estudios se comienzan a realizar en el siglo XX. Iniciando en Europa, luego Estados Unidos y en Latinoamérica. En Nicaragua, en el año 1990 se da inicio al monitoreo de estas lesiones en la ciudad de León, como una iniciativa local (*MINSAL, 2000*)

En 1999 Rocha, Dávila Y Vanega en su tesis suicidio en jóvenes en Nicaragua mencionan a Managua, Chinandega y Matagalpa como los departamentos con mayor índice de lesiones autoinfligidas, principalmente los suicidios. (*Rocha, 1999 et-al*)

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó alrededor de 500 000 muertes cada año, con un estimado de 1110 suicidios cada día, produciéndose a la vez entre 10 y 20 intentos por cada uno. (*García, 2002 et-al*)

En Nicaragua desde agosto del 2001 se inició la aplicación de un Modelo de Vigilancia para la recolección sistemática y oportuna de información sobre lesiones intencionales y no intencionales en el hospital Antonio Lenín Fonseca de Managua (HALF) y el Hospital Santiago de Jinotepe (HRSJ) con el apoyo y asesoría técnica de la Organización Panamericana de la salud (OPS) y el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) Atlanta. (*MINSAL, 2004*)

En el año 2003 se sumaron los hospitales Dr. Oscar Danilo Rosales de León, Victoria Motta de Jinotega y Vélez Páiz de Managua al proceso del modelo de

vigilancia de las lesiones, permitiendo la recolección de información relevante que muestra la magnitud del problema. *(MINSA, 2004)*

En Enero 2003 a Marzo 2004 Rodríguez Palacio Aracelys, Moreno Pérez Sammy, Vásquez Juárez Alan y Vanega Chávez Teresa realizan un estudio en lesiones autoinfligidas en los cinco hospitales que forman el sistema nacional de vigilancia de lesiones donde mencionan 497 casos de lesiones autoinfligidas (1.3 % del total de lesiones por causas externas), predominó el grupo etáreo de 15 a 24 años y el 55% fueron mujeres, los principales problemas fueron: problemas familiares y de pareja, el mecanismo más utilizado fue el uso de fármacos en las mujeres y el uso de plaguicidas en varones, la casa fue el sitio donde más lo intentaron (90%) y se asoció al uso de alcohol (22%) y drogas (1.2%), los años de vida potencialmente perdidos reportados en este estudio fue 2.071 con una letalidad de 11.8%. *(Rodríguez 2003 et-al)*.

Estadísticas Nacionales de salud del 2004 ubican a Madriz, Jinotega y Chinandega con las tasas más altas del país, esto ubica a las lesiones autoinfligidas en la décimo cuarta causa de mortalidad en el país. *(MINSA 2004)*

En enero del 2004 a diciembre 2005 Martínez Jeans Jacqueline en su tesis factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en Hospital Roberto Calderón. Managua, menciona como los factores asociados a los intentos de suicidio principalmente los conflictos de familia (conflictos conyugales y violencia intrafamiliar) y la depresión, además el alcoholismo y autoestima baja, las enfermedades crónicas y el antecedente de intento de suicidio y el desempleo.

En Nicaragua, la magnitud de este problema crece de forma alarmante. El informe del 2005 del Programa Nacional de Salud Mental de Nicaragua hace una referencia cronológica desde 1990 hasta el año 2006 donde se evidencia un incremento del número de casos de intentos de suicidios y de suicidios. *(Fletes, 2006)*.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Comportamiento Epidemiológico de las lesiones autoinfligidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de Enero 2005 a Diciembre del 2006?

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de los pacientes atendidos por lesiones autoinfligidas?
- ¿Cuáles son los factores relacionados a la ocurrencia de las lesiones autoinfligidas?
- ¿Cuáles son los métodos utilizados por los pacientes atendidos por lesiones autoinfligidas?
- ¿Cuál fue el abordaje de los pacientes atendidos por lesiones autoinfligidas?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar el comportamiento epidemiológico de las lesiones autoinfligidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de Enero 2005 a Diciembre 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar las características socio demográficas de los pacientes atendidos por lesiones autoinfligidas.
2. Identificar los factores relacionados a la ocurrencia de las lesiones autoinfligidas.
3. Valorar los métodos utilizados por los pacientes atendidos por lesiones autoinfligidas.
4. Conocer el abordaje brindado por el personal de salud a los pacientes por lesiones autoinfligidas.

VI. MARCO DE REFERENCIA

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), el suicidio aparece bajo la clasificación de las causas externas de morbilidad y mortalidad como lesiones autoinfligidas intencionalmente y se registra con los códigos X60 a X84 (*OPS/OMS, 1993*).

Los libros de psiquiatría definen las lesiones autoinfligidas como una conducta agresiva, cuya meta es la obtención de la muerte a través de un acto de autolesión, realizado con el propósito creciente de autodestrucción. Si logra su fin se habla de suicidio, si sobrevive se habla de 'intento de suicidio (*R. Aponte y N. Yampey*).

Estas lesiones antiguamente se consideraban unicasal basadas en teorías dentro de las cuales se mencionan tres como las más importantes:

Teoría patológica: fue elaborada a principios del siglo XIX por la escuela francesa que consideraba estas lesiones como un síntoma de enfermedad mental, en esta época se llegó a investigar las anomalías morfológicas y funcionales de las personas que intentaban suicidarse y estudios de autopsia en las personas que se suicidaban. (*Sarró y de la cruz 1991*).

Teoría Sociológica: Durkheim concluye que el suicidio es el resultado de la influencia y el control de la sociedad, y propone dos variables que hay que tomar en cuenta: el grado de integración social del individuo y el grado de reglamentación social de los deseos individuales (*Rojas, 1984*).

Teoría psicoanalítica: Freud considero el suicidio como un fenómeno intrapsíquico originando primaria mente en el inconsciente, y en cuya psicodinámica intervenían sobre todo la agresión y la hostilidad contra si mismo al no poder exteriorizarla (*blumenthal, 1988*).

En la actualidad cobran mayor importancia los modelos denominados multicausales que han venido a sustituir las teorías anteriores, se mencionan como antecedentes los estudios por Wess en 1954 donde destacan tres factores: la actitud del grupo en cada sociedad, las situaciones externas en que se encuentra el sujeto, el carácter y el grado de personalidad del individuo.

Dentro de los modelos multicausales se mencionan los siguientes:

- Modelo arquitectónico de Mack: Esta basado en el estudio del suicidio juvenil y consta de los siguientes elementos: el macrocosmos donde hace referencia al sistema educativo en las epidemias del suicidio entre escolares, así como a la influencia de las cultura, los factores socio políticos y la actividad económica, otros elementos que toman en cuenta este modelo es la vulnerabilidad biológica, experiencias tempranas en el desarrollo del individuo , la organización de la personalidad, las relaciones del individuo, la psicopatología especialmente la existencia de cuadro depresivo y el alcoholismo, la ontogenia en el sentido de la relación existente entre el desarrollo y la muerte, la circunstancia vitales se trata de factores precipitantes tanto de tipo biológico (alcohol o drogas) como eventos socio familiares (tras lado, desavenencias, fracasos escolar etc.)
- Modelo basado en el estado de la mente: es un modelo explicativo que se sitúa dentro de un paradigma biopsicosocial amplio y cuyo elemento fundamenta es el denominado “estado de la mente” reúne la variable de riesgo en dos grupo el contexto socio individual y el estado mental suicida. (*Bonner y Rish, 1987*).
- El modelo de sobre posición de Blumenthal: Agrupa los factores suicidas en cinco área de vulnerabilidad: Trastorno psiquiátricos, rasgos de personalidad, factores psicosociales, variables genéticas y factores biológicas (*Blumenthal y Kupfer, 1986*).

Los intentos de unificar la terminología llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1969 a proponer como ayuda a la investigación término muy concreto, muy útiles como base común para las lesiones autoinfligidas proponiendo la designación siguiente:

Acto suicida: Hecho por el que un sujeto se causa una lesión independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Suicidio: Muerte que resulta de un acto suicida.

Intento de suicidio: Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte. También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada.

La OMS clasifica las tasas de suicidios de una comunidad en bajas, medianas, altas y muy altas en función del número de suicidios por 100.000 habitantes por año, de modo que cifras menores de 5 por 100,000 habitantes se consideran como bajas tasa entre 5 y 15 como medianas, y entre 15 y 30 como altas y por encima de 30 muy altas. (*Desjarlais, 1997*)

A nivel mundial se mencionan tasas aproximadamente de 15 por 100,000 habitantes. Los países de América latina con mayor prevalencia de suicidio son Cuba con 11 por 100,000 y Puerto Rico con 10 por 100,000 habitantes (*OMS del año 2002*). Estas tasas de suicidios varían de unos países a otros, de modo que podemos encontrar países cuyas tasas de suicidios están dentro de los tres primeros grupos y tasas superiores principalmente en Asia y Europa. En América latina las tasas son inferiores a los Estados Unidos (EE.UU.) (*Diekstra y Gulbinat, 1993*).

El Ministerio de Salud de Nicaragua a través del programa de salud mental en el año 1990 reporta 96 casos suicidios consumados, de los cuales el 69% eran

varones y en el 2005 reporta cifras de 374 casos, cifra 4 veces mayor en relación a 1990, con predominio de hombres (76%) (*Fletes, 2005*).

Factores de riesgo: Las lesiones autoinfligidas constituyen un tipo de conducta de etiología multifactorial, en el que tanto los factores de tipo biológicos, como los factores socio ambientales y/o psicológicos tienen su propia importancia, pero posiblemente ninguno de ellos por separado podría ser suficiente para explicar tales conductas. (*Saiz, 1998 et- al*)

Factores Sociodemográficos: Edad. Afortunadamente el suicidio en la infancia constituye un hecho aislado siendo raros los casos de suicidio en menores de 12 años. A partir de la adolescencia e inicio de la edad adulta las tasas de suicidio divergen en los diferentes países. Las personas ancianas constituyen el principal grupo de edad con las tasas más elevadas de suicidio consumado. (*Bobes, 1998*)

Sexo: estudios realizados mencionan que las tasas de suicidios son más elevada en varones y las mujeres tienden más a los intentos suicidios (*Bousoño, 1995 et- al*)

Distribución Geográfica: La incidencia de las conductas suicidas varia no solo entre los distintos países sino que incluso lo hace dentro del mismo país. En general se puede decir que las tasas de suicidio y de las tentativas son más altas en las áreas urbanas siendo más elevadas cuando mayor es el número de habitantes de la ciudad. (*Bobes, 1998*)

Estado Civil: El suicidio es un hecho más frecuente en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas. Parece que el matrimonio actúa como un factor protector, especialmente si tienen hijos, tendencia más acentuada en la mujer. Diversos datos de muestran que las personas solteras tienen tasas de suicidio 2 veces superiores a los casados y en el caso de viudos y divorciados las tasas son de 3 y 5 veces superiores. Una excepción ocurre en los grupos mas jóvenes (15-!9

años) ya que la tasa de suicidio es de 1.5 y 1.7 veces superior en hombres y mujeres casadas respectivamente. *(Bobes, 1998)*

Ocupación: Se ha visto un incremento de conductas suicidas violentas en militares, policías y vigilantes de seguridad, así como sus familiares, ya que cuentan con mayor disponibilidad de medios letales. Muchos estudios han demostrado la relación existente entre el desempleo y la conducta suicida, siendo el desempleo de larga duración un factor especialmente estresante. Estudios en los países Nórdicos ponen de manifiesto que aproximadamente la mitad de las personas que cometen tentativas suicidas carecían de empleo. *(Anticona, 1999 et-al)*

Época del año, día y hora: la mayoría de las estadísticas ponen de manifiesto que las tasas de suicidio son mas bajas en los meses de invierno, incrementándose durante los últimos meses del año, algunos autores señalan que el mes de enero como un mes de alta incidencia de suicidios. Los días intermedios de la semana parecen ser los mas señalados para llevar a cabo las conductas suicidas, estando la mayoría de los estudios de acuerdo que la tarde y la noche serian los momentos de mayor riesgo a lo largo del día. *(Anticona, 1999 et- al)*

Factores familiares: casi la mitad de los pacientes con historia familiar de suicidio, realiza también una tentativa suicida. En la hipótesis las explicaciones propuestas pueden agruparse en dos categorías fundamentales: el fenómeno psicológico de la identificación con el familiar suicida y los factores genéticos en la transmisión de la conducta suicida. *(Keti, 1986)*.

Ciertas investigaciones sugieren una tasa elevada de concordancia de suicidio en gemelos idénticos. En un estudio danés sobre gemelos monocigóticos se observó que en 20% de los casos en los que un hermano se suicidaba, el otro moría de la misma manera. *(Roy, 1990 et-al)*

Estudios sobre adopción realizados en Dinamarca muestran un mayor número de suicidios en familiares de personas suicidas comparadas con familiares de los controles. (*Schlsinger, 1979 et al*)

Otros aspectos familiares, no hereditarios que desempeñan un papel importante en la conducta suicida y que influyen desde las relaciones familiares conflictivas, la carencia afectiva, pérdida de parientes y la carencia de soporte socio-familiar. (*Delgado, 2003*)

Enfermedades Físicas y/o Mentales: En estudios post mortem se muestra que entre 25% a 75% de suicidios consumados padecían algún tipo de afección somática. Entre la patologías presentes tenemos SIDA, cáncer, enfermedades del sistema nervioso central, cardiovasculares y otras. En relación a los trastorno mentales y los intentos de suicidio, encontramos la depresión en un 75% de los pacientes, trastorno borderline de la personalidad 37.3% y alcohol y dependencia de drogas con 21.7%, los trastorno de adaptación con 23.2%, de acuerdo a la fuente anteriormente citada. (*Anticona, 1999 et- al*)

Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas: Existen estudio en que se encuentra que el riesgo de suicidio en alcohólicos es de 60 a 120 veces mayor en alcohólicos que en la población general. (*Delgado, 2003*). En Estados unidos la relación suicidio-alcohol varía desde 28 a 53 % y frecuentemente se asocia al uso de armas de fuego, sin embargo, en otros países como Australia se asocia tanto al uso de armas de fuego como a otras sustancias. El alcohol esta involucrado en el 15 a 64 % de los intentos suicidas. (*Martínez, 2005*)

Antecedente de Maltrato Físico, Sexual y Psicológico: Son factores directamente vinculados al síndrome de conductas suicidas como los conflictos familiares y de pareja que se les considera los estresores psicosociales mas fuertemente vinculados con la conducta suicida. (*Delgado, 2003*)

Intentos Suicidas Previo: Es el indicador más importante del riesgo de suicidio consumado, todo intento de suicidio previo se debe tomar seriamente como factor predictor independientemente de su letalidad. Un evento previo Se ha encontrado en 47.9% de los pacientes atendidos como intentos suicidas. (MINSAs, 2004)

Factores biológicos: De todos los neurotransmisores relacionados directa o indirectamente con las conductas suicidas y parasuicidas es la serotonina (5-HT) numerosas evidencias vinculan la disminución de la actividad serotoninérgica central con manifestaciones suicidas. Existen cuatro tipos de estudios que apoyan la denominada hipótesis de la deficiencia serotoninérgica en las conductas suicidas: Estudios cerebrales postmortem en suicidios consumados, la presencia de niveles de serotonina (5-HT) y su metabolito de ácido 5 – hidróxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los pacientes que han tenido intentos de suicidio más impulsivos es un hallazgo que puede estar relacionado con el suicidio, aunque se continúa investigando. También existen niveles reducidos del ácido homovanílico, un metabolito de la dopamina. Los niveles elevados de receptores serotoninérgicos en la corteza cerebral de los pacientes que han realizado un suicidio consumado pueden mostrar alguna conexión con los pacientes afectados de trastornos de la afectividad, estudios plaquetarios. test de estimulación neuroendocrino de tipo serotoninérgico.

Las características señaladas anteriormente carecen de especificidad en la valoración del riesgo de suicidio. Quizá el más importante de todos los factores de riesgo sea la presencia de un trastorno depresivo no diagnosticado o no tratado. (Buney y Fawcett 1965)

Factores psicológicos: Sigmund Freud (1917), fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al suicidio, quien postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas fanáticas dirigidas contra el propio yo, donde no siempre la persona es

consciente de sus actos. Así sus mecanismos de defensa (negación...) son una forma de huir de la vida (de sus problemas) optando así por el suicidio.

Ciertos estudios epidemiológicos realizados en adultos jóvenes encuentran que entre el 90 al 100 % de los suicidios presentan un trastorno mental fundamentalmente depresión, alcoholismo o esquizofrenia. Actualmente se considera que la enfermedad mental es una condición necesaria pero no suficiente para este tipo de lesiones. (*Blumenthal, 1998*)

Métodos suicidas:

En la elección del método suicida intervienen una gran variedad de factores como la disponibilidad y la accesibilidad de los mismos, la aceptación sociocultural, la capacidad letal, etc. Esta serie de hechos tienen como consecuencia que se observen grandes variaciones en lo que respecta al método utilizado en función de variables como el sexo, edad, medio rural o urbano, y la latitud geográfica estudiada. (*Sarró y de la Cruz, 1991*). En general se puede afirmar que los varones prefieren métodos suicidas más violentos, pero estos varían de unos países a otros, así por ejemplo en EEUU. El método empleado más frecuente son las armas de fuego, mientras que en otros países difieren. (*Arranz Estevez, 1997*). Las mujeres suelen utilizar métodos más pasivos y menos violentos como la ingesta de medicamentos (*Gracia – Marco y Rodríguez – Pulido, 1991*).

Los métodos suicidas varían con el paso del tiempo, muchas veces en función de la disponibilidad de los mismos. En lo que a tentativa se refiere, todos los autores están de acuerdo en afirmar que la intoxicación medicamentosa es el método más utilizado. (*Herrera, 1999*) Entre estos medicamentos se encuentran las Benzodiazepinas que están indicadas en el tratamiento de la ansiedad, depresión, temores, insomnio, alteraciones músculo esquelético, convulsiones, síndrome de abstinencia por alcohol y como tratamiento coadyuvante en la anestesia. Debido a su amplia disponibilidad, es la intoxicación medicamentosa más frecuente.

Generalmente, se produce por la ingestión del fármaco con fines auto lítico, con frecuencia acompañado por alcohol etílico y otras sustancias; es un fármaco que suele acompañar a la sobre dosis de drogas de abuso y es utilizado por las personas que usan drogas para disminuir los síntomas de los síndromes de abstinencia.

La mortalidad en los casos de intoxicación sola por Benzodiazepinas es rara (DL 50 1.6 gr. /Kg.) pero con frecuencia estas se ingieren con otras drogas y/o alcohol (en mas de 75 % de los casos) potenciándose sus efectos. En un estudio multicentrico, efectuado en 317 intoxicados agudos con carácter grave solo fallecieron 5 pacientes por intoxicación medicamentosa estando las Benzodiazepinas implicadas en 4 de ellos (en tres asociada con otros fármacos y solo en un caso como único responsable). La Carbamacepina en la práctica médica se utiliza como anticonvulsivante, pero se han descrito casos de intoxicaciones agudas voluntarias. La intoxicación por si misma no es grave y salvo complicaciones sobreañadidas, los pacientes se recuperan a las 48 horas aun después de la ingesta de dosis masivas. En los casos descritos de evolución fatal, aparecen complicaciones respiratorias, siendo la mas frecuente la insuficiencia respiratoria aguda por aspiración de contenido gástrico. Con respecto a los efectos tóxicos relacionados con la dosis en las intoxicaciones agudas, se ven descrito casos que han sobrevivido después de la ingestión de 80 gr. La mayoría de los casos no fatales descritos han sido después de la ingestión de 60 gr. de forma aguda o bien después de la ingestión de 60 gr. en un paciente con un tratamiento crónico. El paracetamol o Acetominofen posee efecto antipirético y analgésico, la dosis requerida para producir toxicidad es desconocida, ya que varia en función de la actividad del citocromo P-450(variable entre personas), cantidad de glutation y su capacidad de regeneración. Sin embargo, en varios estudios retrospectivos se sugiere que puede existir toxicidad con una dosis única superior a 250 mg/Kg. De peso, pero se prefiere aceptar una dosis menor para definir el riesgo de toxicidad, quedando esta en una sola dosis de 7.5 gr. o más en adultos o 140-150 mg/Kg. de peso en niños. La intoxicación suele ocurrir dentro de

distintos contextos, siendo él mas frecuente con enorme diferencia sobre el resto la ingestión intencionada aguda en grandes dosis con fines suicidas.

Los plaguicidas se pueden conseguir fácilmente y constituyen el método más popular de suicidio. Uno de los plaguicidas más peligrosos y más utilizado en nuestro medio es el fosforo de aluminio el cual esta destinado a ser utilizado en la agricultura para conservar cosechas; se presenta en tabletas de 0.6 hasta 3 gr., es un producto muy tóxico y la dosis letal media para seres humanos es de 20 mg/Kg. de peso. En Nicaragua la morbilidad por esta sustancia es de 4/100.00, la mortalidad entre 1-2/100.000 y la letalidad entre 30 y 45 %. Es utilizado en la mayoría de las veces para intento de suicido. (*MINSa, 2002*).

El paraquat es un herbicida que pertenece a la familia de los bupiridilos, es hidrosoluble. En Nicaragua las presentaciones mas frecuentes varían de 20 a 40 % de concentración. La dosis letal para el ser humano se ha calculado en 30 mg/Kg. de peso la incidencia es de 4/100.000 y la letalidad de 16 %.La forma principal de intoxicación es intencional. (*MINSa, 2002*).

Los órganos fosforados se utilizan como insecticidas, nematocidas, herbicidas, fungicidas y en la industria es liposoluble y al presentación varia de 20 al 70 % de principio activo. La dosis letal varía de acuerdo al tipo de producto, pero en general son de alta toxicidad (DL 50 0-50 mg/Kg.) y moderada toxicidad (DL 50 50-500 mg/Kg.). En Nicaragua la morbilidad es de 9.6/100.000, la mortalidad de 1/100.00 y la letalidad es de 8 %.(*MINSa, 2002*).

Abordaje del suicidio en el Ministerio de Salud de Nicaragua:

El abordaje del suicidio en Nicaragua establece muy claramente disposiciones generales a nivel Nacional y a nivel del Ministerio de Salud que consisten acciones administrativas, acciones de participación popular y coordinación intersectorial y las normas a seguir para la atención al paciente con riesgo suicida.

Dentro de las acciones administrativas esta la inclusión de temas relacionados al suicidio en la curricula de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, la capacitación al personal de salud de primer y segundo nivel, en especial emergencia, observación y jefes de servicios de internamiento, asegurar que en cada cabecera de SILAIS se cuente con personal mínimo de Salud Mental, de preferencia un psiquiatra y un psicólogo en el caso de Managua, en cada hospital principal un(a) psiquiatra, un(a) psicólogo(a) y un(a) trabajador(a) social y brindar todo el apoyo institucional para el adecuado abordaje de estos pacientes. Así mismo las acciones de participación popular y coordinación intersectorial son la clave con su participación activa en el proceso terapéutico. La Asociación Nicaragüense de Psiquiatría ha integrado una Comisión ad hoc con el Ministerio de Salud y a su vez se debe procurar la incorporación de otras organizaciones profesionales afines para un abordaje multidisciplinario, con base científica y debidamente articulado.

Las normas a seguir para la atención al paciente con riesgo suicida:

1. Todo paciente que consulta por ideas o intentos suicidas, si llega personalmente, le llevan familiares o amigos; o se detecta en el interrogatorio cuando consulta por otra causa, deberá tenerse como emergencia y no podrá dejarse ir a su casa como se hace usualmente.
2. Si ya realizó el intento, la acción no debe reducirse a aliviar el daño físico (lavado gástrico, sutura de heridas, etc.).
3. Deberá permanecer en observación, interrogársele exhaustivamente según lo permita su estado, investigar ampliamente el caso con la familia, compañeros de trabajo, de estudio, amigos y allegados, hasta tener una idea clara de su manera de ser habitual y de los cambios observados recientemente por quienes le conocen.

4. Se deberá proceder a evaluar el grado de riesgo suicida y de acuerdo al mismo se tomará la decisión de la conducta a seguir.

5. Se advertirá al paciente, su familia y personas de su entorno de la gravedad del asunto, de la conducta más adecuada para afrontar el problema y de la necesidad de la colaboración de todos.

6. Si se duda sobre la gravedad del riesgo, es imperativo pecar por exceso e internar al paciente. El personal del Centro debe estar advertido que en casos de grave riesgo los intentos suelen repetirse en el seno de la unidad y que un 10% lo logran. El potencial suicida amerita vigilancia cercana todos los segundos de cada 24 horas.

7. Si el personal de la unidad no se considera con la capacidad suficiente para tratar el caso y cuenta en su SILAIS o en el vecino con personal del Programa de Salud Mental, deberá referirlo con amplias explicaciones a la familia que deberá acompañarlo, o en su defecto, un miembro del personal ; y estar preparados para recibirlo una vez que el equipo especializado lo haya sacado de la crisis y lo devuelva con una contrarreferencia completa, para su seguimiento sistemático, que implica visitas domiciliarias si el paciente rehúsa regresar y la familia no puede o no quiere colaborar.

8. En todos los casos, el Director del Hospital a que ha sido referido no deberá ni podrá rehusar su ingreso, con base en la Resolución Ministerial 31-93 que obliga a internar a los pacientes por causa psiquiátrica en el hospital de su comunidad, pero más en este caso, pues es un paciente que está más cerca de la muerte que algunos admitidos con enfermedades “convencionales”.

9. En caso de que la familia rehusé el internamiento a pesar de los razonamientos que use el personal tratante para persuadirles, deber exigirse la firma de un documento de exoneración de responsabilidad por parte del familiar responsable.

10. No obstante, esto no libera al equipo tratante de la responsabilidad de continuar el tratamiento ambulatorio con consultas diarias mientras dura la crisis aguda, hasta que se considere libre de riesgo inminente, aumentando el intervalo de las citas según evolución y en dependencia del diagnóstico de la patología subyacente en caso de que exista alguna (depresión, esquizofrenia, epilepsia, etc.). Se deberá advertir a la familia que el paciente debe ser vigilado permanentemente, que unos pocos minutos dentro del baño bastan para matarse o de soledad en el dormitorio para ahorcarse.

11. Ningún caso detectado con ideas o intentos suicidas en las emergencias o consultas de dichos centros, deberá ser enviado a su casa o a pedir cita. Se deberá establecer la consulta inmediata en las horas laborales, o dejar en observación y pasarlo a los especialistas a primera hora. En todo caso, el personal que detecta no deberá limitarse a escribir la referencia sino a dejar en contacto al paciente con el personal especializado. En caso de períodos prolongados (fines de semana, vacaciones, etc.), el paciente se enviará a la emergencia del Hospital Psiquiátrico.

12. De ser necesaria la medicación para el problema subyacente detectado, deberá entregarse la dosis a la familia, recomendando administrarle la dosis individual y guardar el resto y nunca darles provisión total del fármaco que se acerque ni remotamente a la dosis letal.

13. Tener en cuenta que en los pacientes deprimidos, entre quienes es más frecuente el suicidio, el riesgo aumenta a partir de las dos primeras semanas de tratamiento antidepresivo, pues se incrementan los actos voluntarios. Advertirle a la familia o acompañantes.

14. Recordar que la conducta humana es de origen multicausal y no debemos contentarnos con buscar una causa vivencial externa reciente para atribuirle carácter etiológico. La investigación debe ser completa y la estrategia de intervención terapéutica será integral, utilizando los recursos de la institución, del paciente, de su familia y de su entorno social, incluyendo el religioso, educativo y laboral.

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

a). Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal donde se analizó el comportamiento epidemiológico de las lesiones autoinfligidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe, departamento de Carazo, durante el periodo de enero del 2005 a diciembre 2006.

b). Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe, el cual es Hospital de referencia en el departamento, además es uno de los primeros hospitales donde se implementa el sistema de vigilancia de lesiones.

C). Universo y la muestra

Lo constituyeron el 100 % de los pacientes que acudieron por lesiones autoinfligidas al Hospital Regional Santiago de Jinotepe durante el periodo de enero del 2005 a diciembre 2006. El número de casos atendidos fue de 86 en total 10 casos de suicidios y 76 casos con Intentos de Suicidio.

d). Unidad de Análisis

La unidad de análisis la representan los casos de lesiones autoinfligidas que acudieron a la emergencia del Hospital Regional Santiago y que se encuentran registrados en el sistema de vigilancia en el periodo comprendido de Enero del 2005 a Diciembre del 2006.

e). Criterios de inclusión

Se incluyen para el estudio todos los casos que recibieron atención en el Hospital por lesiones autoinfligidas (Suicidio, intento suicida) y se encuentren registrados en el sistema de vigilancia de lesiones del hospital en el periodo de Enero a Diciembre del 2005 y que estén registrados en el sistema de lesiones.

f). Fuente de Información

Es secundaria. Se hizo revisión de la ficha diseñada por el sistema de lesiones, expedientes clínicos y libro de registro en emergencia.

g). variables:

Objetivo No 1: características socio demográficas de los pacientes atendidos por lesiones autoinfligidas

Edad

Sexo

Estado civil

Procedencia

Ocupación

Religión

Escolaridad

Objetivo No 2: factores relacionados a la ocurrencia de los casos de lesiones autoinfligidas.

Tipo de evento.

Antecedente del evento.

Factores precipitantes.

Fecha de ocurrencia.

Hora de ocurrencia.

Lugar de ocurrencia.

Objetivo No 3: Métodos utilizados por los pacientes atendidos por lesiones autoinflingidas.

Mecanismo del evento.

Fármacos Usados.

Plaguicida usado.

Uso de drogas.

Uso de alcohol.

Objetivo No 4: Abordaje brindado por el personal de salud a los pacientes por lesiones autoinflingidas.

Hora que llega a emergencia.

Demora en la atención.

Persona que brinda la atención.

Recibió cuidados de enfermería.

Existencia de protocolo.

Destino final del paciente.

Condición de Egreso.

Recibió seguimiento.

Persona que brindó el seguimiento.

Lugar de seguimiento.

h). Plan de análisis: Para el análisis se cruzaron las siguientes variables:

Edad / Eventos

Sexo / factores precipitantes

Sexo / Evento

Sexo / mecanismos.

Evento / mecanismos

Evento / uso de alcohol.

Evento/ uso de drogas.

Mes de ocurrencia/Evento

Lugar de ocurrencia/ Evento

Ocupación/ Eventos

Religión/ Eventos

i). Mecanismos de obtención de la información

Se diseñó un formato donde se recibieron los datos de interés de la ficha del sistema de vigilancia de lesiones, Se elaboró una prueba piloto tomando 5 fichas incluidos en la investigación que nos permitió confirmar que esta es de fácil aplicación y que no presenta confusión al momento de recibir información necesaria y fundamental sobre el problema de investigación.

Se hizo uso de medios alternativos como el expediente clínico y el libro de registros de emergencia para completar la información cuando fue necesario y cumplir los objetivos planteados.

Para la recolección de la información se solicitó permiso al Director del Hospital y posteriormente se coordinó con el responsable de epidemiología para acceder al

sistema de registro de lesiones, con el responsable de emergencia para revisar el libro de registros de atenciones y finalmente con el departamento de estadísticas para acceder a los expedientes clínicos de los casos cuya información era incompleta.

j). control de sesgo

Existe la posibilidad de que los datos en las fichas se encuentren incompletos; considerando esta posibilidad se hizo uso de información alternativa como es el libro de registro de emergencia y el expediente clínico.

El sesgo de selección se trata de minimizar mediante el estudio de una población específica (Suicidios e Intentos Suicidas)

El sesgo de información se controla mediante la verificación de la captura de datos por parte de una persona previamente entrenada para verificar los ítems del instrumento, además mediante el registro y verificación sistemática de datos por el autor. Además, para la introducción de los datos a la base de Epi Info 3.2, se contó con una persona que dictó el registro y el autor ingresó los datos; esto con el propósito de verificar el ingreso de datos fieles a los capturados, en la base de datos.

k). Procesamiento de la información:

El procesamiento de la información se realizó a través del programa de EPI INFO 3. 2. y el programa de Excel para la elaboración de tablas y gráficos.

l). Presentación de resultados:

Los datos luego de su procesamiento y análisis se representan mediante tablas y gráficos.

IX RESULTADOS

El sistema de vigilancia de lesiones del Hospital Regional Santiago reporta durante el periodo de Enero 2005 a Diciembre del 2006 un total de 13,099 casos de lesiones por violencia intencional y no intencional. En lesiones autoinfligidas un total de 86 lesiones que representa el 0.6%, de ellas 76 son intentos suicidas (88 %) y 10 son suicidios (12%). (Ver en Anexos, Grafico No 1).

Características sociodemográficas de los casos:

La media de edad fue de 24 años y la moda de 18 años. El grupo de edad predominante es de 20 – 34 años con un 48% (41). En el grupo de 5 a 9 años se presenta un caso de intento de suicidio, de los 10 años hasta los 19 años se observan casos de intentos de suicidio. Apartir de los 20 a 34 años el 7 % (6) son suicidio y el 41 % (35) son intentos de suicidio. En el grupo de 35 a 49 años, el 3 % (2) se suicidaron y el 5 % (4) intentaron suicidarse, en el grupo de 50 y más años ambos eventos se presentaron en el 1 %

En relación al sexo el 56% (48) fueron mujeres y 44 % (38) hombres. El 53 % (46) de las mujeres intentó suicidarse y únicamente el 3 % (2) se suicidaron, en los varones el 9 % (8) se suicidaron y el 35 % (30) incurrieron al intento de suicidio.

En el área rural el 7 % (6) son suicidios y el 29 % (25) son intentos de suicidio, en el urbano el 5 % (4) son suicidio y el 59 % (51) son intentos de suicidio.

Las personas en unión libre (acompañados) el 10 % (9) se suicidaron y el 37 % (32) intentaron suicidarse, en los solteros se observó el 2 % (1) suicidio y el 46 % (40) intentos de suicidio, en el 5 % de los casados se observó el intento de suicidio y ningún caso de suicidio en este grupo.

En analfabetos el 1 % (1) se suicidaron y el 5 % (4) intentaron suicidarse. Las personas con primaria incompleta 3 % (3) se suicidaron y el 27 % (23) intentaron suicidarse, en secundaria incompleta el 8 % (6) se suicidaron y el 40 % (35) intentaron el suicidio, en personas con nivel educativo de primaria completa, secundaria completa y estudios superiores en el 100% de los casos solamente incurrieron al intento de suicidio.

En agricultores el 8 % (6) se suicidaron y el 13 % (11) intentaron suicidarse, los comerciantes el 2 % (2) se suicidaron y el 25 % (22) intentaron suicidarse, las personas sin empleo el 1% (1) se suicidaron y el 2 % (2) intentaron suicidarse, en amas de casas el 1 % (1) se suicidaron y el 8 % (6) intentaron suicidarse, albañiles, asistentes de oficina y mecánicos en el 1 % (4) intentaron suicidarse.

En las personas que expresaron no tener religión se observó el 11 % (9) de suicidios y el 76 % (65) intentos de suicidios, en los católicos el 1 % (1) fueron suicidio y el 10 % (9) intentos de suicidio en los evangélicos el 2 % (2) fueron intentos de suicidio. (Ver en Anexos, Tabla No 1).

Las tasas de lesiones autoinflingidas en los dos años estudiados es la siguiente: en el 2005 fue del 3.25 x 10,000 habitantes y en el 2006 fue de 2.40 x 10,000 habitantes, en el año 2005 las tasas por meses son las siguientes: enero 2.4 x 100,000 habitantes, febrero 0.6 x 100,000 habitantes, marzo 3 x 100,000 habitantes, abril 1.2 x 100,000 habitantes, mayo 4.2 x 100,000 habitantes junio 3 x 100,000 habitantes, julio 1.8 x 10,000 habitantes, agosto 3 x 100,000 habitantes, septiembre 3 x 10,000 habitantes, octubre 4.2 x 100,000 habitantes, noviembre 3.6 x 100,000 habitantes, diciembre 2.4 x 100,000 habitantes.

En el año 2006 las tasas por meses son las siguientes: enero 2.4 x 100,000 habitantes, febrero 1.2 x 100,000 habitantes, marzo 3.6 x 100,000 habitantes, mayo 4.2 x 100,000 habitantes junio 1.2 x 100,000 habitantes, julio 1.8 x 100,000 habitantes, agosto 0.6 x 100,000 habitantes, septiembre 3.6 x 100,000 habitantes,

noviembre 1.2 x 100,000 habitantes. En los meses de abril, octubre y diciembre no se reportan lesiones autoinfligidas. (Ver en Anexos, Gráfico No 2).

Las tasas de suicidio por municipio son las siguientes: Santa Teresa 1.18 x 10,000 habitantes, Jinotepe 0.47 x 10,000 habitantes, Diriamba y San Marcos con 0.34 x 10,000 habitantes. En intentos de suicidio son las siguientes: Dolores 11.8 x 10,000 habitantes, Jinotepe 6.8 x 10,000 habitantes, La Conquista 5.2 x 10,000 habitantes El Rosario 3.7 x 10,000 habitantes, San Marcos 4.4 x 10,000 habitantes, La Paz de Carazo 2.1 x 10,000 habitantes, Diriamba 1.7 x 10,000 habitantes y Santa Teresa con 1.7 x 10,000 habitantes. (Ver en Anexos, Grafico No 3).

Factores relacionados a la ocurrencia de los casos de lesiones auto infligidas:

Los conflictos familiares se presentan en el 58 % (50) de los intentos de suicidio y en el 6 % (5) de los suicidios, los problemas de parejas en el 14 % (12) de los intentos de suicidios y el 3 % (3) en los casos de suicidio, no se sabe el 7 % de intentos de suicidio y 2 % (2) de los suicidios; Problemas psicológicos, fracaso escolar, problemas financieros, problemas con la justicia y enfermedades físicas se presentan únicamente en los casos de intentos de suicidio.

(Ver en Anexos, Tabla No 2).

Las personas sin antecedentes de eventos previos el 9 % (8) incurrieron al suicidio y el 80 % (69) a los intentos de suicidio, las personas con uno o dos eventos previos el 3 % (2) se suicidaron y el 8 % (7) intentaron suicidarse.

(Ver en Anexos, Tabla No 3).

El uso de alcohol fue evidente en el 8 % (7) de los suicidios y 30 % (26) de los casos de intentos de suicidio, en personas sin evidencia de alcohol el 4 % (3) fue suicidios y el 58 % (50) intentos de suicidio. El uso de drogas se observó en el 2 % (2) de los casos de suicidio y en el 5 % (4) de los intentos de suicidio, en

personas sin evidencia de drogas, el 10 % (8) fueron suicidio y 83 % (72) fueron intentos de suicidio. (Ver en Anexos, Tabla No 4).

El 91.9% (79) de las lesiones auto inflingidas ocurrieron en la casa, de ellos el 8 % (7) se suicidaron y el 84 % (72) fue intentos de suicidio. EL 1 % (1) de los casos que ocurrieron en la calle fue suicidio y el 2% (2) intentos de suicidio, en el trabajo ocurren 2 (3 %) de suicidio, no se presentan intentos de suicidio en la calle, otros sitios donde ocurren intentos de suicidio fue en balneario y el parque. (1%) (Ver en Anexos, Tabla No 5).

La hora de ocurrencia de las lesiones autoinflingidas fueron: por la madrugada 6 % (5) suicidios y 15 % (13) intentos de suicidio, por la mañana el 1 % (1) fue suicidio y el 22 % (19) fue intento de suicidio, por la tarde el 2.5 % (2) fue suicidio y el 29 % (19) intentó suicidarse, por la noche 2.5 (2) se suicidaron y 29 % (25) intentaron suicidarse. (Ver en Anexos, Tabla No 6).

Métodos utilizados por los pacientes atendidos por lesiones autoinflingidas.

Dentro de los métodos utilizados están: fármacos, donde el 51 % de ellos fue intento de suicidio, los plaguicidas representan el 11 % (9) de suicidio y el 29% (25) intento de suicidio, arma de fuego el 1 % (1) fue suicidio, arma blanca 6% (5) intento de suicidio y ahorcamiento 2 % (2) de intentos de suicidio. (Ver en Anexos, Tabla No 7).

Los fármacos utilizados fueron: desconocidos 36 % (16), sedantes 23 % (10), analgésicos 14 % (6), anticonvulsivos 7% (3), antihistamínicos 7 % (3), anticonceptivos 6 % (2), otros (dinitrato de isosorbide, enalapril, antimicóticos) 7 % (4) intento de suicidio. (Ver en Anexos, Tabla No 8).

Los plaguicidas utilizados fueron: fosforo de aluminio (fosfinas) el 5 % (4) suicidios y 6 % (5) intento de suicidio, los órganos fosforados 3 % (3) suicidios y 7 % (6)

intento de suicidio, sustancias desconocidas 1 % (1) suicidio y 5 % (4) intento de suicidio, rodenticidas 1 % (1) suicidio y el 2 % (2) intento de suicidio, el uso de gramoxone representó el 8 % (7) intento de suicidio, tinta de sellador 1 % (1) intento de suicidio. (Ver en Anexos, Tabla No 9).

Abordaje de las lesiones autoinflingidas

El tiempo que tardaron los pacientes para llegar a la unidad de salud fue la siguiente: más de tres horas el 6 % (5) de los suicidios y el 27 % (23) intento de suicidio, dos horas 3.5 % (3) suicidios y 15 % (13) intento de suicidios, una hora 1% (1) suicidio y 25 % (22) intento de suicidios, 30 minutos 1 % (1) suicidio y 5 % (4) intento de suicidio, menos de 30 minutos el 16 % (14) fue intento de suicidio no se presentan suicidios en esta categoría. (Ver en Anexos, Tabla No 11).

El 71 % (61) de los casos fueron atendidos por el médico general, seguido por el 24 % (21) que fueron valorado por el especialista, el 1 % (1) fue atendido por el especialista según su problema y el 4 % (3) fue atendido por otros.. (Ver en Anexos, Tabla No 12).

El 100% (86) recibieron atención por el personal de enfermería. Y el 100 % de los casos fueron abordados sin protocolos de atención.

De las 86 lesiones autoinflingidas, el 100 % fue atendido en sala de emergencias, fallecieron 9 antes de ser hospitalizados (11 % mortalidad pre hospitalaria).El 44 % (38) se hospitalizaron y de estos uno falleció en sala de internamiento (2.6 % mortalidad hospitalaria por esta causa). El 41% (35) fue tratado y enviado a casa. El 1.2 % fue trasladado, el 1.2 % se fuga de emergencia y el 2 % abandonó el servicio de emergencia. (Ver en Anexos, Tabla No 13).

El 70 % (53) no se les brindó seguimiento, solamente el 30 % (23) recibió seguimiento, al 52 % (12) el seguimiento fue en el hospital y el 48 (11) se refirió

para su seguimiento al centro de Salud, el 74% (17) su seguimiento fue por el psicólogo y el 22 % (5) fue brindado por el psiquiatra. (Ver en Anexos, Tabla No 14).

El 88 % (76) su egreso fue vivo y el 12 % (10) egresan fallecidos. (Ver en Anexos, Tabla No 15).

X. ANALISIS DE RESULTADOS

En este estudio los adultos jóvenes son más afectados, coincidiendo con estudios realizados a nivel nacional donde se menciona mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes. (MINSA, 2003). La literatura menciona los suicidios como hechos aislados coincide con este estudio donde se observan intentos de suicidios en edades infantiles pero no suicidio. (Bobes, 1999)

El sexo femenino es el más afectado por este tipo de lesiones, las mujeres tiende hacia los intentos de suicidio y los hombres hacia los suicidios esto corresponde a estudios realizados donde se menciona que las tasas de suicidio son más frecuentes en varones y las mujeres tienden más a los intentos de suicidios (Bousoño, 1995 et al).

En este estudio se encontró mayor número de casos en el área urbana, coincide con la teoría que menciona que estas lesiones son más frecuentes en el área urbana, por el mayor numero de habitantes, sin embargo en el área rural mueren más que en el área urbana, esto tiene relación con el método, y las demoras en acudir a la unidad de salud.

Estudios mencionan que el suicidio es más frecuente en solteros, personas separadas y viudos(a) y que el matrimonio es un factor protector dado que se dan menos suicidios, sin embargo en este estudio se encontró que los solteros incurrieron en su mayoría al intento de suicidio y las personas acompañadas a los suicidios al analizar el estado civil con los factores observamos que los factores más frecuentes que inducen a las lesiones autoinfligidas son los conflictos familiares y de pareja hecho que explicaría el por que en este estudio las personas acompañadas se suicidan y los solteros quizás con problemas en el hogar incurren a los intentos de suicidio. (Bobes, 1994 et al)

Este estudio menciona que en la secundaria incompleta y en personas analfabetas ocurrió el mayor número de suicidios, los intentos de suicidios ocurren en personas independientemente de su escolaridad, el hecho que una persona con cierto nivel educativo incurra a estas lesiones, se explica cuando tiene necesidades insatisfechas, en este estudio observamos que a menor nivel educativo más lesiones autoinfligidas.

Los agricultores, amas de casas y comerciantes se suicidan con mayor frecuencia, sin embargo los estudiantes y las personas desempleadas recurren al intento suicidio, los estudios consultados mencionan que influye la accesibilidad al método, los agricultores, amas de casas y comerciantes tienen acceso a métodos más efectivos como los plaguicidas y en los desempleados interviene el tiempo de estar desempleado y en estudiantes interviene el querer llamar la atención. *(Anticona, 1999 et al)*

Los estudios consultados no mencionan la religión, como un factor que influye a las lesiones autoinfligidas, sin embargo en este estudios observamos que las personas que manifestaron no tener religión fueron las más afectadas en relación a las personas que mencionaron ser católicos y evangélicos, quizás lo que explica estos resultados es que la convivencia grupal, el hecho de pertenecer a un grupo social hace al individuo sentirse aceptado e integrado al medio social. *(Rojas, 1984)*

A nivel nacional se reportan tasas de lesiones autoinfligidas en ascenso cada año, en este estudio las tasas del año 2005 son mayores en relación al año 2006, sin embargo en el año 2005 son dos meses los que reportan las tasas mas altas (mayo, octubre) en el año 2006 son tres municipios (marzo, mayo, septiembre) a pesar que tenemos menos casos, se observa incremento en ciertos meses. Si observamos las tasa por municipio son cuatro municipios con tasas de suicidio (Santa Teresa, Jinotepe, Diriamba y San Marcos) el resto de municipios reportan tasas altas en intentos de suicidio, si relacionamos este comportamiento con lo

referente en teoría que las personas con antecedentes de intentos de suicidio tienen más riesgo del suicidio, podemos decir que si este comportamiento persiste en los próximos años, los municipios que no tienen suicidios hoy, posiblemente reporten en los próximos años. Según la clasificación que establece la OMS, Las tasa suicidio en este departamento se consideran bajas, dado que tenemos cifras por debajo de 5 x 100.000 habitantes. (*Diekstra y Gulbinat, 1993*). En intentos de suicidio no tenemos una clasificación establecida sin embargo, en este estudio observamos tasas altas.

En este estudio la presencia de un evento previo de intento de suicidio se relaciono con el suicidio dado que el mayor porcentaje de las personas que se suicidaron fue su segundo evento, esto corresponde al estudio de salud mental en Perú donde se encontró relación entre los suicidios repetidos con el intento (*H delgado – H noguchi 2003*).

Los conflictos de familia y de pareja son factores que inducen para que la persona incurra a la autolesión, esto corresponde con estudios donde los conflictos familiares y de Pareja se les consideran los estresores psicosociales más fuertemente vinculados con la conducta suicida. (*Delgado, 2004*)

En este estudio encontramos un alto porcentaje donde no se determino el factor y donde el porcentaje de suicidios fue alto. Lo que pone en evidencia que este sistema tiene debilidades al dejar un grupo alto sin conocer el factor.

Las enfermedades físicas, los trastornos psicológicos, problemas financieros y económicos no fueron factores determinantes para el suicidio pero si incidieron para que las personas intentaran el suicidio. Esto difiere con estudios post mortem donde se menciona que entre 25 % a 75 % de suicidios consumados padecían algún tipo de afección somática. Entre la patologías presentes mencionan SIDA, cáncer, enfermedades del SNC, cardiovasculares y otras. (*Anticon, 1999 et al*)

En este estudio encontramos relación entre el uso de alcohol y drogas psicoactivas, esto corresponde con estudios a nivel internacional donde mencionan que el riesgo de suicidio en alcohólicos es de 60 a 120 mayor en alcohólicos que en la población general (*Delgado, 2003*) y en EEUU la relación suicidio – alcohol varía de 28 a 53 %, en otros países como Australia el alcohol está involucrado en el 15 a 64 % de los intentos de suicidio. (*Martínez, 2005*)

En su mayoría estas lesiones ocurrieron en la casa, esto corresponde con estudios nacionales donde se menciona que la casa fue el sitio donde más se presentan los eventos. (*Rodríguez, 2004 et al*)

El método utilizado está relacionado con la disponibilidad y el acceso que se tenga, en este estudio observamos el uso de fármacos como el método más usado, entre ellos los sedantes, analgésicos y medicamentos desconocidos, según la literatura estos fármacos son ampliamente usados y no existe un control adecuado para su comercialización por lo tanto están accesibles, la dosis ingerida es fundamental para que se suicide o no, en este estudio a pesar de ser el método más usado no contribuyó a suicidios, esto se corresponde con estudios a nivel nacional donde los fármacos están como método más usado y con menos probabilidades de suicidio. (*Rodríguez, 2004 et al*).

Los plaguicidas se encuentran como el segundo método más usado, dentro de ellos los organofosforados y la fosfina, en este estudio fueron los responsables de suicidios, estas sustancias están disponibles en el área rural y a pesar que existen normas para su comercialización y uso no se cumplen, otro método usado y que fue letal en este estudio, es el uso de arma de fuego. Coincide con la teoría que menciona las armas de fuego como letales (*MINSA, 2002*)

En relación al abordaje de estas lesiones, existió demora para llegar a la unidad hospitalaria, El mayor tiempo que demoraron en acudir a la unidad de salud fue de

3 horas y el menor tiempo fue de 30 minutos, las comunidades más distantes a la unidad de salud es de 2 horas, sin embargo en este estudio tardaron 3 horas lo que contribuye a un abordaje tardío, por ende con menos probabilidades de manejo oportuno., el tiempo de espera en emergencia no fue posible de valorar por faltar este dato en el sistema de información de la unidad de salud donde se realiza el estudio.

El primer contacto que tiene el paciente es con el medico general y enfermería solamente un pequeño porcentaje recibió cuidados por la especialidad, esto no se corresponde con la teoría donde menciona el manejo médico inicial es por la especialidad.

La existencia de protocolo para el abordaje de urgencias es vital en todas las unidades de salud, sin embargo, no existe protocolo en la unidad de salud para el abordaje de estas urgencias.

El mayor numero de casos atendidos, fueron tratados y enviados a casa, lo que coincide con el mayor numero de casos de intentos suicidas, según las normas del MINSA recomienda que estos pacientes deben permanecer en observación dado que teóricamente se maneja que una vez que se da el primer intento existen probabilidades que ocurra un nuevo evento. *(MINSA, 2003)*

El 3.5 % abandonaron el servicio de emergencia sin aprobación de la institución. Esto deja un vacío para determinar el destino final del paciente.

El seguimiento por salud mental es importante en el abordaje posterior a la crisis, sin embargo en este estudio se encontró un alto porcentaje de casos a los que no se les brindo seguimiento. De los casos a los que se les brindo seguimiento, no fue posible determinar en la mitad de los casos si los pacientes acudieron o no al seguimiento dado que fueron remitidos a centro de salud de su municipio. Solamente el 50 % de los casos cuyo seguimiento fue en el hospital existe evidencia de dicho seguimiento. *(MINSA, 2003)*.

XI - CONCLUSIONES

1. La población más afectada fue de los 15 a 34 años, correspondiendo a los grupos de edades de los adolescentes y adultos jóvenes. Los suicidios son más frecuentes en personas del sexo masculino, adultos jóvenes, acompañados, del área rural, agricultores, en su mayoría no pertenecen a grupos religiosos. Los intentos de suicidio se presentan en adolescentes, mujeres, solteras, del área urbana y en su mayoría estudiantes.
2. Los factores presentes en la mayoría de los casos son conflictos de familia y de pareja, en menor frecuencia los problemas psicológicos, fracaso escolar y problemas financieros. El uso de alcohol y drogas se presentó en ambos eventos.
3. El método utilizado fue determinante para el evento, observándose el uso de organofosforados y armas de fuego en los casos de suicidio y fármacos en los casos de intentos de suicidio.
4. No existe protocolo de atención en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe para el abordaje de estas lesiones, incurriendo a incumplimiento de las normas del MINSA, seguimiento inadecuado y altos porcentajes de abandono.
5. Existen debilidades en el sistema de registro de las lesiones autoinfligidas, dado que no se llenaron todos los ítems y el personal encargado de recepcionar los datos no los completa.

X. RECOMENDACIONES

Al Sistema Local de Atención Integral en Salud “SILAIS”

1. Restablecer los equipos de salud mental de atención primaria y de segundo nivel de atención, a fin de dar respuesta ante el incremento de las lesiones autoinfligidas en este departamento.
2. Coordinar con el Ministerio de Educación, Policía Nacional y otras instituciones, campañas de prevención social en adolescentes y adultos jóvenes.

Al Hospital “Regional Santiago de Jinotepe”

- 1) Establecer un equipo multidisciplinario, para elaborar protocolos de atención, basados en las normas establecidas por el MINSA, para el abordaje de estas lesiones. Incluyendo medidas de prevención, diagnóstico y manejo de las lesiones autoinfligidas.
- 2) Mejorar la calidad de la información en el sistema de registro de vigilancia de lesiones, capacitando al personal médico en el llenado correcto de la hoja y personal de admisión en la captura de los datos.
- 3) Desarrollar en coordinación con la sub.-Dirección Docente, el equipo de dirección y los trabajadores, un Plan de Capacitación Permanente con contenidos basados en el abordaje de las lesiones autoinfligidas, dirigido a todo el personal hospitalario, con énfasis en la aplicación de medidas de prevención de factores de riesgo y que incluya el abordaje. Este plan debe incorporar metodologías y dinámicas educativas que consideren el aprendizaje basado en problemas mediante el uso de cintas o discos de

audio y videos, carteles alusivos, volantes, murales de los servicios, simulaciones, etc.

- 4) Participar activamente y apoyar todas las actividades de capacitación e implementación de estrategias en prevención de factores de riesgo y manejo de las lesiones autoinfligidas.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arlaes Nápoles L., Hernández Sorí G., Álvarez Concepción d., Cañizares García T., Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev. cubana Med Integr 1998, 14(2):122-6.
2. Anticona y col. Epidemiología de la conducta suicida en el Hospital Víctor Larco Herrera (1999).
3. Boletín epidemiológico, MINSA 2004. lesiones autoinflingidas en Nicaragua.
4. Bruce M.L Pearson JL. 1999, Designing an intervention to prevent suicide- PROSPECT (Prevention of suicide in primary care elderly: collaborative trial) Dialogues Clin Neurosis 1: 100-112.
5. Bobes JG; Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Masson. S. A. Barcelona. España. 1998, pág.5 – 11.
6. Duberstein PR et al.1997 Personality disorders and completed suicide- a methodological and conceptual review.Clin Psychology Sic Pact 4: 359-376.
7. Desjarlais R; Salud mental en el mundo (OPS 1997) Problemas y prioridades en poblaciones de bajo ingreso; suicidio Pág. 95 – 126.
8. Estadísticas vitales hospital Santiago Jinotepe, informe 2005 – 2006.
9. El Comportamiento Suicida Prof. Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero Correo Electrónico: serper.grm@infomed.sld.cu)l Suicidio, marzo 2003.
10. Angstrom G, Alling C, Blennow K, Regnell G, Traskman-Bendz L : Reduced cerebrospinal HVA concentrations and HVA/5-HIAA ratios in suicide attempters. Monoamine metabolites in 120 suicide attempters and 47 controls. Eur Neuropsychopharmacol 1999 Sep;9(5):399-405)

11. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, IESM H.Delgado-H.Noguchi Capítulo sobre Suicidio. 2002, Ed. Especial de Anales de Salud Mental, 2003, Lima-Perú.
12. Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana. IESM .H.Delgado-H.Noguchi, 2003, Ed. Especial de Anales de Salud Mental 2004,Lima Perú.
13. Herrera A; suicide behaviour and sexual abuse, among women and men 25 – 44 years old, Leon, Nicaragua, 1999.
14. García Pérez M., Peón Rodríguez M., Mirabal Hernández E., Barrientos del Llano G.: Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el municipio Santo Domingo. Medicentro 2002)
15. Guía de Ayuda Telefónica del Programa Prevención del Suicidio del IESM “HD-HN” (Teléfono 381-3695).
16. Instituto Especializado de Salud Mental H Delgado-H.Noguchi Oficina de Estadística e Informática, Programa de Prevención del Suicidio.Cifra de Suicidios 2002, Lima Perú.
17. Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC, OPS. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud 2002.
18. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE); VIII censo de población y IV de vivienda. Carazo. Nicaragua, 2005.
19. Lafete Trebejo LA: Comportamiento del suicidio en Ciudad de la Habana intervención de enfermería en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Enfermen 2000; 16(2):78-87.
20. Módulo metodológico de epidemiología y salud pública aplicada a Lesiones por violencia Dr. Rodolfo Pena PhD, Dr. Andrés Herrera Rodríguez MPH,

Lic. Julio Rocha MSP, Dr. Trinidad Caldera Psiquiatra PHD, Dr. Francisco Tercero Mph, Dra. Eliette Valladares MpH- Julio 2005.

21. MINSA, Protocolo Integral para la atención de la conducta Suicida, 2004. Cuaderno de Trabajo.
22. Ministerio de Salud, Nicaragua (2002), Intoxicaciones por plaguicidas y mordeduras por serpientes, Centro Nacional de Toxicología. Ed. Managua.
23. Martínez Alberto; Intentos de suicidios admitidos en el hospital de atención psicosocial, Dr. José Dolores Fletes. Managua, Nicaragua, agosto 2003 a diciembre 2005.
24. Martínez J; Factores asociados a los intentos de suicidios en pacientes atendidos en el Hospital Roberto Calderón. Managua. Nicaragua. Enero 2004 – Diciembre 2005.
25. Nordstrom P. et al 1995 Survival Analysis of suicide risk after attempted suicide. Act Psychiatry Scand 91: 336-340.
26. Pérez Barrero S. El suicidio. Comportamiento y prevención. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 1996).
27. Rodríguez Palacio Aracelys, Moreno Pérez Sammy, Vásquez Juárez Allan y Vanega Chávez Teresa, lesiones autoinflingidas en los cinco hospitales que forman el sistema nacional de vigilancia de lesiones, Enero 2003 a Marzo 2004)
28. Rihner Z. 1996 Strategies of suicide prevention: focus on health care. J.Affect Discord 39: 83-91.
29. Sistemas de Vigilancia Epidemiológica aplicados a la Violencia Doméstica - Dra. Eliette Valladares MpH- Julio 2005.

30. Sheidman E. Tratado de psiquiatría Suicidio. En fredman A. La Habana 1984; 3:1954.
31. Suicidio de jóvenes en Nicaragua, Rocha Nubia, Dávila Edelma, José Javier Vanega CIES, Managua, 1999.
32. Suicidio en Nicaragua, Dr. Carlos J Fletes González, Programa de Salud Mental - Ministerio de Salud de Nicaragua, 1900 – 2005.
33. Vásquez F. y cols. Análisis de la conducta suicida en el Perú año 2004. Cuaderno de trabajo. En prensa. IESM Delgado-H.Noguchi.
34. Vásquez F. Y cols. El Panorama de los suicidios en el Perú durante el año 2003. Programa de Prevención del Suicidio IESM H. Delgado- H. Noguchi, Lima. Perú.

ANEXOS

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo 1. Identificar las características socio demográficas de los casos registrados en el sistema de vigilancia de lesiones autoinfligidas

Variable	Definición operacional	Valores/ Escala
Edad	Periodo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte.	5 – 9 años. 10 – 14 años. 15 – 19 años. 20 – 34 años. 35 – 49 años. 50 – 59 años. 60 y más.
Sexo	Características sexuales fenotípicas de las personas	Masculino Femenino
Estado Civil	Condición de convivencia de la persona al momento del estudio.	Soltero Casado Acompañado Divorciado Viudo
Procedencia	Lugar donde habita la persona al momento del evento.	Urbano Rural

Ocupación	Actividad Laboral que tiene la persona al momento del estudio.	Agricultor. Albañil. Ama de casa. Comerciante. Estudiante. Mecánico. Desempleado. Otros
Religión	Creencias Espirituales que expresan las personas al momento del estudio.	Católica Evangélica Ninguna
Escolaridad	Numero en años de Estudio al momento de la encuesta	Analfabeto Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Estudios Superiores

Objetivo 2. Identificar los factores relacionados con la ocurrencia de los casos de lesiones autoinfligidas.

Variable	Definición operacional	Valores/Escala
Evento	Suceso que se presenta en el paciente	Suicidio Intento de Suicidio
Antecedentes del Evento	Numero de otros eventos que se presentaron antes del estudio	Primera vez Subsecuente.
Factores precipitantes	Causas que contribuyen al evento	Conflicto familiar Enfermedades físicas Problemas Psicológicos Problemas Financieros Problemas con la justicia. Muerte de un familiar Abuso sexual Abuso físico Problemas de pareja Fracaso escolar Embarazo no previsto
Fecha de ocurrencia	Día, mes y año que se presenta el evento	Según este consignado en el sistema de vigilancia de lesiones.
Hora de ocurrencia	Tiempo en que se produce el evento	Por la mañana Por la tarde. Por la noche.
Lugar de ocurrencia.	Sitio donde se produce el evento	Casa Centro de Estudio Calle Hotel/bar. Trabajo Otro Desconocido

Objetivo 3. Valorar los métodos utilizados por los pacientes atendidos por lesiones autoinfligidas.

Variable	Definición operacional	Valores/Escala
Mecanismo del evento.	Son los medios que utiliza la persona para realizar el evento	Arma de Fuego Arma blanca Ahorcamiento Tirarse al vacío Uso de fármacos Uso de Plaguicidas Otros
Fármacos usados	Sustancia farmacológica usada por la persona en el evento	Sedantes/Ansiolíticos Analgésicos Antihistamínicos Anticonvulsivante Anticonceptivos otros
Plaguicidas usados	Sustancias químicas que utiliza la persona en el evento	Fosfinas Gramoxone MTD 600 Malation Herbicidas Rodenticida Otros
Uso de drogas	Sustancia alucinógena usada que induce o estimula para que se presente el evento	Si No
Uso de Alcohol	Evidencia de haber ingerido sustancia alcohólica al momento de haber ocurrido el evento.	Si No

- **Objetivo 4.** conocer el abordaje brindado por el personal de salud a los pacientes atendidos por lesiones autoinflingidas.

Variable	Definición operacional	Valores/Escala
Hora que llega a la emergencia.	Tiempo en hora que llega el paciente a la unidad de salud	Antes del meridiano Después del meridiano
Demora en la atención.	Tiempo que transcurre desde que sucede el evento hasta que recibe atención por el personal de salud	15 minutos 30 minutos 1 hora 2 horas Mas de 3 horas
Persona que brinda la atención.	Personal medico y paramédico que brinda la atención al paciente	Medico Especialista Medico General Psicólogo Psiquiatra Enfermera Otros
Recibió cuidados de Enfermería.	Atención brindada por el personal de enfermería.	Si No
Existencia de protocolo en la unidad.	Planes escritos que definen para un entorno específico los procedimientos que deben seguir para identificar y responder a un problema de salud específico.	Si No
Destino final del paciente.	Lugar donde es enviado el paciente	Tratado y enviado a casa. Hospitalizado. Referido. Fuga. Abandono. Fallecido Vivo

Condición de egreso	Estado de paciente al momento de su egreso.	Fallecido Vivo
Persona que brinda el seguimiento.	Personal de salud que brinda el seguimiento.	Psiquiatra. Psicólogo. Otros.
Lugar del seguimiento.	Sitio donde se refiere al paciente para continuar sus valoraciones.	Centro de salud Hospital Ninguno



**EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LESIONES AUTOINFLIGIDAS
HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE
ENERO 2005 – DICIEMBRE 2006
INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**



I. Datos Generales del paciente.

Ficha No. _____ **Fecha del llenado de la ficha** ____/____/____/
Día Mes Año

Barrio/Comarca _____ Municipio _____

Dirección (donde vive el paciente) _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____/ Sexo: Masculino () Femenino ()
Día Mes Año

Estado Civil: Soltero () Casado () Acompañado () viudo (a) ().

Escolaridad: Analfabeto () Primaria Incompleto () Primaria completa ()
Secundaria Incompleta () Secundaria Completa () Est. Superiores. ()

Religión: Católico () Evangélico () Ninguna ().

Procedencia: Urbano () Rural ()

II. Datos Generales del evento (marque solo uno en cada variable) Marque una "X"

Evento: Suicidio () Intento suicida ()
El evento ocurrido es: Primera vez () Subsecuente ()

Fecha de ocurrencia: ____/____/____/ Hora de ocurrencia: AM.____PM.____
Día Mes Año

5. Lugar de ocurrencia:

1. ____ casa
2. ____ Lugar de estudio.
3. ____ Calle
4. ____ Hotel/ Bar.
5. ____ trabajo.

6. Mecanismo:

1. ____ Arma de fuego.
2. ____ Arma blanca
3. ____ Ahorcamiento.
4. ____ Tirarse al vacío.
5. ____ Uso fármacos Cual: _____
7. ____ Uso plaguicidas Cual _____
8. ____ No sabe.
9. Otros Especifique. _____

7. Bajo efecto de alcohol 1. ____ Si 2. ____ No

8. Bajo efecto de droga 1. ____ Si 2. ____ No

9. Factores precipitantes
1. Conflicto familiar
 2. Enfermedades físicas.
 3. Problemas psicológicos.
 4. Problemas financieros.
 5. problemas con la justicia.
 6. Muerte familiar.
 7. Abuso sexual o físico.
 8. Problemas de pareja / Novio.
 9. Fracaso escolar.
 10. Embarazo no previsto.
 - 11- Otros. Especifique. _____
 12. No se sabe.

III. Abordaje.

10. Hora de atención _____ Am / Pm.
12. Demora _____ Hr./ Min.
13. Atendido por: 1. Médico General.
 2. Médico Internista.
 3. Psiquiatra.
 4. Otros / especifique _____
15. Recibió atención de enfermería. 1 Sí 2 No
16. Existe Protocolo en el hospital para manejo de estos pacientes. 1 SÍ 2 NO
17. Destino final del paciente 1 tratado y enviado a casa.
 2 hospitalizado
 3 referido _____
 4 fuga.
 5 Abandono.
 6 fallece en Emergencia.
 7 Llega fallecido.
18. Condición de egreso. 1 Fallecido
 2 vivo.
22. Lugar de seguimiento. 1 Centro de salud 2 Hospital 3 ninguno.

OBSERVACIONES

Tabla 1. Lesiones autoinfligidas, según características socio demográficas. H.R.S.J. 2005 – 2006.

Características	Lesiones autoinfligidas			
	Suicidio		Intentos de suicidio	
	Nº	%	Nº	%
EDAD				
5 – 9 años	0	0	1	1
10 – 14 años	0	0	10	1
15 – 19 años	0	0	24	28
20 – 34 años	6	7	35	41
5 – 49 años	2	3	4	5
50 – 59 años	1	1	1	1
60 años y más	1	12	1	1
Total	10	100	76	88
SEXO				
Masculino	8	9	30	35
Femenino	2	3	46	53
Total	10	12	76	88
PROCEDENCIA				
Urbano	4	5	51	59
Rural	6	7	25	29
Total	10	12	76	88
ESTADO CIVIL				
Acompañado	9	10	32	37
Soltero	1	2	40	46
Casado	0	0	4	5
Total	10	12	76	88
ESCOLARIDAD				
Analfabeto	1	1	4	5
Primaria Incompleta	3	3	23	27
Primaria Completa	0	0	11	13
Secundaria Incompleta	6	8	35	40
Secundaria Completa	0	0	2	2
Estudios Superiores	0	0	1	1
Total	10	12	76	88
OCUPACION				
Agricultor	6	8	11	13
Comerciante	2	2	22	25
Desempleado	1	1	2	2
Ama de casa	1	1	6	8
Estudiantes	0	0	31	36
Albañil	0	0	2	2
Asistente	0	0	1	1
Mecánico	0	0	1	1
Total	10	12	76	88
RELIGION				
Ninguna	9	11	65	76
Católica	1	1	9	10
Evangélica	0	12	2	2
Total	10	12	76	88

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 2 Factores precipitantes en los casos de lesiones autoinfligidas, Hospital Regional Santiago de Jinotepe. 2005 – 2006.

Factores precipitantes	Lesiones autoinfligidas			
	Suicidio		Intentos de suicidio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Conflictos familiares	5	6	50	58
Problemas de pareja	3	3	12	14
No se sabe	2	2	6	7
Problemas psicológicos	0	0	2	2
Fracaso escolar	0	0	2	2
Problemas financieros	0	0	1	1
Problemas con la justicia	0	0	1	1
Enfermedades físicas	0	0	1	1
Otros	0	0	1	1
Total	10	12	76	88

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 3 Antecedentes previos de lesiones autoinfligidas, Hospital Regional Santiago de Jinotepe. 2005 – 2006.

Antecedentes	Lesiones autoinfligidas			
	Suicidio		Intentos de suicidio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primera vez	8	9	69	80
Subsecuente	2	3	7	8
Total	10	12	76	88

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 4 uso de alcohol y drogas de los casos atendidos por lesiones autoinfligidas, Hospital Regional Santiago de Jinotepe. 2005 – 2006.

Uso de alcohol	Lesiones autoinfligidas			
	Suicidio		Intentos de suicidio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	7	8	26	30
No	3	4	50	58
Total	10	12	76	88
Uso de Drogas				
Si	2	2	4	5
No	8	10	72	83
Total	10	12	76	88

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 5 Lesiones autoinfligidas, según lugar de ocurrencia Hospital Regional Santiago de Jinotepe. 2005 – 2006.

Lugar de ocurrencia	Lesiones autoinfligidas			
	Suicidio		Intentos de suicidio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Casa	7	8	72	84
Calle	1	1	2	2
Trabajo	2	3	0	0
Balneario	0	0	1	1
Parque	0	0	1	1
Total	10	100	76	88

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 6 Lesiones autoinfligidas, según hora de ocurrencia Hospital Regional Santiago de Jinotepe. 2005 – 2006.

Ocurrencia	Lesiones autoinfligidas			
	Suicidio		Intentos de suicidio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Madrugada	5	6	13	15
Mañana	1	1	19	22
Tarde	2	2.5	19	22
Noche	2	2.5	25	29
Total	10	12	76	88

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 7 Lesiones autoinfligidas, Método utilizado Hospital Regional Santiago de Jinotepe. 2005 – 2006.

Método	Lesiones autoinfligidas			
	Suicidio		Intentos de suicidio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Fármacos	0	0	44	51
Plaguicidas	9	11	25	29
Arma de fuego	1	1	0	0
Arma Blanca	0	0	5	6
Ahorcamiento	0	0	2	2
Total	10	12	76	88

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 8 Lesiones autoinfligidas, según fármacos usados, Hospital Regional Santiago de Jinotepe. 2005 – 2006.

Fármacos	Frecuencia	Porcentaje
Desconocidos	16	36
Sedantes	10	23
Analgésicos	6	14
Anticonvulsivos	3	7
Antihistamínicos	3	7
Anticonceptivos	2	6
Otros	4	7
Total	44	100

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 9 Lesiones autoinfligidas, según plaguicidas usados Hospital Regional Santiago de Jinotepe. 2005 – 2006.

plaguicidas	Lesiones autoinfligidas			
	Suicidio		Intentos de suicidio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Órgano fosforado	3	3	6	7
Fosfinas	4	5	5	6
Sustancias desconocidas	1	1	4	5
Rodenticidas	1	1	2	2
Gramoxone (Bipiridilo)	0	0	7	8
Tinta de sellador	0	0	1	1
Total	9	11	25	29

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 10 Lesiones autoinfligidas, según método y sexo, HRSJ. 2005 – 2006.

Método	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Fármacos	9	10	35	41
Plaguicidas	23	27	11	13
Arma de	1	1	0	0
Arma Blanca	3	4	2	2
Ahorcamiento	2	2	0	0
Total	38	44	48	56

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 11 Demora en acudir a la unidad de salud por los casos de lesiones autoinfligidas en el HRSJ de Enero 2005 - Diciembre 2006.

Demoras en acudir a la	Lesiones autoinfligidas			
	Suicidio		Intentos de suicidio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Menos de 30 minutos	0	0	14	16
30 Minutos	1	1	4	5
Una Hora	1	1	22	25
Dos Horas	3	3.5	13	15
Tres Horas y más	5	6	23	27
Total	10	12	76	88

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 12. Personal médico que brindo la atención inicial al paciente atendidas por lesiones autoinfligidas en el HRSJ, Enero 2005 – Diciembre 2006.

Atendido	Frecuencia	Porcentaje
Médico General	61	71
Internista	21	24
Especialidad según el problema	1	1
Otros	3	4
Total	86	100

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 13. Nivel de atención de los casos de lesiones autoinfligidas en el HRSJ de Enero 2005 - Diciembre 2006.

Destino Final del Paciente	Frecuencia	Porcentaje
Tratado y enviado a casa	35	41
Hospitalizado	37	43
Fallece en Emergencia	9	11
Fallece en sala de internamiento	1	1
Abandono	2	2
Referido	1	1
Fuga	1	1
Total	86	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 14. Seguimiento de las personas atendidas por lesiones autoinfligidas en el HRSJ, Enero 2005 – Diciembre 2006.

Seguimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	53	70
No	23	30
total	76	100
Lugar		
Hospital	12	52
Centro de Salud	11	48
Total	23	100
Persona que brinda el seguimiento		
Psicólogo	17	74
Psiquiatra	5	22
Otros	1	4
Total	23	100

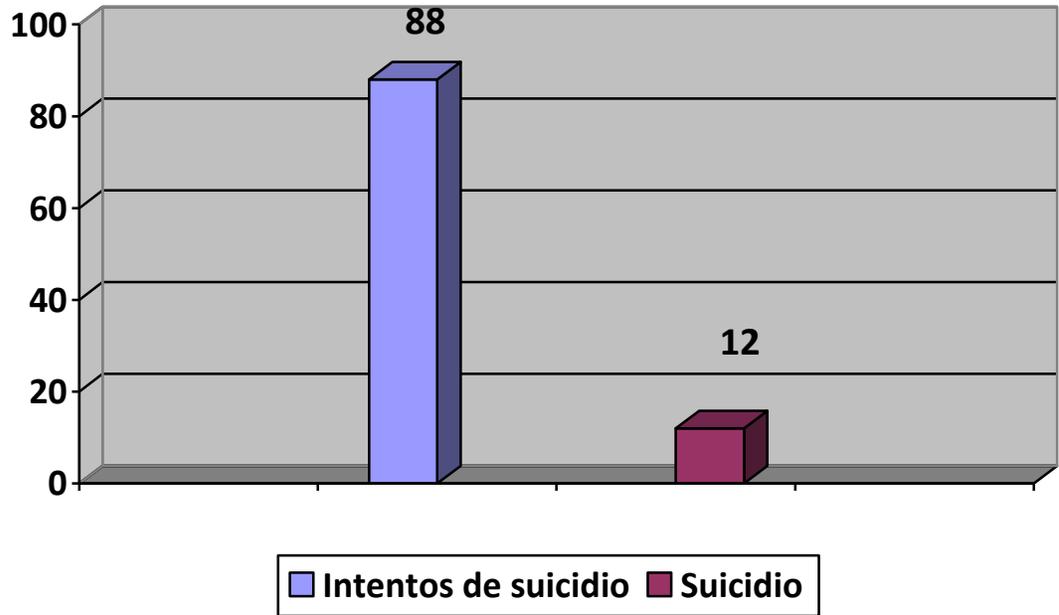
Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Tabla 15. Condición de Egresos de los casos de lesiones autoinfligidas en el HRSJ de Enero 2005 - Diciembre 2006.

Egreso	Frecuencia	Porcentaje
Vivo	76	88.3
Fallecido	10	11.7
Total	86	100

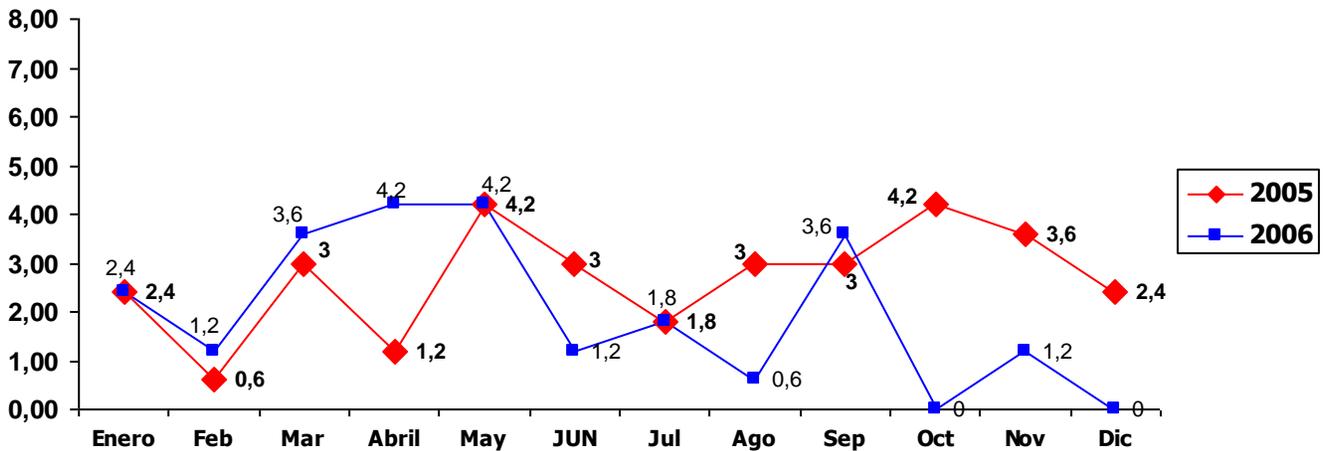
Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Grafico 1. Lesiones autoinfligidas, según eventos Hospital Regional Santiago de Jinotepe. 2005 – 2006.



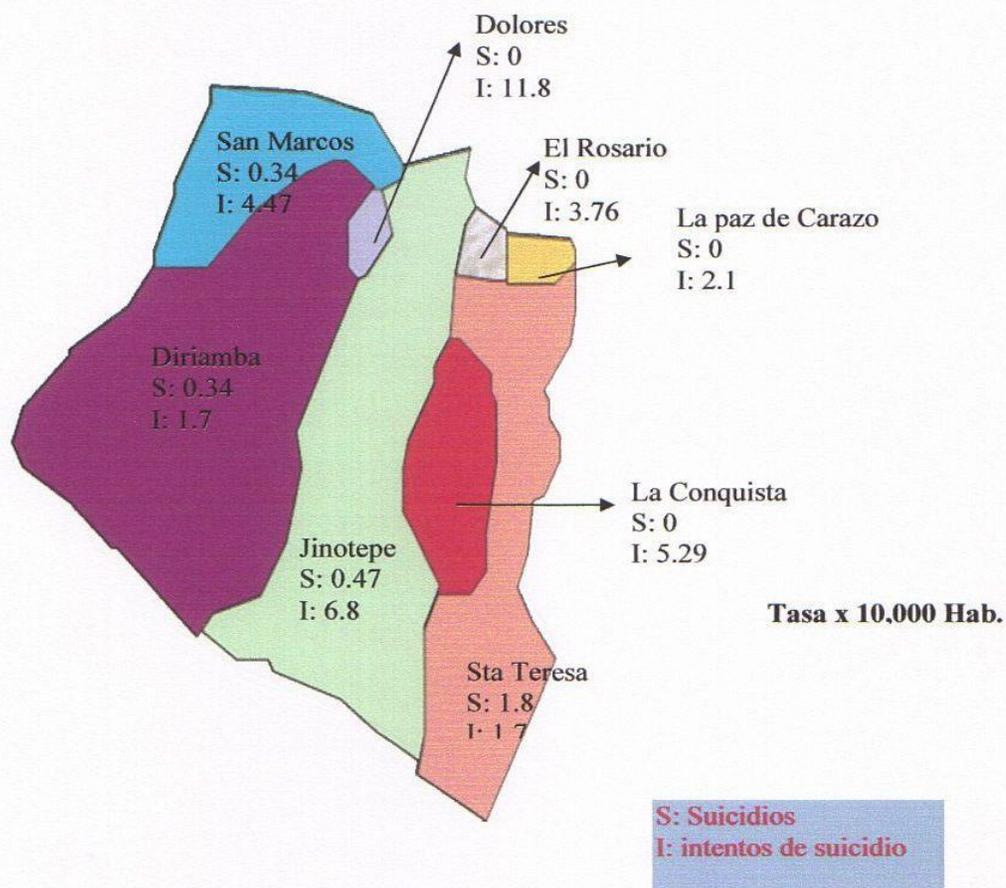
Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

Gráfico 2 Tasas de lesiones autoinfligidas por meses. HRS Jinotepe enero 2005 – Diciembre 2006.



Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones

**Gráfico 3 Tasas de lesiones autoinfligidas por municipio HRSJ
Enero 2005 – Diciembre 2006.**



Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones