

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



Maestría en Epidemiología
Ocotol 2011-2013



Tesis para optar al título de maestra en Epidemiología

**CARACTERISTICAS DE LOS SUICIDIOS OCURRIDOS EN EL
DEPARTAMENTO DE COMAYAGUA, HONDURAS 2011-2012”**

Autora: Blanca Rosa Herrera

Tutora: Alice Pineda Whitaker

Msc. Epidemiología

Msc. Desarrollo social ecosostenible

Ocotol, Nueva Segovia, Nicaragua, Febrero 2014

ÍNDICE

Agradecimiento	i
Dedicatoria	ii
Resumen	iii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	5
IV. Planteamiento del problema	7
V. Objetivos	8
VI. Marco Teórico	9
VII. Diseño Metodológico	23
VIII. Resultados	26
IX. Análisis de resultados	27
X. Conclusiones	28
XI. Recomendaciones	29
XII. Bibliografía	30
Anexos	

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi esposo e hijos por su apoyo incondicional, por su comprensión y colaboración, a mis pequeños Paola y Pablito que con su compañía me contagian con su alegría.

A mí cuñada Mirtha Castillo por motivarme a seguir adelante.

A mis compañeros de la maestría por permitirme ser parte del grupo, los recordare siempre con mucho cariño.

A las autoridades del Hospital por darme el tiempo para que pudiera asistir a mis clases.

A los docentes de la maestría por compartir sus conocimientos. Gracias a todas las personas que me ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y mi amor se la dedico a mis hijos por hacer todo para que pudiera lograr mi sueño, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ti Blanca Lizeth, Pablo Magdiel, Denis Xavier, todo mi corazón y mi agradecimiento son mi inspiración.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar, y alguna cosa que esperar”

Thomas Chalmers

Blanca Rosa Herrera

RESUMEN

Se presenta el estudio de los suicidios ocurridos a en el Departamento de Comayagua, según datos estadísticos del Hospital Regional Santa Teresa y los reportes de la Dirección de la Policía Nacional a través del observatorio de violencia; considerando las siguientes variables: edad, sexo, ubicación geográfica, estado civil.

Se hace un análisis comparativo tomando las muertes por suicidio del año 2011 y 2012 obteniendo datos similares en ambos años. Los suicidios más frecuentes en menores de 21 a 30 años (71.4%) en 2011 (46.1%), para el 2012, aunque se observa una disminución (25.3%). Mientras que en los adolescentes hubo incremento para el 2012 (8.2%) (en cuanto al sexo prevalece el masculino, en 2011 (57.1%) y para 2012 de (84.6%) se observa un incremento (27.5%)

El mayor porcentaje de suicidios procede suicidios en el 2011 (42.8%), en el 2012 (30.7%) procedentes del municipio de Comayagua. Los métodos más utilizado para el 2011 fue el Gramoxome (50%), fosforo de aluminio (23%), el ahorcamiento con 19% y arma de fuego (16.8%); los métodos utilizados en el 2012, el Gramoxome (58.3), ahorcamiento (16.7), fosforo de aluminio (12.5), arma de fuego (8.3) y no consignados (4.2). Estos datos son similares a los reportados a nivel nacional por el Observatorio de la Violencia: ahorcamiento (42.2%), intoxicación (37%), arma de fuego (16.8%).

I. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que ha estado presente en nuestro continente desde épocas muy remotas; la cultura Maya lo considera de gran valor, estuvo presente en la época de la conquista española cuando los indígenas se suicidaban en masas antes de verse sometidos ante sus opresores. El suicidio comenzó a ser considerado pecado en el siglo IV con San Agustín, porque viola el sexto mandamiento, usurpa la función del Estado y de la Iglesia y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios; fue a partir del siglo XIX cuando la sociedad emergente rechazó aquel paradigma medieval, la muerte fue liberada y pasó al dominio privado, a depender de la voluntad del individuo.

La sociedad humana, con el devenir de los siglos, ha tomado diversas posiciones relacionadas al tema del suicidio, especialmente a lo que se refiere a la responsabilidad de la sociedad hacia el comportamiento suicida. Hoy, las actitudes hacia el suicidio van desde la condenación completa, hasta la aceptación e incorporación a las costumbres de la vida común, pasando por grados más o menos acentuados. Para Fedden (Londres 1938) “el suicidio es una muestra de desprecio por la humanidad. Es descortés. Como lo dijo Kant, es un insulto que se hace a la humanidad en uno mismo. Este acto es el más individualista de todos, perturba profundamente a la sociedad. El ver a un hombre que aparentemente desprecia las cosas que los otros aprecian, la sociedad se ve obligada a dudar de toda lo que ha pensado que es deseable. El suicidio tira por la borda todo lo bueno que tiene la vida. La sociedad se siente turbada y la reacción natural y nerviosa es condenar el suicidio, así refuerza de nuevo sus propios valores” (Cadeño y Valencia, 1990).

El suicidio al convertirse en una de las causas de defunción más frecuentes, plantea un grave problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud estima que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones; una persona de cada 20 intentará suicidarse al menos una vez en su vida. A escala global el suicidio representa el 1.4% de la carga mundial de morbilidad pero las pérdidas van mucho más allá. En Latinoamérica los suicidios actualmente presentan una morbilidad promedio de 4.9% por cada mil habitantes, Centroamérica con 4.4% por cada mil habitantes; con mayores índices en Cuba y Nicaragua. Mientras en la mayoría de los países de Europa, el número anual de suicidios supera al de las víctimas de accidentes de tránsito, por lo

que las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos.

En nuestro país son pocos los estudios que se hacen; sin embargo un estudio realizado en el año 2011-2012 reporta una tasa de 5.4 suicidios por cada 100 mil h en el departamento de Comayagua; cada día se reporta un suicidio en el Departamento de Comayagua.

II. ANTECEDENTES

Existen en Honduras pocos estudios sobre el tema del suicidio, los alcances suelen ser bastante limitados, muy pocos esfuerzos existen por aproximarse a las causas profundas que producen el fenómeno, tampoco se ha dado atención a los mecanismos utilizados por los suicidas. Estas carencias, no permiten proponer con claridad medidas de prevención y estrategias que ayuden a resolver el problema del suicidio y, por consiguiente, que coadyuven a la reducción del mismo. La falta de registros adecuados es muy difícil de saber si una persona que ha consumado el suicidio, tuvo intentos previos. Lo poco que se logra conocer desde los registros forenses es un mínimo de información proveniente de familiares o amigos que responden a las interrogantes que le puedan hacer un agente de investigación o el médico forense acucioso en el momento del levantamiento.

En Tegucigalpa y sus áreas de influencia, la Sección de Análisis del departamento de Epidemiología del Hospital Escuela lleva un detalle de todas las lesiones de causa externa que permite, aún con un margen de error que pueda haber debido a los sub-registros, hacer una caracterización de los casos de violencia auto infligida. El registro oficial de la Dirección de Medicina Forense alcanza un total de 316 suicidios para el periodo comprendido entre los años 2002 a 2005. De enero del 2002 a diciembre de 2005, cuando finalizo el levantamiento de la información, esta cantidad (316), es el total de suicidios confirmados que hasta esa fecha se habían registrado en el Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa, según el Libro de Control de Autopsias. El 76% de las personas que se suicidaron eran hombres y el 24% eran mujeres. La tendencia para ambos sexos permanece relativamente estable en los años analizados exceptuando el año 2002 donde la cifra para los hombres se elevó al 80% de los casos. Las personas solteras se suicidan más, representando el 44% de los casos; es casi 3 veces mayor que el porcentaje de las personas casadas que se suicidaron, que alcanza al 16% del grupo estudiado. Algunos otorgan una gran importancia al estado civil como factor de riesgo o de protección. El matrimonio protege a los integrantes de la familia, mientras que la fragmentación y desestructuración familiar aparece como un riesgo para la aparición de conductas suicidas. El porcentaje de personas en unión libre alcanza un 25%, si se considera la relación de pareja o familiar como factor protector. No obstante

es importante considerar, además, aspectos de tipo cultural ya que en Honduras el 47% de la población en relación de pareja, vive en unión libre, según los datos del Instituto Nacional de Estadística.

- Los casos de suicidios que se producen entre los 10 y 17 años de edad, el 46% corresponden a estudiantes, el 25% a adolescentes que se dedicaban a oficios domésticos, un 8% a otras actividades y el resto a ninguna. De este grupo poblacional específico el 58% eran mujeres. Los estudios estadísticos muestran que los niveles de escolaridad de la población suicida en la mayor parte de los casos son de un nivel de primaria incompleta. Los extremos representados por la población analfabeta y la población con un nivel universitario completo e incompleto representan los casos menos recuentes. Las personas que se suicidaron tenían un nivel educación primaria: 24% de forma completa y 19% de forma incompleta. En un nivel secundario: el 14% no había finalizado, solo el 9% lo había concluido. Solamente el 1% tenían estudios universitarios y un 2% estudios superiores concluidos.
- De acuerdo a los registros de Medicina Forenses con sede en Tegucigalpa, los tres principales mecanismos utilizados por los suicidas son la ahorcadura 35%, la intoxicación por fosforo de aluminio a lo que comúnmente se conoce como pastillas para curar frijoles 23%, y el arma de fuego 17%. La dirección de estadística de la Policía Nacional y el Observatorio de violencia reportan datos similares por ahorcamiento (42.2%), por intoxicación (37.9%), por arma de fuego (16.8%) en el mes de marzo fue donde se presentó la mayor incidencia; son más afectados los jóvenes de entre 25-29 años de edad y el mayor porcentaje ocurrió en hombres.

Los estudios han influido para la elaboración y realización de programas de prevención del suicido que se incluyen dentro de las políticas nacionales tales como la conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio que internacionalmente se ha reservado en el mes de septiembre y otros programas especiales en los que se incluyan organismos de defensa de la vida, La Secretaria de Salud, las instituciones que analizan los fenómenos de la violencia, entre otros. También la realización de jornadas especiales de entrenamiento para el personal médico-sanitario a fin de poner en marcha medidas dirigidas a reducir los riesgos de la depresión, el alcoholismo y otros factores de importancia que acentúan las conductas suicidas.

III. JUSTIFICACIÓN

Hablar sobre suicidio, especialmente aquellos referidos a la población adolescente y adulto joven resulta difícil por varias razones; se considera un tema trágico, un tabú que preferimos no mencionar, por temor a que se incremente en aquellos que intenten quitarse la vida, y las más importante, por considerar que el suicidio no es tan frecuente en estas edades, pues es una etapa de la vida con muchas potencialidades para desarrollar una existencia creativa; creer que cuando ocurre, puede ser un acto impulsivo, no bien pensado y por considerar que es una tarea exclusiva de psiquiatras, psicólogos y médicos en el que no pueden intervenir otros sectores de la población.

Cada una de estas razones constituyen mitos relacionados con la conducta suicida y no reflejan en modo alguno las evidencias del suicidio. Aprender a cuidar la única vida que tenemos los seres humanos es una cualidad que debe ser desarrollada desde la más temprana infancia. Aprender a amarse racionalmente incrementa la capacidad de amar a otros, aprender a respetarse hará que seamos respetados. Enfrentar la vida con soluciones no suicidas mejorará nuestra calidad de vida.

El suicidio es una trágica realidad mundial. En Honduras cada 24 horas se suicida una persona, según estadísticas del Principal Centro Hospitalario del país; las cifras son alarmantes ya que la cantidad de suicidas supera a más 300 muertes por año. La situación económica en que vive la mayoría de los hondureños incita a que muchas personas toman la determinación de suicidarse; tal situación provoca un estado emocionalmente crítico, que los hace caer en una profunda depresión, en la que pierden la autoestima y las ganas de seguir viviendo. Pese a que existen registros de los suicidios acaecidos en el país, tanto en las estadísticas policiales como forenses, estos carecen de un adecuado sistema de información que permitiera una mejor captura, interpretación y análisis de los factores implicados en el proceso; ello implica que en el Municipio de Comayagua aún no se ha realizado un estudio a profundidad para conocer la cantidad de suicidios, por lo que el presente estudio gira, esencialmente en torno a dos aspectos de la indagación:

a) Efecto que pueden tener la cantidad de suicidios en la sociedad.

b) Responsabilidad e implicaciones que atribuye el suicidio al Centro Hospitalario y la Policía.

Por lo que esta investigación se justifica en dar conocer la cantidad y factores asociados a los suicidios en área de estudio; en conocer cuáles son los aspectos que atribuyen a que la población en estudio halla tomada tal fatídica decisión. Y lo anterior respaldado por el problema de Salud Pública que representan los suicidios, y a partir de ello poder definir el futuro y líneas de investigación, mecanismos de prevención que le sirvan al Hospital Regional Santa Teresa, institución encargado de toda la región Centro de Honduras, y de la cual proporciono los datos para este estudio.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua Honduras, durante el periodo el 2010-2011?

Interrogantes derivadas de la pregunta.

¿Cuáles son las características demográficas y sociales de la población en estudio?

¿Cuáles son las causas más frecuentes de suicidios?

¿Cuál es el método más utilizado?

V. OBJETIVOS

General

Analizar las características de los suicidios ocurridos en el departamento de Comayagua Honduras año 2011-2012.

Específicos

1. Determinar las características generales de las muertes por suicidio.
2. Identificar las causas de suicidios en la población en estudio.
3. Establecer el método utilizado por la población en estudio.

VI. MARCO TEÓRICO

En su obra clásica *El suicidio* (1897), Emile Durkheim define el fenómeno como: “Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, es un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”. Los aportes de Durkheim son de especial relevancia para estudiar el fenómeno desde una dimensión social, susceptible de ser estudiado con objetividad a través del análisis de las regularidades empíricas.

El informe Mundial sobre la Violencia y Salud (2003) define el suicidio como: “... el acto humano de causar la cesación de la propia vida”. Tal como lo señala el informe resulta problemático “establecer una correlación entre la intención y el resultado”: en primer lugar, porque es difícil reconstruir los pensamientos de las personas que se suicidan, a menos que hayan expuesto sus motivos con claridad mediante comunicaciones verbales o escritas, antes de producirse el hecho; en segundo lugar, por lo primero que se tendría que poner en claro es si solamente se hizo uso de un acto violento o había el deseo de lesionar.

En el caso específico del suicidio, es obvio que el fenómeno pasa por la necesaria lesión física de la víctima, pero más allá de ella, la pregunta es si podría también existir la intención de lesionar moralmente a un cercano o solamente se busca huir de una realidad a la que no se puede enfrentar. Todas esas interrogantes son de difícil respuesta, porque el fenómeno es sumamente complejo, porque además las razones individuales no son las únicas, existen factores que actúan sobre el grupo, y no solo estamos frente a individuos considerados aisladamente.

EL SUICIDIO ES UNA FORMA DE VIOLENCIA Y AGRESIÓN.

La organización Mundial de la Salud (2003) define la violencia como: “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

En esta conceptualización se encuentra inmersa la violencia auto infligida formado parte de una triple categorización junto a la violencia interpersonal y a la violencia colectiva. La definición de violencia vincula la intención con la comisión y a la violencia colectiva. La definición de violencia vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen.

En el caso del suicidio la consecuencia inmediata y directa del hecho, es la muerte de la misma persona que ejerce el acto violento. No obstante existen también otras consecuencias que de manera directa provocan un daño en las demás personas cercanas a la víctima principalmente las que ocupan el núcleo familiar, tanto en el aspecto psicológico como económico.

El problema de intención lleva también a establecer una sutil diferencia entre el acto de violencia en sí y el deseo de agredir o causar daño. Este factor diferenciador que está en voluntad del sujeto mismo y que lo impulsa a causar daño de manera intencional o no causarlo, puede ayudar mejor a los especialistas a identificar la forma de intervención. Por ejemplo: no se le puede dar el mismo tratamiento a una persona que padece algunas patologías que minan la voluntad del sujeto que a otra persona que realice el acto suicida como un acto de venganza contra quienes le ocasionan algún tipo de frustración.

Moreno Martin (2001) deja clara la diferencia, “por un lado el exceso de fuerza que puede ocasionar el daño, la herida, la conducta; y por otro la intención de aplicar la fuerza, el deseo de causar daño, es decir, el componente subjetivo de la conducta, tanto del que la ejerce como la interpretación que hace el que la sufre”. El acto suicida, es, entonces un acto violento porque hay un uso intencional del poder contra sí mismo. Pero es también una agresión cuando a este acto violento se le atribuye la intención de causar daño, no solo así mismo, sino también a las personas con quienes se mantiene estrechos vínculos afectivos y contra quienes pretenden dirigirse una especie de venganza por parte del sujeto suicida.

EL SUICIDIO ES UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL

Cualquier investigación o intervención que se haga con respecto al suicidio, debe tener como marco la salud mental, ya que esta relaciona emociones, pensamientos y comportamientos. Una persona con buena salud mental generalmente es capaz de manejar los eventos y obstáculos de la vida diaria, trabajar para alcanzar metas importantes y funcionar de manera efectiva en la sociedad.

Los trastornos mentales y conductas se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la efectividad (emociones) o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos.

Según el informe sobre la Salud en el Mundo (2001), estas alteraciones no son solo variaciones dentro de la “normalidad”, sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Un episodio de comportamiento anormal o un breve periodo de efectividad anormal con signos, por si solos, de la existencia de un trastorno mental o del comportamiento. Para clasificarse como trastorno, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida.

Sarró y la Cruz, por su parte, señalan:

“La enfermedad mental es un factor de riesgo más importante de suicidio y los pacientes psiquiátricos forman un grupo elevado riesgo en relación a la mortalidad y a la morbilidad por suicidio. Diversos estudios epidemiológicos muestran una diferencia significativa de los actos suicidas entre las personas afectadas de un trastorno mental y la población en general. El riesgo de suicidio es especialmente elevado en los pacientes con diagnóstico de depresión, esquizofrenia y alcoholismo, pero los actos de suicidio pueden ocurrir en la mayoría de los pacientes psiquiátricos”

La Doctora Rita Delatibodier, Jefa del Departamento de Psiquiatría Forense del Ministerio Publico, en entrevista que sostuvimos y partiendo de su amplia experiencia en el tema afirma:

“... en la mayor parte de los casos suicidas, existen algún tipo de patología mental asociada. La depresión es la enfermedad que más se encuentra presente en los casos

de suicidio, seguida de trastornos de ansiedad entre ellos el trastorno pánico y trastorno límite de la personalidad, lo que se conoce como “border line”, es decir, personas que se encuentran en un estado límite o de la línea fronteriza”. ... la depresión no necesariamente lleva a una persona a optar por el suicidio, pero la ideación suicida si implica por lo general un estado depresivo grave.

En la mayor parte de los estudios sobre el tema se concluye que el diagnóstico psiquiátrico más frecuente en víctimas de suicidio es la depresión, trastornos en el que parece claro el predominio en las mujeres; sin embargo, hay que destacar también la mayor dificultad que comporta la identificación de los cuadros depresivos en los varones, mucho más reactivos a acudir a los dispositivos sanitarios, y con una mayor tendencia a que estos trastornos se presenten enmascarados por el alcoholismo y por ciertos trastornos de la conducta. Por otra parte, la ansiedad es una fuerza impulsadora en el proceso del suicidio y está estrechamente relacionada con la depresión y los dos trastornos son muchas veces indistinguibles.

Es de considerar el suicidio asociado a depresión está estrechamente vinculado a factores sociales, entre ellos: conflictos de pareja, conflictos de los jóvenes con la autoridad de los padres, pérdidas, etc... Según los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (2003)

“La depresión desempeña una función destacada en el suicidio, interviene en aproximadamente 65%-90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas y alrededor de 12% a 15% es de riesgo de suicidio durante toda la vida en las personas afectadas por depresión grave y bipolar”.

Las personas que adolecen de Esquizofrenia muestran una asociación alta con el suicidio que se presenta en una proporción del 10% al 12% de los casos, estas personas llegan a suicidarse como consecuencia de episodios depresivos a que son proclives. Los métodos utilizados suelen ser violentos, el riesgo es particularmente grande en pacientes varones jóvenes, en las personas en la primera etapa de la enfermedad, en aquellos que han funcionado bien mental y socialmente antes de la aparición de la enfermedad, los pacientes con recaídas crónicas y los pacientes que temen sufrir una desintegración mental.

Las personas con trastornos de la personalidad son más proclives a presentar intentos de suicidio sobre todo individuos con escasa tolerancia a las frustraciones y reacciones impetuosas violentas y agresivas frente a los factores de estrés, en algunos casos puede asociarse a consumo excesivo del alcohol y otras drogas. La falta de habilidad para construir relaciones maduras y duraderas puede originar escaso contacto social, soledad y depresión que quizá explican el gran número de intentos suicidas. Los trastornos de personalidad tiene una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental.

A veces en la conducta suicida, la agresividad es dirigida hacia los demás y se hace evidente cuando se relacionan casos en los que se cometen homicidios seguidos de suicidio, cuando el impacto para el suicidio. Factores como sentimientos de desesperanza e impotencia, también el riesgo suicida.

EL SUICIDO ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. En esta resolución se resaltan las graves consecuencias de la violencia, tanto a corto como a largo plazo, para los individuos, las familias, las comunidades y los países y recalca los efectos perjudiciales de la violencia en los servicios de salud. El documento además de declarar que la violencia es un importante el problema de la violencia en su territorio y, entre otras cosas, a caracterizar los diferentes tipos de violencia, definir su magnitud y elevar las causas de la misma y las repercusiones en la salud pública.

La vigilancia epidemiológica es clava para conocer la magnitud del problema, conocer su distribución y medir el impacto de las intervenciones. La investigación periódica posibilita la identificación de factores de riesgo, factores protectores y la realización de intervenciones basadas en evidencia.

Este enfoque de salud pública tiene cuatro pilares fundamentales:

1. La interdisciplinariedad, utilización de los conocimientos de muchas disciplinas.
2. La acción colectiva. Todos los sectores tienen un importante papel que jugar al elaborar cualquiera de los diferentes tipos de violencia.
3. Se basa en los requisitos rigurosos del método científico al plantear los problemas y las soluciones.
4. Concede gran importancia a la prevención.

Desde el enfoque de la salud pública, es posible prevenir la violencia auto infringida y disminuir sus efectos; y es necesario, además, propiciar los cambios en los factores estructurales y culturales que contribuyen a disminuir las situaciones de riesgo.

El esfuerzo por cambiar los aspectos culturales resulta de vital importancia la acción colectiva ya que se ha demostrado un mayor éxito en las iniciativas donde se da la cooperación entre sectores tan diversos como los de salud, la educación, los servicios sociales, la justicia y la política, con ello se abandonan esa visión limitada donde se considera un problema individual cuya intervención competente al campo netamente “medico”.

Las instancias el Estado, la Sociedad Civil y del Sector Privado, tanto en la Prevención, como en la planificación e implementación de las Políticas Publicas es necesaria para prevenir más muertes por suicidios en nuestro país. Se trata, entonces de construir creativamente un nuevo paradigma social con un fuerte contenido preventivo, formativo, cultural y ético y que, promueve además la participación de diversos sectores como la familia, las escuelas, las iglesias, el sistema de salud, sector justicia, entre otros, a fin de buscar soluciones a este problema.

EL SUICIDIO ES UNA PROBLEMÁTICA DE ÍNDOLE SOCIAL

Emile Durkheim (1897), desde una perspectiva eminentemente social es el primero en realizar un estudio empírico sobre el suicidio aplicando el método sociológico. El autor se interesa sobre todo por la tosa social de suicidios, descartando la posibilidad de verlo como un problema que atañe al individuo, expresándose de la siguiente manera:

“... si se considera el conjunto de los suicidios cometidos en una sociedad dada, durante una determinada unidad de tiempo, se comprueba que el total así obtenido, no es una simple adicción de unidades independientes, o una colección, sino que constituye por sí misma un hecho nuevo, sui generis, (...) de naturaleza propia y además eminentemente social”.

El autor señala que “la evaluación del suicidio está compuesto de ondas de movimientos distintos y sucesivos, que tiene lugar por impulsos. Se desenvuelven durante un tiempo, deteniéndose después, para comenzar enseguida”. La observación detallada de los hechos sociales en diversos periodos de tiempo, comparada con la tasa de muertes por suicidios, lo que lleva a la convicción de que “casi toda sociedad tiene, en determinados momentos de su historia, una aptitud definida para el suicidio”.

No obstante, en cuanto a los factores sociales Durkheim fundamenta que “por eliminación, resulta que el suicidio debe depender necesariamente de causas sociales y constituir por esto un fenómeno colectivo (...). No hay que olvidar que lo que nosotros estudiamos es la cifra social de suicidios (...). Es preciso tomar como objetivo directo del análisis la cifra social, e ir del todo a las partes”

TIPOS

De acuerdo a Durkheim, encontramos los llamados *suicidios egoístas*, que se dan comúnmente en las personas excesivamente individualistas y es propio de las sociedades más avanzadas. Este tipo de suicidio es más común en los individuos poco integrados a los grupos sociales de los que forman parte.

- El *suicidio altruista* es la versión opuesta al anterior. Sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, al punto tal, que la personalidad individual no cuenta, pues se encuentra muy comprometida con el grupo social en el que interactúa. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Un ejemplo es el "HaraKiri" practicado en las antiguas sociedades japonesas.

- El *suicidio anímico* es el de mayor relevancia en el estudio de Durkheim. La anomia es la falta de normas y de leyes que regulen la actividad humana y generalmente se produce en momentos de crisis sociales agudas, de transformaciones en las estructuras y valores culturales. Este autor explicó, que no es cierto que las sociedades pudieran actuar libre de normas, valores y leyes, debido a la característica gregaria del hombre. Algunas personas no soportan los cambios en estas normas y formas de vida y llegan al suicidio. Por ejemplo, cuando una persona se divorcia o se le muere un ser querido, lo cual genera alteraciones en su estructura y ritmo de vida.
- El *suicidio fatalista* es la versión opuesta al anterior. Aquel sucede por el cambio de normas que regulen la conducta humana. Este afecta a aquellas personas que no aceptan las normas y se sienten reprimidas en sus sentimientos, pasiones y limitados en su futuro. Pueden ser hijos de padres estricta y agresivamente disciplinados o extremadamente moralistas.

EPIDEMIOLOGIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida, o los pensamientos de acabar con la propia vida, pueden variar en severidad en función de la concreción de los planes de suicidio y de la voluntad de llevarlos a cabo. Así, la ideación suicida puede expresarse como pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido o de valor de la vida o breves pensamientos de muerte, o llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse de manera que pueda oscilar entre presentaciones agudas y crónicas (Diesktra y Garnefsky, 1995; Goldney et al., 1989). La ideación suicida puede ser parte de un estado de ánimo deprimido a la vez que un modo de enfrentarse activamente con ese estado de ánimo o de intentar escapar del mismo.

La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios consumados (Kessler et al., 2005). Los datos sobre prevalencia de ideación suicida son muy variables. Entre los diferentes estudios realizados desde los años 70s, se ha encontrado una prevalencia vital entre un 2% y un 18% (Kessler et al., 1999; Weissman et al., 1999). Asimismo, dependiendo del entorno concreto estudiado, la prevalencia en

12 meses varía entre el 2,3% y el 8,7% (Crosbt et al., 1999; Goldney et al., 2000). En los estudios epidemiológicos norteamericanos, National Comorbidity Survey (NCS) y National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R), La prevalencia de 12 meses de la ideación suicida fue de 2,8% y el 3,3%, respectivamente (Kessler et al., 1999; Kessler et al., 2005). Kessler y colaboradores (2005) estimaron una tasa de aproximadamente 3.000 por 100.000 personas con ideas de suicidio en Estados Unidos casa año, mientras que sólo 14 por cada 100.000 personas completarían un suicidio. Un estudio realizado en Grecia apor to datos sobre la prevalencia de ideación suicida en función del sexo en dos momentos: 1978 y 1984. En 1978, el 2,8% de los hombres y el 6,8% de las mujeres señalaron haber tenido ideación suicida durante los meses previos; en el segundo estudio las tasas subieron hasta 5,9% y 14,9% respectivamente (Madianos et al., 1993). La ideación suicida puede variar de manera importante en diferentes grupos de edad. Se ha sugerido que entre el 10% y 12% de las personas (Goldney et al., 1989), mientras que en las personas mayores puede aparecer en aproximadamente un 4% de ellas (Skoog et al., 1996).

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA

La tentativa de suicidio se produce en todas las etapas de la vida y en ambos sexos. Las intoxicaciones medicamentosas conlleva especial dificultad de valoración porque la relación toxicidad/intención letal esta determinad por los conocimientos o creencias toxicológicas del sujeto. Es necesario preguntar al paciente cuales eran sus expectativas de toxicidad, tiempo, tiempo de acción y dosis letal necesaria para determinar la muerte.

Los métodos violentos son indicadores objetivos de la intención letal (precipitación, armas o ahorcamiento). Cuanto menor es el tiempo de “no retroceso” de la acción letal, menor es la probabilidad de ser “rescatado” de la muerte. Por ello, algunos productos químicos, cáusticos, etc., de acción fulminante, también son indicadores de alta intencionalidad letal.

- Condiciones de realización. La intencionalidad letal es mayor con la premeditación, cuando se “dejan las cosas en orden”, o la redacción de una “nota de despedida”, y sobre todo cuando se toman medidas para impedir ser “rescatado”. En cambio, “dejar

pistas”, incluso la “demanda de ayudar”, y en parte también la impulsividad relativizan en riesgo letal.

- Gravedad somática. Se correlaciona con la intención letal, sobre todo cuando se utilizan métodos violentos. En las intoxicaciones con medicamentos, la relación no es tan alta por estar mediatizada por los conocimientos toxicológicos del paciente.

Se ha propuesto una clasificación de las tentativas, en i del tratamiento médico requerido, en los siguientes grupos:

a. *Leves*. El tratamiento se limita a los primeros auxilios

b. *Moderadas*. La toxicidad o las lesiones requieren de cuidados generales en los servicios de urgencias durante 24-48 horas.

c. *Graves*. Requieren ingresos en las unidades de cuidados intensivos, hospitalización en otros servicios, tratamiento especial, etc.

- Intención letal. Es frecuente cierta disociación entre la intención de morir expresada por el sujeto y el resultado lesional del intento suicida. Las tentativas graves tienden a minusvalorar su intencionalidad; en cambio, en las tentativas menos graves, por “función de comunicación” se dramatiza el deseo de muerte. En los adolescentes, el intento de suicidio puede tener un efecto catártico per se y disminuye rápidamente los deseos de muerte. La persistencia de la intención suicida, cualquiera que sea su intensidad tras el intento, requiere extrema precaución por la probabilidad de recidiva.

ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL SUICIDIO

¿Qué personas podrían tener un mayor riesgo de suicidio?

Existen varios factores que podrían influir a la hora de intentar o consumir un suicidio, aunque el hecho de que estén presentes no quiere decir que vaya a ocurrir.

Los más frecuentes son:

- Haber tenido un intento de suicidio previo
- Antecedentes de depresión o de otro trastorno mental
- Abuso de drogas o alcohol

- Antecedentes familiares de suicidio o violencia
- Padecer una enfermedad física o tener desesperanza³¹
- Antecedentes de abuso sexual en la infancia
- Tendencias impulsivas o agresivas.

¿Qué comportamiento presenta una persona que quiere suicidarse?

La persona que quiere suicidarse suele presentar cambios en las emociones, en los pensamientos, en los hábitos y en el comportamiento habitual.

Entre estos cambios podemos encontrar:

- Tristeza
- Ideas de suicidio
- Escribir notas de despedida
- Entrega de posesiones valiosas
- Aislamiento
- Incremento de consumo de alcohol, drogas u otras sustancias adictivas
- Presencia de trastornos del sueño y del apetito.

¿Puede heredarse el riesgo de suicidio?

Los factores genéticos y familiares podrían contribuir a aumentar el riesgo de suicidio. Así, entre los factores familiares, la ausencia de apoyo, un bajo nivel socioeconómico y educativo de la familia o antecedentes de suicidios en ella parecen incrementar el riesgo de suicidio.

Sin embargo, esto no significa que la conducta suicida sea inevitable para personas con este historial genético o familiar; simplemente significa que pueden ser más vulnerables y deben tomar medidas para reducir su riesgo, tales como solicitar ayuda y tratamiento ante un primer signo de alarma.

¿La depresión aumenta el riesgo de suicidio?

Aunque la mayoría de las personas que tienen depresión no se suicidan, el padecer depresión aumenta el riesgo de suicidio, sobre todo si ésta es grave. Así, cerca del 60-90% de las personas que se suicidan tienen síntomas de depresión.

¿Aumenta el uso de alcohol y otras drogas el riesgo de suicidio?

El abuso de alcohol o de otras drogas se asocia con mayor riesgo de suicidio. Este abuso suele ser común entre personas con tendencia a ser impulsivas, a tener mayor número de problemas sociales y económicos, y entre personas con conductas de alto riesgo que pueden resultar con frecuencia en lesiones.

¿Qué significa “suicidio por contagio” o “imitación”?

La imitación de la conducta suicida se puede producir cuando se informa a una persona de que alguien de su entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo...) se suicida o al menos lo intenta. Si esta persona se encuentra en una situación inestable o difícil, ese suceso puede facilitar, por imitación, que también se intente suicidar. Por otro lado, la manera en que los medios de comunicación tratan el suicidio puede favorecer un “efecto contagio”. Así la información sobre el suicidio con muchos detalles, dar la noticia de forma sensacionalista o cuando el suicidio se aborda con admiración (valentía, romanticismo etc.) puede favorecer la aparición de conductas de imitación, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Esto, sin embargo, no ocurre cuando la información se enfoca a sensibilizar a la población y prevenir el suicidio.

¿Cómo puedo ayudar a una persona que ha intentado suicidarse pero parece que sólo lo hace para llamar la atención?

No se debe restar importancia a un acto suicida y creer que la persona lo realiza para llamar la atención. Todas las personas que hacen un intento de suicidio desean expresar que algo no va bien, que nos demos cuenta de que se sienten mal e incapaces de adaptarse a las exigencias que les pide la vida.

¿Cómo se puede ayudar al familiar o al amigo de una persona que se ha suicidado?

Lo primero que debemos hacer es permitirles expresar su pena y sus emociones. El duelo por una persona que se ha suicidado se ve acompañado con frecuencia de sentimientos de culpa, la búsqueda de por qué lo hizo, el vivirlo como una mancha en la familia y otras muchas emociones. Superar esta situación puede llevar dos años o más.

¿Es posible predecir el suicidio?

Actualmente no hay una medida definitiva para predecir el suicidio. Aunque los investigadores han identificado algunos factores que hacen que un individuo tenga un alto riesgo de suicidio, realmente muy pocas personas con estos factores llegan a intentar suicidarse. El suicidio es relativamente infrecuente por lo que es difícil predecir qué personas con factores de riesgo finalmente se suicidarán.

¿Qué pueden hacer los medios de comunicación a la hora de informar sobre un suicidio?

Los medios de comunicación pueden minimizar el riesgo de contagio proporcionando una información concisa de los suicidios. Las noticias sobre suicidios no deben ser repetitivas, porque la exposición prolongada puede aumentar la posibilidad del contagio en personas vulnerables. El suicidio es el resultado de muchos factores, por lo que el reportaje no debe dar explicaciones simplistas, como por ejemplo que un evento negativo reciente en la vida de la persona ha sido la causa del suicidio. Tampoco se debería divulgar una descripción detallada del método de suicidio utilizado, glorificar a la víctima ni señalar que el suicidio fue efectivo en lograr una meta personal.

Estas mismas recomendaciones deberían aplicarse a la información que se divulga a través de Internet, dado el uso masivo y cotidiano de esta fuente de información.

¿Cuáles pueden ser algunas de las señales de alerta de un suicidio inmediato?

Una señal de alerta nos indica que una persona estaría teniendo serios pensamientos de quitarse la vida y que podría incluso estar planificando como

realizarlo. Si usted se da cuenta de que alguien conocido está actuando de un modo extraño, que no tiene que ver con su carácter habitual, es importante que hable con él sobre lo que puede estar pasando.

Las señales de alerta podrían ser también una petición de ayuda y nos proporcionan una oportunidad (tanto a la familia como a amigos, conocidos y profesionales de la salud), para intervenir y prevenir que esta persona se suicide.

Las siguientes conductas son frecuentes entre personas que están considerando quitarse la vida:

- Amenazan con dañarse o matarse
- Buscan medios para suicidarse o hablan de un plan de suicidio
- Hablan o escriben sobre la muerte, el morirse o el suicidio (sobre todo cuando esto no era propio de la persona o era muy raro)
- Expresan sentimientos de desesperanza
- Expresan sentimientos de ira, rabia o venganza
- Se involucran en conductas que implican un riesgo innecesario o que son irresponsables
- Expresan sentimientos de estar atrapado, de no ver una salida
- Incrementan el uso de alcohol u otras drogas.
- Se retiran o evitan el contacto con amigos, familias o su entorno.
- Se muestran ansiosos o agitados.
- Hay patrones anormales de sueño, como el no dormir o el dormir todo el tiempo
- Cambios dramáticos en el humor, tales como sentimientos de alegría tras un largo período de tristeza o depresión.
- Se desprenden de sus posesiones o se despiden de su familia y amigos.
- Pierden el interés en muchas actividades en las que antes participaban
- Dicen que no hay razones para vivir o que la vida es un despropósito.

En caso de identificarlos, es importante responder con rapidez, especialmente si la persona muestra varios al mismo tiempo, hablando con la persona y buscando la ayuda y el apoyo de otros.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área de estudio

- El presente estudio se realizó en el Departamento de Comayagua en el periodo de 2011-2012.

Tipo de estudio

- Descriptivo
- De corte transversal

Población de estudio

- 50 de suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua en el año 2011-2012.

Fuente de información

- Secundaria para los expedientes clínicos.
- Libros de registro del Hospital Regional Santa Teresa y de la Policía Nacional.

Técnica e instrumento de recolección de datos

- Revisión documental teniendo en cuenta como instrumento una Guía de recolección de datos de los expedientes clínicos de los fallecidos y libros de registro.

Criterio de inclusión

- Todos los expedientes clínicos de las defunciones por suicidio.
- Todos los Registros de la Policía Nacional.

Criterio de exclusión

- Expedientes clínicos que no se encuentran en estadística.
- Muertes por intoxicación accidental

Consideraciones éticas

- El estudio es observacional y no implica intervenciones.
- No habrá manipulación o contacto directo con los pacientes.
- Se respetara siempre y en todos los casos la confidencialidad.
- Este estudio es considerado sin riesgo por ser de tipo descriptivo de corte transversal.

La relación de trabajo está acorde con las normas rectoras de la investigación vigente a nivel nacional como internacional.

El protocolo fue aprobado por el Centro de Investigaciones de Nicaragua CIES.

Variables por objetivo

Para el objetivo 1

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil

Para el objetivo 2

Factores que desencadenan el suicidio.

- Conflicto familiar o con pareja.
- Problemas económicos.
- Trastornos mentales.
- Abuso sexual o violencia intrafamiliar.
- Problemas con la justicia.
- Recibió ayuda previa al intento de suicidio.

Para el objetivo 3

Método utilizado:

- Ingesta de herbicidas o plaguicidas
- Ahorcamiento
- Arma de fuego
- Arma blanca.

VIII. RESULTADOS

8.1. Se revisó un total de 50 expedientes. EL mayor porcentaje de suicidios (50%) ocurrió en jóvenes de 21 a 30 años es en ambos periodos, aunque hay un incremento del (7%) para el año 2012 en los adolescentes.

Según el Sexo, el mayor porcentaje de muertes por suicidio es en el sexo masculino (72%) para el 2011, observando un incremento (27.5%) para el año 2012.

La Procedencia de las muertes por suicidio, el mayor porcentaje promedio (37%) de las muertes por suicidio provienen del municipio de Comayagua seguido del municipio de San José y Siguatepeque con el (11.1%).

Según la escolaridad para el año 2011 el mayor porcentaje (22.2%) de muertos por suicidio tenía secundaria completa y para el 2012 (14.8%) no tenían escolaridad.

Ocupación El mayor porcentaje (40.6%) de los fallecidos por suicidio se dedicaban a las labores agrícolas, en un 40% y el método utilizado para el suicidio fue el gramoxone en casi todos los casos.

Según el estado civil El (29.6%) de los fallecidos eran casados y un (25.9) en unión libre.

8.2. En cuanto a factores que desencadenaron el suicidio, el mayor porcentaje fue por problemas económicos con un (14%) y conflictos familiares con un (14%).

8.3. En cuanto a método utilizado el (54%) por gramoxone, seguido por el ahorcamiento con (18%) y fosforo de aluminio con (8%).

8.4. En relación al mes de ocurrencia de los suicidios el mayor porcentaje fue en el mes de junio con el (28.5%), seguido del mes de noviembre con el (21.4%).

8.5. En relación a las tasas el Municipio de Comayagua presenta una tasa de suicidios de 3 por cada 100mil habitantes, y en el Departamento de Comayagua la tasa es de 5.4 suicidios por cada 100mil habitantes.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. El mayor porcentaje de suicidio ocurrió en las edades de 21-30 años (50%), este dato es similar a los reportados a nivel nacional y de otros países, al igual para el factor sexo donde el (72%) son sexo masculino, y también es similar a los reportados a nivel nacional con el (76%) y también va en relación a los demás países Latinoamericanos.
2. El presente estudio muestra que el nivel de escolaridad de la población suicida (29.6%) estaban casados, este dato difiere en relación a datos a nivel nacional que fue un (16%). En cuanto a la escolaridad en el presente estudio (22.2%) fueron de secundaria completa, difiere en comparación a datos nacionales que es de un (14%)
3. En los factores que desencadenaron del suicidio fue un (14%) por problemas económicos y el (14%) fue por problemas familiares. Según la OMS los suicidios están relacionados a conflictos de pareja y familiares.
4. El método más utilizado por suicidios (54%) fue por ingesta de gramoxone, esta dato difiere de los reportes a nivel nacional con un (37.9%) donde el ahorcamiento ocupa el primer lugar.

X. CONCLUSIONES

1. El presente estudio fue realizado en el Departamento de Comayagua, es de corte transversal descriptivo. Se toma en cuenta las características generales de los suicidas, como edad, sexo, procedencia, escolaridad, ocupación y estado civil; fue obtenida de expedientes clínicos del Hospital Santa Teresa y datos estadísticos de la Policía Nacional, esta combinación de factores no difieren significativamente de estudios realizados a nivel nacional. Los datos de ocupación, estado civil y escolaridad no están consignados en la base de datos de la Policía Nacional por lo que es necesario incorporarlos para la obtención de información completa.
2. Los factores que desencadenaron el suicidio en la población en estudio fueron problemas económicos y conflictos familiares, según estudios a nivel mundial esta población es la que tiene mayor riesgo de suicidio, aunque en los reportes de la base de datos de la Policía Nacional no tiene consignado este dato.
3. El método más utilizado de los suicidas fue el gramoxone (paraquat) seguido de ahorcamiento y fosforo de aluminio, estos se relaciona con el hecho que el mayor porcentaje de los suicidas son de oficia agricultor, por lo tanto tienen acceso a los plaguicidas como el gramoxone.

XI. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades de la Región Sanitaria #3 del departamento de Comayagua, que elaborare una base de datos de dato para unificar criterios, así como programas de prevención del suicidio y que sean incluidos en las políticas nacionales y en los diferentes programas de la secretaria de salud e instituciones que analizan los fenómenos de la violencia del país.

Crear equipos de trabajo, observatorios o comisiones multitudinarios que recolecten datos de intentos de suicidas y suicidios en las diferentes instituciones

2. A las autoridades del Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua, realización de jornadas de capacitación para el personal de médico y de enfermería sobre la atención integral a todo paciente, y toma de medidas dirigidas a reducir riesgo de aumento con conductas suicidas, así como la importancia del llenado completo de expediente clínico; implementación de programas televisivos, radiales, y escritos educativos para ayudar a la disminución de los suicidios. Es urgente el mejoramiento de los servicios de salud en la atención de personas con riesgo suicida, haciendo énfasis en la población adolescente y jóvenes a través de programas y jornadas específicos.

3. A la Policía Nacional, crear equipos de trabajo, observatorios o comisiones multitudinarios que recolecten datos de intentos de suicidas y suicidios en las diferentes instituciones. Mejorar la calidad de datos en la institución mediante la revisión e introducción de nuevas variables en los instrumentos de recolección de datos para la incrementación de la base de datos. Promover conciencia en los medios de comunicación para el mejoramiento de la noticia donde se informe de victimas de suicidio a fin de evitar la imitación y el estigma que puede provocar en la familia del afectado

XII. BIBLIOGRAFÍA

- GARDUÑO AMBRIZ ROSALIA, GOMEZ HERNANDEZ KRYSTIAM YESICA, PEÑA REYES ANGELICA JULIETA, *Suicidio en Adolescentes*, México, 2011, AMECYD.
- RIVAS ACUÑA VALENTINA, *El intento de suicidio en Adolescentes y Adultos jóvenes: sus causas y motivaciones* (tesis), México, 1991, Facultad de Enfermería: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- BROOKE M. ELIEEN, *El suicidio y los intentos de suicidio*, Ginebra, 1976, OMS: Organización Mundial de la Salud.
- BOBES GARCIA JULIO, GINER UBAGO JOSÉ, *Suicidio y psiquiatría “Recomendaciones preventivos y de manejo del comportamiento suicida”*, España, 2011, Triacastela Editores.
- SOLER INSA PERE ANTONIO, GASCÓN BARRACHINA JOSEP, *Recomendaciones terapéuticos en los trastornos mentales “Conducta suicida”*, Tercera edición Ars-Medica.
- PÉREZ BARRERO SERGIO ANDRÉS, *El suicidio, comportamiento y prevención*, 1999 Cubana Med Gen Integr.
- *Afrontando la realidad del suicidio “Orientaciones para su prevención”*, España, 2006, Feafes editores.
- LÓPEZ GARCÍA BEATRIZ, HINOJAL FONSECA RAFAEL, BOBES GARCÍA JULIO, *El suicidio: Aspecto conceptuales doctrinales, epidemiológicas y jurídicas*, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo.
- QUINNETT, PAUL G. *El suicidio: una decisión*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
CIES

“Características de los Suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua, Honduras 2011-2012”

Anexos: Tablas

Tabla 1. Edad
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua, Honduras 2011-2012.

Edades	Frecuencia	%
11-20	8	16
21-30	25	50
31-40	6	12
41-50	5	10
51 y más	6	12
Total	50	100

Fuente: Registros estadísticos

Tabla 2. Sexo
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua, Honduras 2011-2012.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	36	72
Femenino	14	28
Total	50	100

Fuente: Registros estadísticos

Tabla 3. Procedencia
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua,
Honduras 2011-2012.

Procedencia	Frecuencia	%
Municipio de Comayagua	10	37
Municipio El Rosario	2	7.4
Municipio San José	3	11.1
Municipio Meambar	1	3.7
Municipio Minas de Oro	1	3.7
Municipio La Libertad	1	3.7
Municipio Lejamaní	1	3.7
Municipio Ojos de Agua	2	7.4
Municipio Siguatepeque	3	11.1
Otro departamento	3	11.1
Total	27	100

Fuente: Registros estadísticos del H.R.S.T.

Tabla 4. Escolaridad
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua,
Honduras 2011-2012.

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria incompleta	2	7
Primaria completa	2	7
Secundaria incompleta	0	0
Secundaria completa	6	22.2
Universidad	1	3.7
Ninguno	4	14.8
No consignado	5	18.5
No se encontró exp.	7	25.9
Total	27	100

Fuente: Registros estadísticos del H.R.S.T.

Tabla 5. Ocupación
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua,
Honduras 2011-2012.

Ocupación	Frecuencia	%
Servicios domésticos	3	11
Agricultor	4	40.7
Negocio propio	2	7.4
Profesionista	1	3.7
Estudiante	0	0
Desempleado	1	3.7
No consignado	3	7.4
No se encontró expediente	7	25.9
Total	27	100

Fuente: Registros estadísticos del H.R.S.T.

Tabla 6. Estado civil
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua,
Honduras 2011-2012.

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	8	29.6
Soltero	1	3.7
Viudo	1	3.7
Unión libre	7	25.9
No consignado	3	11.1
No se encontró exp.	7	25.9
Total	27	100

Fuente: Registros estadísticos

Tabla 7. Área de procedencia
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua,
Honduras 2011-2012.

Área	Frecuencia	%
Área urbana	10	37.1
Área rural	17	62.9
Total	27	100

Fuente: Registros estadísticos

Tabla 8. Factores desencadenantes
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua,
Honduras 2011-2012.

Factores desencadenantes	Frecuencia	%
Conflictos con la familia	4	14.82
Problemas económicos	4	14.82
Trastornos mentales	0	0
Abuso sexual o físico	0	0
Ninguno	3	11.11
No consignado	9	33.33
No se encontró en expediente	7	25.92
Total	27	100

Fuente: Registros estadísticos del H.R.S.T.

Tabla 9. Recibió atención previa al intento de suicidio
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua,
Honduras 2011-2012.

Recibió atención previa	Frecuencia	%
Si	3	11.11
No	10	37.07
No consignado	7	25.91
No se encontró en expediente	7	25.91
Total	27	100

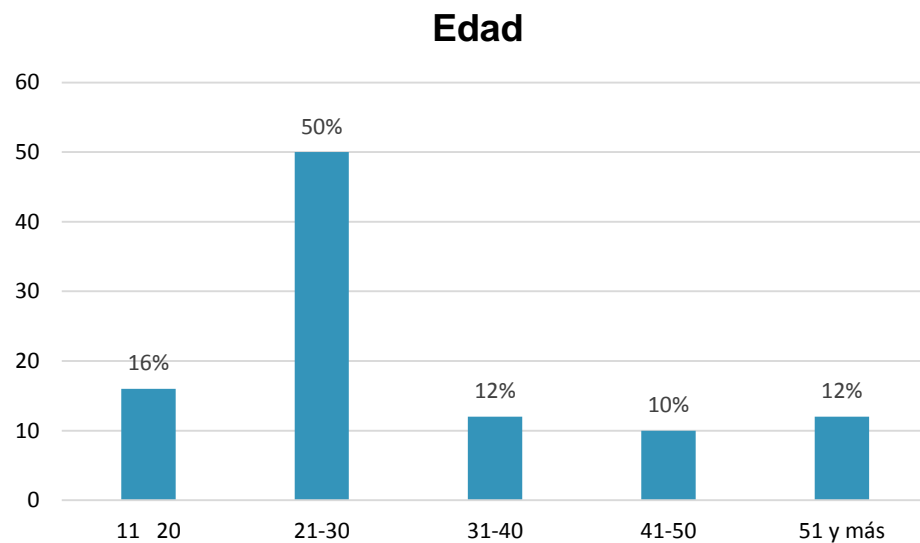
Fuente: Registros estadísticos

Tabla 10. Método utilizado
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua,
Honduras 2011-2012.

Método utilizado	Frecuencia	%
Gramoxone	27	54
Ahorcamiento	9	18
Fosforo de aluminio	4	8
Arma de fuego	1	2
No consignado	0	0
Arma blanca	9	18
Total	50	100

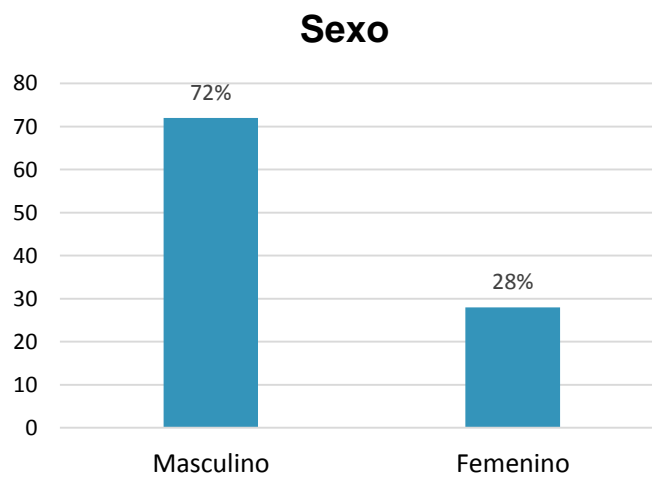
Fuente: Registros estadísticos

Grafico 1. Edad
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua, Honduras 2011-2012.



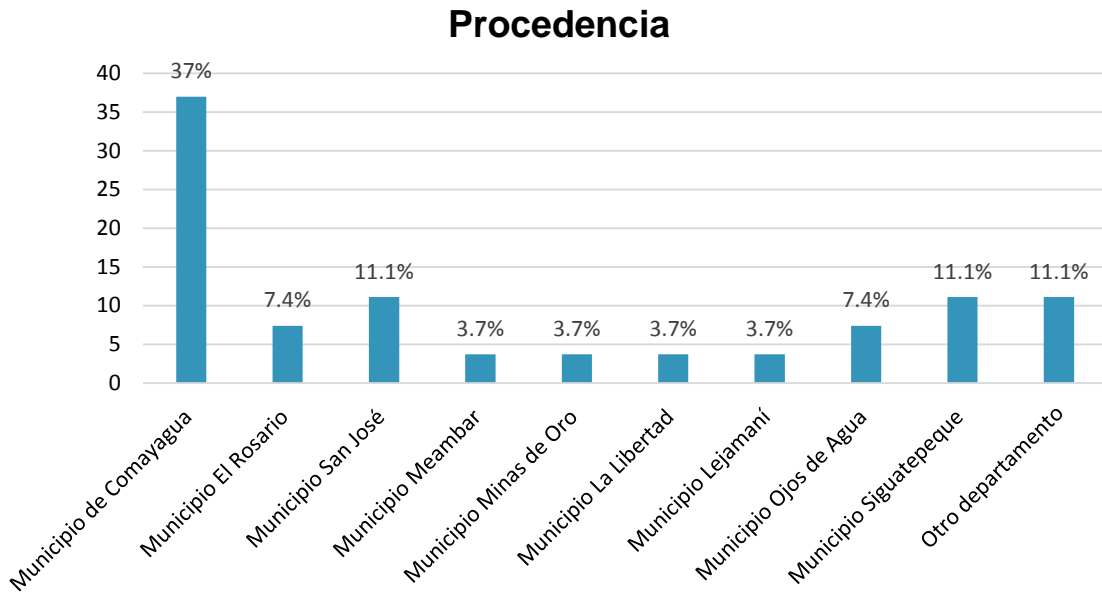
Fuente: Tabla 1

Grafico 2. Sexo
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua, Honduras 2011-2012.



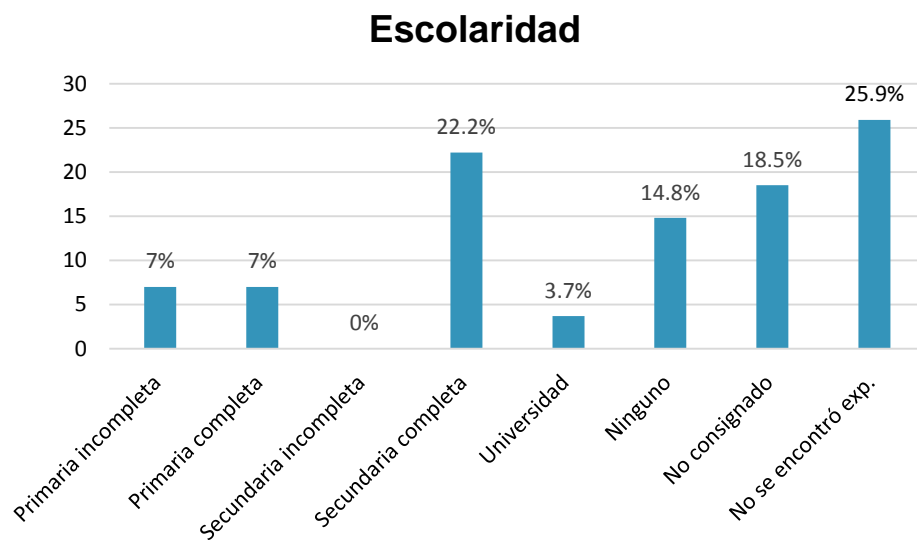
Fuente: Tabla 2

Grafico 3. Procedencia
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua, Honduras 2011-2012.



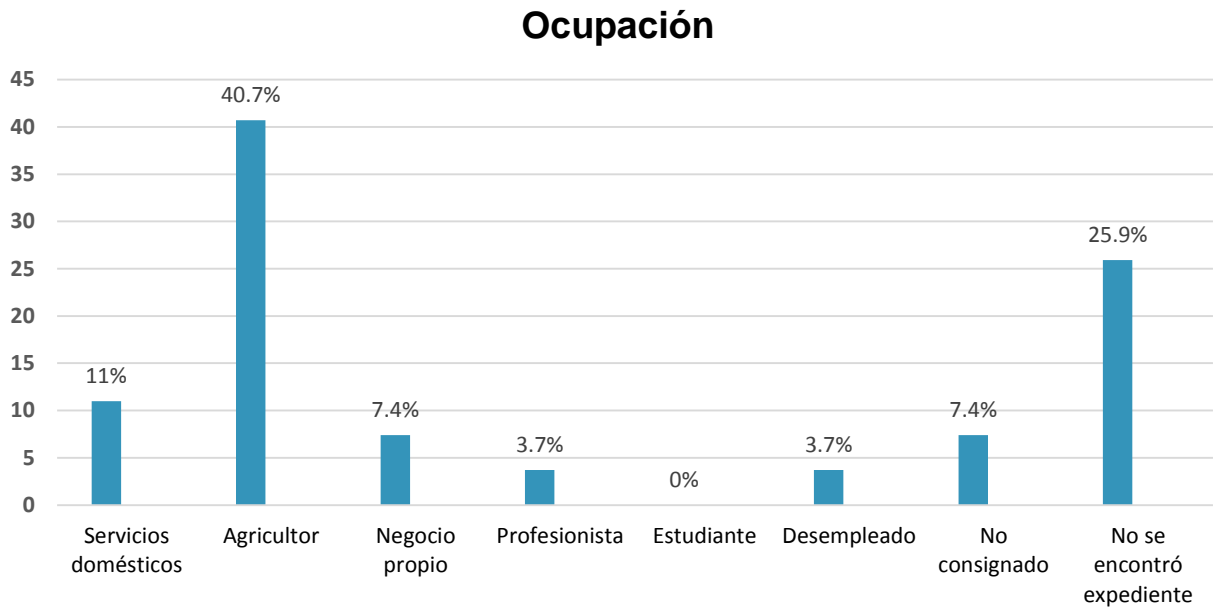
Fuente: Tabla 3

Grafico 4. Escolaridad
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua, Honduras 2011-2012.



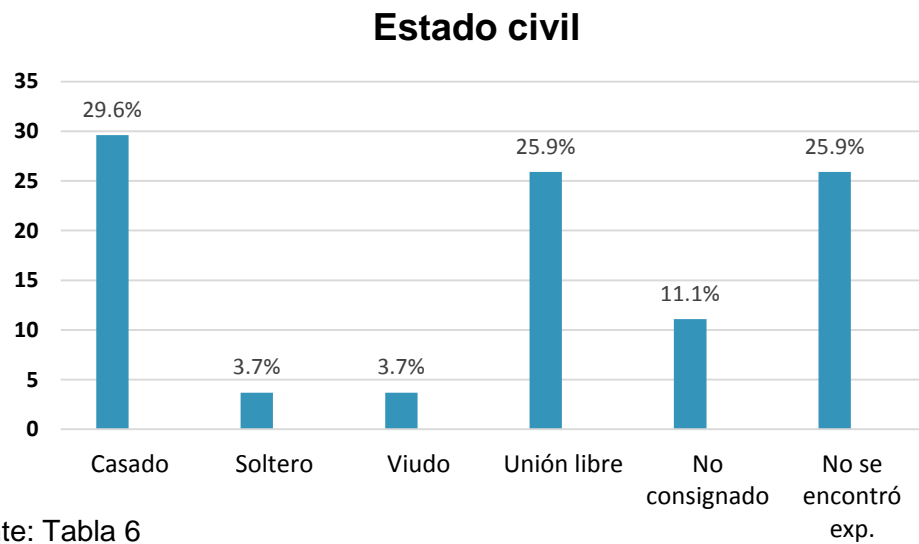
Fuente: Tabla 4

Grafico 5. Ocupación
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua, Honduras 2011-2012.



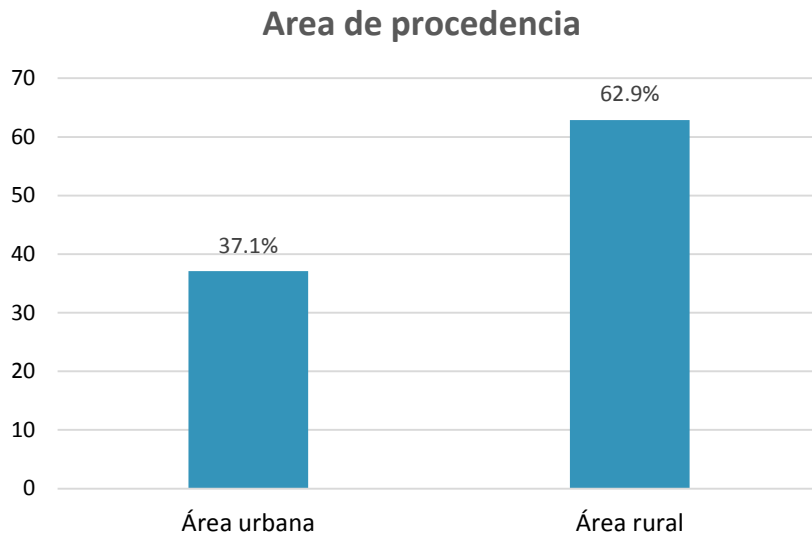
Fuente: Tabla 5

Grafico 6. Estado civil
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua, Honduras 2011-2012.



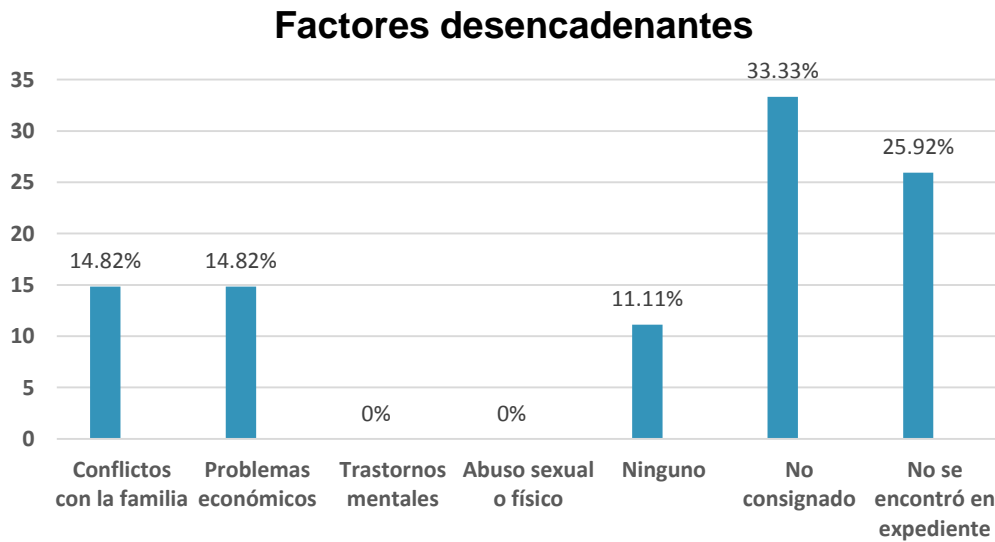
Fuente: Tabla 6

Grafico 7. Área de procedencia
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua, Honduras 2011-2012.



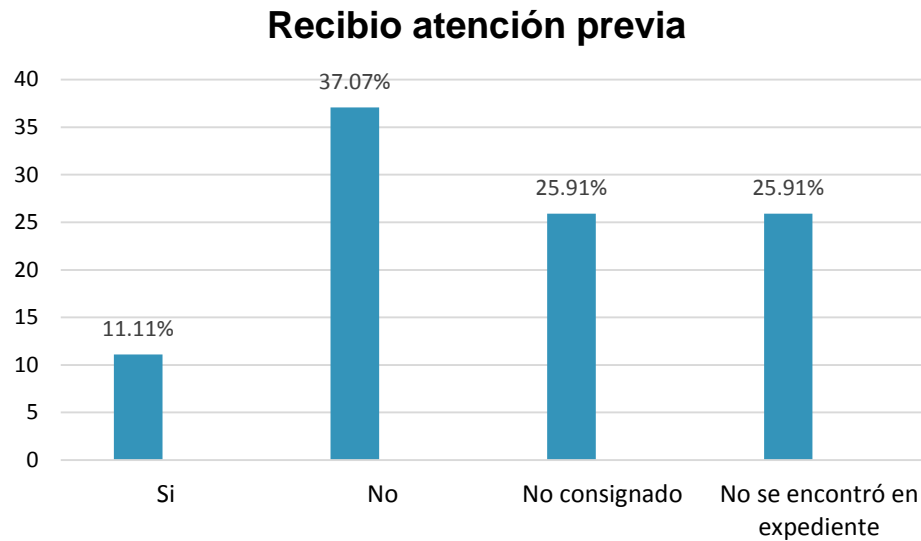
Fuente: Tabla 7

Grafico 8. Factores desencadenantes
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua, Honduras 2011-2012.



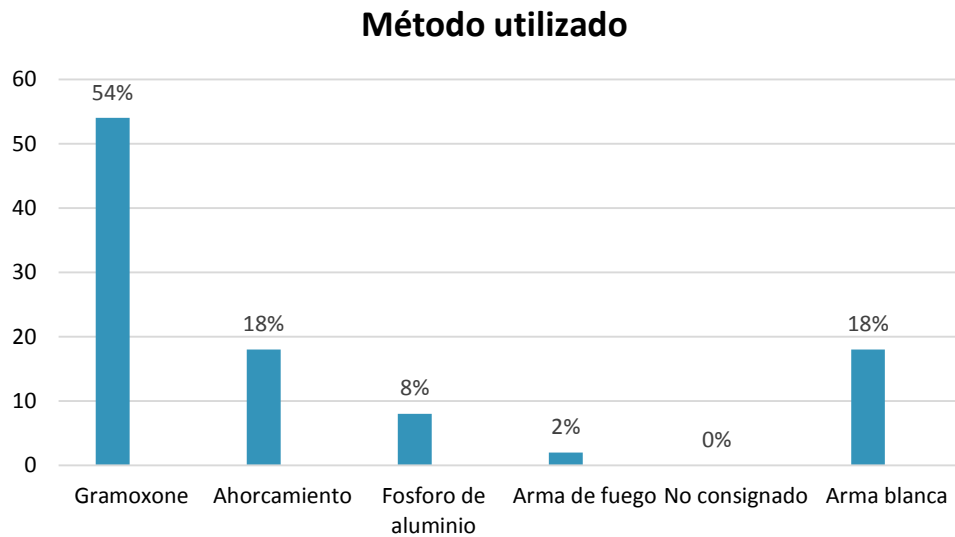
Fuente: Tabla 8

Grafico 9. Recibió atención previa al intento de suicidio
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua,
Honduras 2011-2012.



Fuente: Tabla 9

Grafico 10. Método utilizado
Características de los suicidios ocurridos en el Departamento de Comayagua,
Honduras 2011-2012



Fuente: Tabla 10

TASAS DE SUSIDIOS EN EL DEPARTAMENTO DE COMAYAGUA



Municipios:

1. Comayagua
2. El Rosario
3. San José
4. Meambar
5. Minas de Oro
6. La Libertad
7. Lejamani
8. Ojos de Agua
9. Siguatepeque

Hospital Regional Santa Teresa



Ciudad de Comayagua

Catedral Inmaculada Concepción



Vista panorámica del Parque Central León Alvarado

Comayagua ciudad colonial

