

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. LEON.



Tesis para optar al título de:

Doctor en Medicina y Cirugía

"COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ATENDIDOS
POR LESIONES AUTOINFLIGIDAS EN LOS HOSPITALES DE LA CUARTA
REGION DURANTE 1996-1997".

Autor: Norman Antonio Pérez Bustos
Noelia Vanessa Barrios Rocha

Tutor: Dr. Ricardo Cuadra.
Internista. HEODRA.

Asesor: Dr. Francisco R. Tercero Madriz
Master en Salud Pública
Profesor Titular Medicina Preventiva. León.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "F. Tercero Madriz".



León, Febrero 2000

W
41
P438c
2000

172757
c.2



AGRADECIMIENTO

Al Dr. Ricardo Cuadra, por su alta capacidad científica y por el apoyo constante y oportuno en cada una de las etapas de este estudio.

Al Dr. Francisco Tercero, por sus acertadas sugerencias metodológicas en el análisis y redacción de esta investigación.

A Noelia Barrios (co-autora) y a su mamá, por haberme apoyado para la culminación de este estudio.

DEDICATORIA

A Dios, porque sin su presencia no hubiera sido posible lograr mis metas, para de esa manera servirle mejor a nuestro pueblo.

A mis Padres: René y Odilda, quienes con mucho sacrificio me acompañaron en el sendero de la rectitud y honestidad, y a quienes les digo: Aquí están sus frutos.

A mi Esposa: Mary Asunción, por estar conmigo en todas las dificultades de mi estudio.

A mis Maestros, fuente del saber y apoyo constante en mi formación profesional.

Norman Antonio Pérez Bustos.

INDICE

CONTENIDO	Páginas
Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	4
Planteamiento del Problema	5
Objetivos	6
Marco Teórico	7
Material y Método	17
Resultados	22
Discusión	25
Conclusiones	28
Recomendaciones	29
Referencias	30
Anexos	34

INTRODUCCION

Las lesiones autoinfligidas (intento de suicidio y el suicidio) constituyen un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en desarrollo. Dicha situación exige atención por parte de los administradores de salud, así como de la comunidad a través de los padres y/o familiares que tienen dentro de sus hogares a personas con pensamientos suicidas, debido a que esta llegando a figurar entre los primeros lugares como causa de mortalidad. En el ámbito mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el grupo etáreo de 15-44 años, en el sexo femenino y masculino el suicidio ocupa el segundo y cuarto lugar como causa de muerte, respectivamente (1-3).

En Estados Unidos ocupa el tercer lugar como causa de muerte y se ha observado un dramático incremento en los adolescentes, en donde el principal método utilizado son las armas de fuego (4-5). Similar situación se observa en países en desarrollo, pero debido a la amplia disponibilidad de plaguicidas en dichos países ha resultado en altas tasas de suicidios exitosos. Por ejemplo, en Sri Lanka el suicidio es la principal causa de muerte (principalmente por la ingestión de plaguicidas) entre jóvenes entre 15-24 años (1,6,7).

El intento de suicidio en la actualidad en Nicaragua es un problema de salud pública, esto queda demostrado con datos del Ministerio de Salud (MINSa), en que los suicidios/homicidios ocuparon el sexto y tercer lugar, como causa de muerte, en los grupos etáreos de 5-14 años y de 15-49 años, respectivamente (8).

El suicidio tiene componentes e implicaciones psiquiátricas como son: Trastornos esquizofrénicos, trastornos afectivos, trastornos del impulso, abuso y dependencias de sustancias como el alcohol, cocaína, etc. Muchos autores piensan que se trata de poblaciones distintas, y que éstas personas pretenden llamar la atención y pedir ayuda, y no de autoeliminarse (9).

ANTECEDENTES

Tercero et al. llevaron a cabo un estudio sobre lesiones basado en diversas fuentes de información a nivel nacional, encontrando que el suicidio reportado por los periódicos y las estadísticas de salud representaba el 7.4% y 6.5% del total de muertes en cada una de dichas fuentes, respectivamente. En ambas fuentes el suicidio ocupó el cuarto lugar como causa de muerte (10).

Posteriormente, a través del sistema de vigilancia de lesiones en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA), Tercero et al. determinaron que el suicidio representaba la tercera causa de la mortalidad por lesiones (9.7%), el 2.3% de las hospitalizaciones y el 0.6% de las consultas ambulatorias. Por cada suicidio se registraron 7 ingresos hospitalarios y 16 casos manejados ambulatoriamente. La tasa de letalidad por suicidio fue de 4.3%. Entre los intentos de suicidio cuyas edades oscilaban entre 15-44 años, el principal método utilizado fue la sobredosis de fármacos, en cambio en los mayores de 44 años fue el envenenamiento con plaguicidas. Dos terceras partes de los suicidios fueron causadas por plaguicidas (11).

Los anteriores resultados, han sido consistentes con otros estudios sobre lesiones a nivel hospitalario, los cuales han reflejado que las lesiones autoinfligidas constituyen una de las principales causas de morbimortalidad hospitalaria (12-16).

Diversos estudios basados solamente en los reportes de intoxicaciones con plaguicidas del MINSA, en diversos SILAIS, se encontró que entre el 82%-96% de las muertes por intoxicaciones con plaguicidas se atribuyeron a suicidio y entre un 16%-45% de las intoxicaciones no fatales fueron por intentos de suicidio (16-19).

En el departamento de León y Managua, existen estudios sobre intento de suicidio que fueron realizados durante el periodo 1992-1993 y 1995, respectivamente, con datos basados en hospitales (20-21).

La amplitud del fenómeno de los plaguicidas como método para cometer suicidio, al igual que su aumento sobre todo a expensas de los grupos de edad jóvenes, han centrado las investigaciones en comprender toda la gama de conductas suicidas, identificar las intervenciones terapéuticas más eficientes para los intentos de suicidio, mejorar el seguimiento de estos casos e identificar los factores de riesgo para el suicidio logrado, con fines de prevención (22). En la ciudad de León, se reportaron 95 casos de intoxicación por plaguicidas con el 86.3%, fallecieron 6.3%. El sexo más afectado fue el masculino, existiendo una relación 2.9 entre hombres y mujeres. Los atendidos por intento de suicidio usaron frecuentemente Fosfina, Gramoxone y Decis (22).

JUSTIFICACION

Considerando las limitaciones propias de las estadísticas hospitalarias, con este estudio se podrá determinar el perfil epidemiológico de las lesiones autoinfligidas en diversas poblaciones y establecer las consistencias o diferencias en los diversos escenarios, para de esta forma tomar medidas de prevención y control a través de intervenciones que puedan impactar en la disminución de dicho problema de salud pública.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las lesiones autoinfligidas en los diversos hospitales de la Cuarta Región (Rivas, Jinotepe, Granada, Masaya) en el período comprendido de 1996-1997?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el comportamiento epidemiológico de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna, con el diagnóstico de lesiones autoinfligidas (intento de Suicidio o suicidio), durante 1996 a 1997.

Objetivos específicos:

1. Describir los pacientes según edad, sexo, procedencia, ocupación, escolaridad, religión, estado marital y número de hijos.
2. Identificar las causas de las lesiones autoinfligidas según edad, procedencia y medios utilizados.
3. Determinar el mes y hora de ocurrencia de los casos.
4. Calcular la estancia hospitalaria.
5. Calcular incidencia, letalidad y los años de vida potenciales perdidos.

MARCO TEORICO

Definición de suicidio:

Procede del latín, y se compone de dos términos: *sui*, que significa "de sí mismo"; y *caedere*: "Matar". Osea que significa: "Matarse a sí mismo". Atentar contra la propia vida (23). Es el conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte bien de forma activa o pasiva (24).

En esta definición quedan delimitadas tres formas suicidas básicas diferentes:

- Suicidio consumado.
- Suicidio frustrado.
- Intento de suicidio.

Se ha pretendido establecer una diferencia existente entre los eventos "intento de suicidio" y "suicidio", los fenómenos a tratar no parece dejar establecida esa diferencia, lo que tiende a hacer creer que éstas problemáticas son iguales con la salvedad de que en uno u otro caso logra salvarse o fallecer. Creer que el intento del suicidio está en una misma línea de progresión, y que el suicidio no es más que un intento consumado, es incorrecto. La importancia de poder apreciar la diferencia entre ambos eventos estriba en saber delimitarlos y comprenderlos (25).

Los intentos seculares de suicidios y parasuicidios proveen apoyo para la hipótesis, que en verdad este fenómeno crece desde los años 50 hasta comienzo de los 80 en adolescentes y jóvenes adultos de Europa y Norteamérica, particularmente jóvenes varones. Una causa potencial para el desarrollo de éste mecanismo en edades bajas (jóvenes adultos, adolescentes), es por desórdenes depresivos, en los examinados; aunque es difícil asimilar el hecho de depresión o desórdenes depresivos en jóvenes y adolescentes.

Epidemiología del suicidio:

La incidencia y mortalidad mundial de lesiones autoinfligidas es de 86.4 y 14.9 por 100,000 habitantes, respectivamente. En América Latina dichas cifras son de 27.4 y 5.1 por 100,000 habitantes, respectivamente. La incidencia es mayor en el sexo femenino (32.4 vs 22.4); pero la mortalidad es mayor en el sexo masculino (7.1 vs 3.0). Los grupos etáreos de mayor riesgo son de 60 años y más, en hombres; y de 15-44 años, en mujeres. La edad promedio del intento de suicidio es de 34.1 años para ambos sexos, pero en el masculino y femenino es de 36.7 y 32.3 años, respectivamente (1).

De acuerdo a estadísticas mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las principales causas de muerte entre los hombres de los 15 y 44 años fueron: los accidentes de tráfico, tuberculosis, violencia seguido de las lesiones autoinfligidas (intento de suicidio o suicidio). En cambio, en las mujeres en el mismo grupo etáreo, las principales causas de muerte fueron: la tuberculosis seguida de las lesiones autoinfligidas. En los hombres y mujeres dicha causa representó el 6.6% y 7.1% de todas las muertes, respectivamente (2).

Las muertes por suicidio son subregistradas debido a la tendencia a agruparlas como muertes accidentales o como muertes de causas maldefinidas. Actualmente la información es registrada como actos de suicidio o parasuicidio (actos deliberados con resultados no fatales que intentan causar o que causan daño autoinfligido). En diversos estudios la prevalencia anual de parasuicidio ha variado entre 2% y 20%. Pero dichas diferencias se han atribuido a diferencias en la definición y a problemas en su medición. Se estima que la prevalencia de parasuicidio sea de 10-20 veces mayor que la de los suicidios. Las mujeres tiene 3 veces mayor riesgo de intentar suicidarse que los hombres, mientras el riesgo de suicidarse es 3 veces mayor en hombres que en mujeres (3).

Históricamente, en los Estados Unidos el suicidio ha sido visto primariamente como un problema del adulto blanco con depresión clínica u otra alteración mental, así la prevención del suicidio se relacionaba a la identificación y tratamiento de enfermedades mentales. Sin embargo, un dramático incremento en la tasa de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes (15-24 años) de 4.5 por 100,000 habitantes en 1950, a 12.3 por 100,000 en 1980 creó la necesidad por nuevas estrategias de prevención. El incremento fue alarmante particularmente como lo indicaba el hecho de que solamente una tercera parte de los que cometían suicidio se ajustaban al criterio de depresión clínica u otra alteración mental (4).

Con relación a la raza y al sexo se observan notables diferencias. Las tasas para muchachas adolescentes y mujeres han permanecido estables en los últimos 30 años y las tasas para los hombres blancos se ha nivelado desde 1988. Sin embargo, ha habido un dramático incremento en muchachos jóvenes de raza negra (15-24 años) desde 1986. Mientras las tasas de suicidio para hombres blancos permanecen más altas que aquellos de raza negra, las tasas entre hombres negros incrementó con mayor rapidez que cualquier otro grupo (4).

En los Estados Unidos, el suicidio ocupa el tercer lugar como causa de muerte en el grupo etáreo de 15-34 años. Más de la mitad de las muertes son causados por armas de fuego (59%), seguido por ahorcamiento (15%), y envenenamientos (10%)(5).

Estudios sobre intentos de suicido indican que la ingestión de drogas es el método más común (70%) (5). Los factores de riesgo del suicidio incluyen intentos de suicidio previos, depresión, alcoholismo, divorcio o separación, y la disponibilidad de armas de fuego. Las tasas de suicidio son más elevadas en zonas urbanas. Los patrones según procedencia difiere por el tipo de suicidio y en algunos casos refleja la disponibilidad de varios métodos (5).

Un estudio preliminar sobre el suicidio en Nicaragua en 1989, reveló que la prevalencia del sexo masculino en relación 4:1 afectando al grupo etáreo entre 15 a 30 años (26). Se ha observado en nuestro país un incremento que se expresa en una de variación de la tasa por 100 mil habitantes entre 1992 y 1996 del orden del 56%, así como en el hecho de que, de ser la quinta causa de muerte entre los 15 y 34 años y la octava entre los 15 y 49 años en 1992, ha pasado a ser la primera y la cuarta respectivamente en 1996 y 1997. 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 es grande, especialmente en años potenciales de vida perdidos (27).

Los expertos mundiales han establecido que los cambios bruscos de tipo político, económico y social; las guerras, situaciones de posguerra y catástrofes naturales, con sus efectos devastadores, tales como, duelo, disrupciones familiares, apropiación de conductas violentas para enfrentar los problemas cotidianos. Además, los problemas económicos y sociales derivados de las altas tasas de desempleo, inseguridad ciudadana, inestabilidad política y social, y disminución de recursos estatales para su adecuado abordaje; generan problemas sociales, tales como, el abuso de sustancias, aumento de la criminalidad y de los suicidios, especialmente en los hombres jóvenes. Estas circunstancias tienen gran semejanza con los fenómenos que actualmente vivimos en Nicaragua.

Conducta suicida:

Existe un amplio rango de conductas suicidas, que representan un continuo de una dimensión común 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 intentarlo. Por ejemplo, el tener pastillas en la mano sin tomarlas.
- 4) Conducta autodestructiva con intención suicida.
- 5) Suicidio logrado, muerte por suicidio comprobado.

En los intentos de suicidio predominan las mujeres y el uso de métodos pasivos, menos letales, como la autointoxicación. En los suicidios consumados predominan los hombres de todas las edades, y el uso de métodos más activos de autoeliminación (9).

Factores asociados:

El comportamiento suicida tiene muchos factores que se asocian entre sí, y que de alguna forma u otra influyen en las personas con ideas suicidas, así como son: Sexo, salud mental, edad, factores fisiológicos, estado civil, método, ocupación.

Sexo: Las investigaciones han revelado que los que se suicidan más a menudo son los hombres en relación de tres veces más que las mujeres, sin embargo el perfil de aquellos que lo intentaron, la proporción es inversa (mayor en las mujeres con frecuencia de 2-3:1).

Edad: El suicidio alcanza una cúspide a fines de la adolescencia y principios de la juventud, con esto tenemos que se presenta en adultos mayores de 45 años de edad, en mujeres después de los 55 años. Se ha presentado una incidencia de 40 por 100 mil habitantes en la población masculina mayores de 65 años de edad. La tendencia suicida para los hombres de 15-24 años, está aumentando siendo el suicidio para estas edades la tercera causa de muerte después de los accidentes. Se estima que el intento de suicidio para esta edad, es mayor en las mujeres que en los hombres en una proporción de 3:1.

Estado civil: La tasa de suicidio va aumentando de acuerdo con el estado civil, siguiendo una línea continua que va desde la persona casada, a la soltera, la viuda y la divorciada.

Se ha estimado que las personas casadas tienen una tasa suicida de 11 por 100 mil habitantes. Las que nunca se han casado representan el doble y aún es mayor la cifra en aquellas personas que estuvieron previamente casadas. Las que enviudaron tienen cifras de 24 por 100 mil habitantes; los divorciados registran 69 por 100 mil personas comparado con el 18 por 100 mil de las mujeres que son divorciadas (28).

Las personas que han tenido un pariente o amigo que se ha suicidado, presentan un gran riesgo, así como los pacientes con una historia personal de intentos suicidas. La creencia en una vida después de la muerte o la fantasía de una reunión con una persona querida fallecida son otros elementos importantes de información. El duelo no complicado cuando están presentes los sentimientos o ideas de culpa suelen centrarse en lo que el superviviente podía haber hecho o en lo que no hizo en el momento de la muerte del ser querido; las ideas de muerte se limitan en torno al deseo de haber muerto en lugar de la persona perdida o en desaparecer junto a ella. La reacción ante la pérdida puede no ser inmediata pero rara vez se da tras los 2-3 meses (29).

Familias suicidogénicas: Son aquellas en las cuales la conducta consciente o inconsciente de sus integrantes contribuyen en forma importante a determinar, predisponer o desencadenar el acto suicida. Conducta grupal dirigida a facilitar la autodestrucción de uno o varios miembros de la familia (30).

Ocupación: La pérdida del empleo, por causas ajenas a la voluntad del interesado crea situaciones de desesperanzas extremas que pueden ser una razón poderosa para suicidarse. En los tiempos de alto desempleo y recesión económica los índices de suicidio e intentos son altos ya que los individuos pasan semanas o meses en un estado de profunda desesperación. Otros factores que sensibilizan a las personas son la vergüenza, la dependencia, la culpa y tristeza, llevando estas en algunos casos los sentimientos determinantes de suicidio.

Salud mental: Casi el 95% de todos los pacientes que han intentado suicidarse tienen un trastorno mental subyacente como lo son: Trastornos depresivos, trastornos esquizofrénicos, trastornos de ansiedad, etc. El 25% de todos los pacientes con conducta impulsiva o violenta son alto riesgo (28).

Los suicidas tienen más récord criminal y repetido comportamiento antisocial, mayor prevalencia en tiempo y uso de drogas psicotrópicas prescritas, y más alta prevalencia de diagnóstico psiquiátrico (esquizofrenia y depresión).

Los parasuicidas sufren más a menudo de depresión, disturbios y conflictos interpersonales, con miras negativas en su persona y en su relación con otros (28).

El diagnóstico psiquiátrico y los antecedentes estresantes permitieron establecer que los accesos de sustancias y los trastornos de personalidad antisocial fueron encontrados más frecuentemente en las víctimas suicidas menores de 30 años de edad, siendo los factores estresantes los siguientes: Separación, rechazo, desempleo, problemas legales, enfermedades en general. En los diagnosticados con trastornos afectivos y cognitivo fueron encontrados más frecuentemente entre los suicidios mayores de 30 años de edad. La esquizofrenia es un factor psiquiátrico de alto riesgo del cual mueren aproximadamente un 10% por suicidio consumado. La edad de inicio de la esquizofrenia es típicamente en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, éstos lo hacen durante el primer año de la enfermedad.

Los factores de riesgo suicida en pacientes esquizofrénicos son: Edad joven, sexo masculino, soltero, previo intento de suicidio, una vulnerabilidad para los síntomas depresivos y una reciente dada de alta del hospital (31).

Los estudios demuestran que muchos de los pacientes alcohólicos que eventualmente cometen suicidio, están clasificados de estar deprimidos durante la hospitalización, que hasta dos tercios son evaluados por tener síntomas de trastornos afectivos durante el período que ellos cometieron suicidio o intentaron suicidarse, por eso el 15% de todas las personas con dependencia al alcohol cometen suicidio. Aproximadamente el 80% de estas víctimas son hombres, solteros, poco amigables, aisladas socialmente y actualmente bebiendo, hasta un 40% han hecho algún intento suicida previo (32).

Conducta suicida previa:

Un intento suicida pudiera ser el mejor indicador que un paciente está en alto riesgo suicida. El riesgo de un paciente para hacer un segundo intento suicida, es el más alto dentro de los tres meses del primer intento (28).

Factores fisiológicos:

Entre los factores fisiológicos que mayor importancia se tiene es el genético. Estudios han demostrado que el suicidio tiende a correr en las familias, por ejemplo, en todos los estados del ciclo de vida se han notado una historia familiar de suicidio en aquellas personas que han intentado hacerlo. Esto es sobre todo en aquellas familias de primer grado de consanguinidad.

En algunas situaciones, particularmente en adolescentes, el miembro de la familia que ha cometido suicidio puede servir de modelo. En un estudio de 51 gemelos monocigotos se encontró 9 casos de suicidio, los gemelos dicigóticos no fueron concordante con el estudio para asociarlos con el suicidio. Sin embargo, un factor genético para el suicidio puede ser independiente de la transmisión genética de un trastorno mental (33).

Algunos aspectos del suicidio en niños y adolescentes a considerar:

El suicidio consumado y el intento de suicidio son raros en niños menores de 12 años de edad. Al niño pequeño le es difícil diseñar y llevar a cabo un plan suicida real. La madurez cognitiva parece jugar un papel de protección en la prevención, aún en niños que desean morir cometiendo el acto. El suicidio consumado es cinco veces más frecuente en muchachos adolescentes que en muchachas. Pero el índice de intento suicida es al menos tres veces más en las muchachas adolescentes (28).

Las edades más frecuentes de intento de suicidio en adolescentes son entre los 15 a los 19 años de edad. Teniendo con esto una amplia variedad de factores que anteceden al intento de suicidio en niños y adolescentes, siendo las más importantes aquellas situaciones que van acompañadas de gran tensión y que experimentan los niños a consecuencia de una ruptura familiar, divorcio, separación o muerte de algunos de los padres. A su vez el maltrato extremo, el abuso sexual, las conductas suicidas, y la depresión en alguno de ellos, propician conductas autodestructivas en los niños.

El estrés y la desorganización son condiciones psicológicas que afectan seriamente la salud mental del niño y que dan como resultado sentimientos de pérdida, abandono, minusvalía, culpa, soledad, depresión y desesperación que lo conducen al deseo de morir y, como última alternativa, al intento de suicidio, para afectar a aquellos que amenazan con su bienestar. Así mismo, se ha observado que los niños parasuicidas presentan más problemas de índole psiquiátrica en comparación con los niños no parasuicidas. En la elección del método que utilizan los niños, es muy importante la experiencia individual, así como la identificación y el momento en el que se lleva a cabo un intento de suicidio.

Etiológicamente la presentación universal de los adolescentes suicidas son la falta de habilidad para sintetizar la solución al problema y la falta de estrategias para hacerle frente a los estresantes inmediatos como son: Separación, rechazo, desempleo, problemas legales y enfermedades, etc. Así como una estrecha visión de opciones disponibles para enfrentar con una discordia recurrente en la familia, el rechazo o fracaso, contribuye a la decisión de suicidarse (34).

El factor social se agrega en los niños y adolescentes que son vulnerables a ambientes abrumadores y caóticos así como abusivos. Por eso es muy importante en la valoración de pacientes que consultan por cualquier trastorno de la personalidad o enfermedad mental, la determinación del riesgo suicida del paciente valorando:

- Riesgo de morir por enfermedad somática actual.
- Ideación suicida.
- Tentativas de suicidio.
- Síntomas depresivos.
- Abuso de drogas y alcohol.
- Historia familiar o reciente de suicidio.

La crisis dura pocos minutos, horas o días y constituye el punto culminante de autodestructividad (34).

Suicidio en el embarazo:

Se estudiaron 30 gestantes que intentaron o cometieron suicidio durante el embarazo, atendidas en la Maternidad "Concepción Palacios", en el lapso comprendido entre los años 1966 y comienzos del 83. Concretamente, 26 intentaron quitarse la vida y 4 se suicidaron. Con relación a la edad predominaron las adolescentes y las adultas jóvenes. La mayoría era solteras, que mantenían relación concubinaria. La edad gestacional promedio fue de 23, con extremos de 8 y 37 semanas. Los motivos principales del acto suicida fueron conflictos conyugales, disgustos familiares y rechazo al embarazo. El método comúnmente empleado fue la ingestión de drogas.

El estado emocional de las pacientes, 17 de ellas presentaban disturbios mentales. En ninguna de las mujeres se pudo evidenciar premeditación, resultando el acto suicida más bien de carácter impulsivo (35).

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo de Corte Transversal.

AREA DE ESTUDIO:

Fueron los Hospitales de la IV Región (Rivas, Jinotepe, Granada y Masaya), durante el período de 1996-1997.

POBLACION DE ESTUDIO:

Las unidades de análisis o casos que se incluyeron en este estudio fueron todos los (as) pacientes que ingresaron con el diagnóstico de intento de suicidio o suicidio en la sala de Medicina Interna de los hospitales de la IV Región, durante el período de 1996 a 1997. Todos los casos se clasificaron dentro la categoría de "suicidio y lesiones autoinfligidas" de la Clasificación Internacional de Enfermedades (E-code: 950-959) (36). Todos aquellos casos que no ingresaron y que fueron manejados ambulatoriamente fueron excluidos del estudio (numerador de la tasa de incidencia).

POBLACIÓN BLANCO: Se basó en las poblaciones correspondientes a los departamentos de Rivas, Jinotepe, Granada y Masaya (denominador de la tasa de incidencia).

FUENTE DE INFORMACION: Secundaria, a través del expediente clínico de cada uno de los pacientes, registrados en el las estadísticas de cada hospital.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION:

Ficha de recolección de la información, previamente elaborada (ver anexo).

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

La información bajo estudio contenida en el expediente clínico fue registrada en la ficha de recolección de información. Se incluyeron solamente aquellos casos ingresados en el

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

La información bajo estudio contenida en el expediente clínico fue registrada en la ficha de recolección de información. Se incluyeron solamente aquellos casos ingresados en el departamento de Medicina Interna producto de su intento de suicidio durante el período comprendido de 1996 a 1997.

PLAN DE ANALISIS:

Esta ficha fue llenada por los investigadores personalmente. Posteriormente estos datos se registraron en una hoja de recolección de datos, se procedió introducir, procesar y analizar estadísticamente los datos a través del Software Epi Info versión 6.04 (37). Para medir la frecuencia se calculó las tasas de incidencia y letalidad.

Se realizó análisis univariado y bivariado de las variables en estudio de forma absoluta y porcentual. Las variables numéricas, tales como, edad, estancia hospitalaria, etc., fueron analizadas a través del promedio, mediana y desviación estándar.

El análisis bivariado se basó en los siguientes cruces de variables:

1. Edad y sexo.
2. Procedencia y sexo.
3. Escolaridad y egreso.
4. Estado civil y sexo.
5. Ocupación y sexo.
6. Religión y sexo.
7. Causas y sexo.
8. Agente y sexo.
9. Procedencia y egreso.
10. Número de hijos y egreso.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido en años cumplidos, desde el nacimiento.	Expediente	10-13
			14-16
			17-19
			20-44
			≥ 45
SEXO	Diferencia física y constitutiva que hace diferente al hombre y la mujer.	Expediente	Masculino
			Femenino
PROCEDENCIA	Departamento donde reside el paciente.	Expediente	Carazo
			Granada
			Masaya
			Rivas
OCUPACION	Actividad económicamente productiva la que se dedica el paciente.	Expediente	Ama de casa
			Estudiante
			Obrero
			Desempleado
			Profesional
			Otros

RELIGION	Conjunto de creencias filosóficas acerca del origen de la vida y el mundo.	Expediente	Católico Evangélico Test.Jehová Otros Ninguno
ESCOLARIDAD	Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio.	Expediente	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
ESTADO CIVIL	Condición social de un individuo en su relación de pareja.	Expediente	Soltero Casado Acompañado Otro
NUMERO DE HIJOS	Número de hijos de los paciente	Expediente	Se especificará
CAUSAS DE SUICIDIO.	Factores desencadenantes o que favorecen la ocurrencia del intento de suicidio o suicidio.	Expediente	Se especificará

AGENTES	Son los instrumentos, sustancias, objetos o medios utilizado para el acto suicida.	Expediente	Se especificará
MES DE OCURRENCIA	Mes del año en que ocurrió el acto o intento suicida.	Expediente	Se especificará
HORA DE OCURRENCIA	Hora del día en que ocurrió el acto o intento suicida.	Expediente	Se especificará
ESTANCIA HOSPITALARIA	Permanencia en días desde su ingreso a egreso hospitalario.	Expediente	Se especificará
EGRESO	Estado del paciente al ser dado de alta del hospital.	Expediente	Alta Defunción Abandono Fuga Traslado

RESULTADOS

Los siguientes resultados están basados solamente en datos de pacientes hospitalizados, cuyas causas fueron las lesiones autoinfligidas (intento de suicidio y suicidio): El 47.6% de los casos registrados en los cuatro hospitales, eran adolescentes, el 42.7% oscilaba entre los 20-44 años y solamente el 9.7% tenía 45 años y más. Al estratificar según sexo se encontró que en los menores de 14 años, los casos fueron exclusivos del sexo femenino, en cambio en los mayores de 44 años fue exclusivo de los varones. En el grupo de 14-19 años predominó el sexo femenino pero en los adultos de 20-44 años predominaron los varones. Del total de casos el 52.4% eran mujeres y el 47.6% varones. Las diferencias en la demanda de atención hospitalaria según sexo varió en cada uno de los departamentos, por ejemplo, en Rivas predominaron las mujeres en cambio en Masaya y Granada predominaron los varones, sin embargo, en Carazo no se observó diferencias (Cuadro 1). La tasa de incidencia (por 100,000 habitantes) de lesiones autoinfligidas fue la siguiente: Rivas (19.0), Granada (13.0), Carazo (11.3) y Masaya (8.5) (Fig. 1).

Con relación a la escolaridad, el 8.5% eran analfabetas, 61.0% había cursado algún grado de primaria, 28% estaban en secundaria y en el 2.4% de los casos no se pudo determinar la escolaridad en los expedientes clínicos. Sin embargo, al comparar según sexo, se observó que la frecuencia de analfabetismo fue mayor en varones que en mujeres (12.8% vs. 4.7%) y la escolaridad secundaria fue mayor en mujeres que en varones (32.6% vs. 23.1%). El 63.7% de los casos eran solteros y el 26.8% y 15.9% eran acompañados o casados, respectivamente (Cuadro 2). Veinte de los casos tenían hijos, estimándose 43 niños, distribuyéndose así, de 17 casos no fatales tuvieron en riesgo de abandonar a 32 hijos y los 3 casos fatales (suicidio) dejaron abandonados 11 hijos.

Las principales ocupaciones de las mujeres fueron: ama de casa 58.1%, estudiante 32.6%, y comerciante 2.3%. En los hombres predominaron las ocupaciones: agrícolas 48.7%, obrero 20.5% y estudiante 10.3%. El 75.6% profesaban la religión católica, 6.1% evangélica, 9.8% ninguna y en el 8.5% se desconocía dicho dato (Cuadro 2).

Las principales causas o problemas desencadenantes de las lesiones autoinfligidas fueron los siguientes: familiares, conyugales, socioeconómicos y de abuso sexual o violación (exclusivo de mujeres). En la Figura 2 se distribuyen de acuerdo al sexo, sin embargo en un porcentaje considerable de casos no se pudo obtener dicha información en los expedientes clínicos.

Los principales agentes de los intentos de suicidio (n=71) fueron: plaguicidas (52.1%) y fármacos (33.8%). En cambio en los suicidios (n=11) la frecuencia en el uso de plaguicidas fue de 90.9% y para los fármacos 9.1%. En la distribución según sexo se observa que los hombres usaron más plaguicidas que las mujeres (80% vs. 37%), en cambio las mujeres usaron más fármacos que los hombres (63% vs. 5%). El uso de ahorcamiento fue exclusivo del sexo femenino, en cambio, solo los hombres usaron arma blanca (Fig. 3). El promedio de casos es aproximadamente de 3.4 por mes y el de los suicidios es aproximadamente de uno bimensual.

Con relación al comportamiento según mes de ocurrencia se observa una tendencia de incremento desde enero a diciembre (Fig. 4). En resumen, el promedio de intento de suicidio es 3 casos mensuales y de un suicidio cada 2 meses, aproximadamente.

Los antecedentes de "intento previo de suicidio" fue de 11.6% en las mujeres y de 5.1% en los hombres. Contrariamente a lo esperado en ninguno de los suicidios se registró dichos antecedentes.

La hora promedio de ocurrencia de los casos fue las 2:00 pm. El promedio en la tardanza en la atención fue de 4 horas y la mediana de 2. En relación a los suicidios e intentos de suicidios la hora mediana en la tardanza en la atención fue de 3 y 2 horas, respectivamente.

El total de casos tuvo un promedio de 3 días de estancia hospitalaria, sin embargo, la estancia en los suicidios fue de 1.3 días en cambio en los casos no fatales fue de 3 días.

Los departamentos con mayor letalidad fueron: Masaya (30%), Granada (21%) y Rivas (3.7%). No se registró ningún suicidio en el departamento de Carazo. En Granada la letalidad fue mayor en los adolescentes (menores de 20 años), en Masaya fue mayor en los adultos de 20-44 años y en Rivas solamente se observó un suicidio en un adolescente.

La tasa de letalidad fue de 13.4% (11 casos), de los cuales 6 fueron mujeres y 5 varones. Sin embargo, la letalidad, en base al total de casos, varió en los diferentes grupos etáreos, por ejemplo, en el grupo de 10-13 años la letalidad fue de 25%, en el de 14-16 fue de 13.3 alcanzando la menor letalidad en el grupo de 17-19, para luego alcanzar otro pico en el grupo adulto de 20-44 años de 17.1% (Fig. 5).

La edad promedio de todos los suicidios fue de 27.1 ± 11.6 . Para el sexo masculino fue de 33.2 ± 11.7 y para las mujeres de 22 ± 9.5 . El total de AVPP fue de 417 con un promedio de AVPP de 37.9 ± 11.6 . Para los hombres fue de 31.8 ± 11.7 y para las mujeres de 43.0 ± 9.5 .

Tres de los 11 suicidios eran padres de familia, con 2, 3 y 6 hijos respectivamente. De ellos dos eran varones y una mujer. El rango de edad osciló entre 23-49 años. Todos esos casos eran originarios del departamento de Masaya y utilizaron plaguicidas para envenenarse. Dos eran casados y uno viudo.

DISCUSION

En el presente estudio se estimo que el intento de suicidio es 6.5 veces más común que el suicidio, lo cual concuerda con datos reportados por la literatura internacional. En un estudio realizado en el HEODRA durante 1992-1993, se encontró que dicha relación fue de 13 veces (5,11,38,39).

Incidencia y validez:

Las tasas de incidencia estimadas durante el período estudiado se deben de considerar con cautela debido a varios factores: al subregistro de los casos fatales que representan el 57% según cifras nacionales (8), a la baja cobertura del sistema de atención hospitalaria, el intento de los parientes de ocultar el caso por vergüenza o por causas religiosas (40). Lo anterior nos lleva a inferir de que estudios hospitalarios solo representan la punta de la pirámide del problema. Tercero et al. encontraron de que la sensibilidad hospitalaria de lesiones es apenas de un 9% (11). Sin embargo, el problema de subregistro afecta incluso a otros países, por ejemplo, la literatura internacional refiere que las tasas de subregistro de las lesiones autoinfligidas puede oscilar entre 25% y 50% (38).

Factores sociodemográficos y causales de las lesiones autoinfligidas:

En nuestro estudio estuvieron presentes factores socioeconómicos como baja escolaridad, viudez y ocupación obrero (hombres) y ama de casa (mujeres), se asocia en nuestro país a bajos o nulos ingresos económicos. Otros factores causales que interactuaron fueron problemas familiares, conyugales, socioeconómicos y asociados a abuso sexual, pérdida familiares, etc. La literatura internacional los señala como factores de riesgo (39-42), y se han reportado en estudios nacionales (12-15, 20-21). Además, el 8.5% de los casos tuvieron antecedentes de intentos de suicidios previos, lo que constituye un factor predictor importante reportado por la literatura (39-41,45,48,49)



Variación temporal:

Durante el período estudiado se observó un moderado incremento de casos acumulados durante el mes de diciembre. Lo anterior podría atribuirse al mayor impacto económico y afectivo de las festividades navideñas, considerando los problemas relacionados señalados por los pacientes. Sin embargo, la literatura internacional reporta que las fluctuaciones temporales son mucho menos marcadas en los suicidios que para las lesiones no intencionales, pero se observa un ligero incremento durante la primavera y un ligero descenso en diciembre durante la mayoría de los años. Además se considera que febrero es el mes de menor frecuencia debido a que es el mes más corto del año (5).

Método para cometer el intento de suicidio/suicidio:

Los métodos de suicidio empleados en nuestro estudio son consistente con los encontrados por a nivel nacional y por lo reportado por la literatura en países en desarrollo, en donde se señala que los plaguicidas y los fármacos constituyen los métodos de elección para cometer suicidio (7,11,16-19,43,44). Sin embargo, difieren de lo reportado en países en desarrollo en que el método de elección son las armas de fuego, seguido por el ahorcamiento o intoxicaciones con medicamentosas (5,38,45-47). Un factor común en la causalidad de las lesiones autoinfligidas, la constituye la disponibilidad de agentes letales tales como, armas de fuego en el hogar o de los otros agentes relacionados en países en desarrollo (plaguicidas, medicamentos).

Edad y sexo:

La literatura internacional en países desarrollados señala que solamente el 1% de los suicidios involucra a menores de 15 años y que las tasa de incidencia más elevada corresponde a los ancianos (5). Esto difiere enormemente de lo encontrado en nuestro estudio, en que el 8.5% de los suicidios y 18.2% de los intentos de suicidios eran menores de 15 años. En base al total de casos el 47.6% eran adolescentes (menores de 20 años). Estas cifras son más altas aún que las

reportadas en países en desarrollo.

En este estudio, la razón de masculinidad de los suicidios e intentos de suicidio fue de 0.8:1 y 0.9:1, respectivamente. Bastante diferente a lo reportado tanto en países en desarrollo como por países desarrollados en que los suicidios son más frecuente en hombres y los intentos de suicidio en mujeres (5,6,38,39).

Muerte prematura:

En nuestro estudio se refleja claramente que el suicidio es una causa importante de muerte prematura considerando que se perdieron en promedio 38 AVPP, lo cual corresponde por lo señalado estudios nacionales e internacionales (6,11-19,38,40). En Nicaragua, por ejemplo, en el grupo de 5-14 años los suicidios y homicidios ocuparon el sexto lugar y en el grupo de 15-49 años el tercer lugar (8). En los Estados Unidos el suicidio representa la segunda causa de muerte entre los grupos de 15-24 años (38).

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los casos eran adolescentes y en relación al sexo no se observó diferencias. Además, la mayoría se caracterizaron por tener baja escolaridad, ser solteros, católicos y ser amas de casa (en mujeres) y trabajador agrícola en los hombres.
2. Los principales problemas relacionados al intento suicida fueron: familiares, conyugales y socioeconómicos.
3. Los principales métodos para cometer el intento suicida fueron los plaguicidas y los fármacos.
4. Durante el período de estudio se observó una tendencia de incremento de casos de enero a diciembre.
5. La tasa total de letalidad fue de 13.4%.
6. Es considerable el impacto que tiene el suicidio en los hijos de las víctimas.

RECOMENDACIONES

1. Implementar la vigilancia epidemiológica de las lesiones como un instrumento para monitoriar las tendencias observadas e identificar grupos de riesgos emergentes.
2. Disminuir la disponibilidad de plaguicidas en los hogares, así como establecer mecanismos para monitorear y evaluar esta medida.
3. Realizar seguimiento de todos los intentos de suicidio a través de trabajo social, salud mental y otras instituciones comunitarias para tratarlos integralmente y prevenir futuros intentos.
4. La implementación de programas basado en las escuelas podría ser un escenario prometedor para la prevención del suicidio, debido a que allí se halla la mayoría de la población en riesgo.
5. Buscar mecanismos a través de los cuales se pueda brindar ayuda a todos aquellos niños desamparados.

REFERENCIAS

1. Murray C, López AD. Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence, and mortality estimates for over 200 conditions. United States: World Health Organization. 1996.
2. Murray C, López AD. The Global Burden of Diseases: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. United States: World Health Organization. 1996.
3. WHO. The World Health Report 1998. Life in the 21st century: A vision for all. Geneva: WHO, 1998.
4. Prothrow-Stith D, Spivak H, Sege RD. Interpersonal violencia prevention: A recent public Health mandate. In Detels R, Holland W, McEwen J, Omenn G. New York: OXFORD Textbook of Public HEALTH. Third edition volume 5. 1997
5. Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MJ, Li G. The Injury Fact Book. Second edition. Oxford: Oxford University Press, 1992.
6. Berger LR, Mohan D. Injury Control: A Global View. Oxford University Press. New Delhi. 1996.
7. Berger LR. Suicides and Pesticides in Sri Lanka. Am J Public Health 1988;78:826-828.
8. Ministerio de Salud. Plan Maestro de Salud 1991-1996. Managua, Nicaragua. 1991.
9. Barra F. Suicide behavior in children and adolescents. Pediatrics 1989;5(3); 152-7.
10. Tercero F, Andersson R, Peña R, Svanström L. Can valid and prevention-oriented information on injury occurrence be obtained from existing data sources in developing countries?: An example from Nicaragua. International Journal for Consumer and Product Safety 1998;5;99-105.
11. Tercero F, Andersson R, Rocha J, Castro N, Svanstrom L. On the epidemiology of injury in developing countries: A one-year emergency room-based surveillance experience from León, Nicaragua. International Journal for Consumer and Product Safety 1999;6(1):33-42.

12. Argüello BM. Lesiones intencionales y no intencionales. Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello. 1992. UNAN-León, 1993. Tesis.
13. Olivares GP. Lesiones intencionales y no intencionales en pacientes ingresados en el Hospital Manolo Morales Peralta-Managua, 1993. UNAN-León, 1994. Tesis.
14. Barcenás FJ, Medina SB. Comportamiento de las lesiones intencionales y no intencionales en pacientes ingresados en el Hospital Amín Halum-Jinotega, 1992-1993. UNAN-León, 1995. Tesis.
15. Avilés OJ. Lesiones intencionales y no intencionales en pacientes ingresados en el Hospital César Amador Molina, Matagalpa 1993. UNAN-León, 1995. Tesis.
16. Benavente EM, Chavarría E, González J. Epidemiología de las intoxicaciones con Plaguicidas en el SILAIS de Matagalpa, durante 1996-1997. UNAN-León. Tesis. 1998.
17. Álvarez M, Pavón G. Incidencia de intoxicación aguda por plaguicidas en el SILAIS de Granada, en el período comprendido de septiembre de 1996 a septiembre de 1997. Monografía. UNAN-Managua. Tesis. 1998.
18. Olivas AN, López JM. Epidemiología de las intoxicaciones con Plaguicidas en el SILAIS de Chinandega, durante 1996-1997. UNAN-León. Tesis. 1999.
19. Larios RJ, Zeledón JI. Epidemiología de las intoxicaciones con Plaguicidas en el SILAIS de León, durante 1997. UNAN-Managua. Tesis. 1999.
20. González V. Caracterización epidemiológica del intento de suicidio en pacientes que demandaron atención en emergencia en el Hospital Escuela (HEODRA). Durante el período de 1992-1993. UNAN-León. Monografía. 1994.
21. Molina L. Vigilancia epidemiológica del intento de suicidio en pacientes que demandaron atención en emergencia de 5 hospitales de Managua. Durante el período comprendido de Septiembre a Noviembre de 1995, Managua. 1996.
22. Boletín Epidemiológico e Informativo. Aspectos ocupacionales y ambientales de la exposición a plaguicidas en el Istmo Centroamericano. PLAGSALUD. OPS/OMS. 1996.
23. Casares J. Diccionario Ideológico de la Lengua Española. 1a. ed. Barcelona: Gustavo Gili, 1954.

24. Rojas E. Estudio sobre el suicidio. Barcelona: Salvat 1978.
25. Aponte M. Suicidio vs. Intento de suicidio/Suicide vs. Attempted. Suicide. Revista Medica. Caja Seguro Social 1985;19(2):193-6.
26. Vallecillo P. Estudio preliminar del suicidio en Nicaragua. 1983-1987.
27. MINSA. Análisis de la situación de salud de Nicaragua: Suicidio. 1998.
28. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatry Scand 1993. Suppl. 371: 9-20.
29. Hernan-Velez J, Rojas W. Fundamentos de Medicina en Psiquiatria. 2a. ed. 1986: 238.
30. Rendon R. La familia: Su papel desencadenante del acto suicida. Psiquiatry Neurol 1984;30(62):19-26.
31. Ansis G., et al. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients: Description and prevalence. Am J Psychiatry 1993;150:108.
32. Murphy G., Wetzel R. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 1992;49:459.
33. Roy A. Suicide, in comprehensive on Textbook of Psychiatric. Baltimore: William and Wilkins, 1989.
34. Lewison P, Rhode S. Psychosocial characteristic of adolescent with a history of suicide attempt. Psychiatry 1993;32:60.
35. Mata J, Guzman A. Suicidio e intento de suicidio en el embarazo. Rev. Obstetrica Ginecologica Venezuela 1984;44(3):26-92.
36. OPS/OMS. Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Novena revisión. Vol. 1. Washington D.C.: OPS/OMS. Publicación Científica No. 353. 1978.
37. Dean AG, et al. Epi Info, Version 6.04: A word-processing, database, and statistics program for public health. Atlanta:Cent. Dis. Control. 1996.

38. National Committee for Injury Prevention and Control. *Injury Prevention: Meeting the Challenge*. Oxford, England: Oxford University Press, 1989.
39. Moscicki EK. Gender differences in completed and attempted suicides. *Ann Epidemiol* 1994;4:152-158.
40. Waller JA. *Injury control: A guide to the causes and prevention of trauma*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books, 1985.
41. Hawton K, Fagg J, Platt S, Hawkins M. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *BMJ* 1993;302:1641-4.
42. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: Aspirations and evidence. *BMJ* 1994;308:1227-33.
43. Jeyaratnam J. Acute pesticide poisoning: A major global health problem. *Wld Hlth Statist Quart* 1990;43.
44. OMS. *Consecuencias sanitarias del empleo de plaguicidas en la agricultura*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 1992.
45. Wilson MH, Baker SP, Teret SP, Shock S, Garbarino J. *Saving children: A guide to injury prevention*. New York: Oxford University Press, 1991.
46. Kellermann AL, et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Eng J Med* 1992;327:467-72.
47. Andrus JK, Fleming DW, Humann MA, et al. Surveillance of attempted suicide among adolescents in Oregon, 1988. *Am J Public Health* 1991;81:1067-1069.
48. Deykin EY, Perlow R, McNamarra J. Non-fatal suicidal and life-threatening behavior among 13- to 17 year old adolescents seeking emergency medical care. *Am J Public Health* 1985;75(1):90-92.
49. Nordentoft M, Breum L, Munck LK, Nordestgaard AG, Hunding A, Bjældager PA. High mortality by natural and unnatural causes: A 10 years follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *BMJ* 1993;306:1637-41.

ANEXOS

Ficha de recolección de datos:

"COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ATENDIDOS POR LESIONES AUTOINFLIGIDAS EN LOS HOSPITALES DE LA CUARTA REGION DURANTE 1996-1997".

I. DATOS GENERALES:

Ficha No.: _____

Nombres y apellidos del paciente: _____

No. Expediente: _____

Edad (años cumplidos): _____

Sexo: F _____ M _____

Estado civil: _____

Procedencia: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Religión: _____

Número de hijos: _____

II. DATOS RELACIONADOS A LA LESION AUTOINFLIGIDA:

Hora de llegada al hospital: _____

Fecha de ingreso: _____

Fecha de egreso: _____

Estancia hospitalaria (días): _____

Agente o sustancia utilizada: _____

Tratamiento médico previo:

Si _____ ¿Porqué?: _____

No _____

Hora del intento: _____

Estado en que se encontraba: _____

Egreso: Vivo _____ Muerto _____

Cuadro 1 Distribución de los pacientes hospitalizados por lesiones autoinfligidas según edad, sexo y procedencia, en los hospitales de la Cuarta Región, 1996-97.

CARACTERISTICAS	Femenino (n=43)	Masculino (n=39)	TOTAL	
			No.	%
Edad:				
10-13	100.0	0.0	4	4.9
14-16	80.0	20.0	15	18.3
17-19	60.0	40.0	20	24.4
20-44	42.9	57.1	35	42.7
≥ 45	0.0	100.0	8	9.7
Procedencia:				
Rivas	77.8	22.2	27	32.9
Masaya	30.0	70.0	20	24.4
Granada	42.1	57.9	19	23.2
Carazo	50.0	50.0	16	19.5

Cuadro 2 Características de los pacientes hospitalizados por lesiones autoinfligidas según sexo, en los hospitales de la Cuarta Región, 1996-1997.

CARACTERISTICAS	Femenino (n=43)	Masculino (n=39)	TOTAL	
			No.	%
Escolaridad:				
Analfabeta	4.7	12.8	7	8.5
Primaria	60.5	61.5	50	61.0
Secundaria	32.6	23.1	23	28.0
Desconocido	2.3	2.6	2	2.4
Estado civil:				
Soltero	60.5	46.2	44	63.7
Acompañado	25.6	28.2	22	26.8
Casado	14.0	17.9	13	15.9
Viudo	0.0	2.6	1	1.2
Desconocido	0.0	5.1	2	2.4
Ocupación:				
Ama de casa	58.1	0.0	25	30.5
Agrícola	0.0	48.7	19	23.2
Estudiante	32.6	10.3	18	22.0
Comerciante	2.3	5.1	3	3.7
Obrero	0.0	20.5	8	9.8
Otro	4.7	2.6	3	3.7
Ninguna	2.3	5.1	3	3.7
Religión:				
Católica	81.4	69.2	62	75.6
Evangélica	4.7	7.7	5	6.1
Ninguna	7.0	12.8	8	9.8
Desconocido	7.0	10.3	7	8.5

Fig. 1 Tasas de incidencia de lesiones autoinfligidas (100,000) por procedencia en los hospitales de la Cuarta Región. 1996-1997.

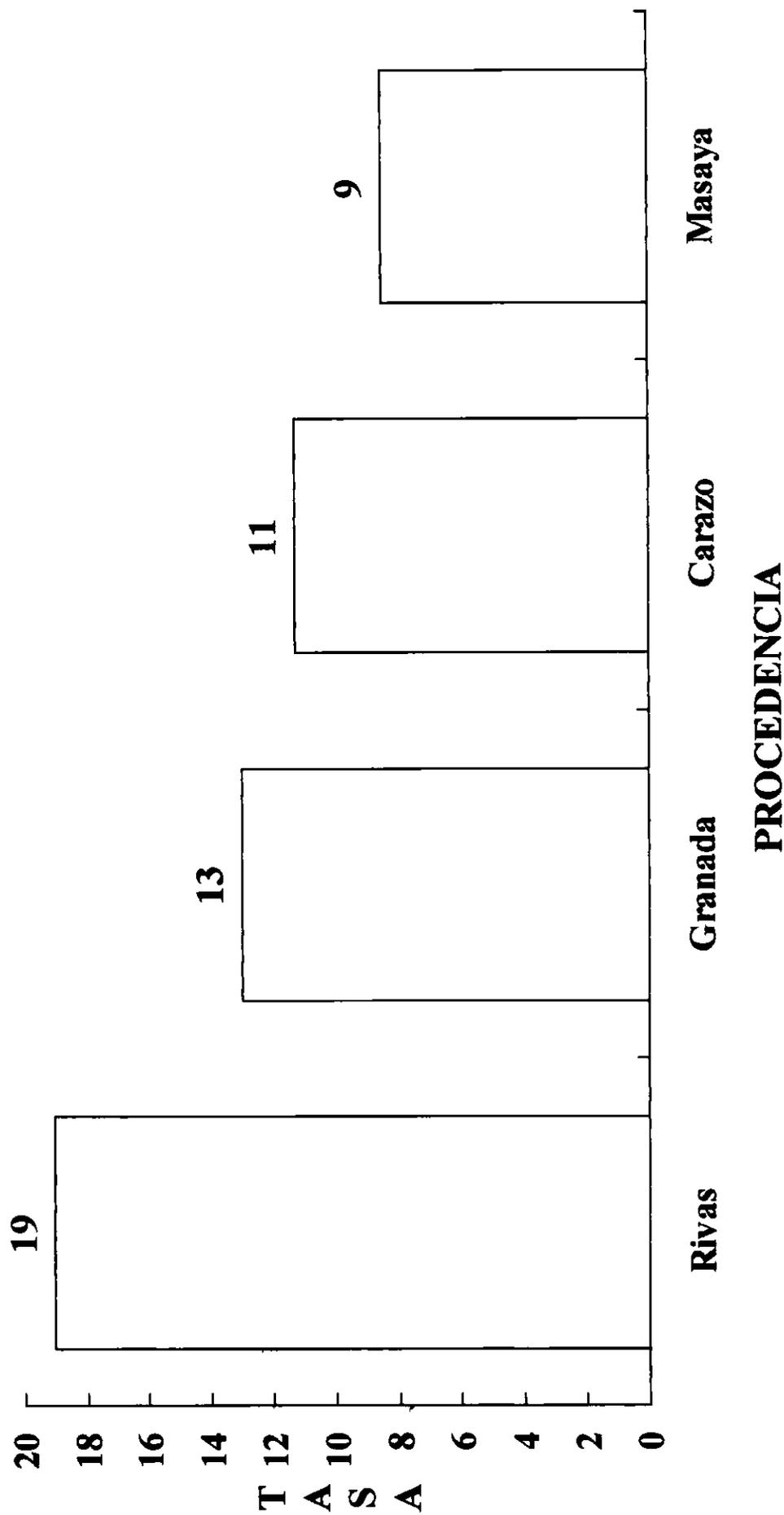


Fig. 2 Principales causas relacionadas a las lesiones autoinfligidas en los hospitales de la Cuarta Región. 1996-1997.

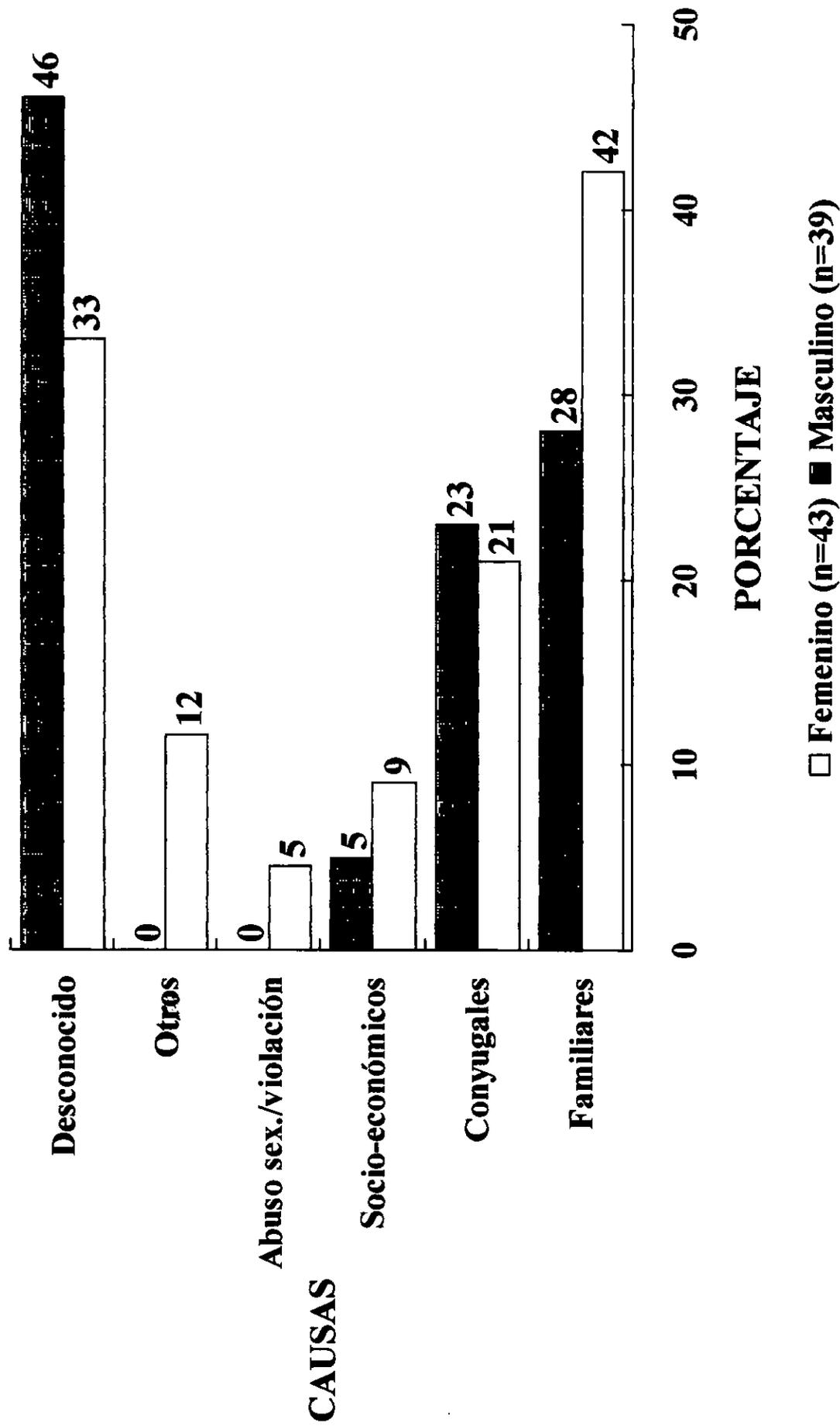


Fig. 3 Principales agentes de las lesiones autoinfligidas en los hospitales de la Cuarta Región. 1996-1997.

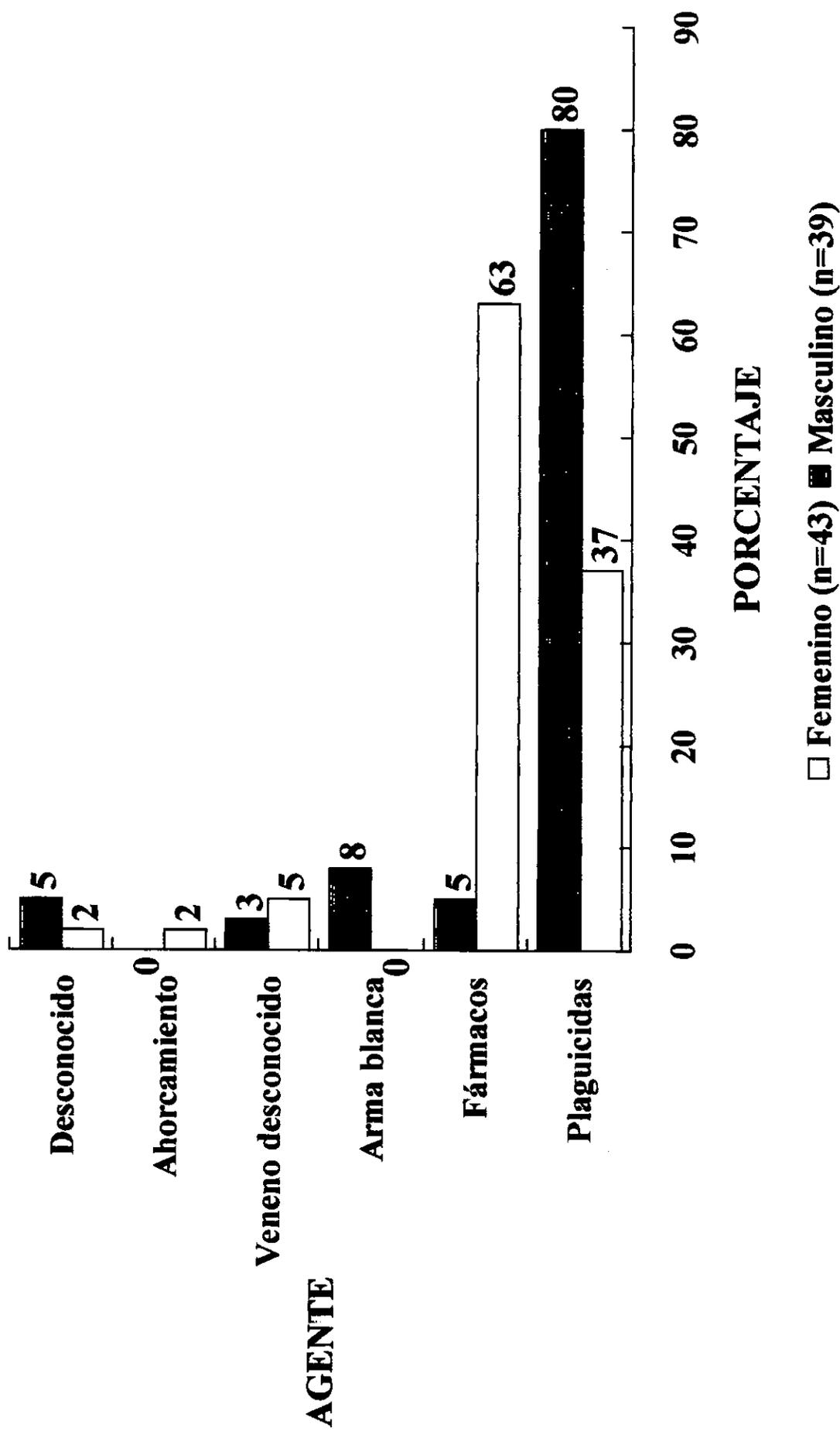


Fig. 4 Distribución según mes de ocurrencia de lesiones autoinfligidas en los hospitales de la Cuarta Región. 1996-97.

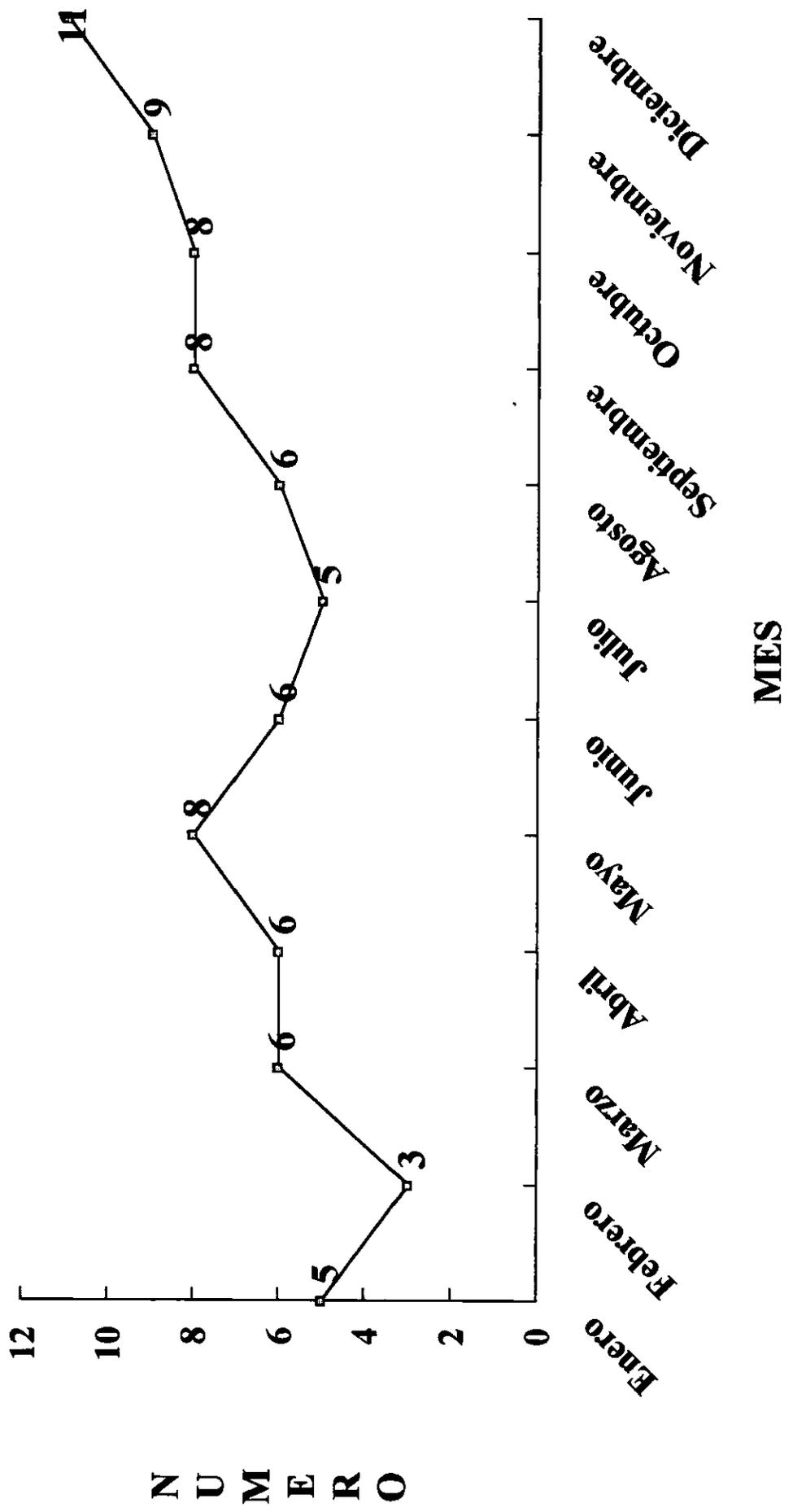


Fig. 5 Tasas de letalidad de lesiones autoinfligidas según edad, en los hospitales de la Cuarta Región. 1996-1997.

