

---

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**

**UNAN –LEON**

**Facultad de Ciencias Médicas**



*Tesis para Optar al Título de Médico y Cirujano*

**Tema:**

*Epidemiología de los intentos de suicidios en el Departamento de Nueva Segovia en el periodo comprendido de Enero 2010 - Diciembre 2011.*

**Autores:**

**Br. Ricardo Antonio García Ordoñez**

**Br. Arlen Verónica Gómez Rodríguez.**

**Tutor:**

**Dr. Andrés Herrera Rodríguez. Ph.D**

**Profesor Titular Facultad de Ciencias Medicas.**

**“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”**

**INDICE:**

1 Dedicatoria.....	2
2. Agradecimiento.....	3
3. Resumen.....	4
1. Introducción .....	5
2. Antecedentes.....	7
3. Justificación .....	10
4. Problema .....	11
5. Objetivos .....	12
6. Marco teórico .....	13
7. Diseño metodológico.....	27
8. Resultados .....	34
9. Discusión .....	53
10. Conclusión .....	59
11. Recomendaciones .....	60
12. Referencias bibliográfica .....	63
13. Anexos.....	67

### **DEDICATORIA**

Dedicamos la presente tesis a Dios quien nos dio el don de la vida para entregarla al servicio de los más necesitados. A nuestra gran Familia, que en todo momento de nuestra carrera supieron apoyarnos para seguir adelante. Y agradecimiento a todos los pacientes que día a día hacen posible nuestro desarrollo en nuestra profesión.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos primeramente a Dios quien nos indicó el camino hacia la medicina y me permitió culminar una etapa más de mi carrera. Al personal de los departamentos de Epidemiología, Estadísticas del Hospital Alfonso Moncada Guillen. A nuestro tutor Dr. Andrés Herrera Rodríguez. Ph.D .quien nos transmitió su entusiasmo y conocimiento sobre el tema en estudio y nos apoyo durante el desarrollo del mismo.

## **Resumen**

### **Antecedentes**

El intento de suicidio es un problema de salud pública de primer orden y representa un desafío para los países en vía de desarrollo como Nicaragua.

Este estudio tuvo como **objetivo general** analizar la epidemiología del intento de suicidio del departamento de Nueva Segovia de Enero 2010- Diciembre 2011. Este fue un estudio descriptivo de corte transversal en cual participaron 178 intentos de suicidios registrados en sistema de salud entre Enero, 2010 a Diciembre, 2011.

**Resultados:** El intento de suicidio fue más común en mujeres de 15 a 19 años de edad. Siendo más común en ambos sexos con primaria incompleta. Se encontró que las manifestaciones como la tristeza, sentimiento de culpa, vergüenza, inutilidad fueron más comunes en el sexo femenino. También, se encontró que el 80% de los pacientes no recibió ningún tipo de asistencia médica previo al suicidio.

El uso de sustancias psicoactivas fue común en los hombres registrándose que cerca de la mitad se encontraba en estado de ebriedad antes de hacer el intento.

**Conclusión:** los motivos expresados para realizar el intento de suicidio fueron depresión, conflictos de parejas y familiares, problemas económicos. Y los métodos más usados fueron los plaguicidas y los fármacos de prescripción medicas.

**Palabras claves:** intentos de suicida, motivos, métodos, años.

## **INTRODUCCION**

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 socio-económica existente. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades. <sup>(1)</sup>

El suicidio se ubica entre las 10 primeras causas de muerte en el mundo; según la Organización Mundial de la Salud , la cual estima que al menos 1110 personas se suicidan cada día y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, religión, etnia, etc. y alerta sobre el incremento de las tasas de suicidio como una tendencia creciente sobre todo en la población joven, planteando que cada 42 segundos alguien hace un intento suicida con ocurrencia del suceso, cada 17 minutos sobre todo en jóvenes entre 5 y 14 años de edad, los que en determinado momento de su existencia sienten que la vida no tiene sentido por diferentes causas entre las que están: Enfermedades físicas o mentales, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, las dificultades cotidianas de un mundo convulso, etc.; convirtiendo al suicidio en la mejor y única opción para ello . <sup>(1)</sup>

La conducta suicida se encuentra influida por numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales y se deriva directamente de la voluntad del individuo. <sup>(2)</sup>

Entre los factores de riesgo estudiados predisponentes para las autolesiones cabe citar el abuso de alcohol y drogas, antecedentes de maltrato en la infancia y de aislamiento social, depresión y otros trastornos psiquiátricos. Otros factores significativos son el acceso a los medios para atentar contra uno mismo y una historia reciente de intentos de suicidio. <sup>(2)</sup>

Actualmente en Nicaragua el suicidio es un problema de salud pública, ya que es la principal causa de muerte en los grupos de 15-34 años, a lo que se agrega que

cada persona que se suicida deja tras de sí a muchas otras, familiares, amigos y la comunidad que resultan afectadas emocional, social y económicamente. <sup>(2)</sup>

En el presente estudio se analizará la epidemiología del intento de suicidio en el departamento de Nueva Segovia en el periodo de Enero 2010 y Diciembre 2011.

## **ANTECEDENTES**

La conducta suicida supone un problema de salud pública de primer orden para todos los países, debido al número de personas afectadas por año. <sup>(8,9)</sup>

No obstante, poder determinar el número exacto de personas afectadas es difícil por las dificultades metodológicas que existen. Existe además, una variación considerable en las tasas de suicidio o de intentos de suicidio entre los distintos países <sup>(9,10)</sup>

En la actualidad, el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo y en algunos países es la segunda causa en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera en los de 15 a 44. Su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53

<sup>(12)</sup>. millones

Se puede decir que en países como Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o Europa del este, tienen tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes y España, Italia o Egipto, tasas por debajo de 5/100.000 habitantes. Estados Unidos está en una situación intermedia. <sup>(11)</sup>.

Los editores Jorge Rodríguez; Sergio Aguilar en la epidemiología del suicidio, los intentos y las ideaciones suicidas en América latina y el Caribe reporta que en Nicaragua un estudio realizado por (Herrera A. y Cols, 2006) la prevalencia general en un año de cualquier expresión suicida era de 44.8% entre hombres y de 47.7% entre mujeres, los factores socio demográficos no se asociaban a esta conducta suicida en Nicaragua. La tasa más elevada correspondía a la edad de 15-19 años. <sup>(1)</sup>

El Dr. Andrés Herrera; Lucia Solórzano; et. Al., en su estudio del suicidio en Centroamérica y República Dominicana en el periodo 1998-2008 con el objetivo de recopilar información sobre tasas de suicidio en Centroamérica y República Dominicana en los periodos mencionados; los resultados destacaron un aumento en tasas de suicidio por 100,000 habitantes en Panamá, Costa Rica, Nicaragua y República Dominicana. En Panamá la tasa de suicidio en 1998 fue de 3.7 creciendo hasta 5.09 para 2008. En 1998, Costa Rica reportó 4.93 para el año de 2008 de 7.14.

En Nicaragua, en 1990 registro una tasa de suicidio de 2.2 incrementando a 13.21 en el 2007. República dominicana, la tasa reportada en 1990, fue de 3.66 aumentando a 5.57 para 2008. En Guatemala la tasa fluctuó de 1.8 en 1990 a 3.3 en 2004. <sup>(1)</sup>

Sin embargo Honduras presento en 1998 una tasa de 5.4 decreciendo a 1.18 en 2006. El Salvador se registró una tasa de 11.4 en 1990, disminuyendo a 6.9 para 2005. <sup>(2)</sup>

Según el Instituto de la Salud Mental (National Institute of Mental Health). Los resultados de investigación realizada establecen lo siguiente: Se calcula que hay de 8 a 25 intentos de suicidios por cada suicidio y la proporción es aun mayor entre los jóvenes. Se estima que por cada joven hay 30 intentos de suicidios hospitalizados y que hay más de 400 atentados suicidas. <sup>(3)</sup>

En América Latina y Estados Unidos, se reporta que por cada suicidio se producen de 10 a 15 intentos suicidas, y es mayor su relación para los adolescentes con respecto a otras edades. <sup>(3)</sup>

Según Darce (1999-2003) reporta que en el boletín epidemiológico del MINSA central se registraron 1,762 suicidios, 70% (1,233) en hombres y 30% (529) en

mujeres, con una razón hombre - mujer de 2:1. Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) con mayores tasas de suicidio en el 2003 fueron Chinandega con 10 x 100,000 hab., Managua con 8 x 100000 hab., y Matagalpa con una tasa de 7 x 100.000 habitantes. <sup>(4)</sup>

En el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de León ( HEODRA) se realizó un estudio sobre factores de riesgos asociados al intento de suicidios en pacientes ingresados al servicio de medicina interna durante los años de 1998-2000, encontró que los problemas familiares presentan asociación y significancia estadística, indicando que los fenómenos de maltrato entre esposos, recientes separaciones, divorcio, viudez y conflictos amorosos conllevan a uno de ellos a realizar el intento de suicidarse, considerándose este un factor de alto riesgo de intento de suicidio. <sup>(4)</sup>

Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida. Desde la Unión Europea se han promovido iniciativas, como la *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention* (donde la prevención del suicidio se considera una de las áreas de intervención. En España, la Estrategia de Salud Mental elaborada en 2007<sup>(14)</sup> contempló entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación <sup>(10,13)</sup> de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo.

Hoy por hoy el intento de suicidio y suicidio consumado sigue siendo un problema que afecta directamente a nuestra familia y comunidad, por lo que pretendemos con este estudio determinar la epidemiología del comportamiento suicida en el departamento de Nueva Segovia.

## **JUSTIFICACION**

Tanto la conducta suicida como el suicidio consumado representan un importante problema de salud pública en todo el mundo, por lo que es importante conocer sus factores determinantes. La conducta autolítica, es un acto complejo y no aleatorio en el que intervienen factores socios demográficos, psicológicos y biológicos.

Hoy por hoy el suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. <sup>(12)</sup>

En Nicaragua estudios recientes informa que la mayor tasa de suicidio se da entre muchachos con edad comprendida entre 15 a 19 años <sup>(33)</sup>.

Siendo similar las tasas de suicidio Nicaragua con respecto a los países Europeos. En León se realizo un estudio de seguimiento de 3 años por Trinidad Caldera, Andrés Herrera sobre parasuicidio en Nicaragua encontrado que edad de mayor prevalencias de 10 a 20 años con una tasa de 1000,000 habitantes 203.70 prevaleciendo el sexo femenino. Estando claro que el principal reto del intento de suicidio es determinar las condiciones estructurales de los pacientes los eventos provocados, emociones vividas y las acciones tomadas.

Con el siguiente estudio pretendemos que servirá como una guía de la situación actual de la epidemiología que sigue el intento de suicidio en especial en el departamento de Nueva Segovia y además contribuiremos a documentar y brindar información sobre las condiciones que conllevan al intento de suicidio, así como manifestaciones, métodos utilizados, tipo de atención brindada y la evolución del paciente.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Si bien históricamente el suicidio siempre fue un tema hablado “en voz baja”, quizá porque duele demasiado, sobre todo cuando los protagonistas son adolescentes o niños. Lo cierto es que el suicidio, según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se convirtió en la segunda causa de muerte entre personas de 15 a 34 años; su tasa a nivel mundial se incrementó un 60% en el último medio siglo (especialmente en los países considerados en vías de desarrollo);<sup>(12)</sup> Por otra parte, muchos de los suicidios en Nicaragua son menores de 25 años que producto de la frustración y falta de atención hacen intento de suicidio. Además, un estudio realizado por [Herrera, A., 2006], haciendo entrevistas cualitativa encontró que las principales categorías relacionadas al intento de suicidio en mujeres adolescentes de León fueron: malas condiciones estructurales, relacionadas a normas y valores familiares, la segunda fue eventos negativos en la vida de las participantes, problemas emocionales agudizados por conflictos familiares y finalmente dificultades para resolver problemas. Por todo lo antes planteado se hace la siguiente interrogante.

¿Cuál es la epidemiología del intento de suicidio, en el departamento de Nueva Segovia en el periodo comprendido de Enero del 2010- Diciembre 2011?

**OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la epidemiología del intento de suicidio del departamento de Nueva Segovia de Enero 2010- Diciembre 2011.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Describir las características socio demográficas de los intentos de suicidio del departamento de Nueva Segovia en el periodo de estudio.

Describir los factores facilitadores o predisponente para el de suicidio en la población de estudio.

3. Determinar el tiempo más frecuente en los que se realizó el intento de suicidio.
4. Conocer los métodos más utilizado en los diferentes casos de intento de suicidio.

## MARCO TEORICO

La palabra “suicidio” es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas.

Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura <sup>(15)</sup>.

A lo largo de los años, ha habido múltiples definiciones y descripciones de este fenómeno. Edwin Shneidman definió el suicidio como “el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” <sup>(16)</sup>

Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio <sup>(17)</sup> En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados.

Esta proliferación de definiciones, obligó a la OMS (1976) <sup>(15)</sup> a intentar unificar la terminología y a proponer unos términos concretos:

Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.

Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la

práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos <sup>(18, 19)</sup>. Los criterios de clasificación de la conducta suicida de Diekstra <sup>(20)</sup> diferencian entre suicidio, intento de suicidio y parasuicidio, en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta. Por su parte, O'Carroll et al. <sup>(21)</sup> plantearon una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EE.UU. y considerada como una de las más operativas. En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado.

Posteriormente se han publicado varios artículos sobre la adecuación de la terminología empleada para el suicidio, concluyéndose que, aunque no se recoge toda la complejidad del fenómeno, el uso de una nomenclatura común facilita la comunicación, la formación y la investigación en suicidio.

En 2007, Silverman et al. <sup>(22, 23)</sup> propusieron una revisión de la nomenclatura de

O'Carroll et al. En la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta <sup>(15)</sup>.

En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida, y además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida (tabla 1).

**Tabla 1. Revisión de la nomenclatura de O´Carroll et al., propuesta por Silverman.**

Ideación suicida	<p>a. Sin intencionalidad suicida <span style="float: right;">1)causal 2)transitorio</span></p> <p>b. Con grado indeterminado de intencionalidad <span style="float: right;">3) pasivo,</span> activo, persistente.</p> <p>c. Con alguna intencionalidad suicida</p>
Comunicación suicida*	<p>a. Sin intencionalidad suicida:</p> <p>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I)</p> <p>2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I)</p> <p>b. Con grado indeterminado de intencionalidad</p> <p>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II)</p> <p>2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II)</p> <p>c. Con alguna intencionalidad suicida</p> <p>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III)</p> <p>2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)</p>

Conducta suicida*	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Sin intencionalidad suicida<ul style="list-style-type: none"><li>1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I)</li><li>2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II)</li><li>3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)</li></ul></li><li>b. Con grado indeterminado de intencionalidad<ul style="list-style-type: none"><li>1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I)</li><li>2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II)</li><li>3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)</li></ul></li><li>c. Con alguna intencionalidad suicida<ul style="list-style-type: none"><li>1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I)</li><li>2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II)</li><li>3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)</li></ul></li></ul>
-------------------	--

\*Clasificación adicional para Comunicación y Conducta suicida:

- Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación)
- Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control)
- Foco mixto. <sup>(22, 23)</sup>.

Silverman et al. <sup>(22, 23)</sup> añadieron los tipos I, II y III con el fin de intentar

simplificar la terminología e incluir todas las permutaciones y combinaciones posibles de las diferentes variables clínicas. Así, se considera comunicación suicida Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y Tipo III cuando existe alguna intencionalidad. La conducta suicida se clasifica de Tipo I si no provoca lesiones y de Tipo II si provoca lesiones.

**Las definiciones de esta terminología son las siguientes:**

—**Ideación suicida**: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones). —

**Comunicación suicida**: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:

••**Amenaza suicida**: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.

••**Plan suicida**: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

—**Conducta suicida**: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

- a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
- b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera conducta suicida:

••**Autolesión/gesto suicida**: conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede

no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).

••**Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o Causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).

••**Intento de suicidio:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

••**Suicidio:** muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte. Silverman et al. (22, 23).

#### Factores de riesgo

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros (22).

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes

(23, 24).  
específicos

Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente.

Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico <sup>(23)</sup> (tabla 2).

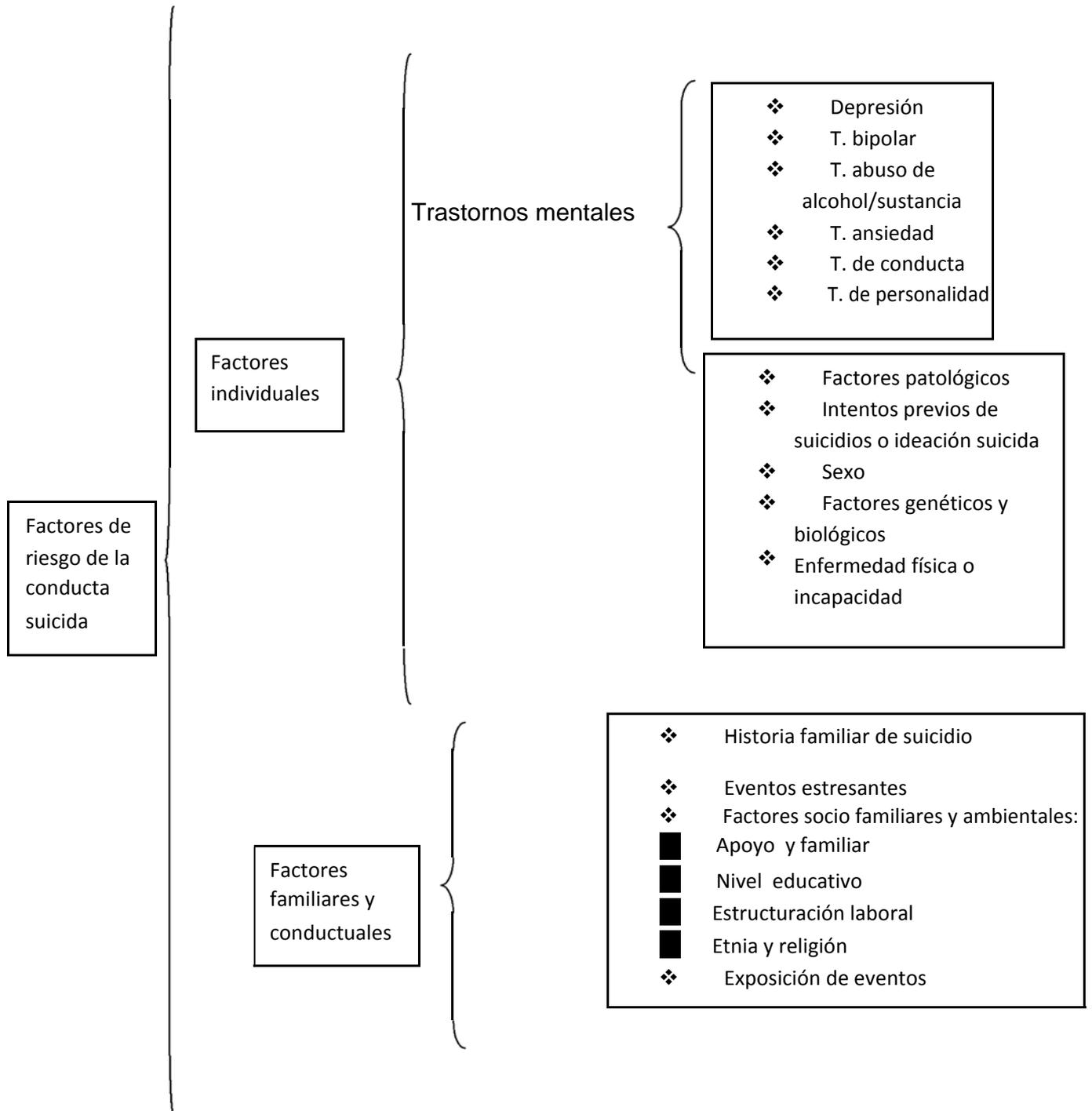
**Tabla 2. Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables**

Modificables	Inmodificables
Trastorno afectivo	Heredabilidad
Esquizofrenia	Sexo
Trastorno de ansiedad	Edad:
Abuso de sustancias	- Adolescentes y adultos jóvenes
Trastorno de personalidad	- Edad geriátrica
Otros trastornos mentales	Estado civil
Salud física	Situación laboral y económica
Dimensiones psicológica.	Creencias religiosas
	Apoyo social
	Conducta suicida previa

Fuente: elaboración propia a partir del libro “*Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*” <sup>(23)</sup>.

Otra clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida se puede realizar encuadrándolos en distintos campos, como el biológico, el psicológico, el social, el familiar o el ambiental <sup>(4, 23)</sup>, de la misma manera que el esquema planteado en la Guía de Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, aunque modificado <sup>(27)</sup> (gráfico 4).

**Gráfico 4. Factores asociados a la conducta suicida**



**Métodos Suicidas:** En la elección del método suicida intervienen una gran variedad de factores, como la disponibilidad y accesibilidad de los mismos, la aceptación socio cultural, la capacidad letal, etc. Esta serie de hechos tienen como consecuencia que se observen grandes variaciones en lo que se refiere al método empleado en función de variables como sexo, edad, medio rural o urbano y latitud geográfica estudiada.<sup>(27)</sup>

Los varones prefieren métodos suicidas más letales. Las mujeres suelen utilizar métodos más pasivos y menos violentos. Otro hecho para mencionar 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 intento de suicidio se refiere, todos los autores están de acuerdo en afirmar que la intoxicación medicamentosa es el método más utilizado.<sup>(27)</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 al 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 autolíticos, con frecuencia acompañado de alcohol y otras sustancias; es un fármaco que suele acompañar a la sobredosis de drogas de abuso, y es utilizado por los drogadictos para disminuir los síntomas de los síndromes de abstinencia. La mortalidad en los casos de intoxicación solo por benzodiazepinas es rara (DL50 1.6g/Kg.). Pero, con frecuencia éstas se ingieren con otras drogas y/o alcohol (en más de 75% de los casos), potenciándose sus efectos. En un estudio multicéntrico, efectuado en 317 intoxicados agudos con carácter grave, sólo fallecieron cinco pacientes por intoxicación medicamentosa. Estando las benzodiazepinas implicadas en cuatro de ellos (en tres asociada con otros fármacos y solo en un caso como único

responsable).<sup>(28)</sup> La carbamacepina en la práctica médica se utiliza como anticonvulsivante, pero, se han descrito casos de intoxicaciones agudas voluntarias. La intoxicación por si misma no es grave, y salvo complicaciones sobreañadidas, los pacientes se recuperan a las 48 horas aún 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 del contenido gástrico. Con respecto a los efectos tóxicos relacionados con la dosis, en las intoxicaciones agudas, se van descrito casos que han sobrevivido después de la ingestión de 80 g. La mayoría de los casos fatales descritos han sido después de la ingestión de 60 g de forma aguda o bien después de la ingestión de 6 g en un paciente con un tratamiento crónico.<sup>(28)</sup>

El paracetamol o acetaminofeno posee efecto antipirético y analgésico. La dosis requerida para producir toxicidad es desconocida, pues ésta 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 dosis únicas superiores a 250 MG/Kg. de peso pero se prefiere aceptar una dosis menor para definir el riesgo de toxicidad, quedando ésta en una sola dosis de 7,5 g o más en adultos o, 140-150 MG/Kg. en niños.<sup>(28)</sup>

La intoxicación suele ocurrir dentro de distintos contextos, siendo el 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 co-ingestión de grandes dosis, no intencionadas, con fármacos opiáceos como el propoxifeno o la codeína. Otras formas de sobre dosificación son el cálculo erróneo de la dosis, excesiva automedicación por parte del enfermo, el uso de fórmulas de adultos para niños u otros errores en el reconocimiento de las

distintas formas de presentación del medicamento o, incluso, la adulteración del producto<sup>(27)</sup>.

Los valores culturales y las políticas sociales influyen también en las preferencias por los métodos de suicidio. En diferentes sociedades agrarias, los plaguicidas se pueden conseguir fácilmente y constituyen el método más popular de suicidio. Así ha sido reportado en áreas rurales.

Uno, de los plaguicidas más peligrosos 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 gramos. Es un producto muy tóxico y la dosis letal media para seres humanos es de 20 MG/Kg. de peso. En Nicaragua la morbilidad por esta sustancia es de 4/100.000; la mortalidad entre, 1-2/100.000 y la letalidad entre el 30 y 45%. Es utilizado en la mayoría de las veces para intento de suicidio<sup>(28)</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., la incidencia es de 4/100.000 y la letalidad de 16%. La forma principal de intoxicación es la intencional.

Los Órgano fosforados se utilizan como insecticidas, nematicidas, herbicidas, fungicidas y en la industria. Es liposoluble y la presentación varía del 20 al 70% de principio activo. La dosis letal varía de acuerdo al tipo de producto, pero en general son de alta toxicidad (DL50 0-50 MG/Kg.) y moderada toxicidad (DL50 50-500 MG/Kg.). En Nicaragua la morbilidad es de 9.6/100.000, la mortalidad es de 1/100.000 y la letalidad es del 8%<sup>(28)</sup>

### **Evaluación y diagnóstico**

Desgraciadamente, muchos de los pacientes psiquiátricos que han realizado un acto suicida, nunca han recibido ayuda profesional o están insuficientemente tratados<sup>(29)</sup>.

Estudios de autopsias psicológicas, aparte de revelar la alta prevalencia de patología psiquiátrica en las conductas suicidas, reflejan que muchos pacientes no suelen verbalizar sus intenciones, a no ser que se les pregunte directamente. Muchas veces, la única pista que los clínicos podemos tener, es el hecho de que los pacientes aparezcan por nuestra consulta.<sup>(29)</sup> Después, proceder a interrogarle de forma ordenada desde lo más general a lo más específico. Se han de fijar 3 objetivos<sup>(29)</sup>: conocer la existencia de patología psiquiátrica mediante la exploración psicopatológica (depresión, psicosis o hábitos tóxicos) o médica, susceptibles de tratamiento; conocer las circunstancias y motivaciones de la conducta suicida (factores estresantes o acontecimientos vitales) y evaluar los factores de riesgo/protección para suicidio a corto y largo plazo. Estos factores han sido referidos con cierto detalle en el apartado anterior, y en la tabla 1 se recogen los factores más importantes y que siempre deberán ser evaluados.<sup>(29)</sup>

### **Prevención y tratamiento**

Después de una adecuada valoración del paciente, habrá que determinar si es necesario realizar el tratamiento en régimen de ingreso o ambulatorio. En el caso de que se decida ambulatorio, necesitaremos un acuerdo tanto con la familia, para realizar una estrecha supervisión, como con el paciente para que solicite ayuda en el caso de no poder controlar sus ideas e impulsos autolíticos. A cambio ofreceremos la posibilidad de una atención permanente, en caso de necesidad (Servicios de Urgencias). Cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio por falta de apoyo socio familiar, alta impulsividad, intentos previos, plan estructurado y con elevada letalidad o síntomas psicóticos, entonces es necesario un ingreso

psiquiátrico <sup>(30)</sup>. Tanto a nivel ambulatorio, como de ingreso, el tratamiento se compone de un abordaje farmacológico y psicológico (aplicación de técnicas psicoterápicas).

### Medicación

Antidepresivos. Para procesos depresivos o presencia de trastornos de ansiedad. Hay evidencias para recomendar antidepresivos más sedantes y con mayor poder serotoninérgico, en el caso de depresiones con riesgo autolítico en las fases agudas. <sup>(30)</sup> En general, existe cierto miedo a prescribir fármacos con mayor poder tóxico en el caso de sobredosificación. Sin embargo, no se ha encontrado ninguna ventaja, a la hora de recomendar antidepresivos más inocuos, por ser menos eficaces. Ansiolíticos. Para reducir los niveles de ansiedad, de cualquier patología psiquiátrica. Terapia Electro Convulsiva (TEC). La TEC, es un tratamiento rápido y eficaz para prevenir el riesgo autolítico en los trastornos depresivos muy graves con síntomas de melancolía. Litio. Las sales de litio, aparte de usarse como estabilizador del ánimo, tiene un efecto antidepresivo y reduce el riesgo de suicidio (13,30). Esta acción anti suicida, puede estar mediada por sus marcadas propiedades serotoninérgicas y antiimpulsivas. Se ha visto que también hay un descenso del riesgo autolítico incluso en pacientes cuyo trastorno afectivo, no responde al litio. <sup>(30)</sup>

### **Técnicas psicoterapéuticas**

Se aplican siempre en combinación con los anteriores. Habrá que ser claro y sincero con el paciente, intentar explicar en qué consiste su enfermedad y darle esperanzas a cerca de la existencia de tratamiento y de la remisión de los síntomas. Se puede decir que no hay una psicoterapia específica, aunque las más utilizadas son las psicoterapias individuales de orientación dinámica dirigidas a trabajar las motivaciones psicológicas conscientes o inconscientes del paciente

suicida y las psicoterapias cognitivas en las que se trabaja la desesperanza, las creencias erróneas o esquemas negativos, la visión dicotómica de las cosas que tienen muchos pacientes con ideas autolíticas y la dificultad para resolver los problemas de relación de gran carga emocional.<sup>(31,32)</sup>

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

**Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal retrospectivo.

### **Área de estudio y periodo del estudio:**

El estudio se llevo a cabo en el departamento de Nueva Segovia que costa de doce municipios (Ocotal, Mozonte, San Fernando, Ciudad Antigua, Jalapa, Jícaro, Quilali, Wiwili de Nueva Segovia, Santa María, Macuelizo, Dipilto, Murra) en paciente que cometieron intento de suicidio en el periodo comprendido de Enero 2010 – Diciembre 2011.

**Población de estudio:** Está constituida por 178 pacientes con el diagnostico de intento de suicidio que se reportaron al SILAIS de nueva Segovia de 10 años a más, en el periodo comprendido de Enero del 2010 - Diciembre del 2011.

**Muestra:** está representada por la misma población de estudio 178 pacientes que hicieron intento de suicidio a los que se les lleno sus fichas y los que no se les llenaron a partir del expediente de atención.

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes entre 10 a más años que cometieron intento de suicidio y en el periodo estimado.
- Intento de suicidio que están reportados en el sistema vigilancia a nivel del Silais de Nueva Segovia con sus respectivas fichas.

### **Fuente de información:**

Fuente secundaria: se obtuvo de libros, revistas, reportes, estudios realizados respecto al tema.

Para la recolección de datos: se obtuvo a partir de la revisión de fichas de epidemiología de intentos de suicidio suministradas por la sala de vigilancia del Hospital Alfonso Moncada Guillen de Ocotál.

Método: se utilizó una ficha estructurada y establecida por el SILAIS Nueva Segovia la cual es utilizada para este tipo de pacientes. Esta ficha tiene los siguientes acápite: 1-Datos Generales, 2-manifestaciones orgánicas y psíquicas referidas por el paciente en los días anteriores al suceso, 3-tipo de atención brindada, 4-uso de sustancias psicoactivas, 5-porque intento suicidarse, 6-métodos de intento, 7 -condición de egreso.

**Manejo y análisis de los datos:** El manejo y análisis de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico Epi Info. Versión 3.5.3 realizando cruces de variables, frecuencia y asociación de los mismos. Los datos fueron presentados en tablas, y gráficos.

**Consideraciones Éticas:** Esta propuesta fue sometida a la sub-dirección docente del Hospital Alfonso Moncada Guillen de la ciudad de Ocotál del departamento de Nueva Segovia, como también al director del SILAIS del departamento se le explicó los objetivos de la investigación, las ventajas y desventajas de participar y se le solicitó consentimiento para utilizar las fichas que se llenan en las unidades de salud de dichos municipios. Se les explicó que la información será manejada con sumo cuidado y con ética profesional y que sus nombres no serían reflejados en el informe final. El principal investigador no tuvo contacto con el paciente sin embargo los resultados serán presentados a las autoridades correspondientes.

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

Variables	Concepto	Escala / valor
Edad	Tiempo transcurrido, años cumplidos desde el nacimiento a la fecha de la entrevista.	10-14 35-39 15-19 40-44 20-24 45-49 25-29 50 a mas 30-34
Sexo	Diferencias físicas y constitutivas del hombre y mujer.	Masculino Femenino
Procedencia	Urbano procedente de la ciudad Rural procedente del campo.	Urbano Rural
Escolaridad	Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio, universidad...	Analfabeta Primaria Secundaria

<p>Ocupación</p>	<p>A que se dedica actualmente y/o en que trabaja.</p>	<p>Universitaria</p> <p>Empleado</p> <p>Desempleado</p> <p>Estudiante</p> <p>Enfermo</p> <p>Ama de casa</p>
<p>Estado Civil</p>	<p>Condición de un individuo en lo que toca a su relación con la sociedad.</p>	<p>Soltera/o</p> <p>Divorciado</p> <p>Separado</p> <p>Unión estable</p>
<p>Religión</p>	<p>Culto que sé atributa a la divinidad.</p>	<p>Ninguna</p>

Día	Periodo de 24 horas/dais de la semana	<p>Lunes</p> <p>Martes</p> <p>Miércoles</p> <p>Jueves</p> <p>Viernes</p> <p>Sábado</p> <p>Domingo</p>
Mes	Cada una de las 12 partes del año	<p>Enero</p> <p>Febrero</p> <p>Marzo</p> <p>Abril</p> <p>Mayo</p> <p>Junio</p> <p>Julio</p> <p>Agosto</p> <p>Septiembre</p> <p>Octubre</p>

		<p>Noviembre</p> <p>Diciembre</p>
Lugar de ocurrencia	Sitio donde la persona intento suicidarse.	<p>Casa</p> <p><i>Trabajo</i></p> <p>Calle</p> <p>otros</p>
Método	<p>Método es una palabra que proviene del término griego <i>methodos</i> (“camino” o “vía”) y que se refiere al medio utilizado para llegar a un fin</p>	<p>Ahogamiento</p> <p>Lanzándose o provocando accidente</p> <p>Saltando</p> <p>Quemándose</p> <p>Objetos corto punzantes</p> <p>Alcohol</p> <p>Sustancias psicotrópicas</p> <p>Plaguicidas</p>

		Arma de fuego Fármacos
Abuso sexual	El abuso sexual comprende cualquier forma de contacto sexual con fuerza o intimidación, cuando la persona se halle privada de razón o sentido, o sea menor de 12 Años	Si No

## RESULTADOS

En la tabla No. 1 muestra que el intento de suicidio es más común en mujeres de 15- 19 (50%) y en hombres 20-24 con el (26.3%) y de 25-29 (25%).

Tabla N0. 1 edad y sexo. Nueva Segovia 2010-2011.

SEXO						
EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
10 -14	11	10.8	5	6.6	16	17.4
15 – 19	51	50	17	22.4	68	72.4
20 – 24	21	20.6	20	26.3	41	46.9
25 – 29	10	9.8	19	25	29	34.8
30 – 34	5	4.9	8	10.5	13	15.4
35 – 39	2	2	3	3.9	5	5.9
40 – 44	2	2	0	0	2	2
>50	0	0	3	3.9	3	3.9
TOTAL	102	100	76	100		

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

En la tabla N0. 2; se observa que el intento de suicidio es más común en hombres agricultores 60.5% y en mujeres amas de casa con 56.9%.

Tabla N0. 2. Sexo- ocupación. Nueva Segovia 2010-2011.

OCUPACION	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
agricultor	0	0	46	60.5	46	60.5
ama de casa	58	56.9	0	0	58	56.9
domestica	1	1	0	0	1	1
estudiante	28	27.5	11	14.5	39	49
ninguna	10	9.8	7	9.2	17	19
otros	5	4.9	12	15.8	17	20.7
TOTAL	102	100	76	100		

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia

En la tabla N0. 3; en relación a sexo y escolaridad el IS fue más común en los hombres que tienen primaria incompleta 44.7% y en mujeres con 34.3%.

Tabla N0.3 relación sexo y escolaridad. Nueva Segovia. 2010-2011.

ESCOLARIDAD	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
alfabetizado	4	3.9	1	1.3	5	5.2
analfabeta	5	4.9	12	15.8	17	20.7
primaria completa	17	16.7	12	15.8	29	32.5
<b>primaria incompleta</b>	<b>35</b>	<b>34.3</b>	<b>34</b>	<b>44.7</b>	<b>69</b>	<b>79</b>
secundaria completa	8	7.8	0	0	8	7.8
secundaria incompleta	30	29.4	17	22.4	47	51.8
técnica / universitaria	3	2.9	0	0	3	2.9
TOTAL	102	100	76	100		

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

La tabla N0 4; en relación a sexo y religión, se observa que los hombres católico tiene el 63.2% de los intentos seguido de las mujeres con un 49.0%.

Tabla N0 4 relación sexo- religión. Nueva Segovia. 2010-2011.

SEXO						
RELIGION	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
católico	50	49	48	63.2	98	112
evangélico	30	29.4	11	14.5	41	43.9
ninguna	21	20.6	17	22.4	38	43
otras	1	1	0	0	1	1
TOTAL	102	100	76	100	178	

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

En la tabla N0 5. El sexo y estado civil se encontró que 43.0% de los hombres eran acompañados y el 52.00 % mujeres.

SEXO						
ESTADO CIVIL	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
acompañado	53	52	33	43.4	86	86.8
casado	8	7.8	5	6.6	13	14.4
infante	1	1.3	1	1.3	2	2.6
soltero	39	38.2	37	48.7	86	86.9
viudo/a	1	1.3	1	1.3	2	2.6
TOTAL	102	100	76	100	178	

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia

En la tabla N0 6. En cuanto a la procedencia la mayoría en ambos sexo es de zona rural.

Tabla N0 6. Relación sexo- procedencia. Nueva Segovia. 2010-2011.

SEXO						
PROCEDENCIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Urbano	27	26.5	13	17,1		
Rural	75	73.5	63	89.2		
TOTAL	102	100	76	100	178	

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia

En la tabla N0 7. También, se encontró en relación a sexo y manifestaciones clínica que las mujeres presentaron más tristeza (65.7%) en relación a los hombres con un 55.3%. En cuanto a la dificultad para dormir el 32.4% de las mujeres presentaron dificultad para dormir y el 28.9% de los hombres. Por otra parte, la pérdida de peso el 16.7% de las mujeres fue positivo seguido 7.9% de los hombres. Bajo rendimiento académico fue reportado el 12.7% de las mujeres y un 5.3% de los hombres. Mientras la irregularidad menstrual estuvo presente en el 11.8% de las mujeres. Los sentimientos de culpa y vergüenza estuvo presente en el 20.6% de las mujeres y el 13.2% de los hombres. Y perdida del interés en el 36.3% de las mujeres y el 32.9% de los varones. Por otra parte, el sentimiento de inutilidad fue mayor en mujeres (27.5%) y 23.7% de varones y finalmente las alucinaciones auditivas fue mayor en hombres. (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Relación sexo y manifestaciones clínicas. Nueva Segovia. 2010-2011

Manifestaciones orgánicas/psíquicas	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tristeza						
Si	67	65.7	42	55.3	109	121
No	35	34.3	34	46.7	69	81.0
Dificultad p/dormir						
Si	33	32.4	22	28.9	55	61.3
No	66	67.6	59	71.1	125	138
Perdida d/peso						
Si	17	16.7	6	7.90	23	24.6
No	85	83.3	70	92.1	155	175
Bajo rendimiento académico						
Si	13	12.7	4	5.30	17	18.0
No	74	72.5	45	59.2	119	131
Na+	15	14.7	27	35.5	42	50.2
TOTAL	102	100	76	100	178	

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia

+NA: no aplica.

Continuación tabla N0. 7. Manifestaciones orgánicas/ psíquicas.

SEXO						
Manifestaciones orgánicas/psíquicas	femenino		masculino		total	
	N	%	N	%	N	%
Irregularidad menstrual						
SI	12	11.8	0	0	12	11.8
NO	90	88.2	5	66	95	154.2
No aplica	0	0	71	93.4	71	93.4
Sentimiento d/culpa/vergüenza						
SI	21	20.6	10	13.2	31	33.8
NO	81	79.4	66	86.8	147	166.2
Perdida d/interés						
SI	37	36.3	25	32.9	62	69.2
NO	65	63.7	51	67.1	116	130.8
Sentimiento d/inutilidad						
SI	28	27.5	18	23.7	46	51.2
NO	74	72.5	58	76.3	132	148.8
Alucinaciones auditivas						
SI	5	4.9	4	5.3	9	10.2
NO	97	95.1	72	94.7	169	189.8
TOTAL	102	100	76	100		

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia

La relación del sexo con el abuso sexual se encontró que el 18.6% de las mujeres dijeron haber tenido abuso sexual y el 1.3% de los hombres. (Ver tabla no. 8)

Tabla 8. El sexo y abuso sexual. Nueva Segovia. 2010-2011.

Sexo						
Abuso sexual	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Si	19	18.6	1	1.30	20	19.9
No	83	81.4	75	98.7	158	180
Total	102	100	76	100	178	100

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

En cuanto a la asistencia médica y sexo se observa que el 15.7% de las mujeres recibieron asistencia médica y el 9.2% de los varones. La asistencia fue recibida por otros, pero no especifican cuales. El tipo de ayuda recibida fue consejería en las mujeres (12.7%) y el 9.2% en varones. Pero más del 80% no recibió ayuda.

Tabla 9. Asistencia médica-tipo de ayuda en intentos de suicidios. Nueva Segovia. 2010-2011.

Asistencia Medica	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	16	15.7	7	9.20	23	24.9
No	86	84.3	69	90.8	155	17.5
Total	102	100	76	100	178	100
Persona q/brindo atención						
Psiquiatra	2	1.90	1	1.30	3	3.20
Medico	15	14.7	4	5.20	19	19.9
Enfermera	1	0.90	1	1.30	2	2.20
Psicólogo	1	0.90	0	0.00	1	0.90
Otros	83	81.3	70	92.1	153	17.3
Total	102	100	76	100	178	100
Tipo d/ayuda						
Consejería	13	12.7	7	9.20	20	21.9
Fármacos	4	3.90	2	2.60	6	6.50
Referencia	1	1	0	0	1	1
Ninguna	84	82.4	67	88.2	151	17.0
Total	102	100	76	100	178	100

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

El consumo de sustancia fue positiva en el 40.8% de los hombres. La droga más consumida fue alcohol con 35.5% y marihuana en 9.2% de los hombres. Mientras en las mujeres la sustancia más común fue alcohol con 3.9% y marihuana 2.9%

respectivamente. El 46% de los hombres dijo estar ebrio al momento del IS y 6.9% de las mujeres.

Tabla 10. Uso de sustancias psicoactivas- intento de suicidio. Nueva Segovia. 2010-2011.

Uso de sustancias Psicoactivas	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	8	7.80	31	40.8	39	48.6
No	94	92.2	45	59.2	139	15.1
Total	102	100	76	100	178	100
Tipo de drogas						
Alcohol	4	3.90	27	35.5	31	39.4
Marihuana	3	2.90	7	9.20	10	12.1
Crack	0	0.00	1	1.30	1	1.30
Otros	3	2.90	1	1.30	1	1.30
Ninguna	92	90.2	40	52.6	132	14.2
Total	102	100	76	100	178	100
Estado ebriedad						
Si	7	6.90	35	46.1	42	53.0
No	95	93.1	41	53.9	136	14.7
Total	102	100	76	100	178	100

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia

Un 28.4% de las mujeres tenían antecedentes previos de Intentos de Suicidios y un 27.6% de los varones (tabla 11).

Tabla 11. Antecedentes de intentos de suicidios. Nueva Segovia.2010-2011.

Sexo							
Antecedentes de suicidio	Femenino		Masculino		Total		
	n	%	N	%	N	%	
Si	29	28.4	21	27.6	50	56.0	
No	73	71.6	55	72.40	128	14.4	
Total	102	100	76	100	178	100	

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

Los conflictos de pareja, el 53.9% de las mujeres fue positivo, el sentimiento de soledad estaba presente en más mujeres, además estuvo más común los conflictos familiares, los problemas económicos, el rechazo, infidelidad. Mientras el aislamiento social fue más común en hombres. Los síntomas depresivos fue más común en mujeres (41.2%) y el problemas de identidad. Otras manifestaciones fueron en menor porcentaje (ver tabla No. 12)

Tabla 12. Factores facilitadores/predisponentes de intentos de suicidios. Nueva Segovia. 2010-2011.

SEXO						
CONFLICTO DE PAREJA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
si	55	53.9	33	43.4	88	97.3
no	45	44.1	39	51.3	84	95.4
No aplica	2	2	4	5.3	6	7.3
soledad						
si	28	27.5	13	17.1	41	44.6
no	78	72.5	63	82.9	141	155
conflicto familiar						
si	50	49	31	40.8	81	89.8
no	52	51	45	59.2	97	110
problemas económicos						
si	20	19.6	14	18.4	34	37.8
no	82	80.4	62	81.6	144	162
rechazo						
si	30	29,4	16	21.1	46	50.5
no	72	70.6	60	78.9	132	149
total	102	100	76	100		

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

Continuación tablaN0. 12. Manifestaciones – intento de suicidios.

Manifestaciones orgánicas/psíquicas	SEXO					
	femenino		masculino		total	
	N	%	N	%	N	%
infidelidad						
si	43	42.2	17	22.4	60	64.6
no	59	57.8	59	77.6	118	135
aislamiento social						
si	4	3.9	4	5.3	8	9.2
no	98	96.1	72	94.7	170	190
trastornos mentales						
si	1	1	1	1,3	2	2.3
no	101	99	75	98.7	176	197
Fase post Hospitalaria						
Si	2	2	0	0	2	2
No	100	98	76	100	176	19.8
Problema d/identidad						
Si	2	2.00	1	1.30	3	3.30
No	100	98.0	75	98.7	175	19.6
Total	102	100	76	100	178	100

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia

Continuación tabla N0 12. Manifestaciones –intentos de suicidios.

Depresión	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	42	41.2	23	30.3	65	71.5
No	60	58.8	53	69.7	113	12.8
Enfermedad terminal						
Si	1	1.00	1	1.30	2	2.30
No	101	99.0	75	98.7	176	19.6
Enfermedad crónica						
Si	1	1.00	2	2.60	3	3.60
No	101	99.0	74	97.4	175	19.6
Cambio domiciliar						
Si	1	1.00	0	0.00	1	1.00
No	101	99	76	100	177	19.9
Aislamiento social						
Si	19	18.6	1	1.30	20	19.9
No	83	81.9	75	98.7	158	18.0
Total	102	100	76	100	178	100
Preferencia sexual						
Si	2	2.00	2	2.60	4	4.60
No	100	98.0	74	97.4	174	19.5
Total	102	100	76	100	178	100

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia

En cuanto a los métodos y sexo. Se encontró que los plaguicidas en los varones fue el 61.8% y las mujeres el 37.3%. Luego el fármaco fue más común en mujeres con 32.4% y 13.2% de varones. (Ver tabla no 13)

Tabla 13. Métodos utilizados-intentos de suicidios. Nueva Segovia. 2010-2011.

Método utilizado	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	N	%
Ahorcamiento	2	2.00	5	6.60	7	8.60
Arma blanca	16	15.7	5	6.60	21	22.3
Arma de fuego	0	0.00	1	1.30	1	1.30
Fármaco	33	32.4	10	13.2	43	45.6
<b>Plaguicidas</b>	<b>38</b>	<b>37.3</b>	<b>47</b>	<b>61.8</b>	<b>85</b>	<b>99.0</b>
Otra sustancia	13	12.7	8	10.5	21	23.2
Total	102	100	76	100	178	100

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

En más del 90% de en ambos sexos el método fue adquirido en el hogar. (Ver

Tabla No. 14).

Tabla 14. Sitios de adquisición de métodos-intento suicida, Nueva Segovia. 2010-2011.

Adquirió el método	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Hogar	99	97.1	70	92.1	169	18.9
Mercados	0	0.00	1	1.30	1	1.30
Pulpería	0	0.00	1	1.30	1	1.30
Otros	3	2.90	4	5.30	7	8.20
Total	102	100	76	100		

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

Además, se encontró que las mujeres dijeron que un 95.15 dijo que el método era accesible, mientras un 90.8% de los varones. (Tabla 15).

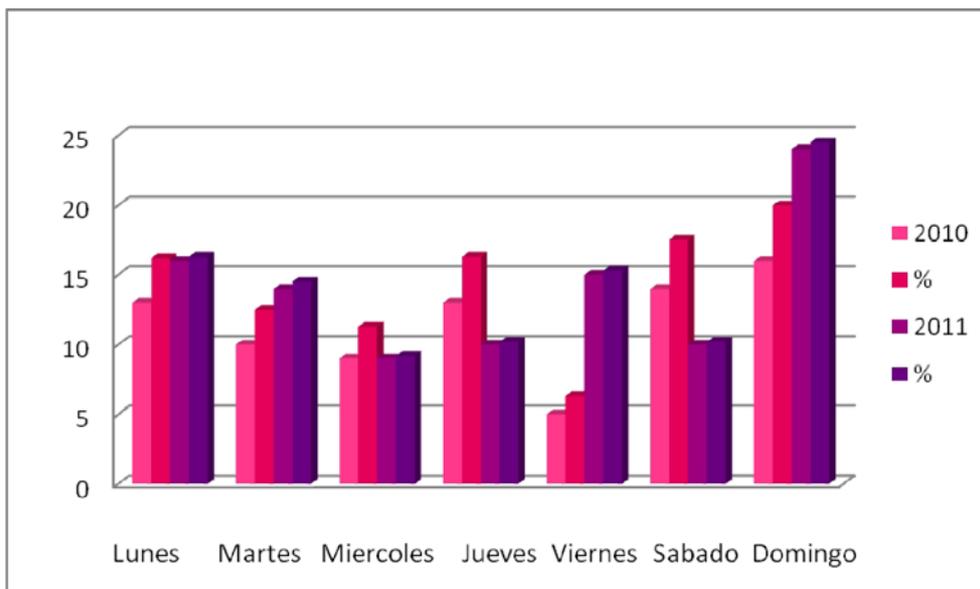
Tabla 15. Preferencia de métodos- intento de suicidio. Nueva Segovia.2010-2011.

Preferencia del método	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Accesibles	97	95.1	69	90.8	166	18.6
Bajo costo	4	3.9	1	1.30	5	5.20
Eficaz	1	1.00	4	5.30	5	5.20
Otros	0	0.00	2	2.60	2	2.60
Total	102	100	76	100	178	100

Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia

En relación a los días en los que más se presentaron eventos fueron los lunes con un 16.3 %, martes con 14.5%, jueves con 16 % y los días sábado con 17.5 % y domingo 24.5% (Ver grafico 1).

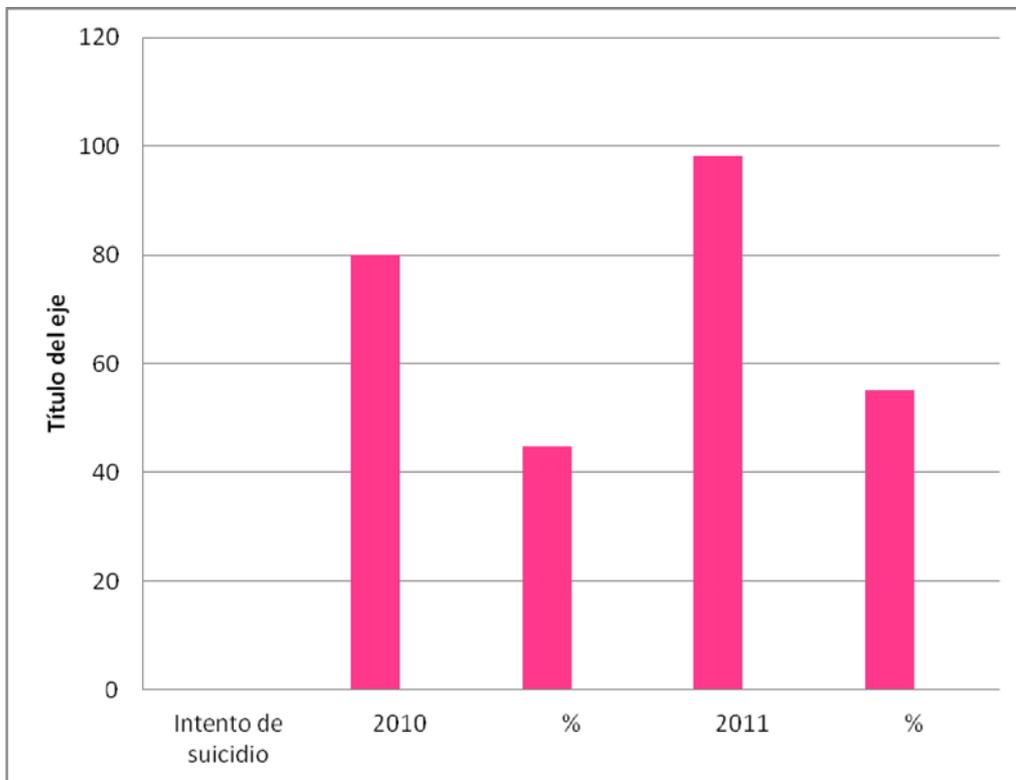
Grafico 1. Días en que se presentaron más casos



Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

En relación al año que mayor cantidad de sucesos se presentaron en el 2011 fue mayor con 51.1% en relación al 2010 con 44.9% (ver grafico 2).

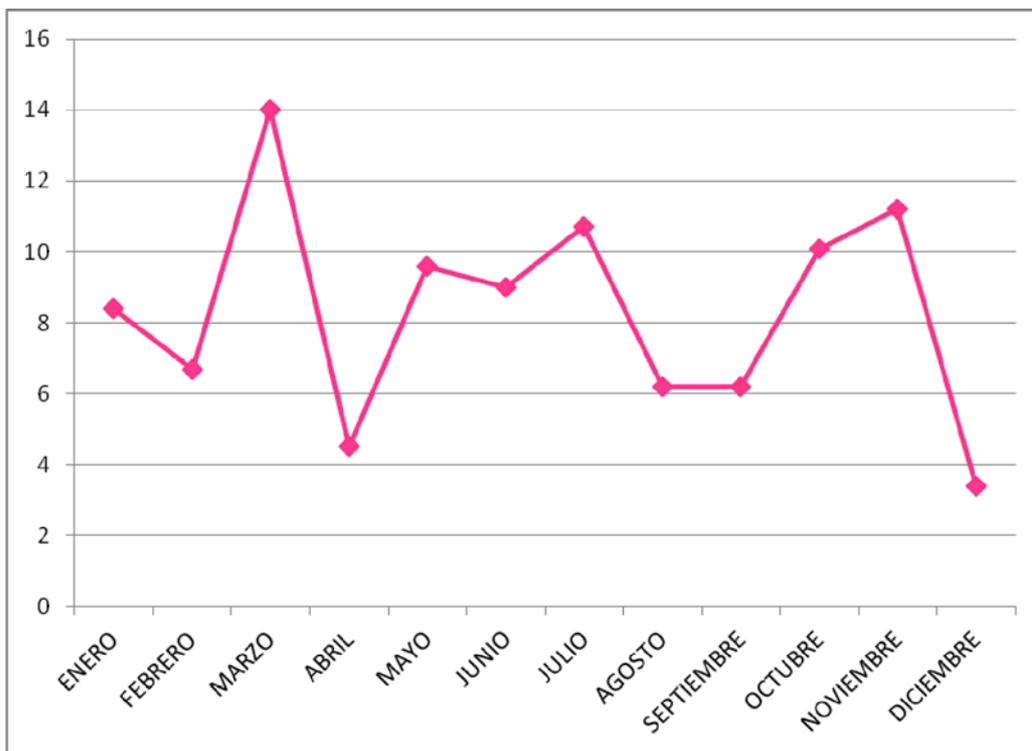
Grafico 2. Numero de sucesos por año.



Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

En relación a los meses que mayor se presentaron las incidencias tenemos que Marzo con 14%, Noviembre con 11.5%, Julio con 11% y Octubre con un 10% (ver grafico 3).

Grafico 3. Mes que más casos se presentaron.



Fuente: Ficha epidemiológica del departamento de Nueva Segovia.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se analiza la epidemiología de los intentos de suicidios en el departamento de Nueva Segovia. El grupo de edad que más intentó suicidarse en nuestro estudio, fue de 15 a 19 años con un 72.4% y más del 50% de los pacientes fluctuaron entre los 15 y 24 años; Berenzon, S., Gonzalez F., C y Medina, M., M.E (2000)<sup>36</sup> en un estudio americano de vigilancia del intento de suicidio en la emergencia de 4 hospitales generales (n=570), encontraron que el rango de edad con mayor cantidad de pacientes era el de 15 a 19 años (23%), seguido del rango entre 25 a 34 años de edad (22%)., Jorge Enrique días (2008)<sup>38</sup> en un estudio descriptivo del comportamiento del intento de suicidio encontró que el rango de 15 a 20 años era el más numeroso (31.3%), seguido del rango de 21 a 25 años (29.7%). Trinidad Caldera y Andrés Herrera.<sup>33, 34</sup> En estudio similares en la población de León encontraron grupo de edades similares. Es adecuado mencionar, que un porcentaje importante de los pacientes de nuestro estudio son adolescentes, y esta población es la más propensa a intentar suicidarse por sus características; es decir, son pacientes que frecuentemente tienen conflictos en sus relaciones interpersonales y actúan de forma impulsiva cuando enfrentan una situación estresante.

Coinciden también en este estudio que el hallazgo que el sexo femenino se intenta suicidar con más frecuencia que el sexo masculino en nuestro estudio, en un estudio nacional retrospectivo de intentos de suicidio en la emergencia de un hospital psiquiátrico de Cuba fue mayor en el sexo femenino. Torres Li-co V. et al.<sup>37</sup>

En cuanto, al perfil ocupacional los intentos fueron más común agricultores y amas de casa, sobre sale al final del estudio con mínimas diferencias con el grupo desempleada. Otros estudios muestran datos similares (Rocha Castillo et al).<sup>28</sup>

Por otra parte, el nivel académico predominante en varones y mujeres es la primaria incompleta, seguido de secundaria incompleta lo cual tiene relación directa con el grupo de edad que son jóvenes, se puede decir que el abandono de los estudios son propios de esa edad, o la desintegración familiar, pudiesen estar desarrollando sentimientos de desesperanza. Datos similares a los encontrados por Rodríguez, Jorge. Et al<sup>1</sup>. Encontró 62.1% de suicidas con educación secundaria, al igual que Jorge Enrique días (2008)<sup>38</sup> encontraron cifras elevadas de educación primaria (37.6% y 48.4% respectivamente).

Además, la mayoría de los entrevistados pertenecían a la religión católica y evangélica, coincidiendo con estudios realizados en la ciudad de León<sup>(28)</sup>. Esto merece particular atención. Dado que la religión ha sido demostrado que actúa como mecanismo de protección. Como se ha demostrado en muchos estudios esta variable tiene un efecto protector.

Una explicación posible puede ser que la iglesia católica está perdiendo adeptos, esto ha sido mostrado en un estudio cualitativo hecho por la UNAN-León en el 2001 encontró que de cada 8 entrevistas a profundidad de intentos de suicidios con adolescentes al menos 2 habían cambiado recientemente de religión católica a evangélica y según los resultados de las entrevistas la mayoría de los que

habían cambiado de religión experimentaban sentimientos de culpa.<sup>(28)</sup> La

religión es un hecho muy particular en Nicaragua que merece destacar y dar seguimiento por la proliferación de diferentes religiones donde producto de la desesperanza y la pérdida de valores la gente está buscando refugio y apoyo. Sin embargo, al parecer la población aun no está preparada para esta transición religiosa. Según la más reciente encuesta de opinión hecha por (CD Gallup, marzo, 2005) el catolicismo está perdiendo adeptos frente a otras religiones.

El intento de suicidio es un hecho más frecuente en las personas acompañadas, solteras y lo cual coincide con los resultados del estudio, en

donde un buen porcentaje tienen la condición de separado en ambos sexos. También, la literatura muestra que las personas sin hijos y solteros tienen mayor predisposición al intento suicida (Rocha Castillo) ya que el matrimonio parece actuar como factor protector, principalmente en las mujeres.

En nuestro estudio, el 53.9% de los pacientes tuvo como motivación principal problemas de pareja, y un 49.0% fue motivado por problemas familiares. Con menos frecuencia encontramos las motivaciones de origen económico (19.6%) rechazo (29.4%) infidelidad (42.2%), depresión (41.2%) todos presentes en el sexo femenino. Delgado García, Omar I<sup>5</sup> encontraron en su estudio, que el 39.7% tuvo como motivación problemas con su pareja el 20.4% problemas familiares; el Dr. Héctor S. Basile et al., (2000) en su estudio encontraron que el 37% de sus pacientes tuvieron como motivación problemas sentimentales y el 33% problemas familiares.

Otro hallazgo importante encontrado, fue que el abuso sexual es 17 veces más común en el sexo femenino que en el sexo masculino en nuestro estudio, en comparación con países europeos muestra que haber sufrido abuso sexual es común entre personas que intentan suicidarse, especialmente entre mujeres De leo, Bille-Brahe, 2004) el abuso físico y sexual está asociado al comportamiento suicida reiterado. Se reportan que 1 de 5 hombres y 1 de 4 mujeres han tenido abuso sexual en su niñez y adolescencia. Asimismo, la UNAN León hizo un estudio en 1997 en hombres y mujeres de 25-44 años de edad, donde encontraron que el 20% de los hombres y el 26-27% de las mujeres con intentos de suicidio habían sido abusadas sexualmente alguna vez en su vida antes de los 19 años. <sup>(33)</sup>

Referente el tipo de ayuda recibida por el personal de salud se encontró que el 15.7% del sexo femenino y el 9.2% del masculino recibieron atención médica, el

cual la mayoría fueron atendidas por médicos, pero más del 81.3% y 92.1% no recibieron ningún tipo de atención, resultado similar al 40% encontrado por Delgado García, Omar I.<sup>5</sup> En el estudio realizado por HAWTON et al., (1976) en Oxford, de 141 pacientes que intentaron suicidarse, el 36% había acudido a un médico general en la semana previa y un 20% durante el mes anterior; además un 15% y 22% había acudido la semana y el mes anterior. Según, ( Caldera T., y Herrera A., 2004)<sup>34</sup> en un sistema de vigilancia de tres años en León se mostró que cerca del 50% de IS habían estado seis meses previo en un servicio de salud y no fueron detectado.

Por otra parte, el uso del alcohol y otras sustancias fue más común en comparación con otros estudios el 17.2% encontrado por Jorge Enrique días (2008)<sup>38</sup>.

La OMS registra un promedio de 33.5% de intentos previos en pacientes que intentan suicidarse, cifra muy parecida a la encontrada en nuestro estudio (56.0%). Se encontró que de los pacientes deprimidos había intentado suicidarse previamente, resultado explicable porque muchos de estos pacientes han podido estar deprimidos previamente, pudiendo haber tenido en ese lapso uno o más intentos de suicidio. Enco Torres Li-coo V, et al<sup>37</sup> encontraron que el 48.7% de sus pacientes tenía al menos un intento previo.

Alrededor del 80% de los pacientes que intentan suicidarse lo hacen por medio de una sobredosis de medicamentos (sobre todo ansiolíticos y antidepresivos) o la ingesta de venenos. Jorge Enrique (2008)<sup>38</sup>.

En los países en vías de desarrollo (como el nuestro) probablemente el método más frecuente sea la ingesta de venenos (plaguicidas, insecticidas, etc.) El 45.6% llegó por una sobredosis de fármacos (en su mayoría analgésicos y antidepresivos); el 99% ingirió plaguicidas; y un restante 23.2% por otras

sustancias. García Pérez T<sup>40</sup>. Fármacos es el método más frecuente y el más usado por las mujeres; encontró que el 64.1% de los pacientes de su estudio se intentó suicidar por sobredosis de medicamentos. DORAW et al., (1995) en un estudio de intoxicación aguda realizado en Madrid encontraron que el 58% de los pacientes se intoxicaron con medicamentos, siendo el más frecuente el grupo de las benzodiacepinas. Finalmente, encontramos una asociación estadísticamente significativa entre el método usado y el grado de instrucción, asociación no encontrada en otros estudios. En nuestro estudio se observó que la diferencia es mínima entre el uso de métodos colgado y corto punzantes en ambos sexos, en comparación con el uso de los métodos más letales, los que históricamente han sido más utilizados por hombres quienes tienen más determinación hacia un comportamiento agresivo. De acuerdo a nuestros resultados este hallazgo debe ser vigilado de forma inteligente (vigilancia epidemiológica inteligente) con el propósito de implementar medidas efectivas de prevención a nivel comunitario. Como por ejemplo restricción sobre el acceso a métodos letales.

En lo que refiere a la adquisición del método de las personas que intentan suicidarse tenemos que lo adquieren en el hogar y un 97.1% y un 92.1% tanto en mujeres como en varones, seguido de otros lugares con un 2.9% y un 5.3% respectivamente.

En cuanto al tiempo de ocurrencia los meses con más frecuencia de intento de suicidio fueron Marzo, Mayo, Julio y Noviembre, lo que se corresponde con el estudio efectuado por la UNAN León<sup>(34)</sup>. Los días de más ocurrencia fueron en orden de frecuencia Lunes, Martes y Sábado coincidiendo con lo señalado por la literatura con respecto al comportamiento cultural de las personas en los fines de semana, días de diversión con mayor consumo de alcohol o drogas

(4). Esto coincide con literatura revisada a nivel internacional (plagsalud 2001).

Durante la investigación se observó que los factores facilitadores o predisponentes que acompañaban al intento suicida es la depresión, alcoholismo, conflictos familiares y de pareja; trastornos mentales orgánicos, eran unos de los frecuentes. Por otro lado, queremos destacar que menos de  $\frac{1}{4}$  de los intentos No tenía otra patología adjunta como diagnostico. Asimismo, la UNAN León hizo un estudio en 1997 en hombres y mujeres de 25-44 años de edad, donde encontraron que el 20% de los hombres y el 26-27% de las mujeres con intentos de suicidio habían sido abusadas sexualmente alguna vez en su vida antes de los 19 años. Lo que representa el doble de severidad en relación a los hombres posiblemente por alta prevalencia de trastornos mentales en las mujeres, mas problemas relacionados a disfunción familiar y al poco acceso a los servicios de salud mental.. A esto último debe ponerse mucha atención porque estas personas con mayor severidad pueden ser potenciales candidatas a hacer suicidio en el futuro.

Por tanto, todos estos hallazgos de Nueva Segovia sugieren dar seguimiento a los intentos de suicidios a través del sistema de salud de país.

## **CONCLUSIONES.**

Hemos concluido que:

- El intento de suicidio fue más común en mujeres de 15-19 años.
- Por otra parte, entre las mujeres las manifestaciones orgánicas y psíquicas frecuentes se observa la tristeza, sentimiento de culpa y vergüenza, la inutilidad.
- El abuso sexual fue muy común en mujeres con intento de suicidio que en los hombres.
- La mayoría de los IS no recibieron la ayuda oportuna que se espera para las personas que intenta suicidarse.
- Cerca de la mitad de los hombres estaban bajo los efectos de sustancias como alcohol cuando hicieron el intento de suicidio.
- Los motivos principal del IS fueron la depresión, conflictos de pareja y familiar, problemas económicos.
- El tiempo de ocurrencia más frecuente fueron Marzo, Mayo, Julio y Noviembre. Los días de más ocurrencia fueron lunes, martes y sábado.
- El método más utilizado en la población estudiada fueron los plaguicidas por su accesibilidad y costo para intentar suicidarse.

## **RECOMENDACIONES.**

### **A Pacientes y Familiares más cercanos:**

- A la primera manifestación de intento suicida buscar apoyo psicológico.

### **A nivel del Hospital:**

- Brindar capacitación a todo el personal de salud en abordaje de pacientes con intento suicida. (protocolos y normas de atención)
- Conformar un equipo de salud mental, integrado por psicólogo, psiquiatra, trabajadores sociales, terapeuta ocupacional.
- Motivar a los docentes y estudiantes a realizar estudios investigativos sobre este tipo de problemática.
- Mejorar el llenado de la ficha epidemiológica a través de supervisión, monitoreo, evaluación del equipo de dirección del hospital y mejorar el contenido de dicha ficha.

### **A nivel de SILAIS.**

- Implementar el plan de información, educación y comunicación social que incluya la difusión de los principales factores de riesgo en los intentos de suicidio implementando el modelo de salud familiar y comunitaria(MOSAF)
- Establecer coordinación con los organismos gubernamentales y no gubernamentales, para darles a conocer de la problemática de los intentos de suicidio y sensibilizarlos para que participen en las actividades de intervención.
- Fortalecer los clubes de adolescentes y dar a conocer los signos de alarma en paciente de conducta suicida.

### **A nivel Institucional del Departamento y Municipal**

- Trabajar coordinadamente Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Cultura y Deporte, Sociedad Civil y Grupos Religiosos, para desarrollar un programa de capacitación permanente.
- Que los centros educacionales conjuntamente con las instituciones locales, encargadas de velar por los adolescentes promuevan y desarrollen programas recreativos, culturales, deportivos, que favorezcan el desarrollo personal e integral de los adolescentes.
- Reactivación de las Comisiones Locales Intersectoriales de Plaguicidas en todo el territorio y la oportuna aplicación de la ley.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

1. Rodríguez, Jorge. Et al. Epidemiología de los trastornos mentales de Latino América y el Caribe. Washington, D.C. OPS. 2009.
2. Bosuri, Víctor. Cuaderno de psiquiatría comunitaria, vol. N9. Suicidio en Centro América y República Dominicana. 1998-2008.
3. Herrera Rodriguez, Andrés. Haven and wait. Studies on suicide behavior among Young people in Nicaragua. 2004.
4. Sosa, Nidia. Salmerón, María. Factores de riesgos asociados al intento suicida en los pacientes ingresados en el departamento de medicina interna del HEODRA en el periodo comprendido de enero 1998- abril 2000.
5. Delgado García, Omar I. Factores de riesgos que conllevaron a intentos suicidas en pacientes sobrevivientes atendidos a través de la consulta externa del hospital Victoria Motta de Jinotega de enero a diciembre 2006.
6. Piura López, Julio. Introducción a la metodología de la investigación científica. 2da. Edición – Managua. Editorial el amanecer 1995.
7. Grember, Raymond. Epidemiología medica, traducción puesta al día por José Arredondo. Manual moderno. 2005.
8. Miró E. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª edición. J. C. Gastó Ferrer. Edit. Masso, 5544, 1998.
9. En: Tratado de psiquiatría tomo II. Barcia salario d. 801-819. Editorial arán. 2000. Morcillo Moreno I, Saiz Martínez, Bousoño García.

10. Kaplan ha, Sadock bj. Sinopsis de psiquiatría, 8ª edición, editorial masso 983-992; 1999.
12. 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 [citado 10 may2010]. Disponible en: [www.who.int/entity/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf).
13. The state of the Mental Health in the Europe. Commission of the European Communities. European Communities; 2004.
14. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
15. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría médica. Editorialmasson; 1997. Bobes García j, González Seijo j, Sáiz Martínez
16. Sinopsis de Psiquiatría, 8ª edición, 983- 992; 1999. Kaplan hi, Sadock bj.
17. Stengel e. Selbstmord und selbstmordversuche. Psychiatriedergewart, iii, 51. Berlin: springer, 1961.
18. Chinchilla A, Corneas J, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003.
19. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. J Clin Psychiatry. 2010; 71(8):e1-e21.

20. Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1993; 371:9-20.
21. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 1996; 26(3):237-5.
22. 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.
24. De Leo D, Bertolote JM, Lester D. Self-directed violence. En: Krug EG, eds. *World Report on violence and health.* Geneva: World Health Organization; 2002. P. 183-212.
25. Lawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet.* 2009;373(9672):1372-81.
26. World report on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [citado 18ene2010]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_chap7\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf)
27. Ministerio de salud, Nicaragua (2002); Intoxicaciones por plaguicidas y mordeduras por serpientes/ Centro Nacional de toxicología P. Ed. Managua.
28. Rocha Castillo, Ana. Tesis para optar medico y cirujano: Comportamiento Epidemiológico del Intento de Suicidio Atendidos en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello. León, Nicaragua, Enero 2000 – Diciembre 2001

29. Miró e. vallejos Ruiloba.c. Et. Al. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 3ª edición. Edit. Masson, 675-684, 2000.

30. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2006 Informe N°.: I+CS 2006/01. Suicidio y Psiquiatría.

31. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida., editors. Madrid: Triacastela; 2011.

32. Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales, editor. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Conducta suicida. 3ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2005.

33. Herrera A, et, al. (2006) Pathways to suicidal behavior among girls in Nicaragua. Soc Sci med 62(4):805-814.

34. Caldera T, Herrera A, suicide intent among parasuicide patients in Nicaragua: Asurveillance and follow-up study. 2007.

35. Olsson A, Zelaya E, Peña R, sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. 2000.

36. Berenzon, S., González F., C y Medina, M., M.E (2000). Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicidas en mujeres de comunidades urbanas pobres. Revista Mexicana de Psicología, 17(1), 55 – 63.

37. Torres Li-coo V, Josué Díaz L, Rodríguez Valdez NR, Font Darías I, Gómez Áreas MB, García CM. Aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes ingresados en el centro nacional de toxicología. Rev. Cubana Med Gen Integral [periódico en Internet] 2006 jun. [Citado 2008 sep. 11]; 35(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scilo\\_](http://scielo.sld.cu/scilo_)

38. Jorge Enrique días Valoración de la problemática del suicidio en el municipio de Cifuentes, Villa Clara, Cuba 2008

39. Herrera Andres. Sexual abuse among men and women between 25-44 years old in Leon Nicaragua. Mater Thesis Umea University, 2000.

40. García Pérez T. Caracterización del suicidio en Cuba durante el año 2000. La Habana. Nov. 2002.

# ***Anexos***

**FICHA EPIDEMIOLOGIA**

**PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO EN EL DEPARTAMENTO DE NUEVA SEGOVIA**

**DATOS GENERALES:**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ fecha del suceso: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ hora del suceso: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ no. Expediente: \_\_\_\_\_  
Dirección completa: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Está trabajando actualmente: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_  
Alguna familia se ha suicidado: \_\_\_\_\_

**MANIFESTACIONES ORGANICAS Y PSIQUICAS REFERIDAS POR EL PACIENTE:**

EN LOS DIAS ANTERIORES AL SUCESO HABIA TENIDO:

Tristeza	irregularidad menstrual
Dificultad para dormir diarias	perdida de interés por actividades diarias
Pérdida de peso	sentimiento de culpa/vergüenza
Bajo rendimiento académico	sensación de inutilidad
Alucinaciones visuales	alucinaciones auditivas
Abuso sexual: si: _____	no: _____
Recibió atención médica en los últimos 3 meses: si: _____	no: _____

Quien le brindo atención:

Psiquiatra: \_\_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_ Enfermera: \_\_\_\_\_ Psicólogo: \_\_\_\_\_

Otro especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de ayuda: consejería \_\_\_\_\_ farmacológica: \_\_\_\_\_ referencia: \_\_\_\_\_

Uso de sustancia psicoactivas

Consumo de drogas: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_

Tipo de drogas: \_\_\_\_\_

Ingesta de licor al momento del suceso: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_

Intento de suicidio previo: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ hace cuanto: \_\_\_\_\_

Porqué intento suicidarse:

Conflicto de pareja

Conflicto familiar

Problemas económicos

Rechazo

Infidelidad

Aislamiento social trastornos mentales

Abuso de drogas

Soledad

Depresión

Fase post hospitalaria

Problemas de identidad

Enfermedades terminales

Enfermedades crónicas

Cambios domiciliarios

Abuso sexual

Preferencia sexual

Otros

Método utilizado en el intento de suicidio:

Plaguicidas \_\_\_\_\_ cual: \_\_\_\_\_

Arma de fuego: \_\_\_\_\_ Arma blanca: \_\_\_\_\_

Ahorcamiento: \_\_\_\_\_ Fármaco: \_\_\_\_\_ cual: \_\_\_\_\_

Otras sustancias: \_\_\_\_\_ especifique: \_\_\_\_\_

Porque eligió ese método:

Accesibilidad: \_\_\_\_\_

Eficacia: \_\_\_\_\_

Bajo costo: \_\_\_\_\_

Donde lo adquirió:

Hogar: \_\_\_\_\_

Pulpería: \_\_\_\_\_

Mercado: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Tipo de egreso:

Alta: \_\_\_\_\_

Referido: \_\_\_\_\_

Abandono: \_\_\_\_\_

Fuga: \_\_\_\_\_ especifique: \_\_\_\_\_

Intento de suicidio: \_\_\_\_\_ suicidio: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ fecha de egreso: \_\_\_\_\_

Persona que lleno la ficha: \_\_\_\_\_