

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN- LEÓN

Facultad de Ciencias Médicas



Tesis para optar al título de Médico y Cirujano

Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Hospital Regional Cesar Amador Molina de la ciudad de Matagalpa Enero 2019 - Noviembre 2020.

Autor: Ruth de los Angeles Hernández García.

Tutor: Dr. Andrés Herrera Rodríguez.MD, Msc, PhD

Profesor titular.

Facultad de ciencias médicas.

León, Nicaragua

Marzo, 2021

ÍNDICE

Resumen	3
Dedicatoria y Agradecimiento.....	4
Introducción.....	5
Antecedentes.....	7
Justificación.....	11
Planteamiento del problema.....	12
Objetivos.....	13
Marco teórico.....	14
Diseño metodológico.....	27
Resultados	29
Discusión de resultados	44
Conclusiones.....	47
Recomendaciones.....	48
Bibliografía.....	50
Anexos.....	53

RESUMEN

El presente estudio fue realizado en el Hospital Regional César Amador Molina de la ciudad de Matagalpa, durante el periodo de Enero 2019 a Noviembre 2020, con el objetivo de identificar los factores asociados a los intentos de suicidio de los pacientes ingresados en dicho Hospital. Este estudio fue descriptivo y de corte transversal. La población y muestra lo constituyeron el 100% de los pacientes ingresados por intento de suicidio durante el período de estudio que fue de 105 en total. La unidad de análisis fueron los expedientes clínicos de los pacientes.

Los resultados más relevantes son los siguientes:

La población más afectada fue de los 21 a 30 años, correspondiendo a los grupos de edades de adultos jóvenes, de sexo masculino, procedencia rural, escolaridad primaria, trabajadores de campo, acompañados, de religión ninguna y de mayor frecuencia en el año 2020. La mayoría de los intentos de suicidio se efectuaron en horas de la noche y la mañana, mayormente los días Viernes y Martes y en la casa de habitación, entre los meses de Febrero y Marzo. Se encontró en la mayoría de los casos conflictos de familia y conyugales, el alcoholismo, además la autoestima baja y depresión, el antecedente de intento de suicidio previo. El método utilizado en su mayoría fue el envenenamiento por plaguicidas (fosfinas, insecticidas, herbicidas, órgano fosforados) y bajo la influencia del alcohol.

Conclusión: En cuanto al manejo clínico de los pacientes el tratamiento médico fue el adecuado para su estabilización y recuperación, así como su abordaje psicoterapéutico tanto a su ingreso como egreso hospitalario, en cuanto a la condición de egreso la mayoría fueron dados de alta, y un pequeño porcentaje del 4% fallecieron, se incluyeron en el estudio ya que cumplían con los criterios de inclusión del mismo. También se encontró un pequeño porcentaje de 9% de pacientes que abandonaron la unidad hospitalaria.

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

A: Dios primeramente me ha procurado salud y me ha mostrado el camino a seguir.

A: mi Padre que desde el cielo se que está orgulloso deseando lo mejor para mí y en su memoria he logrado realizar este trabajo.

A: mi familia a mi Madre María Félix y hermanos en especial Dina que me ha apoyado siempre para alcanzar las metas que me he propuesto.

A: mi esposo Jaime e hijo Matteo por su amor y apoyo incondicional en la realización de mis anhelos.

A: mi Tutor Dr. Herrera por todo su empeño y disposición para lograr un excelente trabajo por el tiempo dedicado y sus valiosas recomendaciones.

A: todas aquellas personas especiales que colaboraron en la realización de este trabajo.

INTRODUCCIÓN.

La conducta suicida muestra una tendencia elevar a nivel mundial. A pesar de dificultades para el registro fiable en casi todos los países, debido a prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales y se consideran que las tasas por 100,000 habitantes son superiores. (1)

En los últimos 45 años las tasas por suicidio han aumentado en 60 % a nivel mundial, en el año 2000 la tasa de mortalidad global por suicidio fue de 14.5 por 100.000 habitantes. Siendo los jóvenes y los adolescentes los más afectados, la relación entre intento de suicidio y suicidio se ha estimado en 40:1 en la mayoría de los países industrializados, mientras en los mayores de 55 años es de 2:1.(2) (9)

Además, el suicidio es común en los jóvenes varones que en las mujeres, mientras en intento es más frecuente en las mujeres. A medida que avanza la edad es menor la proporción intento de suicidio/suicidio, y aumenta la letalidad del intento.

En estudios de seguimiento de pacientes después del intento, se ha visto que de 15 al 10% se suicidan, y que del 10% al 60% de los pacientes que se suicidaron tenían intentos previos. (4) En un estudio de seguimiento realizado por Caldera T. Y cols (2004) reporta que solo el 11% de los reportados repitieron el intento tres años después.(8)

Entre los factores asociados a la conducta suicida se mencionan: la crisis de identidad, los sentimientos de rechazo, el temor de diferenciarse del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, agresivos y negligentes, conflictos y discusiones con los miembros de la familia y con su pareja, estrés, la pérdida de un ser querido, el divorcio de los padres, la formación de una nueva

familia con padrastros y hermanastros, la mudanza a un lugar lejano, las confusiones propias de la edad, las presiones para triunfar, algunas epidemias como el VIH/ SIDA entre otras enfermedades terminales. (5)

La Organización Mundial de la Salud refiere que la depresión es la principal causa de suicidio entre personas de los 15 a los 19 años de edad. (Prevención del suicidio, OMS 2001. (5) En Nicaragua la tasa de suicidio para 1960 fue de 5 x 100.000 habitantes, en 1970 de 1 a 2 x 100.000 habitantes, en 1980 de 4 x 100.000 habitantes, en 1990 de 5 x 100.000 habitantes, en 2000 de 7.15 x100.000 habitantes, en 2001 de 7.19 x 100.000 habitantes, en 2002 de 6.74 x100.000 habitantes, en el 2003 de 6.5 x 100.000 habitantes. (6)(7)

Según el Ministerio de Salud de Nicaragua los más afectados son los adolescentes y jóvenes, entre los factores estudiados antecedentes de maltrato en la infancia y de aislamiento social, la depresión, trastornos psiquiátricos, el abuso de alcohol y las drogas, historia reciente de intento de suicidio. Los métodos más utilizados fueron fármacos en las no fatales y plaguicidas en las fatales, observándose alto índice de alcohol y repetición de la conducta suicida. La letalidad es muy alta en la mayoría de los hospitales donde funciona el sistema de vigilancia y el impacto en la muerte prematura es considerablemente alto. (8)

Con el presente estudio se pretende identificar el perfil epidemiológico de este fenómeno en uno de los Hospitales de nuestro país con el fin de aportar a la implementación de acciones preventivas ya que sabemos que afecta en edades más tempranas a los países en vías de desarrollo, como el nuestro constituyendo un serio problema social, pues frustra miles de vidas potencialmente productivas en su período óptimo de formación y desarrollo Psicosocial.

ANTECEDENTES

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente, encontrándose datos sobre él, desde las civilizaciones más antiguas durante la edad media, observándose una caída en su incidencia con posterioridad. De nuevo reaparece el suicidio, en el siglo XVIII hasta nuestros días, fenómeno que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros. (10) (11)

En Nicaragua los casos de intento suicida y suicidio se han venido incrementando en los últimos años siendo la población más afectada los jóvenes y diversos estudios epidemiológicos se han conducido para dar respuesta a este fenómeno. (2)(6)

En Nicaragua el suicidio se manifiesta como resultado de múltiples factores: antecedentes de guerras, conflictos políticos, desastres naturales, migraciones en ambos sentidos, altas tasa de desempleo, la pobreza, la falta de educación, poco acceso a los servicios básicos, problemas emocionales, las relaciones familiares, y de pareja conflictivas, el abuso de sustancias psicoactivas y la falta de aceptación social de la identidad sexual. (12)

El Programa de Salud Mental del MINSA de Nicaragua en el año 2000, definió que el suicidio y la conducta suicida serían una área de prioridad para la prevención atención y recuperación para lo cual se elaboraron normas para el abordaje de la conducta suicida, se han desarrollado procesos de capacitación al personal de salud mental en algunos SILAIS como Chinandega y León se han desarrollados planes intersectoriales para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes. Durante el 2002 se realizó un estudio descriptivo en el Hospital Regional Cesar Amador Molina, Matagalpa en donde se analizaron las causas de la conducta

suicida en los pacientes que fueron ingresados en esta unidad por intento suicida y se encontró que el grupo étnico más afectado fue de los 15 a los 30 años, siendo los adolescentes los de mayor riesgo, en cuanto al sexo predominó el masculino, de escolaridad analfabeta, con primaria incompleta o completa, la causa más frecuente fue la violencia intrafamiliar especialmente los problemas conyugales.

Entre 1999-2002 en el HEODRA se realizó un estudio sobre intentos suicidas y se obtuvieron los siguientes resultados:

- El nivel educativo 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% y de procedencia 92.7% urbano y rural 7.3% (31).

En 1999 Rocha, Dávila y Vanegas en su tesis de suicidio en jóvenes en Nicaragua mencionan a Managua, Chinandega y Matagalpa como los departamentos con mayor índice de lesiones autoinfligidas, principalmente los suicidios.

En el año 2003 se sumaron los hospitales Dr. Oscar Danilo Rosales de León, Victoria Motta de Jinotega y Vélez Páiz de Managua al proceso del modelo de vigilancia de las lesiones, permitiendo la recolección de información relevante que muestra la magnitud del problema.(13)

En Enero 2003 a Marzo 2004 Rodríguez al realizar un estudio en lesiones autoinfligidas en los cinco hospitales que forman el sistema nacional de vigilancia de lesiones donde mencionan 497 casos de lesiones autoinfligidas (1.3 % del total

de lesiones por causas externas), predominó el grupo etario de 15 a 24 años y el 55% fueron mujeres, los principales problemas fueron: problemas familiares y de pareja, el mecanismo más utilizado fue el uso de fármacos en las mujeres y el uso de plaguicidas en varones, la casa fue el sitio donde más lo intentaron (90%) y se asoció al uso de alcohol (22%) y drogas (1.2%), los años de vida potencialmente perdidos reportados en este estudio fue 2.071 con una letalidad de 11.8%.8.(46) Estadísticas Nacionales de salud del 2004 ubican a Madriz, Jinotega y Chinandega con las tasas más altas del país, esto ubica a las lesiones autoinfligidas en la décimo cuarta causa de mortalidad en el país.(33)

En Enero del 2004 a Diciembre 2005 Martínez en su tesis factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en Hospital Roberto Calderón. Managua, menciona como los factores asociados a los intentos de suicidio principalmente los conflictos de familia (conflictos conyugales y violencia intrafamiliar) y la depresión, el alcoholismo y autoestima baja, las enfermedades crónicas y el antecedente de intento de suicidio y el desempleo. El informe del 2005 del Programa Nacional de Salud Mental de Nicaragua hace una referencia cronológica desde 1990 hasta el año 2006 donde se evidencia un incremento del número de casos de intentos de suicidios y de suicidios.(32)

De acuerdo a los registros de la vigilancia epidemiológica, del primero de marzo 8 al 4 de abril del 2015, se reportan 69 intentos de suicidios (2): De los eventos notificados, 12% fueron suicidios consumados y 71% intentos de suicidios. Cada día se realizan 2 intentos de suicidios que ingresan a los servicios de salud. El 51% de las personas que intentan suicidarse son del sexo Masculino.

En los suicidios consumados el comportamiento es igual en ambos sexos (50%). El 42% de las personas con intentos de suicidio son en edad adolescente.(46) El 77% de los intentos de suicidios son en los SILAIS de Matagalpa (29%), Jinotega (20%), Chinandega (7%) y Las Minas (7%). Los municipios de Mulukuku, Jinotega, Matagalpa, La Dalia y Matiguás, son los que presentan mayor número de intento de suicidios. (6)(25)

JUSTIFICACIÓN

Tanto la conducta suicida como el suicidio consumado representan un importante problema de salud pública en todo el mundo, siendo importante conocer sus factores determinantes.

La conducta suicida (gesto suicida, deseo de morir, idea suicida, plan suicida intento de suicidio y suicidio), es un acto complejo y no aleatorio. Intervienen factores socios demográficos, psicológicos, biológicos, culturales, antropológicos y sociológicos. Además el suicidio ocupa las primeras causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. (16)

En Nicaragua estudios recientes informa que la mayor tasa de suicidio se da entre 15 a 19 años, siendo similar las tasas de suicidio Nicaragua con respecto a los países Europeos. En León se realizó un estudio de seguimiento de 3 años por Trinidad Caldera, Andrés Herrera sobre suicidio en Nicaragua encontrado que edad de mayor prevalencias de 10 a 20 años con una tasa de 100,000 habitantes 203.70 prevaleciendo el sexo femenino.

Estando claro que el principal reto del intento de suicidio es determinar las condiciones estructurales de los pacientes los eventos provocados, emociones vividas y las acciones tomadas al momento de asistir la conducta suicida.

Con el siguiente estudio se pretende ilustrar la epidemiología que sigue el intento de suicidio en especial en el departamento de Matagalpa y además contribuir a documentar e informar sobre las condiciones desencadenantes del intento de suicidio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta suicida representa una crisis de la sociedad contemporánea. Además, su manejo epidemiológico representa un reto para los tomadores de decisiones. La ruptura del tejido social y el desapego de las masas son parte de las razones de esta enfermedad. Las redes sociales y las transiciones sociales aportan de forma importante a la conducta suicida.

El intento de suicidio representa la renuncia a la vida y un descontento con las emociones que al individuo se le hace difícil de controlar. Las malas relaciones interpersonales y la forma como la gente resuelven sus problemas forma parte de esta enfermedad.

En el mundo al menos nueve de cada diez personas con intento de suicidio presentan un trastorno de salud mental y mucho de estos no han sido diagnosticado ni tratado adecuadamente.

En Nicaragua, la conducta suicida sigue siendo un reto para la salud pública, y el modelo de salud MOSAF busca dar respuesta a esta conducta, sin embargo más personal entrenado es necesario en diferentes niveles de atención. Por tanto se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a los intentos de suicidio en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Cesar Amador Molina del departamento de Matagalpa en el período de Enero 2019 a Noviembre del 2020?

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores asociados y su manejo a los intentos de suicidio en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Cesar Amador Molina de la ciudad de Matagalpa durante el período de Enero del 2019 a noviembre 2020.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
2. Mencionar los factores asociados que determinan los intentos de suicidio en la población de estudio.
3. Describir las circunstancias asociadas y el método utilizado en los pacientes atendidos.
4. Analizar el manejo clínico de los pacientes atendidos por el personal de salud.

MARCO TEÓRICO.

El intento de suicidio puede considerarse como una “llamada de socorro” frente a situaciones afectivas difíciles. 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 ha 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).

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. 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).

Conducta suicida:

La conducta suicida abarca una serie de actitudes que va desde gesto suicida, deseo de morir, ideas suicidas, intentos de suicidios, plan suicida 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 porque la intención era vaga o ambigua o la forma elegida tenía un potencial bajo (18).

La conducta suicida representa en si una carencia espiritual y de valores.

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 autores como (Herrera A. y Caldera T.) lo clasifican como una pirámide conductual:

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

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).

En tanto, 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:

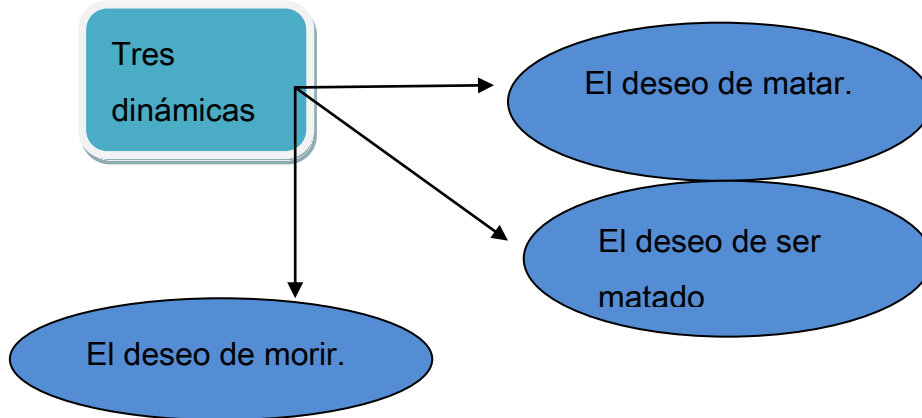
1) El Altruista: Está literalmente pedido por la sociedad. En este caso, las costumbres o reglas del grupo reclaman el suicidio en determinadas circunstancias.

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: perdida 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 más 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).

Más 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 que 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 frecuencia 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
- Y la mala gestión de las emociones personales e interpersonales. (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).

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 más 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 más 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.

Llantos, peleas.
Infracción a la ley.
Irreflexiones.
Auto herirse.
Escritos acerca de la muerte y suicidio.
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).
Intento previo de suicidio.

Abordaje del suicidio en el Ministerio de Salud de Nicaragua:

El abordaje del suicidio en Nicaragua establece muy claramente disposiciones generales a nivel Nacional y a nivel del Ministerio de Salud que consisten acciones administrativas, acciones de participación popular y coordinación intersectorial y

las normas a seguir para la atención al paciente con riesgo suicida. Dentro de las acciones administrativas esta la inclusión de temas relacionados al suicidio en la curricular de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, la capacitación al personal de salud de primer y segundo nivel, en especial emergencia, observación y jefes de servicios de internamiento, asegurar que en cada cabecera de SILAIS se cuente con personal mínimo de Salud Mental, de preferencia un psiquiatra y un psicólogo en el caso de Managua, en cada hospital principal un(a) psiquiatra, un(a) psicólogo(a) y un(a) trabajador(a) social y brindar todo el apoyo institucional para el adecuado abordaje de estos pacientes.

Así mismo las acciones de participación popular y coordinación intersectorial son la clave con su participación activa en el proceso terapéutico. La Asociación Nicaragüense de Psiquiatría ha integrado una Comisión ad hoc con el Ministerio de Salud y a su vez se debe procurar la incorporación de otras organizaciones profesionales afines para un abordaje multi organizaciones profesionales afines para un abordaje multidisciplinario, con base científica y debidamente articulado.

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

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

4. Se advertirá al paciente, su familia y personas de su entorno de la gravedad del asunto, de la conducta más adecuada para afrontar el problema y de la necesidad de la colaboración de todos.
5. Si se duda sobre la gravedad del riesgo, es imperativo pecar por exceso e internar al paciente. El personal del Centro debe estar advertido que en casos de grave riesgo los intentos suelen repetirse en el seno de la unidad y que un 10% lo logran. El potencial suicida amerita vigilancia cercana todos los segundos de cada 24 horas.
6. Si el personal de la unidad no se considera con la capacidad suficiente para tratar el caso y cuenta en su SILAIS o en el vecino con personal del Programa de Salud Mental, deberá referirlo con amplias explicaciones a la familia que deberá acompañarlo, o en su defecto, un miembro del personal ; y estar preparados para recibirlo una vez que el equipo especializado lo haya sacado de la crisis y lo devuelva con una contrarreferencia completa, para su seguimiento sistemático, que implica visitas domiciliarias si el paciente rehúsa regresar y la familia no puede o no quiere colaborar.
7. En todos los casos, el Director del Hospital a que ha sido referido no deberá ni podrá rehusar su ingreso, con base en la Resolución Ministerial 31-93 que obliga a internar a los pacientes por causa psiquiátrica en el hospital de su comunidad, pero más en este caso, pues es un paciente que está más cerca de la muerte que algunos admitidos con enfermedades “convencionales”.
8. En caso de que la familia rehusé el internamiento a pesar de los razonamientos que use el personal tratante para persuadirles, deber exigirse la firma de un documento de exoneración de responsabilidad por parte del familiar responsable.
9. No obstante, esto no libera al equipo tratante de la responsabilidad de continuar el tratamiento ambulatorio con consultas diarias mientras dura la crisis aguda, hasta que se considere libre de riesgo inminente, aumentando el intervalo de las citas según evolución y en dependencia del diagnóstico de la patología subyacente en caso de que exista alguna (depresión, esquizofrenia, epilepsia, etc.). Se deberá advertir a la familia que el paciente debe ser vigilado

permanentemente, que unos pocos minutos dentro del baño bastan para matarse o de soledad en el dormitorio para ahorcarse.

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

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

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

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

DISEÑO METODOLÓGICO

a). Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal determinando los factores relacionados a los intentos de suicidio en los pacientes atendidos en el Hospital Regional César Amador Molina del departamento de Matagalpa.

b). Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Regional Cesar Amador Molina del departamento de Matagalpa.

c). Población y muestra

Lo constituyeron el 100 % de los pacientes ingresados en el Hospital Regional Cesar Amador Molina por intento de suicidio en el período de Enero del 2019 a Noviembre 2020.

d). Unidad de análisis

Expediente clínico de los pacientes ingresados en la unidad hospitalaria con impresión diagnóstica de intento suicida.

e) Criterios de inclusión

- Paciente vivo que al ser ingresado en la unidad hospitalaria su impresión diagnóstica fue intento suicida.
- Expediente clínico completo.

f). Fuente de Información: Secundaria: se creó una ficha de recolección de datos y se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes ingresados por intento de suicidio, en el período de estudio.

g). Mecanismos de obtención de la información: Para el llenado de la información se diseñó un formato ó ficha en donde se recepcionarán los datos de interés del expediente clínico. Se realizó la validación del mismo. Para la recolección de la información se solicitó permiso al Director del Hospital Regional Cesar Amador Molina con previo soporte de carta enviada por Docencia del SILAIS correspondiente al Departamento de Matagalpa y posteriormente se coordinó con

el responsable del departamento de estadísticas para acceder a los expedientes clínicos de los pacientes ingresados.

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

i). Variables del estudio

Objetivo No 1: Características sociodemográficas de los pacientes en estudio.

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil
- Religión
- Día ,Mes y hora del intento
- Lugar donde ocurrió el intento de suicidio

Objetivo No 2: Factores asociados que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes atendidos.

- Factores sociales
- Factores biopsicologicos
- Factores económicos

Objetivo No 3: Circunstancias asociadas y el método utilizado en los pacientes atendidos.

- Circunstancias asociadas y método.

Objetivo No 4: Manejo clínico de los pacientes atendidos por el personal de salud.

- Tratamiento médico-quirúrgico no psicoterapéutico
- Tratamiento médico Psicoterapéutico
- Condición al egreso.

j). El plan de análisis: Se realizó análisis univariado correspondiente de los datos.

RESULTADOS

Para el presente estudio, se revisaron un total de 105 expedientes clínicos de los pacientes que fueron ingresados por intento de suicidio en el Hospital Regional César Amador Molina de la ciudad de Matagalpa durante el período de Enero 2019 a Noviembre del 2020.

Características sociodemográficas de los pacientes:

TABLA NO 1. Intento de suicidio según características sociodemográficas.

Características	Frecuencia	Porcentaje
GRUPOS DE EDAD		
<i>Menor de 15 años</i>	7	7%
<i>15-20 años</i>	32	30%
<i>21 -30 años</i>	37	35%
<i>31 -50 años</i>	22	21%
<i>Mayor de 51 años</i>	7	7%
SEXO		
<i>Femenino</i>	37	35%
<i>Masculino</i>	68	65%
PROCEDENCIA		
<i>Rural</i>	78	74%
<i>Urbana</i>	19	18%
<i>Urbano- marginal</i>	8	8%
ESCOLARIDAD		
<i>Ninguno</i>	26	25%
<i>Primaria</i>	61	58%
<i>Secundaria</i>	16	15%
<i>Universitario</i>	2	2%
TOTAL	105	100%

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OCUPACIÓN		
Ama de casa	20	19%
Comerciante	9	9%
Estudiante	15	14%
Ninguno	10	9%
Otro	3	3%
Profesional	2	2%
Trabajador de campo	46	44%
TOTAL	105	100%

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

Según el **grupo de edad** el más afectado fue adulto joven (21 a 30 años) con 35%(37), seguido por el grupo de adolescentes jóvenes (15-20 años) con 30%(32) y en menor frecuencia los grupos adulto mayor (31 a 50 años) con 21%(22) y mayores de 51 años 7%(7) y menores de 15 años con 7%(7).

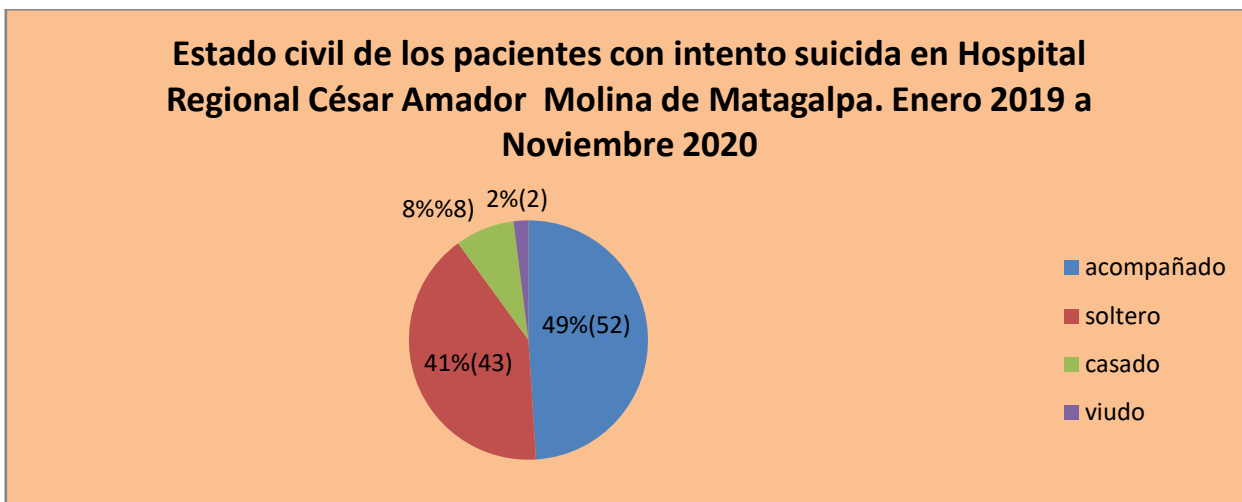
Con respecto al **sexo** el 65%(68) fueron Hombres y 35%(37) mujeres.

En cuanto a la **procedencia** el 74%(78) eran rurales, 18%(19) urbano y 8%(8) urbano marginales.

De acuerdo al grado de **escolaridad** el 58%(61) primaria, 25%(26) ninguna escolaridad, 15%(16) secundaria, 2%(2) universidad.

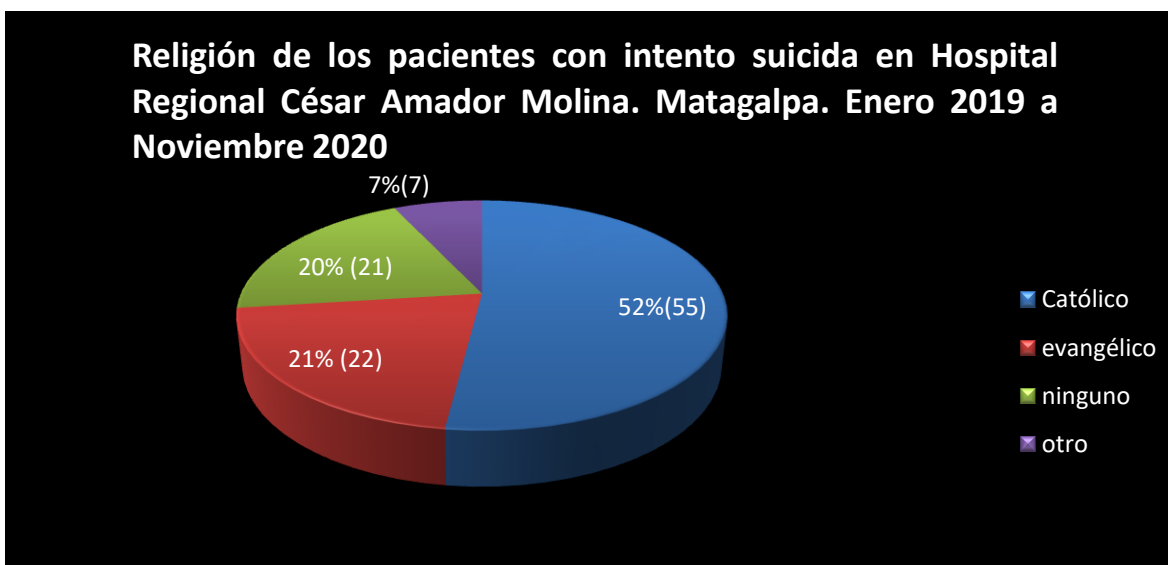
Según la **ocupación** el 44%(46) eran trabajadores de campo, un 19%(20) amas de casa, un 14%(15) estudiantes, 9%(10) sin ninguna ocupación, un 9%(9) comerciantes, otras ocupaciones y profesionales con 3% y 2% respectivamente.

Gráfico No 1



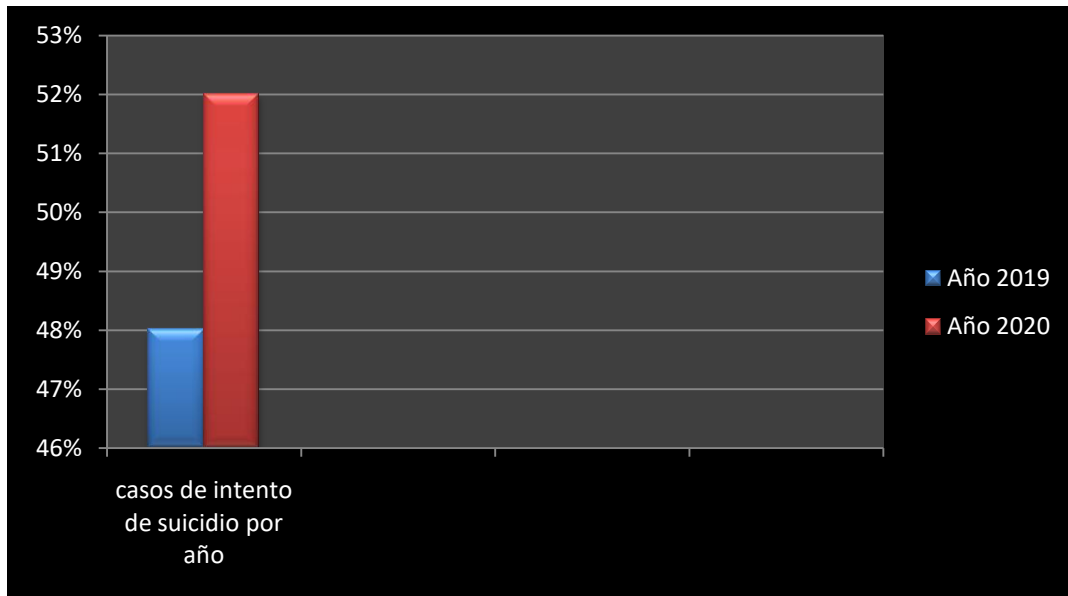
En relación al **estado civil** el 49%(52) eran acompañados, 41%(43) solteros, 8%(8) casados y 2%(2) viudo

Gráfico No 2



En cuanto a **religión** el 52%(55) eran católicos, 21%(22) eran evangélicos, el 20%(21) ninguno y 7%(7) otras.

Gráfico No 3. Casos de pacientes por año con intento de suicidio en Hospital Regional César Amador Molina. Matagalpa.



En cuanto al **año** que más casos se reportaron fue de 52%(55) el año 2020 y 48%(50) el año 2019.

TABLA No. 2

INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN FECHA DE OCURRENCIA HOSPITAL REGIONAL
CÉSAR AMADOR MOLINA. MATAGALPA ENERO 2019 A NOVIEMBRE 2020

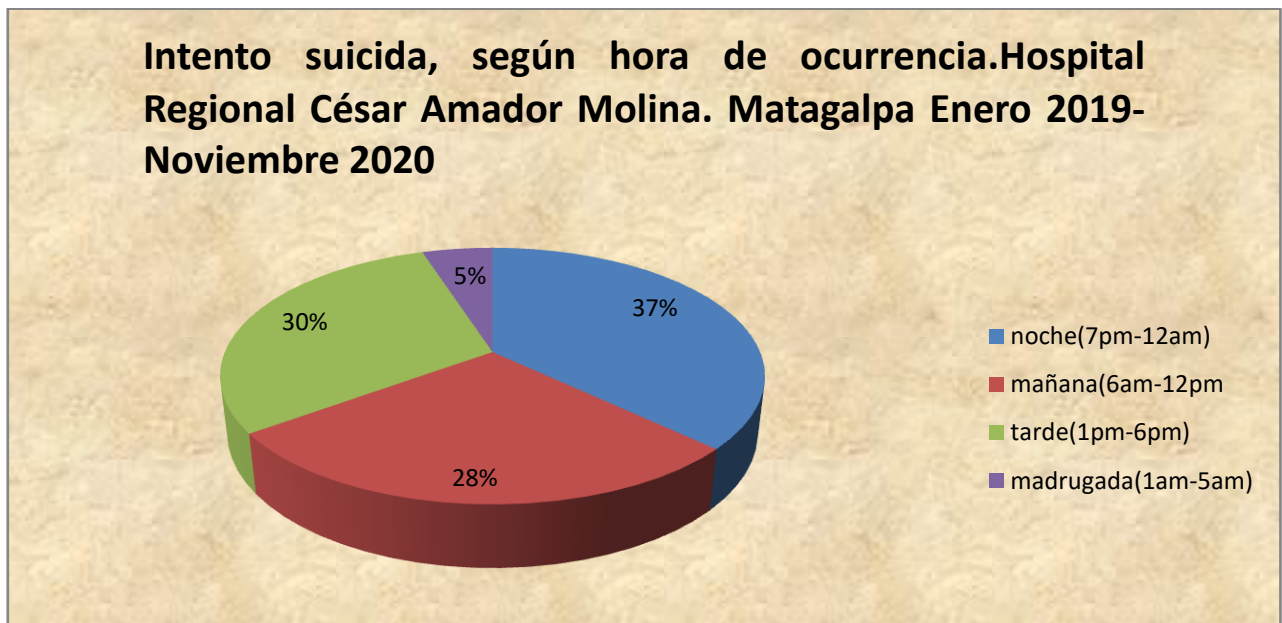
FECHA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIAS		
Lunes	13	12%
Martes	22	21%
Miércoles	8	8%
Jueves	11	10%
Viernes	31	30%
Sábado	8	8%
Domingo	12	11%
MESES		
Enero	11	10%
Febrero	17	16%
Marzo	16	15%
Abril	12	11%
Mayo	6	6%
Junio	3	3%
Julio	6	6%
Agosto	7	7%
Septiembre	12	11%
Octubre	3	3%
Noviembre	8	8%
Diciembre	4	4%
TOTAL	105	100%

Fuente: expediente clínico

Con respecto a la **fecha del intento de suicidio** los días en que se registraron más intentos fueron: Viernes y Martes con 30%(31) y 21%(22) respectivamente, seguido por el día Lunes con 12%(13), Domingo 11%(12), Jueves 10%(11) y Miércoles y Sábados con un 8%(8) y 8%(8) respectivamente. Ver Anexos. Tabla No 2

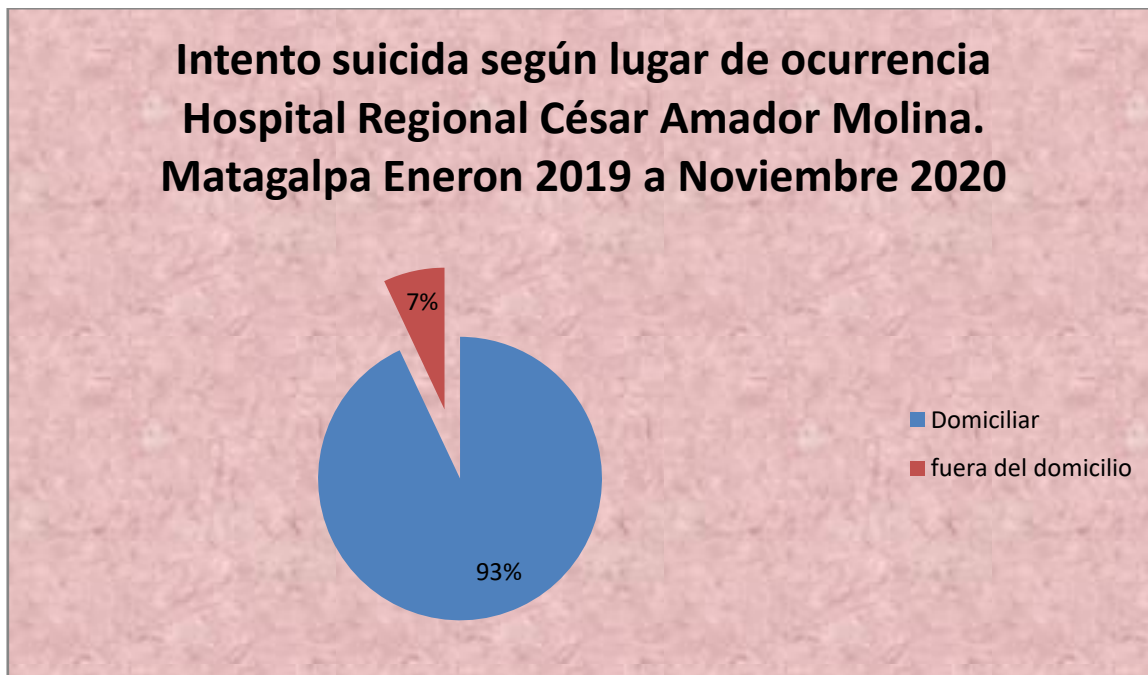
Según los **meses** los más frecuentes fueron Febrero y Marzo con un 16%(17) y 15%(16) respectivamente, seguido por los meses de Abril, Septiembre con un 11%(12) cada uno, Enero con 10%(11), Noviembre 8%(8), Agosto 7%(7), Mayo y Julio con 6%(6) cada uno, Diciembre con 4% y por último Junio y Octubre con un 3%.

Gráfico No 4



Con relación a la **hora** de ocurrencia del intento de suicidio la mayoría fueron durante las horas de la noche (7pm- 12am) con un 37%(39), seguido por las horas de la tarde con un 30%(32), mañana 28%(29) y en menor frecuencia durante las horas de la madrugada con 5%(5).

Gráfico No. 5



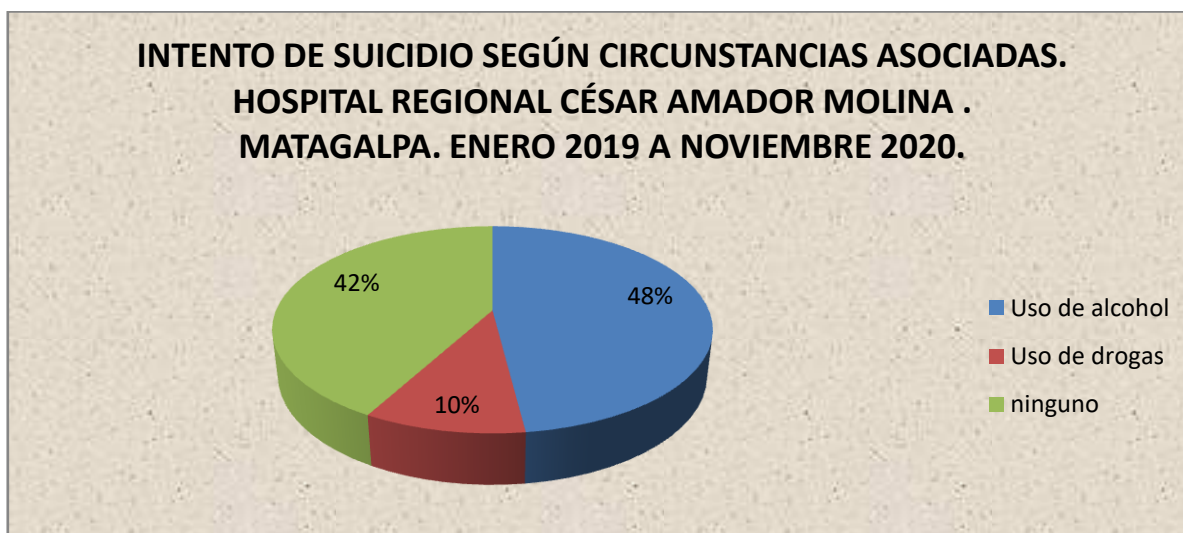
Según el lugar de ocurrencia del intento de suicidio el 93%(98) fueron en el domicilio y el 7%(7) fuera del mismo.

TABLA No. 3. INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN FACTORES ASOCIADOS HOSPITAL REGIONAL CÉSAR AMDOR MOLINA .MATAGALPA. ENERO 2019 A NOVIEMBRE 2020.

FACTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOCIALES:		
Conflictos de familia	61	58%
Conflictos de parejas	70	67%
Violencia intrafamiliar	36	34%
Autoestima baja	31	30%
Alcoholismo	55	52%
Drogadicción	3	3%
Abuso sexual	9	8%
BIO-PSICOLÓGICOS:		
Enfermedades crónicas	15	14%
Enfermedad mental	2	2%
Discapacidad	1	1%
Depresión	44	42%
Frustración	40	38%
Ansiedad	15	14%
Conducta impulsiva	20	19%
Muerte familiar	3	3%
Antecedente previo intento		
1	10	9%
2 ó más	1	1%
ninguno	94	90%
ECONÓMICOS		
Negado	90	86%
desempleo	9	8%
deuda	3	3%
otros	3	3%

En relación a **los factores sociales**, se encontró presente el 58%(61) los conflictos de familia también los conflictos conyugales en el 67%(70) y la violencia intrafamiliar en el 34%(36), el alcoholismo se encontró presente en el 52%(55), la autoestima baja en un 30%(31), la drogadicción en el 3%(3) , el abuso sexual en 8%(9) ; entre **los factores biopsicologicos** la depresión se presentó en un 42%(44), el antecedente previo de intento de suicidio en 90%(94) ninguno, un intento previo a 9%(10), y dos y a más de tres intentos 1%(1), las enfermedades crónicas (Hipertensión Arterial, Osteoartritis y Diabetes) representaron un 14%(15), la ansiedad 14%(15), enfermedad mental 2%(2), frustración 38%(40), conducta impulsiva 19%(20), muerte de un familiar (hijos) 3%(3) y 1%(1) la discapacidad, en relación a **los factores económicos** se encontró negado en un 86%(90), un 8%(9) desempleo y 3%(3) deudas y otros..

Gráfico No 6.



Dentro de las **circunstancias asociadas** al intento de suicidio: Al momento de tomar la decisión de intentar suicidarse el 48%(50) estaba bajo la influencia del alcohol y 10%(11) de drogas ilegales, el resto de los pacientes no se encontraba bajo el efecto de ninguna de las dos sustancias.

TABLA No 4. MÉTODO UTILIZADO EN LOS PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO EN HRCAM MATAGALPA. ENERO 2019-NOVIEMBRE 2020.

MÉTODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cortadura	2	2%
Disparo	4	4%
Envenenamiento	94	87%
Sobredosis de medicamentos	5	5%
TOTAL	105	100%

Fuente: expediente clínico

El método utilizado en su mayoría fue el envenenamiento con plaguicidas (fosfinas, insecticidas, herbicidas, organosforados) con 87%(94), luego 5%(5) fue por sobredosis medicamentosa (Diazepan, ASA, Antihipertensivos), disparo 4%(4) y cortaduras 2%(2).

TABLA No. 5. INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN MANEJO CLÍNICO. HOSPITAL REGIONAL CÉSAR AMADOR MOLINA MATAGALPA .ENERO 2019 A NOVIEMBRE 2020.

TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO	No de pacientes atendidos	No de Px tratados según protocolo	Porcentaje
Intoxicación por plaguicidas(fosfinas, organofosforados)	94	94	100%
Sobredosis medicamentosa	5	5	100%
Técnicas quirúrgicas	6	6	100%
TOTAL	105	105	100%
TRATAMIENTO MÉDICO PSICOTERAPÉUTICO	No de pacientes ingresados	No de Px tratados según las normas	Porcentaje
Valoración intrahospitalaria	105	99	94%
	No de Pacientes dados de alta.	No de Px tratados según normas.	Porcentaje
Seguimiento extrahospitalario	91	91	100%
Condición de egreso	Frecuencia	Porcentaje	
Alta	91	86%	
Fuga	1	1%	
Abandono	9	9%	
Fallecido	4	4%	
TOTAL	105	100%	

Manejo clínico de los pacientes atendidos:

El tratamiento médico-quirúrgico que precede al tratamiento psicoterapéutico, fue el adecuado en todos los pacientes, ya que se correspondió con el seguimiento de protocolos establecidos de acuerdo al método utilizado en el intento de suicidio, en el caso de envenenamiento por plaguicidas(fosfinas, insecticidas, herbicidas, organofosforados) la aplicación del protocolo de manejo de intoxicación al 100%(94) de los casos, y en las sobredosis medicamentosas, la aplicación del protocolo de manejo de cada una de las sobredosis medicamentosa al 100%(5) de los casos y manejo de técnicas quirúrgicas al 100%(6) . Ver en Anexos, Tabla No 5.

Según el tratamiento **médico psicoterapéutico**, que consiste en la valoración intrahospitalaria durante su ingreso, ésta se efectuó al 94%(99) de los pacientes y el seguimiento posterior a su egreso se realizó al 91%(91), correspondiendo un 80%(84) a referencias a la consulta externa del Hospital Regional César Amador Molina y un 6%(7) a referencias a la atención primaria en salud, lo cual evidencia un adecuado abordaje psicoterapéutico según las normas de prevención del suicidio en Nicaragua, al cumplirse en el 100% en ambos casos. Ver en Anexos, Cuadro No 3. En **relación a la condición de egreso** el 86% fueron dados de alta, 8% abandonaron, 4% fallecieron y 1% se fugó.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los grupos de edades más afectados con intento de suicidio fueron los adultos jóvenes representando más de dos tercios de los casos, lo que corresponde con las investigaciones existentes en la literatura a nivel mundial. (6). De igual manera el sistema de vigilancia de la UNAN León reportó que más de dos tercios de los intentos de suicidio correspondían a las edades entre 21-30 años (33). Esto coincide con algunos datos estadísticos de otros países como México en el 2011.

En relación al sexo los intentos de suicidios se presentaron con mayor frecuencia en los hombres que las mujeres, contrario a lo refiere la literatura que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres con una relación de 3:1 y a su vez los hombres logran el suicidio con una relación 3:1.

La procedencia en su mayoría corresponde al área rural, la literatura revela el fenómeno del comportamiento suicida como un evento urbano. El suicidio en zona rural muchas veces se debe a 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. El grado de escolaridad que predominó fue primario incompleto, seguido por ninguna escolaridad, después secundaria y por último universidad.

Con relación a la ocupación sobresalen los trabajadores del campo y amas de casa. La mayoría eran acompañados o relación sin compromiso, lo cual se relaciona con los grupos de edades más afectadas y coincide con la literatura que muestra que estas personas tienen mayor predisposición al intento suicida ya que se encuentran en relaciones informales y sin compromiso y los sentimientos de tristeza los hacen más vulnerables. (32)

Con respecto a la fecha de ocurrencia del intento de suicidio, los días en que más se presentaron fueron: Viernes y Martes coincidiendo con lo señalado por la literatura con respecto al comportamiento cultural de las personas en los fines de semana, días de diversión con mayor consumo de alcohol o drogas y los meses

con más frecuencia de intento de suicidio fueron Febrero y Marzo, lo que se corresponde mucho con las fiestas de la ciudad de Matagalpa, el alto consumo de alcohol en las celebraciones y las decepciones amorosas podrían aumentar en intento suicida. En relación a las horas de ocurrencia del intento de suicidio, la mayoría se presentaron por la tarde y la noche, que esto coincide con literatura siendo en estas donde las familias se reúnen, regresan los adultos de sus trabajos, lo que a veces puede generar más nivel de conflictos en la familia. La mayoría de los intentos suicida ocurrieron en el domicilio correspondiendo con la literatura que señala que la casa es un ambiente propio para desarrollar relaciones agradables, o desagradables como conflictos conyugales y violencia intrafamiliar que pueden desencadenar intentos suicidas. (29).

Según las circunstancias asociadas al intento de suicidio el abuso del alcohol se registró en más de la mitad de los casos y el método más utilizado para realizar el intento de suicidio fue el envenenamiento por plaguicidas, insecticidas, herbicidas, fosfinas y organofosforados lo que coincide con estudios realizados en nuestro país latinoamericano 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 el trabajador del campo maneja los plaguicidas debajo de su camas o los recipientes de los plaguicidas son usados para uso doméstico .

Las circunstancias asociadas al intento suicida estaban presentes en el paciente bajo la influencia del alcohol.

En cuanto a los factores presentes en el intento de suicidio se encontró en la totalidad de los casos los conflictos familiares (problemas conyugales y violencia intrafamiliar, alcoholismo crónico), lo que coincide con estudios realizados en León (31) y en poco menos de la mitad de los casos se encontró presente la depresión, autoestima baja, frustración y conducta impulsiva lo que también coincide con los estudios realizados a nivel internacional y nacional reportados por la OMS además la presencia de estos dos factores: los conflictos familiares y la depresión se

relaciona con los grupos de edades más afectados adultos, adolescentes y amas de casa.

En cuanto al manejo clínico de los pacientes con intento de suicidio, todos los pacientes que asistieron al Hospital Regional César Amador Molina por Intento de suicidio recibieron el tratamiento médico-quirúrgico adecuado ya que fueron hospitalizados para su estabilización y recuperación hemodinámica según protocolos de manejos establecidos así como también fue necesaria la aplicación de técnicas quirúrgicas en los heridos de bala o cortaduras en las muñecas. Sin embargo en cuanto al tratamiento médico psicoterapéutico se evidenció la eficiencia, pues fueron referidos a atención primaria de sus comunidades y a consulta externa según el lugar de origen para seguimiento de estos pacientes y así evitar la recurrencia de nuevos intentos, los cuales van aumentando la letalidad y mayor probabilidad de consumación del suicidio. (4) En cuanto a la condición de egreso de los pacientes con intento de suicidio la mayoría fueron dados de alta, en segundo lugar se encontró un pequeño porcentaje de 9% pacientes que abandonaron la unidad hospitalaria, un tercer lugar de ellos fallecieron el 4% y aunque el suicidio se consumó en éstos pacientes, se incluyeron en el estudio ya que cumplían con los criterios de inclusión del mismo, y una persona que se fugó.

CONCLUSIONES

Del estudio de los factores asociados al intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital Regional César Amador Molina de Matagalpa durante el período de Enero 2019 a Noviembre 2020 se concluye lo siguiente:

1. Se identificó que el grupo de edad más afectada por los intentos de suicidio son los adultos jóvenes, sexo masculino, de procedencia rural, con escolaridad primaria, de ocupación trabajador de campo, acompañados y de religión católica, con mayores casos el año 2020. Prefiriendo Martes y Viernes, los meses de Febrero y Marzo así como las horas de la noche y tarde y su domicilio para realizar en intento de suicidio.
2. Según los factores asociados al intento se encontró presente factores sociales como principalmente los conflictos de familia, conflictos conyugales o de parejas y violencia intrafamiliar, además el alcoholismo y autoestima baja, factores biopsicosociales como depresión, frustración, ansiedad, conducta impulsiva las enfermedades crónicas y el antecedente de intento de suicidio.
3. Al momento de la lesión la mayoría ingirieron alcohol y el método más utilizado fue el envenenamiento por plaguicidas, insecticidas, herbicidas, fosfina y organofosforados.
4. En cuanto al manejo clínico de los pacientes, éste fue evaluado en base al tratamiento médico-quirúrgico de los pacientes mediante la aplicación de los protocolos de manejo según el método utilizado para el intento de suicidio, el cual fue adecuado y el tratamiento médico psicoterapéutico realizado a su egreso en comparación a las normas de abordaje de prevención del suicidio en Nicaragua, el cual fue adecuado y en relación a la condición del egreso, la mayoría fueron dados de alta, algunos abandonaron la unidad hospitalaria y un mínimo fallecido.

RECOMENDACIONES

A nivel de sistema de salud y gubernamental:

- ✚ Priorizar el programa de salud mental en todo el departamento fortaleciendo la perspectiva comunitaria (CAPS).
- ✚ Entrenamiento y sensibilización del personal de salud hospitalario y atención primaria en el abordaje psicoterapéutico de los pacientes con intento de suicidio con énfasis en el seguimiento a través de la adecuada referencia y contrarreferencia.
- ✚ Es muy importante cumplir la Ley 274 “Ley básica para la Regulación y Control de Plaguicidas, Sustancias Tóxicas, peligrosa y otras similares”, y hacer supervisiones periódicas todo conforme a la ley.
- ✚ 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.
- ✚ Se sugiere que todo paciente con intento suicida que haya ingresado al HRCAM u otra unidad de salud se le de seguimiento por el programa de salud mental al menos por un año por medio de citas programadas o al menos una visita domiciliar en el caso de pacientes que no acudan a sus citas programadas debido al alta prevalencia de intentos suicidas.

A los Pacientes y Familiares:

- ✚ Los pacientes y/o la familia deben de buscar ayuda psicológica en las unidades de salud ante la idea y/o sospecha de intento de suicidio a consecuencia de problemas como: conflictos familiares, conyugales, estados depresivos, violencia intrafamiliar, alcoholismo o de otra índole.

A las universidades:

- ✚ Promover de estudios de investigación relacionados con la idea suicida, intentos de suicidio, o suicidios, buscando soluciones para disminuir el número de casos.

Citaré al escritor sueco Gunar Ekelot, quien predicó la frase:

“Dadme veneno para morir o sueños para vivir”.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) MINSA. Análisis de la situación del suicidio en Nicaragua. [Acrobat ReaderTM 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. Aragón. Preguntas sobre el suicidio, servicio 061. Agosto 2000. www.nlm.nih.Gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm.
- 5) Internacional, Población América Latina, La muerte por la mano propia. Google, Publicada Junio 22 2005. www.tierramerica.net/2003/0922.
- 6) MINSA. Boletín epidemiológico, editorial Formato Pdf, Pub semana 01, 2005, Managua Nicaragua: www.minsa.gob.ni.
- 7) 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; Versión1.2; Julio 2004 y las Guías para Sistema de Vigilancia de Lesiones de OMS/OPS/CDC 2001). *Epidemiological Reviews*. Vol. 25, 2003.
- 8) 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),p 349-355.
- 9) Herrera A., Caldera T., Kullgren G., Peña R., & Salander Renberg, E. Attitudes towards suicide among young people in Nicaragua: A community based study. Submitted manuscript; 2006. (41): 692-697.

- 10) 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.
- 11) Osorio L.. Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio. <http://www.cibertesys.cl/tesis/uchile/2005>.
- 12) Cruz F. Intento Suicida en Niños y Adolescentes. Chile, Septiembre de 2005. <http://www.aeschiconference.unibe.ch>.
- 13) 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.
- 14) Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 2da ed. Barcelona-España: Salvat, Editores S.A. Tomo II; 1982.
- 15) 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.
- 16) OMS. El suicidio y los intentos de suicidio. Editado Eileen M. Brooke. Ginebra; 1976.
- 17) Merck. Manual Moderno. 10a ed. INGRAF España Interamericana; 1992.
- 18) Barra F. Suicide behavior in children and adolescents. Pediatrics 1989; 5(3), 125-7.
- 19) Vidal G, Alarcón R. Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1986.
- 20) Harrison T, et.al. Principios de Medicina Interna. 14 a Edición. Madrid España: Ultra S.A. de C.V, Tomo I; 1998.
- 21) 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.

- 22) Phillips M, Li X & Zhang Y. (2002) Suicide rates in China, 1995-99. Lancet, 359,835-40.
- 23) Goldman H. Psiquiatría General. 2 da ed. México D.F: El Manual Moderno, S.A.de C.V; 1989.
- 24) 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.
- 25) 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.
- 26) Johnson G. Suicide among adolescents and young adults; a cross-National comparison of 34 countries. Suicide Life Threat. Behave. 30(1):74-82. 2000.
- 27) Larraguibel M, Martínez V, Valenzuela R, González P, Schiattino I. (2001).Intento de suicidio en adolescentes. Factores asociados. Psicopatología, 21 (4),237-253.
- 28) Caldera T. (2005). Estudio Multicéntrico, Género, Alcohol, Cultura y Daño en Nicaragua. Salud mental. Disponible en: www.cids.edu.ni.
- 29) Normas de Abordaje del Suicidio en Nicaragua, Managua 1997, Pág. 1- 10.
- 30) Herrera, Andres, Dahlblom k., Dahlgren L., Kullgren G. Pathways to suicidal behaviour among adolescent girls in Nicaragua. 2006. (62): 805-814.
- 31) Martínez J.(2005). Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en Roberto Calderón. Managua. Nicaragua. Tesis para optar al título de de maestro en salud pública. Año 2004-2005.
- 32)Obando Claudia.Perfil psicológico de las personas que cometieron suicidio en León. Tesis para optar al título de master en ciencias sociales. León. 2004-2006.
- 33)Lopez D. Rodriguez R. Gritos desesperados buscando ayuda. Vigilancia conducta suicida en cinco hospitales de Nicaragua.tesis para optar al título de médico y cirujano 2005-león.Nicargua.

34) Mortalidad por suicidio en las Américas (2019):
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidadpor-suicidio-final.pdf>.

35) Ulloa Meza. Comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en Nicaragua en el período Enero 2011-Diciembre 2015. Tesis para optar al título de especialista en dirección de servicio de salud y epidemiología .León 2017.

ANEXOS

Operacionalización de las Variables

Variable	Definición	Escala /valor
Edad	Años de vida de una persona desde el nacimiento.	Menor 15 años Adolescente De 15 a 20años. Adulto joven De 21 a 30 años. Adulto maduro De 31 a 50 años. vejez Mayor de 51 años
Sexo	Característica genotípica y fenotípica que determinan a una persona.	Masculino. Femenino.
Procedencia	Lugar de origen Habitual y actual al momento del estudio.	Urbano. Rural. Urbano marginal.
Escolaridad	Grado académico alcanzado	Primaria. Secundaria. Universitario Ninguna
Ocupación	Tipo de actividad laboral que realiza actualmente.	Ama de casa Estudiante profesional Comerciante Trabajo agrícola o ganado Ninguna. Otros
Estado civil	Condición de cada individuo con relación a los derechos y deberes civiles.	Soltero. Casado. Acompañado. Viudo
Religión	Sistema de creencias, costumbres y símbolos establecido en torno a una idea de la divinidad de lo sagrado.	Evangélica católico otro ninguno
Fecha del intento de suicidio.	Periodo de 24 horas/Día de la semana, cada una de las 12 partes del año, en que se provoco la lesión.	Día de la semana. Mes del año Lunes a Domingo. Enero a Diciembre

Hora del intento de suicidio.	Lapso de tiempo comprendido en las 24 horas del día en que se provocó la lesión	Mañana (6am-12pm) Tarde (1pm- 6pm) Noche(7pm-12am) Madrugada(1am-5am)
Lugar del hecho	Espacio físico donde la persona se encontraba al momento de provocarse la lesión. Domicilio Fuera del domicilio	Domiciliar Calle Escuela Trabajo

Factores sociales	Situación social en que vive el individuo en la comunidad.	Conflictos de familia: Conflictos Conyugales y violencia intrafamiliar. Auto estima Baja. Alcoholismo. Drogadicción. Abuso Sexual. Abuso Físico.	Si no
Factores biopsicologicos	Predisposición de cada individuo a la situación de problemas.	Enfermedades crónicas y mentales. Discapacidad. Depresión. Frustración. Ansiedad. Conducta impulsiva. Fallecimiento de un familiar. Antecedente previo de intento suicida.	Si no
Factores económicos	Situación financiera que vive cada uno de los pacientes con conducta suicida.	Deuda. Desempleo. Bajo salario. Otros	Si no

Circunstancias asociadas	Signos y Síntomas presentados o referidos por el paciente a su ingreso que demuestren uso de alcohol o algún tipo de droga ilegal registrado en expediente clínico.	Uso de alcohol. Uso de droga ilegal	Si No
Método utilizado	La manera que utilizó el paciente para provocarse la lesión.	Disparo, cortaduras Ahorcamiento. Ahogamiento. Sobre dosis de medicamentos. Envenenamiento. Otros. No sabe. Fuego, explosión Lanzamiento al vacío	Si No

Tratamiento Médico-quirúrgico psicoterapéutico	no Atenciones prestadas para la estabilización hemodinámica según protocolos de manejo en el paciente ingresado por intento de suicidio de acuerdo a etiología desencadenante	Protocolo de manejo de intoxicación por plaguicidas (fosfinas , órganos fosforados) Protocolo de intoxicación medicamentosa. Técnica quirúrgicas Otros	Si no
Tratamiento Médico Psicoterapéutico	Abordaje Psicoterpéutica intrahospitalaria durante su ingreso y seguimiento extrahospitalario a su egreso según las normas de atención del paciente con intento de suicidio.	Valoración intrahospitalaria. Seguimiento extrahospitalario: Consulta externa del Hospital Referido a Hospital Psiquiátrico Referida atención primaria Otros	Si No
Condición al egreso.	Forma en que egreso el paciente de la unidad hospitalaria.	Fuga Abandono Fallecido Alta. Referido a otra unidad	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN- LEON



Este instrumento recolecta la información documentada en el expediente clínico de los pacientes ingresados por intento de suicidio en el Hospital Regional Cesar Amador Molina durante el período comprendido de Enero del 2019 a Noviembre del 2020 para fines de investigación científica.

I. DATOS GENERALES:

1. Número de expediente _____ 2. Fecha _____ 3. Ficha No: _____

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Nombre: _____

2. Edad: _____ años cumplidos.

3. Sexo: 1. Masculino _____ 2. Femenino _____

4. Procedencia: 1. Urbana _____ 2. Rural _____ 3. Urbano-marginal _____

5. Dirección: _____

6. Escolaridad:

1. Primaria _____ 2. Secundaria _____ 3. Universitario

4. Profesional _____ 5. Ninguna _____

7. Ocupación:

1. Ama de casa _____ 2. Estudiante _____ 3. Profesional _____

4. trabajo de campo _____ 5. Comerciante _____ 6. Ninguna _____

7. otro _____

8. Estado civil: 1. Soltero _____ 2. Casado _____ 3. Acompañado _____

4. Viudo _____

9. Religión: _____

10. Fecha de la lesión: _____

11. Hora de la lesión: _____ . AM PM

12. Lugar donde ocurrió el hecho: 1. Casa _____ 2. Escuela _____ 3. Calle _____

4. Trabajo _____ 5. Otros _____

III. FACTORES ASOCIADOS:

III. A. Factores sociales:

A.1. Conflictos de familia: si _____ no _____

A.1. a. Existencia de conflictos de pareja: Si _____ No _____

A.1.b Presencia de Violencia intrafamiliar: Si: _____ No: _____

A.2. Autoestima Baja: Si: _____ No _____

A.3. Alcoholismo: Si _____ No: _____

A.4. Drogadicción: Si _____ No _____

A.5. Abuso sexual: Si _____ No _____

A.6. Abuso físico: Si _____ No _____.

III. B. Factores Bio-psicológicos:

B.1 Enfermedades crónicas: Si: _____ No: _____.

B.2 Enfermedad mental : si _____ no _____

B.2 Discapacidad: Si: _____ No: _____

B.3 Depresión: Si: _____ No: _____

B.4 Frustración: Si: _____ No: _____

B.5 Ansiedad: Si: _____ No: _____

B.6 Conducta Impulsiva: Si: _____ No: _____

B.7 Muerte familiar: Si: _____ No: _____

Si la respuesta es si especifique según las opciones:

Madre _____ Padre _____ Esposo(a) _____ Hijo (a) _____ novio (a) _____
hermano(a) _____

B.8 Antecedente de intento suicida previo: 1. _____ 2. _____ 3 o más. _____
Ninguno _____

III.C. Factores económicos:

Deuda _____ Desempleo _____ Bajo Salario _____ Otros _____

IV. CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS Y METODO UTILIZADO:

IV. A. Circunstancias asociadas:

A.1. Uso de alcohol: _____

A.2. Uso de drogas: _____

A.3 ninguno anteriores: _____

IV. B. Método:

Disparo____ Cortadura____ Fuego____ Ahorcamiento ____Ahogamiento ____
Sobredosis de medicamento____ Envenenamiento____ Explosión _____
Lanzamiento al vacío____ Otro____ No sabe_____

V. MANEJO CLINICO DEL PACIENTE:

V. a. Tratamiento Médico Quirúrgico:

1. Protocolo de manejo de intoxicación por plaguicidas(fosfinas, órganos fosforados _____
3. Protocolo de manejo de intoxicación medicamentosa _____
4. Técnicas quirúrgicas _____
5. otro_____

V. b. Tratamiento Médico Psicoterapéutico: Si____ No_____

1. Valoración psicoterapéutica intrahospitalaria durante su ingreso: Si____ No____
2. Seguimiento psicoterapéutico extrahospitalaria posterior a su egreso:
Si____ No_____.

Si la respuesta es positiva especifique según las opciones: _____

Referido a Hospital Psiquiátrico _____

Referido atención primaria _____

Otros. _____

V. d Condición al egreso: 1. Fuga _____

2. Abandono _____

3. Fallecido _____

4. Alta _____

5. Referido a otra unidad _____