

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



IDENTIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE SUICIDIO REPORTADOS EN LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE LA CIUDAD DE ORURO, GESTION 2018 Y PROPUESTA DE GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA

**POSTULANTE: Dr. Gary Mario Choque Zenteno
TUTOR: Gral. M.Sc. Gary Omonte Vera**

**Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum
en Medicina Forense**

La Paz - Bolivia
2019

DEDICATORIA

A DIOS:

A MIS PADRES:

**Mario Choque Gutiérrez
Lucía Zenteno Segura**

A MIS HERMANAS HERMANO Y CUÑADO:

**Vannia Choque Zenteno
Tania Choque Zenteno
G. Omar Choque Zenteno
Oscar D. Rojas García**

A LAS PERSONAS QUE ESTÁN MI CORAZÓN:

**Monserath Choque Fernández
Ivonne Quispe Corrillo**

AGRADECIMIENTOS.

- ❖ A Dios por toda su bendición, por estar siempre a lado mío, y darme fuerzas en cada día para continuar con las diferentes diversidades y guiarme en cada paso de mi vida.

- ❖ A mi familia mis padres, hermanas, hermano y mi cuñado por la paciencia el amor el cariño y todo su apoyo brindado por los momentos lindos y por su apoyo en las adversidades. Me han brindado todo lo que soy hoy mis valores principios mi carácter mi perseverancia.

- ❖ A Monserrath por cambiar mi vida por estar en mi día a día por ser lo más importante en mi vida.

- ❖ A Ivonne por toda su paciencia su compañía comprensión y todo el apoyo brindado en esta etapa de mi vida.

- ❖ A mi tutor Gral. Gary Omonte Vera por su colaboración, sus consejos y enseñanzas.

- ❖ A las Doctoras Wilma P. Gabriel Ramos y Silvia E. Yucra Ortiz por toda su colaboración amistad enseñanzas.

- ❖ A mis maestros de la maestría por compartir su conocimiento, consejos brindados ya que sin ellos y ellas nada de esto sería posible.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
ÍNDICE DE CUADROS.....	V
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VI
RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	5
II. JUSTIFICACIÓN.....	7
III. ANTECEDENTES.....	9
IV. MARCO TEÓRICO.....	10
4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	10
4.2. DEFINICIÓN	14
4.3 ÉMILE DURKHEIM Y SU CONCEPCIÓN DEL SUICIDIO	14
4.4.- ESTADÍSTICAS	16
4.5 CAUSA, MANERA Y MECANISMO DE MUERTE.....	24
4.6 MEDIOS MÁS EMPLEADOS- MECANISMOS SUICIDAS	26
4.6.1. SUICIDIO POR ASFIXIAS	28
4.6.2 SUICIDIO POR ARMA BLANCA	30
4.6.3 SUICIDIOS POR ARMA DE FUEGO	31
4.6.4 SUICIDIOS POR INTOXICACIONES.....	33
4.6.5 ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DEL SUICIDIO EN BOLIVIA	34
4.6.6 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES	37
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
VI. PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
VII. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	43
VIII. OBJETIVOS	45
8.1. OBJETIVO GENERAL	45
8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
IX. DISEÑO METODOLÓGICO	46

A. TIPO DE ESTUDIO	46
B. POBLACIÓN DE REFERENCIA Y LUGAR	46
C. MUESTRA	46
D. CRITERIOS DE SELECCIÓN	47
1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	47
2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	47
E. VARIABLES.....	47
G. ASPECTOS ÉTICOS	50
X. RESULTADOS	51
XI. DISCUSIÓN.....	56
XII. CONCLUSIONES.....	59
XIII. RECOMENDACIONES.....	60
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
XV. ANEXOS	67

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	47
CUADRO 2: MÉTODOS DE SUICIDIOS UTILIZADOS	51
CUADRO 3: GÉNERO CON MAYOR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE MUERTES POR SUICIDIO	84
CUADRO 4: GÉNERO Y MÉTODO DE SUICIDIO UTILIZADO.....	53
CUADRO 5: EDAD MEDIA.....	54

ÍNDICE DE FIGURAS

GRAFICO 2: FRECUENCIA DE MUERTES POR SUICIDIO POR GÉNERO REPORTADOS EN LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE LA CIUDAD DE ORURO GESTIÓN 2018	52
GRAFICO 1: METODO DE SUICIDIO UTILIZADOS	81
GRAFICO 3: EDAD MEDIA EN MUERTES POR SUICIDIOS	82

RESUMEN

El suicidio es el acto auto infligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada. Acto tan antiguo como la misma humanidad y varían en gran medida de acuerdo a la cultura circunstancias, temporales, geográficas y personales.

OBJETIVO: Identificar los métodos de suicidio reportados en los certificados de defunción del Instituto de Investigaciones Forenses de la ciudad de Oruro, gestión 2018.

DISEÑO: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo; los datos fueron obtenidos de los certificados de defunción del Instituto de Investigaciones Forenses-Oruro gestión 2018 con planilla de recolección de datos de certificados de defunción para de los métodos de suicidio seleccionaron certificados de defunción cuya causa de muerte certificada como suicidio: muertes producidas por asfixias, grandes traumatismos e intoxicaciones desacuerdo a la clasificación de Gisbert Calabuig.

RESULTADOS: El método de suicidio más utilizado en la ciudad de Oruro en la gestión 2018. Es la asfixia por ahorcadura con un 55,3%, en segundo lugar el método más utilizado sería la muerte por plaguicida con un 13.2 %, en tercer lugar está la muerte por suicidio con arma de fuego con un porcentaje de 13.2 %, en cuarto lugar evidenciamos que la sería la muerte por explosivos con un 10.5%, en quinto lugar está la muerte por suicidio por intoxicación por sustancia acida o alcalina con un porcentaje de 5.3 %, y por ultimo queda la muerte por precipitación con un porcentaje de 2.6 % contando. En relación al género el masculino es el más afectado con 68,4% y el femenino con un 31,6% es menos afectado.

CONCLUSIONES: El método de suicidio que es mas empleado en la ciudad de Oruro en gestión 2018 fue la asfixia por compresión a lazo (ahorcadura) y dentro de los métodos de suicidio que se encontraron como diferentes en relación a los encontrados en la ciudad de La Paz se tiene el asociado a uso de elementos explosivos esto por las características propias del ciudad de Oruro en accesibilidad a elementos explosivos por la actividad minera.

Palabras claves: Suicidio, métodos de suicidios, certificado de defunción.

ABSTRACT

Suicide is the self-inflicted act to cause death voluntarily, deliberately. This act is as old as humanity itself and vary greatly according to the circumstances, temporal, geographical and personal culture.

OBJECTIVE: To identify the suicide methods reported in the death certificates of the institute of forensic investigations of the city of Oruro, management 2018.

DESIGN: A descriptive and retrospective study was carried out; the data were obtained from the death certificates of the Institute of Forensic Investigations-Oruro management 2018 with death certificate data collection form for the suicide methods selected death certificates whose cause of death certified as suicide: deaths caused by asphyxiation, major trauma and poisoning disagree with the classification of Gisbert Calabuig

RESULTS: The most used suicide method in the city of Oruro in the management 2018, It is choking by hanging with 55, 3%. Secondly, the most commonly used method would be pesticide death with 13.2%, thirdly is the death by suicide with a gun with a percentage of 13.2%, fourthly we show that it would be death by explosives with 10.5 %, in fifth place is the death by suicide by poisoning by acid or alkaline substance with a percentage of 5.3%, and finally there is the death by precipitation with a percentage of 2.6% counting. In relation to gender, the male is the most affected with 68.4% and the female with 31.6% is less affected.

CONCLUSIONS: The suicide method that is most used in the city of Oruro under management 2018 was asphyxiation by loop compression (hanging) and within the suicide methods that were found to be different in relation to those found in the city of peace is associated with the use of explosive elements due to the characteristics of the city of Oruro.

Keywords: Suicide, Suicide methods, Death certificate.

I. INTRODUCCIÓN

El suicidio se define como el acto auto infligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. Este acto es tan antiguo como la misma humanidad y sus características son dinámicas, varían en gran medida de acuerdo a la cultura y a las circunstancias contextuales, temporales, geográficas y personales. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el suicidio es considerado mundialmente un problema de salud pública muy importante que, a pesar de ser en gran medida prevenible, provoca casi la mitad de todas las muertes violentas para hombres y más del 70% para mujeres, lo que se traduce en casi un millón de víctimas al año, con costos económicos cifrados en miles de millones de dólares. En el año 2000 se reportaron aproximadamente 815.000 suicidios a nivel mundial, lo cual representó una tasa anual de 14,5 suicidios por cada 100.000 habitantes; mientras que, en 2012, se produjo un leve descenso, con una tasa anual mundial de suicidio de 11,4 por 100.000 habitantes aproximadamente (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). En 2012 el suicidio representaba el 1,4% del total de defunciones en todo el mundo y se ubicaba como la decimo quinta causa principal de muerte. Se ha estimado que cada 40 segundos una persona se suicida en alguna parte del mundo y que de estas muertes un gran porcentaje pertenece a población joven, tanto así que a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Entre los adultos de 30 a 49 años de edad representa el 4,1% del total de muertes y se clasifica como la quinta causa principal de muerte a nivel mundial. Ante todo ello, es importante reconocer que los suicidios son un grave problema de salud pública, y no únicamente en los países desarrollados, como se consideraba en el pasado, sino que la mayoría de los suicidios se cometen en países de ingresos bajos y medianos, en los que

los recursos y servicios para la identificación temprana son escasos y limitados, y el tratamiento y apoyo a las personas necesitadas son insuficientes. (2)

Los últimos datos publicados indican que a lo largo de 2015 se registraron 2.010 suicidios en Bolivia.

La tasa de suicidios en Bolivia es de 18,49 por cada 100.000 habitantes, muy por encima de la media de suicidios a nivel mundial, que es de 9,55 por cada 100.000 habitantes.

Bolivia es un país con una alta tasa de suicidios, si lo comparamos con el resto de países del mundo.

De los 2.010 suicidios que se produjeron en 2015, 1.307 fueron suicidios de hombres y 703 de mujeres. Así pues, se suicidan 24,01 hombres de cada 100.000 y 12,96 mujeres de cada 100.000. A pesar de que la tasa de suicidios masculina es mayor a la femenina, la diferencia entre ellas es muy inferior a lo habitual. Es uno de los países con mayor tasa de suicidios femeninos del mundo.

Sin duda el suicidio es una causa de muerte muy importante en el mundo. Podemos darnos cuenta de la entidad del problema al comparar el número de suicidios con el de asesinatos. En 2015 hubo 671 asesinatos en Bolivia, así pues en Bolivia el número de suicidios es muy superior al de asesinatos, hasta el punto de que por cada persona asesinada se suicidaron 3 personas. (3)

II. JUSTIFICACIÓN

Una gran preocupación para la humanidad es el suicidio que por sus características es un fenómeno que no respeta edad ni sexo de las personas ni mucho menos la condición social en que se desenvuelven. El suicidio es un fenómeno que acecha cada vez más a la sociedad y es una constante preocupación para ésta. A pesar que el suicido es un acto privado para su realización, sus consecuencias afecta a toda una familia, vale decir a toda una sociedad como representa la nuestra, por lo tanto debe ser estudiada para comprenderla y saber cómo poder brindar una colaboración frente a este acto.

(4)

El método utilizado para cometer suicidio depende principalmente de la disponibilidad física y de la aceptabilidad sociocultural; siendo los métodos más utilizados la ahorcadura, las intoxicaciones, las heridas por arma de fuego.

El conocer este tema es para describir e identificar el método de suicidio más utilizado de acuerdo al género, edad, y poder identificar la disponibilidad de elementos utilizados para el acto suicida. La presente investigación se realizó en la ciudad de Oruro.

El aporte es importante ya que se describirán datos obtenidos de los certificados de defunción otorgados por médicos forenses, tomando en cuenta la causa y mecanismo de muerte, ya que en además en muchos casos es difícil diferenciar las muertes de origen suicida de las homicidas solo el ojo aguzado del médico legista con los indicios encontrados en el cuerpo, en el lugar de los hechos y las lesiones que presenta el cadáver permitirán explicar que una muerte sea causada por una manera suicida.

Al obtener datos estadísticos de esta problemática y del método empleado, se podrán implementar medidas de prevención para que se disminuya su frecuencia en y mejor control de elementos para causarse el suicidio.

Beneficiando de esta manera directa a la población en general que puede estar relacionada, con familiares y su entorno social que estén experimentado, afecciones de tipo suicida en sus diferentes etapas, en uno sus allegados. Se pretende aportar con datos actualizados que reflejan la realidad de esta problemática en el departamento de Oruro y que puedan ser tomadas en cuenta por autoridades y actores involucrados en políticas de prevención en nuestro estado como es Ministerio de Salud, y con esta personal del área de salud Ministerio de Gobierno, la Policía que se constituyen en los beneficiarios indirectos de este tema de investigación.

III. ANTECEDENTES

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. (5)

En el mundo más de 1000.000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. No obstante, se puede prevenir el suicidio adoptando medidas eficaces como la restricción del acceso a los medios de suicidio y la formación del personal sanitario. (6)

Se estima que alrededor de un 20% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego. (7)

El Ministerio de Salud de Bolivia, a través de la Unidad de Salud Mental, reportó que en los últimos cinco años fueron registrados 3.495 de estos casos, de los que la mayoría, 1.139 (33%), están en La Paz. Está en curso un programa para evitar este tipo de hechos, que afecta más a los varones, pese a que las mujeres muestran más pensamientos suicidas, se informó.

El Ministerio de Salud, apoyado en un informe de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC), da cuenta en un informe enviado a La Razón Digital de que a La Paz le siguen en forma descendente Cochabamba con 633 (18%) suicidios, mientras que Santa Cruz reporta 572 (16%); Potosí, 339 (10%); Oruro, 308 (9%); Chuquisaca, 285 (8%); Tarija, 185 (5%) y Pando registra 34 casos (1%). (8)

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El suicidio es un fenómeno tan antiguo como la existencia misma de la humanidad. A lo largo de la historia, las distintas culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de manera distinta, en función de los principios filosóficos, religiosos, intelectuales, sociales y económicos que han ido imperando en cada momento. (9)

EL SUICIDIO EN LA ANTIGÜEDAD

En la antigüedad el suicidio era valorado en función de los sistemas religiosos y filosóficos, aunque también dependía de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país.

EDAD ANTIGUA

LA GRECIA ANTIGUA

Es la Grecia antigua una de las primeras culturas que aborda seriamente el problema del suicidio, más allá de un análisis puramente sociológico-filosófico y hasta político planteado por Aristóteles y Platón quienes terminan condenándolo, existe una visión menos castigadora del acto de matarse en las culturas más antiguas, pues se conoce que esta conducta implicaba una forma de supervivencia de la aldea, en la cual el anciano, el deforme o el enfermo debían abandonar la aldea hacia la intemperie, sin comida, ni agua para garantizar mayores cantidades de alimento que serían utilizadas por los otros miembros de la comunidad.

En la antigua Grecia, el suicidio era un delito contra el Estado y los castigos para los suicidas era la mutilación del cadáver, los entierros aislados e incluso la deshonra familiar del suicida.

Es interesante la lectura de Platón, puesto que aunque condena el suicidio, lo acepta socialmente en caso de amor, enfermedad, o como una forma de autocastigo frente a una injuria grave cometida ante el estado (el suicidio de Sócrates por ejemplo).(10)

EL IMPERIO ROMANO

El Imperio Romano continuó los conceptos anti-suicidas de Aristóteles y Platón, sin embargo mediados por este último, dieron pie a algunas variaciones sobre el concepto y su penalización.

Para Tondo (2000): "el suicidio no era extraño, y a veces se consideraba honorable entre los líderes cívicos e intelectuales"

Dos etapas de reflexión acerca el suicidio vivió el Imperio Romano. Una, la primera, con Cicerón (106-43), que si bien condenaba el suicidio, avalaba el mismo si era una forma de heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor. La segunda, Constantino (290-337), penalizo el suicidio y como medida preventiva se tomaron medidas estrictas, tales como la confiscación de los bienes de la familia después del suicidio para compensar al Estado por la pérdida de un ciudadano.

El Non Compos Mentis es la figura romana legal por excelencia y ya aparece citada en los textos de la época, esta frase que deriva del latín y significa "sin control de su mente" se utilizaba para aquellos estados suicidas bajo influjo de enfermedades y representa la primera interpretación legal de una conducta derivada de un estado mental alterado.(11)

EL SUICIDIO EN LA EDAD MEDIA

En la Edad Media se imponían tres castigos al cuerpo del suicida:

1. - Arrastrar su cuerpo cabeza abajo por la ciudad,

2.- La inhumación del cuerpo se realizaba en tierra no consagrada y

3. - Se clavaba una estaca en el corazón y una piedra en la cabeza a fin de que su alma no resucitara.

En la Edad Media surgió una mentalidad social y cultural que consideró el suicidio tabú y marcó una clara ruptura con la Antigüedad Clásica, apareciendo la prohibición absoluta del suicidio junto al castigo social y religioso. San Agustín arremete contra la muerte voluntaria, apoyándose en las Sagradas Escrituras y el V Mandamiento “No matarás”. (12)

EL SUICIDIO EN EL RENACIMIENTO

En el Renacimiento aunque persistían las condenas al suicida aparecen observaciones de tipo filosófico que disientían del suicidio como crimen y argumentaban determinadas situaciones como medio para mitigar el dolor y el sufrimiento.

Además la condena social hacia el suicidio se reduce enormemente, ello debido a las nuevas ideas de ciertos intelectuales que parten del impulso racionalista de la Ilustración francesa. Se empieza a tolerar y a mantener una actitud más compasiva hacia el acto suicida, esta idea se ve reflejada en las penalizaciones legales que no son tan severas como lo fueron en la Edad Media. Los pensadores de la época mantenían un doble rasero respecto al acto suicida. En el siglo XVII el suicidio está vinculado a las historias de amor de la literatura europea, sobretodo inglesa, como se puede comprobar en la novela amorosa Romeo y Julieta de Shakespeare, en dónde Julieta acaba suicidándose. En el siglo XVIII, debido a la revolución francesa, el suicido deja de ser penalizado como un hecho criminal, las legislaciones respecto a este tema se suavizan y por ello el suicido no aparece ni en el código penal de 1790, ni el código napoleónico de 1810.(13)

EL IMPERIO INCAICO Y EL SUICIDIO EN BOLIVIA

No existen datos que soporten una visión respecto al suicidio en el imperio Incaico u otras culturas anteriores, empero, consideramos que al no tener datos posiblemente no haya representado un problema en sus sociedades, al contrario parecía ser bien aceptado. Y sobre esto último existen dos antecedentes que refuerzan esta hipótesis en virtud de ser estudiado posteriormente, la primera relacionada con los sacrificios, la segundo con los suicidios colectivos de ciertos grupos tras la conquista.

Los sacrificios de niños dentro los rituales en el Imperio Incaico era una práctica común, es sabido que la Capacocha (quapac", que significa realeza o poder y "hucha", que significa pecado, culpa o desorden cósmico) era un ritual donde se sacrificaban niños que eran considerados los más puros y bellos, los niños que oscilaban entre los 6 y 15 años aceptaban su destino entendiéndolo como un deber, entonces eran llevados a una montaña sagrada, usando las mejores vestimentas y luego de una larga preparación, eran sacrificados, se los mataba por estrangulación o vía un golpe en el cráneo, previa anestesia con alcohol y hojas de coca. El sacrificio estaba dedicado al Dios Inti y los significados fueron muchos: mantener contacto y respeto con el Dios, establecer a través del Inca y los niños sacrificados una mejor relación con los seres de arriba, mantener un sistema social y religioso estructurado.

Parece apresurado decir que estos eran suicidio y no asesinatos, sin embargo, testimonios de expertos en el campo de la antropología sostienen que estos sacrificios tenían mucho de voluntario en las víctimas (que si bien eran niños o adolescentes, eran también conocedores de su destino el cual aceptaban de forma voluntaria), Los suicidios tras la conquista son un fenómeno poco estudiado, pero muy importante en nuestra historia, el mismo ameritaría hojas y hojas de estudio, el porqué de los mismos ocuparía tan solo cientos de páginas destinadas a renegar de la situación tan precaria a la cual fueron sometidos. Si

bien no existe una cuantificación de las víctimas por suicidio, estas llegaron a ser tantas, que se sabe que la demografía india redujo considerablemente entre el 1530 y 1620, muchas autoridades de la época escribieron que el "carácter melancólico" dominaba esta intención. (14)

4.2. DEFINICIÓN

SUICIDIO. Etimológicamente, la palabra suicidio resulta de la unión de dos palabras latinas *Sui* (sí mismo) y *Cidium* (matar), siendo su significado literal "acción de matarse a sí mismo"; es la manifestación más extrema de violencia, por estar orientada hacia el propio individuo.

Según parece, el primero en utilizar el término «suicidio». Fue Browne en 1635 (Sarró, 1991). En España aparece este término por primera vez en la crítica a Voltaire que realiza Fray Fernando de Ceballos en 1772, dentro de su obra *La falsa filosofía y el ateísmo* (Martí, 1982). Durante el siglo XIX se comienza a estudiar científicamente el suicidio, y se propone por Bourdin la existencia de una enfermedad mental específicamente suicida. Como entidad gnosiográfica especial, en tanto que Esquirol, simultáneamente, propone la visión del suicidio como un «síntoma», característico y común a distintos trastornos psiquiátricos.

La definición que realizó del acto suicida Durkheim en 1928, crítica con las explicaciones anteriores, debido a la imposibilidad de comprobar en todos los casos la «locura», fue la de «toda muerte causada directa o indirectamente por una acción u omisión del sujeto, realizada de forma consciente». El autor distinguió cuatro tipos de suicidio. Que reflejaban el malestar social: egoísta, altruista, anómico y fatalista. Que en parte siguen vigentes.(14)

4.3 ÉMILE DURKHEIM Y SU CONCEPCIÓN DEL SUICIDIO

Émile Durkheim (1858-1917) es considerado hoy uno de los padres de la sociología positivista y una de las mayores influencias para que la ciencia europea adoptara a las estadísticas como método de abordaje, comprensión y

explicación de los comportamientos sociales del ser humano. En el texto sobre El Suicidio Durkheim estudia, desde una amplia gama de variables y cruces estadísticos, cuales serían predominantemente, es decir, promediando variables, las posibles influencias más significativas a la hora de explicar los suicidios en una amplia zona de países europeos, para su caso, los más importantes en el siglo XIX.

Su estudio, a muy grandes rasgos, nos enseña que pueden descartarse, desde hace más de un siglo, las siguientes explicaciones para el fenómeno del suicidio: los factores económicos, los factores climáticos y geográficos, la guerra, la religión, etc.; es decir, una serie de factores que podríamos considerar radicalmente externos al individuo, si bien pueden sumarse a cuestiones sociales mucho más profundas y coyunturales. Sin embargo, esto no llevo a Durkheim a tratar a los casos aisladamente y como particulares, más bien lo llevo a determinar una conclusión contundente de su estudio: existirían sociedades suicidógenas, o sea, sociedades donde el suicidio es una tendencia, como podría serlo la pobreza, ya que es una de las consecuencias directas de lo que sucede en el discurso de dichas sociedades, sobre todo con respecto a la administración de sus reglas.

Continuando con la teoría sobre el suicidio, Durkheim, aplicando su método estadístico y sociológico al suicidio, llega a la conclusión central de que este fenómeno debe ser considerado como un hecho social; en cuanto hay que buscar su causa fundamental en la llamada por él: anomía social.(15)

La anomia entonces proviene del desajuste entre la estructura social y la conciencia cultural, sobre todo cuando hay una contradicción entre las leyes escritas y las exigencias sociales nuevas, vinculado todo esto con una desviación social, es decir, a la existencia de modelos de conducta marginales o no permitidos. Por lo que la conclusión a la que llega este autor es la siguiente: la totalidad de suicidios en una sociedad dada, medida por la

proporción de suicidios, es tratada como un hecho social que solamente puede ser explicado sociológicamente, y no por las motivaciones individuales que llevan al suicidio. Lo que interesa son las variaciones en las proporciones de suicidios entre distintas sociedades, como algo que está en función de condiciones sociales; la unidad de análisis es la sociedad, no el individuo.(16)

Teoría Sociológica de Durkheim: "Serias fallas en la estructura social conduce a un incremento de las tasas de suicidio": Distingue tres tipos de suicidio:

Suicidio egoísta: Se da por la falta de interés del individuo por la comunidad y el hecho de estar insuficientemente integrado a ella. Corresponde a este tipo de suicidios por enfermedad física y mental, suicidios de los desamparados.

Suicidio altruista: Debido a la influencia demasiado estricta de la sociedad sobre el individuo que impulsa a este hacia la autodestrucción por excesivo altruismo y sentido del deber. Ej: Auto sacrificio.

Suicidio anímico: Se da cuando la sociedad fracasa en el control y la regulación de la conducta de los individuos. El declinar de las creencias religiosas, la excesiva relajación de los códigos profesionales y maritales eran manifestaciones de la anomia. Esto explica las altas tasas de suicidios entre los divorciados. (17)

4.4.- ESTADÍSTICAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que se suicida un millón de personas por año y que esta cifra se incrementará hasta llegar a 1,5 millones a partir de 2020, cantidad superior a todas las muertes debidas a guerras y homicidios.

Los países árabes y latinoamericanos tienen tasas de suicidio relativamente bajas, mientras que otros continentes como África se subregistra el reporte, por no contar con un sistema estadístico confiable.

En América Latina y el Caribe, el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad del

2010 reportó tendencias regionales importantes que revelan el aumento de la carga de morbilidad como consecuencias de lesiones y enfermedades no transmisibles, mientras que los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) ocasionados por esta autoagresión también aumentaron en 132 %.

De acuerdo con un informe de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la cúspide de los factores de riesgo de suicidio se encuentran las barreras para obtener atención de salud, lo cual incluye políticas diseñadas para atender esta problemática. Por ello es pertinente la pregunta: ¿Cómo se aborda el suicidio en los países con mayor y con menor incidencia en la región? Esto es lo que encontramos. (18)

URUGUAY: LA LUCHA CONTRA EL MIEDO AL CONTAGIO

“Récord de suicidios en Uruguay”, “Se dispara récord de suicidios en Uruguay” y “El suicidio en Uruguay llega a nuevo máximo”, son algunos titulares de los periódicos con mayor tirada del país, que se hacen eco de esta problemática social.

Los artículos se publicaron en el marco del Día Nacional de Prevención del Suicidio, que se conmemoró el 17 de julio de 2017, en el que se alertó sobre el aumento desmedido de casos de muertes autoinfligidas en Montevideo y ciudades del interior.

Uruguay es el país con una de las tasas de suicidios más elevada de América Latina. Las últimas cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que 638 personas decidieron quitarse la vida a lo largo de 2016.

El pico más alto de suicidios tuvo lugar en 2002 con 692 casos, en el marco de la crisis económica y social que atravesaba Uruguay, según las notas citadas.

El sector más vulnerable es el de los hombres mayores a 65 años, pero desde 2015 llama la atención el aumento de casos de jóvenes de entre 15 y 24 años,

quienes representan un tercio de las estadísticas que la OMS visibilizó en su informe de 2016.

El Ministerio de Salud Pública tiene dentro de sus objetivos de cara al 2020 bajar el número de suicidios en Uruguay; sin embargo se desconocen cuáles son las acciones puntuales para prevenir los casos.

Además de la falta de políticas de salud mental adecuadas, se suma el miedo de los uruguayos a que el suicidio sea una problemática “contagiosa” entre la población. De esto se habla en el libro “70 años de suicidio en Uruguay”, una publicación de la Universidad de la República que propone revertir el tabú que significa el suicidio, que siempre ha estado bajo el manto del silencio.

Si bien existen espacios dedicados expresamente al abordaje de esta problemática, el más conocido es el de Último Recurso, una organización no gubernamental pionera en el tratamiento de la prevención al suicidio, que a través de una línea telefónica, clínica suicidológica, talleres y cursos, le hace frente al tema. Este servicio dejó de funcionar el pasado 18 de marzo, y por ahora el Ministerio de Salud de Uruguay mantiene una línea transitoria, mientras entra a regir en junio un plan nacional integral de prevención del suicidio. (19)

ARGENTINA: EL SUICIDIO ADOLESCENTE COMO GRAN PREOCUPACIÓN

“Gracias a todos por el apoyo incondicional... pero mi hermano se nos fue”, publicó consternado Joel Palavecino, en su perfil de Facebook el 25 de junio de 2017.

Fausto, de apenas 16 años, falleció 25 días después de intentar quitarse la vida, convirtiéndose en la primera víctima en Argentina de la ballena azul, un juego que propone a los participantes 50 metas a cumplir en el menor tiempo posible. Se desconoce el método que utilizó el adolescente para completar la

lista de consignas, en la cual como último ítem figura sin rodeos la palabra “suicidio”.

La muerte auto infligida de Fausto colocó en la agenda de los medios de comunicación una problemática social que en 2015 causó la muerte de 438 jóvenes.

Un informe de la OMS alerta que Argentina se encuentra en el tercer lugar en América Latina por su tasa de suicidios. El sector más vulnerable es el de los adolescentes, destacándose los hombres de 15 a 24 años, que recurren a métodos como el ahorcamiento y la sofocación.

Una de las organizaciones más conocidas de prevención es el centro de asistencia al suicidio (CAS), el primer espacio dedicado a brindar acompañamiento y apoyo a personas que sufren esta problemática a través de la línea telefónica 135. Además de esta entidad que lleva 50 años vigente, existen diversos centros creados por familiares de jóvenes que se han suicidado, quienes impulsan las campañas de prevención cada 10 de septiembre, Día Internacional para la Prevención del Suicidio. (20)

CUBA: EL CAMINO DE LA PREVENCIÓN COMUNITARIA

El 1 de febrero de este 2018 la noticia del suicidio de Fidel Castro Díaz-Balart, el hijo mayor del ex presidente de Cuba Fidel Castro, acaparó titulares de la prensa internacional. Según el sitio oficialista Cuba debate, Díaz-Balart “venía siendo atendido por un grupo de médicos desde hace varios meses con motivo de un estado depresivo profundo”. Esta noticia puso también en el foco público la situación del suicidio en este país.

De acuerdo a la OPS, Oficina Regional para las Américas de la OMS, Cuba es uno de los países que presentó una de las tasas de suicidio más altas en

América entre 2005 y 2009 con 9.9 casos por cada 100 mil habitantes, sólo por debajo de Uruguay, Chile, Trinidad y Tobago, y Estados Unidos.

En los años 2011, 2012 y 2013 la OPS señala que en Cuba el suicidio resultó ser la tercera causa de muerte entre personas de entre 10 y 19 años, “con un número total de defunciones de 40, 40 y 37 [respectivamente]”.

Para 2015 la OMS indicó que en la Isla la tasa de suicidios fue de 14.1 casos por cada 100 mil habitantes [de los cuales 22.3 eran hombres y 5.7 mujeres].

Cabe destacar que desde hace décadas el modelo de salud cubano incluye la atención médica a la conducta suicida. “A partir del año 1984 se inició una investigación epidemiológica de carácter nacional sobre la conducta suicida ,En 1988 se elaboró el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida que comenzó su implantación en 1989”, indica el reporte Prevención de la conducta suicida publicado por la OPS en 2016 y el cual señala que dicho programa se ha “perfeccionado varias veces”.

En 1995 se inició una estrategia de enfoque comunitario y estratificado para atender las conductas suicidas. En el país existen 101 Centros Comunitarios de Salud Mental, según el Anuario Estadístico de Salud del Ministerio de Salud Pública de la Isla, publicado en 2012. La OPS ha indicado que es importante continuar con el fortalecimiento del trabajo de salud mental de base comunitaria. (21)

CHILE: DEPRESIÓN SILENTE

En Chile se registra un suicidio cada cinco horas. Al año, hay 1,835 personas casos, según un reporte del Instituto Nacional de Estadística en 2015. Mientras que la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016 – 2017 reveló que el 2.2% de los jóvenes entre 18 y 24 años han pensado seriamente en el suicidio como una opción. En el rango de 25 a 34 años, la cifra sube a 3,6%.

Pero las cifras más altas son las que publicó este 2018 el Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión social de la Universidad de Chile, donde señalaron que el 18.3% de los habitantes del país presenta síntomas de depresión. En febrero de 2017, Mauricio Gómez, jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, afirmó en una entrevista al diario La Tercera que para dar una mejor cobertura, entre el 5 y 6% del presupuesto debería ir destinado exclusivamente a programas de salud mental. “La salud mental es de bajo costo en tecnología, pero de alto costo en recursos humanos.

No se requiere solo un médico psiquiatra, sino de psicólogos, trabajadores sociales”.(22)

MÉXICO: POCO PRESUPUESTO Y POCOS PSIQUIATRAS

Un informe de la Secretaría de la Defensa Nacional mexicana dado a conocer el año pasado hizo que el suicidio anduviera en boca de muchos. El documento reveló que en los últimos diez años, el tiempo que tiene la guerra contra el narcotráfico en el país, 110 integrantes del ejército se han quitado la vida. De ellos, solo cinco eran mujeres.

Los datos más recientes sobre suicidio que tiene disponibles el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México son de 2014. Esa información dice que los hombres cometen el 80% de los suicidios. Además, el grupo de edad con más víctimas de suicidio son los jóvenes que tienen entre 15 y 29 años, con una tasa de mortalidad por esta causa de 7.9 por cada 100 mil jóvenes.

Si bien México tiene una de las tasas más bajas de suicidios en América Latina, la OMS lo define como un problema de salud pública. Sin embargo, México invierte menos del 1% de su presupuesto a cuestiones de salud mental. De

hecho, el país cuenta con apenas tres psiquiatras por cada 100 mil habitantes.
(23)

HONDURAS: AUMENTO SILENCIOSO

A pesar de que los últimos años Honduras ha registrado un aumento de suicidios, el tema no está muy presente en la agenda pública. Solo cuando ocurren casos mediáticos, como el suicidio de la hija de 10 años del embajador de Panamá en Tegucigalpa en 2011, el asunto trasciende a la conversación.

Aunque Honduras es uno de los países con menos suicidios en la región, el Observatorio Nacional de la Violencia de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, creado en 2005, reportó que en 12 departamentos del país los suicidios aumentaron: hubo un promedio de 33 suicidios mensuales, uno diario. Este es el mayor incremento de suicidios en los últimos cinco años.

De acuerdo con el último boletín emitido por el Observatorio, con datos de 2017, el 77.4% de las víctimas de suicidio son hombres y el grupo de edad en el cual se registran más suicidios es en jóvenes de 20 a 24 años, el 16.5% del total. El departamento que concentra la mayor parte de los suicidios es Francisco Morazán, el cual registró un aumento del 64.5% con respecto al año pasado, con un total de 102 casos.

Honduras no cuenta con un programa o institución oficial o gubernamental dedicado a la prevención del suicidio. (24)

GUATEMALA: MAYOR INCIDENCIA EN ZONAS RURALES

A principios de 2017, un número de celular se empezó a compartir de forma viral en las redes sociales de Guatemala. El mensaje animaba a replicar el número a más personas, con la intención de salvar a quien pudiera estar contemplando quitarse la vida. Sin embargo, pocos conocían que detrás de esta iniciativa estaba un doctor particular, Hernán Ortiz, quien en los últimos 15 años

se ha dedicado a la prevención del suicidio. Aparte de esta iniciativa, no existen mayores programas gubernamentales centrados en la prevención del suicidio.

De hecho, según la fundación Alas Pro Salud Mental, en Guatemala solo el 1% de la población tiene acceso a medicamentos de atención a la salud mental, una situación preocupante teniendo en cuenta que la depresión es un factor de riesgo importante en el suicidio. (25)

BOLIVIA: UNA MUERTE SILENCIOSA INVISIBILIZADA

“En Bolivia se carecen de datos sobre los suicidios, porque los mismos no son registrados como tal”, dijo Rose Marie Rendón, presidente de la Sociedad Boliviana de Psiquiatría (filial Santa Cruz), durante su participación en la II Jornadas Internacionales de Prevención del Suicidio y la Depresión realizadas en Bolivia en septiembre de 2017.

Rendón fue aún más contundente: “en la policía y en los hospitales se consignan (los suicidios) como muerte por arma de fuego, por intoxicación o por ingesta de órganos fosforados, lo cual invisibiliza el problema (...) y uno de cada cuatro personas sufren trastornos depresivos en el país”.

Quizá por eso no resulta extraño que en un rastreo de notas periodísticas en la prensa boliviana, la mayoría mencionen que los jóvenes o adolescentes que deciden quitarse la vida dejan varias cartas dedicadas a sus familiares, que comprobarían el suicidio.

De acuerdo con la OMS, Bolivia es el tercer país del mundo con el índice de suicidio más alto entre niños de 5 a 14 años. Y en cuanto al suicidio en adolescentes, el mismo organismo informa que han aumentado los casos entre las edades de 15 a 29 años (a partir de 2015), colocando así al suicidio como la segunda causa principal de defunción en ese grupo de edad.

Los últimos datos publicados indican que en 2015 se registraron 2,010 suicidios en Bolivia. De esos, 1,307 fueron suicidios de hombres y 703 de mujeres. Es decir que se suicidan 24.34 hombres de cada 100 mil y 13.13 mujeres de cada 100 mil. Bolivia es el segundo país con mayor tasa de suicidios de mujeres en América Latina luego de Guyana.

A pesar de que en Bolivia se ha hablado de la creación de una línea tipo 911 para prevenir el suicidio, ésta no existe al día de hoy. Lo que sí se elaboró fue la Guía de intervención de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, impulsada desde el Ministerio de Salud, la Sociedad Boliviana de Psiquiatría, el Colegio de Psicólogos, el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, la Policía Boliviana y otras instituciones.

La Guía aconseja consultar con un especialista en caso de un intento de suicidio; luego ubicar a la persona que ha intentado quitarse la vida en un ambiente seguro para que sea monitoreada por un familiar o amistad cercana, además de restringirle el acceso a los métodos para autoagredirse.

También sugiere a los medios de comunicación prácticas de sensibilización sobre el suicidio, para que eviten emplear “un lenguaje que intente causar sensacionalismo o aceptarlo como un comportamiento normal”.

4.5 CAUSA, MANERA Y MECANISMO DE MUERTE

La concepción de muerte admite dos criterios fundamentales y radicalmente opuestos, pero paradójicamente, complementarios, si se quiere: la muerte como un proceso y la muerte como un evento. Para los fines de patología forense, hemos de considerarla como un evento, es decir, como un solo punto en una gráfica cartesiana. ¹⁹ Sin embargo, debe resultar claro que en la extinción de la vida humana ambos criterios se dan de manera simultánea. Puede haberse instaurado la muerte desde el punto de vista del evento, cuando el médico declara que han cesado las funciones cerebrales superiores, pero persiste un

funcionamiento autónomo de estructuras como el corazón, pulmones, riñones, conectados a diversos aparatos que controlan o asisten las funciones de aquellos, lo cual permitirá eventualmente los trasplantes de esos órganos, aunque parece que el futuro de la reposición de los órganos está a muy pocos años del momento actual, en la manipulación genética incluida la clonación o la biotecnología para generar in vitro órganos o partes de órganos para reemplazar los que fallan en el paciente. En los órganos la muerte no se ha instaurado como evento sino que dentro de un proceso, se está desarrollando. (26)

Esta característica permite la utilidad de componentes anatómicos para los trasplantes. Además, y pese a que las funciones cerebrales y las autónomas hayan cesado, la vida celular persiste más allá del evento declarado de muerte, hasta agotar las reservas energéticas y perder el control de las funciones de las organelas. De hecho, varias horas después de declarado el evento muerte y aun con fenómenos cadavéricos instaurados de manera patente, la vida de algunas células persiste y permite su viabilidad así determinada, el trasplante de corneas o incluso de huesos. La muerte se presenta mediada por unos fenómenos fisiopatológicos que la conectan con un evento traumático o un evento de enfermedad de curso natural. Así, la causa de la muerte es el primer evento desencadenante en una cadena lógica de fenómenos fisiopatológicos, dispuesta en el tiempo y que desemboca en el evento final, es decir en la muerte. De tal modo, la muerte esta mediada por unos fenómenos fisiopatológicos, los cuales pueden ser múltiples desprendidos desde una sola causa. (26)

A estos fenómenos fisiopatológicos se les denomina mecanismo de muerte. Las maneras de muerte, consideradas desde un punto de vista jurídico, solo pueden corresponder a cinco categorías y ellas se refieren a la forma en la cual una lesión causal desencadena los fenómenos fisiopatológicos que median entre

aquella y la muerte. 20 Solo puede considerarse que una muerte sea causada por una manera natural, homicida, una suicida, una accidental, o que no puedan establecerse tales criterios, una vez agotados los recursos de investigación, y por lo tanto, se considera una muerte de manera indeterminada. Finalmente es pertinente decir que algunos autores consideran una última categoría, en la cual a pesar de tener claridad sobre la causa de la muerte y los mecanismos fisiopatológicos en ella involucrados, no es posible clasificarla con certeza desde el punto de vista de la manera. (26)

4.6 MEDIOS MÁS EMPLEADOS- MECANISMOS SUICIDAS

Los mecanismos de suicidios utilizados varían según los países, culturas y características demográficas, pero también dependen de la accesibilidad, la oportunidad y la aceptación sociocultural. (27)

- **MÉTODOS DE SUICIDIO**

La naturaleza del método adaptado en el acto suicida, es un factor importante que determina los resultados del suicidio, aunque no difieren mucho de un país a otro y se han descrito diversos factores.(27)

- **LA DISPONIBILIDAD FÍSICA**

Se refiere al grado en que un agente particular de suicidio sea accesible al individuo, la facilidad al acceso puede ser la razón de que el método más empleado en el mundo sea el ahorcamiento, como también de las altas prevalencias de uso de plaguicidas en el sector rural o el empleo de armas de fuego por personas vinculadas a la Policía o el ejército, como ejemplos el envenenamiento por analgésicos especialmente paracetamol, es común en Reino Unido, los pesticidas y herbicidas son el método preferido para suicidarse en zonas rurales, ya que se trabaja en la agricultura, en África por ejemplo la intoxicación por plaguicidas es el método más común, igual que los pesticidas en la India, los cuchillos de cocina, y sierras eléctricas, debido al acceso por su ocupación. (28)

- **LA ACEPTABILIDAD SOCIOCULTURAL**

es una medida en la elección, por ser circunscrita por las normas, tradiciones y actitudes de la cultura, como ejemplo, la religión influye en la susceptibilidad en cometer suicidios; en el caso de la religión islámica, el suicidio está estrictamente prohibido, estando asociado a menor tendencia a comportamientos suicidas; en Japón, por su antecedente cultural, para los Samurái, el suicidio era permisible en cierta medida, ya que los japoneses referían el acto suicida como una forma honorable de asumir la responsabilidad de malas conductas, siendo la única forma de suicidio durante años, el Hara-kiri (japonés 'harakiri': 'hara' desde el vientre y 'kiri' corte) un rito suicida, donde se auto-infligía con armas blancas en abdomen. La OMS ha reportado que a nivel mundial un 72% de los métodos utilizados no están claros. La OMS describe que el ahorcamiento, la intoxicación por plaguicidas y armas de fuego son los principales métodos utilizados, siendo altamente letales y violentos, con incidencia ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres, que tienden a resultar en fatalidad mientras que métodos menos letales como sobredosis medicamentosa y heridas por arma blanca, es probable que resulten en supervivencia siendo asociados a intentos suicidas. El ahorcamiento es el método preferido en China, Túnez, Corea, Serbia y Europa del Este; en Estados Unidos predomina el uso de armas de fuego, pesticidas en India, África y Latinoamérica, intoxicaciones por drogas en países nórdicos y Reino Unido, precipitación en Hong Kong. En América del Norte, se observó la proporción más alta de muertes auto-infligidas por armas de fuego. En América Central, el Caribe, México y en América del Sur se dan con mayor frecuencia los suicidios por asfixia. (28)

Los métodos para llevar a cabo un suicidio varían en función del país, la cultura, la época y las características demográficas, como la raza, el sexo, la edad y el medio rural o urbano (mar, vía férrea, zona agrícola-pesticidas). Asimismo, la

accesibilidad, la oportunidad y la aceptación sociocultural también son variables determinantes. (28)

A lo largo de la historia han existido diferentes clasificaciones del suicidio según el método elegido. Lester diferencia los métodos activos (ahorcamiento, precipitación, armas de fuego y armas blancas) de los métodos pasivos (gases, drogas o venenos). Por su parte, Isometsa et al. Clasifican el suicidio en “violento” y “no violento”, y en el segundo grupo incluyen la sumersión y la exposición a tóxicos. En algunos países, durante las últimas décadas, los suicidios por envenenamiento han cobrado especial protagonismo; así, por ejemplo, en los Estados Unidos este medio es el principal en el 17% de las muertes por esta causa, y además se ha descrito una tendencia ascendente en el empleo de tóxicos como agente autolesivo (especialmente fármacos y drogas de abuso).(28)

4.6.1. SUICIDIO POR ASFIXIAS

“Es el trastorno de la función respiratoria que origina la hipoxia o anoxia por interferencia en el intercambio gaseoso de oxígeno y anhídrido carbónico, a cualquier nivel del aparato respiratorio, pudiendo ser reversible o irreversible.”

Mecanismo de producción:

Las asfixias pueden depender de trastornos de la ventilación pulmonar y de la pequeña circulación, que obstaculizan la captación de oxígeno; de alteraciones cuantitativas y cualitativas de la sangre circulante, que impiden el transporte de oxígeno de los pulmones a los tejidos; y de inhibición de la respiración intraorgánica, que obstaculiza el uso de oxígeno por los tejidos. (29)

- **ASFIXIAS MECÁNICAS VIOLENTAS.**

Son asfixias primitivas de causa externa.

La asfixia mecánica existe cuando sean impedidas la penetración o renovación del aire de los pulmones, o bien del contacto de él con la superficie alveolar, de modo tal que se produzca una suspensión de la función respiratoria y consiguientemente de la hematosis.(29)

Asfixia es anoxia más hipercapnia.

- **AHORCAMIENTO**

Es la muerte violenta producida por la constricción de cuello, ejercida por un lazo sujeto a un punto fijo, y sobre el que ejerce tracción el propio peso del cuerpo.

Completo: la fuerza pasiva de constricción la ejerce todo el peso del cuerpo por estar suspendido íntegramente.

Incompleto: la tracción sobre el lazo constrictor la realiza solo una parte del cuerpo, por estar éste apoyado parcialmente sobre el piso o muebles.

TIEMPO DE MUERTE: desde forma instantánea hasta 8 a 10 minutos.

- **ESTRANGULAMIENTO**

“Es la constricción mortal ejercida en el cuello, mediante lazo, o directamente con las manos, de modo tal que es una fuerza activa de origen externo que produce oclusión de las vías respiratorias y no el peso del cuerpo”.

Formas: a lazo y a mano. Si el lazo es a varias vueltas el surco es múltiple.

Característica constante es que el surco es casi siempre horizontal y situado a nivel de la laringe o debajo de ella (a lazo). (29)

- **SUMERSIÓN**

“Es la asfixia mecánica en la cual está sustituida la inspiración de aire por penetración de líquido en las vías respiratorias debido a la sumersión del cuerpo”

No es necesario que la inmersión sea de todo el cuerpo, basta que estén sumergidos solo los orificios respiratorios. De aquí que se hable de sumersión completa o incompleta

Formas de sumersión:

1.- Sumersión asfíctica: individuos que han muerto en el agua “ahogándose”. Los cadáveres adquieren una coloración cianótica característica de la muerte por aspiración de líquido (Ahogados azules).

2.- Inhibición: el individuo sufre un reflejo inhibitor de la respiración y de la circulación, al contacto brusco con el líquido frío de la piel o mucosa de las vías respiratorias altas. Se produce un síncope mortal (Ahogados blancos).

- **SOFOCACIÓN**

“Es el impedimento mecánico para la penetración del aire atmosférico en el árbol respiratorio por la existencia de cuerpos extraños en las vías o en los orificios respiratorios o por la existencia de una fuerza que anula los movimientos respiratorios de los músculos torácicos” (29)

4.6.2 SUICIDIO POR ARMA BLANCA

El uso de arma blanca como método suicida es relativamente poco común en el campo médico legal, representando un 0.5-0.75%, varios estudios indican que la relación de arma blanca y suicidio es de 2-3% de todos los casos, 6 por eso son estudiadas pobremente, planteando en ocasiones dificultades al momento de diferenciarlas de heridas producidas de manera homicida, ya que la como frecuentes en el suicidio con arma blanca.(30)

Los órganos lesionados fueron principalmente el corazón y los pulmones, con trayectoria de la herida a través del lóbulo izquierdo del hígado, pulmón izquierdo y el corazón, con un 15% de incidencia en las víctimas de suicidio, siendo lo más común las heridas de pecho, estas heridas de auto-

apuñalamiento en el corazón usualmente son horizontales, debido que al sostener el cuchillo este está perpendicular a la muñeca y el codo flexionado.(30)

La presencia de heridas incisas en cuello son generalmente homicidas o suicidas, el cuello esta poco expuesto protegido por la mandíbula y parte superior del tórax, cuando son lesiones autoinfligidas, realizadas por personas diestras, inician en el lateral izquierdo superior del cuello, refiere que 64% fueron heridas únicas; y el 6% de los casos presentaron entre 2-5 heridas; un 4% presentaron heridas múltiples, entre 6 -10 y el 7% presentaron heridas múltiples, con más de 20 heridas. Otro estudio realizado en Japón en 2011, determinó que un 71% de los suicidios tenían heridas múltiples y un 29% solo presentaban una herida. Aunque la presencia de múltiples puñaladas y heridas incisas plantean la posibilidad de un homicidio, ya que la incidencia de suicidio con auto-apuñalamiento es baja.(30)

4.6.3 SUICIDIOS POR ARMA DE FUEGO

El estudio de las muertes por arma de fuego, en sus distintas etiologías, forma parte de la práctica habitual médico forense. En aquellas de origen suicida, la boca constituye un lugar preferente para el disparo, de forma contraria a los supuestos homicidas o accidentales. (31)

Hay diversos indicios que nos permiten etiquetar una muerte como suicida en el caso de las heridas por arma de fuego. Entre ellos encontramos la localización de la herida, el número de heridas, la dirección del disparo, señales de pólvora en la mano y la distancia a la que se realizó el disparo.(31)

Para considerar una muerte suicida el disparo ha de estar realizado a corta distancia, con una trayectoria compatible con el acceso de la mano. La configuración del orificio de entrada va a proporcionar datos valiosísimos para determinar la distancia del disparo.(31)

En líneas generales, el orificio de entrada de un proyectil suele ser circular u ovoide de pequeño tamaño salvo en los siguientes casos:

- Disparos a cañones tocantes o muy cercanos en una zona situada sobre un plano óseo.
- Disparos en la cabeza con un cartucho de alta velocidad (con gran energía cinética) o con proyectiles de caza o semiblandos.
- Con el proyectil desestabilizado antes de impactar sobre la víctima; ya sea por rebote o por interposición de algún material.(31)

Cuando el disparo se produce a cañón tocante, el orificio de entrada está constituido por una herida contusa, irregular, estrellada, y sobre una cavidad anfractuosa debida al despegue de los tegumentos: es el cuarto de mina, cuyas paredes están tapizadas por restos negruzcos compuestos de humo, partículas metálicas, granos de pólvora y restos tejidos mezclados con sangre. En la configuración de la herida también influye la presión de los gases y el sobre estiramiento de la piel.(31)

Por último la dirección del disparo ha de ser compatible con el mecanismo suicida. Un sujeto diestro habitualmente se dispara de derecha a izquierda. La configuración del orificio de entrada y de salida en el hueso va a ser primordial para la interpretación de la dirección del disparo. Cuando el proyectil atraviesa el cráneo la confrontación de los orificios constituye un fiel índice de cuál es el orificio de entrada y cual, el de salida. En el estudio de las dos tablas del diploe craneal, la segunda atravesada presenta un orificio mayor y más irregular, adoptando la típica imagen de cono truncado con la base señalando la salida del proyectil.(31)

4.6.4 SUICIDIOS POR INTOXICACIONES

En este caso se utiliza el poder de la acción química intensa de una sustancia ajena al organismo. Los grandes venenos suicidas, como ocurre también con los homicidas, han ido variando a lo largo de la historia. Hoy tienen interés sobre todo los medicamentos, los productos domésticos desde los cáusticos al gas, los plaguicidas en el medio rural y también el cianuro.(32)

- a) Ácidos.- Las soluciones más concentradas producen escaras y/o úlceras.
- b) Alcalis.- En contacto con membranas biológicas producen la combinación de proteínas y lípidos (saponificación), lo que explica el aspecto húmedo, tumefacto, untuoso y blanquecino de las lesiones.
- c) Psicofármacos.- Ocupan el primer puesto, han sido clásicos los suicidios mediante barbitúricos, sin bien dejaban un margen terapéutico amplio tenía una mortalidad bastante elevada, sobre todo si la dosis era demasiada alta y la llegada al medio asistencial, tardía. Al ser sustituidos como psicofármacos por las benzodiazepinas el panorama vario. La introducción de los antidepresivos como medicamentos de amplio uso ha incrementado el riesgo, aunque manteniéndose en niveles bajos.
- d) Monóxido de carbono.- Mucho más efectiva, que ha sido mayoritaria en ciudades que tenían gas era de obtención fácil y efecto bastante seguro.
- e) Cáusticos.- Más los de tipo ácidos en especial el ácido clorhídrico, forma de muerte no rápida y dolorosa
- f) Otros.- Una forma de intoxicación muy eficaz, porque el margen terapéutico es muy reducido, que se mantiene con cifras bajas, pero constantes, es el empleo del cianuro. En el medio rural tiene también su lugar los plaguicidas con variaciones desde los bupiridilios (paraquat) altalio. (32)

4.6.5 ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DEL SUICIDIO EN BOLIVIA

En Bolivia según el Código Penal Boliviano Ley 1970 el suicidio no está tipificado solo como suicidio, se habla del artículo 256 como **Homicidio-Suicidio** y refiere que el que instigare a otro al suicidio o lo ayudara a cometerlo, si la muerte se hubiere intentado o consumado, incurrirá en reclusión de dos (2) a seis (6) años.(33)

Si con motivo de la tentativa se produjeran lesiones, la sanción será de reclusión de uno (1) a cinco (5) años.(33)

Aunque hubiere mediado consentimiento de la víctima en el doble suicidio, se impondrá al sobreviviente la pena de reclusión de dos (2) a seis (6) años.(33)

Cuando una persona cometa suicidio como consecuencia de una situación de violencia, la agresora o agresor será sancionado con privación de libertad de diez (10) años.(33)

Si la víctima del delito en cualquiera de los casos del presente artículo, resultare ser Niña, Niño o Adolescente, la pena será agravada en dos tercios.(33)

El 4 de septiembre concluyó el registro con 10.982 armas de fuego en sus listas. Encabeza el registro el departamento de Santa Cruz, con 4.930 armas, Cochabamba con 1.832, La Paz con 1.345 y Tarija con 1.039. Oruro 121, Potosí 166, Beni 711, Pando 380, Chuquisaca 458.(34)

Los requisitos para portar armas de uso civil son: Carta de solicitud, fotocopia de cédula de identidad, ser mayor de 21 años, documento que acredite el derecho propietario, certificado de antecedentes, para extranjeros certificado de la Interpol, y mostrar el arma, con cuatro cartuchos, para su examen técnico balístico. La primera etapa duró de septiembre de 2015 a abril de 2016 y registró 3529 armas de fuego, que implicaba el 35 % de la proyección, por lo que se relanzó el registro, llegando esta vez a zonas rurales y fronteras.(34)

Ley No. 400 en su artículo 1. tiene por objeto normar, regular y controlar la fabricación, importación, exportación, internación temporal, comercialización, enajenación, donación, transporte, tránsito, depósito, almacenaje, tenencia, manipulación, empleo, porte o portación, destrucción, desactivación, rehabilitación, registro, control, fiscalización, secuestro, incautación, confiscación y otras actividades relacionadas con armas de fuego, municiones, explosivos, materias primas clasificadas tendientes a la fabricación de explosivos, fuegos artificiales o pirotécnicos, sus piezas, componentes y otros materiales relacionados, en el marco de la Seguridad y Defensa del Estado y de la Seguridad Ciudadana.(34)

La Ley 400 también controla los explosivos, que en el país son manejados por los sectores minero, petrolero y en la apertura de caminos.

En el Artículo 13. (ATRIBUCIONES). Los Ministerios de Gobierno. De Defensa y de Relaciones Exteriores, en el marco de la presente Ley, tienen las siguientes atribuciones:

- a) Administrar, a través de la Policía Boliviana, el registro clasificado de las armas de fuego, municiones y explosivos de uso policial y el registro de armas y municiones de uso civil, y remitir al Ministerio de Defensa.
- b) Autorizar, registrar y controlar a través del Registro de Armas de Fuego y Municiones de Uso Civil, la comercialización interna de armas de fuego y municiones de uso civil. y otros materiales relacionados.
- c) Autorizar, matricular, registrar y controlar a través del Registro de Armas y Municiones de Uso Civil, la adquisición, tenencia, posesión y porte o portación de armas de fuego y municiones de uso civil, materiales relacionados. en todo el territorio del Estado, de acuerdo a reglamentación, previo informe pericial del Instituto de Investigaciones Técnico Científicas de la Policía Boliviana.

- d) Recoger, conservar y custodiar a través de la Policía Boliviana, las armas de fuego, municiones, explosivos, fuegos artificiales o pirotécnicos y otros materiales relacionados, que hayan sido utilizadas en la comisión de delitos, para ponerlas a disposición del Ministerio Público.
- e) Remitir al Ministerio de Defensa para la destrucción, armamento de uso policial obsoleto y civil confiscado, previo informe pericial del Instituto de Investigaciones Técnico Científicas de la Policía Boliviana y Certificación del Laboratorio de Pruebas del Ministerio de Defensa.
- f) Revocar o suspender toda autorización o licencia de tenencia, portación de armas de uso civil, a través del Registro de Armas de Fuego y Municiones de Uso Civil.
- g) Secuestrar e incautar, a través de la Policía Boliviana, armas de fuego, municiones, explosivos, fuegos artificiales o pirotécnicos y otros materiales relacionados, en delitos flagrantes de tenencia, porte o portación, tráfico ilícito, y ser entregados al Ministerio de Defensa para su posterior destrucción en acto público.(34)

Administrar los procesos de autorización, registro, control y fiscalización de la fabricación, importación, exportación, internación, enajenación, donación, transporte, tránsito, destino final, almacenaje, armerías, tenencia, manipulación, marcaje, empleo, porte o portación y otras actividades relacionadas con armas de fuego, municiones, explosivos, materias primas clasificadas tendientes a la fabricación de explosivos, fuegos artificiales o pirotécnicos, sus piezas, componentes y otros materiales relacionados, comprendidos en la presente Ley.(34)

Ministerio de Defensa: en sus atribuciones menciona las siguientes:

Tener a su cargo el Registro General de Armas de Fuego, Municiones, Explosivos, fuegos artificiales o pirotécnicos y otros materiales relacionados, de uso militar, policial y civil.(34)

Presentar anualmente el plan de adquisición, fabricación e importación de los tipos y cantidades de armas, municiones, explosivos y otros de uso militar, para su aprobación por la Presidenta o el Presidente del Estado Plurinacional.(34)

4.6.6 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES

En el presente trabajo se hace evocación al Instituto De Investigaciones Forenses (IDIF), ya que esta institución cumple funciones en el ámbito forense para la investigación de hechos carácter criminal entre las funciones que en el presente trabaja se indica que: el **Instituto De Investigaciones Forenses** es la institución encargada de realizar los estudios científicos requeridos para la investigación de delitos por el Ministerio Publico, igualmente se encarga de los estudios científicos técnicos para la comprobación de otros hechos encomendados por orden judicial.(35)

El Instituto De Investigaciones Forenses, es el brazo operativo del ministerio público en lo referente al área técnica científica se realizan análisis de laboratorio y valoraciones del daño corporal en hechos de tránsitos, agresiones físicas, delitos sexuales, valoraciones de estado de salud. A partir de los exámenes toxicológicos genéticos coadyuvan en la investigación técnica científica.(35)

El Instituto De Investigaciones Forenses, cuenta con un equipo multidisciplinario cuenta en el país con 125 peritos los cuales cotidianamente, responden los requerimientos fiscales y judiciales para la investigación de los delitos penales. Cuenta con médicos forenses, genetistas forenses, biólogos forenses, toxicólogos químicos criminalistas.

Los médicos forenses hacen el trabajo diario de valoración de daño corporal, delitos sexuales, autopsias y necropsias en víctimas de hechos de violentos.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el punto de vista médico legal, se define al Suicidio como la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida, siendo la intencionalidad del acto lo más importante de ésta conceptualización.

El Ministerio de Salud reporta datos de 3.495 suicidios en el territorio nacional desde 2005 hasta 2008. apoyado en un informe de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC), da cuenta en un informe en el que menciona que a La Paz 31(%) le siguen en forma descendente Cochabamba con 633 (18%) suicidios, mientras que Santa Cruz reporta 572 (16%); Potosí, 339 (10%); Oruro, 308 (9%); Chuquisaca, 285 (8%); Tarija, 185 (5%) y Pando registra 34 casos (1%) en relación con los mecanismo de autoeliminación ocupa el primer lugar el ahorcamiento con el 40%, el segundo lugar lo ocupa la ingestión de raticida con el 30%, en tercer lugar está el uso de sustancias químicas con el 12% y en cuarto lugar el uso de armas de fuego con el 12%. Las mujeres son más propensas al suicidio a causa de problemas familiares, pasionales o el bajo rendimiento escolar.(36)

Los últimos datos publicados indican que a lo largo de 2015 se registraron 2.010 suicidios en Bolivia.

La tasa de suicidios en Bolivia es de 18,49 por cada 100.000 habitantes, muy por encima de la media de suicidios a nivel mundial, que es de 9,55 por cada 100.000 habitantes.(36)

Bolivia es un país con una alta tasa de suicidios, si lo comparamos con el resto de países del mundo.

De los 2.010 suicidios que se produjeron en 2015, 1.307 fueron suicidios de hombres y 703 de mujeres. Así pues, se suicidan 24,01 hombres de cada 100.000 y 12,96 mujeres de cada 100.000 A pesar de que la tasa de suicidios

masculina es mayor a la femenina, la diferencia entre ellas es muy inferior a lo habitual.

Oruro no es la excepción en este tema, según datos de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen, el conlleva a problemas además en ámbito social de la persona suida afectando a su familias y con esto la estructura básica de la sociedad tomando en cuenta que la edad de los mismos varía desde los 17 años hasta los 59 años, viendo que la misma no se ve afectada condición social económica.

Parte importante de la prevención debe estar en la comprensión global de los métodos empleados que con mayor frecuencia llevan a una persona a atentar contra sí mismo. El método empleado muchas veces resultan determinadas por el medio circundante.

En la actualidad la atención se centra en evitar el acceso a los plaguicidas y en mejorar la vigilancia, la capacitación y la acción comunitaria en relación con su manejo. Las restricciones del acceso a las armas de fuego se han acompañado de una reducción de su uso con fines suicidas en algunos países.

Por esa razón, en este estudio se parte de las cifras estadísticas para mirar un poco más allá de las mismas, en la posibilidad de encontrar herramientas para la prevención del suicidio, haciendo énfasis en la obtención de medios para consumir el acto suicida.

Siendo de mucha importancia de realizar esta investigación, para generar conocimientos que brinden un aporte al conocimiento existente y así tomar medidas de control, reducción en la disponibilidad de los métodos, como también que se intensifique los controles por parte de personal policial de elementos que ya están restringidos por ley u en los casos que no exista adecuar la normativa para además de realizar orientación psicológica a grupos estudiantiles, campañas gratuitas de prevención de la depresión para la

población en general y crear líneas telefónicas de ayuda. Son medidas preventivas para reducir el índice de suicidio en la ciudad de Oruro y en el resto del estado plurinacional de Bolivia.

VI. PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los métodos de suicidio reportados en los certificados de defunción del Instituto de Investigaciones Forenses de la ciudad de Oruro, gestión 2018?

VII. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Quelali Mollinedo Erika, 2015. Identificación y Características suicidios y métodos de suicidio más usados en la ciudad de La paz y el Alto gestión 2013. Es un trabajo de los métodos de suicidio en nuestro territorio el que nos muestras métodos de suicidio utilizados en la ciudad de La Paz y el Alto. Se encontró en ciudad de La Paz es la asfixia por ahorcadura con 36,4%; precipitación 31,8%; y la intoxicación por órganos fosforados 15,2%. En la ciudad de El Alto la asfixia por ahorcadura con 57,1%; la intoxicación por órganos fosforados 19%; y uso de arma de fuego con 9,5% (37).
- Acarapi Mamani Javier, 2015. Determinación de los factores asociados al riesgo suicida en universitarios de 18 a 24 años de edad, de la Universidad Mayor de San Andrés, municipio de La Paz, Bolivia, Julio – Septiembre, gestión 2014. con una muestra de 1260, realizando las 13 facultades en relación a la proporción de estudiantes inscritos por facultad, referente el estudio a determinar la ideación suicida, foco de atención de nuestra investigación, se tiene que un 44,5% son del sexo masculino, un 55,5% del sexo femenino, con presencia de riesgo de 2:1 en relación de varones con las mujeres, con la edad de mayor riesgo 20 años con un 25,5%, con riesgo suicida alto de un total de 30,6% de riesgo de ideación suicida, asociado a la influencia de los factores psicosociales analizados al riesgo suicida, con riesgo alto; la desesperanza con un 68,1%, incapacidad para afrontar emociones con un 24,7%, soledad y abatimiento con un 10,5%, baja autoestima con un 6,7%, ideación suicida 3,4%. Es claro que en base a los resultados obtenidos que el riesgo de ideación suicida está presente y es preocupante en la población de estudiantes universitarios de la Universidad Mayor de San Andres Municipio de La Paz.(38)
- Palacios Velázquez Gladis, 2018. Caracterización de los casos de

suicidios, registrados por el Instituto De Ciencias Forenses De Tegucigalpa, Honduras enero 2015 - junio 2017. Trabajo realizado en país latinoamericano en la cual la edad media fue de 43 años, la edad mínima de 12 años y la máxima de 80 años, 26 de sexo femenino y 73 del sexo masculino para un total de 99 muertes registradas, el sexo masculino represento el 74%, los solteros el 64%; el 42% con educación primaria y predominantemente estudiantes. El lazo fue el instrumento de mayor uso en ambos sexos y Comayagüela fue la ciudad con mayor número de casos. (39)

VIII. OBJETIVOS

8.1. OBJETIVO GENERAL

1. Identificar los métodos de suicidio reportados en los certificados de defunción del Instituto de Investigaciones Forenses de la ciudad de Oruro, gestión 2018

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar en qué sexo es más frecuente las muertes por suicidio reportados en certificados de defunción en el Instituto De Investigaciones Forenses Oruro en la gestión 2018.
2. Establecer frecuencia de muertes por suicidio y sus métodos más utilizados en relación de su sexo, reportados en certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses Oruro en la gestión 2018.
3. Determinar la edad media en la que se producen muertes por suicidio reportados en el Instituto De Investigaciones Forenses Oruro en la gestión 2018.
4. Proponer guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida en los servicios de urgencia.

IX. DISEÑO METODOLÓGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo.

Descriptivo: Se realiza una descripción y análisis de los datos que tenemos de los certificados de defunción que; implica métodos de registro, tabulación de los elementos constituyentes, su presentación visual, las propiedades de las diferentes clases de medidas, métodos para su cómputo y de hecho todos los métodos para presentar una descripción suma la de los hechos.

Retrospectivo: Es un estudio que se analiza en el presente, con datos de certificados de defunción de la gestión 2018.

B. POBLACIÓN DE REFERENCIA Y LUGAR

El universo comprende 38 casos de suicidios registrados en certificados de defunción otorgados por médicos forenses del Instituto De Investigaciones Forenses Oruro gestión 2018.

C. MUESTRA

La muestra para la presente investigación es igual a la población, incluye casos de suicidios de hombres y mujeres suscitados en la ciudad de Oruro que están registrados en los certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses, que corresponden a 38 casos.

Se seleccionaron muertes de persona cuya causa y mecanismo de muerte según Gisbert Calabuig como métodos de suicidios más usados serán: muertes producidas por asfixias, grandes traumatismos e intoxicaciones.

D. CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Certificados de defunción de mujeres y hombres procedentes de la ciudad de Oruro certificados por los médicos forenses del Instituto De Investigaciones Forenses de Oruro que se asocien a muertes por suicidio.

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Certificados de defunción de cadáveres de personas que tengan causas de muertes hechos no relacionados a hechos suicidas, y certificados de defunción en los cuales la causa de muerte se encuentre en estudio.

E. VARIABLES

VARIABLES CUALITATIVAS: Son aquellas que se refieren a cualidades o atributos no medibles en números.

- Genero
- Método de suicidio

VARIABLES CUANTITATIVAS: Son aquellas que son susceptibles de medirse en términos numéricos.

- Edad

CUADRO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
SEXO	Característica	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Genero del

	biológica del individuo que lo distingue en masculino y femenino			suicida
EDAD	Tiempo cronológico el nacimiento a la fecha de muerte	Cuantitativa numérica (continua)	5 años a 90 años	Edad en años de la persona suicida
VARIABLE DE INTERES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
METODO DE SUICIDIO	El método escogido por una persona para suicidarse es a menudo determinado por la disponibilidad y por los factores culturales	Cualitativa Nominal	-Ahorcadura -Intoxicaciones por plaguicidas. - Intoxicaciones por agentes químicos ácidos. - Intoxicaciones por agentes químicos alcalinos. - Intoxicaciones	Métodos asociados a la auto eliminación

			por monóxido de carbón. -Arma De Fuego -Arma Blanca -Precipitaciones	
--	--	--	---	--

F. PLAN DE ANÁLISIS

Para la medición de variables se utilizó una fuente secundaria de obtención de datos que corresponde a los certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses de la ciudad de Oruro de la gestión 2018.

Los procedimientos que fueron empleados para dar salida a los objetivos fue construida con ayuda del programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciencies) Windows versión 25.0. Un total de 38 certificados de defunción fueron seleccionadas ya que cumplían con elementos necesarios describir las características de los fallecidos, los métodos y condiciones en que se produjo la muerte.

Para extraer la información se creó un registro de datos y se construyó una base de datos en planilla Excel, donde se recopiló la mayor cantidad de información.

El número total de datos recabados de los certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses Oruro, fueron en total 38 casos de suicidios.

Las edades para el análisis estadístico fueron de 11 años como la mínima y 90 años como edad máxima.

El proceso de la presentación de los resultados está de acuerdo a los objetivos específicos planteados, dando salida a los mismos, haciendo uso de tablas y gráficos en la cual se realizo un análisis de frecuencias.

G. ASPECTOS ÉTICOS

Para la presente investigación se solicitó permiso por escrito formalmente a la directora del Instituto De Investigaciones Forenses.

En la presente investigación se respeta la identidad de occisos por razones éticas y además por ser hechos punibles el mismo es de carácter confidencial solo siendo las partes del proceso los interesados.

X. RESULTADOS

En relación a cuáles son los métodos de suicidio reportados en los certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses de la ciudad de Oruro, gestión 2018.

CUADRO 2: MÉTODOS DE SUICIDIO REPORTADOS EN CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN EMITIDOS POR INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES, GESTIÓN 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Muerte por suicidio asfixia por ahorcadura	21	55,3	55,3
	Muerte por suicidio por plaguicida	5	13,2	13,2
	Muerte por suicidio por arma de fuego	5	13,2	13,2
	Muerte por suicidio por explosivos	4	10,5	10,5
	Muerte por suicidio por precipitación	1	2,6	2,6
	Muerte por suicidio por intoxicación por sustancia Asociado Alcalina	2	5,3	5,3
	Total	38	100,0	100,0

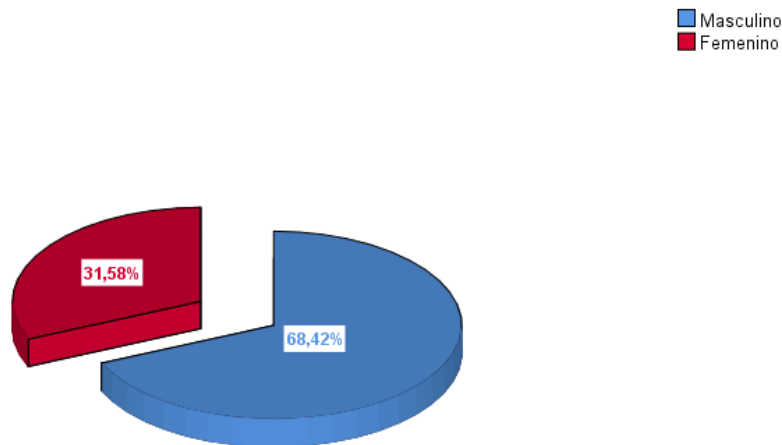
FUENTE: Elaboración propia en base a datos de certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses – Oruro

El método de suicidio más utilizado en la ciudad de Oruro en la gestión 2018 encontrado en el presente trabajo:

Es la asfixia por ahorcadura con un 55, 3% con un total de 21 casos, En segundo lugar el método más utilizado sería la muerte por plaguicida con un

13.2 % con un total de 5 casos, en tercer lugar está la muerte por suicidio con arma de fuego con un porcentaje de 13.2 % contando con 5 casos, en cuarto lugar evidenciamos que la sería la muerte por explosivos con un 10.5% contando con un total de 5 casos, en quinto lugar está la muerte por suicidio por intoxicación por sustancia acida o alcalina con un porcentaje de 5.3 % con un total de 2 casos, y por ultimo queda la muerte por precipitación con un porcentaje de 2.6 % contando con 1 caso es así que en base de esta tabla podemos identificar que la las muerte que se presento en la ciudad de Oruro, en la gestión 2018 en mayor porcentaje es la muerte por ahorcadura.

GRAFICO 1: FRECUENCIA DE MUERTES POR SUICIDIO POR GÉNERO REPORTADOS EN LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE LA CIUDAD DE ORURO GESTIÓN 2018



FUENTE: *Elaboración propia en base a datos de certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses – Oruro*

Se tiene como resultado en el gráfico No 2 y cuadro 3 (anexos) que el género que se muestra frecuencia de muertes por suicidio y su relación al sexo y el que

mayor frecuencia presenta muertes relacionadas con suicidio ciudad de Oruro en la gestión 2018, es el masculino con un porcentaje 68,4% (n =26 casos) el mismo que en relación a la que se da en otros países es constante ya que el sexo masculino es el más afectado por muertes por suicidio; y en el sexo femenino con un 31,6%.(n=12 casos).

CUADRO 4: MÉTODOS DE SUICIDIO UTILIZADOS Y SU RELACION AL SEXO EN LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN REPORTADOS EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE LA CIUDAD DE ORURO GESTIÓN 2018

		MÉTODO DE SUICIDIO UTILIZADO							Total
		muerte por suicidio asfixia por ahorcadura	Muerte por suicidio por plaguicida	Muerte por suicidio por arma de fuego	Muerte por suicidio por explosivos	Muerte por suicidio por precipitación	Muerte por suicidio por intoxicación por sustancia Acida o Alcalina		
Genero	Masculino	Nº	14	1	5	4	1	1	26
		%	53,8%	3,8%	19,2%	15,4%	3,8%	3,8%	100,0%
	Femenino	Nº	7	4	0	0	0	1	12
		%	58,3%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	100,0%
Total		Nº	21	5	5	4	1	2	38
		%	55,3%	13,2%	13,2%	10,5%	2,6%	5,3%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses – Oruro

Se puede observar en el cuadro N° 3, que el género masculino utiliza como método de suicidio la asfixia por ahorcadura que corresponde a un 53,8% (n=14

casos); seguido el uso de arma de fuego con un 19,2% (n=5 casos); seguido por el uso de arma de explosivos con el 15,4% (n=4 casos); y en último lugar se encuentran las muertes por suicidio por precipitación e intoxicación por plaguicidas, sustancias acidas o álcalis y precipitación con 3,8% (n=1 caso).

Para el género femenino el método de suicidio más elegido es la asfixia por ahorcadura con un 58,3% (n=7 casos); seguido por la intoxicación por plaguicidas con un 33,3% (n=4 casos); seguido de la intoxicación por ácidos o álcalis con un 8,3% (n=1 caso) no encontrándose datos para los otros métodos de suicidio en el sexo femenino en el presente trabajo.

CUADRO 5: ESTADISTICA DESCRIPTIVA DE LAS MUERTES POR SUICIDIO DE ACUERDO A CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN REPORTADOS EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE LA CIUDAD DE ORURO GESTIÓN 2018 EDAD MEDIA

EDAD MEDIA		
N	Válido	38
	Perdidos	0
Media		30,84
Mediana		32,50
Moda		16 ^a
Mínimo		14
Máximo		55

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses – Oruro

La media de edad en la que se presenta suicidios en la ciudad de Oruro en la gestión 2018 es 31 años, la edad mínima que se registran muertes por suicidio

en la ciudad de Oruro en la gestión 2018 es 14 años, siendo la edad máxima 55 años para muertes por suicidio en la gestión 2018 en la ciudad de Oruro.

Se elaboro una guía de práctica destinada al servicio de urgencias para la prevención y tratamiento de la conducta suicida en el servicio de urgencia ya que el área de urgencias se tratan casos de intentos suicidas por intoxicaciones y autolesionismo entre los más frecuentes, y tiene como objetivo es dar los lineamientos para realizar atención sistemática y acorde a personas que se presentan con características de intento de suicidio para brindar un manejo enfocado a prevenir los suicidios el cual se encuentra en los anexos del presente trabajo.

XI. DISCUSIÓN

Se encontraron trabajos de investigación relacionados a los métodos de suicidio en nuestro territorio el que nos muestra métodos de suicidio utilizados en la ciudad de La Paz y el Alto, no existiendo datos de la ciudad de Oruro la investigación más cercana con nuestro tema es Identificación de las características y métodos de suicidio más usados en la ciudad de La Paz y El Alto, gestión 2015 por Quelali y López. (25).

En relación a los métodos empleados para suicidarse como punto central de atención de nuestro trabajo de investigación se pudo establecer que de los 38 casos obtenidos, en la ciudad de Oruro en la Gestión 2018 la asfixia por ahorcadura es el método más empleado con el 55,3% con un total de 21 casos (n=21 casos), seguido por el uso por plaguicida con un 13,2% (n=5 casos), en tercer lugar está la muerte por suicidio con arma de fuego con un porcentaje de 13,2% contando con (n=5 casos), casos, en cuarto lugar evidenciamos que sería la muerte por explosivos con un 10,5% contando con un total de (n=4 casos), en quinto lugar está la muerte por suicidio por intoxicación por sustancia ácida o alcalina con un porcentaje de 5,3% con un total de (n=2 casos), casos, y por último queda la muerte por precipitación con un porcentaje de 2,6% contando con (n=1 caso).

De acuerdo al trabajo de referencia de Quelali y Claros la asfixia por ahorcadura es el método más empleado con el 36,4% (n=24 casos); seguidos de la precipitación con el 31,8% (n=21 casos) y la intoxicación por órganos fosforados con el 15,2% (n=10 casos). En la ciudad de El Alto la asfixia por ahorcadura es también el método de suicidio más frecuente con el 57,1% (n=12 casos); luego está la intoxicación por órganos fosforados con 19% (n=4 casos) y el uso del arma de fuego con 9,5% (n=2 casos).

En Chile Moreno y Navia muestran que el método de suicidio más frecuente en el periodo estudiado 2001 - 2011 de un total de 66 casos fue la asfixia por

ahorcamiento en un 83,3% de la muestra (55 casos), seguido por el uso de armas de fuego con un 7,5% (5 casos) y uso de arma blanca en el 3% (2 casos).

En Argentina Fritschy y Blanca durante la gestión de julio 2001 a noviembre 2004 hablan del total de suicidios que fue de 182, siendo los métodos más empleados para suicidarse el ahorcamiento y el uso de armas de fuego para el departamento La Capital; entre ambos suman el 42% y 38% siendo total de 80%.

Referente al género el sexo masculino utiliza como método de suicidio la asfixia por ahorcadura que corresponde a un 53,8% (n=14); seguido el uso de arma de fuego con un 19,2% (n=5); seguido por el uso de arma de explosivos con el 15,4% (n=4); y en último lugar se encuentran la intoxicación por plaguicidas, sustancias acidas o álcalis y precipitación todas con 3,8% (n=1 caso). En relación con el género femenino el método de suicidio más elegido es igualmente la ahorcadura con un 58,3% (n=7 casos); seguido por la intoxicación por plaguicidas con un 33,3% (n=4 casos); seguido de la intoxicación por ácidos o álcalis con un 8,3% (n=1 casos) no encontrándose datos para los otros métodos de suicidio en el sexo femenino en el presente trabajo

Respecto a la edad se tiene una media de 31 años con una edad mínima registrada de 14 años y una edad máxima de 55 años.

Respecto al género en este análisis descriptivo y los estudios de referencia se mostraron la mayor incidencia de suicidio en el género masculino con el 68,4 % y 31,6 % pertenecen al género femenino. Se mantiene la tendencia mayoritaria en el grupo de varones.

El género masculino presenta un porcentaje alto de suicidios representada con un 26 Casos y el género femenino con un 12 haciendo un total de 38 casos en el año 2018 en la ciudad de Oruro lo cual mantiene un común con el estudio

realizado en la ciudad de La Paz y con datos que se tienen a nivel mundial en cuanto al método de suicidio mas empleado por la disponibilidad del elementos empleados para realizar ahorcadura son de fácil acceso para el suicida y es poner un enfoque especial al método de suicido en relación con elementos explosivos por las características económicas y de ocupación de la ciudad de Oruro y poblaciones cercanas donde la actividad minera continua siendo fuente de ingreso y empleo que encara a nuestra realidad nacional en el presente trabajo por las características de relacionadas actividad económica de la ciudad de Oruro y poblaciones cercanas a la ciudad de Oruro.

XII. CONCLUSIONES

- Se concluye que el método de suicidio más utilizado en la ciudad de Oruro es asfixia por ahorcadura.
- El género que presentó mayor frecuencia de suicidio en la ciudad de Oruro, fue el sexo masculino con 26 casos en relación al sexo femenino 12 casos.
- En relación género el sexo masculino utiliza como método de suicidio la asfixia por ahorcadura que corresponde a un 53,8% (n=14 casos); seguido el uso de arma de fuego con un 19,2% (n=5 casos); seguido por el uso de explosivos con el 15,4% (n=4 casos); En relación con el género femenino el método de suicidio más elegido es igualmente la ahorcadura con un 58,3% (n=7 casos); seguido por la intoxicación por plaguicidas con un 33,3% (n=4 casos) que reflejan la importancia de la disponibilidad de elementos para consumar un hecho suicida.
- El suicidio se presenta en una edad media de 31 años en la ciudad de Oruro gestión 2018 con una edad mínima registrada de 14 años y la edad máxima de 55 años.
- El método de suicidio más utilizado para la ciudad de Oruro de 21 casos fue la asfixia por ahorcadura que ocupa el primer lugar con 5 casos en segundo lugar por suicidio por plaguicida y como tercer lugar arma de fuego con 5; cuarto lugar muerte por explosivos con 4 casos atendidos en quinto lugar muerte por intoxicación por sustancia acida o alcalina con 2 casos, en último lugar muerte por precipitación con 1 caso.
- Nuestros datos muestran la realidad nacional, por lo cual es importante tomar medidas de control en cuanto a los métodos empleados.

XIII. RECOMENDACIONES

Con el presente trabajo se puede manifestar las siguientes recomendaciones:

- Teniendo en cuenta que la accesibilidad a los métodos de suicidios influyen para perpetrar la autoeliminación se recomiendan disminuir la disponibilidad de los métodos suicidas que se reflejaron en este trabajo realizado en la ciudad de Oruro la ahorcadura, uso de armas de fuego, explosivos y la intoxicación por plaguicidas son métodos para tomar medidas de prevención se podrían poner barreras de protección, en cuanto a la venta de explosivos y raticida debería haber mayor control la misma pudiendo realizar y efectivizarla creación de unidades especiales de control por parte de policía, gobierno municipal en el control de obtención de explosivos y sustancias plaguicidas.
- Se recomienda elaborar normas nacionales, departamentales y municipales para regular la venta de sustancias plaguicidas.
- Se recomienda a las autoridades de salud, crear campañas de concientización, orientación psicológica a grupos estudiantiles, prevención de la depresión, crear sitios WEB y de redes sociales de ayuda para este problema que aqueja silenciosamente a la población en general. Formar grupos multidisciplinario, desde un plano individual y de salud pública.
- Se recomienda además completar el presente estudio con estudio de factores asociados a muertes por suicidio ya que no se cuentan con las mismas en la ciudad de Oruro y así realizar medidas preventivas enfocadas a los factores que causan ideación suicida.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Núñez de Arco J. Violencia Autoinfligida. Edición. 3ra. Bolivia: Editorial Original - San José; 2014. Pag.204
2. Dávila Cervantes CA, Ochoa Torres M del P, Casique Rodríguez I. Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México, 2000-2012. Salud Colect. Diciembre de 2015;11:471-84.
3. Organización Mundial de la Salud. Pública el primer atlas de métodos de suicidio. [Internet]. Madrid.2008: [acceso 30 de Enero de 2014].Disponible URL: <http://www.publico.es/148364/la-oms-publica-el-primer-atlas-de-metos-desuicidio>.
4. Organización Mundial de la Salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [Internet]. WHO. [Citado 20 de julio de 2019]. Disponible URL: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
5. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre el suicidio: infografía [Internet]. WHO. [citado 20 de julio de 2019]. Disponible URL: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/
6. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Informe Subregional del Suicidio. Centro América y República Dominicana. 1988-2008. Internet. Citado 14 May 2014. Disponible URL: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/OPS%20Suicidio%20en%20CA%20y%20RD.pdf>

7. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Ginebra: OMS; 2018.
Disponible URL:
<http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
8. Bolivia registra en cinco años 3.495 suicidios; el 33% en La Paz - La Razón [Internet]. [citado 20 de julio de 2019]. Disponible URL:
http://www.la-razon.com/sociedad/Bolivia-registra-anos-suicidios-Paz_0_1904209638.html
9. Vera-Varela C, Barbería E, Giner L, Xifró A, Suelves JM, Guija J. Aportaciones de la medicina forense en la mejora del conocimiento del suicidio. Rev Esp Med Leg. 1 de abril de 2019;45(2):67-72.
10. Rivera A, H G. SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. Rev Médica Paz. 2015;21(2):91-8.
11. Fraraccio José Antonio. "Medicina Legal". Conceptos clásicos y modernos. Editorial Universidad. Buenos Aires. 1997
12. Holowaty José A. La biblia y el suicidio. Nosotros CL. [Internet] 2014. [acceso 28 de Octubre de 2014]; Disponible en URL:
http://www.nosotros.cl/detalle_noticia.php?cont=486
13. Quinnett P., el suicidio: una decisión para siempre. México, 2009.
Disponible URL:
<https://www.qprinstitute.com/pdfs/FDSpanish.pdf> en fecha 22 de septiembre de 2014
14. Rubio M. La cosmovisión religiosa andina y el rito de la Capacocha. 2009.
15. Durkheim E., los factores extra sociales, el suicidio y los estados psicopáticos, cap. Primero, pagina 46-50 Disponible URL:

http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los_FESociales.pdf en fecha 22 de septiembre de 2014

16. Andres de Felipe Palacio. La comprensión clásica del Suicidio de Emile Durkeim. 2012;

17. Gisbert Galasi Jorge. El problema de la explicación el Suicidio de Durkheim. Rev. Austral de Ciencias Sociales. [Internet] 1999 [acceso 26 de Octubre de 2014]; (3): 5-20 Disponible en URL: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/racs/n3/Art01.pdf>

18. Organización Mundial de la Salud. Pública el primer atlas de métodos de suicidio. [Internet]. Madrid.2008: [acceso 30 de Enero de 2014]. Disponible URL: <http://www.publico.es/148364/la-oms-publica-el-primer-atlas-de-metos-desuicidio>.

19. Instituto Nacional de Estadísticas. Suicidios registrados y tasa de mortalidad. [Internet]. Montevideo.2012: [acceso 30 de Enero de 2016].Disponible URL: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zWKIn6ca4JsJ:www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file%3Fuuid%3D392c6d0b-3c78-44e6-9222-26387b67c529%26groupId%3D10181+&cd=4&hl=es419&ct=clnk&gl=uy

20. Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina | El sevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 30 de octubre de 2019]. Disponible URL: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2007471917300625?token=1CCFC8FC753E263D8C324EB4F8E8DE3120C8BC4AEEA59B0C92C174E7A988032701490DFFC5DFC90A7898480A6C2B1B40>

21. Organización Panamericana de la Salud Pública. Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional. Washington, DC: OPS; 2014

22. Santander J, Brokering W, Ramos P, Arenas Á. Consideraciones acerca de la conducta suicida de pacientes hospitalizados y responsabilidad del médico tratante. Rev méd Chile. Abril de 2015; 143(4):506-11.
23. El depresivo rostro del suicidio en México [Internet]. México Ciencia y Tecnología. [Citado 30 de octubre de 2019]. Disponible URL: <https://www.cienciamx.com/index.php/reportajes-especiales/22639-depresivo-rostro-suicidio-mexico>
24. Saxena S, Krug EG, Chestnov O, World Health Organization, editores. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 89 p.
25. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. [citado 20 de julio de 2019]. Disponible URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
26. Vargas Alvarado Eduardo. Autopsia Médico Legal. Volumen 3er. Edición Trillas. Buenos Aires. 1980: Pág. 120 -132
27. Téllez Rodríguez Nelson Ricardo. Causa, Manera y Mecanismos de Muerte. Editorial. El malpensante S.A. Colombia 2002: Pag. 71-72.
28. Gisbert Calabuig JA: Suicidio. Edición 6ta. Edición. Villanueva Cañadas, 1991: Pág. 325-326.
29. Di Maio Vicente J.M. Dana Suzanna E. Asfixia. Ediciones Díaz de Santos. España Madrid: 2003 Pág. 144-145
30. Dra., Mayeli Cedillo. Suicidio por arma Blanca. 2016;

31. Dorado-Fernández E, Andreu-Tena E, Magaña-Loarte C, Ruiz-Tagle Fernández E, Cáceres-Monllor D, Souto López-Mosquera JL, et al. Muertes por arma de fuego y disparo intraoral: etiología médico legal. Rev Esp Med Leg. 1 de abril de 2017; 43(2):70-8.
32. Santurtún M, Santurtún A, Agudo G, Zarrabeitia MT, Santurtún M, Santurtún A, et al. Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. Cuad Med Forense. Diciembre de 2016; 22(3-4):73-80.
33. Código de Procedimiento Penal Decreto Supremo N° 0667 Ley N° 045 de 08 de noviembre de 2010 Título VIII Delitos contra la vida la integridad y la dignidad del ser humano. Capítulo I Homicidio Artículo 256 (Homicidio- Suicidio)
34. Ley de Control de Armas de Fuego Municiones, Explosivos y otros materiales relacionados. Ley 400. 18 Septiembre 2013. Título II Marco institucional Capítulo I Artículo 13(atribuciones)
35. Ley Orgánica del Ministerio Público .Ley 260. 11 Julio 2012. Capítulo Segundo .Instituto De Investigaciones Forenses Artículo 83 a 87 [Internet]; [acceso 25 de Agosto de 2014]; (1) 25 Disponible en URL: <http://bolivia.infoleyes.com/shownorm.php?id=3916>
36. Preocupación por alto nivel estadístico de suicidios en Bolivia. Agencia Boliviana de Información. [Internet].La Paz. 2008: [acceso 02 de Diciembre de 2011] Sección php. Edición (1303) Pág. 4 Disponible en URL: <http://www2.abi.bo/abi/>
37. Quelali Mollinedo E. López Sullaez L. Identificación de las características y métodos de suicidio más usados en la ciudad de La Paz y El Alto, gestión 2013 [Tesis de Grado]. Bolivia. Universidad Mayor de San Andres.2015

38. Acarapi Mamani J. Salazar Conde J. Determinación de los factores asociados al riesgo suicida en universitarios de 18 a 24 años de edad, de la Universidad Mayor de San Andrés, municipio de La Paz, Bolivia, Julio – Septiembre, gestión 2014 propuesta de protocolo de autopsia en suicidio [Tesis de Grado]. Bolivia. Universidad Mayor de San Andres.2015

39. Palacios Velázquez G. Hernández García R. Caracterización de los casos de suicidios, registrados por el Instituto De Ciencias Forenses De Tegucigalpa, Honduras Enero 2015 - Junio 2017 [Tesis de Grado]. Nicaragua. Universidad Autónoma de Nicaragua, Managua .2018

XV. ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIA

1. Introducción

El suicidio es un grave problema de salud pública y se calcula que cada año se suicidan más de 1000.000 personas en el mundo y por cada una de ellas se realizan muchos más intentos de suicidio. Además, los suicidios y los intentos de suicidio afectan, tanto directa como indirectamente a otras personas y generan un grave impacto sobre quienes sobreviven “survivors”, como cónyuges, madres y padres, hijos e hijas, familia, amistades, personas del ámbito laboral y coetáneas, tanto a corto como a largo plazo.(1)

Los datos de los que se dispone actualmente confirman que el suicidio es prevenible y que se precisa de un enfoque multisectorial para que las estrategias de prevención sean eficaces. (2)

En 2014, la OMS publica el informe “LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, UN IMPERATIVO GLOBAL”, alentando a los países a considerar la prevención del suicidio como una prioridad alta en sus programas, ya que mediante intervenciones oportunas y eficaces (basadas en datos científicos), tratamiento y apoyo, pueden prevenirse tanto suicidios como tentativas. Por otra parte, en el informe se plantea que la carga del suicidio no pesa sólo en el sector de la salud, sino que tiene repercusiones múltiples sobre otros muchos sectores y sobre la sociedad en su conjunto. Por ello, para prevenir eficazmente el suicidio, los países deben emplear un enfoque multisectorial que aborde la magnitud de este problema de una manera integral, siendo los ministerios de salud los responsables de liderar la participación de otros ministerios como parte de un esfuerzo integral.(3)

En cuanto a las políticas, un total de 28 países tienen hoy estrategias nacionales de prevención del suicidio, estableciendo el 10 de septiembre como

el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, en el que, organizado por la AIPS (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio) y copatrocinado por la OMS, se quiere reconocer y remarcar la importancia de este problema. Este día ha contribuido a concienciar y reducir la carga de estigma en todo el mundo. (3)

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos.

2. Definiciones

Las definiciones de esta nomenclatura 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, sin que exista evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación suponga 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: 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) (4)

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 (4)

Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

3. Objetivos de la guía

Objetivo General

Implementar un guía, para evaluación y manejo de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio) en las unidades de urgencias para un manejo eficiente de prevención.

Objetivos Específicos

Mejorar la identificación y primer apoyo desde el servicio de urgencias para las personas en situación de riesgo, en coordinación los servicios sociales, y los familiares de personas con conducta suicida.

Ofrecer unos servicios de atención sanitaria y/o social más integrados y eficaces para prevenir el suicidio y la conducta suicida en las personas en situación de riesgo

4. Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias

Los servicios de urgencias, tienen una gran relevancia en relación al suicidio debido a que en muchas ocasiones son los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida toma contacto con el sistema sanitario.(5)

En estos servicios pueden verse tres grupos diferentes de pacientes con riesgo significativo de conducta suicida:

- Aquellos que acuden con ideación suicida manifiesta o después de un intento de suicidio.
- Aquellos que acuden con trastornos mentales, aunque sin intencionalidad suicida conocida.
- Aquellos que acuden con una patología física específica pero que presentan un riesgo de suicidio oculto o silente.

Un importante desafío para los servicios de urgencias, como proveedores de asistencia sanitaria, es el de participar activamente en la integración de estos pacientes en un proceso terapéutico, favoreciendo los procedimientos de vigilancia, cribado, tratamiento y derivación de aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio y tratar de involucrarlos en programas de prevención y de manejo ambulatorio. Para ello sería necesaria una colaboración más estrecha entre los servicios de urgencias y los de salud mental.(6)

La clasificación de pacientes (triaje) en los servicios de urgencias

El Cuestionario de riesgo de suicidio (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ) ha demostrado ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad en la detección de riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado, aunque también ha sido utilizado en adultos.(7)

La versión breve del RSQ podría ayudar a conocer el grado de necesidad de una atención inmediata en aquellas personas que acuden por conducta suicida a un servicio de urgencias y en las que no existe una afectación grave de su condición física. (7)

Las preguntas a formular serían las siguientes:

¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?

¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?

¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?

¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?

Aspectos a recoger por parte del médico de urgencias hospitalarias en la evaluación de un paciente con conducta suicida

Datos personales	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Edad: _____ Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/en pareja <input type="checkbox"/> Separado/divorciado <input type="checkbox"/> Viudo Ocupación: <input type="checkbox"/> Trabaja/estudia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros _____
Factores de riesgo	Antecedentes de trastornos mentales: <input type="checkbox"/> Depresión mayor <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Trastornos psicóticos <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Tr. cond. alimentaria <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas <input type="checkbox"/> Tr. de personalidad, impulsividad y agresión Intentos previos suicidio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presencia reciente de ideación suicida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad física, dolor, discapacidad o cronicidad: <input type="checkbox"/> Historia familiar previa de suicidio: <input type="checkbox"/> Presencia de eventos vitales estresantes: <input type="checkbox"/> Factores sociales y ambientales: <input type="checkbox"/> Falta de apoyo social/familiar <input type="checkbox"/> Historia de maltrato físico o abuso sexual <input type="checkbox"/> Historia de acoso
Características del intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Intoxicación medicamentosa, especificar _____ <input type="checkbox"/> Intoxicación por otro producto químico, especificar _____ <input type="checkbox"/> Daño físico (cortes, etc...) Otros métodos, especificar _____ Planificación de la conducta suicida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Letalidad de la conducta suicida: <input type="checkbox"/> Alta Intermedia <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja Actitud ante la conducta suicida actual: <input type="checkbox"/> Alivio/arrepentimiento Lamento de resultado no fatal
Evaluación clínica	Existencia de alteración del nivel de conciencia: Afectación de capacidad de decisión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presencia de enfermedades mentales: <input type="checkbox"/> Sí, especificar _____ <input type="checkbox"/> No Estado de ánimo, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Eutimia <input type="checkbox"/> Euforia <input type="checkbox"/> Ánimo inadecuado <input type="checkbox"/> Otros, especificar _____ Presencia de planes futuros de suicidio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apoyo social o familiar actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Conclusiones	Riesgo de suicidio inmediato: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Capacidad de decisión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Necesidad de evaluación psiquiátrica durante el episodio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inmediata <input type="checkbox"/> En 24 horas <input type="checkbox"/> En una semana <input type="checkbox"/> Otro periodo, especificar: _____

Test de Manchester Cooper.

Manejo de pacientes suicidas

Valorar signos vitales, efectuar examen físico evaluar si existen lesiones no observables, tratamiento médico de las lesiones o daños producidos, en caso de intoxicación realizar las maniobras establecidas para cada caso. (8)

Alejar la persona de objetos corto-punzantes o ventanas abiertas, revisar ropas para descartar armas, vidrios, medicación, cuerdas, cintos, etc.

En caso de crisis de angustia severa realizar tranquilización rápida con benzodiazepinas Existen formulaciones orales, sublinguales e Intramuscular. Dependiendo de la gravedad del cuadro puede utilizarse cualquiera de estas formulaciones y en los de más gravedad, una opción válida es el lorazepam intramuscular una ampolla de 4 mg cada 4-6 horas, hasta la tranquilización. El lorazepam tiene la ventaja sobre el diazepam que se absorbe mejor por vía IM; además no se acumula por dosis repetidas y es preferible en pacientes con alteración hepática. (8)

Al explorar varias posibles alternativas para tratar con el paciente suicida, el médico gentilmente hace que el paciente tome conciencia de que existen otras opciones, así no sean ideales.

Obtención de apoyo El médico deberá evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar un pariente, amigo, conocido u otra persona que pueda apoyar al paciente, y solicitar su ayuda.

Contratación Entrar en un contrato de “no suicidio” es una técnica útil en la prevención del suicidio. Otras personas cercanas al paciente pueden incluirse al negociar el contrato.

En la mayoría de los casos, los pacientes respetan las promesas que hacen a su médico, la contratación es apropiada solo cuando los pacientes tienen control sobre sus actos. (8)

Remisión al Especialista ¿Cuándo remitir un paciente?

Los pacientes deberán remitirse a un psiquiatra cuando presenten: Trastorno psiquiátrico, historia de intento de suicidio previo, historia familiar de suicidio, alcoholismo o trastorno psiquiátrico, ningún apoyo social.

¿Cómo remitirlo?

Después de decidir la remisión de un paciente, el médico deberá:

Tomarse tiempo para explicar al paciente el motivo de la remisión, calmar su ansiedad sobre el estigma y la medicación psicotrópica, aclararle que las terapias farmacológica y psicológica son efectivas, enfatizar que la remisión no significa “abandono”, y concertar una cita con el psiquiatra.

¿Cuándo hospitalizar un paciente?

Éstas son algunas de las indicaciones para hospitalización inmediata: Pensamientos recurrentes de suicidio, nivel alto de intención de morir en el futuro inmediato (las siguientes horas o días), existencia de un plan para usar un método violento e inmediato.

¿Cómo hospitalizar al paciente?

No lo deje solo, disponga la hospitalización, disponga el traslado al hospital en ambulancia o a través de la policía, e Informe a las autoridades pertinentes y a la familia.

5. Flujograma de atención de paciente con conducta suicida

INTENTO DE SUICIDIO

PRIORIZACIÓN

- Evaluación de signos vitales

- Signos vitales inestables
- Compromiso de la conciencia

- Signos vitales estables
- Sin compromiso de la conciencia

Estabilizar signos vitales
Tratar lesiones
Tratar intoxicaciones
Revaloración

MEJORA

No dejar solo al paciente
Medico realiza contrato
Manejo en coordinación familiar.
Interconsulta con salud

Hospitalización:
Terapia intensiva.
Neurocirugía.

Manejo Ambulatorio:
Salud mental

M
E
J
O

NO

6. Referencias bibliográficas

1. Chaves Moreno Allan. Madrigal Ramírez E. Vargas Sanabria M. Abarca Villalobos Z. El suicidio. Med. Leg. Costa Rica [Internet]; 2008 [acceso 14 de Octubre de 2014]; (1) 25 Disponible en URL:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152008000100003
2. Santander J, Brokering W, Ramos P, Arenas Á. Consideraciones acerca de la conducta suicida de pacientes hospitalizados y responsabilidad del médico tratante. Rev méd Chile. Abril de 2015; 143(4):506-11
3. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiatr. Diciembre de 2016; 45:68-75.
4. Hernández-Cervantes Q, Lucio E. Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología 2006; 23:45-52.
5. Santander J, Brokering W, Ramos P, Arenas Á. Consideraciones acerca de la conducta suicida de pacientes hospitalizados y responsabilidad del médico tratante. Rev méd Chile. Abril de 2015; 143(4):506-11.
6. Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffé S, Kestel D. Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 30 de octubre de 2019]; 42. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49163>
7. Comisión Para la Prevención del Suicidio .Análisis Preliminar de Datos en Casos de Suicidio [Internet] Puerto Rico. 2014 [acceso 30 de Octubre de 2014]; Pág. 1- 4 Disponible en URL:

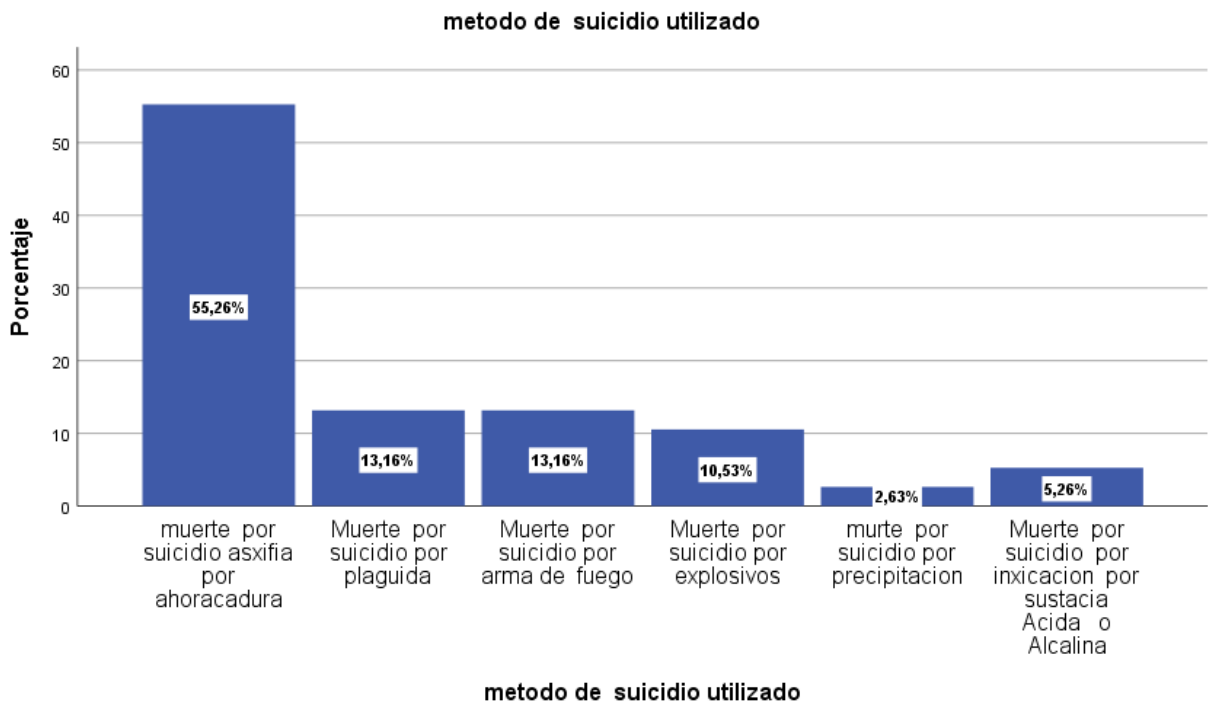
<http://www.salud.gov.pr/Programas/ComisionparalaPrevenciondelSuicidio/Estadisticas/Analisis%20Enero-Junio%202014.pdf>

8. España, Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida: Versión Resumida. Santiago de Compostela: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia, Avalia-t. Consellería de Sanidad; 2012.

ANEXO 2

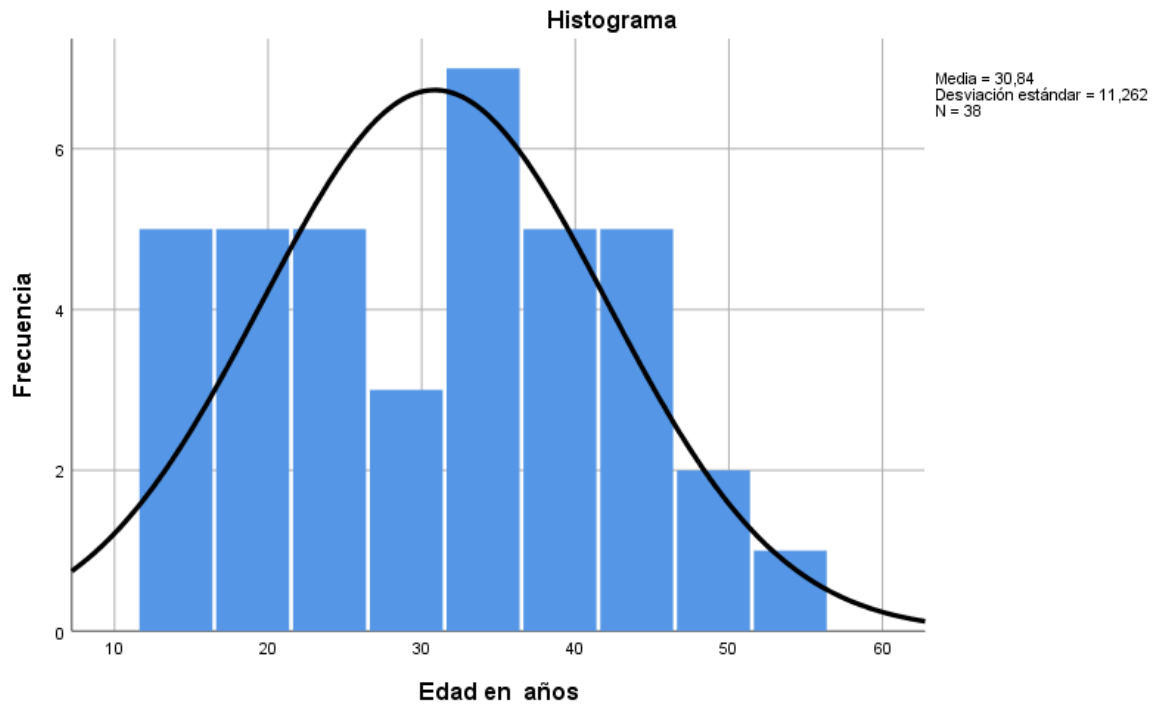
GRÁFICOS

GRAFICO 2: METODO DE SUICIDIO UTILIZADOS



FUENTE: *Elaboración propia en base a datos de certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses - Oruro*

GRAFICO 3: EDAD MEDIA EN MUERTES POR SUICIDIOS



FUENTE: Elaboración propia en base a datos de certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses – Oruro

ANEXO 3

CUADROS

CUADRO 3

FRECUENCIA DE MUERTES POR SUICIDIO POR GÉNERO REPORTADOS EN LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE LA CIUDAD DE ORURO GESTIÓN 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Masculino	26	68,4%	68,4%
Femenino	12	31,6%	31,6%
Total	38	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de certificados de defunción del Instituto De Investigaciones Forenses – Oruro.

ANEXO 4

**PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE CERTIFICADOS DE
DEFUNCIÓN INSTITUTO DE IDENTIFICACIONES FORENSES PARA
IDENTIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE SUICIDIO EN LA CIUDAD DE
ORURO GESTIÓN 2018**

NUMERO DE REGISTRO										
MASCULINO										
EDAD										
TIPO DE MUERTE POR SUICIDIO POR SUICIDIO										
NÚMERO DE REGISTRO										
FEMENINO										
EDAD										
TIPO DE MUERTE POR SUICIDIO POR SUICIDIO										

ANEXO 5

La Paz 15 de Octubre de 2018

Señor(a):
Dra. Silvia E Yucra Ortiz
DIRECTOR NACIONAL
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES
Presente.-

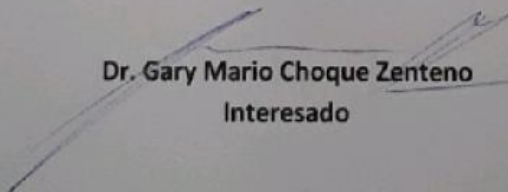


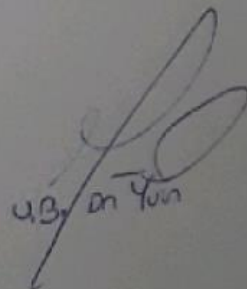
De mi mayor consideración:

A tiempo de saludarlo, me permito informarle que me encontraba realizando de la Maestría en Medicina Forense - Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., y para culminar la misma falta el desarrollando de Tesis de Investigación.

En ese sentido, solicito a su autoridad, pueda colaborar con la investigación, para la obtención de información necesaria que permita viabilizar y ejecutar el trabajo titulado: De mi mayor consideración: **"IDENTIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE SUICIDIO UTILIZADO EN LA CIUDAD DE ORURO, GESTION 2018"**:

Con la seguridad de contar con su atención a la presente;
Saludo a usted muy atentamente.


Dr. Gary Mario Choque Zenteno
Interesado


4B/ an Yucra

