

**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 suicidio en  
Nicaragua en el período de Enero 2011 a Diciembre  
2015”**

**Autor:**

Dra. Freidel Jesús Ulloa Meza

**Tutor:**

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

**Marzo, 2017 Managua, Nicaragua**

## RESUMEN

**Introducción:** Anualmente, cerca de 800,000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. El suicidio puede darse en cualquier edad y le acompañan una diversidad de factores, cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países. En los últimos años ha venido en aumento, dejando efectos duraderos para los allegados del suicida.

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

**Material y método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se estudiaron a 1, 680 casos de suicidio realizados en 5 años, se realizó un análisis bivariado entre las características sociodemográficas y el método utilizado para realizar el suicidio. Se calculó la tasa de mortalidad del suicidio a nivel de país, y por cada departamento en los 5 años de estudio. Se muestran los resultados en tablas y gráficos.

**Resultados:** se encontró que la edad promedio de los casos de suicidio era de 32 años, siendo el grupo etario predominante el de 18 a 35 años (52,5%) y el sexo predominante fue el masculino (75,8%). La procedencia de los casos en su mayoría fueron del municipio de Managua (21,9%), Matagalpa (11,2%) y Jinotega (8%). El mes en que sucedieron más casos de suicidio fue en el mes de Octubre y los menos casos fueron en el mes de Febrero. Los dos métodos del suicidio que predominaron fueron el Ahorcamiento y el Envenenamiento. Según la tasa de mortalidad por suicidios, se observa que el departamento de Chontales tiene la mayor tasa de muertos por suicidios en los últimos 5 años, siendo la mayor tasa de mortalidad en los departamentos en Carazo y Rivas en el año 2015.

**Conclusión:** La cifra de los suicidios se ha mantenido en algunos departamentos en los mismos rangos, en donde el departamento de chontales tiene aumentando en algunos de ellos, y la población joven masculina la más afectada siendo el ahorcamiento el método más utilizado.

**Palabras claves:** suicidio

## ÍNDICE

Introducción.....	01
Antecedentes.....	03
Justificación.....	05
Planteamiento del problema.....	06
Objetivos.....	07
Marco Teórico.....	08
Diseño metodológico.....	23
Resultados.....	27
Discusión.....	30
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	37
Bibliografía.....	39
Anexos.....	43

## DEDICATORIA

- Dedico este trabajo a las familias de las personas que se suicidaron, ya sufrieron la pérdida de un ser querido.

## **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.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida. El comportamiento suicida es cualquier acción que pudiera llevar a una persona a morir, como tomar una sobredosis de fármacos o estrellar un automóvil de forma deliberada.<sup>1</sup>

Anualmente, más de 800,000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2012 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.<sup>2</sup>

Según datos del instituto de medicina Legal, en Nicaragua en el 2012 se registraron a nivel nacional 148 muertes por suicidio, en el 2013 aumentó a 173, y en el 2014 solamente se registraron 75 suicidios, “siendo una cifra baja”.<sup>3</sup>

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, impetuosamente en el siglo XVIII hasta nuestros días, fenómeno que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros.<sup>4</sup>

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, las relaciones de pareja, el abuso del alcohol y la drogadicción entre otras.<sup>4</sup> El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral.<sup>2,4</sup>

Este trabajo pretende mostrar el comportamiento del suicidio en diferentes regiones a nivel nacional, para valorar las actividades a realizar que puedan cambiar las estadísticas que reflejan una situación fatal en nuestra población.

## ANTECEDENTES

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.<sup>5</sup>

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó alrededor de 500,000 muertes cada año, con un estimado de 1110 suicidios cada día, produciéndose a la vez entre 10 y 20 intentos por cada uno.<sup>6</sup>

En Nicaragua desde agosto del 2001 se inició la aplicación de un Modelo de Vigilancia para la recolección sistemática y oportuna de información sobre lesiones intencionales y no intencionales en el hospital Antonio Lenin Fonseca de Managua (HALF) y el Hospital Santiago de Jinotepe (HRSJ) con el apoyo y asesoría técnica de la Organización Panamericana de la salud (OPS) y el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) Atlanta.<sup>7</sup>

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 4 vigilancia de las lesiones, permitiendo la recolección de información relevante que muestra la magnitud del problema.<sup>7</sup>

En Enero 2003 a Marzo 2004 Rodríguez et al realizan 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%.<sup>8</sup>

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.<sup>7</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>

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.<sup>10</sup>

## JUSTIFICACIÓN

El suicidio en las últimas décadas ha demostrado una tendencia a elevar sus tasas de incidencia en el ámbito mundial, a pesar de grandes dificultades para el registro fiable de los suicidios en casi todos los países, debido a prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales, algunos investigadores opinan que probablemente las tasas efectivas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados.<sup>2</sup>

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública.<sup>2</sup> El primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, “Prevención del suicidio: un imperativo global”, publicado en 2014<sup>2</sup>, procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública. El suicidio es un problema complejo y, consiguientemente, las actividades de prevención exigen la coordinación y colaboración de múltiples sectores. Existen algunas medidas que se pueden adoptar entre la población, los grupos de población y las personas para prevenir el suicidio y los intentos de cometerlo.

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

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En Nicaragua, la tendencia de problema de suicidio tiende a aumentar, y está relacionado a diversos factores económicos, sociales, culturales, entre otros. Es importante conocer como se ha comportado en los últimos años, para poder realizar un análisis de los factores que influyen y que pueden cambiarse o mejorarse, evitando de esta manera el número de suicidios que se transforman para las familias nicaragüenses en situaciones de dolor, lamento y desintegración familiar. Por tal razón, se plantea:

*¿Cómo fue el comportamiento de los casos de suicidio a nivel nacional en el periodo de Enero 2011 a Diciembre del 2015?*

## **OBJETIVOS**

### **General:**

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

### **Específicos:**

1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Determinar el mecanismo del suicidio reportados en los casos.
3. Relacionar el método utilizado para el suicidio con las características sociodemográficas seleccionadas.
4. Estimar la tasa de mortalidad de suicidio en la población a nivel nacional y de cada departamento.

## MARCO TEÓRICO

### Definición de Suicidio

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio es el producto de dos factores: Las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida y las circunstancias externas que le llevan a actuar en un momento y lugar determinado. El suicidio está considerado como un acto biológico, psicológico y social. En cuanto a lo biológico, la deficiencia de la serotonina (un neurotransmisor) se encuentra presente en la conducta impulsiva, (tal como sucede en pacientes Intento de suicidio).<sup>11</sup>

Se invoca además factores genéticos presentes en estos actos, como el que suele presentarse en determinadas familias. Con relación a lo psicológico, la depresión, la desesperanza y la impotencia se consideran las causas más comunes. También lo es la pérdida de un ser querido, o una situación que no se tolera, el chantaje o escapar ante un peligro real o irreal.<sup>11</sup>

Con el objetivo de unificar la terminología la OMS en 1969 propuso las siguientes definiciones:

**Acto suicida:** hecho por el cual un sujeto se causa lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

**Suicidio:** muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: Acto cuyo resultado no fue la muerte.<sup>11</sup>

La OMS clasifica las tasas de suicidios de una comunidad en bajas, medianas, altas y muy altas en función del número de suicidios por 100,000 habitantes por año, de modo que cifras menores de 5 por 100,000 habitantes se consideran como bajas tasa entre 5 y 15 como medianas, y entre 15 y 30 como altas y por encima de 30 muy altas.<sup>11</sup>

Autores como Van Egmond y Diesktra (1989), hablan de parasuicidio, para referirse a un tipo de conducta que se diferencia del intento suicida, ya que supone un comportamiento autolesivo para el sujeto, pero conscientemente no mortal, en tanto el intento de suicidio es entendido como un suicidio fallido.<sup>11</sup>

Porkorny propone el término “suicidio consumado” para la muerte por suicidio y “conductas suicidas” para una serie de términos relacionados. Menciona tres grandes categorías de conductas suicidas: el suicidio consumado, el intento de suicidio y las ideas de suicidio.<sup>12</sup>

Mardomingo configura el concepto de conducta suicida en la adolescencia en torno a cuatro apartados: suicidio consumado, intento de suicidio, amenaza de suicidio o ideación suicida. El suicidio consumado incluye todos los actos autoinflingidos por el adolescente y que dan como resultado su propia muerte. Dicho autor señala que dicho concepto es de utilidad.<sup>13</sup>

Sin embargo para el diagnóstico clínico presenta una serie de dificultades, como son: la dificultad de diagnóstico entre acto suicidario y acto accidental, imprudencia y conducta temeraria. El intento de suicidio o parasuicidio se refiere a todo acto realizado por el adolescente que sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo.<sup>13</sup>

En esta definición el autor incluye la intencionalidad del acto, es decir si debe estar presente o ausente el deseo de muerte en la consumación del acto suicida. La ideación suicida es un concepto amplio que incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas. Además, menciona que en la conducta suicida del adolescente se deben considerar ciertos contenidos fundamentales, como que el suicidio en esta etapa de la vida no es un proceso psicopatológico, sino una conducta, es una conducta voluntaria y con plena conciencia del sujeto y que la mayoría de las investigaciones constatan que en la infancia y la adolescencia la conducta suicida es un continuo que se origina en la ideación suicida, la amenaza, los posibles intentos de suicidio y puede finalizar con el suicidio consumado.<sup>12,13</sup>

Mardomingo, menciona como rasgos psicológicos más comunes en la conducta suicida de niños y adolescentes: impulsividad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, baja tolerancia a la frustración, estilo cognoscitivo rígido, labilidad emocional y sentimientos de soledad o de tristeza.<sup>13</sup>

## **Criterios Diagnósticos del Suicidio<sup>14</sup>**

Con la finalidad de facilitar del diagnóstico de las conductas suicidas, Pedreira, extrae del Sistema de Clasificación CIE-10, una serie de criterios operativos, que poseen una gran aplicación clínica.

Dentro del suicidio, se pueden presentar diversas formas de manifestación, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. Algunos consideran que el suicidio consumado no aparece antes de los 12 años por considerarse que la inmadurez cognitiva es un factor protector para estas conductas.<sup>13</sup>

El informe Mundial de la Violencia y Salud del 2002 de la OMS define que el suicidio va desde el pensamiento de quitarse la vida al planteamiento de matarse y la consumación del acto, muchas personas que tienen pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas e incluso las que intentan suicidarse puede que no tengan la intención de morir.<sup>13</sup>

Durkein, citado en el documento de Salud Mental en el mundo define el suicidio como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse ese resultado.<sup>14</sup>

La esperanza de vida es muy utilizada para medir el estado de salud de la población y se define como el promedio de años que cabe esperar viva una persona de una determinada edad si se mantienen las tasas de mortalidad actuales. Los años de vida perdidos es otra medida del estado de salud de la población la cual se define como los años de vida que se pierden a causa de muerte prematura (antes de la edad arbitrariamente establecida).<sup>18</sup>

## **Factores Sociodemográficos**

**Edad.** Afortunadamente el suicidio en la infancia constituye un hecho aislado siendo raros los casos de suicidio en menores de 12 años. A partir de la adolescencia e inicio de la edad adulta las tasas de suicidio divergen en los diferentes países. Las personas ancianas constituyen el principal grupo de edad con las tasas más elevadas de suicidio consumado.<sup>19</sup>

Actualmente en Nicaragua el suicidio representa la principal causa de muerte entre los grupos de 15 a 34 años. Según los expertos consideran que por cada suicidio se producen entre 30 y 60 intentos podemos inferir que la carga de morbimortalidad en el país es grande especialmente en los años potenciales de vida perdidos.<sup>19,20</sup>

**Sexo:** La tasa de suicidio consumado es más elevada entre los varones, aunque también hay un incremento paulatino entre las mujeres. Las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres (3:1), los hombres logran sus objetivos con mayor frecuencia que las mujeres (3:1). Por lo cual a las mujeres jóvenes por lo general se les considera de menor riesgo, según los factores de riesgo relacionados con la edad y el sexo.<sup>19, 20</sup>

**Distribución Geográfica:** La incidencia de las conductas suicidas varía no solo entre los distintos países sino que incluso lo hace dentro del mismo país. En general se puede decir que las tasas de suicidio y de las tentativas son más altas en las áreas urbanas siendo más elevadas cuando mayor es el número de habitantes de la ciudad.<sup>18-20</sup>

**Estado Civil:** El suicidio es un hecho más frecuente en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas. Parece que el matrimonio actúa como un factor protector, especialmente si tienen hijos, tendencia más acentuada en la mujer. Diversos datos demuestran que las personas solteras tienen tasas de suicidio 2 veces superiores a los casados y en el caso de viudos y divorciados las tasas son de 3 y 5 veces superiores. Una excepción ocurre en los grupos más jóvenes (15-19 años) ya que la tasa de suicidio es de 1.5 y 1.7 veces superior en hombres y mujeres casadas respectivamente.<sup>20,21</sup>

**Desempleo:** Muchos estudios han demostrado la relación existente entre el desempleo y la conducta suicida, siendo el desempleo de larga duración un factor especialmente estresante. Estudios en los países Nórdicos ponen de manifiesto que aproximadamente la mitad de las personas que cometen tentativas suicidas carecían de empleo. Época del año, día y hora: la mayoría de las estadísticas ponen de manifiesto que las tasas de suicidio son más bajas en los meses de invierno, incrementándose durante los últimos meses del año,

algunos autores señalan que el mes de enero como un mes de alta incidencia de suicidios.<sup>19</sup>

Los días intermedios de la semana parecen ser los más señalados para llevar a cabo las conductas suicidas, estando la mayoría de los estudios de acuerdo que la tarde y la noche serían los momentos de mayor riesgo a lo largo del día.

**Factores familiares:** casi la mitad de los pacientes con historia familiar de suicidio, realiza también una tentativa suicida. En la hipótesis las explicaciones propuestas pueden agruparse en dos categorías fundamentales: el fenómeno psicológico de la identificación con el familiar suicida y los factores genéticos en la transmisión de la conducta suicida.<sup>19</sup>

**Factores Psicológicos y Psicopatológicos:** Para el psicoanálisis, el suicidio representa una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado introyectado. Algunos estudios encuentran que aquellos individuos que presenta características suicidas tienden al aislamiento social, experimentan dificultades interpersonales en mayor grado, su amor propio es escaso y menos confiados que los no suicidas.<sup>22</sup>

Estudios epidemiológicos realizados en adultos encuentran que entre el 90-100 % de las personas suicidas presenta un trastorno mental, fundamentalmente depresión, alcoholismo o esquizofrenia que al asociarse a sucesos adversos tales como pobreza, desempleo, pérdida de personas queridas, discusiones con la familia o los amigos y problemas legales aumentan el riesgo de atentar contra si mismas.<sup>21,22</sup>

Según la OPS la depresión constituye el 65 % de los intentos suicidas (19) y del 30 al 90 % de suicidio.<sup>22</sup> En Estados Unidos la relación suicidio-alcohol varía desde 28 a 53 % y frecuentemente se asocia al uso de armas de fuego, sin embargo, en otros países como Australia se asocia tanto al uso de armas de fuego como a otras sustancias. El alcohol está involucrado en el 15 a 64 % de los intentos suicidas.<sup>23</sup>

En relación al conflicto familiar en Europa se correlaciona altas tasas de suicidio con la caída en las tasas de matrimonio y aumento en el número de

parejas divorciadas, además se demostró que personas con desórdenes mentales y conflictos familiares aumentaban el riesgo de suicidio en 9 veces.<sup>27</sup>

La enfermedad física, sobre todo si es incapacitante, dolorosa, crónica o incurable, está presente en el 20 al 70 % de los suicidios a nivel mundial.<sup>22</sup>

### **Métodos suicidas:**

En la elección del método suicida intervienen una gran variedad de factores como la disponibilidad y la accesibilidad de los mismos, la aceptación sociocultural, la capacidad letal, etc. Esta serie de hechos tienen como consecuencia que se observen grandes variaciones en lo que respecta al método utilizado en función de variables como el sexo, edad, medio rural o urbano, y la latitud geográfica estudiada. Los varones prefieren métodos suicidas más violentos, las mujeres en comparación suelen utilizar métodos más pasivos y menos violentos.<sup>23</sup>

Otro hecho digno de mención es que los métodos suicidas varían con el paso del tiempo, muchas veces en función de la disponibilidad de los mismos. En lo que a tentativa se refiere, todos los autores están de acuerdo en afirmar que la intoxicación medicamentosa es el método más utilizado.<sup>20</sup>

Entre estos medicamentos se encuentran las Benzodiazepinas que están indicadas en el tratamiento de la ansiedad, depresión, terrores, insomnio, alteraciones músculo esquelético, convulsiones, síndrome de abstinencia por alcohol y como tratamiento coadyuvante en la anestesia. Debido a su amplia disponibilidad, es la intoxicación medicamentosa más frecuente. Generalmente, se produce por la ingestión del fármaco con fines auto lítico, con frecuencia acompañado por alcohol etílico y otras sustancias; es un fármaco que suele acompañar a la sobre dosis de drogas de abuso y es utilizado por los drogadictos para disminuir los síntomas de los síndromes de abstinencia.<sup>20,23</sup>

La mortalidad en los casos de intoxicación sola por Benzodiazepinas es rara (DL 50 1.6 gr. /Kg.) pero con frecuencia estas se ingieren con otras drogas y/o alcohol (en más de 75 % de los casos) potenciándose sus efectos. En un estudio multicentrico, efectuado en 317 intoxicados agudos con carácter grave solo fallecieron 5 pacientes por intoxicación medicamentosa estando las

Benzodiacepinas implicadas en 4 de ellos ( en tres asociada con otros fármacos y solo en un caso como único responsable). La Carbamazepina en la práctica médica se utiliza como anticonvulsivante, pero se han descrito casos de intoxicaciones agudas voluntarias. La intoxicación por sí misma no es grave y salvo complicaciones sobreañadidas, los pacientes se recuperan a las 48 horas aun después de la ingesta de dosis masivas. En los casos descritos de evolución fatal, aparecen complicaciones respiratorias, siendo la más frecuente la insuficiencia respiratoria aguda por aspiración de contenido gástrico.<sup>23</sup>

Con respecto a los efectos tóxicos relacionados con la dosis en las intoxicaciones agudas, se ven descrito casos que han sobrevivido después de la ingestión de 80 gr. La mayoría de los casos no fatales descritos han sido después de la ingestión de 60 gr. de forma aguda o bien después de la ingestión de 60 gr. en un paciente con un tratamiento crónico. El paracetamol o Acetaminofén posee efecto antipirético y analgésico, la dosis requerida para producir toxicidad es desconocida, ya que varía en función de la actividad del citocromo P-450(variable entre personas), cantidad de glutatión y su capacidad de regeneración. Sin embargo, en varios estudios retrospectivos se sugiere que puede existir toxicidad con una dosis única superior a 250 mg/Kg. De peso, pero se prefiere aceptar una dosis menor para definir el riesgo de toxicidad, quedando está en una sola dosis de 7.5 gr. o más en adultos o 140-150 mg/Kg. de peso en niños.<sup>16</sup>

La intoxicación suele ocurrir dentro de distintos contextos, siendo él más frecuente con enorme diferencia sobre el resto la ingestión intencionada aguda en grandes dosis con fines suicidas. También se ha descrito la ingestión accidental y la congestión de grandes dosis, no intencionadas, con fármacos opiáceos como el propoxifeno o la codeína. Otras formas de sobre dosificación son el cálculo erróneo de las dosis, excesiva automedicación por parte del enfermo, el uso de fórmulas de adulto para niños u otros errores en el reconocimiento de las distintas formas de presentación del medicamento o incluso la adulteración del producto.<sup>16</sup>

Los valores culturales y las políticas sociales influyen también en las preferencias por los métodos de suicidio. En las diferentes sociedades agrarias,

los plaguicidas se pueden conseguir fácilmente y constituyen el método más popular de suicidio.

Uno de los plaguicidas más peligrosos de y más utilizado en nuestro medio es el fosforo de aluminio el cual está destinado a ser utilizado en la agricultura para conservar cosechas; se presenta en tabletas de 0.6 hasta 3 gr., es un producto muy toxico y la dosis letal media para seres humanos es de 20 mg/Kg. de peso.

En Nicaragua la morbilidad por esta sustancia es de 4/100.00, la mortalidad entre 1-2/100.000 y la letalidad entre 30 y 45 %. Es utilizado en la mayoría de las veces para intento de suicido.<sup>24</sup>

El paraquat es un herbicida que pertenece a la familia de los bipyridilos, es hidrosoluble. En Nicaragua las presentaciones más frecuentes varían de 20 a 40 % de concentración. La dosis letal para el ser humano se ha calculado en 30 mg/Kg. de peso la incidencia es de 4/100.000 y la letalidad de 16 %.<sup>24</sup>

La forma principal de intoxicación es intencional. Los órganos fosforados se utilizan como insecticidas, nematicidas, herbicidas, fungicidas y en la industria es liposoluble y al presentación varia de 20 al 70 % de principio activo. La dosis letal varía de acuerdo al tipo de producto, pero en general son de alta toxicidad (DL 50 0-50 mg/Kg.) y moderada toxicidad (DL 50 50-500 mg/Kg.). En Nicaragua la morbilidad es de 9.6/100.000, la mortalidad de 1/100.00 y la letalidad es de 8 %.<sup>24</sup>

### **Poblaciones específicas de alto riesgo:**

En las últimas décadas se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas en jóvenes convirtiéndose en la segunda o tercera causa de muerte en adolescentes de la sociedad.<sup>23</sup>

Los rasgos de personalidad más frecuentes de los adolescentes suicidas son: impulsividad, rabia y baja tolerancia a las frustraciones. A medida que avanza la edad hay mayor riesgo de suicidio ya que las personas ancianas tienen un propósito más firme de encontrar la muerte y en ellos hay etiología multifactorial: soledad, aislamiento, enfermedad somática, depresión, etc.

**Evaluación del riesgo de suicidio en servicios de urgencias:** La evaluación del riesgo de suicidio en urgencias es una de las tareas más importantes y de mayor responsabilidad dentro de la práctica psiquiátrica. Es fundamental tener en cuenta una serie de factores y poseer buena técnica de entrevista con el fin de obtener información completa.<sup>19</sup>

### **Trastornos mentales**

El suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales.<sup>25-27</sup>

**Depresión mayor:** Es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general. Aparece en todos los rangos de edad, aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años. La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión.<sup>28</sup>

Esta asociación de los trastornos depresivos con el riesgo de suicidio se ha mostrado estadísticamente significativa, sobre todo en poblaciones de edad avanzada y más en mujeres que en hombres, aunque para este último análisis el número de estudios fue pequeño.<sup>29</sup>

### **Trastorno bipolar**

Entre un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio. El riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas, siendo 15 veces mayor en estos casos que en la población general.<sup>28</sup>

### **Trastornos psicóticos**

Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan mayor riesgo de suicidio, fundamentalmente los hombres jóvenes durante la primera etapa de la enfermedad, los pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses después de un alta hospitalaria. El riesgo de suicidio en estos pacientes es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de todas las personas con esquizofrenia harán un intento de suicidio a lo largo de su vida (40). Sin embargo, debido a que este trastorno es relativamente

poco frecuente en la población general ( $\approx 1\%$ ), no contribuye de forma importante en la tasa de suicidio global.<sup>30</sup>

Los pacientes con alucinaciones auditivas no tienen un mayor riesgo de suicidio que otros pacientes psicóticos. Sin embargo, dado que algunos parecen actuar en respuesta a dichas alucinaciones, es importante identificarlas y evaluarlas en el contexto de otras características clínicas.<sup>30</sup>

### **Trastornos de ansiedad**

Pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado. Sin embargo, no está demostrado si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad.<sup>28</sup>

### **Trastornos de la conducta alimentaria**

En un estudio se observó que una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (especialmente cuando se acompañaban de comorbilidades, como depresión o ansiedad) tenían antecedentes de ideación o conducta suicidas, lo que supone una tasa cuatro veces superior a la de la población femenina general. Dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa es la que presenta un mayor riesgo de suicidio, sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía.<sup>28,29</sup>

### **Abuso de alcohol y de otras sustancias**

Ejerce un papel muy significativo ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias. No es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida.<sup>28</sup>

Las estimaciones sugieren que el riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general y este abuso suele asociarse con otros procesos comórbidos y en general, después de años de enfermedad.<sup>28-30</sup>

### **Trastornos de personalidad**

Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad, fundamentalmente si hay presencia de trastornos comórbidos. El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general.<sup>28</sup>

### **Factores psicológicos**

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia, la desesperanza y la rigidez cognitiva.<sup>28</sup>

La desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida, ya que el 91% de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck.<sup>31</sup>

Existen estudios que muestran que las preocupaciones de perfeccionismo, socialmente visto como autocrítica, la preocupación por los errores y las dudas acerca de las acciones, se correlacionan con la tendencia al suicidio. Los pacientes con trastornos mentales y conducta suicida presentan temperamentos y personalidades específicas, distintas de los que no la presentan. Entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. La detección de estos rasgos pueden ser marcadores útiles de riesgo de suicidio.<sup>32-33</sup>

### **Intentos previos de suicidio e ideación suicida**

La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio. Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces.<sup>31</sup>

La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas son los ancianos, debido a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento.<sup>28</sup>

Datos de un metanálisis muestran como los intentos previos son el factor más importante de los cinco estudiados (depresión, abuso de alcohol/sustancias, situación laboral o estado civil). Por otro lado, conforme la ideación suicida se alarga en el tiempo sin acompañarse de intentos ni planes, disminuye el riesgo de suicidio.<sup>33</sup>

## **Factores de riesgos familiares y contextuales**

### **Historia familiar de suicidio**

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado. La mayor concordancia se produce entre gemelos monocigóticos.<sup>28,34</sup>

Estudios realizados en niños adoptados mostraron que aquellos que llevaron a cabo un suicidio tenían frecuentemente parientes biológicos que también lo habían hecho. Sin embargo, los aspectos no biológicos de la conducta suicida también tienen un papel importante, ya que los hijos adoptados suelen acoger el rol de la familia de adopción, tanto más cuanto antes se ha producido dicha adopción.<sup>30,31</sup>

### **Eventos vitales estresantes**

Situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.<sup>28</sup>

## **Factores socio-familiares y ambientales**

### **Apoyo socio-familiar**

Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es menor que para la depresión o el abuso de alcohol.<sup>29</sup>

Así, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad).<sup>31</sup>

Por otra parte, no está demostrado que el matrimonio sea un factor protector en las distintas culturas. Así, en Pakistán existen tasas más altas de suicidio entre las mujeres casadas que entre los hombres casados o las mujeres solteras, y en China, las mujeres casadas mayores de 60 años presentan tasas más altas de suicidio que las viudas o solteras de la misma edad.<sup>31</sup>

### **Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo**

En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio, pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio.<sup>25,31</sup>

Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio.<sup>31</sup> Por último, un bajo nivel educativo se asocia también con un aumento del riesgo de suicidio.<sup>28</sup>

### **Etnia**

No existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio. Así, se ha estudiado que poblaciones de jóvenes aborígenes australianos y esquimales presentan tasas de suicidio superiores a las de la población no aborígen. Por su parte, en EE.UU. hay mayores tasas en jóvenes nativos americanos, aunque estas diferencias podrían deberse al “contagio” entre grupos aislados, más que a culturas diferentes.<sup>34</sup>

Se ha observado que poblaciones de emigrantes presentan primero las tasas de suicidio del país de origen y, con el paso del tiempo, adoptan los valores del país de residencia. Otros estudios, por el contrario, observan que los emigrantes presentan tasas de suicidio del país de origen a lo largo de su

emigración, atribuyendo el comportamiento suicida a factores culturales originarios.<sup>30,31</sup>

## **Religión**

La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas. Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes.<sup>31</sup>

## **Exposición (efecto “contagio”)**

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto “contagio” o Werther) o a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo”, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes.<sup>25</sup>

## **Otros factores de riesgo**

### **Historia de maltrato físico o abuso sexual**

Los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida.<sup>28,34</sup>. Las comorbilidades son frecuentes en personas con abusos físicos o sexuales, lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida.<sup>31</sup>

La relación existente entre la violencia de género y el suicidio ha sido puesta de manifiesto en diferentes estudios. Así, la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales (incluida la conducta suicida) es dos veces superior a la de mujeres que no han sufrido maltrato.<sup>35</sup>

### **Orientación sexual**

Aunque la evidencia es limitada, parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes, debido

a que en ocasiones sufren discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo, lo que aumenta el riesgo suicida.<sup>30</sup>

Por otra parte, los homosexuales presentan mayores tasas de trastornos por abuso de alcohol, depresión y desesperanza que la población general de iguales, siendo estos los verdaderos factores de riesgo de suicidio; si estos factores son controlados, la orientación sexual podría ser un factor de riesgo mucho más débil.<sup>36</sup>

### **Acoso por parte de iguales**

En adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas. Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos. Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo, al facilitar el paso del pensamiento a la acción suicida. Así, el método suicida en EE.UU. suele ser con armas de fuego, en China mediante plaguicidas y en el resto del mundo mediante ahorcamiento.<sup>25,31</sup>

### **Mortalidad**

El indicador de mortalidad es un instrumento de medida frecuentemente utilizado cuando se trata de evaluar el estado de salud de una población. Aunque él no puede por sí solo, dar a conocer sobre el impacto de las enfermedades, el indicador de la mortalidad representa una de las principales consecuencias de la enfermedad: la muerte. Igualmente permite medir el impacto de las enfermedades sobre la esperanza de vida.<sup>37</sup>

Es evidente que los trastornos mentales figuren raramente en los certificados de defunción como causa principal de la muerte, porque no se muere de enfermedad mental. Por el contrario esta se asocia generalmente a los suicidios. No siendo en sí mismo una causa directa de mortalidad, los trastornos mentales pueden después de todos conducir a la muerte por suicidios.<sup>37</sup>

En esta perspectiva es que se manifiesta la importancia del indicador de mortalidad. No se trata entonces de medir el impacto de los trastornos mentales sobre la mortalidad, sino más bien de medir el fenómeno de suicidio.

El indicador de mortalidad pasa a ser así un instrumento de medida que permite aprender el importante problema de suicidio.<sup>37</sup>

## **DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **Tipo de estudio**

Es estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

### **Área de estudio**

El estudio se llevó a cabo utilizando los datos estadísticos reportados por los SILAIS a la dirección de estadística en salud-Dirección general de planificación y desarrollo (DGPD), la cual se encuentra en el Complejo Nacional de Salud Dra. Concepción Palacios ubicado en la ciudad de Managua.

### **Período de estudio**

Enero 2011 a Diciembre 2015

### **Población de estudio**

Lo constituyeron los 1,680 pacientes que acudieron a las unidades de salud en todos los territorios nacionales fallecidos por “suicidio” y reportados a estadística nacional en salud en el periodo de estudio. No se excluyó a ningún fallecido, no se realizó muestreo, ni se estimó muestra.

### **Criterios de inclusión**

- Persona fallecida con la certeza de muerte por suicidio en el período de estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Personas que la muerte es dudosa de haber sido un “Suicidio”
- Persona que fallece fuera del período de estudio.

### **Fuente de información**

Fue secundaria, ya que la información fue recolectada de los registros de las unidades de salud reportada de estadística de cada SILAIS en el país.

## **Recolección de la información**

Previa autorización por las autoridades, se recolectó la información de los registros reportados a Estadística Nacional en Salud de la Dirección General de Planificación y Desarrollo del MINSA Central ubicado en el Complejo Nacional Dra. Concepción Palacios en la ciudad de Managua. 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 suicidio.

## **Plan de análisis**

Se realizó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 20, en el cual se realizó un control de calidad de los datos, se introdujeron los datos de los 5 años de estudio, y se calcularon las frecuencias de las variables sociodemográficas mencionadas, así como el porcentaje de cada una de ellas. Se estimaron medidas de tendencia central, y las proporciones estimadas por los métodos de suicidios. Se realizó un análisis bivariado entre las características sociodemográficas y el método utilizado para realizar el suicidio. Se calculó la tasa de mortalidad del suicidio a nivel de país, y por cada departamento en los 5 años de estudio. Se muestran los resultados en tablas y gráficos.

## **Aspectos éticos**

Se solicitó permiso 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>OPERACIONALIZACION 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>• RACCN</li> <li>• RACCS</li> <li>• Carazo</li> <li>• Rivas</li> </ul>

Fecha de ocurrencia	Es el día exacto en el cual sucedió el evento o suicidio.	• Fecha _____
Método de suicidio	Es la manera o el mecanismo en que la persona realizo 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> </ul>

## RESULTADOS

Este trabajo, recoge la información de 5 años de los registros sobre suicidio que existe en todo el país. Se recolectó información de 1,680 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.

Se muestra la cantidad de suicidios en los últimos 5 años (período de Enero 2011 a Diciembre 2015); se observan datos similares en cada año. En el año 2011, un 22% (369 casos), en el año 2012(318 casos), el 2013(351 casos), el 2014 (311 casos), y el año 2015(331 casos). Siendo el año más predominante el año 2011 con su 22%, se observa una disminución según la línea de la tendencia. (Ver en anexo, Gráfico 1).

Se observan los grupos etarios, predominando el grupo de 18 a 35 años, con un 52,5%(882 casos), seguido del grupo de 36 a 50 años con un 17,9%(301 casos). La edad promedio fue de 32 años, la mínima de 12, y la máxima de 92 años. (Ver en anexo, tabla 1).

En relación a la cantidad de suicidios ocurridos en Nicaragua según el grupo de edad y el sexo de los casos. Se observa una predominancia en el sexo masculino con un 75,8%, y en el grupo de 18 a 35 años con un 41,8%. Seguido del grupo de 36 a 50 años con un 14,9% siempre en el mismo sexo masculino. Con respecto al sexo femenino se observa que el grupo etario con más casos fue el de 18 a 35 años con un 52,5% similar al del sexo masculino. El grupo mayor de 65 años es el menos afectado con el 3,9% en los varones y el 4,3% 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 Managua con un 21,9%(368 casos), seguido por el departamento de Matagalpa con un 11,2%(188 casos), el departamento de Jinotega con un 8%(134 casos) y Chinandega con un 7,9%(133 casos).

El departamento con menos casos fue Río San Juan con un 1,5%(25), Madriz con un 2,7%(45); y la RACCS con un 2,9%(48). Departamentos como Boaco,

Carazo y La RACCN contaron con un 3% de casos cada uno respectivamente. (50 casos cada uno). (Ver en anexo, gráfico 2).

Se observa que en el porcentaje de casos por mes en los 5 años, se reflejó que el mes donde más casos hubo fue en el mes de Octubre con un 10,3%(173 casos), y el menos fue el mes de febrero con un 6,5%(110 casos). El mes de marzo y el mes de noviembre con un 7,9%(133 casos) para cada uno respectivamente. El resto de meses tienen un porcentaje similar del 8%. (Ver en anexo, gráfico 3).

Según el “día de ocurrencia” de los casos, se observa una tendencia similar oscilando entre el 16 y el 11%. El día con menos casos en los 5 años de estudio, fue el día viernes con un 11,4%(191) y el día con mayor número de casos fue el sábado con un 16,2%(272 casos). (Ver en anexo, gráfico 4).

En relación a los métodos por los cuales los casos murieron, predominó el “Ahorcamiento” con un 34,9% (587 casos). La mayoría de personas prefirió ahorcarse como método para morir. Seguido del consumo de veneno con un 33,5%(562 casos), entre estos venenos la mayoría fue el consumo de plaguicidas: paraquat y gramuxone entre otros. Un 21,4%(359) consumieron diferentes sustancias dañinas que los llevaron a la muerte, tales como: cloro, gas butano, colorante, etc. Un 5%(84 casos) murió utilizando un arma de fuego, y un 2,3%(39 casos) se suicidó con el consumo de pastillas, gran mayoría sedantes. Un 2,1% no se definió bien el método que murió, pero fueron diagnosticados como suicidios. (Ver en anexo, gráfico 5).

Se observan que el grupo de 18 a 35 años, la manera de morir que predominó fue el ahorcamiento con 328 casos, seguido del envenenamiento con 306 casos. Murieron más envenenados que ahorcados en el grupo de 36 a 50 años, similar fenómeno es observado en el grupo etario menor de 18 años. (Ver en anexo, tabla 3).

Al relacionar el sexo del individuo con el método utilizado, se determina que predominó el sexo masculino sobre el femenino, en cada método es superior el varón con respecto al número de casos, siendo el más utilizado por los hombres el ahorcamiento con 507 casos y en la mujer el más utilizado es el

envenenamiento con 153 casos. En ambos sexos el método menos utilizado son las heridas cortopunzantes. (Ver en anexo, tabla 4).

Se observa la distribución de métodos de suicidios en los departamentos de Nicaragua, sobresaliendo datos llamativos como los 130 casos reportados en Matagalpa cuyo método utilizado es el envenenamiento además de los 169 casos por ahorcamiento y 143 casos por consumo de varias sustancias reportados en Managua. (Ver en anexo, tabla 5).

Según las tasas de mortalidad por departamento y por año, se observan varias diferencias en el transcurso de los 5 años. Se observa que la tasa Nacional es de (5.9 en el 2011, 5.7 en el 2013 y 5.3 en el 2015). Managua mantiene en los 5 años la tasa en relación a la tasa nacional, sin embargo el departamento de Chontales muestra incremento de la tasa por encima de la tasa nacional (13.9 en el 2011, 10.4 en el 2013 y 8.2 en el 2015). En el departamento de Boaco han ido disminuyendo la tasa de suicidios comparados desde el 2011 al 2015. Lo contrario sucede en el departamento Zelaya Central la cual ha ido aumentando. En la mayoría de los departamentos se ha mantenido las cifras, pero la tendencia es el aumento por cada año. (Ver en anexo, tabla 6).

## DISCUSIÓN

Este estudio presenta 1,680 casos de suicidio reportados en las estadísticas nacionales, en un período de 5 años, que abarca desde enero 2011 a diciembre del 2015. Al obtener la información y analizarlas se enfrentó a algunas limitaciones como el desconocimiento en algunas casos de la causa del suicidio, o algunos factores que se asocian al evento. Se trabajó con los pocos datos que se facilitaron para la realización de este documento.

Se contó con 1,680 personas de diferentes edades, con una media de 32 años, predominando los grupos etarios de 18 a 35 años, seguidos por el grupo de 35 a 50 años, reflejando que las personas que se suicidaron eran personas jóvenes adultos. En su gran mayoría eran del sexo masculino. Esto coincide con algunos datos estadísticos de otros países, por ejemplo México que refieren sus estadísticas de Suicidios 2011 diciendo que en territorio nacional hubo 5,718 casos, de los cuales 4,621 fueron hombres y 1,095 mujeres.<sup>38</sup>

El grupo etario predominante de este estudio es más alto que el reportado en México, el cual refiere ser de 20 a 24 años, con 916, mientras que el de 15 a 19 reportó un total de 859.<sup>38</sup> En España se sitúa en 8,2 fallecidos por suicidio por cien mil habitantes de todas las edades (12,6 y 3,9 varones y mujeres, respectivamente) Se encuentra entre las más bajas de la Unión Europea, como las de Italia y Grecia (ésta con las tasas más bajas), tanto entre varones como en mujeres.<sup>39</sup>

Esta asociación de suicidio y edad es muy clara entre los varones, y apenas significativa entre mujeres; el sexo es uno de los predictores más importantes del suicidio entre las personas de edad. Los varones tienen mayor predisposición al suicidio, que cometen en proporción tres veces superior a las mujeres.<sup>39</sup> Varias explicaciones se han planteado para entender la diferencia existente entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio: los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que

en ellas predomina la depresión. Quizá a esta diferencia se llegue por los diferentes papeles sociales y laborales que han ejecutado unos y otras. La OMS advierte que las tasas de suicidio entre jóvenes se han incrementado hasta el punto que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países.<sup>38</sup>

Los trastornos mentales, particularmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol son un factor de riesgo de suicidio recurrente en Europa y América del Norte, mientras que en las naciones de Asia, la conducta impulsiva tiene especial importancia.<sup>38</sup>

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en países nórdicos, Europa del este y parte de Asia. Siendo marcadamente inferiores las tasas de los países mediterráneos y de religión católica sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.

La demografía específica, además varía de país en país. China por ejemplo, tiene una tasa de mortalidad por suicidio de 23:100,000, con un total de 287,000 muertes por suicidio cada año. La tasa para mujeres es 25% mayor que para hombres y las tasas en áreas rurales son 3 veces mayores que en las ciudades, los medios también varían siendo así que en China, Sri Lanka y Turquía los principales medios de suicidio son la ingestión de pesticidas, preferido al uso de armas.<sup>40</sup>

Según los datos de la OMS el país con mayor tasa de suicidios es Lituania con 34 suicidios por cada 100,000 habitantes (2009), seguida por Corea del Sur con 31:100,000, en Latinoamérica Uruguay 16:100,000 (2004) ocupa el primer lugar seguido por Cuba 12,3:100,000 y Chile 11.1:100,000. El Perú presenta

una tasa de 1.4:100,000 (2007) en una proporción de hombres: mujeres aproximada de 2: 1. La cifra es en el año 2007 es de 407 suicidios. El grupo de edad con mayor número de suicidios es la comprendida entre los 15-24 años con el 37% con una proporción igual en género.<sup>40</sup>

Este estudio reflejó que el mes con más casos en los 5 años fue el de Octubre, mientras esto no coincide con los mexicanos que refieren que el mes con mayor número de personas que se quitaron la vida en México fue agosto.<sup>38</sup> Otro dato importante que se refleja en este estudio es el día de ocurrencia, el cual que predominó fue el fin de semana, predominando el sábado. No se encontró estudio que reporte un día específico.

Se reflejan claramente los métodos utilizados para desarrollar el suicidio, siendo uno de los más frecuentes el “Ahorcamiento” o estrangulamiento, seguido por una mínima diferencia el “envenenamiento”. Este dato no coincide con otros estudios, por ejemplo un estudio refiere que el método más utilizado en la tentativa de suicidio es la autointoxicación medicamentosa, siendo notablemente superior la proporción en adolescentes (91%) que en niños (44,4%). Este hecho es explicable por el número y la diversidad de fármacos, así como la disponibilidad y accesibilidad a los mismos que tienen los niños y adolescentes, tanto dentro como fuera del hogar.<sup>40</sup> Los fármacos más frecuentemente utilizados son los analgésicos, los psicofármacos (principalmente ansiolíticos y antidepresivos) y mezclas de diferentes sustancias medicamentosas. En nuestro estudio, el consumo de medicamentos es la quinta manera de como suicidarse. Puede ser por el acceso de los medicamentos, el cual más difícil, por la falta de compra, y desconocimiento de parte de los individuos que estén en riesgo del suicidio.

El ahorcamiento que en este estudio prevalece con predominancia, en otros estudios, es mínimo por ejemplo en estudios que analizan suicidios en niños y adolescentes que refieren otros métodos también utilizados son: la flebotomía, cortes en las muñecas, la precipitación y el ahorcamiento.<sup>40</sup> Estos últimos son más frecuentes en varones que en mujeres, quienes suelen realizar tentativas más violentas. Los niños, a diferencia de los adolescentes, utilizan preferentemente métodos violentos en el 66% (precipitación, arma blanca...),

siendo el método utilizado por los niños tanto más violento y traumático cuanto menor es su edad.

Se coincide con este estudio, estudios que refieren que el ahorcamiento es el método más empleado, seguido de precipitarse desde alturas; a mucha mayor distancia se encuentra el suicidio por envenenamiento. Los varones, y en especial los de edad, prefieren el ahorcamiento (53,3% de los suicidios) y sólo el 33,2% de las mujeres mayores. En cambio, éstas suelen precipitarse desde alturas (36,3% de los suicidios, primer método empleado) y sólo lo hacen el 21,8% de los varones.<sup>38,39</sup> Por edad se establece también una diferencia aunque no tan significativa; entre los más jóvenes aparecen suicidios más frecuentes por envenenamiento, junto al ahorcamiento y la caída desde altura. La violencia en el método a veces explica la diferencia por sexo: los varones quizá utilicen medios que pueden considerarse más violentos (ahorcamiento o armas de fuego, éstas no las utilizan las mujeres de edad), en cambio el envenenamiento es más utilizado por las mujeres.<sup>39</sup>

Datos relevante para la creación de planes de intervención, es de enfocarse en lugares donde el número de casos sobresale según el método utilizado los 130 casos realizados en Matagalpa por envenenamiento es común y coincide con las estadísticas nacionales, y es lógico por ser una zona rural, donde el uso de venenos es más accesible, de igual manera los 169 casos por ahorcamiento en Managua reflejan o indicar la realización de estrategias a elaborar, así mismo los 143 casos por consumo de varias sustancias, donde podemos revisar el acceso que las personas tengan en el departamento de Managua.

Desde el punto de vista de las estrategias de prevención es necesario identificar la población en riesgo inminente de cometer suicidio. Es evidente identificar las causas de suicidio en las personas jóvenes, y en varones. Las autoridades de salud deben de realizar evaluaciones en las personas jóvenes, porque las estadísticas lo involucran; se hace difícil una identificación ya que esta población joven masculina no acude fácilmente a las unidades de salud. Con las personas adultas es más fácil ya que acuden por algún problema característico de los adultos, una enfermedad crónica, etc. Las mujeres porque acuden a los programas de planificación familiar, al control prenatal o al

cuidado de los niños. Pero con los jóvenes varones es menos frecuente que acuden a las unidades de salud. Esta población es muy trabajadora y poco comunicadora. ¿Cuáles son los motivos que los varones jóvenes se suiciden? La respuesta a la anterior pregunta es compleja y se ha tratado de articular durante los últimos años desde diversas perspectivas. En el mejor de los casos, tenemos aproximaciones y teorías con cierto bagaje empírico, pero en absoluto certezas que expliquen sin fisuras el fenómeno. Por el momento, tan sólo estamos seguros de algo: de forma sistemática, casi todos los países cuentan con mayores tasas de suicidio entre los hombres que entre las mujeres.

Los psiquiatras y psicoterapeutas considera que el suicidio es "una patología de género" por el impacto predominante en los hombres. "Los hombres presentan una tendencia al comportamiento motor más que a la respuesta emocional", señala. Es lo que clínicamente se define como acting físico. "Entonces la descarga motora frente a la frustración se produce como violencia a otro o a sí mismo". De allí que los especialistas definan al suicidio como una violencia auto dirigida.

"A diferencia del varón, la mujer tiende a canalizar las frustraciones introspectivamente", y Las modalidades depresivas en el hombre son diferentes de las de la mujer. Una mujer depresiva puede tener una parálisis de todo tipo - cognitiva y comportamental- y estar tirada en su cama; y el hombre, una tendencia posiblemente más a sentirse desesperado. En general, la psicología del varón culturalmente está más dominada por la impulsividad y la acción; mientras que históricamente la mujer es más introspectiva. La proporción es la misma pero inversa en los intentos de suicidios: las mujeres intentan cuatro veces más que los varones. La mayoría de las mujeres no llega a concretarlo porque, dentro de la construcción psíquica de la conducta destructiva (en la cual el suicidio es el último eslabón), no todo aquel que se suicida quiere matarse.

El dato del mes Octubre con más suicidios no le encuentro explicación, pero sí le encuentro al de menos casos, el mes de Febrero, ya que los jóvenes encuentran días que la promoción social nos brinda, el mes del amor y la

amistad. Se superan todas las dificultades. Con respecto al día “Sábado” como explicación puede ser es más fácil suicidarse porque hay más tiempo para pensarlo y ejecutarlo, el trabajo o los estudios del día de semana no te dan la libertad para consumir el hecho.

Al valorar las tasas de mortalidad de cada departamento, se observó que no es Managua la mayor tasa de suicidio en Nicaragua, sino que sobresalen otros departamentos. Lo que si se observó que la tasa de mortalidad de Managua es similar a la de todo el país. Esto es muy influyente por las diferentes cantidades de personas que hay en cada departamento. El departamento de Chontales es la mayor tasa según la tabla en los tres años de estudio, pero el departamento de Carazo y Rivas fueron con mayor tasa de mortalidad en el año 2015 lo que tendría que valorarse es la población con que cuenta, y los factores que conllevan a dicha cifra. Según datos de boletines de la OMS y del ministerio de salud, en épocas anteriores los departamentos de León, Matagalpa y Chinandega eran los más altos en casos de suicidio consumados. La tendencia ha cambiado de lugar, observándose en otras regiones del país.

El suicidio en Nicaragua levemente creyendo en los datos de los registros, podemos decir que ha disminuido el número de casos del 2011 al 2015 en algunos departamentos, pero ha aumentado en otros. Aún se tiene que trabajar, ya que cada día se suman más fenómenos sociales que alimentan el suicidio. Las nuevas redes de comunicación es un fenómeno que influye en los jóvenes que puede ayudar o aumentar al suicidio desde varios puntos de vista. Los jóvenes, tanto varones como mujeres, son una franja de riesgo cuando se analizan las cifras de suicidio

## CONCLUSIONES

- 1.- Las características sociodemográficas predominantes en los casos de suicidio del periodo 2011 al 2015 en Nicaragua fueron: el grupo etario de 18 a 35 años y el sexo masculino.
- 2.- La procedencia de los casos en su mayoría fueron del municipio de Managua, Matagalpa y Jinotega.
- 3.- El mes en que sucedieron más casos de suicidio fue en el mes de Octubre y el mes en el cual se presentó menos caso fue el mes de Febrero.
- 4.- Los dos métodos del suicidio que predominaron fueron el ahorcamiento y el envenenamiento, se observó un mayor número de casos de envenenamiento en Matagalpa y de ahorcamiento en Managua.
- 5.- Según la tasa de mortalidad por suicidios, se observa que el departamento de Chontales tiene la mayor tasa de muertos por suicidios en los últimos 5 años, pero siendo el departamento de Carazo y Rivas los más altos en el 2015.

## **RECOMENDACIONES**

### **Al Ministerio de Salud**

- Promover actividades de promoción y prevención en salud enfocadas al problema de conducta suicida en los diferentes centros donde se agrupen jóvenes como escuelas, club de jóvenes, comunidades cristianas, equipos, etc.
- Fortalecer todas las unidades de salud con equipos de salud mental el cual puede estar conformado por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social o una enfermera capacitada para brindar atención a las personas en riesgo.
- Mantener una coordinación adecuada entre la atención primaria y la atención especializada para disminuir las tasas de suicidios en el país.

### **A las unidades de salud**

- Reducir el acceso a los medios para suicidarse (pesticidas, medicamentos, armas de fuego, etc.).
- Tratar a las personas de cualquier edad, pero en especial a los jóvenes con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia.
- Seguimiento a los pacientes y a familiares que han cometido intentos de suicidio.
- Fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación.
- Abordar el tema del suicidio con fines de docencia para mejorar sus competencias en la identificación de los trastornos mentales y su manejo.

- En el departamento de Chontales abordar el problema de suicidios, involucrando a otras instituciones para abordar esta situación de forma integral.

#### **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.

#### **A las familias**

- A identificar a los miembros de la familia que tengan problemas o características sospechosas de intentos de suicidios para acudir tempranamente a las unidades de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida I. Evaluación y Tratamiento. 2011
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000
- 3.- Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental, Vol. 29, No. 5, septiembre-octubre 2006
- 4.- Martínez, J. (2006). *Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Hospital Roberto Calderón de Managua* (Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua). [http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/64.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/64.pdf)
- 5.- Rocha N, Vanegas J, Dávila E; Condiciones asociados al suicidio en jóvenes de 15 a 34 años en 6 departamentos seleccionados de Nicaragua 1998.
- 6.- Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE); VIII censo de población y IV de vivienda. Carazo. Nicaragua, 2005.
- 7.- MINSA, Protocolo Integral para la atención de la conducta Suicida, 2004. Cuaderno de Trabajo.
- 8.- Rodríguez A, Moreno S, Vásquez A, Vanegas T. Lesiones autoinflingidas en los cinco hospitales que forman el sistema nacional de vigilancia de lesiones. Enero 2003 a Marzo 2004
- 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.- Campos M. Comportamiento epidemiológico de las lesiones autoinflingidas en pacientes atendidos en el hospital regional Santiago de Jinotepe. Enero 2005 a Diciembre 2006

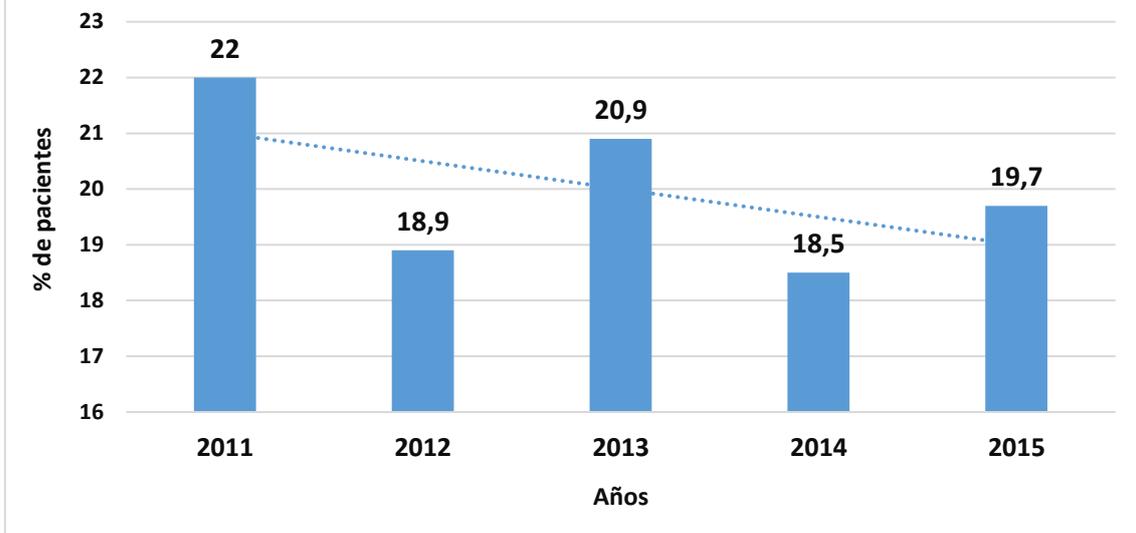
- 11.- Van Egmond, M. Y Dijkstra, R.F.W. "The Predictability of Suicidal Behavior: The results of a Meta-analysis of Published Studies". Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation, Leiden, New York: Brill. 1989
- 12.- Villardón, G. L. El pensamiento de suicidio en el adolescente. España: Instituto de Ciencias de la Educación. 1993
- 13.- Alcantar M. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. México, 2002
- 14.- Pedreira, M. Las Conductas Suicidas en la Infancia y la Adolescencia. En J. Rodríguez (Ed.). Psicopatología del niño y del adolescente. (21-1535). España: Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios. 1995
- 15.- Narváez S, Morales A; Comportamiento suicida y género en pacientes de 15 a 44 años en el Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de agosto 2001 a abril del 2002.
- 16.- Reyes W, Alonso A, Factores Epidemiológicos y Psicosociales que inciden en los intentos suicidas. Rev. Cubana Med: Gen Integra 2001; 17 (2): 155-63.
- 17.- Desjarlais R; Salud Mental en el Mundo (OPS 1997) Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos; Suicidio Pág. 95-126
- 18.- Harrison; Medicina Interna Harrison Volumen II. Principios Generales del Tratamiento de los Trastornos del Estado de Animo.
- 19.- Bobes JG; Prevención de las conductas Suicidas y Parasuicida .Masson.S.A Barcelona España.1998, Pág. 5-11.
- 20.- Herrera A; suicide behavior and sexual abuse, among women and men 25-44 years old, Leon, Nicaragua, 1999.
- 21.- Ministerio de Salud Nicaragua; Intoxicaciones por plaguicidas y mordeduras por serpientes, Centro Nacional de toxicología. Ed. Managua. 2002
- 22.- Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC, OPS. Oficina Regional para las América de la organización Mundial de la Salud 2002.

- 23.- Martínez A. Intentos de suicidios admitidos en el Hospital de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Fletes. Managua, Nicaragua durante el periodo agosto 2003 a diciembre 2005.
- 24.- Ministerio de Salud Nicaragua. Intoxicaciones por plaguicidas y mordeduras por serpientes, Centro Nacional de toxicología. Ed. Managua. 2002
- 25.- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009;373 (9672):1372-81.
- 26.- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. Epidemiol Rev. 2008;30(1):133-54.
- 27.- Sullivan GR, Bongar B. Assessing suicide risk in the adult patient. En: Kleespies PM, ed. Behavioral Emergencies An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization. Washington (DC): American Psychological Association; 2009.
- 28.- 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.
- 29.- Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completes suicide: metaanalyses based on psychological studies. Environ Health Prev Med. 2008;13:243-56.
- 30.- American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors: American Psychiatric Association; 2003 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: [http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc\\_14.aspx](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx)
- 31.- World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002 [citado 18 ene 2010]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_chap7\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf)
- 32.- O'Connor RC. The Relations between Perfectionism and Suicidality: A Systematic Review. Suicide Life-Threat Behav. 2007;37(6):698-714.

- 33.- Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(3):180-206.
- 34.- Sakinofsky I. Treating Suicidality in Depressive Illness. Part I: Current Controversies. *Can J Psychiatry.* 2007;52(6S1):71S-84S.
- 35.- WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005
- 36.- King M, Semlyen J, See Tai S, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry.* 2008;8:70.
- 37.- Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):248-63.
- 38.- INEGI. Estadística de Suicidios de los Estados Unidos mexicanos 2011. México, setiembre. 2015
- 39.- Abellan A. El suicidio entre las personas de edad. *Rev Mult Gerontol* 2005;15(1):65-67
- 40.- DeMaso DR, Walter HJ, Wharff EZ. Suicide and attempted suicide. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme, Schor NF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 27.

# **ANEXOS**

**Gráfico 1: Porcentaje de casos por año de suicidios realizados en Nicaragua, 2011-2015**



n=1680 Fuente: Estadística Nacional en Salud

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

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 18	261	15,5
De 18 a 35	882	52,5
De 36 a 50	301	17,9
De 51 a 65	164	9,8
Mayor de 65	72	4,3
Total	1680	100,0

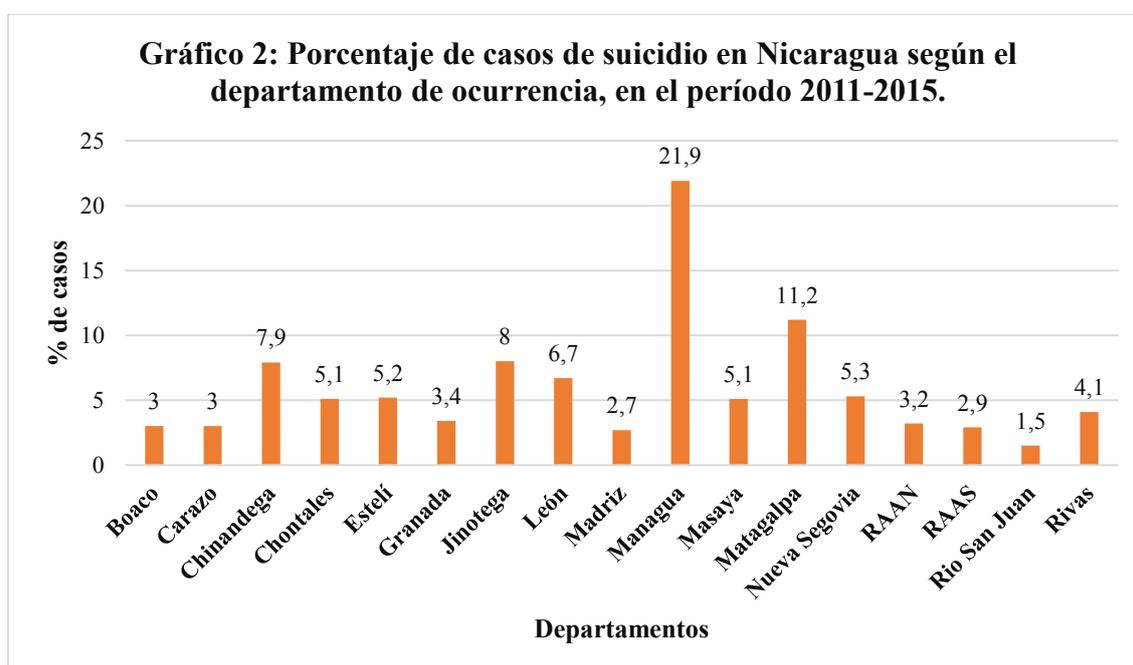
n=1680 Fuente: Estadística Nacional en Salud.

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

Grupo etario (en años)	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
• Menor de 18	112	6,7	149	8,9	261	15,5
• De 18 a 35	703	41,8	179	10,7	882	52,5
• De 36 a 50	251	14,9	50	3,0	301	17,9
• De 51 a 65	141	8,4	23	1,4	164	9,8
• Mayor de 65	66	3,9	6	0,4	72	4,3
<b>Total</b>	<b>1273</b>	<b>75,8</b>	<b>407</b>	<b>24,2</b>	<b>1680</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadística Nacional en Salud.

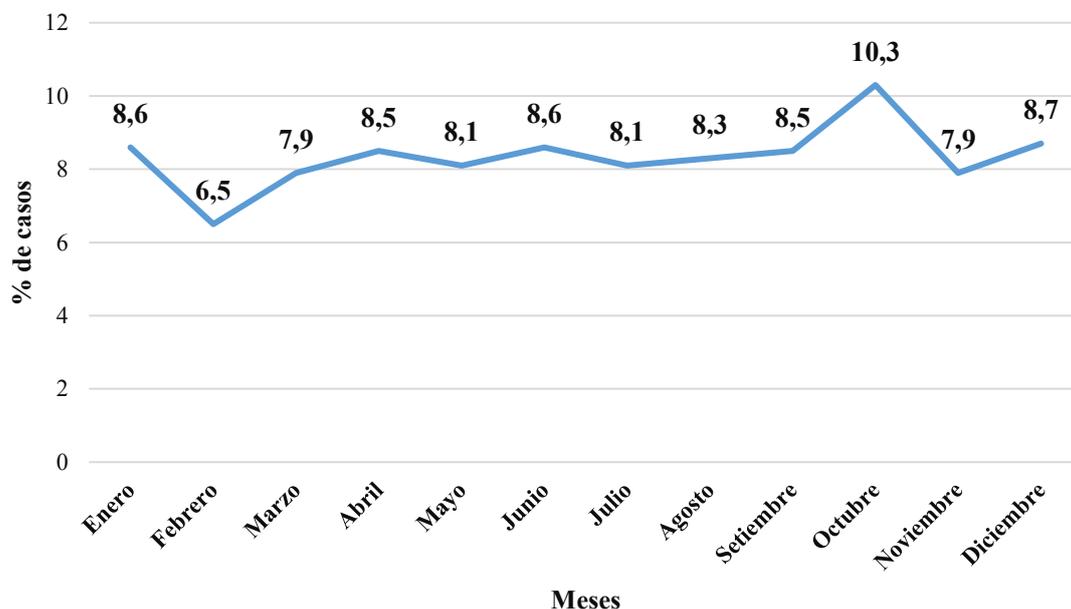
**Gráfico 2: Porcentaje de casos de suicidio en Nicaragua según el departamento de ocurrencia, en el período 2011-2015.**



n=1,680

Fuente: Estadística Nacional en Salud.

**Gráfico 3: Porcentaje de casos de suicidio en Nicaragua según el Mes de ocurrencia, en el período 2011-2015.**



n=1,680

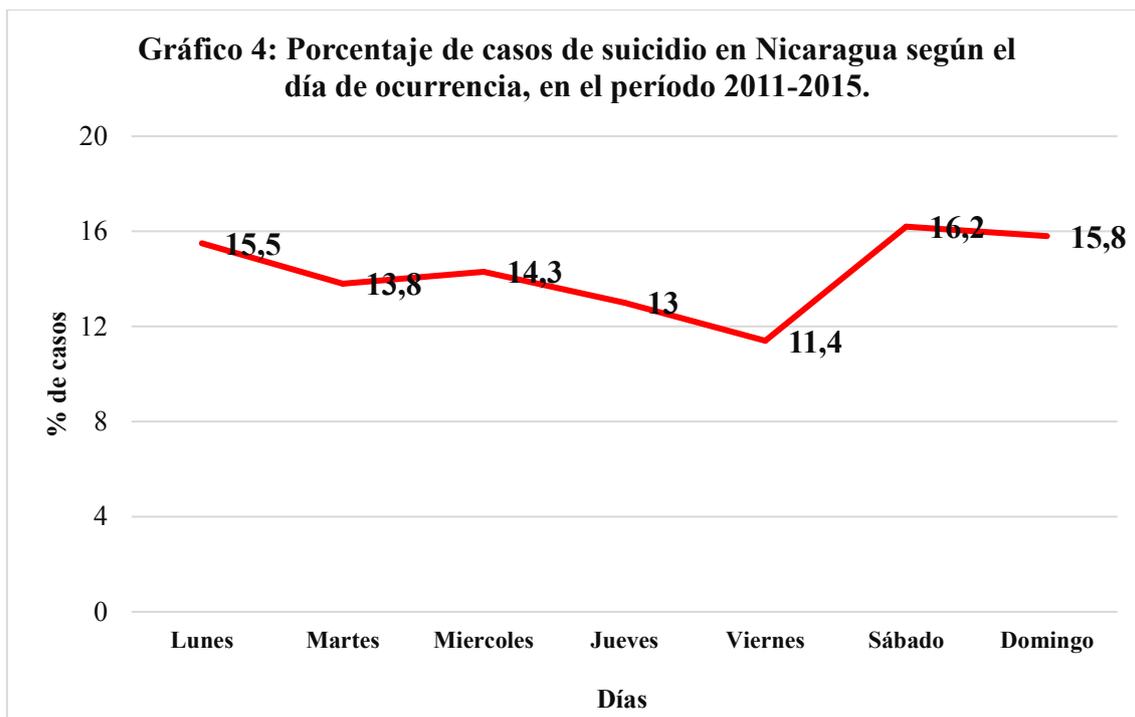
Fuente: Estadística Nacional en Salud .

**Tabla 3: Casos 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	91	328	88	59	21	587
Envenenamiento	94	306	92	46	24	562
Arma de fuego	5	36	23	15	5	84
Pastillas	8	16	7	7	1	39
Otra sustancia	58	170	81	32	18	359
Herida cortopunzante	0	8	5	2	1	16
No definido	5	18	5	3	2	33
<b>TOTAL</b>	<b>261</b>	<b>882</b>	<b>301</b>	<b>164</b>	<b>72</b>	<b>1680</b>

n=1680

Fuente: Estadística Nacional en Salud.



n=1,680

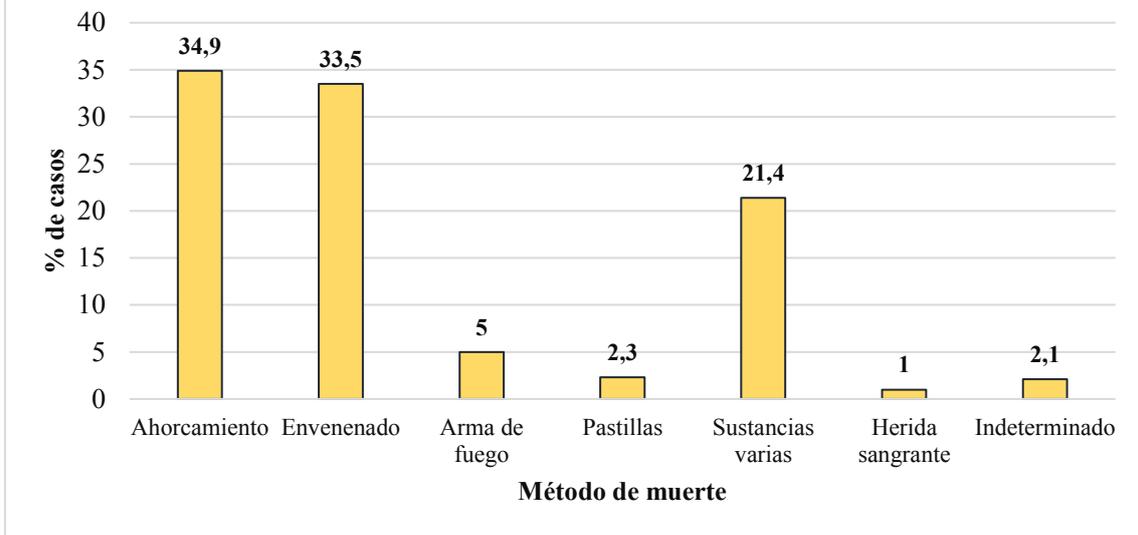
Fuente: Estadística Nacional en Salud.

**Tabla 4: Casos de suicidio en Nicaragua según el método de suicidio y el sexo del individuo, en el período 2011-2015.**

Método	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Ahorcamiento	507	80	587
Envenenamiento	409	153	562
Arma de fuego	78	6	84
Pastillas	19	20	39
Otra sustancia	216	143	359
Herida cortopunzante	14	2	16
No definido	26	7	33
<b>TOTAL</b>	<b>1273</b>	<b>407</b>	<b>1680</b>

n=1680 Fuente: Estadística Nacional en Salud.

**Gráfico 5: Porcentaje de casos de suicidio en Nicaragua según el método de suicidio, en el período 2011-2015.**



n=1,680

Fuente: Estadística Nacional en Salud.

**Tabla 5: Casos de suicidio en Nicaragua según el método de suicidio y el departamento de ocurrencia, en el período 2011-2015.**

Departamento	Ahorcamiento	No definido	Envenenamiento	Arma de fuego	Pastillas	Otra sustancia	Herida	TOTAL
Bilwi	7	0	2	0	2	1	0	12
Boaco	12	0	18	6	1	11	2	50
Carazo	33	1	1	2	3	10	0	50
Chinandega	<b>72</b>	5	21	4	4	25	3	134
Chontales	15	5	35	5	1	22	2	85
Estelí	26	4	<b>39</b>	9	1	8	0	87
Granada	27	1	8	3	2	16	0	57
Jinotega	13	0	<b>98</b>	2	1	20	0	134
Minas	4	1	14	1	0	10	0	30
León	51	1	30	10	2	18	1	113
Madriz	8	0	24	4	0	8	1	45
Managua	<b>169</b>	8	19	14	13	<b>143</b>	2	368
Masaya	45	0	11	2	0	25	2	85
Matagalpa	41	0	<b>130</b>	6	2	6	2	187
Nueva Segovia	22	1	49	2	1	14	0	89
RACCN	5	0	4	1	2	0	0	12
RACCS	12	1	9	2	1	5	0	30
Río San Juan	1	0	16	0	1	7	0	25
Rivas	22	3	27	10	2	4	1	69
Zelaya Central	2	2	7	1	0	6	0	18
	<b>587</b>	<b>33</b>	<b>562</b>	<b>84</b>	<b>39</b>	<b>359</b>	<b>16</b>	<b>1680</b>

n=1680

Fuente: Estadística Nacional en Salud.

**Tabla 6: Tasa específica de mortalidad por suicidios según los departamentos de Nicaragua, 2011-2015 (x c/ 100,000 habitantes)**

<b>AÑO</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>País</b>	5.9	5.3	5.7	5.0	5.3
<b>Bilwi</b>	0.0	2.8	1.0	1.5	1.0
<b>Boaco</b>	8.3	6.5	6.8	3.9	3.4
<b>Carazo</b>	4.4	3.3	6.9	3.7	8.4
<b>Chinandega</b>	7.2	5.3	6.3	6.6	6.1
<b>Chontales</b>	13.9	3.6	10.4	5.2	8.2
<b>Estelí</b>	8.6	6.3	7.2	9.4	7.6
<b>Granada</b>	6.2	7.1	5.4	5.9	3.9
<b>Jinotega</b>	8.0	5.8	6.8	5.6	5.6
<b>Las Minas</b>	0.0	3.5	4.6	2.5	2.0
<b>León</b>	6.6	5.0	6.1	4.4	5.8
<b>Madriz</b>	3.3	7.2	6.2	5.6	6.1
<b>Managua</b>	5.7	5.1	4.7	5.0	4.9
<b>Masaya</b>	5.6	5.2	4.8	4.2	4.4
<b>Matagalpa</b>	6.6	6.5	6.8	4.8	5.7
<b>N. Segovia</b>	7.6	6.6	7.7	7.2	7.1
<b>RACCN</b>	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>RACCS</b>	4.0	3.9	3.0	3.6	4.1
<b>Rio San Juan</b>	6.3	3.5	4.8	4.8	1.6
<b>Rivas</b>	8.9	7.1	9.1	6.2	8.4
<b>Zelaya Central</b>	0.0	0.0	1.2	4.2	5.4

n=168

0 Fuente: Estadística Nacional en Salud.

## Ficha de recolección de datos.

### 1.- Características sociodemográficas

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

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

Año: \_\_\_\_\_

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

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

Día de la semana 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 :	