

# Boletín Informativo

## EL SUICIDIO SEGÚN VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

### CONCEPTO

- **Intento suicida:** intención de quitarse la vida, de terminar con su propia vida, de morir.
- **Pensamientos o ideas suicidas:** tener pensamientos de quitarse la vida. Estos pueden ser vagos y no persistentes.
- **Plan suicida:** alguien que ha hecho un plan concreto para quitarse la vida.



Desde el punto de vista religioso, la iglesia católica establece que “cada persona es responsable de su vida delante de Dios que se la ha dado, somos administradores y no propietarios de la vida que Dios nos ha confiado”; por tanto el suicidio ofende el amor del prójimo y es contrario al amor del DIOS vivo; el suicidio es contrario a la ley moral (7).

## El Suicidio

El concepto de conducta suicida hace referencia a un continuum de conductas, que incluye las ideas de suicidio, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, conductas que se solapan entre ella.

Cabe señalar que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) establece criterios operativos de un suicidio tales como:

- a) un acto consumado letal
- b) deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto

c) sabiendo o esperando el resultado letal

d) la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social (6).

En el aspecto legal el código penal nicaragüense considera al suicidio como un delito, si solo si se comprueba participación de terceros, y dice “Quien induzca a otro al suicidio y/o coopere con actos necesarios y directos al suicidio de otro; será sancionado con pena de 2 a 6 años de prisión” (Art. 142) (8).

## A NIVEL MUNDIAL

Según información dispuesta por la Organización Mundial Salud (OMS):

1. Se estima un aumento del 60% en la tasa de suicidio en los últimos 45 años y se espera que para el 2020 tenga una carga de morbilidad del 2.4% (1).
2. Cada 40 segundos se suicida una persona, para un total de un millón de suicidios anual (16 por 100,00 habitantes) (3).
3. Una persona de cada 20 intentara suicidarse al menos una vez en su vida (3).
4. Se registran 20 millones de intentos de suicidios en un año (3).
5. El suicidio es la segunda causa de muerte en el mundo dentro de los adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y 19 años (3).
6. Hay 3 veces más de suicidios en hombres que en mujeres, pero hay tres veces más de intentos de suicidio en las mujeres (3).
7. La tasa de suicidio más elevada se da en los países de Europa del Este (Lituana, Rusia) (3).
8. La tasa de suicidio más baja se registra en América Central y Suramérica (3).

## EN LA REGIÓN

Las enfermedades por trastornos neuropsiquiátricos representan el 22% de la carga total de enfermedades. En toda la región sobresalen como causa de consulta médica la depresión, la ansiedad, el alcoholismo y el abuso de sustancias.

En Centroamérica menos del 2% del presupuesto de salud se dedica a la salud mental (4).

## ESTADO DE SITUACION EN NICARAGUA

### SUICIDIOS CONSUMADOS

En el período 1997 al 2012 fallecieron 5,673 personas por Lesiones autoinflingidos intencionalmente (clasificación CIE10: X60-X84); siendo el **2010 el año con mayor número de decesos**.

Proporcionalmente, **de cada 100 defunciones totales registradas en el país, 2 son por lesiones auto infligidas intencionalmente (5)**.

Cabe señalar que de cada 10 defunciones por suicidios, 8 son del ámbito urbano y 2 del rural.

El 64% de los suicidios en el país, se concentran en cinco SILAIS, siendo estos:

» 26% en Managua, 93.5% con residencia urbana, 77.1% masculino (5).

» 13% en Matagalpa, 78.4% con residencia urbana, 74.2% masculino (5).

» 11% en Chinandega, 8.4% con residencia urbana, 67.7% masculino (5).

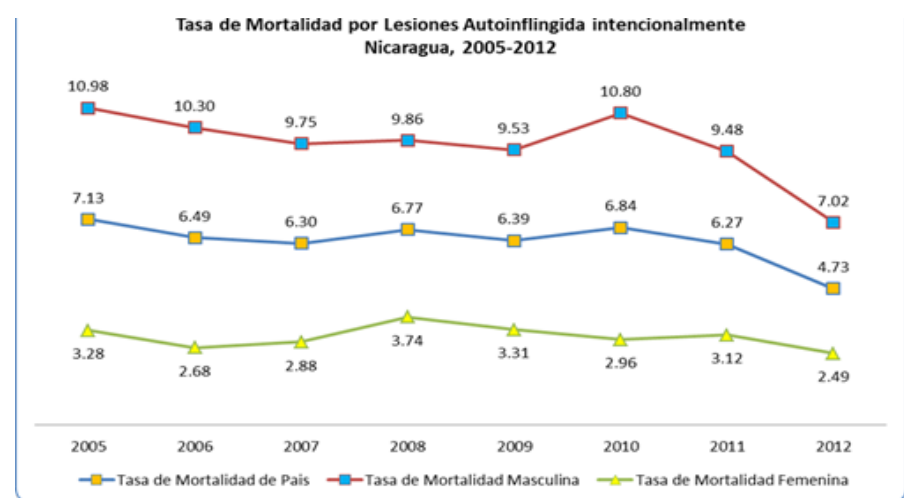
» 8% en León, 79.4% con residencia urbana, 72.2% masculino (5).

» 6% en Jinotega, 74.2% con residencia urbana, 74.8% masculino (5)

En lo que respecta a la tasa de mortalidad, esta es mayor en hombres.

La proporción de mortalidad de hombres con respecto a mujeres es de 3:1 en el 2012.

Ilustración 1. Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingido intencionalmente



A nivel nacional, la edad mediana de los suicidios es de 26 años, mientras que por zona geográfica rural es 27 y en la zona urbana 26. En los suicidas del sexo masculino, la edad media es 32 años, la mediana 28 y la moda 22; mientras que en los del sexo femenino la edad media es 25, la mediana 21 y la moda 17 años (5).

Al realizar la estratificación de la mortalidad de los suicidios según grupos quinquenales de edad se observa:

1. Tasa de mortalidad en grupo de edad de 10 a 14 años ha incrementado de 2.47 (en 2005) a 2.71 (en 2011) por 100,000 habitantes (5). Cabe señalar que en este grupo de edad, hay inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del suicidio y no se tiene consciencia que es un hecho irreversible.
2. Tasa de mortalidad en grupo de edad de 50 a 54 años ha incrementado de 4.9 (en 2005) a 5.52 (en 2011) por 100,000 habitantes (5).

Los datos procesados, evidencian que de cada 100 defunciones registradas por suicidios, según el **lugar de fallecimiento**: 54% fallecen en la unidad de salud, 33% fallecen en el domicilio, 12% fallecen en otros lugares (fuera del entorno domiciliario) y 0.3% se desconoce (5).

Cabe señalar que al fallecer más en las unidades hospitalarias evidencian que los

servicios de emergencia son el primer sitio donde los familiares llevan a las personas con intento de suicidio. Esto demanda del sistema de salud de suministros que pueden exceder de la planificación regular, uso de quirófanos por servicio no programado; lo que genera además del costo social y económico familiar, la carga al sistema de salud.

De acuerdo a **nivel educativo**: El 37% presentaban nivel educativo universitario, 11.80% presentaba nivel educativo primaria y secundaria no culminada, 2.70% presentaba nivel educativo primaria y secundaria culminada y 49% no presentaba información alguna. Llama la atención de que 37 de cada 100 suicidas tienen un mayor nivel educativo lo que suele implicar mayores niveles de información, conocimiento teórico y científico, comprensión del mundo y conciencia local; que por un lado puede y suele ser fuente de satisfacción y realización personal, por otro lado es fuente de ansiedad y de conflicto (5).

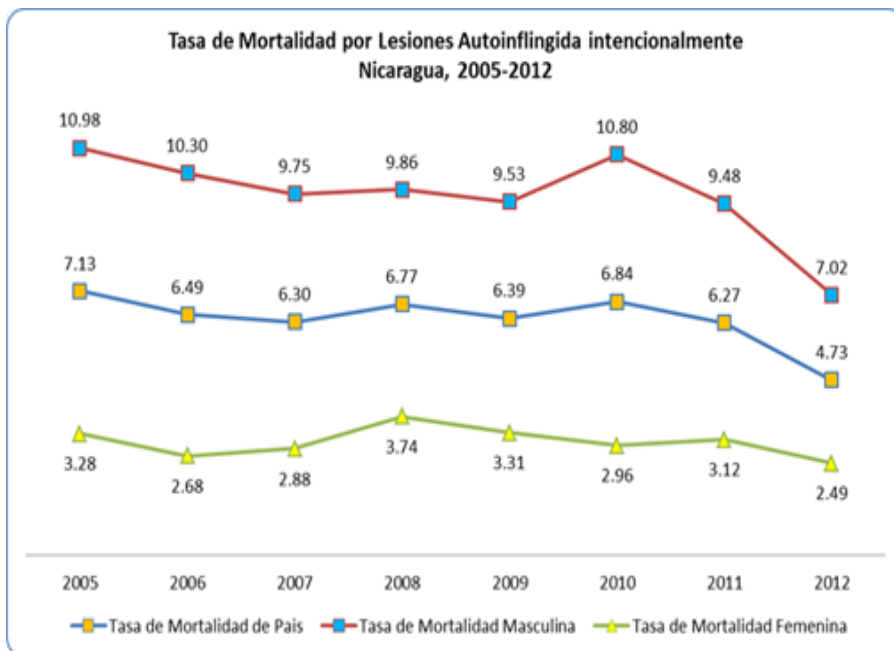
En general, el 63.5% de las personas registradas como defunciones por suicidios presentaban **estado civil** casado y 30% acompañado. En las mujeres se hallaron diferencias significativas en el riesgo de suicidio según el estado civil, en el caso de las casadas fue del 56%, mientras que en las acompañadas del 38%. En cambio, la soltería en mujeres fue un factor aparente de protección.

La interacción entre la **edad, sexo y el estado civil** de los individuos resultó significativa. Los hombres jóvenes y solteros de 15 a 34 años presentaron el riesgo menos elevado de suicidio (1.6%) mientras que en este mismo grupo de edad y con estado civil acompañado este riesgo sube a 68.3%; esto se debería a las características de socialización de los hombres que generalmente presentan dificultades para expresar las emociones (5).

De los suicidios consumados, al 61,4% se les brindó **atención médica**. Los casos cuyo método suicidio fue contundencia por objetos recibió menor atención médica (0.1%) siendo mayor la atención en los casos de suicidios cuyo método fue el uso de veneno (79%) (5).

De los casos de suicidios en donde se empleó el método por Intoxicación, se identifica que el 98.94% fue por las siguientes causas: 55.20% por uso de plaguicidas, 40.17% por otros productos químicos, 2.96% por otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas y 0.61% por drogas antiepilépticas; sedantes; hipnóticas; antiparkinsonianas y psicotrópicas. El método de Arma de Fuego, es de mayor uso conforme aumenta la edad de la persona, de 4.1% en edad de 15 a 34 años, pasa a 9.7% en grupo de edad de 50 años y más (5).

Ilustración 2. Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente según grupo de edad



# Intentos de Suicidios

De acuerdo a los registros de la vigilancia epidemiológica, **del primero de marzo al 4 de abril del 2015**, se reportan **69 intentos de suicidios** (2):

- De los eventos notificados, 12% fueron suicidios consumados y 71% intentos de suicidios.
- Cada día se realizan 2 intentos de suicidios que ingresan a los servicios de salud.
- El 51% de las personas que intentan suicidarse son del sexo Masculino. En los suicidios consumados el comportamiento es igual en ambos sexos (50%).
- El 42% de las personas con intentos de suicidio son en edad adolescente.
- El 77% de los intentos de suicidios son en los SILAIS de Matagalpa (29%), Jinotega (20%), Chinandega (7%) y Las Minas (7%).
- Los municipios de Mulukuku, Jinotega, Matagalpa, La Dalia y Matiguas, son los que presentan mayor número de intento de suicidios.
- El 71% de las personas, procedían de comunidades rurales.
- Los plaguicidas empleados en el intento de suicidio son: 24% Gramoxone, 18% Fosfina, 14% Cipermetrina, 10% Paraquat. Otros empleados son: Gastoxin, Randon.
- Según sexo de la persona, el plaguicida empleado en intentos de suicidios por Hombres es: Gramoxone, Fosfina y Cipermetrina. En mujeres Gramoxone, Fosfina y medicamento como

Benzodiazepina, Cefalexina, Sulfato Ferroso.

- Los ahorcamientos e intoxicación alcohólica es empleado únicamente por los hombres en sus intento suicidas.

Para prevenir el intento y el suicidio consumado, se requiere conocer los factores de riesgo, que predisponen al comportamiento suicida.

## FACTORES DE RIESGO

Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio.

## RETOS

1. Desarrollar respuesta integral, innovadora e intersectorial para la prevención del suicidio, las competencias propias del sector salud son necesarias, pero no suficientes.

2. Elaborar el Plan Nacional de Prevención de Suicidio en el país, que presente en su estrategia:

a) La atención integral en salud mental, a intersectorialidad y trabajo en red.

b) La sensibilización a la comunidad y educación a la población en promoción de salud mental y prevención de suicidios.

c) La formación, capacitación y orientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención

de suicidios, atención de los sobrevivientes.

d) Desarrollo e implementación de observatorios sobre Suicidios e intentos suicidas en el país.

e) Identificación de las actividades sociales previas que, si se reiniciaran, tendrían el potencial de proveer apoyo psicosocial: Reuniones familiares salidas con amigos, visitas a los vecinos, deportes, actividades comunitarias.

3. Elaborar un Plan Nacional de Salud Mental, que contemple la accesibilidad y oportunidad de los tratamientos extensivo a la familia en donde ocurre una muerte inesperada por suicidio.

4. En el primer nivel de atención, debe implementarse una guía para la valoración del riesgo de personas con tendencia a suicidio, así como los pasos a seguir. Inicialmente, se debe mantener contacto con más frecuencia (por ejemplo, semanalmente durante los primeros 2 meses) y con menos frecuencia a medida que la persona mejora (por ejemplo, una vez cada 2-4 semanas)

5. Elaborar, desarrollar e implementar protocolo de seguimiento, por seis meses, de personas que realizaron intento de autoeliminación vinculado al uso de sustancias.

6. En pacientes con depresión y/o perfil de riesgo de suicidio se debería preguntar siempre sobre ideas o planes de suicidio, y recoger en la historia clínica todos los aspectos relacionados con el método, la planificación y la intencionalidad.

7. Tras un intento de suicidio en un niño o adolescente se debería realizar siempre una inmediata valoración psiquiátrica y psicosocial, de ser posible, por un profesional especialista en estas edades.

8. En la historia clínica se debería recoger la gravedad médica del intento de suicidio, el método utilizado, el grado de planificación de la conducta suicida, la motivación o intencionalidad de la conducta y la presencia de sentimiento de desesperanza.

9. Se recomienda la hospitalización de todos aquellos niños o adolescentes con un intento de suicidio que presenten varios factores de riesgo y un limitado apoyo familiar y de la comunidad. Tras un intento de suicidio, y si no se ha considerado la hospitalización, se debería realizar una reevaluación en el plazo de 7 a 10 días. Posteriormente se realizará un seguimiento periódico por parte de los profesionales de atención primaria y de salud mental infanto-juvenil.

10. La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes debería considerarse una prioridad, y establecerse fundamentalmente medidas que permitan un diagnóstico precoz del riesgo suicida.

11. Desarrollar una estrategia de comunicación para la sensibilización de la población, visibilizando la problemática, enfatizando el mensaje de que está en la familia y la comunidad el poder asistir y hacer algo por mejorar el entorno psico-social de personas con problemas de salud mental e intentos de autoeliminación.

## REFERENCIA

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio  
[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
2. Ministerio de Salud - Dirección General de Vigilancia Epidemiológico
3. Noticias. Tasa de suicidios a nivel mundial  
<http://noticiasmontreal.com/61220/oms-tasa-de-suicidio-global-aumento-mas-de-60-en-45-anos/>
4. Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015  
[http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/docman/doc\\_view/560-plan-de-salud-de-centroamerica-y-republica-dominicana-2010-2015](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/docman/doc_view/560-plan-de-salud-de-centroamerica-y-republica-dominicana-2010-2015)
5. Ministerio de Salud - Oficina Nacional de Estadísticas. Base de Datos de Defunciones.
6. Recomendaciones Terapéuticas en los trastornos mentales  
<http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf>
7. Archivos del Vaticano. Catecismo de la Iglesia Católica  
[http://www.vatican.va/archive/catechism\\_sp/p3s2c2a5\\_sp.html](http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html)
8. Código Penal de la Republica de Nicaragua  
[http://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/noticia\\_reciente/CP\\_641.pdf](http://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/noticia_reciente/CP_641.pdf)

Para más información puede ponerse en contacto con:

Elaborado por:

Ing. Julio Cesar Cajina - Oficial de Análisis de Salud.

Email: cajinaj@paho.org

Revisado por:

Dr. Roger Montes - Oficial de Servicios de Salud

Email: montesr@paho.org

Aprobado por:

Dr. Guillermo Gonzalvez - Coordinador de Prevención y control de enfermedades.

Email: Gonzalvez@paho.org

Diseño y diagramación:

Lic. Elyda Ortiz - Área de Comunicación Social

Email: ortize@paho.org