

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**UNAN Managua**  
**Facultad de Ciencias Médicas**



Tesis para optar al título de especialista en Dirección de Servicio de Salud y  
Epidemiología

“Comportamiento epidemiológico del intento suicida en  
Nicaragua en el período de Enero 2011 a Diciembre 2015”

**Autor:**

Dr. Víctor Hugo Gómez Huerta.

**Tutor:**

Dr. Javier Zamora Carrión  
Msc en Salud pública - Epidemiología  
UNAN León

**Marzo, 2017**

**Managua, Nicaragua**

## DEDICATORIA

- Dedico este trabajo a las personas que no se suicidaron, ya que lograron tener el control de sus vidas.

## **AGRADECIMIENTO**

- Agradezco primeramente a Dios por brindarme la sabiduría y salud para cumplir esta meta.
- A mis docentes que con su paciencia me enseñaron el amor a la salud pública.
- A mi tutor Dr. Xavier Zamora Carrión, que con su apoyo fue posible la elaboración de este trabajo.
- Y a mis amigos y ahora colegas por el apoyo y amistad.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar el comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en los departamentos de Nicaragua en el período de Enero 2011 a Diciembre 2015.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, donde se revisó fuente secundaria, 886 casos de intento de suicidio en el periodo de estudio, en el territorio nacional. Se realizó un análisis de frecuencia y porcentaje, se determinó medidas de tendencia central para la edad, y se calculó las tasas de morbilidad por intento de suicidio por departamento.

La edad promedio fue de 23 años, con el grupo etario más afectado de 18 a 35 años con un 51,1%, así como el sexo masculino con un 69%. El mayor número de casos a nivel nacional es el departamento de Carazo y el departamento de RACCS. El método utilizado como intento de suicidio es el ahorcamiento y el consumo de venenos plaguicidas. Los meses que presentaron más casos con intentos de suicidios fueron febrero y Diciembre. La mayor tasa de morbilidad por intento de suicidios fue en el departamento de Carazo y Madriz.

Concluimos que los intentos de suicidio han aumentado a nivel nacional, y el comportamiento en los departamentos es similar. Los Departamentos de Carazo y Madriz son los que mantienen cifras cada vez más alarmantes.

**Palabras claves:** suicidio.

## INDICE

Introducción.....	01
Antecedentes.....	03
Justificación.....	05
Planteamiento del problema.....	06
Objetivos.....	07
Marco Teórico.....	08
Diseño metodológico.....	17
Resultados.....	21
Discusión.....	23
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	28
Bibliografía.....	29
Anexos.....	32



## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”.<sup>1</sup> Los intentos de suicidio se han convertido en un problema grave de salud pública a nivel mundial, nacional y local ya que se encuentra entre las tres primeras causas de morbi-mortalidad. Este puede considerarse como una llamada de socorro en situaciones afectivas difíciles.<sup>2</sup> Ello podría explicar en parte, la elevada incidencia de los intentos entre los jóvenes que al carecer de experiencia en la argumentación verbal se ven obligados a recurrir a argumentos físicos, es decir, a un comportamiento autodestructivo visible.<sup>2,3</sup> Después del intento éstas personas son más atendidas y protegidas, pero esta situación es probable que no dure mucho, de manera que el individuo vuelve a su estado anterior sin haber resuelto el conflicto y todo puede volver a empezar.<sup>3</sup>

La OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas, se señala de un 3 al 5 %. En el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio.<sup>1</sup> En los países desarrollados - las estadísticas recientes indican que el número de adolescentes suicidas se ha incrementado dramáticamente en la década pasada, resultando más de 5,000 muertes anualmente entre jóvenes de 15 y 24 años de edad. Se estima que existe una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, aunque existen amplias diferencias según edad y género.<sup>1</sup> La incidencia es mucho más grande en mayores de 60 años. De aquellos que intentaron el suicidio y fallaron, una tercera parte tuvo otro intento en el curso del año siguiente.<sup>3,4</sup>

El suicidio es un fenómeno global, con significado existencial, impactante, que afecta todas las esferas de la sociedad y que ha acompañado al hombre durante toda su existencia. Históricamente, las sociedades han valorado este fenómeno desde diferentes ópticas: religiosas, sociales, culturales y científicas.

El propósito de este estudio, es describir el comportamiento del intento de suicidio en Nicaragua en los últimos cinco años.

## ANTECEDENTES

Terroba, Saltijeral y Gómez (1997), intentaron detectar el riesgo y la prevalencia de la ideación suicida y de los intentos de suicidio en la población que recibe atención médica en los servicios de consulta externa (n=392), hospitalización (n=349) y urgencias (n=353) de un hospital general. De los 1094 pacientes que se estudiaron, 3% habían tenido ideas suicidas severas durante el último año, que ameritaban tratamiento debido al alto riesgo que corrían de intentar suicidarse en el futuro.<sup>5</sup>

González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, (1998), indagaron sobre el intento suicida y su relación con el malestar depresivo en adolescentes estudiantes, y encontraron que el 10.1% reportó haber intentado quitarse la vida por lo menos en una ocasión. Se observaron variaciones importantes por sexo, 13.3% de los casos eran mujeres y sólo el 6.3% eran hombres. La sintomatología depresiva estuvo presente en el 26% de los hombres que intentaron suicidarse y en el 35% de las mujeres. El uso de drogas fue más frecuente en los casos de intento suicida.<sup>6</sup>

En un estudio realizado en Colombia, la prevalencia de vida de intento de suicidio fue del 4,53% (IC 95%: 4,25-4,81) y del 1,2% (IC 95%: 1,06-1,24) en el último año. En el mismo estudio, el 5% de las mujeres y el 3,9% de los hombres habían intentado suicidarse durante el transcurso de la vida y 1,4% de mujeres y 1,0% de hombres lo habían intentado en el último año.<sup>7</sup>

El Estudio Nacional de Salud Mental 2003 muestra que la prevalencia de vida de intento suicida es de 4,9% este estudio, no halló diferencias entre hombres y mujeres.<sup>8</sup>

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, además el alcoholismo y autoestima baja, las enfermedades crónicas y el antecedente de intento de suicidio y el desempleo. En Nicaragua, la magnitud de este problema crece de forma alarmante.<sup>9</sup>

En México (2010) con el propósito de identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a intento de suicidio para determinar si existen diferencias entre los factores de riesgo presentes en pacientes con tentativa de baja letalidad y los de alta letalidad. Se entrevistaron 106 pacientes de ambos sexos, donde el 58,5 % pertenecían al grupo de baja letalidad y 41,5 % al grupo de alta letalidad. Los porcentajes más elevados se presentaron, en la mayoría de los casos en el grupo de tentativa de alta letalidad pero sólo en dos factores se encontró diferencia estadística significativa: “vivir solo” e “intoxicación etílica previa”. Del total de ambos grupos, el 77,4 % eran menores de 39 años, 69 % eran femeninos y 31 % masculinos, los factores de riesgo asociados a intento de suicidio que presentaron los porcentajes más elevados en ambos grupos fueron: antecedente familiar de alcoholismo, tentativa suicida personal previa, ansiedad generalizada y distimia.<sup>10</sup>

Narishige et al, en Japón (2010-2012), se estudiaron los factores precipitantes de intento de suicidio, el método de intento de suicidio, los diagnósticos psiquiátricos y otros datos. En 193 (88 varones y 105 mujeres). La tasa de sujetos que intentan suicidarse con gas venenoso fue significativamente mayor en los hombres, mientras que la de los sujetos que intentan suicidarse por sobredosis de drogas fue significativamente mayor en las mujeres. La tasa de sujetos con diagnóstico de "trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar" fue significativamente mayor en los hombres mientras que la de los sujetos diagnosticados con trastornos de la personalidad "" o "trastorno distímico" fue significativamente mayor en las mujeres.<sup>11</sup>

## JUSTIFICACIÓN

Las autoridades de salud establecen entre sus componentes de atención a la población, la atención desde un punto de vista biopsicosocial, incluyendo la atención psicológica y psiquiátrica, los cuales van dirigidos a la promoción de la convivencia social y salud mental. Uno de los objetivos de este componente es fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos.

Como meta del componente está disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas, lo cual a pesar de la vigilancia continuada de este evento, no se han alcanzado cambios específicos en el comportamiento del mismo. El intento de suicidio es el principal predictor del suicidio consumado, por lo que resulta necesario implementar sistemas que permitan la identificación a nivel nacional los casos de intento suicida, con el fin de hacer una intervención integral a los casos identificados.

Se pretende que este trabajo refiera el problema de salud pública, “El intento de suicidio” desde una perspectiva general a nivel nacional; convirtiéndose en un documento de referencia para tener un resumen del comportamiento del intento suicida en Nicaragua. De esa manera, esto se contribuiría a observar el problema con una visión más integral, reconociendo la magnitud del mismo y genere aportes oportunos en los diferentes niveles de abordaje a esta problemática.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El intento de suicidio es más frecuente en mujeres jóvenes o adolescentes, de bajo nivel socioeconómico y que en general utilizan métodos poco letales. El suicidio consumado, en cambio, es más frecuente en los hombres, quienes utilizan métodos más violentos y de mayor letalidad. Dos tercios de los suicidas han tenido intentos previos y cerca de un 90% presentan algún trastorno mental.

En Nicaragua, el evento es observado en todas las regiones del país y afecta a una población en especial. Por tal razón, se plantea lo siguiente:

*¿Cómo ha sido el comportamiento epidemiológico de los intentos de suicidio a nivel nacional en el periodo de Enero 2011 a Diciembre del 2015?*

## **OBJETIVOS**

### **General:**

Determinar el comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en los departamentos de Nicaragua en el período de Enero 2011 a Diciembre 2015.

### **Específicos:**

1. Caracterizar a la población en estudio según edad, sexo y departamento que procede.
2. Determinar el mecanismo del intento de suicidio reportados en los casos.
3. Relacionar el método utilizado para el intento de suicidio con el grupo etario, sexo y procedencia.
4. Estimar la tasa de morbilidad específica por intento de suicidio en la población a nivel nacional y por departamentos.

## MARCO TEÓRICO

### Epidemiología del intento suicida

El suicidio es una de las mayores causas de muerte sobre todo entre los hombres. El suicidio en Europa es la segunda causa más común de muerte entre los 15 a 44 años. Para las mujeres de la misma edad, el suicidio es la cuarta causa más común de muerte. El suicidio causa sufrimiento en la víctima pero también en las personas cercanas.<sup>12</sup>

“Hay que diferenciar entre suicidio consumado, siendo la proporción de los varones de 3:1 con respecto a las mujeres y la edad más proclive a partir de los 40 años (esta última población forma el 70% de los suicidios) e intento de suicidio, estando formado, en un 65% por mujeres menores de 40 años”.<sup>9</sup> Los factores de riesgo, aparte de la edad y sexo, ya mencionados, lo constituyen los hombres de raza blanca, los no creyentes y las personas residentes en un medio urbano. Una patología psiquiátrica previa acentúa el riesgo de suicidio, incrementándose el diagnóstico de alteraciones psiquiátricas en los pacientes suicidas. Así, los pacientes diagnosticados de depresión mayor tienen una tasa de suicidio de un 10 a un 15%, tres veces mayor que la población general, siendo el 80% de los suicidios consumados.<sup>12,13</sup>

El riesgo es mayor en los pacientes que sufren un trastorno bipolar que en los unipolares. Los pacientes neuróticos tienen un riesgo menos pronunciado. La depresión psicótica y la melancolía involutiva (depresión tardía o senil) tienen un gran riesgo, siendo escaso en la depresión neurótica. Los pacientes depresivos son de alto riesgo en el momento en que mejoran de la inhibición y al poco tiempo del alta. Los pacientes esquizofrénicos tienen una tasa de suicidio que puede llegar al 4% (aunque los intentos de suicidio conforman un porcentaje más elevado, hasta el 20%).<sup>12</sup>

Las alucinaciones mandatorias, la sensación de desamparo o el abandono, al tener conflictos con el entorno inmediato forman parte de la etiología. Los pacientes afectados por trastornos de la personalidad, como los "borderline", suelen tener suicidios "impulsivos" y "parasuicidios", en un intento de llamar la atención. Las pacientes anoréxicas son la segunda causa de muerte. El índice de masa corporal parece ser que no influye sobre los comportamientos

suicidas. El alcoholismo y el abuso de los tóxicos acentúan el riesgo de suicidio.<sup>12,13</sup>

Los problemas conyugales acentúan notablemente el comportamiento suicida, siendo los divorciados los de mayor riesgo, seguido por los solteros. Los abusos sexuales en la infancia se relacionan con una tasa mayor de ideaciones suicidas. La orientación sexual alternativa y la homosexualidad parecen ser factores de riesgo. Las parejas estables suelen ejercer un efecto balsámico. Los desempleados y las clases sociales más desfavorecidas también están incluidas.<sup>13</sup>

Los pacientes afectados por enfermedades terminales, sobre todo neoplasias que afectan al aspecto externo (como las anastomosis ileoanales con reservorio), incapacitantes o dolorosas, con dolor incoercible, y aquellos que toman drogas "depresógenos" (betabloqueantes, reserpina) son de alto riesgo.

El riesgo más elevado de suicidio es el de los pacientes diagnosticados de cáncer que acaban de ser dados de alta de un centro hospitalario, recomendando un estudio psicológico previo a la alta para la detección de ideas autolíticas.<sup>13</sup>

El método epidemiológico proporciona datos que nos permiten reflexionar sobre el suicidio, sin embargo, no debemos olvidar que las estadísticas sobre las conductas suicidas y las teorías que éstas sugieren no pueden ser generalizadas de un país a otro, ya que en muchas ocasiones los países que ofrecen tasas de suicidio más elevadas son los que realizan unas estadísticas más completas.<sup>14</sup>

Las dificultades inherentes a la elaboración de estadísticas sobre el suicidio en tres apartados<sup>14</sup>:

- Complejidad del fenómeno objeto de estudio: es difícil establecer inequívocamente la intención suicida de la víctima, ya que las actuaciones de los familiares, médicos, etc. pueden tender a disimular el carácter suicida de la muerte, dada la reprobación social hacia el mismo.

- Dificultad del personal de los juzgados informantes para cumplimentar los boletines, debido al considerable aumento del trabajo en los juzgados, insuficiente dotación de medios, etc.
- Falta de voluntad política para investigar este fenómeno.

Las dificultades señaladas para la elaboración de estadísticas sobre suicidio, son aún mayores en lo relativo a las tentativas de suicidio, ya que los casos que no requieren atención hospitalaria son generalmente ocultados por las familias e incluso por los médicos, siendo de todo punto imposible contabilizarías.<sup>11,12</sup>

Respecto a las tasas de tentativas de suicidio se ofrecen cifras de alrededor de 400 a 800 por 100.000 habitantes y año. Joffe et al (1988) obtienen los siguientes resultados en población general en Ontario: entre un 5 y 10% de los hombres y entre un 10 y 20% de las mujeres, de edades comprendidas entre los 12 y 16 años, tienen ideación suicida o han tenido intentos de suicidio en los últimos seis meses.<sup>13</sup>

Por último, Pfeffer et al (<1984) en población adolescente general encontraron que el 8.9% tenía ideación suicida y el 1% habían cometido tentativas de suicidio, mientras que en un estudio realizado por Meehan et al (1992) entre universitarios de Nevada un 53.9% reconocieron haber tenido ideación suicida, y un 10.4% haber realizado algún intento autolítico.<sup>13</sup>

#### **Clasificación de intento de suicidio de acuerdo a la letalidad del método.**

Dependiendo de algunas características del intento de suicidio, se puede estimar el riesgo y determinar el grado de letalidad que representa para terminar con la vida. De acuerdo a lo anterior, Insa y Barrachina clasificaron el intento de suicidio en 4 grados, considerando los métodos de menor riesgo de muerte, a los grados 1 y 2, y denominándolos tentativa suicida de baja letalidad (TBL), las tentativas con mayor riesgo para la vida, se clasificaron con los grados 3 y 4 y se les denomina grupo de tentativa de alta letalidad (TAL)<sup>16,17</sup>.

Algunos autores como Blasco, y por otra parte Drombrovski, utilizan escalas similares a la de Insa y Barrachina en las cuales le dan importancia a la

letalidad del método empleado. Sin embargo la mayoría de los estudios que analizan los factores de riesgo, del acto suicida no separan estos factores de acuerdo al grado de letalidad.

Por lo anterior y a diferencia de la mayoría de los estudios, esta investigación pretende analizar los factores de riesgo, del acto suicida comparándolos de acuerdo al grado de letalidad. El propósito de esta investigación, fue identificar mediante un cuestionario y una entrevista por el mismo Médico Psiquiatra, los factores de riesgo presentes, en pacientes hospitalizados en una unidad médica psiquiátrica que ingresaron con diagnóstico de intento de suicidio, tratando de identificar diferencias, al comparar los factores de riesgo presentes en el grupo de TBL con los factores de riesgo presentes en el grupo de TAL.<sup>17,18</sup>

### **Factores que influyen en el intento suicida.**

Los factores de riesgo, aparte de la edad y sexo, lo constituyen los hombres de raza mestiza, los no creyentes y las personas residentes en un medio urbano, patología psiquiátrica previa acentúa el riesgo de suicidio, incrementándose el diagnóstico de alteraciones psiquiátricas en los pacientes suicidas. Así, los pacientes diagnosticados de depresión mayor, tienen una tasa de suicidio de un 10 a un 15%, tres veces mayor que la población general, siendo el 80% de los suicidios consumados.<sup>13-15</sup>

La depresión psicótica y la melancolía involutiva (depresión tardía o senil) tienen un gran riesgo, siendo escaso en la depresión neurótica.<sup>17</sup>

### **Factores demográficos**

a) Edad; es más frecuente en adolescentes. b) Sexo; más frecuente en mujeres pero es más efectivo en hombres c) Estado civil: variable puede ser más frecuente en solteras, viudas o separados. d) Ocupación: variable en desempleados y trabajos de mucha responsabilidad y estrés. e) Razas: más frecuente raza blanca, presencia de fenómenos de contaminación cultural. f) Grupos sociales: variable según el país, los países más desarrollados tienen los índices más altos de suicidio. g) Religión: una vida espiritual sana y consecuente es un factor protector. h) Zona geográfica: variable según país. i)

Periodo del año: variable, parecen existir ciclos, más frecuentes en fechas de celebración.<sup>14-18</sup>

### **Factores Genéticos**

“Los estudios en gemelos han demostrado sin lugar a dudas la influencia genética en la presentación de los trastornos depresivos. Al igual que en los estudios familiares, en general estos estudios se han llevado a cabo con pacientes con cuadros depresivos severos o que requirieron tratamiento”. En pacientes con diagnóstico de depresión mayor se ha comprobado que el antecedente familiar de suicidio es un factor de riesgo significativo para presentar intentos serios de suicidio.<sup>16</sup>

### **Factores Psicológicos**

Personalidad impulsiva y baja tolerancia al fracaso, dependientes y con expectativas excesivamente ambiciosas o irreales. Son afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, causa de angustias y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico; afectando el equilibrio emocional, el rendimiento intelectual y la adaptación social.<sup>17</sup>

### **La Depresión**

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta íntegramente al individuo que la padece, afecta tanto físico – biológico, mentalmente, conductualmente y anímicamente al individuo. Actualmente, el trastorno depresivo es uno de los más frecuentes en la población, la padecen tanto personas adultas como adolescente y niños, tanto personas físicamente sanas como personas con alguna discapacidad o enfermedad. Este trastorno afecta seriamente al individuo que la padece, lo afecta tanto en su modo de actuar como en su manera de pensar, el trastorno depresivo, afecta de manera global a los individuos, físico - biológicamente en los ciclos de sueño – vigilia, el paciente pierde la capacidad de descansar adecuadamente.<sup>18</sup>

- La depresión provoca irritabilidad, enojo, conductas antisociales, conductas violentas, pérdida de energía, abuso de alcohol, abuso de otras drogas, deseos de muerte, desesperación, culpabilidad, dificultad

para concentrarse, indecisión y en el peor de los casos lleva al suicidio. Existen varios tipos de trastornos depresivos<sup>19</sup>:

- **Depresión leve.** Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario
- **Depresión moderada.** Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.
- **Depresión severa.** Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

### **Factores Sociológicos**

Elementos básicos en la sociedad que determinan la conducta y la interacción del individuo. El estilo de vida moderna, cultura de consumismo exagerado, falta de creatividad, manipulación de valores y referencias, desilusiones familiares, prácticas sexuales agresivas. Antecedentes familiares. Mayor riesgo cuando hay antecedentes por posible contaminación psicológica o historia de enfermedad psiquiatría (enfermedad bipolar), se destacan mala comunicación, alcoholismo, lazos familiares rotos.

### **Trastornos bipolares**

“El trastorno bipolar se caracteriza por períodos de excitabilidad (manía) que se alternan con períodos de depresión, desde las áreas del cerebro que regulan el estado de ánimo. Dichas "fluctuaciones en el estado de ánimo" entre manía y depresión pueden ser muy abruptas. Las fases de exaltación, alegría desenfadada o irritabilidad y grosería, alternan con otros episodios en que la persona está con depresiones intensas, con bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en casos graves, ideas de suicidio”.<sup>16-18</sup>

Las personas que padecen de este trastorno viven cuando están con crisis en los dos extremos opuestos de la vida; Cuando están «deprimidas», pierden el interés en la vida, llegando a pensar en el suicidio para dejar de sufrir. “De igual

modo, cuando están contentos, se llenan de «euforia» y ven todo de color rosa, se sienten capaces de hacer cualquier cosa, y llegan al extremo de no dormir por considerar que es una actividad innecesaria dentro de su nueva faceta de "inacabable movilidad". En algunos casos la euforia es tal que pueden llegar a cometer acciones que en un estado de conciencia normal no harían, como consumir drogas o gastar dinero hasta la ruina económica propia y familiar".<sup>17,18</sup>

## **Alcoholismo**

“El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y la poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia”. El alcohol es la droga más ampliamente empleada por los adolescentes de nuestro país. Existen evidencias de un elevado índice de alcoholismo entre los jóvenes. El alcoholismo es una enfermedad crónica progresiva, que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta.<sup>14</sup>

Las siguientes características predisponen al intento de autodestrucción en los alcohólicos<sup>18</sup>:

1. Tener bajo nivel socioeconómico.
2. Ser joven.
3. Comenzar a edades tempranas la ingestión de alcohol y los problemas derivados de dicha ingestión.
4. Consumir grandes cantidades de alcohol cada vez que se ingiere.
5. Tener comorbilidad: personalidad antisocial, depresión mayor, trastorno de ansiedad.
6. Poseer familiares con antecedentes de intentos suicidas, los cuales abusan del alcohol.

## **Factores Clínicos**

Los factores físicos y la funcionalidad, el número de enfermedades crónicas, el grado de discapacidad fueron analizados en diferentes estudios encontrándose una fuerte asociación entre estos y el "deseo a morir", sin embargo en la

mayoría de los casos estos se asociaban a problemas psicológicos especialmente depresión. La discapacidad física puede ser un fuerte predictor de suicidio. Enfermedad Terminal, cirugía reciente sin éxito, dolor no controlado, tumores (especialmente craneales), deformaciones (especialmente faciales), amputaciones graves e invalidantes.<sup>18,19</sup>

### **Factores Biológicos**

La investigación biológica plantea algunas cuestiones, ¿son las disfunciones cerebrales responsables directas de la aparición de la conducta suicida?, y/o ¿aumentan dichos trastornos la posibilidad de una conducta suicida en individuos sometidos a acontecimientos adversos, o que presentan determinadas patologías médicas o psiquiátricas? Las personas que tienen cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina (neurotransmisor) en el líquido cefalorraquídeo. La serotonina es un neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y las emociones, se desintegra en el cuerpo. También se ha encontrado un descenso en la actividad dopaminérgica.<sup>15-18</sup>

### **Factores familiares**

El factor de desintegración familiar en que se desarrollaron los casos de suicidio, es un factor preponderante, que influyó al desequilibrar la esfera afectiva y emocional del suicida, dándole más empuje a los deseos de privarse de la vida. La violencia intrafamiliar provoca la desintegración, ya que es un fenómeno de ocurrencia mundial en el que las mujeres y los niños son los grupos más vulnerables.<sup>16</sup>

La OMS asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia de ello presentan altos índices de discapacidad, tienen doce veces más intentos de suicidio y altas tasas de mortalidad en comparación con población que no la padece.<sup>1</sup>

La violencia intrafamiliar no es solamente el abuso físico, los golpes, o las heridas. Son aún más terribles la violencia psicológica y la sexual por el trauma que causa, la violencia física, Perspectiva psicológica: Los padres que más maltratan son aquellos que poseen baja autoestima, los que tienen

antecedentes de maltrato, los que están deprimidos, los que tienen baja tolerancia a la frustración y los dependientes al alcohol.<sup>7</sup>

Aun cuando muchas madres y padres de familia saben lo duro que es crecer en un hogar en el que no se recibió amor durante la niñez repiten la experiencia al educar a sus hijas e hijos de la misma forma violenta en la que ellas y ellos fueron educadas/os. En el Ecuador los niños y niñas tienen una ley que los/las protege de los malos tratos de madres, padres, otros familiares, maestros/as y cualquier persona que atente contra su integridad física.<sup>17</sup>

## **DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **Tipo de estudio**

Observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo.

### **Área de estudio**

El estudio se llevó a cabo utilizando la información de todas las unidades de salud ubicadas en el territorio nacional, estas unidades reportan los datos estadísticos a la estadística de cada SILAIS, los cuales reportan los consolidados a la dirección de estadística en salud-Dirección general de planificación y desarrollo (DGPD), la cual se encuentra en el Complejo docente Concepción Palacios ubicado en la ciudad de Managua.

### **Universo y Muestra**

Lo constituyeron los 886 pacientes que acudieron a las unidades de salud en todo el territorio nacional con el diagnóstico de intento de suicidio o suicidio fallido. No se tomó muestra por considerar el estudio de todos los pacientes y eliminar sesgos.

### **Criterios de inclusión**

- Personas que intentaron suicidarse no consumándolo.
- Persona de edad mayor de 12 años, de ambos sexos.

### **Criterios de exclusión**

- Personas que no planificaron su muerte, y casi mueren accidentalmente.
- Persona que fallece por suicidio fuera del período de estudio.

### **Fuente de información**

Fue secundaria, ya que la información fue recolectada de los registros de las unidades de salud y del registro nacional del ministerio de salud.

### **Recolección de la información**

Previa autorización por las autoridades, se recolectó la información de los registros de cada SILAIS departamental, y fue corroborada en algunas ocasiones por los registros de las unidades de salud, específicamente de las

unidades hospitalarias. Se llenó una ficha de recolección de datos, conformada por características sociodemográficas como la edad, sexo, y procedencia; y el método utilizado para realizarse el intento de suicidio.

### **Plan de análisis**

Se introdujeron los datos recolectados en una base de datos realizada en el programa estadístico SPSS versión 20, y se calcularon las frecuencias de las variables sociodemográficas mencionadas, así como el porcentaje de cada una de ellas. Se estimaron algunas medidas de tendencia central, y las proporciones estimadas por los métodos de intentos de suicidios. Se realizó un análisis bivariado entre las características sociodemográficas y el método utilizado para realizar el intento de suicidio.

### **Aspectos éticos**

Se solicitó autorización a las autoridades del ministerio de salud, para la manipulación y el procesamiento de los datos, se explicó que dichos datos serán utilizados para fines académicos, y para ayudar a realizar un análisis que genere recomendaciones para ayudar a solucionar el problema.

<b>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>		
<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala</b>
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha en que se realizara la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 a 20 años</li> <li>• 21 a 35 años</li> <li>• 36 a 50 años</li> <li>• 51 a 65 años</li> <li>• Mayor de 65 años</li> </ul>
Sexo	Características morfo funcionales que distinguen ambos sexos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>
Departamento del evento	Es el departamento de Nicaragua donde la persona se suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• León</li> <li>• Bilwi</li> <li>• Matagalpa</li> <li>• Jinotega</li> <li>• Chinandega</li> <li>• Estelí</li> <li>• Boaco</li> <li>• Managua</li> <li>• Rio San Juan</li> <li>• Madriz</li> <li>• Zelaya Central</li> <li>• Las minas</li> <li>• Chontales</li> <li>• Granada</li> <li>• Masaya</li> <li>• Nueva Segovia</li> <li>• RACCS (Región autónoma costa caribe sur)</li> <li>• Rivas</li> <li>• Carazo</li> </ul>

Fecha de ocurrencia	Es el día exacto en el cual sucedió el evento o suicidio.	• Fecha _____
Método del intento de suicidio	Es la manera o el mecanismo en que la persona intenta realizar su propio suicidio en el período de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envenenamiento</li> <li>• Ahorcamiento</li> <li>• Disparo con arma de fuego.</li> <li>• Herida con cortopunzante</li> <li>• Consumo de medicamentos</li> <li>• Atropellamiento</li> <li>• Caída</li> <li>• Otro _____</li> </ul>

## RESULTADOS

Este trabajo, recoge la información de 5 años de los registros sobre los intentos de suicidio que existieron en todo el país. Se recolectó información de 886 casos, de los cuales se describen a continuación. Se muestran resultados dando cumplimiento a los objetivos en tablas de frecuencia y porcentajes, así como gráficos de barras y pasteles.

Se muestra la cantidad de suicidios en los últimos 5 años (período de Enero 2011 a Diciembre 2015); se observan datos en aumento en cada año. En el año 2011, un 12,6% (112 casos), en el año 2012 el 19,9% (176), el 2013 un 21,3%(189), el 2014 con 21,2% (188), y el año 2015 un 24,9%(221). Siendo el año más predominante el año 2015, se observa un aumento según la línea de la tendencia. (Ver en anexo Gráfico 1)

Se observan los grupos etáreos, predominando el grupo de 18 a 35 años, con un 51,15%(453 casos), seguido del grupo de menores de 18 años con un 40% (354), seguido del grupo de 36 a 50 años con un 6,5%(58).

La edad promedio fue de 23 años, la mínima de 12, y la máxima de 96 años, con una desviación estándar de 10. (Ver en anexo tabla 1).

Se observa la cantidad de intentos de suicidios ocurridos en Nicaragua según el grupo de edad y el sexo de los casos. Se observa una predominancia en el sexo Femenino con un 69%, y en el grupo de menores de 18 años con un 33%. Seguido del grupo de 18 a 35 años con un 31% siempre en el mismo sexo femenino. Con respecto al sexo masculino se observa que el grupo etareo con más casos fue el de 18 a 35 años con un 51%. El grupo mayor de 65 años es el menos afectado con el 0,7% en los varones y el 0,3% en las mujeres. Es la población joven adulto que se encuentra con el mayor número de casos en los últimos 5 años. (Ver en anexo tabla 2).

Se observa el porcentaje de casos ocurridos en cada departamento, siendo predominante el departamento de Carazo con un 19%(168 casos), seguido por la región Caribe Sur con un 16,4% (156 casos), el departamento de Managua con un 15,2%(136 casos) y Nueva Segovia con un 14,3%(133%). El departamento con menos casos fue Boaco con un 0,2%(2), y Rivas con 0,6%(5). (Ver en anexo gráfico 2).

Se observa que el grupo predominante en los intentos de suicidio fue el de 18 a 35 años, reflejando que en los métodos utilizados fueron en su mayoría el ahorcamiento, el envenenamiento y otras sustancias. (Ver en anexo tabla 3).

Se observan los métodos por el cual las personas intentaban suicidarse, observando que predominó el ahorcamiento, con un 34, % de los casos, seguido por el envenenamiento en un 33,5%, este realizado con venenos conocidos comúnmente, porque en un 21,4% de casos se intentó realizar un envenenamiento con otras sustancias que no necesariamente eran venenos. Por consumo de pastillas se encontró un 2,3%. Solo un 5% intentó realizar la muerte por medio de arma de fuego. (Ver en anexo la tabla 4).

Se observa que los meses en que más frecuente son los intentos de suicidio son el mes de febrero y el mes de diciembre. (Ver en anexo gráfico 3)

Se observa que el departamento de Carazo es el departamento con mayor tasa de intentos de suicidios en el país, la cual se ha mantenido en los 5 años de estudio. Otro departamento con alta tasa de intento de suicidio es el departamento de Madriz, el cual disminuido en los últimos 3 años, se mantiene como uno de departamentos que presenta mayor tasa. Así mismo se observa en la RACCS que mantiene una similar tasa en los 5 años. En Nueva Segovia se observa en el transcurso del 2011 a l 2015 una tendencia al aumento de casos por cada 100,000 personas. En la región autónoma costa caribe norte no se observan casos reportados, estos porque se reflejan en el Bilwi, pero aún se refleja en estudio como diferentes zonas. (Ver en anexo tabla 5).

## DISCUSIÓN

Se revisaron los casos de intento de suicidios provenientes de los diferentes departamentos del país, caracterizando cada caso según la edad, sexo, procedencia, y calculando la tasa de morbilidad por especificidad de intento de suicidio. Con esto, se han encontrado interesantes datos relevantes que puede cambiar la estadística de años anteriores al 2011. Actualmente se revisaron publicaciones realizadas en varios países con el tema de intento de suicidio y se refleja que este va en aumento, con tendencias negativas sin poder realizar mejoras que disminuyan la aparición de casos.

En el estudio en el periodo de los 5 años se encontraron 2,566 casos relacionados con el suicidio, de los cuales 1680 casos fueron consumados, y 886 fueron referidos como intento de suicidio, lo cual es alarmante. En un período anterior (1997 al 2012) fallecieron 5,673 personas por Lesiones autoinflingidos intencionalmente; siendo el 2010 el año con mayor número de decesos, siendo proporcionalmente, de cada 100 defunciones totales registradas en el país, 2 son por lesiones auto infligidas intencionalmente.<sup>20</sup> Esto aún continua para el año 2015, donde se estimó un dato similar, inclusive obteniendo una razón que refiere que por cada 2 casos de suicidio consumados, hay un caso de intento de suicidio. Es importante tomar en cuenta, que el dato mayor de suicidios consumados no puede ser mayor que los intentos de suicidio, ya que el primero son casos reales y observados por la comunidad o por personal de salud, y los intentos no pueden ser todos cuantificados, ya que los que estuvieron problemas de salud o daños intentando suicidarse son los que se reportan en las unidades de salud, pero una gran cantidad que se estima y es muy inmensa son los intentos de suicidios que no llegaron a las unidades de salud, o simplemente pueden ser catalogados como ideas suicidas sin realizar actos que llamen la atención confirmados por familiares, parejas o la comunidad.

La tasa de intento de suicidio es difícil determinarla, debido al subregistro que existe al respecto, ya que muchos intentos fallidos, no son reportados; sin embargo se estima que por cada suicidio consumado, hay 18 intentos fallidos.<sup>25</sup>

Los mecanismos que eligen los suicidas para suicidarse son variados y depende más de la accesibilidad que de la consideración de si el método es letal o no. El perfil de métodos de suicidio depende de la disponibilidad de los métodos empleados, en particular de la disponibilidad de medios técnicos. Y la evidencia indica que la restricción del acceso a los medios de suicidio es más urgente y técnicamente viable que nunca.<sup>21,22</sup> Entre los métodos utilizados, entre otros, están: la precipitación, el ahorcamiento, la asfixia con bolsa de plástico en la cabeza, la intoxicación medicamentosa, la intoxicación por gases, el envenenamiento con plantas, hongos, metales, productos de limpieza y plaguicidas, la inanición o ayuno prolongado, el suspender la medicación prescrita, el accidente de tráfico provocado, el arrojarse al paso de vehículos (coche, tren, camión...), el disparo con arma de fuego, la bomba con explosivo adosado al cuerpo, el prenderse fuego a lo bonzo, tragar objetos punzantes o cortantes y el apuñalamiento o eventración.<sup>23</sup>

Parece que la elección del método para el acto suicida tiene relación con la influencia sociocultural e incluso geográfica (mar, vía férrea, zona agrícola-pesticidas.) ya que la zona geográfica está relacionada con el acceso a herramientas que faciliten el acto suicida.<sup>23</sup>

En este estudio, los casos de una manera global desde el 2011 al 2015 aumentaron el doble, habiendo una predominancia en el grupo siempre de jóvenes menores de 18 años, así como el joven adulto de 18 a 35, teniendo que una mayor seguridad se observa que los adultos no intentan suicidarse. El sexo más afectado siempre como lo dicen todos los estudios realizados es el masculino.<sup>5-11</sup>

Con respecto a los departamentos con mayor número de casos de intentos de suicidio predomina el departamento de Carazo, Managua, Nueva Segovia, RACCS y Madriz teniendo valores similares. Estos casos son más en zonas rurales donde el suicidio se observa con el uso de plaguicidas y/o armas de fuego dando una tendencia a los métodos tradicionales, lo cual es observado en muchos países.

El envenenamiento con plaguicidas era frecuente en muchos países asiáticos y en América Latina, mientras que la intoxicación medicamentosa era frecuente en los países nórdicos y en el Reino Unido.

El ahorcamiento era el método de suicidio preferido en Europa oriental, al igual que las armas de fuego en los Estados Unidos y el salto al vacío en ciudades y sociedades urbanas como la Región Administrativa Especial de Hong Kong, China.<sup>1,23</sup> Se ha diferenciado entre métodos violentos y no violentos, lo que guardaría relación con la impulsividad del acto suicida, y que son predominantes los actos suicidas violentos en primavera y otoño.<sup>24</sup> En este estudio predominó el mes de febrero y el mes de diciembre, esto se relaciona por las situaciones que conllevan estos meses, situaciones sentimentales de pareja o de familia, así como problemas de depresión u otro trastorno. Existen personas que controlan esos sentimientos encontrados, y una gama de factores se unen para contribuir a la idea de suicidio, al intento y al suicidio consumado.

Es difícil en muchas ocasiones elegir el método para suicidarse, donde la mayoría quiere llamar la atención, por eso el suicidio se dice que es meramente planeado, algunos autores han clasificado los suicidios en activos como ahorcadura, precipitación, armas de fuego, armas blancas; y pasivos como gases, drogas, venenos.<sup>22,23</sup> Otros autores añaden como violentos los suicidios por explosivos e instrumentos punzantes, y clasifican la inmersión como violento, mientras que otros consideran el accidente de coche dentro del suicidio violento y la ingestión de sustancias sólidas o líquidas como métodos no violentos.<sup>21,22</sup> Los varones suelen elegir métodos activos (dispararse o colgarse), mientras que las mujeres optan por métodos pasivos (envenenamiento).

El establecimiento de la diferenciación entre métodos suicidas violentos y no violentos, guardaría relación con la impulsividad del acto suicida. Algunas veces el intento de suicidio ocurre de forma impulsiva por la crisis generada por algún acontecimiento vital estresante. La disponibilidad de información sobre los métodos de suicidio más frecuentes es importante para idear estrategias y programas de prevención del mismo.

Hay departamentos donde los casos de suicidios superan a los intentos, es todo refleja que hay personas que planean mejor el suicidio y lo logran, es por eso que el departamento que predomina en suicidio, no es el mismo que predomina con los intentos. Existen varios factores para que dicha coincidencia no exista, uno de ellos es el apoyo familiar, y la educación. Es observable que los departamentos con mayor tasa de intentos de suicidio son zonas con acceso menor a la educación, principalmente en secundaria y educación superior. Estos jóvenes no tienen la misma visión que los jóvenes que aspiran a más en su proyectos de vida, por ejemplo en zonas como occidente que la educación está más desarrollada tanto en cantidad como en calidad, esto con mejores estudios a analizar, podría dejar de ser una suposición. Otro factor podría ser el acceso a los venenos por la misma cuestión de que los departamentos con mayores tasas tienen más acceso ya que son zonas agricultoras.

Es necesario seguir estudiando la temática de la conducta suicida desde varios enfoques con el propósito de encontrar soluciones o recomendaciones que ayuden a la población afectada que es mostrada en este estudio.

## CONCLUSIONES

- 1.- Desde el 2011 hasta el 2015 la cantidad de casos observados se ha duplicado a nivel nacional.
- 2.- El grupo etáreo más afectado es el de 18 a 35 años con un 51,1%, así como el sexo masculino con un 69%.
- 3.- El mayor número de casos a nivel nacional es el departamento de Carazo y el departamento de RACCS.
- 4.- El método utilizado como intento de suicidio es el ahorcamiento y el consumo de venenos plaguicidas.
- 5.- Los meses más casos con intentos de suicidios fueron febrero y Diciembre.
- 6.- La mayor tasa de morbilidad por intento de suicidios fue en el departamento de Carazo y Madriz.

## RECOMENDACIONES

1. Elaborar el Plan Nacional de Prevención de Suicidio en el país, que presente en su estrategia:
  - a) La atención integral en salud mental, a intersectorialidad y trabajo en red.
  - b) La sensibilización a la comunidad y educación a la población en promoción de salud mental y prevención de suicidios.
  - c) La formación, capacitación y orientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los sobrevivientes.
  - d) Desarrollo e implementación de observatorios sobre Suicidios e intentos suicidas en el país.
2. Elaborar un Plan Nacional de Salud Mental, que contemple la accesibilidad y oportunidad de los tratamientos extensivo a la familia en donde ocurre una muerte inesperada por suicidio.
3. Implementar en los centros de salud una guía para la valoración del riesgo de personas con tendencia a suicidio, así como los pasos a seguir.
4. Elaborar, desarrollar e implementar protocolo de seguimiento, por seis meses, de personas que realizaron intento de autoeliminación vinculado al uso de sustancias.
5. En pacientes con depresión y/o perfil de riesgo de suicidio se debería preguntar siempre sobre ideas o planes de suicidio, y recoger en la historia clínica todos los aspectos relacionados con el método, la planificación y la intencionalidad.
6. Desarrollar una estrategia de comunicación para la sensibilización de la población, visibilizando la problemática, enfatizando el mensaje de que está en la familia y la comunidad el poder asistir y hacer algo por mejorar el entorno psico-social de personas con problemas de salud mental e intentos de autoeliminación.

## BIBLIOGRAFÍA

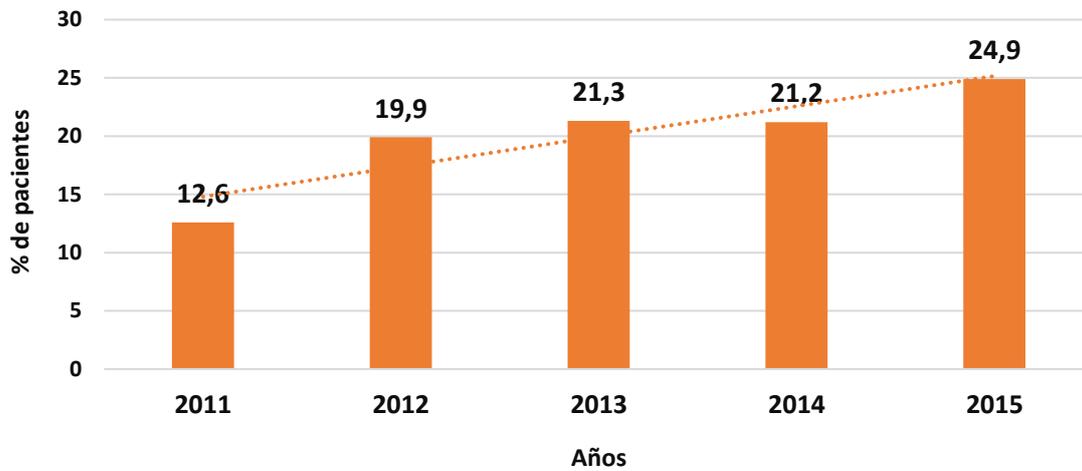
1. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las américas. Washington: OPS; 2014.
2. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2013: datos para la vida: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2013.
3. Ros Montalban S. La conducta suicida. Madrid: Aran Ediciones; 2007.
4. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156(2):181-9.
- 5.- Terroba G, Saltijeral T, Gómez M. (1988). El suicidio y el intento de suicidio: Una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. IV Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 310-315
- 6.- González-Forteza C, Andrade P. Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 40(2), 156-163, Argentina. 1994
7. Evans E, Hawton K, Rodham K, Psychol C, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(3):239-50.
8. Ministerio de Salud de Argentina, lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes, 2012
- 9.- Martínez J; Factores asociados a los intentos de suicidios en pacientes atendidos en el Hospital Roberto Calderón. Managua. Nicaragua. Enero 2004 – Diciembre 2005
- 10.- García H , Sahagún J, Ruiz A, Sánchez G, Tirado J, González J. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad *Rev. Salud pública*. 12 (5): 713-721, 2010 713

- 11.- Narishige R, Kawashima Y, Otaka Y, Saito T, Okubo Y. Gender differences in suicide attempters: a retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan. BMC Psychiatry. 2014 May 19;14:144. doi: 10.1186/1471-244X-14-144.
12. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
- 13.- Pascual, P. Vilela, A. El paciente suicida. Fistera. Guías Clínicas. Cap. V. pág. 38. 2005
- 14.- Harrison y col. Problemas de salud mental. Medicina Internade Harrison. Pág. 36 - 39. 2005
- 15.- Morcillo Moreno, Saiz Martínez, Bousoño García, Barcia Salorio. (2000). El Intento Suicida. Tratado de Psiquiatría. Editorial Aran. Págs. 801-819
- 16.-Rodríguez F. Gonzales de Rivera. (2000). Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. Medición Clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona - España. Editorial Masson S.A. págs. 225-244.
- 17.- Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. Características de los Suicidas en Bogotá: 1985-2000. Rev. Salud Pública (Bogotá). 2004; 6 (3):217-234.
- 17.-Lieb R, Bronisch T, Höfler M, Schreier A. Wittchen HU. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. Am J Psych. 2005; 162: 1665-1671.
18. Soler-Insa PA, Gascón-Barrachina J. Recomendaciones terapéuticas básicas en los trastornos mentales. En: Comité interhospitalario de Servicios de Psiquiatría. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1994. p. 68-76.
- 19.- Dombrowski AY, Szanto K, Duberstein P, Conner KR, Houck PR, Conwell Y. Sex differences in correlates of suicide attempt lethality in late life. Am J Geriatr Psychiatry. 2008; Nov;16 (11):905-13
- 20.- Ministerio de Salud - Oficina Nacional de Estadísticas. Base de Datos de Defunciones. 2012

- 21.- Ajdacic-Gross V, Bopp M, Eich D, Gostynski M, Rössler W, Gutzwiller F: Historical change of suicide seasonality in the canton of Zurich, Switzerland. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35:217-226. Impact factor: 1.624
- 22.- Ajdacic-Gross V, Bopp M, Sansossio R, Lauber C, Gostynski M, Eich D, Gutzwiller F, Rössler W: Diversity and change in suicide seasonality over 125 years. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59:967-972. Impact factor: 2.805
- 23.- MARIS, R.; BERMAN, A.; SILVERMAN, M. *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: The Guilford Press. 2000
- 24.- Miró F; Marcalain E, Correas C, Fernández E. Violencia del método suicida y circunstancias acompañantes en una revisión de 42 muertes de etiología autolítica. *PSIQUIATRIA.COM*. 2006; 10(4)
- 25.- Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psych*. 2010; 157: 1925-1932.

## **ANEXOS**

**Gráfico 1: Porcentaje de Intentos de suicidios por año realizados en Nicaragua en el período 2011 a 2015**



n=886

Fuente: secundaria

**Tabla 1: Casos de intentos de suicidio en Nicaragua según el grupo etareo, 2011-2015**

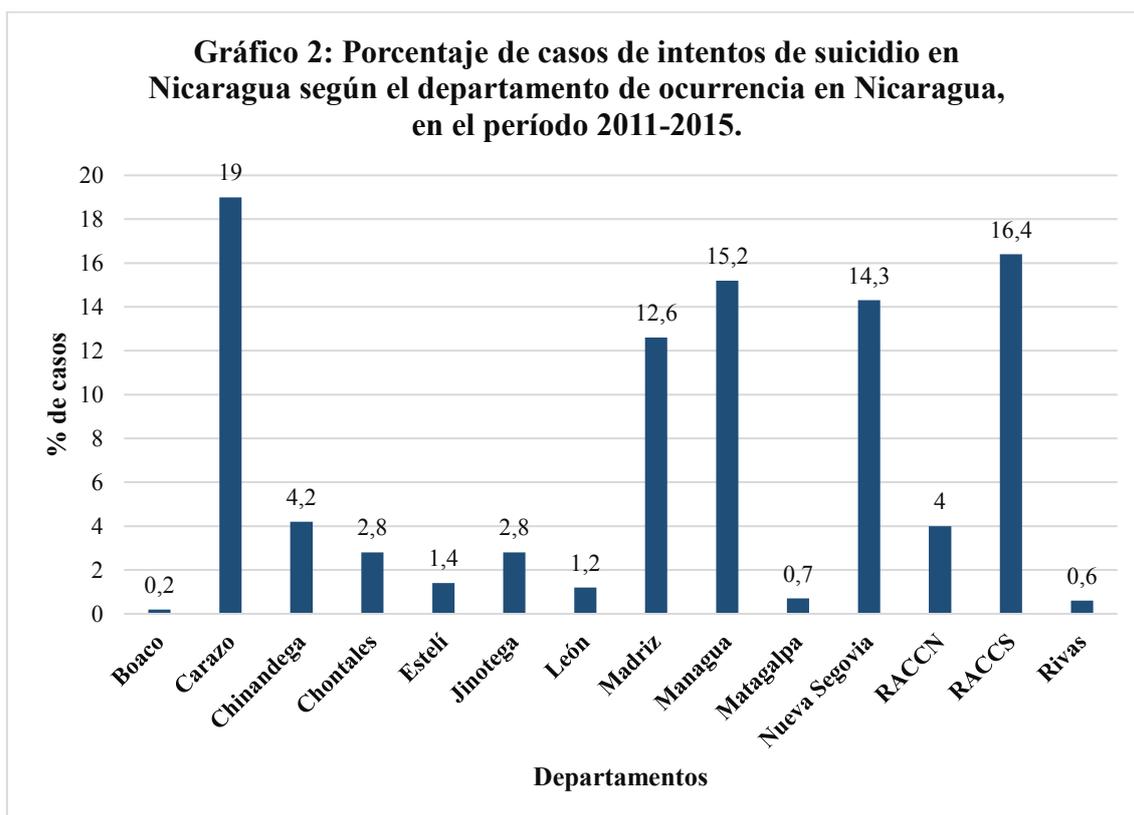
	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 18 años	354	40,0
19 a 35	453	51,1
36 a 50	58	6,5
51 a 65	15	1,7
Mayor de 65	6	0,7
Total	886	100,0

**Tabla 2: Casos de intentos de suicidio en Nicaragua según el sexo y el grupo etareo, en el período 2011-2015.**

Grupo etareo (en años)	Femenino		Masculino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
• Menor de 18	292	33	62	7	354	40
• De 18 a 35	272	31	181	20	453	51
• De 36 a 50	36	4	22	2	58	6,5
• De 51 a 65	09	1	06	1	15	1,7
• Mayor de 65	02	0,3	04	0	06	0,7
<b>Total</b>	<b>611</b>	<b>69</b>	<b>275</b>	<b>31</b>	<b>886</b>	<b>100%</b>

N= 886 Fuente: secundaria

**Gráfico 2: Porcentaje de casos de intentos de suicidio en Nicaragua según el departamento de ocurrencia en Nicaragua, en el período 2011-2015.**



n=886

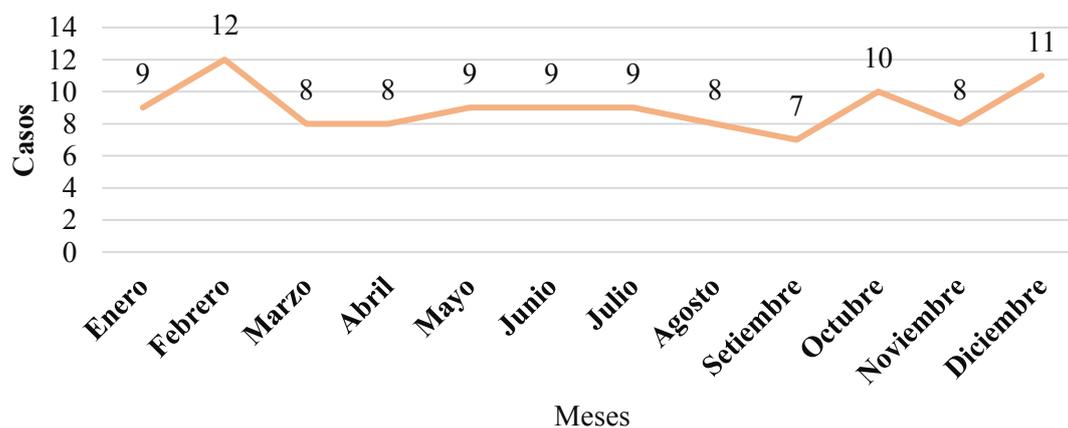
Fuente: secundaria

**Tabla 3: Casos de intento de suicidio en Nicaragua según el método de suicidio y el grupo de edad, en el período 2011-2015.**

Método	Grupo etario en años					Total
	Menor de 18	18 a 35	36 a 50	51 a 65	Mayor de 65	
Ahorcamiento	48	173	46	31	11	310
Envenenamiento	50	161	49	24	13	296
Arma de fuego	3	19	12	8	3	44
Pastillas	4	8	4	4	1	21
Otra sustancia	31	90	43	17	9	189
Herida cortopunzante	0	4	3	1	1	8
No definido	3	9	3	2	1	17
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>465</b>	<b>159</b>	<b>86</b>	<b>38</b>	<b>886</b>

n=886 Fuente: secundaria

**Gráfico 3: Promedio de casos de intento de suicidio en Nicaragua por mes del año en Nicaragua, en el período 2011-2015.**



**Tabla 4: Método utilizado en el intento de suicidio según el sexo en  
Nicaragua, 2011-2015**

<b>Método</b>	<b>Femenino Número</b>	<b>%</b>	<b>Masculino Número</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Ahorcamiento</b>	267	30.2	42	4.8	310	34.9
<b>Consumo de venenos</b>	216	24.3	81	9.1	296	33.5
<b>Arma de fuego</b>	41	4.6	3	0.4	44	5.0
<b>Pastillas</b>	10	1.1	11	1.2	21	2.3
<b>Otra sustancia</b>	114	12.9	75	8.5	189	21.4
<b>Herida x objeto cortopunzante</b>	7	0.8	1	0.1	8	1.0
<b>No definido</b>	14	1.5	4	0.4	17	2.0
<b>Total</b>	<b>669</b>	<b>75,5</b>	<b>217</b>	<b>24,5</b>	<b>886</b>	<b>100</b>

N=886    fuente: secundaria

**Tabla 5: Tasa bruta de morbilidad específica por intento de suicidio en los departamentos del país en el periodo comprendido 2011 a 2015**

<b>AÑO</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>País</b>	1.8	3.0	3.1	3.0	3.5
<b>Bilwi</b>	0.0	2.2	<b>3.1</b>	1.5	5.0
<b>Boaco</b>	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0
<b>Carazo</b>	<b>17.7</b>	<b>18.7</b>	<b>16.5</b>	<b>19.0</b>	<b>18.3</b>
<b>Chinandega</b>	1.7	1.0	0.5	2.6	3.0
<b>Chontales</b>	<b>2.7</b>	<b>1.7</b>	<b>4.7</b>	<b>1.0</b>	<b>1.5</b>
<b>Estelí</b>	0.0	0.5	0.0	0.9	4.0
<b>Jinotega</b>	0.0	0.2	0.0	0.7	4.5
<b>Las Minas</b>	0.5	0.4	<b>8.4</b>	2.5	5.3
<b>León</b>	2.5	0.5	1.0	0.5	0.5
<b>Madriz</b>	<b>16.5</b>	<b>25.4</b>	<b>8.7</b>	<b>16.7</b>	<b>13.4</b>
<b>Managua</b>	0.0	2.0	2.2	1.9	1.4
<b>Matagalpa</b>	2.2	0.0	0.3	0.3	0.3
<b>N. Segovia</b>	<b>0.8</b>	<b>10.8</b>	<b>11.4</b>	<b>11.6</b>	<b>12.2</b>
<b>RAAN</b>	4.3	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>RAAS</b>	0.0	<b>18.2</b>	<b>23.2</b>	<b>18.4</b>	<b>18.5</b>
<b>Rio San Juan</b>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Rivas</b>	0.0	0.6	0.6	0.6	1.1
<b>Zelaya Central</b>	0.0	0.0	0.0	3.0	3.6

## Ficha de recolección de datos

### 1.- Características generales

Ficha No \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Fecha de ocurrencia: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ SILAIS: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Mes del evento: \_\_\_\_\_

<b>2.- Método de muerte</b>	
Ahorcamiento	
Atropellamiento	
Envenenamiento	
Ahogamiento	
Arma de fuego	
Quemadura	
Pastillas	
Otra sustancia	
Herida corto punzante	
No definido	
<b>Otro</b>	
Observaciones :	