

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-LEON
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**



**TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**

“GRITOS DESESPERADOS BUSCANDO AYUDA”

**- Vigilancia de conducta suicida observacional en cinco hospitales de
Nicaragua, 2005. -**

Autores:

Bra: Dalia Marcela López Gutiérrez.

Br: Reynaldo Javier Rodríguez Rivas.

Tutores:

**Dr. Andrés Herrera Rodríguez PhD.
Profesor titular.
Facultad de Ciencias Médicas.**

**Lic. Julio César Rocha Castillo MSP.
Epidemiología - HEODRA.**

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos guiado y ser la fuerza espiritual en la realización de este estudio ayudándonos a culminar este importante trabajo.

Al Dr. Andrés Herrera Rodríguez, por su ayuda incondicional en la metodología de esta investigación.

A nuestros maestros por enseñarnos y transmitirnos sus conocimientos, a lo largo de los años lectivos, y a concluir exitosamente nuestra formación para el servicio de los pacientes.

A nuestras familias por saber tolerar las horas de ausencia.

DEDICATORIA

DEDICAMOS EL PRESENTE TRABAJO MONGRAFICO

A NUESTROS PADRES

AURA MERCEDES GUTIÉRREZ B.
ALCIDES RAMÓN LÓPEZ H.

CARLOS MARCELO RODRIGUEZ A.

QUIENES HAN SABIDO GUIARNOS CON AMOR Y SAGRIFICIO PARA
VENCER LOS OBSTÁCULO DE LA VIDA Y ABTENER ASÍ LA CORONACIÓN
DE NUESTRA CARRERA.

A MI ABUELITA



GERTRUDIS ÁLVAREZ PALACIO QUIEN ME DIO EL CARIÑO Y AMOR DE
MADRE; ENSEÑANDOME VALORES PARA TRIUNFAR EN LA VIDA.

A NUESTRAS (OS) HERMANAS (OS).

QUIENES CON SUS ORACIONES HAN ILUMINADO NUESTRO CAMINO.

"...Nuestro orgullo y meta debe ser el brindar la mejor medicina posible y obtener los mejores resultados en los pacientes que atendemos. Ello exige que tengamos un juicio crítico de nuestra atención, que sepamos dudar y cambiar prácticas ante nuevas evidencias"

OMS

INDICE	Pág.
I. Introducción - - - - -	1 -3
II. Antecedentes - - - - -	4 -5
III. Justificación - - - - -	6
IV. Planteamiento del problema - - - - -	7
V. Objetivos - - - - -	8
VI. Marco Teórico - - - - -	9 -22
VII. Diseño metodológico - - - - -	23 - 24
VIII. Operacionalización de las variables - - - - -	25 -27
IX. Consideraciones Éticas - - - - -	27
X. Resultados- - - - -	28 - 42
XI. Discusión - - - - -	43 - 47
XII. Conclusión - - - - -	48
XIII. Recomendaciones - - - - -	49 - 50
XIV. Bibliografía - - - - -	51 - 53
XV. Anexo - - - - -	54

RESUMEN

Según la OPS, Nicaragua tiene la tasa más alta de suicidios en Centroamérica. Los intentos de suicidios a nivel hospitalario en León, han sido reportados en los adolescentes de 15-19 años como las tasas más altas, encontrándose que las mujeres fueron tres veces más altas comparadas con los hombres (302.9 vs 98.9) por 100.000 habitantes en un año.

Esta tesis tuvo como objetivo describir las características de la conducta suicida (intento de suicidio y suicidio), registrados por el sistema de vigilancia epidemiológica de cinco Hospitales en Nicaragua durante el año 2005. El tipo de estudio es de corte transversal. La información se obtuvo mediante la revisión de los registros del sistema de vigilancia en el departamento de epidemiología en cinco hospitales de Nicaragua.

Resultados: se estudiaron un total de 601 pacientes, de los cuales 558 egresaron vivos, donde el 52.9% fueron mujeres y 43 egresaron fallecidos siendo el 70% hombres.

En intentos de suicidios los métodos más utilizados fueron envenenamiento por fármacos (57.9%) y plaguicidas (28.6%), mientras que en los suicidios fueron plaguicidas (73.7%) y fármacos (10.5%).

En intentos de suicidios los principales factores precipitantes en mujeres fueron: conflicto familiar (50.5%) y problemas pareja novio/a (14.9%), mientras los hombres fueron problemas psicológicos (6.4%) y financieros (3.4%); en cambio, en suicidios los conflictos familiares fueron (30%), problemas de parejas novio/a (16.7%), con predominio en hombres y en mujeres muerte familiar (7.7%). Al menos una cuarta parte de la conducta suicida está vinculada con la evidencia de alcohol.

Conclusión: La conducta suicida afecta principalmente a jóvenes, amas de casa y agricultores; asociado al uso de alcohol, disfuncionabilidad familiar y disponibilidad de los medios para realizar este tipo de acto, constituyendo así un problema de salud pública.

Palabras Claves:

Conducta suicida, Sistema de vigilancia, Cinco hospitales, Métodos, Nicaragua.

I - INTRODUCCIÓN

En el mundo el suicidio constituye un serio problema de salud pública. La complejidad del fenómeno en cuanto a su multifactorialidad causal como los aspectos culturales involucrados en las causas, repercusiones familiares y sociales, inciden negativamente en su prevención, abordaje, registro adecuado para programar y medir el impacto de las acciones ⁽¹⁾.

En los últimos 45 años, las tasas por suicidio han aumentado en 60% en el mundo, siendo cerca de 14.5 por 100,000 habitantes anual. El suicidio está ahora entre las tres principales causas de muerte entre 15-44 años (ambos sexos); estas cifras no incluyen los intentos suicidas siendo éste 20 veces más frecuente que el suicidio ^(2, 3).

Según, las proyecciones el suicidio en el mundo se estima que representa el 1.8% de la carga global total de enfermedad en 1998, y el 2.4% en los países con economía de mercado y las economías anteriormente socialistas, para el 2020 ⁽²⁾.

Diariamente en el mundo se producen de 8.000 a 10.000 intentos de suicidios y de estos 1.000 se mueren. Lo que quiere decir que la proporción aproximada entre los intentos de suicidios y los suicidios es de ocho a uno. En consecuencia, todos los años hay en el mundo millones de personas que atentan contra su vida, cifras ciertamente alarmantes. Según la OMS, el suicidio es la decimatercera causa de muerte a nivel mundial ⁽⁴⁾.

La prevalencia de ideas suicidas van de 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y adultos, en México el rango varía de 1% a 40%. Para intento de suicidio la prevalencia entre la población adolescente varía de 3.0% a 8.3% y de 2.2% a 20% entre la población adolescente y la adulta ⁽⁵⁾.

El suicidio es más frecuente en los países industrializados. (Por ejemplo, en Canadá, la tasa de mortalidad por suicidio es 11,6 por 100.000 habitantes, en Estados Unidos son de 1.5 por 100,000 en el grupo de 10 a 14 años y 8.2 por 100,000 en el de 15 a 19 años). Siendo la décima causa de muerte en estos países, contra 5,6 en los de bajos ingresos, que corresponden a América Latina y el Caribe (En particular Colombia, 4,5 por 100.000, Paraguay 4,2 por 100.000), registra la OMS ^(2, 3, 5, 6).

De acuerdo al MINSA el suicidio es ahora la duodécima causa principal de muerte en los nicaragüenses desde 1999 y en el 2000 la undécima causa de muerte. El suicidio toma la vida de más de 1 nicaragüense diariamente, 368 al año. Si tomamos en cuenta que los expertos consideran que por cada suicidio se producen entre 30 y 60 intentos, debemos inferir que la carga de morbimortalidad para el país es grande ⁽²⁾.

Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) con mayores tasas de suicidio en el 2003 fueron Chinandega con 10 x 100,000 hab. Managua con 8 x 100000 hab y Matagalpa con una tasa de 7 x 100.000 habitantes ⁽⁷⁾.

Los SILAIS con menores tasas de suicidio fueron Río San Juan 3 X 100,000 hab. Chontales con 2 x 100,000 hab; y la Región Autónoma del Atlántico Sur con 2 x 100,000 habitantes ⁽⁷⁾.

Los suicidios son la tercera causa de muerte en varones y la cuarta en mujeres de 15 a 24 años. El problema es más grave cuando se considera que la morbilidad por intento de suicidio supera ampliamente estos porcentajes; constituyendo un flujo constante de pacientes hacia todas las instalaciones de urgencias Hospitalarias. Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS), El Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) de Atlanta, elaboraron las Guías, para la implementación de sistemas de vigilancia. Desde el 2001 ambas instituciones están colaborando con el MINSA para la implementación de sistemas hospitalarios de vigilancia de lesiones (SHVL) en Nicaragua; con el fin de ayudar a visualizar la epidemia escondida y

a la vez promover que ministerios, municipalidades, organizaciones no gubernamentales etc, incluyan en sus políticas y quehacer diario la prevención y control de dichas lesiones ^(2,8).

Este trabajo de investigación lo estamos haciendo en base a los datos existentes del sistema de vigilancia, con el propósito de presentar la información más actualizada y disponible en el sistema de vigilancia epidemiológica en cinco hospitales de Nicaragua, en el cual identificaremos los grupos de la población en riesgo, factores precipitantes que conllevan a una conducta suicida a fin de sugerir medidas de prevención.

II - ANTECEDENTES

En Nicaragua los casos de intento suicida y suicidio se han venido incrementando en los últimos años siendo la población más afectada los jóvenes por lo que se han realizados estudios en diferentes partes del país, para poder dar seguimiento a los factores desencadenantes y poder dar respuesta a esta problemática de salud pública ⁽⁹⁾.

Entre 1999-2002 en el HEODRA se realizó un estudio sobre intentos suicidas en el cual 326 personas fueron admitidos al hospital, de los cuales excluyeron a 17 casos por suicidios, 28 personas abandonaron antes de la entrevista. Finalmente, de dicho estudio se obtuvo los siguientes resultados:

- El nivel educativo de los pacientes predominó la secundaria para el 51.0%, la población económicamente activa empleada fue el 23.9%, desempleada 10.6%, estudiante 45.9%, ama de casa 19.3%.
- La distribución de edades según sexo: 15 – 19 años, 53.4% sexo femenino, 37.5% masculino, seguido de 20 – 24 años 20.8% para masculino, 15.5% femenino.
- El estado civil más común fueron los solteros 54.9%, seguido de los casados 31.9%.
- La procedencia de los afectados 92.7% urbano y rural 7.3% ⁽⁹⁾.

En un estudio realizado recientemente sobre actitudes hacia el suicidio en León se reportó como principales razones para intentar suicidarse, en el caso de las mujeres fueron problemas familiares y con su pareja, mientras que los hombres expresaron razones económicas ⁽¹⁰⁾.

Para el mismo período del estudio anterior (1999-2002), se realizó un estudio en San Rafael del Norte – Jinotega sobre el perfil psicológico en pacientes con intento suicida y en estos se encontró que la edad más afectada fue 17-25 años; el sexo predominante para el suicidio fue femenino 78.3%, el nivel académico predominante fue primaria incompleta, la procedencia más

frecuente fue rural, la ocupación predominante fue ama de casa, seguidos de los estudiantes; el 100% de los pacientes en estudio; provenían de familias desintegradas, con antecedentes de intento suicida y suicidio en familias de los pacientes que habían intentado suicidarse ⁽¹¹⁾.

III - JUSTIFICACIÓN

Las personas que intentan suicidarse, casi invariablemente provienen de un sistema psicosocial alterado. Es por ello que el estudio de la conducta suicida, merece particular atención, desde luego por las repercusiones que genera en los individuos que han intentado suicidarse (se sienten rechazados y ajenos a sus amigos y/o familiares; lo que ha repercutido en su salud, su sentir y la capacidad de integrarse a la sociedad) y en el seno de la sociedad, especialmente entre aquéllos en riesgo por su inducción al modelaje ^(1, 12).

Dado que el intento de suicidio implica un estado riesgoso para el organismo del individuo, el cual debe ser tratado médicamente y psicológicamente con el fin de reestablecer el equilibrio del funcionamiento orgánico, lo cual se lleva a cabo generalmente en instituciones de atención de salud (como centros de salud, unidades de emergencia en hospitales, entre otros) y por médicos de especialidades diferentes a la Psiquiatría. Considerándose como un problema de salud pública debido a la alta demanda de recursos profesionales y financieros que representa para los sistemas de salud por ejemplo: En un estudio de costo de lesiones realizado en el HEODRA en 1995 se obtuvo que los costos de estancia hospitalaria por intento de suicidios fue de 26.1 dólar por día, además se agregó el costo de servicios de rayos "X", estimado en 13.2 dólar, en aquellos que lo requirieron ^(13,14).

La vigilancia epidemiológica es la recopilación sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones y al mismo tiempo ser utilizadas para su difusión ⁽⁸⁾.

Por consiguiente haciendo uso del sistema de vigilancia en cinco hospitales de Nicaragua se pretende describir las principales características de la conducta suicida.

IV - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada la situación de intentos de suicidios en Nicaragua, se realizó un estudio en el HEODRA dentro del sistema de vigilancia de lesiones; en el cual se reportó que la mayoría de los intentos de suicidios eran mujeres (68.8%), más jóvenes que los varones con un promedio de edad de 20.8 años versus 24.6 años ⁽⁹⁾.

De éstos, los adolescentes de 15 -19 años tuvieron las tasas más altas encontrándose que las tasas entre las mujeres fueron tres veces más altas comparadas con las de los hombres (302.9 versus 98.9) por 100.000 habitantes en un año. Los métodos que predominaron fueron la intoxicación con fármacos (70.7%) y la intoxicación con plaguicidas o venenos (19.1%). Se encontró que el 80% de los participantes tuvieron contacto previo con los servicio de salud y de este porcentaje, el 46.5% había estado seis meses previos al intento de suicidio ⁽⁹⁾.

El intento de suicidio representa un “llanto por ayuda” en la población que lo sufre, por tal razón nos hemos planteado el siguiente problema:

¿Cuáles son las principales características de la conducta suicida registrados por el sistema de vigilancia de cinco Hospitales en Nicaragua en el período de Enero a Diciembre del 2005?

V - OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir las principales características de la conducta suicida (intento de suicidio y suicidio), registrados por el sistema de vigilancia epidemiológica de cinco Hospitales en Nicaragua en el período comprendido de Enero a Diciembre 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir los factores socio-demográficos de la conducta suicida (intentos de suicidios y suicidios).
2. Identificar los principales métodos usados, lugar, mes y hora de ocurrencia de la conducta suicida.
3. Identificar factores precipitantes de la conducta suicida.

VI - MARCO TEÓRICO

Existen varias explicaciones bio-psico-sociales por qué los seres humanos que se hayan orientado hacia la vida se entregan a comportamientos autodestructivos, amenazantes para la vida como hostiles o abiertamente suicidas. Cualquiera que afirma que existen respuestas sencillas a estas complicadas decisiones humanas probablemente no comprende la naturaleza del hombre. El término “suicidio”, definido como el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar (Shneidman, 1973), una multitud de estados motivacionales consciente e inconscientes ⁽¹⁵⁾.

Según el diccionario de la lengua Española la palabra suicidio se deriva del latín: SUI = Sí mismo. CIDIUM O CAEDERE = Matar; esto significa matarse así mismo ó atentar contra su propia vida ⁽¹⁶⁾.

El intento de suicidio puede considerarse como una “llamada de socorro” frente a situaciones afectivas difíciles. Ello podría explicar en parte la elevada incidencia de intentos entre jóvenes que al carecer de experiencia en argumentación verbal se ven obligados a recurrir a argumentos físicos, es decir, a un comportamiento autodestructivo visible. La “llamada de socorro” lanzada por el individuo puede despertar sentimientos inmediatos de culpabilidad en las personas más allegadas, sobre todo si estiman que su comportamiento a contribuido a la angustia del individuo o que, no habiéndola advertido, no han hecho nada por disiparla. Después del intento de suicidio esas personas se vuelven más atentas y protectoras, pero esa situación no es probable que dure mucho, de manera que el individuo vuelve a su estado anterior sin haber resuelto el conflicto y todo puede volver a empezar. El individuo ve en un nuevo intento de suicidio una “oportunidad equivocada de ayuda” ⁽¹⁷⁾.

Conducta suicida:

La conducta suicida abarca las actitudes o ideas suicida, los intentos de suicidios y el suicidio. Los planes y actos de tipo suicida a menudo se denominan gestos suicida, que sobre todo son de tipo comunicativo. Ese tipo de mensaje que el suicida potencial envía no deben ser pasado por alto, son peticiones de ayuda que requieren una cuidadosa evaluación y tratamiento encaminado a aliviar una miseria moral y prevenir las repeticiones de intentos especialmente si se tiene en cuenta que las personas que hacen el primer intento vuelven a probar un año después o antes. El intento de suicidio es un acto suicida sin consecuencias fatales, bien por que la intención era vaga o ambigua o la forma elegida tenia un potencial bajo ⁽¹⁸⁾.

La diferencia entre el suicidio e intento suicida no es absoluta, ya que puede haber intentos de suicidio en los que la persona actúe con tanta determinación que su decisión de quitarse la vida solo se ve frustrada porque es descubierto y se aplican medidas para su recuperación, mientras que otro intento suicida puede acabar teniendo un desenlace fatal porque la persona calculó mal sin tener plena intencionalidad de causarse la muerte ⁽⁶⁾.

Existe un amplio rango de conductas suicidas con algunas diferencias cualitativas:

- 1) Planificación o pensamientos suicidas con intención de morir.
- 2) Amenaza, expresión verbal de intención suicida.
- 3) Gesto, amenaza suicida con los medios disponibles para intentarlos.
- 4) Conducta destructiva directa ⁽¹⁹⁾.

También otros autores (Herrera A. y Caldera T.) lo clasifican como:

- a) Gestos suicida
- b) Deseo de morir
- c) Ideas suicida
- d) Plan suicida
- e) Intento suicida
- f) Suicidio ⁽²⁰⁾.

Aproximaciones históricas y teóricas.

El comportamiento suicida data de muchos siglos atrás. Durante la época romana la vida no era muy apreciada y el suicidio era considerado de forma neutral e incluso positiva ⁽¹⁵⁾.

San Agustín en el siglo IV rechazó cualquier forma de comportamiento suicida. Así para la sociedad occidental fue considerado pecaminoso por cientos de años y se estableció dentro de la ley en la mayoría de los países occidentales ⁽¹⁵⁾.

A principio del siglo XX existían dos corrientes principales. Una iniciada por Emile Durkheim desde el punto de vista sociológico y la otra por Sigmund Freud quien se centró en el aspecto psicológico ⁽¹⁵⁾.

Emile Durkheim postuló tres tipos de suicidio:

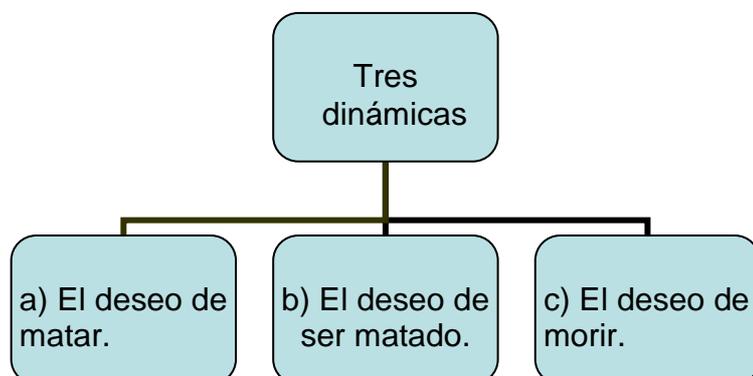
1) El Altruista: Está literalmente pedido por la sociedad. En este caso, las costumbres o reglas del grupo reclaman el suicidio en determinadas circunstancias.

2) El Egoísta: Estos se producen cuando la persona tiene muy pocos lazos con la comunidad.

3) El Anómico: Se producen cuando la relación habitual entre la persona y su sociedad se estrella repentinamente, ejemplo: pérdida de un empleo o de un amigo íntimo ⁽¹⁵⁾.

Mientras tanto, Sigmund Freud en su teoría psicológica estableció que el origen del suicidio se hallaba en la mente. Los hombres se identifican de forma ambivalentes con los objetos que aman así que, cuando son frustrados, el lado agresivo de la ambivalencia se dirige contra la persona internalizada ⁽¹⁵⁾.

Posteriormente Menninger afirmó lo siguiente: ⁽¹⁵⁾.



El estudio mas importante de intento suicida fue por Edwin Stengel (1964). De Sheffield. Lo más importantes de sus argumentos y presentaciones estadísticas parecen sugerir que los que llevan a cabo un intento suicida y los que realmente se suicidan representan dos poblaciones esencialmente diferentes.

- 1) Los que intentan el suicidio pero son pocas los que llegan a suicidarse.
- 2) Los que se suicidan, muchos de los cuales lo habían intentado previamente ⁽¹⁵⁾.

Mas tarde el comité de nomenclatura y clasificación reunidas en Filadelfia (1971) bajo coordinación A. Beck distingue 3 amplias categorías:

- a) **“El suicidio completo”** consiste en un acto voluntario, auto inflingido de la amenaza vital que termina con la muerte.
- b) **“El intento suicida”** es el mismo tipo de acto, con injuria física, pero sin muerte.
- c) **“Las ideas suicidas”** que incluyen ideas y actos suicidas, indicadores de una pérdida del deseo de vivir, pero de los que no resulta injurias físicas ⁽²¹⁾.

Factores socio- demográficos asociados a intentos suicidas.

Edad: El suicidio es raro antes de la pubertad es decir, en los niños de entre seis y once años. Se considera que alrededor del 10 por ciento de quienes lo intentan lo consiguen. En las personas de 15-21 años, se estima que el intento es mayor en las mujeres que en los hombres 3:1. La frecuencia suicida aumenta con la edad, entre los hombres el pico es después de los 45 años, en mujeres entre los 55 y 64 años, ^(22, 23, 24).

Sexo: Los hombres cometen más suicidios, en cambio las mujeres lo intentan con mayor frecuencia. La relación hombre-mujer, varía de acuerdo con los países; así es de 4:1 en Panamá, México, El Salvador, Costa Rica y Chile. De 3:1 en Venezuela, EE.UU., Paraguay, Perú, Guatemala, Canadá, Argentina y Nicaragua. En Uruguay, Puerto Rico, Ecuador y Colombia es de 2:1. En Cuba y República Dominicana es de 1:1 ^(7, 21).

En Nicaragua esta relación por departamento es Boaco 11:1, Masaya 6:1, Chinandega 4:1, RAAS 1:1, mientras la relación mujeres-hombres en Chontales, RAAN y Río San Juan es de 2:1 ⁽⁷⁾.

Estado Civil: En EE.UU., se ha estimado que las personas casadas tienen una tasa suicida de 11 x 100.000 habitantes. Los solteros representan el doble y las que enviudaron tiene cifras de 24 x 100.000 habitantes, los divorciados registran 69 x 100.000 comparado con el 18 x 100.000 de las mujeres que son divorciadas ⁽²⁴⁾.

Ocupación: El suicidio es más frecuente entre los desempleados que entre las personas que trabajan. La pobreza y una función socialmente disminuida (ambas consecuencia del desempleo) a menudo parecen asociarse con un incremento del comportamiento suicida, en especial cuando se ha perdido repentinamente el trabajo. Por ejemplo: En Uruguay en el 2005 se dio un derrumbe económico, que lo llevó a una de las más altas tasas de suicidio en América; 20 por cada 100.000 habitantes ⁽³⁾.

Los médicos han sido considerados los profesionales más propensos al suicidio y entre ellos los psiquiatras son los de mayor riesgo, seguidos de los oftalmólogos y los anesthesiólogos ⁽¹⁸⁾.

Procedencia: Hay con frecuencia grandes disparidades entre las tasas de suicidio de las zonas urbanas y las rurales. Por Ej: en la ciudad de Nueva York en 1997, se registraron el triple de la cantidad de suicidio que en el estado de Nevada, constituido en gran parte por zonas rurales ⁽³⁾.

Los suicidios en zonas rurales pueden deberse al aislamiento social y las dificultades para detectar las señales de advertencia, el acceso limitado a los servicios de salud y los niveles inferiores de educación. Los métodos usados en zonas rurales son los plaguicidas. Así ha sido mostrado en un estudio realizado en la China, pero sobretodo en mujeres ^(3,25).

Lugar de ocurrencia: Según estudio en el HEODRA la casa es el sitio más común que se efectúan los intentos de suicidio, predominando el 87.3% para el sexo masculino y 93.9 para el sexo femenino ^(9, 26).

Métodos: Los métodos pueden hacer las diferencias por sexo entre suicidios e intentos de suicidios. Los métodos de los suicidios son las armas de fuego, el ahorcamiento, ahogamiento y el salto al vacío relacionado a los hombres. Las mujeres usan métodos pasivos, como intoxicación con fármacos, que rara vez causan la muerte ⁽²²⁾.

Según estudio realizado en el HEODRA los métodos para intentos suicidas más usados fueron los fármacos y drogas (femenino 71.7% y masculino 65.2%), seguido de pesticida (23.3% en masculino y 17.3% femenino) ⁽⁹⁾.

Estación: Internacionalmente los intentos de suicidios ocurren con mayor frecuentes entre los meses de Abril a Septiembre y con menor frecuencia en Octubre a Marzo. En Nicaragua existe Un patrón consistente de dos picos de intentos de suicidios en los meses de Mayo-Junio y Octubre-Noviembre

probablemente relacionados con la finalización de los primeros y segundos exámenes semestrales de las escuelas ^(9, 26).

Días de la semana: en un estudio realizado en el HEODRA durante 1994 – 1997, se encontró que el día con mayor frecuencia de intentos de suicidios es el jueves seguido de lunes y domingo ⁽²⁷⁾.

Hora del Día: Internacionalmente el riesgo de intento de suicidio es mayor entre las 6:00 am a 5:59 pm que entre las 6:00 pm a 5:59 am. En Nicaragua según estudio ocurren la mayoría entre las 11:00 y 13:00 horas y 19:00 a 21:00 horas ^(9, 26).

Salud mental: Algunos factores psiquiátricos y psicológicos han sido reportados como asociados tales como:

- Depresión grave.
- Trastorno del estado de ánimo (afectivos), como el trastorno bipolar (enfermedad caracterizada por período de depresión alternos con períodos de excitación de manía, en la cual la alteración del estado de ánimo puede durar días o meses.
- Esquizofrenia.
- Ansiedad y trastornos de la conducta.
- Impulsividad.
- Sensación de desesperanza ⁽³⁾.

No obstante son diversas las causas que pueden desencadenar un intento de suicidio, aunque quizás las dos que ofrecen mayor riesgo son las depresiones y los alcohólicos. Información suministrada por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) revela que el 65% de los intentos de suicidios se encuentran asociados a la depresión, una patología que, ha sido reportada en constante aumento ⁽¹⁾.

La esquizofrenia representa un riesgo de 10-12% siendo particularmente alto en varones jóvenes, pacientes en la primera etapa de enfermedad, con recaídas crónicas y los que temen sufrir una desintegración mental ⁽³⁾.

Conducta suicida previa: Un intento suicida pudiera ser el mejor indicador para decir que un paciente está en alto riesgo suicida. Más de la mitad de los que intentaron suicidarse hicieron más de una tentativa y casi el 20% de los segundos intentos fueron hechos dentro de los 12 meses posteriores al primero, siendo aproximadamente el 10 % que se suicida. ^(3, 24).

Las estimaciones del aumento del riesgo vinculados con antecedentes de intentos anteriores es de 20-30 veces mayor en comparación con la población en general. De repetirse los intentos de suicidio, estos suelen recaer más en personas de edad que en jóvenes ⁽³⁾.

Factores Fisiológicos:

Genético: Los antecedentes familiares de suicidio son un reconocido marcador que señala mayor riesgo de suicidio. Esto indica que el factor genético puede predisponer algunas personas al comportamiento suicida Ej: los estudios sobre gemelos han revelado que los monocigóticos, que comparten 100% de sus genes, tienen una concordancia mayor para el suicidio como para el intento de suicidio que los gemelos dicigóticos, que comparten 50% de sus genes. Sin embargo, podría ser que sea un trastorno psiquiátrico lo que se hereda, en lugar de una predisposición genética al comportamiento suicida, y que ese trastorno haga más probable el comportamiento suicida ⁽³⁾.

Neuroquímica: Algunos estudios han encontrado alteraciones de metabolitos de la serotonina (neurohormona que controla el estado de ánimo y la agresión) en el líquido cefalorraquídeo de pacientes psiquiátrico adulto que se suicidaron. Un deterioro del funcionamiento de las neuronas que contienen serotonina puede ser una causa subyacente de la menor capacidad de una persona para resistir los impulsos de dejarse llevar por pensamientos suicidas ⁽³⁾.

Otros factores sociales y ambientales también interactúan con los antecedentes familiares para aumentar el riesgo de suicidio. Incluyen factores tan diversos como la disponibilidad de métodos para cometer el suicidio, el lugar de residencia, situación laboral o migratoria, credo religioso y situación económica ⁽³⁾.

Etiología.

No existen causas específicas de intento de suicidio y suicidio, aunque sí factores que los predisponen como antecedentes de suicidios en la familia, abuso de alcohol, consumo de drogas, trastorno de conductas, conocer a alguien que ha intentado o consumado un suicidio, el estrés agudo, problemas con la ley, problemas en el colegio, embarazo no deseado, el aislamiento social y la ansiedad etc ^(15, 22).

Las personas que llevan a cabo un intento de suicidio dan muchas razones pero, por regla general, pocas razones son convincentes para establecer deseos de morir o la probabilidad de un intento de suicidio ⁽¹⁵⁾.

De hecho, cuando se han recuperado, la mayoría de las personas rehúsan en admitir que intentaban suicidarse; racionalizando sus intentos como un lamentable accidente. Además, los pacientes suicidas muy a menudo pueden diferenciar perfectamente entre los actos simplemente peligrosos y aquellos en los que intentaban morir. Diferenciando o no la intención, los que intentan suicidarse generalmente hablan de problemas de venganza, librarse de sufrimientos, diferencias con personas claves para ellos, pérdida de autoestima etc. Además los pacientes suelen sentirse desesperados, sin ayuda para llevar a cabo cualquier cosa para cambiar la situación ⁽¹⁵⁾.

Identificación del adolescente con alto riesgo de intento suicida.

El intento de suicidio suele ir precedido por cambios de la conducta, pero el adolescente tiende menos que el adulto a manifestar la ansiedad, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito, sentimiento de desesperanza, baja autoestima

y desesperación u otros síntomas característicos que acompañan a menudo a la depresión, qué es el factor psiquiátrico subyacente más frecuente en adolescente joven. En el adolescente mayor el consumo de drogas es más frecuente ^(22, 26).

En los adolescentes con antecedentes familiares de suicidio, trastornos psiquiátricos, o con una historia antigua de conducta suicida debe investigarse el riesgo de intento suicida ⁽²²⁾.

Una vez identificado el adolescente suicida es necesaria una evaluación exhaustiva del adolescente, familia y la relación de esta y del adolescente. La evaluación debe centrarse en los trastornos de salud mental, comportamiento hacia el mismo sexo, dado que el adolescente homosexual parece tener un riesgo mayor de suicidio ⁽²²⁾.

Las advertencias hacia el suicidio.

Durante las horas y los días antes que una persona se quite la vida generalmente hay signos de advertencias; los signos mas fuertes e inquietantes son verbales “No puedo seguir adelante”, “Ya nada me importa” o incluso “Estoy pensando en acabar con todo”. Los comentarios de esta índole hay que tomarlos siempre en serio.

Otras advertencias comunes incluyen:

Estado de depresión o abandono.

Comportamiento temerario.

Poner orden en los asuntos y regalar posesiones de valor.

Un cambio radical en el comportamiento, actitud o apariencia.

Abuso de drogas o alcohol.

Sufrir una pérdida importante o cambio de vida ⁽²⁾.

La lista siguiente expone más ejemplos que puedan dar señal que alguien este contemplando el suicidio. Naturalmente en la mayoría de los casos, estas situaciones no terminan con el suicidio. Sin embargo, generalmente cuanto mas señales da una persona, mayor es el riesgo de suicidio ⁽²⁾.

Situaciones

Abuso sexual o físico.

Historia familiar de suicidio o violencia.

Fallecimiento de un amigo íntimo o miembro de la familia.

Divorcio o separación, marcando el fin de una relación.

Pobre resultados académicos, exámenes próximos o resultados de los mismos,

Perdida del trabajo, problemas en el trabajo.

Procesos legales, inminentes.

Encarcelamiento reciente o próxima encarcelación.

Comportamiento

Llantos.

Peleas.

Infracción a la ley.

Irreflexiones.

Auto herirse.

Escritos acerca de la muerte y suicidio.

Comportamiento previo de suicidio.

Extremos en el comportamiento.

Cambios en el comportamiento.

Cambios Físicos

Falta de energía.

Desequilibrio en el sueño (aumento o pérdida).

Falta de apetito.

Aumento o pérdida repentinos de peso.

Aumento en las enfermedades leves.

Cambio en el interés sexual.

Cambio repentino en la apariencia.

Falta de interés en la apariencia.

Pensamiento y emociones

Pensamiento hacia el suicidio.

Soledad – Falta de apoyo de la familia y amigos.

Rechazo, sentirse marginado.

Profunda tristeza o culpabilidad.

Incapacidad de enfocar las cosas.

Soñar despierto.

Ansiedad y estrés.

Sentirse inútil.

Pérdida de autoestima ⁽²⁾.

Epidemiología.

En cada ciudad o país, el número de suicidios tiene que ver con la idiosincrasia de los grupos socioculturales y con los factores que provocan la desorganización social ⁽²¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud reporta alrededor de 500,000 muertes cada año, con estimado de 1,110 suicidios cada día; produciéndose, a la vez, entre 10 y 20 intentos por cada uno, representando con ello una muerte por suicidio cada 40 segundo y un intento de suicidio cada 3 segundo en promedio respectivamente. Éstas son cifras conservadoras, pues por múltiples razones en diferentes países existe la tendencia a no reconocerlos y publicarlos ^(28,29).

De acuerdo con estimados de la organización mundial de la salud, 100.000 adolescente se suicidan cada año en el mundo. Se ha visto que el fenómeno de la conducta suicida entre los adolescentes y adultos jóvenes ha ido en franco incremento dentro de la población europea y norteamericana. En Latinoamérica, según la organización Panamericana de la Salud, las tasas promedio de suicidios en los jóvenes (15 a 24 años) por 100.000 habitantes es de 13.5 mientras que las jóvenes tienen una tasa promedio de 6.6 por 100.000. Estas tasas aumentan dramáticamente cuando analizamos solamente Nicaragua donde encontramos que la tasa de suicidio entre los jóvenes es de 32 por 100.000 habitantes y entre las jóvenes es de 23.7 por 100.00 habitantes ^(9, 30).

Con el apoyo técnico de la OPS/OMS, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), lleva años sumando esfuerzos para que el mundo adquiriera conciencia en un esfuerzo colectivo para evitar que las bases de datos de más muertes por suicidio continúen llenando estadísticas. Es por esto que el 10 de Septiembre esta reservado como un día especial con carácter internacional para la prevención del suicidio ⁽²⁸⁾.

Situación del Suicidio en Nicaragua en el período 1999-2003.

En Nicaragua el suicidio es un problema de salud pública, siendo el grupo de 15-34 años, el más afectado, agregándose que cada persona que se suicida deja tras de si a muchas otras familiares, amigos y la comunidad que resultan afectadas emocional, social y económicamente ⁽⁷⁾.

Durante el año 2003 se registraron 354 suicidios, correspondiendo el 73% (260) a hombres y el 27% (94) a mujeres, lo que representa una tasa de suicidio de 6.5 x 100.000 habitantes ⁽⁷⁾.

La tasa de suicidio en mujeres durante el año 2003 fue de 1,7 por 100.000 hab. (94) notablemente más baja que la de los hombres que fue de 4,7 por 100.000 habitantes (260). Por la notable diferencia, se compararon las tasas observadas tanto a nivel nacional como en cada uno de los 17 SILAIS. Los SILAIS con tasas más altas de suicidio en mujeres fueron: Madriz con una tasa de 6.1 x 100,000 hab., Jinotega con una tasa similar a la anterior y Nueva Segovia con una tasa de 4.7 x 100.000 habitantes, mientras que los SILAIS con menor tasa de suicidio fueron Boaco con una tasa de 1.2, Masaya con una tasa de 1.3 y RAAS con tasa de 2 por 100.000 habitantes ⁽⁷⁾.

En el caso de los hombres, los SILAIS con mayores tasas de suicidio fueron Chinandega con una tasa de 16, Boaco con una tasa de 13 y Managua con una tasa de 12 por 100,000 habitantes; mientras que los SILAIS con menores muertes por esta causa en hombres fueron RAAN con una tasa de 1, Chontales con una tasa de 1 y RAAS con una tasa de 2 por 100,000 habitantes. Como puede observarse la tasa de suicidio en hombres es tres veces mayor que las mujeres ⁽⁷⁾.

Para el período 99-2003 se reportan cambios en la mortalidad por suicidio. En términos absolutos, los suicidios aumentaron de 318 en 1999 a 354 en 2003, pero en cuanto a tasas se mantienen constantes encontrando la más alta para ambos sexos en el 2000 con 7.2 por 100,000 habitantes ⁽⁷⁾.

En el año 2003 el suicidio por envenenamiento aumentó en un 8% con respecto al año 2002, entre los otros métodos utilizados en el 2003 están: ahorcamiento 19%, armas de fuego 5% y por otros métodos no especificados un 0.3% ⁽⁷⁾.

VII - MATERIAL Y METODO

1. Tipo de estudio:

El tipo de estudio es de corte transversal.

2. Área de estudio:



Este estudio se realizó en cinco Hospitales de Nicaragua: ⁽³¹⁾.

- León :Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA).
- Managua :Hospital Materno- Infantil Fernando Vélez Paiz (HFVP).
: Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca (HEALF).
- Carazo : Hospital Regional Santiago Jinotepe (HRSJ).
- Jinotega : Hospital Victoria Motta (HVM).

3. Población de estudio:

Todos los casos registrados y diagnosticados como intentos de suicidios y suicidios por el sistema de vigilancia en cinco hospitales de Nicaragua en el período Enero-Diciembre 2005.

4. Fuente de información:

Secundaria, mediante la revisión de los registros del sistema de vigilancia en el departamento de epidemiología en cinco hospitales de Nicaragua.

5. Técnicas de recolección de datos.

Para el levantamiento de la información se utilizó una ficha estándar utilizada por el departamento de epidemiología, cuyos contenidos fueron:

- 1) Datos generales del paciente.
 - a- Edad
 - b- Sexo
 - c- Ocupación
 - d- Cabecera municipal, otros municipios.
 - e- Día
 - f- Mes
 - j- Hora
- 2) Datos generales del evento
 - a- Lugar del intento de suicidio
 - b- Métodos utilizados
 - c- Actividad que estaba haciendo la persona antes del intento de suicidio.
- 3) Datos específicos del evento.
 - a- Factores precipitantes al intento de suicidio.
 - b- Frecuencia de intentos.
 - c- Bajo efectos del alcohol y drogas.
- 4) Datos clínicos.
 - a- Destino del paciente.
 - b- Condición al egreso.

6. Procesamiento y análisis de los datos:

La captura inicial de los datos fue hecha por el sistema de vigilancia epidemiológica en cinco hospitales de Nicaragua en EPI - INFO 2002, luego se procedió a revisar la calidad del llenado de cada uno de los incisos de la ficha encontrando errores de clasificación, posteriormente realizamos una limpieza de la base de datos, y se paso al programa de SPSS Versión 12, para realizar el análisis de los datos.

VIII OPERACIONALIZACIONES DE VARIABLES

Variable	Concepto	Escala/Valores
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad (Años cumplidos).	10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-59 60-64 65- más
Sexo	Característica biológicas que diferencia al hombre de la mujer.	Masculino Femenino
Dirección	Lugar de residencia actual de la persona lesionada.	Cabecera municipal Otros municipios
Ocupación	Tipo de trabajo que está ejerciendo la persona lesionada.	Profesional Estudiante Ama de casa Comerciante Trab. Agrícola e industrial Otros
Lugar del intento suicida	Sitio donde se efectúa el intento de suicidio.	Casa Escuela Calle Trabajo Bar y/o Similares Otros No se sabe
Día	El día de la semana en que ocurrió el intento de suicidio.	Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Mes	El mes del año en que ocurrió el intento de suicidio.	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre
Hora	Cada una de las 24 partes en que se divide el día solar.	01-03 04-06 07-09 10-12 13-15 16-18 19-21 22-24
Métodos utilizados	Medios de proceder para llegar a un fin determinado	Transporte (en movimiento) Caída Golpe/fuerza contundente Objeto cortante/punzante Disparo arma/fuego Estrangulamiento Inmersión/ahogamiento Envenenamiento Otros No se sabe
Actividad	Actividad previa al intento de suicidio.	Trabajando Estudiando Practicando deporte Viajando Jugando Tomando licor/otras- drogas Otros No se sabe
Factores precipitantes	Son todos aquellos que desencadenaron el evento	Conflicto familiar Enfermedad física Problema psicológicos Problemas financieros Problemas de justicias Muerte familiar Abuso sexual o físico Probl. Pareja/novio/a Fracaso escolar Embarazo no previstos Otros No se sabe

Frecuencia de intentos	Deseo deliberado de atentar contra su vida anteriormente	Primera vez Subsecuente
Uso de alcohol	Evidencia del uso de sustancias psicoactivas precediendo al evento que provocó el intento de suicidio.	Si hay evidencia No hay evidencia
Destino	Situación a la que llega la persona con intento de suicidio después de ser atendida en el servicio de emergencias Hospitalarias.	Tratado y enviado a casa Hospitalizado Referido Fuga Abandono voluntario Fallece
Egreso	Condición de alta del paciente (incluye los hospitalizados y los atendidos en emergencias. No incluyen los que llegan fallecidos).	Vivo Fallecido

IX CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Si bien es cierto son datos secundarios, pero una vez que se tengan los resultados se darán a conocer al equipo a cargo del sistema de vigilancia para hacer las intervenciones adecuadas; sin embargo no se trata de revivir un evento, pero tiene implicancia en cambios de modalidad de programa.

Es bueno decir que este sistema de vigilancia tiene como norma ética:

- Crear un diseño que garantice el mínimo subregistro.
- Garantizar la confidencialidad de información.
- Proveer entrenamiento y apoyo continuo al equipo de investigación.
- Establecer un diseño del estudio dirigido a reducir las crisis ⁽⁸⁾.

X RESULTADOS.

Las características sociodemográficas de los intentos de suicidios.

Los siguientes resultados están basados en datos de pacientes que acudieron a emergencias de cinco hospitales por intentos de suicidios en el año 2005, un total de 601 casos fueron reportados, de estos 558 sobrevivieron y 43 fallecieron.

Los grupos etáreos más frecuentes con intentos de suicidios fueron de 15-19 años con un 35.2%, para el sexo femenino, seguido por el grupo de 20-24 años con el 32.3% para el masculino.

La principal ocupación en las mujeres fue amas de casa 72.2 % y en hombres fueron estudiantes 44.5%, trabajador industrial 16.7% y trabajador agrícola 14.1%.

Referente a la procedencia, prevaleció la ciudad de Managua con 42.2% y sus municipios con 9.9% para los hombres, seguido de León donde predominaron en zona urbana las mujeres con 24.1% y zona rural los hombres con 6.8%. En Jinotega los hombres predominaron en zona urbana (8.0%) y rural (3.4%), lo mismo que en Jinotepe los hombres predominaron en zona urbana (4.9%) y rural (6.5%).

Las diferencias en las demandas de atención hospitalarias según sexo varia en cada uno de los hospitales, por ejemplo: predominaron los hombres con 50.6%, en el HEALF, 11.8% HRSJ y 11.4% HVM en cambio en el HEODRA 29.5% y HFVP 10.5% predominaron la mujeres ^(Ver cuadro 1).

CUADRO 1. Características sociodemográficas de los intentos de suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

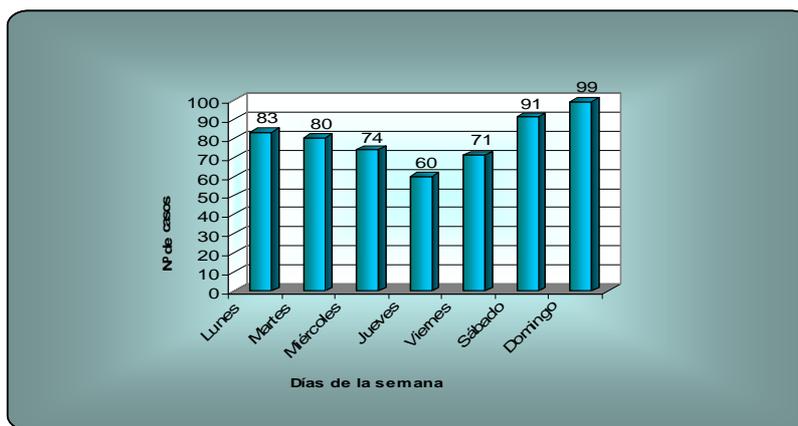
Variables	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Sexo	295	52.9	263	47.1	558	100.0
Edad						
10-14	51	17.3	16	6.1	67	12.0
15-19	104	35.2	63	24.0	167	29.9
20-24	63	21.4	85	32.3	148	26.5
25-29	25	8.5	41	15.5	66	11.8
30-34	20	6.8	27	10.3	47	8.4
35-39	13	4.4	12	4.6	25	4.5
40-44	7	2.4	6	2.3	13	2.3
45-49	6	2.0	4	1.5	10	1.8
50-54	3	1.0	5	1.9	8	1.5
55 a más	3	1.0	4	1.5	7	1.3
Total	295	100.0	263	100.0	558	100.0
Ocupación						
Ama de casa	213	72.2	0	0.0	213	38.2
Estudiantes	68	23.1	117	44.5	185	33.1
Trab. Industrial	0	0.0	44	16.7	44	7.9
Trab. Agrícola	0	0.0	37	14.1	37	6.6
Comerciante	3	1.0	23	8.7	26	4.7
Profesional	1	0.3	5	1.9	6	1.1
Otros	10	3.4	37	14.1	47	8.4
Total	295	100.0	263	100.0	558	100.0
Procedencia						
Managua	120	40.6	111	42.2	231	41.4
Managua (Municipios)	29	9.8	26	9.9	55	9.8
León	71	24.1	37	14.1	108	19.4
León (Municipios)	16	5.4	18	6.8	34	6.1
Jinotega	17	5.8	21	8.0	38	6.8
Jinotega (Municipios)	9	3.1	9	3.4	18	3.2
Jinotepe	12	4.1	13	4.9	25	4.5
Jinotepe (Municipios)	17	5.8	17	6.5	34	6.1
Otros	4	1.3	11	4.2	15	2.7
Total	295	100.0	263	100.0	558	100.0
Hospitales						
HEALF	122	41.4	133	50.6	255	45.7
HEODRA	87	29.5	55	20.9	142	25.4
HRSJ	29	9.8	31	11.8	60	10.8
HVM	26	8.8	30	11.4	56	10.0
HFVP	31	10.5	14	5.3	45	8.1
Total	295	100.0	263	100.0	558	100.0

Fuente: SVHLN.

Intentos de suicidios según días de semana.

En relación a los días de la semana se reportó el domingo con 99 casos (17.7%), siguiéndole en orden de importancia sábado y lunes con 91 casos (16.3%) y 83 casos (14.9%) respectivamente (Gráfico 1).

GRAFICO 1. Días de ocurrencia de los intentos de suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

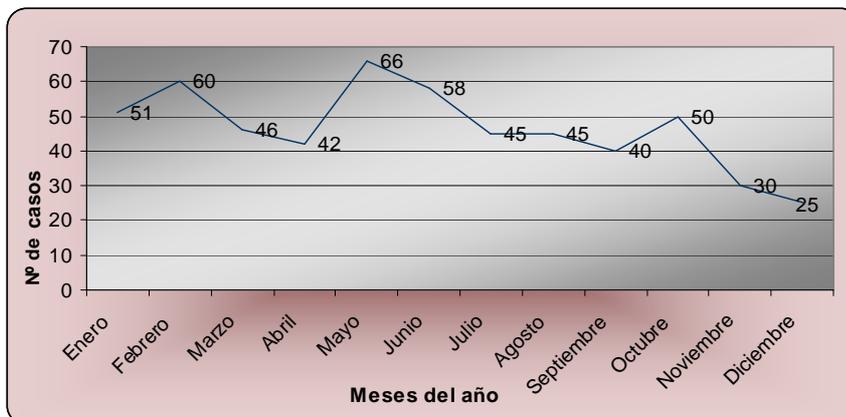


Fuente: SVHLN.

Intentos de suicidios según mes de ocurrencia.

En el período estudiado, el comportamiento según mes de ocurrencia muestra que los meses con mayores casos de intentos de suicidios fueron: Febrero 60 casos (10.7%), Mayo 66 casos (11.8%), Junio 58 casos (10.4%) y Octubre 50 casos (9%). En resumen, el promedio de intentos de suicidios es 47 casos mensuales en los cinco hospitales (Gráfico 2).

GRAFICO 2. Comportamiento mensual sobre intentos de suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

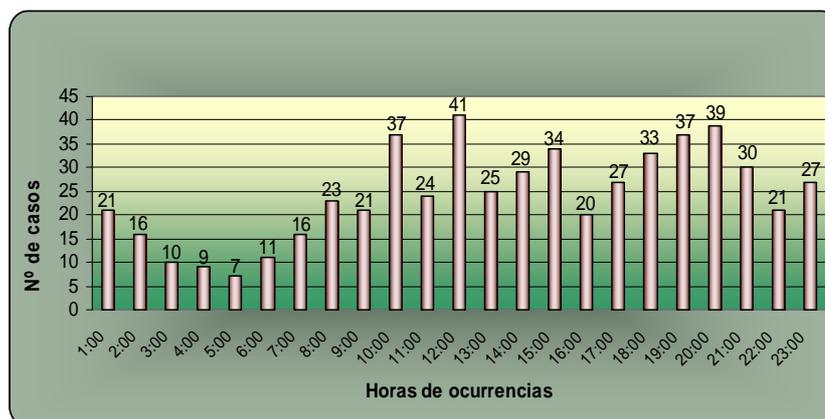


Fuente: SVHLN.

Intentos de suicidios según hora de ocurrencia.

Las horas del día con mayor ocurrencia de intentos de suicidios son: 10:00 y 12:00 hrs, y las 18:00 - 20:00 hrs (Gráfico 3).

GRAFICO 3. Hora de ocurrencia de intentos de suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.



Fuente: SVHLN.

Los principales métodos, lugar y actividad de los intento de suicidios.

Los métodos más usados para intentos de suicidios fueron: envenenamiento 87.8%, con predominio en mujeres, mientras objeto cortopunzante 25.1%, golpe fuerza contundente 4.9%, caída de otro nivel 4.6% y estrangulamiento 4.9% con predominio en varones, mientras que en relación al lugar del intento de suicidio más utilizados tenemos la casa 91.9% con predominio en mujeres, otros 10.6%, calle 9.5% con predominio en varones.

Referente a la actividad que realizaban los pacientes antes del intento de suicidio se encontró que el mayor porcentaje fue: no se sabe 42.7%, otros 39.3% con predominio en mujeres, tomando licor 44.5% y jugando, descansando 6.9% con predominio en varones ^(Ver cuadro2).

CUADRO 2. Métodos, lugares y actividad por sexo de los intentos de suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

VARIABLES	<u>Sexo</u>				<u>Total</u>	
	<u>Femenino</u>		<u>Masculino</u>		n	%
	n	%	n	%		
Métodos						
Envenenamiento	259	87.8	147	55.9	406	72.8
Objeto cortopunzante	18	6.1	66	25.1	84	15.1
Golpe fuerza contundente	4	1.4	13	4.9	17	3.0
Caída de otro nivel	5	1.7	12	4.6	17	3.0
Estrangulamiento	3	1.0	13	4.9	16	2.9
Otros	6	2.0	2	0.8	8	1.4
Disparo arma de fuego	0	0.0	4	1.5	4	0.7
No se sabe	0	0.0	3	1.1	3	0.5
Transporte en movimiento	0	0.0	2	0.8	2	0.4
Inmersión/ahogamiento	0	0.0	1	0.4	1	0.2
Total	295	100.0	263	100.0	558	100.0
Lugar						
Casa	271	91.9	202	76.8	473	84.8
Calle	8	2.7	25	9.5	33	5.9
Escuela	3	1.0	2	0.8	5	0.9
Trabajo	1	0.3	4	1.5	5	0.9
Bar	1	0.3	2	0.8	3	0.5
Otros	11	3.8	28	10.6	39	7.0
Total	295	100.0	263	100.0	558	100.0
Actividad						
Tomando licor	31	10.5	117	44.5	148	26.5
Jugando, descanso	18	6.1	18	6.9	36	6.40
Trabajando	4	1.4	8	3.0	12	2.2
Viajando	0	0.0	1	0.4	1	0.2
No se sabe	126	42.7	74	28.1	200	35.8
Otros	116	39.3	45	17.1	161	28.9
Total	295	100.0	263	100.0	558	100.0

Fuente: SVHLN.

Principales tipos de envenenamiento por intentos de suicidios.

Los tipos de envenenamiento más utilizados fueron: los fármacos 57.9% y plaguicidas con 28.6%, al realizar una comparación con sexo se observa que las mujeres usaron más fármacos que los hombres (69.9% vs 36.7%) en cambio los hombres usaron más plaguicidas que las mujeres (49.7% vs 16.6%)

(Ver cuadro 3)

CUADRO 3. Tipos de envenenamientos específicos según sexo de los intentos de suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

Envenenamiento	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Fármacos	181	69.9	54	36.7	235	57.9
Plaguicidas	43	16.6	73	49.7	116	28.6
Desconocidas	20	7.7	12	8.2	32	7.9
Hidrocarburos	2	0.8	2	1.4	4	0.9
Otros	13	5.0	6	4.0	19	4.7
Total	259	100.0	147	100.0	406	100.0

Fuente: SVHLN.

Principales tipos de envenenamiento por intentos de suicidios.

Los grupos etáreos que utilizaron más fármacos que plaguicidas fueron de 10 – 14 años (19.1%), 15 – 19 años (34.5%), al contrario de 20 – 24 años (31.0%) y 25 – 29 años (12.1%), donde utilizaron más plaguicidas que fármacos.

Con respecto a la ocupación el 56.2% eran ama de casa que utilizaron fármacos y el 25.9% plaguicidas, en estudiantes los fármacos predominaron con 30.2% vs plaguicidas 23.3%, en cambio en trabajadores agrícolas predominaron únicamente los plaguicidas 31.9% y en comerciantes los plaguicidas predominan con 8.6% vs fármacos 2.6%.

Los hospitales en los que predominó el uso de fármacos fueron: HEALF 50.6%, HEODRA 29.4% y HFVP 12.3%, mientras en el uso de plaguicidas fueron HVM 35.3% y el HRSJ 3.5% (Ver cuadro 4).

CUADRO 4. Envenenamiento por fármacos y plaguicidas según edad, ocupación y hospital de los intentos de suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

Variables	Envenenamiento			
	Fármacos		Plaguicidas	
	n	%	n	%
Edad				
10-14	45	19.1	1	0.9
15-19	81	34.5	35	30.2
20-24	47	20.0	36	31.0
25-29	23	9.8	14	12.1
30-34	13	5.5	15	13.0
35-39	12	5.1	4	3.4
40-44	6	2.6	4	3.4
45-49	3	1.3	4	3.4
50-54	3	1.3	1	0.9
55 a más	2	0.8	2	1.7
Total	235	100.0	116	100.0
Ocupación				
Ama de casa	132	56.2	30	25.9
Estudiantes	71	30.2	27	23.3
Trab. Agrícola	0	0.0	37	31.9
Comerciante	6	2.6	10	8.6
Trab. Industrial	12	5.1	0	0.0
Profesional	1	0.4	2	1.7
Otros	13	5.5	10	8.6
Total	235	100.0	116	100.0
Hospital				
HEALF	119	50.6	40	34.5
HEODRA	69	29.4	31	26.7
HVM	12	5.1	41	35.3
HFVP	29	12.3	0	0.0
HRSJ	6	2.6	4	3.5
Total	235	100.0	116	100.0

Fuente: SVHLN.

Factores precipitantes de los intentos de suicidios.

Al estudiar los factores precipitantes de los intentos de suicidios se encontró para el sexo femenino, conflicto familiar 50.5%, problema de pareja/novio(a) 14.9%, fracaso escolar 2%, muerte familiar 0.7%, enfermedad física 1.4%, abuso sexual 0.7% y embarazo imprevisto 0.3%. En los hombres fueron: no se sabe 29.7%, otros 7.6%, problemas psicológicos, financieros y de justicias con 6.4%, 3.4% y 3% respectivamente (Ver cuadro 5).

CUADRO 5. Factores precipitantes según sexo de los intentos de suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

Factores precipitantes	<u>Sexo</u>				<u>Total</u>	
	<u>Femenino</u>		<u>Masculino</u>		n	%
	n	%	n	%		
Conflicto familiar	149	50.5	93	35.4	242	43.4
Probl. Pareja/novio/novia	44	14.9	35	13.3	79	14.2
Problemas psicológicos	9	3.1	17	6.4	26	4.6
Problemas financieros	6	2.0	9	3.4	15	2.7
Problemas con justicia	2	0.7	8	3.0	10	1.8
Fracaso escolar	6	2.0	2	0.8	8	1.4
Muerte familiar	2	0.7	1	0.4	3	0.5
Enfermedad física	4	1.4	0	0.0	4	0.7
Abuso sexual o físico	2	0.7	0	0.0	2	0.4
Embarazo imprevisto	1	0.3	0	0.0	1	0.2
No se sabe	60	20.3	78	29.7	138	24.7
Otros	10	3.4	20	7.6	30	5.4
Total	295	100.0	263	100.0	558	100.0

Fuente: SVHLN.

Uso de alcohol según frecuencia, sexo y edad de los Intentos de suicidios.

Se encontró evidencia de alcohol, en mujeres que habían intentado suicidarse por primera vez 87.1% y subsecuente 12.9%, similar resultado se obtuvo en los hombres con el 87.2% por primera vez y 12.8% subsecuente

Las mujeres tuvieron mayor porcentaje que los hombres en no presentar evidencia de alcohol (89.5% vs 55.5%) mientras los hombres tuvieron mayor porcentaje de evidencia de alcohol que las mujeres (44.5% vs. 10.5%)

Los grupos etáreos con mayor porcentaje de evidencia de alcohol fueron de 15–19 años (16.1%) y de 25–29 años (19.3%), donde predominaron las mujeres, en cambio de 20–24 años (40.2%) y 30–34 años (16.2%), predominaron los hombres ^(Ver cuadro 6).

CUADRO 6. Uso de alcohol según sexo, edad y frecuencia de intentos de suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

Frecuencia de intento		<u>Uso de alcohol</u>				<u>Total</u>	
		<u>No hay evidencia</u>		<u>si hay evidencia</u>		n	%
		n	%	n	%		
Femenino	Primera vez	240	90.9	27	87.1	267	90.5
	Subsecuente	24	9.1	4	12.9	28	9.5
	Total	264	100.0	31	100.0	295	100.0
Masculino	Primera vez	135	92.5	102	87.2	237	90.1
	Subsecuente	11	7.5	15	12.8	26	9.9
	Total	146	100.0	117	100.0	263	100.0
Sexo		<u>Femenino</u>		<u>Masculino</u>		<u>Total</u>	
Uso de alcohol		n	%	n	%	n	%
No hay evidencia		264	89.5	146	55.5	410	73.5
Si hay evidencia		31	10.5	117	44.5	148	26.5
Total		295	100.0	263	100.0	558	100.0
Si hay evidencia							
Edad							
10-14		2	6.5	2	1.7	4	2.7
15-19		5	16.1	14	12.0	19	12.9
20-24		8	25.8	47	40.2	55	37.2
25-29		6	19.3	22	18.8	28	18.9
30-34		3	9.7	19	16.2	22	14.9
35-39		3	9.7	8	6.8	11	7.4
40-44		2	6.5	1	0.9	3	2.0
45-49		1	3.2	2	1.7	3	2.0
50-54		1	3.2	2	1.7	3	2.0
Total		31	100.0	117	100.0	148	
100.0							

Fuente: SVHLN.

Destino de los intentos de suicidios.

De los pacientes que intentaron suicidarse la mayoría fueron hospitalizados, el 56.0% fueron mujeres y 44.9% hombres, seguido de los que se enviaron a casa donde 34.9% corresponden a mujeres y 49.8% a hombres (ver cuadro 7).

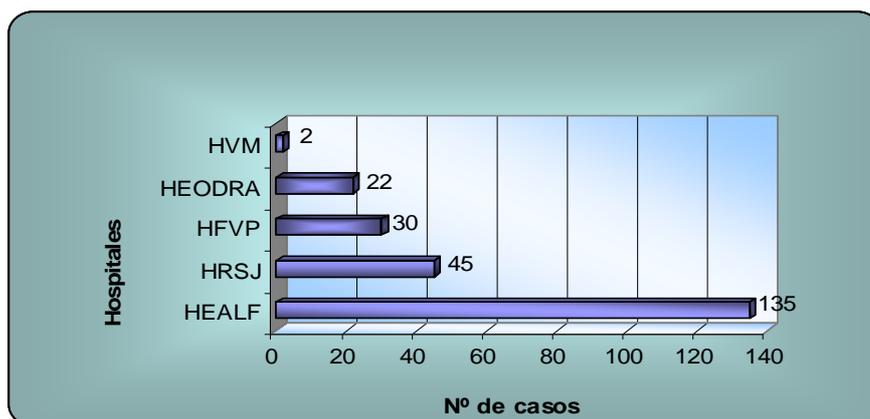
CUADRO 7. Destinos de pacientes según sexo de los intentos de suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

Destino de paciente	<u>Sexo</u>				<u>Total</u>	
	<u>Femenino</u>		<u>Masculino</u>		n	%
	n	%	n	%		
Hospitalizado	165	56.0	118	44.9	283	50.7
Tratado y enviado a casa	103	34.9	131	49.8	234	42.0
Abandono voluntario	20	6.8	3	1.1	23	4.1
Referido	6	2.0	3	1.1	9	1.6
Fuga	1	0.3	8	3.1	9	1.6
Total	295	100.0	263	100.0	558	100.0

Pacientes tratados y enviado a casa de los intentos de suicidios.

Los hospitales que reportaron mayores casos de pacientes con intentos de suicidios que fueron tratados y enviados a casa, son el HEALF con 135 casos (57.7%), seguido del HRSJ 45 casos (19.2%), HFVP 30 casos (12.8%), etc. (Gráfico 4).

GRAFICO 4. Tratado y enviado a casa de los intentos de suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.



Fuente: SVHLN.

Lugar de ocurrencia de los suicidios.

La casa fue el lugar más utilizado para los suicidios con predominio en mujeres (92.3%), seguidos de otros con (10%), donde predominaron los hombres (ver cuadro 8).

CUADRO 8. Lugar de ocurrencia de los suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

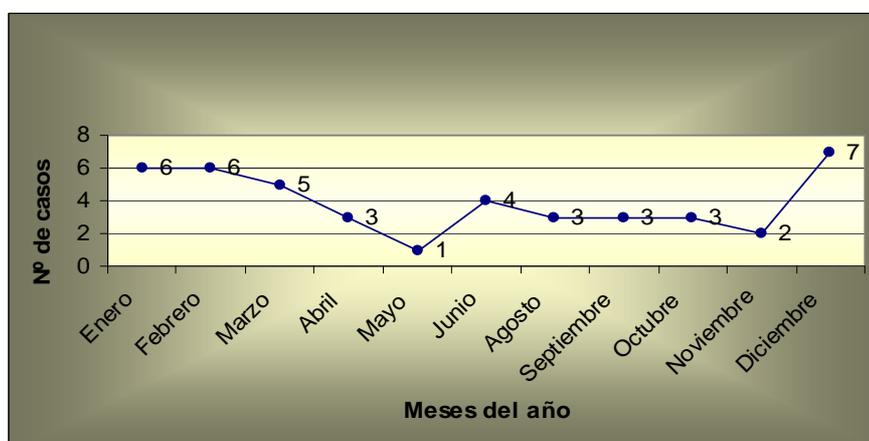
Lugar	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Casa	12	92.3	25	83.3	37	86.0
Otros	1	7.7	3	10.0	4	9.3
Calle	0	0.0	2	6.7	2	4.7
Total	13	100.0	30	100.0	43	100.0

Fuente: SVHLN.

Comportamiento mensual de suicidios.

El comportamiento de suicidios según mes de ocurrencia con mayor números de casos fueron: Diciembre 7 casos (16.2%), Enero y febrero 6 casos (14.0%), es decir, hubieron 3.5 personas que fallecen por suicidio cada mes en estos centros hospitalarios (Gráfico 5).

GRAFICO 5. Comportamiento mensual de los suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.



Fuente: SVHLN.

Horas de ocurrencia de suicidios.

Las horas del día con mayor ocurrencia de suicidios fueron: 9:00 y 12:00hrs, y las 18:00-20:00hrs (Ver gráfico 6).

GRAFICO 6. Hora de ocurrencia de los suicidios en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.



Fuente: SVHLN.

Tipo de egreso y características de los fallecidos.

En este estudio egresaron 558 casos vivos y 43 casos fallecieron, de los vivos el 90.3% intentaron suicidarse por primera vez y 9.7% fueron subsecuente; de los fallecidos el 95.3% murieron en su primer intento de suicidio y un 4.7% murieron al realizar más de un intento de suicidio. De los fallecidos los métodos más usados fueron: envenenamiento 38 casos (88.3%), disparo arma de fuego 3 casos (7%) y estrangulamiento 2 casos (4.7%). Los hospitales que presentaron mayores casos de suicidios fueron: HEALF 19 casos (44.2%) y HEODRA 13 casos (30.2%). De los suicidios, se encontró que entre las edades de 15-24 años el 61.5% ocurrieron en mujeres y 56.7% en hombres, en el grupo de 25-39 años fue de 30.8% en mujeres y 16.7% en hombres, mientras que en mayores de 40 años el 7.7% fue en mujeres el 26.6% fueron hombres (Ver cuadro 9).

CUADRO 9. Tipo de egreso según frecuencia de intentos de suicidios, métodos, hospitales, edad y sexo de los fallecidos en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

Variables	Egreso					
	Fallecido		Vivo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Frecuencia de intento						
Primera vez	41	95.3	504	90.3	545	90.7
Subsecuente	2	4.7	54	9.7	56	9.3
Total	43	100.0	558	100.0	601	100.0
			Fallecidos			
Métodos	<u>n</u>			<u>%</u>		
Envenenamiento	38			88.3		
Disparo arma de fuego	3			7.0		
Estrangulamiento	2			4.7		
Total	43			100.0		
Hospital						
HEALF	19			44.2		
HEODRA	13			30.2		
HVM	7			16.3		
HRSJ	4			9.3		
Total	43			100.0		
			Fallecidos			
	<u>Femenino</u>		<u>Masculino</u>		<u>Total</u>	
	n	%	n	%	n	%
Edad						
15-19	8	61.5	6	20.0	14	32.6
20-24	0	0.0	11	36.7	11	25.6
25-29	3	23.1	4	13.4	7	16.3
30-34	1	7.7	0	0.0	1	2.3
35-39	0	0.0	1	3.3	1	2.3
40-44	1	7.7	3	10.0	4	9.3
45-49	0	0.0	3	10.0	3	7.0
50-54	0	0.0	1	3.3	1	2.3
55 a más	0	0.0	1	3.3	1	2.3
Total	13	100.0	30	100.0	43	100.0

Fuente: SVHLN.

Fallecidos según sexo relacionado con envenenamiento, ocupación, actividad y factores precipitantes.

Al determinar el tipo de envenenamiento de los fallecidos según sexo se encontró que los hombres utilizaron más plaguicidas que las mujeres (78.6% vs 60%), en cambio las mujeres utilizaron más fármacos que los hombres (20.7% vs 7.1%). Por otro lado, se encontró en los plaguicidas una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=4.61$; $pr=0.031841$).

En la ocupación y actividad de los fallecidos según sexo los hombres predominaron en trabajadores agrícolas y tomando licor (40% y 20%) respectivamente, al comparar estudiantes, tanto hombres como mujeres tuvieron cifras parecidas (26.7% vs 23.1%), sin embargo, en ama de casa y jugando, descansando predominaron mujeres (69.2% y 15.4%) respectivamente.

De los fallecidos, los hombres presentaron mayor porcentaje en conflicto familiar y problemas de pareja/novo(a) que las mujeres (30% vs 23.1%) y (16.7% vs 7.7%) respectivamente, en cambio solamente las mujeres presentaron 7.7% en muerte familiar y los hombres 3.3 % problemas financieros (Ver cuadro 10).

CUADRO 10. Sexo de los fallecidos según tipos de envenenamiento, ocupación, actividad y factores precipitantes en cinco hospitales de Nicaragua, 2005.

Variables	Sexo				Total		X ²	vp
	Femenino		Masculino		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Envenenamiento								
Plaguicidas	6	60.0	22	78.6	28	73.7	4.61	0.031841
Fármacos	2	20.0	2	7.1	4	10.5	—	—
Desconocidas	2	20.0	4	14.3	6	15.8	—	—
Total	10	100.0	28	100.0	38	100.0	—	—
Ocupación								
Trab. Agrícola	0	0.0	12	40.0	12	27.9		
Estudiante	3	23.1	8	26.7	11	25.6		
Ama de casa	9	69.2	0	0.0	9	20.9		
Trab. Industrial	0	0.0	4	13.3	4	9.3		
Comerciante	0	0.0	2	6.7	2	4.7		
Profesional	0	0.0	1	3.3	1	2.3		
Otros	1	7.7	3	10.0	4	9.3		
Total	13	100.0	30	100.0	43	100.0		
Actividad								
Tomando licor	0	0.0	6	20.0	6	13.9		
Jugando, descanso	2	15.4	0	0.0	2	4.7		
Trabajando	0	0.0	2	6.7	2	4.7		
No se sabe	11	84.6	22	73.3	33	76.7		
Total	13	100.0	30	100.0	43	100.0		
Factores precipitantes								
Conflicto familiar	3	23.1	9	30.0	12	27.9		
Probl. Pareja/novio/novia	1	7.7	5	16.7	6	14.0		
Problemas financieros	0	0.0	1	3.3	1	2.3		
Muerte familiar	1	7.7	0	0.0	1	2.3		
No se sabe	8	61.5	15	50.0	23	53.5		
Total	13	100.0	30	100.0	43	100.0		

Fuente: SVHLN.

XI DISCUSIÓN.

La conducta suicida sigue representando un serio problema de salud pública en Nicaragua. En el presente estudio se observó que el grupo más frecuentemente relacionado a los intentos de suicidios, corresponde a gente joven (15 – 19 años), donde las mujeres cometen más intentos de suicidios que los hombres, esto coinciden con otros estudios realizados en nuestro país y con datos internacionales ^(9, 24, 27).

En un estudio realizado en el HEODRA 1999 – 2002 cada año se reportaron un promedio de 100 – 115 casos de intentos de suicidios ⁽⁹⁾, similar con los resultados que obtuvimos de nuestro trabajo 108 casos. Al hablar de procedencia, Managua reportó mayor número de casos, encontrándose los hombres más frecuente que las mujeres, tanto en área urbana como rural, esto se puede deber a: mayor población y mayor accesibilidad a los servicios hospitalarios o porque el sistema de vigilancia esta registrando mejor los casos.

En 1994 - 1997 se realizó un estudio sobre conducta suicida donde se reportó que los intentos de suicidios se presentaban con mayor frecuencia los días jueves y lunes ⁽²⁷⁾, en cambio nuestros resultados, reportan un aumento desde el sábado hasta el lunes teniendo un pico el domingo, lo que significa que estos individuos planifican los días más idóneos (fin de semana) para obtener la atención que necesitan y poder recibir ayuda de todas aquellas personas que le rodean por tanto, su intención probablemente es no desear morir si no llamar la atención.

Según estudios (HEODRA 1999 – 2002) los meses que más reportaron intentos de suicidios, fueron en Mayo – Junio y Octubre – Noviembre ⁽⁹⁾, mientras que en nuestros resultados se observan tres picos, Enero a Febrero, posiblemente se deba a los casos acumulados de estadísticas de un año para otro, un segundo pico en Mayo – Junio posiblemente relacionados al primer semestre de los exámenes y un tercer pico en Octubre - Noviembre relacionados al segundo semestre de los exámenes, cabe señalar que en este último son mínimos los casos, esto se pudo deber a la huelga de médicos a

nivel nacional que tubo lugar para ese período, lo que muestra que la huelga médica también afectó el registro de los casos o se debió por la ausencia de pacientes en los hospitales. En el caso de los suicidios Diciembre presentó el mayor número de casos seguido de Enero y Febrero, posiblemente sean las mismas causas al de los intentos de suicidios. De acuerdo a las horas del día según estudio de 1999 -2002 los intentos de suicidios ocurren entre las 11:00 - 13:00 hrs, ocurriendo con mayor frecuencia a las 19:00 - 21:00 hrs ⁽⁹⁾. Lo mismo que nuestro estudio las horas de mayor ocurrencia de los intentos de suicidios son entre las 10:00 -12:00 hrs y 18:00 – 20:00 hrs, siendo en estas donde las familias se reúnen ya que los jóvenes regresan de clases y los adultos de sus trabajos, lo que a veces puede generar más nivel de conflictos en la familia. En el caso de los suicidios las horas de ocurrencia son similares al de los intentos, debido a que un intento de suicidio puede acabar teniendo un desenlace fatal porque la persona calculó mal sin tener plena intencionalidad de causarse la muerte, siendo estos datos correctos se puede sugerir el trabajo con la familia para la prevención de la conducta suicida.

Un estudio en Nicaragua realizado en el HEODRA 1999 - 2002 reflejó un predominio de dos tipos de métodos; la intoxicación con fármacos en mujeres y la intoxicación con plaguicidas en hombres ⁽⁹⁾. Al igual que nuestro estudio el método predominante fue envenenamiento, donde las mujeres usaron el doble de fármacos que los hombres, en cambio los hombres utilizaron el triple de plaguicidas que las mujeres. Al relacionar los fármacos con plaguicidas encontramos que los fármacos predominaron en edades de 10-24 años, lo que representa un tercio de la población que utilizó este método, al contrario, los plaguicidas predominaron en edades mayores de 25 años. Las ocupaciones con más uso de fármacos fueron las amas de casa y estudiantes, mientras que los plaguicidas se observó en trabajadores agrícolas. Los hospitales que tuvieron mayor demanda en atención de intentos de suicidios por fármacos fueron, el HEALF, HEODRA y HFVP en cambio el HVM y HRSJ se atendieron más casos de plaguicidas esto se puede deber a que son áreas agrícolas en donde los plaguicidas están disponibles en las casas o lugar de trabajo haciéndolos un método fácil de obtener y por tanto muy usado.

La casa fue el lugar seleccionado para realizar los intentos de suicidios y suicidios tal como establece el estudio realizado en el HEODRA 1999 – 2002. Al relacionarlo con el método elegido, días y horas en que ocurrieron los intentos de suicidios, estos se llevan a cabo de una forma en que el rescate sea posible, lo cual a menudo representa “un grito desesperado buscando ayuda” y no de querer morir, esto último puede representar una ventana para las medidas de prevención al trabajar con la familia ⁽⁹⁾.

Con respecto a la actividad previa que realizaban los intentos de suicidios el alcohol ocupa un lugar importante principalmente en los grupos etáreos de 10 - 19 años, donde las mujeres representan el mayor porcentaje de evidencia de alcohol y de 20-24 años los hombres. Sin embargo encontramos que “no se sabe” y “otros” representan los mayores porcentajes de casos de nuestro estudio. Del total de casos de los intentos de suicidios una cuarta parte están vinculados con la evidencia de alcohol, la mayoría de mujeres y hombres había sido por primera vez que intentaban suicidarse; significando un problema de gran magnitud, por las grandes tasas de mortalidad, morbilidad y por las pérdidas de vidas humanas que ocurren cada año a nivel mundial. Hay que tomar en cuenta el factor social en que se desenvuelve la población nicaragüense donde el consumo de alcohol se ha generalizado, siendo la gente joven más vulnerable debido a la inestabilidad emocional, presiones familiares o el entorno en que se desarrolla y es a través del alcohol que muestran valor para intentar suicidarse, dando una solución equivocada a todos sus problemas o llamar la atención. Sin embargo un estudio multicentrico “Alcohol, Género, Cultura y Daño, realizado en Nicaragua 2005, reportó el consumo de alcohol más de una vez por semana sin diferencia significativa entre géneros y un cuarto de la población en este estudio ingirió su primer trago antes de los 18 años ⁽³²⁾.

En Nicaragua en un estudio comunitario hacia la conducta suicida las principales razones para intentos de suicidios, en mujeres fueron: problemas familiares y con sus parejas; mientras que los hombres expresaron razones económicas ⁽¹⁰⁾. En comparación con nuestros resultados estos confirman que

la causa mas común de los intentos de suicidio fueron: los conflictos familiares y problemas de parejas novio(a), obteniéndose un porcentaje mayor en las mujeres, además fueron el doble de problemas en fracaso escolar, presentaron problemas de enfermedad física, problemas de abuso sexual y problemas de embarazo imprevisto, mientras que los hombres presentan el doble de problemas psicológicos, el doble de problemas financieros y el doble de problemas con la justicia.

Con respecto al destino de los pacientes, en nuestro estudio la mayoría fueron hospitalizados seguido de tratado y enviado a casa, en este último el HEALF, HRSJ, HFVP y HEODRA reportaron más casos sobre intentos de suicidios por fármacos, que son de baja letalidad al contrario que el HVM que hospitalizó más casos de plaguicidas que son de mayor letalidad, por consiguiente los plaguicidas, por su nivel de letalidad merecen más atención, control sanitario y gubernamental.

Según los argumentos de Edwin Stengel, el primero se asemeja a los resultados de nuestro estudio, de los que intentaron suicidarse pocos fueron quienes se suicidaron sin embargo, en el segundo argumento no hay semejanza debido a que la mayoría de casos fueron por primera vez que tenían conducta suicida ⁽¹⁵⁾.

Los métodos de suicidios empleados en nuestros estudios son consistentes con los encontrados en China ⁽²⁵⁾ y a nivel nacional ^(1, 24), donde señala que el envenenamiento por plaguicidas es el método más común para suicidarse. Sin embargo, difiere de lo reportado en países como EEUU, donde las armas de fuego se usan en dos terceras partes del total de los suicidios y en otras partes del mundo como Australia donde es común el ahorcamiento, empleo de un arma de fuego, saltar desde un lugar alto y el ahogamiento ⁽³⁾.

Los hospitales que reportaron más casos de suicidios son el HEALF, HEODRA y HVM; esto se puede deber a que existe mayor demanda de atención por conducta suicida y/o el sistema de vigilancia este registrando mejor los casos.

Al comparar suicidios con edad y sexo encontramos que en los grupos etéreos entre 15-24 años, las muertes fueron similares para ambos sexos, entre 25-39 años las muertes se incrementa el doble en los hombres y en mayores de 40 años, las muertes se incrementa el triple en los hombres, es decir que entre más adulto es el hombre se muere tres veces más que las mujeres por suicidios. Entonces es necesario plantearse la interrogante ¿Qué esta pasando con los hombres en Nicaragua mayores de 40 años que se suicidan?, desde luego esta pregunta queda para otros investigadores interesados en el tema.

Los suicidios por envenenamientos se encontró que existe una fuerte asociación entre ser hombre, tomar plaguicida como método y morir, las ocupaciones frecuentes fueron trabajadores agrícolas, estudiantes y ama de casa. El uso de alcohol previo al suicidio fue único en hombres jugando un papel importante para que este se llevara a cabo mientras las mujeres se encontraban jugando, descansando indicando que estas lo hacen sin tomar en cuenta y/o desconociendo la peligrosidad del método. Por otra parte, observamos que los principales factores precipitantes de los suicidios fueron: conflicto familiar y Probl. Pareja/novio/novia en hombres lo contrario de los intentos de suicidios.

Para finalizar, en la hoja de sistema hospitalario de vigilancia epidemiológica de lesiones hemos encontrado que algunos términos deben de estar más especificado, tales como: en el mecanismo de los eventos que desencadenaron la ocurrencia de los intentos de suicidios y suicidios los fármacos no deberían estar clasificados bajo el término de envenenamientos sino de intoxicación, en los factores precipitantes deberá definirse mejor los problema psicológicos y en la frecuencia de suicidios se debería mencionar el número de veces que realizaron el intento de suicidio y el tiempo transcurrido entre un evento y el otro.

XII CONCLUSIÓN.

1. El sistema de vigilancia reportó que del total de casos de quienes intentaron suicidarse la mayoría fueron mujeres, pero quienes más se suicidaron fueron los hombres.
2. En la conducta suicida, los métodos más utilizados fueron envenenamiento por fármacos y plaguicidas, donde los intentos utilizaron más fármacos y los suicidios más plaguicidas.
3. La mayoría de los intentos de suicidios y suicidios ocurrieron en casa. Los meses con mayores casos de intentos de suicidios fueron Enero – febrero, Mayo - Junio - Octubre - Noviembre y para los suicidios fueron Diciembre, Enero y Febrero.
4. Las horas de mayor ocurrencia de los intentos de suicidios fueron entre las 10:00 - 12:00 y 18:00 – 20:00 hrs similar al de los suicidios.
5. Las principales razones encontradas para intentar suicidarse fueron conflicto familiar y prob. Pareja novio/a en las mujeres; sin embargo en los suicidios fueron las mismas razones, pero en hombres.
6. El hospital que reportó más casos de pacientes con intentos de suicidios tratados y enviados a casa fue el HEALF, seguido de HRSJ y HFVP.
7. Mensualmente el promedio de intentos de suicidios es 47 casos y en suicidios es 3.5 casos en los cinco hospitales y por cada 100 intentos de suicidios 8 se suicidan, y por cada 2.3 hombres que se suicidan una es mujer.
8. Finalmente, la conducta suicida es un evento común en la consulta diaria de emergencia de estos cinco hospitales, por lo que se sugiere mejor atención.

XIII RECOMENDACIÓN.

1. Se recomienda evaluar la hoja de vigilancia para mejorar el proceso de la recolección de la información y posteriormente seguir promoviendo el llenado completo de la hoja ya que es un instrumento para monitorear las tendencias observadas e identificar grupos de riesgo.

2. En coordinación con el MINSA, la Comisión Nacional de Plaguicidas (CNP), el Ministerio de Agricultura y Forestal de plaguicidas y los Gobiernos locales deben establecer un mejor control sobre sustancias (fármacos y plaguicidas), para tratar de evitar el abuso por parte de la población y por otro lado con un mejor control de pesticida para disminuir las muertes por suicidios.

3. Realizar seguimientos de los intentos de suicidios a través de trabajo social, salud mental y tratarlos integralmente para prevenir futuros intentos.

4. Se sugiere establecer programas de educación en la prevención de los intentos de suicidios para capacitar las Universidades, Alcaldía municipales, Ministerios de educación y deporte, la familia, Policía Nacional, Líderes comunitarios y religiosos con el fin de prevenir e identificar las personas en riesgo de conducta suicida y remitirlas a los servicios de salud mental apropiados.

5. Priorizar los SILAIS con mayores índices de intentos de suicidios y suicidios para integrar en su planificación, acciones dirigidas a mejorar la salud mental y un mayor abastecimiento de los medicamentos.

6. Todos los hospitales de Nicaragua e instituciones privadas deberían implementar el sistema de vigilancia epidemiológica con el fin de obtener el mínimo de subregistro posible.

Finalmente, y a manera de reflexión, mencionaremos que la prevención es una labor que nos atañe a todos/as y que obviarla tiene un costo elevadísimo que puede llevar toda una vida. Citaré al escritor sueco Gunar Ekelot, quien acuñó la frase:

“Dadme veneno para morir o sueños para vivir”.

XIV BIBLIOGRAFIA.

- 1) Análisis de la situación del suicidio en Nicaragua. [Acrobat Reader™ 5.0] 1998 [18-11-2006]; Editorial Formato Pdf. Disponible en: www.minsa.gob.ni.
- 2) MINSA. Manual resumido para el taller de capacitación al personal de salud y comunidad en la atención a la persona con intento suicida, Managua, Nicaragua, 2003.
- 3) Etienne K, Dahlberg J, Mercy A, Lozano R. Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud. Publicación Científica y Técnica N°. 588. Washington, D.C.20037, E.U.A: OPS/OMS; 2003.
- 4) Fernández J. Preguntas sobre el suicidio, servicio 061 Aragón. Agosto 2000. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm.
- 5) Hernández Q. Epidemiología del suicidio adolescente. Disponible en: www.Suicidioadolescente.Info/epidemiologia.Html.
- 6) Internacional, Población América Latina, La muerte por la mano propia. Google, Publicada Junio 22 2005. www.tierramerica.net/2003/0922.
- 7) MINSA. Boletín epidemiológico, editorial Formato Pdf, Pub semana 01, 2005, Managua Nicaragua: www.minsa.gob.ni.
- 8) Foege W, Horan J. Guía para el funcionamiento de Sistemas Hospitalarios de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa. Nicaragua. (Basada en la clasificación de Internacional de Lesiones de Causa Externas ICECI; Versión 1.2; Julio 2004 y las Guías para Sistema de Vigilancia de Lesiones de OMS/OPS/CDC 2001). Epidemiological Reviews. Vol. 25, 2003.
- 9) Caldera T, Herrera A, Renberg E, Kullgren G. (2004). Parasuicide in a low-income country: results from three-year hospital surveillance in Nicaragua. Scand J Public Health, 32(5), 349-355.
- 10) Herrera A, Caldera T, Kullgren G, Peña R, Salander R. (2006). Attitudes towards suicide among young people in Nicaragua: A community based study. Submitted manuscript

- 11)** Delgado J, Perfil psicológico en paciente con intento suicida, Municipio San Rafael del Norte-Jinotega, Nicaragua 1999 – I semestre del 2000. Trabajo Monográfico para optar al título Lic. Psicología, nov 2001.
- 12)** Osorio L. Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio. <http://www.cibertesys.cl/tesis/uchile/2005>.
- 13)** Cruz F. Intento Suicida en Niños y Adolescentes. Chile, Septiembre de 2005. <http://www.aeschiconference.unibe.ch>.
- 14)** Rocha J, Tercero F. Costo de Lesiones en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello. Enero – Junio, 1995. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública – UNAN – León – Nicaragua.
- 15)** Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 2^{da} ed. Barcelona-España: Salvat, Editores S.A. Tomo II; 1982.
- 16)** Álvarez A, Blas A, Peralta S. Principales Causas asociadas a las conductas de intento suicida de la población que asistió a los hospitales Antonio Lenín Fonseca y de atención Psicosocial “José Dolores Fletes” en el periodo Octubre 2001-Agosto 2002, Tesis para Optar al Título de Licenciado en Psicología. UNAN - MANAGUA; Enero 2003.
- 17)** OMS. El suicidio y los intentos de suicidio. Editado Eileen M. Brooke. Ginebra; 1976.
- 18)** Merck. Manual Moderno. 10^a ed. INGRAF España Interamericana; 1992.
- 19)** Barra F. Suicide behavior in children and adolescents. Pediatrics 1989; 5(3), 125-7.
- 20)** Herrera A, Caldera T, Kullgren G, Salander R. (2006). Suicidal expressions among young people in Nicaragua – a community based study. Soc. Psychiatr Epidemiol, 41(9), 692-697.
- 21)** Vidal G, Alarcón R. Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1986.
- 22)** Harrison T, et.al. Principios de Medicina Interna. 14^a Edición. Madrid España: Ultra S.A. de C.V, Tomo I; 1998.
- 23)** El suicidio en los adolescentes. Disponible en:
www.invdes.com.mx/antiores/Abril2000/htm/ssa83.html-15.

- 24)** Pérez N. “Comportamiento epidemiológico de pacientes atendidos por lesiones autoinflingidas en los hospitales de la cuarta región durante 1996-1997”. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina. León-Nicaragua; Febrero 2000.
- 25)** Phillips M, Li X & Zhang Y. (2002) Suicide rates in China, 1995-99. Lancet, 359,835-40.
- 26)** Goldman H. Psiquiatría General. 2^{da} ed. Mexico D.F: El Manual Moderno, S.A.de C.V; 1989.
- 27)** Montes N. Conducta suicida en pacientes hospitalizados en el HEODRA período 1994 – 1997. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina. León-Nicaragua; Abril, 1998.
- 28)** Más personas mueren en el mundo por suicidio que por conflictos bélicos. OPS/OMS. Disponible en: www.paho.org/spanish/DD/PIN/PSOSO90,htm-16k.
- 29)** Johnson G. Suicide among adolescents and young adults; a cross-National comparison of 34 countries. Suicide Life Threat. Behave. 30(1):74-82. 2000.
- 30)** Larraguibel M, Martínez V, Valenzuela R, González P, Schiattino I. (2001). Intento de suicidio en adolescentes. Factores asociados. Psicopatología, 21 (4), 237-253.
- 31)** Mapa de Nicaragua-Geografía Dinámica de Nicaragua. Mapas INETER, Estadísticas del último censo poblacional realizado por el INEC. Disponible en: www.info @ xolo.com.ni. Xolo, S.A.
- 32)** Caldera T. (2005). Estudio Multicéntrico, Género, Alcohol, Cultura y Daño en Nicaragua. Salud mental. [Disponible en: www.cids.edu.ni](http://www.cids.edu.ni).

ANEXOS

I- DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

Hora:.....am__pm__ Día:..... Sexo: Masculino:____ Femenino____
 años
 Nombre y apellidos:..... Edad:..... meses
 días

Fecha de nacimiento:____/____/____ Ocupación:.....
 día mes año

Dirección donde vive el paciente:.....

Barrio/Comarca:.....Municipio:.....Departamento:.....

Si es lesión, complete los siguientes datos:

Lugar exacto
 donde ocurrió el evento:.....Municipio:.....Departamento:.....

Día:..... Fecha:...../...../..... Hora:..... am..... pm.....
 día mes año

Relación del acompañante:..... Nombre del Admisionista:.....

II. DATOS GENERALES DEL EVENTO (Marque solo uno en cada variable)

<p>Intencionalidad: <i>función del ser humano en la ocurrencia de la lesión</i></p> <p>1. No intencional (accidentes) 2. Autoinfligida (suicidio/intento) 3. Intencional (agresiones) 8. Otros..... 9. No se sabe</p> <p>Lugar: <i>¿Dónde ocurrió la lesión?</i></p> <p>1. Casa 2. Escuela/ lugar estudio 3. Calle 4. Trabajo 5. Bar y/o similares 8. Otros..... 9. No se sabe</p>	<p>Mecanismo: <i>Eventos que desencadenaron la ocurrencia de la lesión</i></p> <p>1. Transporte (en movimiento) 2. Agresión sexual 3. Caída: mismo nivel otro nivel 4. Golpe/fuerza contundente 5. Objeto cortante/punzante 6. Disparo arma fuego 7. Quemadura: fuego humo calor líquidos calientes 8. Estrangulamiento 9. Inmersión/ Ahogamiento</p> <p>10. Envenenamiento: fármacos plaguicidas hidrocarburos otros 11. Explosión: minas artefacto explosivo 12. Mordedura: persona animal cual..... 13. Descarga eléctrica 14. Desastre natural 15. Cuerpo extraño 98. Otros..... 99. No se sabe</p>	<p>Actividad <i>¿Qué estaba haciendo la persona cuando se lesionó?</i></p> <p>1. Trabajando 2. Estudiando 3. Practicando deporte 4. Viajando 5. Jugando/ Recreación/descanso 6. Tomando licor/otras drogas 8. Otros..... 9. No se sabe</p>
--	---	---

III. DATOS ESPECIFICOS DEL EVENTO (Marque solo uno en cada variable)

Lesiones relacionadas a transporte		Violencia/Agresiones		Autoinfligida Intento de suicidio/Suicidio
<p>Tipo Usuario:</p> <p>1. Peatón 2. Conductor 3. Pasajero/a 8. Otros..... 9. No se sabe</p> <p>Elementos de seguridad (Usuario)</p> <p>1. Cinturón: Si/No/ NS 2. Casco : Si/No/ NS 3. Porta bebé: Si/ /NS</p> <p>CONTRAPARTE:</p> <p>1. Peatón 2. Vehículo no motorizado, cual..... 3. Vehículo motor, cual..... 4. Objeto fijo (árbol, poste)..... 8. Otros..... 9. No se sabe</p>	<p>Tipo Transporte:</p> <p>1. Bicicleta 2. Motocicleta 3. Carro 4. Camioneta tina 5. Camión 6. Autobús 7. Carreta/animal 98. Otros..... 99. No se sabe</p> <p>Sexo de agresor(es)</p> <p>1. masculino 2. femenino 9. No se sabe</p> <p>Número de agresores:</p> <p>1. Único 2. Dos o más</p>	<p>Relación Agresor con Víctima:</p> <p>1. Pareja actual o ex 2. Padres/Padrastrs 3. Otros familiares 4. Amigos/as conocidos 5. Desconocido 6. Otros..... 9. No se sabe</p> <p>Contexto:</p> <p>1. Riña, pelea 2. Robo, asalto 3. Drogas 4. Agresión Sexual. 5. grupos juveniles (Pandillas) 6. Violencia intrafamiliar/pareja 8. Otros..... 9. No se sabe</p>	<p>Factores precipitantes:</p> <p>1. Conflicto familiar 2. Enfermedad física 3. Problemas psicológicos 4. Problemas financieros 5. Problemas justicia 6. Muerte familiar 7. Abuso sexual o físico 8. Probl. Pareja/novio/a 9. Fracaso escolar 10. Embarazo no previsto 98. Otros..... 99. No se sabe</p> <p>1. Primera vez 2. Subsecuente</p>	
<p>Bajo efectos del alcohol: 1. Si hay evidencia 2. No hay evidencia Drogas: 1. Si hay evidencia 2. No hay evidencia</p>				

IV. DATOS CLINICOS

Sitio anatómico		Naturaleza de la lesión	Severidad	Destino del paciente
1. Cabeza	11. Manos/dedos	1. Fractura	1. Leve o superficial	1. Tratado y enviado a casa
2. Ojos	12. Abdomen	2. Torcedura/desgarro	2. Moderada (requiere algún tratamiento como, lavado gástrico, observación, fractura cerrada)	2. Hospitalizado
3. Oídos	13. Pelvis/genitales	3. Corte, herida abierta/mordedura	3. Severa (requiere manejo médico avanzado como, cirugía mayor o UCI)	3. Referido.....
4. Nariz	14. Muslos	4. Hematoma/lesión superficial		4. Fuga
5. Boca	15. Piernas	5. Quemaduras		5. Abandono voluntario
6. Cuello	16. Pies/dedos	6. Trauma craneoencefálico		6. Fallece en emergencia
7. Tórax	17. Espalda	7. Lesión de órganos sistémicos		7. Llega fallecido
8. Mamas	18. Múltiples	8. Contusión tejidos blandos		
9. Brazos	98. Otros	9. Intoxicación		
10. Antebrazos	99. No se sabe	98. Otros		
		99. No se sabe		

Fecha: ____/____/____ Hora atención: ____ am/pm Tiempo espera ____ Hr / Mn. Urgencia real: SI ? NO ?
día mes año

Signos vitales : P/A _____ Fc _____ Fr _____ T° _____

Motivo Consulta (Queja principal):

Historia actual de la Enfermedad o Lesión:

Examen Físico:

Impresión diagnóstica (CIE-10):

Plan Tratamiento:

Nombre del médico/a: _____ Código: _____ Firma: _____

Día mundial de la salud 2004, OMS/OPS: La seguridad vial no es accidental “