



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA



T-213
WM 401
N238
2003

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE LA SALUD
CIES-UNAN

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
2000-2002

COMPORTAMIENTO SUICIDA Y GÉNERO EN PACIENTES DE 15 A 44 AÑOS
HOSPITAL "LENÍN FONSECA" EN EL PERÍODO
AGOSTO 2001- ABRIL 2002

INFORME DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
Master en Salud Pública.

AUTORAS:

SILVIA DEL CARMEN NARVÁEZ FLORES
ALMA FABIOLA MORALES SALINAS

TUTORA:

MARTHA A. GONZÁLEZ MONCADA
MD. MSc. EPIDEMIOLOGÍA, PhD.

ASESOR:

ANDRÉS HERRERA, MD, MPH

Rhona Lila Pastora

[Handwritten signatures]

T
213
WM
401
N238
2003

MANAGUA, NICARAGUA, C.A.
Diciembre 2003

DEDICATORIA

A mis padres Gerardo y Alejandrina quienes me enseñaron el amor al estudio y la disciplina para alcanzar mis metas personales y profesionales.

A mis hijos Juan Carlos y Antonio Javier, quienes tuvieron que soportar mis ausencias de los fines de semanas asumiendo con responsabilidad las tareas domésticas de esos días y que siempre me dieron aliento para continuar.

A mi amiga y hermana Lea Guido, actual Representante de OPS/OMS en Haití, de quien he aprendido los caminos del Género, del compromiso con las mujeres y la salud y quien me instó y motivó en el estudio de la Salud Pública

Silvia

AGRADECIMIENTO

A los Doctores Patricio Rojas y Philippe Lamy, Representantes de la OPS/OMS en Nicaragua durante mi periodo de estudio de la Maestría, por su apoyo, comprensión y paciencia a mis ausencias de los viernes y a mis colegas de OPS/OMS que asumieron con solidaridad mis tareas en esos días, a todos mi agradecimiento por permitirme coronar este esfuerzo.

A los doctores Martha Gonzáles y Andrés Herrera por sus conocimientos, tiempo y dedicación a este trabajo.

Al personal de salud del hospital Antonio Lenín Fonseca quien nos apoyo en la recolección de la información .

Silvia

DEDICATORIA

A mis padres Joaquín y Carmen con amor, por su apoyo incondicional en las diferentes etapas de mi vida y por haberme enseñados los valores más importantes de la vida paciencia, humildad y saber amar .

A mis hermanos que siempre me brindaron su afecto y confianza.

A mi amigo Carlos Aguilar que siempre me brindó su mano y me enseñó que solo a través de la disciplina y la perseverancia se logra alcanzar lo deseado.

A Diederich , quien ha complementado mi vida con amor, ilusión y alegría.

Alma Fabiola

AGRADECIMIENTO

A los Doctores Martha González y Andrés Herrera por su tiempo, dedicación y aporte profesional en el transcurso de la elaboración y culminación de este trabajo.

Y a todas las personas que me apoyaron en las diferentes etapas de realización de esta investigación ,

Gracias,

Alma Fabiola

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de identificar los principales factores socio demográficos relacionados a la conducta suicida de hombres y mujeres así mismo conocer los factores precipitantes y métodos utilizados en el intento suicida destacando sus diferencias con respecto al género. El universo estuvo constituido por todos los pacientes que ingresaron con intento suicidios que en el Hospital Antonio Lennin Fonseca en el período de agosto 2001 a abril 2002. La muestra estuvo conformada por el mismo número de pacientes del universo.

Los resultados obtenidos demostraron que el sexo femenino predominó en un 62% de pacientes ingresados, en su mayoría pertenecientes al grupo de Adolescentes 69% y Adultos jóvenes 59%.

La distribución por género mostró que el nivel educativo encontrado en las mujeres fue de 65% cursando secundaria y 54% primaria, en los hombres 46% cursaba primaria y 35% secundaria, en el grupo de profesionales se encontró que el 75% eran mujeres.

El 49% de los pacientes residían en áreas urbana, un 32% en urbana marginal y solo el 19% provenían de áreas rurales.

La condición laboral de los pacientes con intentos suicidas fue de 20 % empleo informal, desempleado 27.5% y estudiantes el 30% , en la distribución por sexo se encontró que los varones el 32.3% con empleo formal y 29% empleo informal , las mujeres el 36.7% estaban desempleada y el 32.7 eran estudiantes.

El estado civil que predominó en los paciente de los casos de intento de suicidio estudiados solteros con 62% y solo el 21% estaban casados. En los hombres el 65.5% eran solteros y en las mujeres el 60.4% de las mujeres eran solteras

El 80% de los casos no tuvieron hijos, el 93.3% de los hombres y el 73.1% de las mujeres.

El lugar más frecuentes para los intentos suicidio fue en un 96.4% la casa, predominando este lugar en ambos sexos.

El método más utilizado para intentar quitarse la vida fue medicamentos en un 52 %, venenos en un 36% ,armas de fuego con un 5%.

En las mujeres el método mas común fueron la sobre dosis de medicamentos en un 66.7% y en los varones el envenenamiento con el 45.2%; se destacó la diferencia de método en el grupo de adultos maduros donde solo se encontraron varones con intento el método más común fue el envenenamiento y el uso de arma de fuego en la mitad respectivamente.

Los factores precipitantes según el género fueron para las mujeres principalmente los conflictos familiares en un 85.2% y para los varones en un 32.3%. En las mujeres adultas jóvenes se encontró que el 78.8% obedece a conflictos familiares y en los adultos jóvenes varones el 35% se les registró dichos conflictos y en el 35% a problemas psicológicos. En el grupo de adulto maduro varón los factores precipitantes obedecen 50 % a enfermedades físicas y 50% el factor es desconocido. En el 90% de los casos mujeres y hombres la hospitalización y el tratamiento médico fue la opción terapéutica más usada.

Los antecedentes clínicos se encontraron en un 54% en categoría de otros, los trastornos psicológicos son antecedentes que prevalecieron en el 23% ,seguido de 10.6% las enfermedades crónicas.

INDICE

	Páginas
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
V. OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	10
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	22
VIII. RESULTADOS.....	27
IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	30
X. CONCLUSIONES	36
XI. RECOMENDACIONES	38
XII. BIBLIOGRAFÍA	40

I. Introducción

El comportamiento suicida representa un reto para los trabajadores de la salud y de los formuladores de políticas públicas en el mundo. El suicidio y el intento de suicidio, especialmente en personas jóvenes, son en todos los países del mundo un problema de Salud Pública que requiere solución urgente. Dentro del grupo de las lesiones los suicidios a nivel mundial, ocupan el primer lugar como causa de muerte, superando a los accidentes de tránsito. En el año 2,000 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 14.5 por 100.000 habitantes. En todos los países el suicidio es mayor en hombres que en mujeres a excepción de China y la India, donde predomina el sexo femenino¹.

En Europa se producen más de 700.000 intentos de suicidio al año, y el suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre los jóvenes europeos. Austria, Bélgica, Francia, Dinamarca y Finlandia presentan los mayores índices de suicidio, entre 30 y 40 por 100.000 habitantes al año; estos índices son inferiores a los que se dan en los países de Europa del Este. Desde 1970 el suicidio aumenta especialmente en el grupo de edad de 15 a 24 años; en Francia son unos 12.000 suicidios al año. El alcoholismo y la drogadicción tienen su implicancia en este fenómeno, pero tanto uno como otro son efectos^{2,3}.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Las estadísticas de muertes por suicidio han aumentado en todo el mundo, según lo refiere la OMS, las causas abarcan una amplia gama de motivaciones humanas, entre las cuales cabe mencionar la depresión, la abulia, la pérdida del sentido de la vida y la creencia que la muerte servirá de castigo a otra persona.

Se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815,000 personas, es decir, aproximadamente una cada 40 segundos, lo que convierte al suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo. En el mundo se producen una media de

¹ Krug E. Injury: A leading cause of de global burden of disease.

² Suicidio en Europa.

³ Reducing Suicide: a national imperative/SK.

tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino, proporción que también varía mucho entre los distintos países. Por lo general, las mujeres tienen más pensamientos suicidas que los hombres. Aproximadamente el 10% de las personas que intentan suicidarse termina por quitarse la vida, y una proporción mayor de ellos albergan pensamientos suicidas pero nunca intentan matarse.

En América Latina los sistemas de información están poco desarrollados para este aspecto y sólo se cuenta con estadísticas de algunos países como Argentina que en el año 1997 registró tasas de suicidio en hombres de 8.45 y en mujeres 2.77; en Brasil la tasa de suicidio en hombres fue de 7.72 y para mujeres 2.12; en Chile hombres 9.97 y mujeres 1.64; en Colombia hombres 5.50 y mujeres 1.94 y Venezuela hombres 8.13, mujeres 1.83 por 100.000 habitantes respectivamente. República Dominicana registró en 1998 tasas de suicidio en hombres de 3.09 y mujeres 1.44; en Ecuador la tasa en hombres fue de 6.49 y en mujeres 4.0; en México en los años 1998-1999 se registró tasas para hombres de 6.65 y 6.93 y para mujeres 1.23 y 1.26 respectivamente. El Salvador en ese mismo período registró tasas elevadas de suicidio correspondiendo a hombres 10.93 y 12.9 y para mujeres 9.50 y 10.18, por 100.000 habitantes⁴.

El suicidio como forma de muerte ha acompañado al ser humano casi desde sus comienzos y a través de las diferentes épocas y culturas.

Indudablemente, quitarse la vida por diferentes causas representa un acto en el que participa sólo el autor, la repercusión social va más allá de sus propias motivaciones, ya que impacta en su núcleo familiar y social.

Algunas enfermedades como la epidemia del VIH/SIDA ha sido, entre otras enfermedades terminales, factores que han favorecido la práctica del suicidio. Nicaragua, tiene una historia llena de guerras y conflictos, desastres naturales, migraciones hacia el exterior y migraciones hacia el interior del país, lo que significa que en ambas situaciones las personas emigrantes sufre de desvinculación de lo que ha

⁴ PAHO/WHO Technical Information System (TIS) 2 enero 2003.

sido suyo, (del desapego de lo que ha sido suyo), no sólo en términos materiales, sino de identidad propia, de pertenencia, de asideros emocionales, para insertarse en un medio que le es totalmente ajeno, y es aquí, donde comienzan a nacer los conflictos de identidad aunados a otros tan igualmente graves como la falta de un medio de subsistencia, la pobreza, la falta de educación, el poco acceso a los servicios básicos entre otros y las carencias de tantas cosas que el ser humano necesita para vivir y sobrevivir.

En un estudio realizado en León por Herrera, Dahlblom y Dahlgren sobre la conducta suicida de Adolescentes desde un enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas conducidas a ocho adolescentes mujeres en el hospital de León donde se logró identificar un modelo exploratorio de la conducta suicida, destacándose cinco categorías: las condiciones estructurales, los eventos de la vida, la integración social, emociones y las acciones tomadas. El resultado más importante del estudio fue la relación directa entre las condiciones estructurales que rodean y viven las adolescentes y sus emociones frente a sus acciones tomadas en el intento suicida.

De acuerdo a los registros del Ministerio de Salud, el suicidio constituye un serio problema de salud pública (incremento del 300% en los últimos 10 años con incremento también de los suicidios en los menores de 14 años. Hay un aumento del consumo de alcohol y drogas que se relacionan con muertes prematuras, discapacidades (por accidentes, suicidios, etc.) y conductas violentas. Consecuentemente se van incrementando los costos sociales y sanitarios, por ejemplo en el Hospital Psiquiátrico el abuso de alcohol y drogas constituye el primer diagnóstico en los ingresos.

En el año 2000, el suicidio constituyó la undécima causa de muerte en la mortalidad en general y en el 2001 la décima causa de muerte. De acuerdo a datos del programa Nacional de Salud Mental cada día se suicidan en Nicaragua 0.98 individuos; más de la mitad de todos los suicidios ocurren en grupos de edades entre los quince y los treinta y cinco años, siendo el mayor grupo del 50% entre los menores de veinticinco años.

II. Antecedentes

En la literatura el suicidio y los intentos suicidas tienen como factores de riesgo factores biológicos como la serotonina, las relacionadas a la cultura, clase social, nivel de educación, tipos de familia, proceso de socialización entre otros, factores ligados a construcciones sociales que van incidiendo positiva o negativamente en la formación de la personalidad de un individuo. Por ejemplo, se han relacionado varias fuerzas sociales importantes con el suicidio, entre ellas la violencia doméstica, el abuso sexual, el desempleo, el sentimiento de falta de sentido de la vida.

Todos los factores están íntimamente ligados a la construcción de lo masculino y lo femenino en una cultura determinada, por ello el género debe ser tomado en cuenta como un elemento más que permita comprender desde la subjetividad de ser hombre o mujer la complejidad del problema y mejorar las formas de abordaje, a fin de prevenirlo y tratarlo de forma diferenciada, porque diferentes son sus motivaciones e intereses, no por razones de biológicas solamente sino por factores sociales.

Si partimos diciendo que género se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente, se considera que el enfoque de debe ser tomado en cuenta como una herramienta de análisis y abordaje que ayudaría a comprender desde otra perspectiva, las causas, motivos, factores e incluso los métodos adoptados para infligirse las lesiones, según sea hombre o mujer, y en ellos buscar las diferencias, con el objetivo de mejorar los abordajes preventivos y de atención.

Se han hecho algunos estudios en Europa, Estados Unidos y muy pocos en América Latina y Centroamérica que trate de analizar el intento suicida desde la perspectiva de género, pero si existen datos desagregados por sexo que indica las mujeres lo intentan tres veces más que los hombres en cambio los hombres son quienes lo logran, en cuanto el método hay información de que las mujeres están más relacionadas a

envenenamiento e intoxicaciones e cambio los hombres utilizan métodos más letales. En Nicaragua hasta hace unos ocho años el Ministerio de Salud ha venido incorporando el análisis de género a los problemas de salud particularmente los mayores avances sea han dado principalmente en la prevención y atención a personas víctimas de violencia basada en género, sin embargo no se ha logrado avanzar en la utilización del enfoque de género en otros problemas de salud mental como es la conducta suicida. Si embargo se realizó un estudio en el Hospital Escuelas Oscar Danilo Rosales que indico diferencias por razones de género en cuanto a edad, factores precipitantes y métodos utilizados.

El programa nacional de salud mental del Ministerio de Salud de Nicaragua en el 2000 definió que el suicidio y la conducta de intento suicida será una área prioritaria para la prevención, atención y recuperación, para lo cual se han elaborado normas para el abordaje de la conducta suicida, se han desarrollados procesos de capacitación dirigido al personal de salud mental y en algunos SILAIS como Chinandega y León se han desarrollados planes intersectoriales para la prevención del suicidio en Adolescentes y jóvenes.

III. Justificación

El suicidio tal vez sea la aflicción humana más difícil de comprender en la sociedad, pero a la vez la que más necesita de discusión y búsqueda de mecanismos de solución, no sólo por el impacto emocional y económico, en muchos casos, para las familias que lo sufren, sino también en términos de pérdidas de personas para la sociedad, ya que se privan de vivir en plena edad productiva

Según registros del programa de Salud Mental del MINSA en Nicaragua en el año 1999, hubo un registro de 215 casos en hombres y 93 casos en mujeres en los diecisiete Sistemas Locales para la Atención Integral (SILAIS). Los departamentos que en ambos casos tuvieron mayor aporte fueron Managua, Matagalpa, Chinandega, León y Jinotega con 60 casos de hombres entre 14 a 50 años y más. Con relación a las mujeres, los mayores registros están en Chinandega, Managua y Matagalpa en los mismos rangos de edad.

Este incremento de las cifras de muertes por suicidio puede alentar el hecho de que sólo se esté viendo la punta del témpano y que el fenómeno sea de mayor magnitud. Se hace pues necesario caracterizarlo y estudiarlo a fin de prevenirlo. ¿Qué pasa con los pacientes que llegan con lesiones auto inflingidas y no son registrados como tales? ¿Y dónde se registran los que sobreviven?

Sobre la base de esto el Ministerio de Salud con el apoyo técnico y financiero del CDC de Atlanta y la OPS/OMS iniciaron en marzo del 2001 un proyecto sobre Vigilancia de lesiones por causas violentas, incluyendo las lesiones auto inflingidas a fin de obtener datos que permitan el estudio del comportamiento del problema, su caracterización, trascendencia y magnitud y desarrollar algunas medidas preventivas.

Dado los pocos estudios sobre la conducta suicida relacionada con la construcción social de lo masculino y lo femenino, éste pretende contribuir incorporando una nueva

herramienta para su análisis: el enfoque de género, que puede dar luces para una nueva lectura del problema.

Los resultados del estudio contribuirán al mejoramiento del Sistema de Vigilancia de lesiones del Hospital, a sensibilizar tanto al personal tomador de decisión del hospital y al personal en general. Brindarles nuevas herramientas de trabajo para desarrollar capacidades y habilidades para su vigilancia y atención.

En relación al Ministerio de Salud, puede contribuir con una visión más integral del problema y aportar a los debates en espacios de universidades, trabajadores de la salud y gremios profesionales de salud mental que les lleve a reflexiones y toma de decisiones sobre este grave problema. Y finalmente generar aportes para una política intersectorial en Salud Mental que incorpore la visión de género.

IV. Planteamiento del Problema

¿ Influye la construcción social del género en el comportamiento del intento suicida en los pacientes entre 15 y 44 años atendidos por lesiones auto inflingidas en la emergencia del Hospital "Lenín Fonseca" en el período de agosto, 2001- abril, 2002?

V. Objetivos

5.1 Objetivo General

Identificar las principales diferencias de género relacionados a la conducta suicida de hombres y mujeres que acudieron con lesiones auto inflingidas a la emergencia del Hospital Lenín Fonseca en el período de agosto del 2001 a abril del 2002.

5.2 Objetivos Específicos

1. Identificar los aspectos sociales de la conducta suicida de hombres y mujeres que ingresaron con diagnóstico de lesiones auto inflingida en el Hospital Lenín Fonseca.
2. Conocer los factores precipitantes y métodos utilizados en el intento suicida por los (as) pacientes que fueron atendidos e ingresados en el Hospital Lenin Fonseca.
3. Valorar el manejo de los y las pacientes atendidos en la emergencia por lesiones auto inflingidas en el período de estudio.

VI. Marco de Referencia

El Informe Mundial sobre Violencia y Salud del 2002 de la Organización Mundial de la Salud plantea: "...que una de las razones por las que apenas se ha considerado a la violencia como una cuestión de salud pública es debido a la falta de una definición clara del problema". "La violencia es un fenómeno difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación. La noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de que lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan".

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como:

"El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones".

Este mismo Informe divide la violencia en tres categorías:

- Violencia dirigida contra uno mismo
- Violencia interpersonal y
- Violencia colectiva

6.1 Definición de términos relacionados al suicidio

Comportamiento suicida

La violencia contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las auto lesiones como la auto mutilación. El comportamiento suicida va desde el pensamiento de quitarse la vida al planeamiento de matarse y la consumación del acto. Muchas personas que tienen pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas, e incluso las que intentan suicidarse pueden no tener la intención de morir.

Suicidio

Durkeim, citado en el documento Salud Mental en el Mundo define el suicidio como "toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado." Otros autores como *Hendin* en 1965 y *Menninger* en 1972, cuestionaron la definición de *Durkeim* ya que los datos clínicos descubrían que la intencionalidad de la conducta de los suicidas no siempre era la de matarse, y a veces ni siquiera de hacerse daño.

Otras intencionalidades para los actos suicidas son las de obtener de otros lo que no han podido obtener por otros medios, como el chantaje, demandar atención ante una situación vivida como desesperada, escapar ante un peligro real o irreal.

La epidemiología del suicidio ha aportado datos interesantes tales como que las características y circunstancias de la mayoría de los que sobrevivían a un acto suicida no se correspondían con los que fallecían, resultando ser poblaciones muy diferentes desde el punto de vista psiquiátrico como demográfico. (*Stengel, 1980*).

Con el objetivo de unificar la terminología la Organización Mundial de la Salud en 1969 propuso las siguientes definiciones:

1. Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
2. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.
3. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

El acto suicida no es más que un punto de todo un proceso, la culminación de toda una serie de actos encadenados, llevados a cabo en función de una idea de la persona de su intencionalidad suicida.

Shneidan, citado por *Jorge Díaz Suárez* en *Concepto y Clasificación de las conductas suicidas* (1998) describe de manera cognitiva: "los sujetos para llevar a cabo un acto

suicida desarrollan una lógica suicida". Las entrevistas realizadas a individuos que sobrevivieron a actos suicidas muy letales, describen que antes del acto suicida "se encontraban bajo la urgente necesidad de acabar con una vivencia insoportable de dolor psicológico que experimentaban".

El suicidio como fenómeno humano ha sido estudiado por especialistas de todas las áreas del conocimiento y cada una de ellas intenta dar una interpretación segmentada de lo que puede ser un origen multifactorial.

Es en el siglo XIX cuando se elaboraron las primeras teorías que intentaron explicar de forma científica esta desconcertante conducta. Tres son los enfoques teóricos surgidos: patológica, sociológica y psicoanalítica. Actualmente los modelos multidimensionales han venido a sustituir los anteriores modelos que partían de un enfoque reduccionista

6.2 Factores o causas del suicidio

El comportamiento suicida tiene gran número de causas; los factores que ponen a los individuos en riesgo de cometer suicidio son complejos y se influyen mutuamente. La identificación de estos factores son importantes para poder prevenirlos.

La consideración de estudios clínicos apoyan la existencia de una asociación entre la alteración del sistema serotoninérgico y la manifestación de conducta suicida, sin embargo aún queda por resolver cuál es el significado exacto de dicha asociación.

Existen varios factores determinantes del suicidio relacionados con la sicopatología o con procesos sociales. Entre los factores psiquiátricos y psicológicos se encuentran la depresión, los trastornos bipolares, esquizofrenia, ansiedad y trastornos de la conducta y la personalidad, impulsividad y sensación de desesperanza.

"Está ampliamente estudiado que la depresión es una causa directamente asociada al suicidio o al intento suicida. En el caso de los trastornos afectivos," el desajuste

fundamental es un cambio en el humor o afectividad, usualmente bajo la forma de depresión o euforia”⁵.

La depresión, es un trastorno del humor que puede manifestarse como un episodio único en la vida, como varios episodios que se repiten, que es lo más común, o como parte de ciclos en los que se alternan con cuadros maniacos (trastorno bipolar. “Los pacientes experimentan física y emocionalmente las manifestaciones de la intensa angustia que los aflige, la enfermedad menoscaba su capacidad funcional en el seno de la familia, en el trabajo y la sociedad. La peor consecuencia de la depresión es el suicidio”⁶.

Las características de la depresión son “estado de profunda tristeza, falta de satisfacción en las actividades de la vida diaria, cambio de peso, trastornos del sueño, fatiga, sentimientos de culpa y minusvalía y disminución de la capacidad de concentración, estado de indecisión y cambios en la actividad motora (retardo o agitación)”⁷

De acuerdo al Informe Mundial de Violencia y Salud de la OMS, “la depresión es el trastorno que más a menudo se asocia con el suicidio. La ansiedad, una potente fuerza impulsora en el proceso del suicidio, está estrechamente entrelazada con la depresión y los dos trastornos son a veces indistinguibles. Los estudios han revelado que hasta el 80% de las personas que se suicidaron tenían varios síntomas depresivos”.

El informe continúa diciendo que...”las personas de todas las edades pueden sufrir depresión. Sin embargo, a menudo es difícil detectar la depresión en los hombres, que por lo común, en todo, caso, buscan ayuda médica con menos frecuencia que las mujeres. La depresión en los hombres es a veces precedida por diversos tipos de maltratos y violencia, tanto fuera como dentro de la familia.”

⁵ Salud Mental en el Mundo. Cap. 2 Trastornos mentales y servicios psiquiátricos. OPS/OMS

⁶ Op.cit

⁷ Op.cit

En el caso de los niños y adolescentes la depresión suele ser diferente que la de los adultos. Hay mayor exteriorización: ausentismos escolar, calificaciones bajas, mal comportamiento, violencia y abuso de alcohol y drogas. El Informe mundial de la Violencia y salud al respecto plantea que “la negativa de comer y el comportamiento anoréxico se encuentran con frecuencia en combinación con la depresión en los jóvenes, en particular entre las muchachas, pero también en los varones. Estos trastornos graves de los hábitos alimentarios se asocian con mayor riesgo al suicidio”.

En lo psicopatológico también se encuentran aquellos cuyos diagnósticos evidenciaron abuso de sustancias, depresión o psicosis. De acuerdo a datos de estudios en Estados Unidos el riesgo de suicidio en personas que abusan del alcohol es de 60 a 120 veces mayor que en la población en general.

El riesgo a lo largo de la vida de cometer suicidio en las personas alcohólicas no es mucho menor que en las que presentan depresión. Hay sin embargo, muchas conexiones cercanas entre abuso de alcohol y la depresión, a menudo es difícil cuál de los dos es el trastorno principal. La psicopatología es importante en numerosos suicidios.

El documento de la OMS Salud Mental en el Mundo, dice que investigaciones clínicas indican que 90% o más de los suicidios habían diagnosticado o satisfacían retrospectivamente los criterios para un diagnóstico psiquiátrico, usualmente abuso de sustancias, depresión o psicosis.

En una revisión de los suicidios consumados en un año, realizada en registros en Finlandia se encontró que en el 93% de los casos se podía asignar un diagnóstico psiquiátrico, siendo los más predominantes los de depresión y alcoholismo.

Otros factores importantes están siendo asociados al suicidio o al intento suicida, son enfermedades terminales o situaciones abrumadoras. Así mismo, factores sociales han comenzado a estudiarse como factores causantes del problema en estudio, tales como la violencia doméstica y social, el desempleo, dificultades financieras, las protestas

políticas y sociales y el sentimiento de falta de sentido de la vida, aislamiento social, conflictos de pareja, sentimientos de culpa.

Por otro lado, estudios realizados en Estados Unidos y Europa, han confirmado el destacado papel que desempeñan las conductas suicidas en las familias como factor de riesgo suicida. Casi la mitad de los pacientes con historia familiar de suicidio realizan tentativas suicida, también se habla en estos estudios de la existencia de factores genéticos que influyen en la determinación de conductas suicidas. Sin embargo, se plantea la necesidad de mayores estudios que permitan profundizar estos aspectos.

6.3 Conducta suicida, edad y sexo

Entre las poblaciones de alto riesgo suicida se encuentran los adolescentes. En las últimas décadas se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas en jóvenes, de forma que se han convertido en la segunda o tercera causa de muerte de adolescente en la sociedad occidental. De acuerdo a casos estudiados en Argentina se ha encontrado que parte de las causas están en la ruptura de lazos sociales, crisis familiares y el incremento de la situación de soledad de los adolescentes.

Según estudio por la UNAN León (*Herrera y Caldera*) en tres años de seguimiento a los intentos de suicidio del Hospital Universitario de León, se encontró que más del 50% de los intentos corresponde a los adolescentes y que el 73% son menores de 24 años, notándose una diferencia en los grupos, por ejemplo, el grupo de edad de 10 a 14 años. El intento suicida se dio en una razón de 1 hombre por 9,5 mujeres y en el grupo de 15 a 24 años es de 1 hombre por 2,7 mujeres. Se observó que en el grupo de edad de 25 a 34 años y 45 a 54 años la proporción se invirtió con una relación de 1 hombre a 0.9 mujeres, 1 hombre a 0.8 mujeres en el segundo grupo.

También a medida que avanza la edad existe un mayor riesgo de suicidio, basados en sentimientos de soledad, aislamiento, enfermedades y depresión que viven las personas de la tercera edad. El Informe Mundial de Violencia y Salud, plantea que las

tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad en ambos sexos, “La tasa más elevada 44,9 por 100,000 se registró entre los hombres de 60 años o más: era dos veces más que las mujeres de la misma edad, 22,1 por 100,000. Sin embargo, en el grupo de entre 15 y 29 años la tasa masculina era de 15,6 por 100,000, frente al 12,2 por 100,000 de la femenina”.

Las tasas mundiales, continua el informe, “ocultan también amplias variaciones dentro de los propios países entre poblaciones urbana y rural, entre comunidades ricas y las pobres y entre los diversos grupos raciales y étnicos”

Algunos factores de riesgo que deben tenerse en cuenta: cuando la persona lo ha intentado antes, sobre todo cuando el problema que lo precipitó no se ha resuelto, la probabilidad de que lo intente de nuevo es altamente probable. La persona que habla de muerte, que tiene ideas fijas sobre la muerte, que se interesa en las formas de morir y en otros que se han quitado la vida; que empieza a despedirse, que regala sus cosas más queridas. Las personas que quieren suicidarse tienen un plan, es premeditado y sobre todo si tienen los medios, están en más peligro de lograrlo.

6.4 Género, factores precipitantes y el método

Otro factor de riesgo es ser hombre, las mujeres lo intentan más, pero los hombres lo logran más, esto ha sido demostrado en estudios. En el año 2000, el Programa de Salud Mental del MINSA, presentó datos estadísticos provenientes de la dirección de Estadísticas Vitales, registrándose 172 casos de suicidios en los diecisiete SILAIS. Del total de suicidios registrados, 124 eran hombres y 48 mujeres, siendo los departamentos de Managua, Matagalpa, León y Chinandega los que presentaron casos a partir de los 14 años, con mayor número en edades entre 15 y 34 años para los hombres y mujeres.

El hospital Regional de Jinotepe en Carazo en su sistema de Vigilancia de lesiones en el período de agosto del 2001 a enero del 2002 registró 43 personas atendidas por

intento suicida, de las cuales el 54% eran mujeres y de estas el 56% entre las edades de cinco a veinticuatro años, inclusive se registraron seis casos entre cinco y catorce años.

Los estudios de género y su relación con el proceso salud-enfermedad aportan que en virtud de las diferencias biológicas inherentes a los sexos y también de los diferentes roles que mujeres y hombres tienden a desempeñar en la sociedad, existen necesidades y riesgos diferenciales que son exclusivos de los sexos o que se manifiestan diferencialmente en cada uno de ellos.

Ada C. Alfonso Rodríguez en *Género: salud y cotidianidad* cita estudios epidemiológicos realizados en Cuba sobre morbilidad femenina y plantea que dichos estudios constatan que: “Las mujeres acuden en mayor número y con más frecuencia a la consulta sanitaria; demandan la asistencia sanitaria por afecciones físicas y psíquicas leves con mayor frecuencia que los hombres, con el grave riesgo de que los problemas y conflictos de la vida cotidiana sean tratados como síntomas de enfermedad mental; las mujeres consumen de tres a cinco veces más medicación psicotrópica y tres veces más analgésicos que los hombres, los síntomas de la mujeres se caracterizan por dirigir la agresividad hacia ella misma (depresión, culpa, desvalorización y conductas suicidas”.

Los hombres en cambio, acuden poco a la consulta médica, en un estudio realizado por la OPS y el MINSA en el Municipio de Diríamba, Carazo en 1994 sobre Análisis de Situación de Salud y Género, se encontró que los hombres van a la consulta de salud cuando son menores de seis, vuelven a acudir hasta los cuarenta años en adelante, esto podría significar por un lado, que los hombres no acuden porque el sistema de salud no tiene una oferta para ellos en las edades de diez años a los cuarenta años, pero también por aquello que no deben mostrar dolor ni quejarse de sus dolencias prefieren no buscar ayuda y buscan paliativos de cuidados de salud, que por lo general está a cargo de una mujer (la madre, la compañera o las hijas) . Esto ayuda a entender porque los hombres no acuden o acuden menos a la consulta de Salud Mental en

donde como dijo un hombre en el estudio Servicios de Salud y Género realizado en León, “yo no me voy a desnudar mi vida frente a otro hombre y menos frente a una mujer”.

Por otro lado, los roles de género de las mujeres como mediadoras de conflictos familiares, reproductoras y sostenedoras de la familia, las hacen garantes del bienestar familiar y responsables de un sinnúmero de actividades en el espacio doméstico, familiar, consideradas como “naturales”, que hacen invisible el tiempo-esfuerzo-trabajo invertidos en su ejecución y con implicaciones para su salud en términos de un mayor desgaste físico y emocional.

Cuando se habla de género, entenderemos como “la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetiva que diferencia a los sexos al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos a través de un proceso de construcción social”⁸.

La psiquiatra *Gioconda Batres* en su libro “El Lado oculto de la masculinidad”, plantea que “el género como categoría designa una realidad psicológica que, como conjunto de pensamientos y emociones, contribuye a estructurar la sociedad, estableciendo jerarquías de las actividades humanas, en donde lo masculino tiene más valor que lo femenino”.

Ana María Daskal en su libro “Permiso para quererme”, plantea que como terapeuta ha visto mujeres que:

- Se inmolan en nombre de una causa ajena.
- Cuidan la autoestima de otros, pero no la propia.
- No quieren vivir más porque en las condiciones en que lo hacen le son intolerables.
- Se sienten impotentes para cambiar algo que les pasa.

- Se acusan por todo.
- Niegan conflictos provenientes del “ser mujer”.

Por lo que para esta autora, estudiar las diferencias existentes entre hombres y mujeres en lo concerniente a la salud mental, significa la revisión y el cuestionamiento de los estereotipos sexuales, de las condiciones de vida, de los lugares de poder, valoración social, posibilidades y oportunidades para unos y otros.

La desigual valoración de varones y mujeres tienen efectos sobre la salud mental y física de ambos, en la calidad y en el promedio de vida para cada uno de ellos.

Para ejemplificar los efectos diferenciados en salud se puede citar:

- Sobre mortalidad masculina por causas de accidentes y violencias asociadas con actitudes y conductas estereotipadamente masculinas, tales como la agresividad, intrepidez, osadía y exceso de ingesta de alcohol.
- Prevalencia de depresión dos y tres veces mayor más alta entre mujeres que entre los hombres.
- Notable prevalencia de desórdenes alimenticios en mujeres jóvenes ligados a ideales culturales de belleza valorados socialmente en relación a la mujer.
- Legitimación y tolerancia social de la violencia doméstica, entre otros que se pueden citar.

El caso del comportamiento suicida versus la construcción social de la masculinidad tiene varias implicaciones:

- Los hombres a diferencias de las mujeres muestran afinidad por la escogencia de métodos más peligrosos.
- La construcción social de la masculinidad ubica al hombre frente a la muerte como muestra de su hombría como símbolo de la demostración del hombre.

⁸ OPS/OMS Conceptualización de género para la planificación en salud. Mujer, salud y Desarrollo. Washington D.C. Noviembre, 995. Pág. 8

- Los hombres no amenazan, los hombres lo hacen como una acción aprendida socialmente de autodestrucción.
- La intención de los hombres no es llamar la atención (cry for help), si no lograrlo
- No olvidar que los hombres su comportamiento egoísta facilita el proceso del suicidio como una muestra de hacer sufrir a los demás que enlace con la confirmación de su hombría y valentía masculina como una muestra de su poder y su control hacia él y los demás.

En otro orden el comportamiento suicida está lleno de ambivalencia donde la masculinidad como un efecto cultural se apodera de los hombres que se ven atrapados en sentimientos encontrados como la pérdida del control y el poder que los empuja hacia el auto daño y el comportamiento suicida.

La verdad es que algunos hombres están llenos de sentimientos como el enojo, ira, vergüenza y esto se combina con emociones de dolor por situaciones que por cultura machista se expresa como falta de amor y comprensión hacia los demás y hacia ellos mismos.

También el medio utilizado para intentar quitarse la vida puede ser diferente según hombre o mujer. La literatura registra que las mujeres se suicidan o intentan suicidarse con barbitúricos y que los métodos de los hombres son más letales: ahorcamiento, suicidio por arma de fuego entre otros.

Es importante destacar que los medios se identifican a partir de dos elementos, uno el cultural y el otro el acceso al mismo. En Estados Unidos la facilidad con que se obtienen las armas de fuego, explica su frecuente uso en los suicidios. En ciudades como Singapur o Hong Kong la existencia de altos edificios, facilita el suicidio por precipitación. En Nicaragua, el medio más conocido y utilizado por su accesibilidad es la llamado Gramoxone (herbicida) y la “pastilla del amor”, que es órgano fosforado, utilizado para curar frijoles

En el hospital Regional de Jinotepe para el mismo período, de las 43 personas ingresadas por intento suicida, el 56% fueron mujeres y de estas el 42% utilizaron también plaguicidas como método para quitarse la vida.

6.5 El Diagnóstico del riesgo potencial de suicidio

En cuanto al diagnóstico, “evaluar el potencial suicida durante un estudio diagnóstico inicial es más difícil que cuando el terapeuta conoce al paciente. La estimación del riesgo de suicidio en pacientes a quienes se ve por primera vez en una evaluación diagnóstica debiera tomar en cuenta la gravedad clínica de las lesiones, la depresión, los trastornos afectivos superpuestos en la organización límite de la personalidad y la auto mutilación crónica y el suicidio como un estilo de vida”⁹

Según *Jorge Díaz Suárez* en Evaluación del riesgo suicida “el manejo de la situación suicida presenta varios aspectos críticos: a) establecer una relación con el paciente; b) detectar la ideación suicida y valorarla, y c) realizar un seguimiento del tratamiento indicado” Es importante tener siempre presente que los pacientes que han llevado a cabo tentativas de actos suicidas reciente, presentan un alto riesgo de llevar a cabo un nuevo acto suicida en los próximos meses, por lo que su seguimiento debe formar parte del tratamiento

Por otro lado, al establecerse el tipo de ayuda que requerirá el o la paciente suicida habrá de tenerse muy en cuenta si éste, está en capacidad de responsabilizarse de sí mismo, en particular si está dispuesto a asumir un compromiso de no recurrir al acto suicida y de pedir ayuda en caso de necesidad, o si ello no es posible y es necesario que otras personas lo hagan por él.

⁹ Kerberg O.F. Trastornos graves de la personalidad. Manual Moderno. Pág. 2

VII. Diseño Metodológico

Esta investigación fue posible a través de la información recogida en el proyecto de Vigilancia de lesiones promovido por el CDC de Atlanta y La Organización Panamericana de la Salud en la emergencia del Hospital Lenín Fonseca de la ciudad de Managua iniciada en marzo del año 2001 El Hospital; Lenín Fonseca es un hospital general de referencia nacional, con perfil de Trauma. El 30% de la consulta se debe a lesiones del que el 1.4% son lesiones autoinflingidas.

a) Estudio es descriptivo de corte transversal

b) *El universo y la muestra* lo representaron todos los pacientes que llegaron por intentos suicidios a la emergencia y que fueron ingresados al hospital durante el período de agosto del 2001 a abril del 2002, para fines del estudio la muestra fue dividida en dos estratos hombres y mujeres.

c) *La Unidad de Análisis* son los pacientes, mujeres y hombres, registrados en el sistema con lesiones auto inflingidas en el período del estudio.

d) **Los criterios de Inclusión:**

Todos los pacientes vivos con lesiones auto inflingidas atendidos en la emergencia del HALF y fueron hospitalizados.

e) **Los criterios de Exclusión:**

- Paciente que haya muerto en emergencia al momento del ingreso.
- Paciente que en su hoja de registro y expediente no tenga la información suficiente y necesaria para llenar el instrumento de la investigación.

- Paciente que fue dado de alta en emergencia.

f) Las variables que se tomaron en cuenta para esta investigación son las siguientes:

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Ocupación
5. Nivel educativo
6. Estado civil
7. Número de hijos
8. Lugar donde ocurrió la lesión
9. Método utilizado
10. Conflictos con la familia
11. Problemas Psicológicos
12. Problemas financieros
13. Problemas con la justicia
14. Muerte familiar
15. Abuso físico
16. Abuso sexual
17. Antecedentes clínicos
18. Manifestaciones clínicas
19. Tratamiento.
20. Esquema terapéutico
21. Diagnóstico de egreso

(Ver en anexos operacionalización de variables)

g) Fuente de Información:

La fuente de información fue secundaria, se revisaron las hojas de registro de emergencia, los expedientes clínicos y la información de la base de datos computarizada del sistema de Vigilancia de lesiones de la emergencia del hospital Lenín Fonseca, la cual provenía de los datos obtenidos del actual instrumento que se

aplica a cada paciente con lesiones auto infligidas atendido en la emergencia del hospital, el cual agrupa los siguientes datos: sociodemográficos, generales del evento, específicos del evento y Clínicos. Cabe decir que no obstante a toda esta revisión aun se encontró algunos expedientes y fichas con información incompleta.

H) Método y técnica de colecta de datos:

Para el alcance de los objetivos de este estudio se diseñó un instrumento de recolección de datos¹ que contempló todas las variables de interés para la realización de la investigación, este instrumento fue llenado por las investigadoras con la información que se encontró en las fichas de registro del sistema, en los expediente clínicos de los pacientes y con la información que estaba registrada en la base de datos del sistema de vigilancia de lesiones autoinfligidas.

Para la recolección de información se coordinó visitas al hospital con el responsable del sistema de vigilancia para obtener el debido permiso para acceder a la base de datos y a las fichas de registros, posteriormente se hizo una primera revisión de los datos y la calidad del llenado de las fichas de registros que están en el sistema de vigilancia de lesiones para conocer las variables que están presentes en la base de dato.

i) Procesamiento y Análisis de la Información

Los datos se procesaron en el programa EPI-INFO versión 6.04b y haciendo uso de la estadística descriptiva se hicieron tablas de frecuencias segregadas por sexo.² Para dar respuesta a los objetivos se hicieron los cruces de variables pertinentes con su debida interpretación y análisis univariado y bivariado correspondiente. Se realizaron representaciones en graficas de barras.

¹ Ver Anexo 1

² Ver Tablas en Anexo 2

A partir del análisis de toda la información se obtuvieron resultados que permiten destacar las similitudes y diferencias encontradas en la conducta del intento suicida de los hombres y las mujeres haciendo un análisis desde la perspectiva de género.

j) Plan de Análisis de la Información

En un primer momento se realizó un análisis univariado, y luego se buscaron relaciones entre edad y género y resto de variables, describiéndose en este informe final las más relevantes.

- Pacientes con Intentos de Suicidio según Grupo de Edades, Nivel Educativo y Sexo
- Procedencia y Sexo de pacientes con Intentos de Suicidio
- Ocupación y Sexo de pacientes con Intentos de Suicidio
- Estado Civil y Sexo de pacientes con Intento de Suicidio
- Número de hijos y Sexo de pacientes con Intentos de Suicidio
- Lugar de Ocurrencia del suicidio y Sexo de pacientes con intentos de Suicidio
- Método Utilizado y Sexo de pacientes con intento de suicidios
- Factores Precipitantes y Sexo de pacientes con intentos de suicidio
- Antecedentes Clínicos y Sexo de pacientes con intento suicida
- Manifestaciones Clínicas y Sexo de Pacientes con Intento de Suicidio
- Tratamiento y Sexo de Pacientes con Intento de Suicidio
- Esquema Terapéutico y Sexo de Pacientes con Intento de Suicidio
- Lugar de Ocurrencia, Grupo de Edades y Sexo de Pacientes con Intento de Suicidio

- Método Utilizado, Grupo de Edades y Sexo de Pacientes con Intento de Suicidio
- Factores Precipitantes, Grupo de Edades y Sexo de Pacientes con Intento de Suicidio
- Tratamiento, Grupo de Edades y Sexo de Pacientes con Intento de Suicidio
- Antecedentes Clínicos, Grupo de Edades y Sexo de Pacientes con Intento de Suicidio

VIII. Resultados

Fueron estudiados 85 casos de intentos de suicidios que se ingresaron al Hospital Antonio Lenín Fonseca en el período de agosto 2001 a abril 2002 , de los cuales solo 74 tenía todos sus datos completos . De éstos, el 62 % (46) eran mujeres, así como los grupos predominantes con un 60% (44) fueron adultos jóvenes, seguido de adolescentes con el 39% (29) . En ambos grupos, las mujeres fueron las más numerosas, con un 69% (20) para adolescentes y con 59% (26) para adultos jóvenes.(Ver en anexos : tabla No.1)

El promedio de edad de los casos ingresados por intentos suicidas fue de 17 años a 24 años .

La distribución por sexo y escolaridad muestra que los hombres alcanzaron un nivel de primaria en un 46% (11) y de secundaria en el 35% (13). Las mujeres en cambio cursaron la primaria en el 54% (13) y secundaria en un 65% (24). (Ver anexos : tabla No.2)

Los Adolescentes con intentos suicidas alcanzaron la primaria en un 38% (11) y la secundaria en un 62% (18). Los adultos jóvenes alcanzaron la primaria en un 30% (13) y la secundaria en un 43% (19). (Ver anexos : gráficos No. 1)

De 85 pacientes ingresados por intentos suicidas el 49% (42) residían en áreas urbana y el 19%(16) en área rural. Los varones provenían de zonas urbana (45.2%) al igual que las mujeres pero en mayor proporción 51.9%. (Ver en anexos : tabla No. 3)

De 80 pacientes que tenía consignado el dato de empleo se encontró que el 22.5 % (18) de los casos de intento de suicidio tenían reporte en el expediente de tener empleo formal, registrándose en varones el 32.3% (10) empleo formal, 29% (9) empleo informal, 12.9% (4) no tenían empleo y el 25.8% (8) estaban estudiando; en el caso de las mujeres el 16.3% (8) tenían empleo formal, el 36.7% (18) estaba desempleada y el 32.7% (16) eran estudiantes.(Ver en anexos :Tabla No. 4)

De todos (as) los casos de intento de suicidio estudiados, el 21% (16) estaban casados y el 62% (48) solteros. En los hombres el 65.5% (19) eran solteros y en las mujeres el 60.4% (29) de las mujeres eran solteras (ver en anexos : tabla No. 5)

El 80% de los casos no tuvieron hijos, el 93.3% (14) de los hombres y el 73.1% (19) de las mujeres. En las mujeres se encontró que solo el 26.9% tenían de 1- 3 hijos. (Ver en anexos: tabla No.6) .

Los lugares más frecuentes para los intentos suicidio fue en un 96.4% (81) la casa, predominando este lugar en ambos sexos. (ver en anexos: tabla No.7) Las mujeres que son adolescentes intentaron suicidarse en la casa en un 95.2% y los adultos jóvenes en un 90%. (Ver anexos: tabla No. 13)

Para intentar quitarse la vida, estas personas usaron medicamentos en un 52 % (44), venenos en un 36% (31), armas de fuego con un 5% (4), entre otras. En las mujeres el método mas común fueron la sobre dosis de medicamentos en un 66.7%(36) y en los varones el envenenamiento con el 45.2% (14),(Ver tabla No 9); estas diferencias se observan también entre mujeres adolescentes 61.9% con sobre dosis de medicamentos y envenenamiento en varones adolescentes 55.6%.

Para el adulto joven, predominó la sobredosis de medicamento pero con mayor porcentaje en mujeres (69.7%) que en hombres (30%). Entre los adultos maduros no se encontraron mujeres con intento sólo varones y el método más común fue el envenenamiento y el uso de arma de fuego en la mitad respectivamente. (Ver en anexos : gráfico No.2).

Los factores precipitantes para el grupo de estudio fueron:

Entre las mujeres fueron principalmente los conflictos familiares en un 85.2% (46) y para los varones en un 32.3% (10).

En las mujeres adultas jóvenes se encontró que el 78.8% (26) obedece a conflictos familiares y en los adultos jóvenes varones el 35% (7) se les registró dichos conflictos y en el 35% a problemas psicológicos. En el grupo de adulto maduro varón los factores

precipitantes obedecen 50% (1) a enfermedades físicas y 50% (1) el factor es desconocido. (ver en anexos: gráfico No.3).

Los antecedentes clínicos se encontraron en un 54% (46)en categoría de otros, los trastornos psicológicos son antecedentes que prevalecieron en el 23% (27), seguido de 10.6% (9) las enfermedades crónicas. (Ver en anexos: Tabla No 9).

En cambio en los adultos joven se observó que el 40% (8) de los hombres y el 24% (8) de las mujeres tenían antecedentes de enfermedades psicológicas. También un 50% de los hombres maduro tenía antecedentes de enfermedades crónicas, mientras que el otro 50% se les desconoce sus antecedentes. (ver en anexos : tabla No 9)

En el 90% de los casos mujeres y hombres la hospitalización y el tratamiento médico fue la opción terapéutica más usada (Ver en anexos : tabla No.11).

IX. Discusión de los Resultados

Vincular los intentos suicidas a la construcción social de género desde la construcción social de las masculinidades y las feminidades, representa un desafío para cualquier investigador(a) interesado(a) en el tema, y más aún para quienes laboran en el sistema de salud. En Nicaragua, desde hace pocos años, se inició la incorporación de la perspectiva de género en el quehacer del MINSA, particularmente se está previniendo y brindando atención a las víctimas de violencia intrafamiliar.

En este estudio, se hace una aproximación sobre la necesidad de avanzar en la incorporación de la perspectiva de género en los análisis de los intentos suicidas como una herramienta de análisis que permita comprender las motivaciones de orden cultural y de construcción social de lo masculino y lo femenino, que subyacen en la conciencia de hombres y mujeres que intentan quitarse la vida y que en la mayoría de los casos están invisibles como causas o factores de riesgo para los prestatarios de salud.

Al desagregar los datos por grupos de edad se observa que son los jóvenes y adolescentes los que más lo intentan (73%) lo que sitúa a este grupo como población de alto riesgo, dato coincidente con el informe Mundial de Violencia y Salud que ubica a los mismos por razones de edad en riesgo de sufrir lesiones auto inflingidas. Esto se debe a que en las últimas décadas se ha detectado un incremento de la conducta suicida, de forma que se han convertido en la segunda o tercera causa de muerte en adolescente de la sociedad occidental.

Los datos encontrados en este estudio coinciden con el estudio realizado en Hospital Universitario de León en que se encontró que más del 50% de los intentos suicidas corresponden al grupo de adolescentes.

Todo esto sitúa al intento suicidio en los diferentes grupos de edad como un problema de Salud Pública en el país, al cual urge dar algún tipo de solución.

la mayoría de los que intentan suicidarse tenían la primaria y/o secundaria aprobada aspecto que debe llamar la atención ya que no se está hablando de un grupo con bajo nivel educativo, por lo que no se encuentra relación entre el bajo nivel de escolaridad y el intento suicida, induciendo esto a buscar en otros factores o causas que influyeron en la decisión.

La mayor frecuencia de intentos se dan en procedencia de zonas urbanas y urbano-marginal, tanto para el grupo de varones como para mujeres, lo cual podría relacionarse al hecho de que los jóvenes de las zonas urbanas y urbanos-marginales son los que están más expuesto a todos los efectos de los problemas sociales que se viven en la ciudad tales como violencia doméstica, abuso sexual, violencia social y callejera, el desempleo, pobreza crítica, hacinamiento en las viviendas, escasez o inadecuada facilidades de recreación, sistema deficitario de comunicación entre la familias, familias incompletas o disfuncionales, deprivación afectiva y conflictos de parejas.

El hecho de tener un trabajo formal o informal no aportó grandes modificaciones en los resultados ya que por el hecho de ser adolescente y jóvenes el grupo más vulnerable al intento del suicidio, estos jóvenes son estudiantes con algún tipo de trabajo informal.

Llama la atención en el grupo estudiado que las personas que más lo intentaron eran solteras el resto tenían algún tipo de relación, casadas o acompañadas.

Se encontró que solamente un bajo porcentaje de hombres y mujeres tenían de uno a tres hijos, el resto de la muestra no tenían hijos, esto unido a la falta de relaciones de pareja se puede explicar por pertenecer a un rango de edad (adolescencia y jóvenes) en los que aún no se han establecido este proyecto de vida.

Puede interpretarse que la ausencia de hijos, de una relación estable, o la falta de conexión con la familia o de una red de protección social como factores predisponentes a los intentos suicidas, ya que reflejan la falta de un asidero emocional y/ o conexión

social que le pueda permitir a la persona seguir adelante, enfrentar las situaciones difíciles y obviar sus pensamientos suicidas.

La falta de una familia estable, asociada a variadas patologías siquiátricas y de salud mental ha sido comentada por diversos investigadores, así por ejemplo, en el caso de conductas antisociales se señala que la privación afectiva es más perjudicial que la ausencia parental.

Alberto Perales y Cecilia Sogí en su estudio Salud Mental de una Población Urbano marginal de Lima plantean “La alta prevalencia de hogares o familias incompletas se debe a altas tasas de morbilidad, reducida expectativa de vida y factores de inestabilidad vinculados a las actitudes masculinas que llevan a eludir responsabilidades”.

El 62.1% de los intentos suicidas correspondieron al sexo femenino dato que coincide con la literatura consultada que describe que las mujeres tienen más pensamientos suicidas que los hombres y estos pensamientos pueden estar asociados a trastornos afectivos tales como la depresión, provocada en las mujeres por falta de satisfacción en las actividades de la vida diaria, sentimientos de culpa o muchas veces por sentimiento de minusvalía, en muchos casos situaciones vinculadas a violencia conyugal o abuso sexual en la niñez.

El género femenino, socializado en el modelado de la pasividad, la ternura, el afecto, la complacencia, la dependencia, la maternidad, la dependencia y la valoración de ser mujer a partir de las tareas del maternaje, supone como estilo de vida de un gran número de mujeres la depresión y el auto estima dañada. En contradicción con la necesidad de fortaleza, decisión y audacia que requieren el desempeño de los roles asignados a la mujer desde lo social y que no son siempre percibidos, cualificados y valorados socialmente ni por las propias mujeres.

Los intentos pueden ser repetitivos y se sabe que solo el 10% de estos terminan en suicidio consumado.

El Método

En las mujeres el método más común fue la sobre dosis de medicamentos, en cambio en los varones fue el envenenamiento, ahorcamiento y disparo de pistola, las diferencias entre los métodos utilizados tienen mucha relación con la construcción social de ser hombre o mujer. La ingestión de medicamentos sin prescripción médica y la solicitud de asistencia psicológica y psiquiátrica, por parte de las mujeres, son alternativas para paliar los malestares generados por la cotidianidad, la insatisfacción que en muchos casos tienen de sus condiciones de vida y su situación de subordinación. Según literatura consultada se dice que las mujeres consumen de tres a cinco veces más medicación psicotrópicas y analgésicos que los hombres, esto se debe que las mujeres demandan muchos más la asistencia sanitaria.

Los hombres tienen afinidad por métodos más peligrosos, además ejecutan el acto suicida no para llamar la atención sino con la firme idea de lograr el acto, en cambio las mujeres en muchos casos quieren llamar la atención y no están pensando en concluir el acto. Se dice que las mujeres lo intentan más pero los hombres son más “asertivos”.

Esta afinidad de los hombres por métodos más. “seguros” en cierta medida ésta vinculado a la construcción de su masculinidad, “los hombres no lloran”, “los hombres son machos”, “no deben expresar dolor”, “el sentimentalismo es de mujeres, de marica”, estas son expresiones que forman parte de la cultura nicaragüense, en los que los patrones de crianza son punitivos, castigadores, “te pego por que te quiero”. Por tanto, el modelaje de las masculinidades en Nicaragua están marcadas por una influencia machista y patriarcal, que hacen que los hombres busquen paliativos a sus problemas de vida, el consumo de alcohol, o de drogas no legales, son formas paliativas para disminuir sus “dolores” y en muchos casos la decisión de quitarse la vida como expresión de “valor”.

Factores precipitantes:

Los conflictos familiares aparecen como el principal factor que precipita la decisión de quitarse la vida o de intentarlo. Siendo que la población mayoritaria de la muestra son adolescentes y jóvenes no casados o acompañados, se interpreta que se está frente a un problema de familias no funcionales con serios problemas de relaciones entre padres e hijos(as) o que uno de los padres está ausente, no se cuenta con datos dentro de la ficha que pueda dar mayor información si se refiere a conflictos con la madre el padre o padrastro o madrastra. Dado que la mayoría de la muestra en el grupo de edades son mujeres, el conflicto puede estar en relación a la presencia de un adulto varón dentro de la familia o a conflictos con la figura femenina, probablemente la madre.

Probablemente estamos frente a situaciones de violencia intrafamiliar o abuso sexual.

Sobre los antecedentes clínicos de enfermedades psicológicas, la ficha no desagrega a qué tipo se refiere, pero si tomamos como referencia que la literatura sobre el tema registra que la mayoría de los intentos suicidas y suicidios consumados han estado precedidos de episodios de depresiones agudas, podemos deducir que cuando en la ficha hablan de antecedentes de enfermedades psicológica, probablemente se están refiriendo a la depresión.

Manifestaciones Clínicas

De acuerdo a los resultados encontrados en los expedientes clínicos la mayoría de los pacientes hombres y mujeres tenían daño a órganos sistémicos esto se puede atribuir a que el método utilizado con mayor frecuencia por ambos sexos fue la intoxicación tanto por órganos fosforados como por sobre dosis de medicamentos lo cual coincide con la literatura consultada que destaca que el método utilizado depende mucho de la accesibilidad y de la cultura misma, por ejemplo se puede observar que solo se encontró un caso de quemadura como manifestación clínica, ya que en Nicaragua no es frecuente causarse lesiones por fuego como lo es en culturas orientales, en nuestra

cultorales occidentles y latinoamericanas las intoxicaciones por plaguicidas y barbituricos y benzodiacepina ocupan los primeros lugares.

Tratamiento

De acuerdo a los resultados encontrados, la principal forma de tratamiento fue la hospitalización, de acuerdo a las normas de pacientes suicidas del MINSA y tratamiento médico de las lesiones. En la mayoría fueron remitidos a consulta con psiquiatra, sin embargo, dado lo limitado de la ficha, o bien porque no es su objetivo, no hay mucha claridez en relación al tipo de tratamiento psiquiátrico, esto se debe principalmente a que el hospital no cuenta con este tipo de profesional de la salud mental, por lo que deja un vacío de información, por otro lado tampoco se conoce de algún tipo de seguimiento, por lo que se desconoce si los(as) pacientes volvieron a intentarlo y menos aún si lograron consumir el acto suicida.

X. Conclusiones

1. La población en riesgo para los intentos suicidas son adolescentes y jóvenes igual que en los demás países de la región occidental, convirtiéndose el comportamiento suicida en un problema de salud pública.
2. Se encontró que los estudiantes adolescentes representa un grupo importante de riesgo. Representando a su vez una oportunidad para hacer acciones de prevención en las escuelas.
3. Se encuentra relación entre estado civil, edad y conflictos familiares como principal factor precipitante para el intento suicida en el grupo de solteros jóvenes y con antecedentes de conflictos familiares. Coincidiendo con estudios anteriores hechos en Nicaragua que en su mayoría son jóvenes que proviene de familias disfuncionales y/o de hogares con violencia doméstica, eventos negativos en la vida y escasa red social de apoyo.
4. Se confirma en este estudio, que las mujeres adolescentes y jóvenes intentan suicidarse más que los hombres con una relación de 1.6 mujeres por 1 hombre.
5. Existe una relación entre género, método y factores precipitantes; observándose que las mujeres el método que más utilizan es el envenenamiento y sobre dosis de medicamentos, donde las mujeres su verdadero intención es llamar la atención; mientras que los hombres por su construcción social masculina buscan métodos más peligrosos, teniendo como objetivo principal es el suicidio.
6. Se necesitan mayores estudios de orden cualitativo que se aproximen a aspectos relacionados con el tema de los conflictos familiares como principal factor precipitante que permitan develar relaciones disfuncionales en las familias de las personas que intentan suicidarse, tales como violencia intrafamiliar y sexual, adultismo, negligencia entre otras.

7. Solamente se encontró que el tratamiento principal a los (as) pacientes con intento suicida fue de hospitalización y cuidados médicos de las lesiones, la ficha no contempla la ruta crítica de un paciente con intento suicida que es atendido en el hospital por lo que no se pudo establecer ninguna diferencia de género en la atención y tratamiento de los y las pacientes.

8. Existe muy poco seguimiento a las personas que fueron atendidas por lesiones auto inflingidas por parte del hospital por lo que probablemente estas personas pueden reincidir con su episodio de intento suicida.

XI. Recomendaciones

1. Crear programas de intervención de Promoción de la Salud y Estilos de vida saludables y de Prevención con perspectiva de género, dirigidos a las y los adolescentes y jóvenes en los distritos de Managua, en conjunto con MINSA, MECD, Policía y Alcaldía,
2. Promover estudios cualitativos desde la perspectiva de género, que permitan complementar la información que está generando el Sistema de Vigilancia de lesiones del Hospital Lenín Fonseca.
3. Conformar un equipo de Salud Mental con formación género sensitiva en el Hospital Antonio Lenín Fonseca para la atención integral a las personas que son registradas con lesiones auto inflingidas.
4. Establecer redes de apoyo social comunitario y con las familias de las personas que intentan suicidarse. Haciendo énfasis en proyectos de vida para los adolescentes y jóvenes que incorporen temas de equidad, acceso a tratamiento y seguimiento a nivel de las escuelas y familias.
5. El Hospital debe establecer coordinaciones con las unidades periféricas del Primer Nivel de Atención para seguimiento el desarrollo de programas preventivos y para las personas que fueron atendidas por intento suicida en el hospital
6. Se recomienda hacer mayor seguimiento a los instrumentos de recolección información a nivel de hospital y hacer mayor coordinación con unidades periféricas. De igual manera establecer un comité de monitoreo de la calidad de los datos recogidos.

7. El sistema de vigilancia debe estar acompañado de un instrumento que permita valor el riesgo de comportamiento suicida. Como por ejemplo la utilización de la Escala SIS usada por el departamento de salud mental de la UNAN León. Que permite caracterizar el riesgo potencial en leve, moderado y severo y además tomar decisiones en cuanto al tratamiento y seguimiento de los casos en riesgos de reintento de suicidio disminuyendo de esta forma la mortalidad por suicidio.

XII. Bibliografía

1. Acevedo, Angéla Rosa. Las políticas públicas y el enfoque de género. Conferencia de género. Maestría Género y Desarrollo. UCA. Managua. Marzo 2002.
2. Alvarado Eva Luz de. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. Segunda Edición 1994. 225.
3. Batres, Gioconda. El Lado oculto de la masculinidad: Tratamiento a ofensores. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del delito y tratamiento del delincuente. Servicios Gráficos de las Américas. San José, Costa Rica. 1999.
4. Bobes García Julio, González Seijo Juan Carlos, Saiz Martínez Pilar. Prevención de las Conductas suicidas y para suicidas. Psiquiatría Médica MASSON S.A. 1998.
5. Boyer, W.E. y Feighner, J.P. Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina. Perspectiva en Psiquiatría, Volumen 1. British library Cataloguing In Publication Data. Great Britain. 1991.
6. Bradley Jon and Mary J. Rotheram-Borus. Evaluation of imminent danger for Suicide: A Training Manual. National Resource Center for Youth Services. Oklahoma 1990.
7. CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos Mentales y del comportamiento. Criterios de diagnósticos de investigación. FORMA S.A. Madrid. 1994.
8. Cuadernos de trabajo: Identidad de Género. Cenzontle. Managua, Nicaragua 1992.
9. Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., México D.F. Segunda Edición 1991. 501.
10. Isis Internacional. El malestar silenciado, la otra salud mental. Ediciones de Mujeres # 14 Santiago de Chile. Tercera edición. 1992.

11. Madanes Cloê, Keim, James, Smelser Dinah. *Violencia Masculina*. Ediciones Juan Granica S.A. Barcelona, España. 1977.
12. Ministerio de Salud, Programa de Nacional de Salud Mental, temas de salud mental: Estadísticas del suicidio. Tomo II Managua. 2001.
13. Ministerio de Salud, Programa de Salud Mental, temas de salud mental: Prevención del suicidio. Tomo III Managua. 2001.
14. Ministerio de Salud, Programa de salud mental, temas de salud mental: El suicidio en adolescentes. Tomo IV Managua. 2001.
15. Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Mental, temas de salud mental: El Suicidio. Tomo I Managua. 2001.
16. Ministerio de Salud, Silais León, programa de salud mental: Análisis de la situación del suicidio en León. León.2000.
17. Organización Mundial de la Salud, Política de la OMS en materia de género: Integración de la perspectiva de Género en la labor de la OMS. Ginebra. 2002.
18. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre violencia y salud. Washington. 2003.
19. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, Conceptualización de Género para la Planificación en Salud. Mujer, Salud, y Desarrollo. Washington D.C. Noviembre de 1996.
20. Organización Panamericana de la Salud, Salud Mental en el Mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington D.C. 1997.
21. Perales Alberto, Sogi Cecilia, Sánchez Elard & Salas Rosa Elenea. *Salud Mental en una población urbano-marginal de Lima*. Serie Monografías de investigación No 2. Talleres Gráficos DIMERSA, Lima, Perú. 1995.
22. Piura López, Julio. *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. Litografía y Tipografía Rojas. Tercera Edición 1998. 134.
23. *Revista Panamericana de Salud Pública, Sistema de Vigilancia epidemiológica en Salud Mental*. Vol.11 febrero 2002.
24. Sarduy, Celia y Alfonso C. Ada. *Género: salud y vida cotidiana*. Editorial Científico Técnica. La Habana, Cuba. 2000.

25. Standing, Hilary. El género y la Reforma del sector salud. Publicación ocasional No 9: Género, Equidad y Salud. Harvard. 1999.
26. Welsh, Patrick. Los hombres no son de Marte, desaprendiendo el machismo en Nicaragua. CIIR Managua, Nicaragua. 2001.

ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

No.	VARIABLES	Definición	Indicador	Valor	Escala
1.	EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento actual		Adolescentes Adulto Joven Adulto maduro	15-18 19-24 25-44
2.	SEXO	Clasificación de los hombres y las mujeres tomando en cuenta sus características genotípicas y fenotípicas.		Hombre Mujer	
3.	PROCEDENCIA	Sitio geográfico de donde proviene el paciente		Urbana Urbano-marginal Rural	
4.	OCUPACIÓN	Tipo de actividad laboral que el paciente realiza para costear sus necesidades.		Empleo formal Asegurado No asegurado Empleo informal	
5.	NIVEL EDUCATIVO	Grado académico alcanzado que refiere el paciente al ser atendido en emergencia		Primaria Secundaria Universitario Técnico Profesional Otros	
6.	ESTADO CIVIL	Condición civil que refiere el paciente al ser atendido en emergencia		Soltera Casada Viuda Acompañada Otros	
7.	NUMERO DE HIJOS(AS)	Cantidad de hijos que refiere el paciente tener		Ninguno 1-3 4-6 Más de 6	
8.	LUGAR DE OCURRENCIA	El espacio físico donde la persona se situaba al momento de provocarse la lesión		Casa Escuela Calle Trabajo Otros	

No.	Variables	Definición	Indicador	Valor	Escala
9.	MÉTODO UTILIZADO	La manera que fue utilizada por el paciente para provocarse la lesión		Disparo de pistola Cortadura Ahorcamiento Ahogamiento Sobredosis de medicamentos Envenenamiento Lanzamiento al vacío Otros.	
10.	CONFLICTOS CON LA FAMILIA	Antecedentes de malas relaciones con un miembro de su familia inmediata en los últimos 2 años		Si No	
11.	PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	Diagnostico de alteraciones emocionales que afectan la conducta normal del paciente		Si No	
12.	PROBLEMAS FINANCIEROS	Problemas de índole económico que no le permiten al paciente solventar sus necesidades y las de su familia		Si No	
13.	PROBLEMAS CON LA JUSTICIA	Problemas legales que comprometen la libertad del paciente		Si No	
14.	MUERTE DE UN FAMILIAR	El fallecimiento de un familiar inmediato		Madre Padre Esposo Esposa Hijo Hija	
15.	ABUSO FISICO	El Maltrato físico que el paciente haya recibido en los dos últimos años al episodio		Si No	

No.	VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR	ESCALA
16.	ABUSO SEXUAL	Hacer uso de la fuerza física o intimidación psicológica para obligar a una persona a ejecutar un acto sexual contra de su voluntad		Si No	
17.	ANTECEDENTES CLINICOS	Es la historia psicológica y física que el paciente o el familiar refiere que el paciente ha tenido en el transcurso de su vida		Enfermedades crónicas Trastornos psicológicos Abusos físicos Abusos sexual Intento suicida. Otros.	
18.	MANIFESTACIONES CLINICAS	Todos los datos clínicos obtenidos del interrogatorio al paciente y de su examen físico al ser atendido en la emergencia	Indicador: Signos presentados en su ingreso y que aparecen en la hoja de registro del sistema y los síntomas que el paciente manifestó al ser atendido y que están incluidos en su hoja de registro	Fracturas Heridas Quemaduras Hematomas Conmoción cerebral Lesión órganos sistémicos Tristeza Ansiedad. Otros	
19.	TRATAMIENTO	La forma en que el paciente fue atendido en emergencia.	Atendido y enviado a su casa Ingresado en el Hospital Referido a otro hospital Otros.		

No.	Variables	Definición	Indicador	Valor	Escala
20.	ESQUEMA TERAPÉUTICO	El manejo terapéutico que se le brindó al paciente ambulatorio y al paciente ingresado.	Terapia farmacológica Psicoterapia individual Psicoterapia grupal Otros		
21.	DIAGNÓSTICO DE EGRESO	Es el conjunto de datos presentados por el paciente tanto físicos como psicológicos al momento de su alta hospitalaria			

**Ficha de Recolección de datos de los pacientes ingresados con intento suicida en
el Hospital Antonio Lenín Fonseca
Agosto 2001- Abril 2002.**

I. Características Sociodemográficas:

1. Sexo: F M
2. Edad años meses cumplidos
3. Dirección _____

4. Procedencia: Rural Urbano Urbano-Marginal
5. Ocupación _____
6. Nivel Educativo: Primaria Secundaria Técnico Profesional
7. Estado civil: : Soltera Casada Viuda Acompañada
8. Número de hijos: _____
9. Día y fecha de la lesión _____ Hora _____ AM PM

II. Lugar donde ocurrió el hecho:

1. Casa
2. Escuela
3. Calle
4. Trabajo
5. Otros _____

III. Método Utilizado:

1. Disparo de pistola
2. Cortadura
3. Fuego
4. Ahorcamiento
5. Ahogamiento
6. Sobredosis de Medicamento
7. Envenenamiento
8. Explosión
9. Lanzamiento al vacío
10. Otro _____
11. No se sabe

IV. Factores precipitantes:

1. Conflictos con la familia
2. Enfermedad física
3. Problemas psicológicos
4. Problemas financieros
5. Problemas con la justicia
6. Muerte familiar

7. Abuso sexual o físico
8. Otros _____
9. No se sabe

V. Datos Clínicos:

1. Uso de Alcohol
2. Uso de otras drogas
3. Tiene Fractura
4. Posee corte, herida abierta
5. Presenta hematomas
6. Presenta Quemaduras
7. Presenta Conmoción cerebral
8. Presenta lesiones órganos sistémicos
9. Otros _____
10. No se sabe.

VI. Resultado:

1. Tratado y enviado a casa
2. Admitido en el hospital
3. Referido a otro hospital
4. Muerto
5. Llego muerto
6. Otros _____
7. No se sabe

Tabla No. 1

***Pacientes con Intentos de Suicidio según Sexo y Grupo Etareo
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002***

Sexo	Adolescentes		Adulto Joven		Adulto Maduro		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hombre	9	31	18	41	1	100	28	38
Mujer	20	69	26	59	0	0	46	62
Total	29	100	44	100	1	100	74	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 2

***Pacientes con Intentos de Suicidio según Sexo y Escolaridad
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002***

Sexo	Primaria		Secundaria		Técnico		Profesional		Analf.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hombre	11	46	13	35	2	33	1	25	1	33	28	38
Mujer	13	54	24	65	4	67	3	75	2	67	46	62.1
Total	24	100	37	100	6	100	4	100	3	100	74	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 3

***Procedencia y Sexo de pacientes con Intentos de Suicidio
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002***

Procedencia	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Urbano	14	45.2	28	51.9	42	49
Urbano Marginal	12	38.7	15	27.8	27	32
Rural	5	16.1	11	20.4	16	19
Total	31	100	54	100	85	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 4

***Empleo y Sexo de pacientes con Intentos de Suicidio
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002***

Ocupación	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Empleo Formal	10	32.3	8	16.3	18	22.5
Estudiante	8	25.8	16	32.7	24	30
Desempleado	4	12.9	18	36.7	22	27.5
Empleo Informal	9	29	7	14.3	16	20
Total	31	100	49	100	80	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 5

***Estado Civil y Sexo de pacientes con Intento de Suicidio
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002***

Estado Civil	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Soltera	19	65.5	29	60.4	48	62
Casada	6	20.7	10	20.8	16	21
Viuda	0	0	0	0	0	0
Acompañada	4	13.8	9	18.8	13	17
Total	29	100	48	100	77	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 6

**Número de hijos y Sexo de pacientes con Intentos de Suicidio
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002**

No. de Hijos(as)	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno (1)	14	93.3	19	73.1	33	80
1-3	1	6.7	7	26.9	8	20
Total	15	100	26	100	41	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 7

**Lugar de Ocurrencia del suicidio y Sexo de pacientes con intentos de Suicidio
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002**

Lugar de Ocurrencia	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Casa	28	93.3	53	98.1	81	96.4
Calle	1	3.3	0	0	1	1.19
Trabajo	0	0	1	1.9	1	1.19
Otros	1	3.3	0	0	1	1.19
Total	30	100	54	100	84	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 8

**Factores Precipitantes y Sexo de pacientes con intentos de suicidio
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002**

Factores Precipitante	Hombre		Mujer	
	No.	%	No.	%
Conflictos con la familia	10	32.3	46	85.2
Problemas Psicológicos	8	25.8	4	7.4
Problemas Financieros	1	3.2	0	0
Problemas con la Justicia	1	3.2	0	0
Enfermedades Físicas	1	3.2	0	0
Otros	1	3.2	1	1.9
no sabe	9	29	3	5.6
Total	31	100	54	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 9

***Antecedentes Clínicos y Sexo de pacientes con intento suicida
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002***

Antecedentes Clínicos	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enfermedades crónicas	3	9.7	6	11.1	9	10.6
Trastornos Psicológicos	10	32.3	13	24.1	23	27
Intento Suicida	2	6.5	5	9.3	7	8
Otros	16	51.6	30	55.6	46	54
Total	31	100	54	100	85	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 10

**Manifestaciones Clínicas y Sexo de Pacientes con Intento de Suicidio
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002**

Manifestaciones Clínicas	Hombre		Mujer	
	No.	%	No.	%
Heridas	2	5.7	0	0
Quemaduras	0	0	1	1.9
Hematomas	1	2.9	1	1.9
Conmoción Cerebral	2	5.7	0	0
Lesión órgano sistémico	16	45.7	20	37
Tristeza	4	11.4	0	0
Otros	6	17.1	29	53.7
No se sabe	4	11.4	3	5.6
Total	35	100	54	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 11

**Atención hospitalaria y Sexo de Pacientes con Intento de Suicidio
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002**

Tratamiento	Hombre		Mujer	
	No.	%	No.	%
Atendido y enviado a su casa	0	0	2	3.7
Ingresado en el hospital	31	100	51	94.4
Otros	0	0	1	1.9
Total	31	100	54	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 12

**Esquema Terapéutico y Sexo de Pacientes con Intento de Suicidio
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002**

Esquema Terapéutico	Hombre		Mujer	
	No.	%	No.	%
Terapia Farmacológica	30	100	51	94.4
Psicoterapia individual	0	0	1	1.9
Psicoterapia grupal	0	0	1	1.9
Otros	0	0	1	1.9
Total	30	100	54	100

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Tabla No. 13

**Lugar de Ocurrencia, Grupo de Edades y Sexo de Pacientes
con Intento de Suicidio
Ingresados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca.
Agosto 2001 - Abril 2002**

Lugar de ocurrencia	Grupo de Edades											
	Adolescente				Adulto Joven				Adulto Maduro			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Casa	8	100	20	95.2	18	90	33	100	2	100	0	0
Calle	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0
Trabajo	0	0	1	4.8	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0
Total	8	100	21	100	20	100	33	100	2	100	0	0

Fuente: Hoja de registro del Sistema de vigilancia de Lesiones y Expediente Clínico

Gráfico 1.

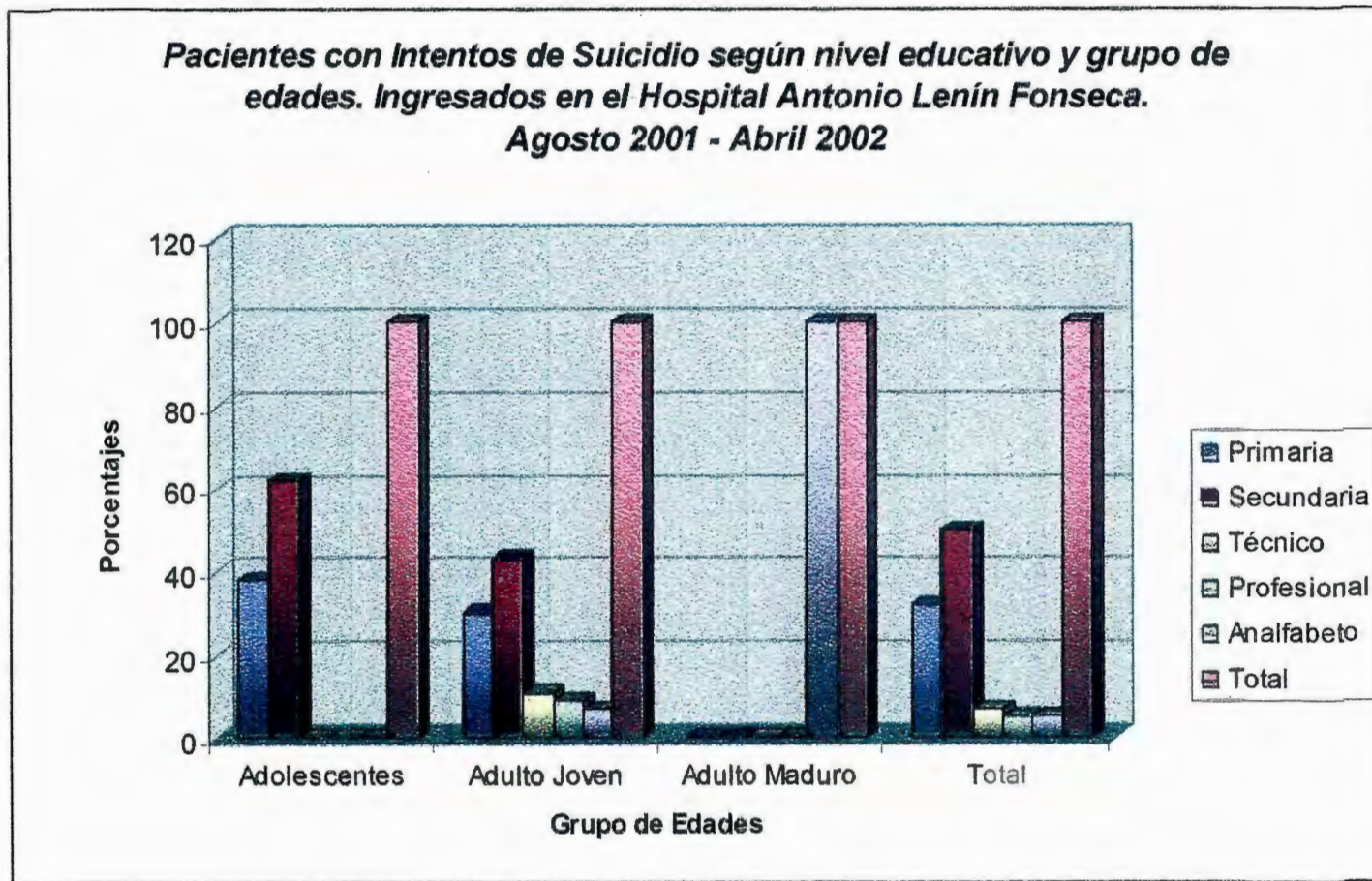


Gráfico 2.

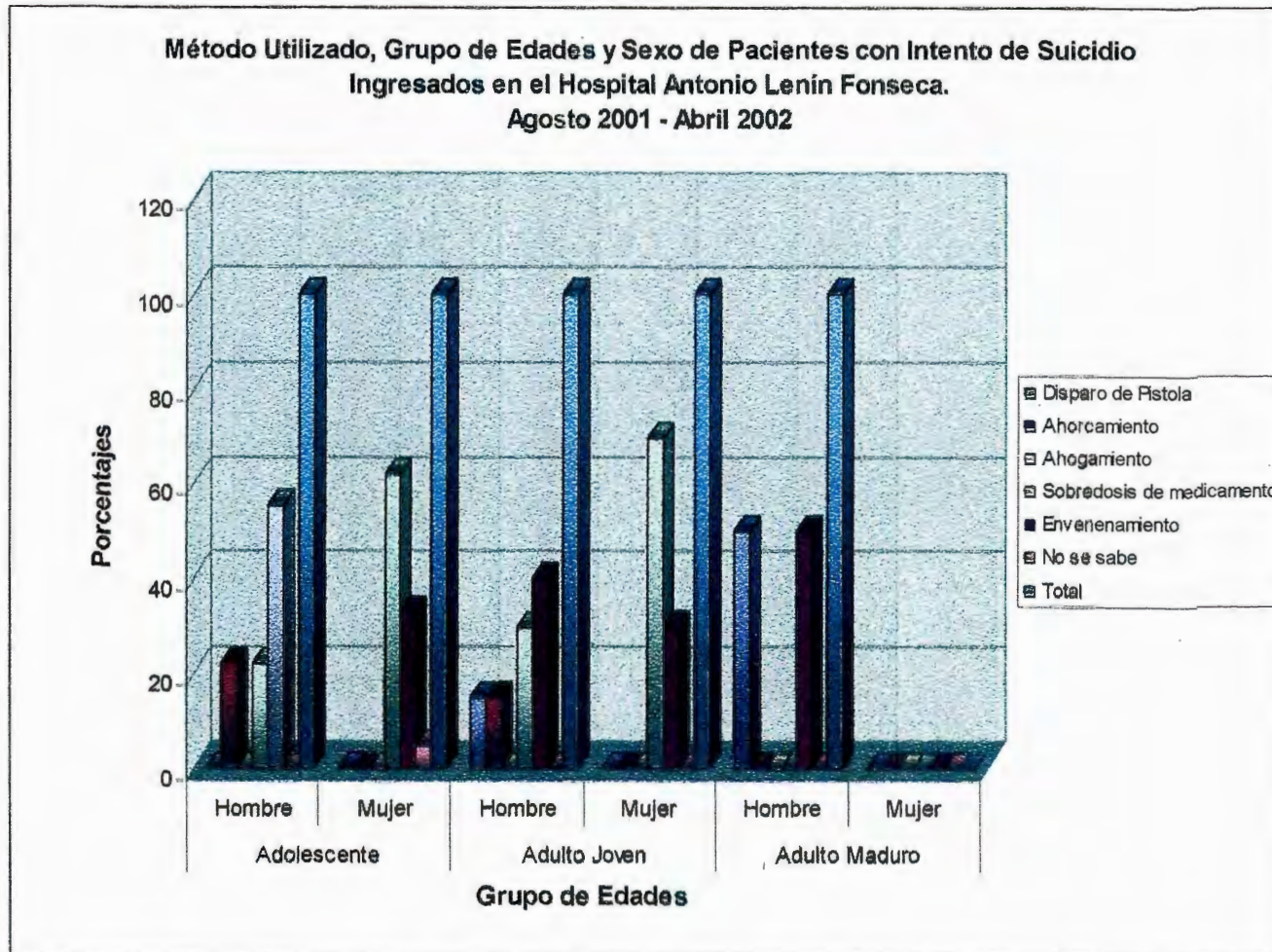


Gráfico 3.

