

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



**Incidencia del suicidio como manera de muerte
en la morgue judicial de la ciudad de La Paz: julio
2010 – junio 2012**

POSTULANTE: Dr. Cristian Américo Sanjinés Aguilar

TUTOR: Dr. Jorge Martin Melgarejo Pizarroso

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL
TÍTULO DE MAGISTER SCIENTIARUM EN MEDICINA
FORENSE**

**La Paz - Bolivia
2014**

*A Dios y a mis padres por el ejemplo
que inculcaron en mi persona de:
esfuerzo, dedicación y superación.*

AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Ms. Sc. Ivan Larico Laura, Coordinador General de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina UMSA por facilitarme el acceso a la defensa de tesis de grado.
- Al Dr. Jorge Melgarejo Pizarroso, tutor de esta investigación, por toda su colaboración para la realización de esta tesis de grado.
- A todos los docentes de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés que permanentemente están formando profesionales trasmitiendo lo mejor de sus conocimientos, habilidades y actitudes.
- Y, la mayor de las gratitudes al ser supremo por hacer realidad esta nueva etapa de mi vida profesional que comienza ahora.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	3
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1 Breve reseña histórica del suicidio.....	6
3.1.1 En la antigüedad.....	6
3.1.2 En la edad media.....	7
3.1.3 En el renacimiento.....	8
3.1.4 Hoy en día.....	8
3.2 Definición de muerte.....	8
3.2.1 Diagnóstico de muerte cierta.....	9
3.2.2 Formas medico legales de muerte.....	9
3.3 Métodos suicidas.....	11
3.3.1 Ahorcadura.....	11
3.3.2 Lesiones por proyectil de arma de fuego (PAF).....	18
3.3.3 Muerte por caída, defenestración y precipitación.....	22
3.3.4 Muertes por intoxicación.....	23
3.3.5 Otros mecanismos de muerte.....	29
3.4 Problemas medico legales específicos.....	29
3.5 El término suicidio.....	32
3.6 Concepto.....	32
3.7 Código Penal y suicidio.....	34
3.8 Definición médico legal del suicidio.....	34
3.9 Aspectos medico legales del suicidio.....	34
3.10 El suicidio como tal.....	35
3.10.1 La concepción de Durkheim.....	35
3.10.2 La concepción psicoanalítica.....	36
3.10.3 Otras concepciones del suicidio.....	39
3.11 Factores de riesgo.....	43
3.11.1 Factores sociodemográficos.....	45
3.11.2 Factores clínicos.....	48
3.11.3 Factores genéticos y neurobiológicos.....	51
3.11.4 Factores de riesgo en la niñez.....	52
3.11.5 Factores de riesgo en la adolescencia.....	54
3.11.6 Factores de riesgo en el adulto.....	56
3.11.7 Factores de riesgo en la vejez.....	57
3.12 Mitos.....	60
3.13 Epidemiología del suicidio.....	62

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	67
5. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	70
6. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	71
7. JUSTIFICACION.....	73
8. OBJETIVOS.....	75
9. DISEÑO DE INVESTIGACION.....	76
9.1 Tipo de estudio.....	76
9.2 Población de referencia.....	76
9.3 Población de estudio.....	76
9.4 Delimitación geográfica	76
9.5 Metodología.....	76
9.6 Variables.....	77
9.7 Operacionalización de las variables.....	78
10. RESULTADOS.....	79
11. DISCUSION.....	91
12. CONCLUSIONES.....	95
13. RECOMENDACIONES.....	97
14. ANEXOS.....	99
15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	103

INCIDENCIA DEL SUICIDIO COMO MANERA DE MUERTE EN LA MORGUE JUDICIAL DE LA CIUDAD DE LA PAZ: Julio 2012 – Junio 2012

1.- ABSTRACT.-

INTRODUCTION: Suicide is one of the most difficult to explain voluntary action because it is a behavior that is contrary to one's existence. Suicide is a major public health problem but largely preventable, it causes nearly half of all violent deaths and resulting in nearly one million victims a year. The overall rate of suicide and suicidal behavior associated with this has been increased in recent decades , not only in developed countries but worldwide , and our country is no exception, and although the rates of suicides and attempts are not the highest in the Panamerican region , the issue deserves to be considered by the incipient nature . In Bolivia globally not many detailed studies or reports of suicide were found, they have the little information that may provide the press or the police once, but this is not enough because the topic is not covered in depth. Therefore it is essential to demonstrate the incidence of suicide as a likely cause of death and factors associated with suicidal ideation, recognizing that it is not only the participation of one of them , but their interaction which makes them risk factors

OBJECTIVE: As objective is to determine the incidence of suicide as a way of death in the cities of La Paz and El Alto from the month of June 2010 to the month of June 2012 from the records of the Hospital de Clínica's morgue.

DESIGN: A cross-sectional study, retrospective, descriptive section was designed. The present study was performed based on the records of autopsies performed in the morgue of the Hospital de Clínicas in the city of La Paz - Bolivia in the years 2010, 2011 and 2012. Of all autopsies performed in those years those cases in which it was stated that the manner of death was due to suicide will be selected. For each of the cases that met the inclusion criteria factors such as age, gender, suicidal method and the chosen month were recorded.

RESULTS: In the years studied a total of 172 cases of suicide as a way of death were found. It was noted that the months with the highest rate of suicide as a way of death was June and November , the age with the highest rate of suicides as a way of death ranges from 15 to 25 years ; cases listed suicide as a way of death 114 subjects were male and 58 were female subjects . Of the cases listed suicide as the manner of death suicide method with highest index used to commit the act was the Hanging, this was observed in different age ranges and both sexes too. In the second half of 2010 noted that the month with the highest rate of suicide as the manner of death was November, in 2011 it was observed that the month with the highest suicide rate and manner of death was the month of February in the first half of 2012 it was noted that the month with the highest rate of suicide as the manner of death was January. In the years studied was observed that the age group with the highest rate of suicide as a way of death ranged from 15 to 25 years, in the years studied was observed that the highest rate of suicide cases and manner of death were male; in the years studied was observed that the suicide method had a higher rate of cases was hanging.

CONCLUSIONS : The incidence of suicide as a way of death in our country is not high, however, is concerned that teens are increasingly opting for suicide as the wrong way to solve their conflicts , this because they are exposed to multiple factors suicide-related risk .

Keywords: Suicide, related factors, population at risk.

RESUMEN

INTRODUCCION: El suicidio es una de las acciones voluntarias más difíciles de explicar puesto que es una conducta que va en contra de la propia existencia. 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. La tasa global de suicidios y de conducta suicida asociada a este ha sufrido un incremento en las últimas décadas, no solo en los países desarrollados sino a nivel mundial, y nuestro país no es la excepción y si bien las tasas de suicidios e intentos no son las más altas en la región panamericana, el problema amerita ser considerado, por su naturaleza incipiente. En Bolivia a nivel global no se encontraron muchos reportes o estudios profundos acerca del suicidio, se cuenta con la información escasa que puede brindar la prensa o la policía alguna vez pero esto no es suficiente porque no se abarca el tema en su profundidad. Por esto mismo es esencial demostrar la incidencia del suicidio como causa probable de muerte y los factores relacionados con la ideación suicida, reconociendo que no es sólo la participación de uno de ellos, sino su interacción lo que los convierte en factores de riesgo

OBJETIVO: Como objetivo se busca determinar la incidencia del suicidio como manera de muerte en la morgue judicial de la ciudad de La Paz desde el mes de Julio de 2010 al mes de Junio de 2012 a partir de los registros de la morgue del Hospital de Clínicas.

DISEÑO: Se diseñó un estudio de corte transversal, retrospectivo, descriptivo. El presente estudio se realizará tomando como base los registros de autopsias efectuadas en la morgue judicial del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz - Bolivia en los años 2010, 2011 y 2012. Del total de necropsias efectuadas en esos años se seleccionaran aquellos casos en los cuales se consignó que la manera de muerte obedeció a un suicidio. Para cada uno de los casos que cumplieron este criterio de inclusión se registraron factores como la edad, el sexo, el método suicida de suicidio, y el mes escogido,

RESULTADOS: En los años estudiados se encontraron un total de 172 casos de suicidios como manera de muerte. Se observó que los meses con mayor índice de suicidios como manera de muerte fueron Junio y Noviembre; la edad con mayor índice de casos de suicidio como manera de muerte oscila entre los 15 a 25 años; de los casos catalogados de suicidio como manera de muerte 114 sujetos eran de sexo masculino y 58 sujetos eran de sexo femenino. De los casos catalogados de suicidio como manera de muerte el método suicida con más alto índice utilizado para perpetrar el hecho fue el Ahorcamiento, esto se observó en los diferentes rangos de edad y en ambos sexos también. En la segunda mitad del año 2010 se observó que el mes con mayor índice de suicidios como manera de muerte fue el mes de Noviembre, en el año 2011 se observó que el mes con mayor índice de suicidios como manera de muerte fue el mes de Febrero, en la primera mitad del año 2012 se observó que el mes con mayor índice de suicidios como manera de muerte fue el mes de Enero. En los años estudiados se observó que el rango de edad con mayor índice de suicidio como manera de muerte oscilaba entre 15 a 25 años; en los años estudiados se observó que el mayor índice de casos de suicidio como manera de muerte pertenecía al sexo masculino; en los años estudiados se observó que el método suicida que tuvo un mayor índice de casos fue el ahorcamiento.

CONCLUSIONES: La incidencia de suicidios como manera de muerte en nuestro medio no es alta, sin embargo, se ve con preocupación que los adolescentes optan cada vez más por suicidarse como una manera errónea de solucionar sus conflictos, esto porque están expuestos a varios factores de riesgo relacionados con el suicidio.

Palabras clave: Suicidio, factores relacionados, población en riesgo.

2.- INTRODUCCION.-

"El que se mata por sus propios deseos comete suicidio".

(Abate Francois Desfontaines, 1735 - creador del término)

"La persona que se suicida deposita todos sus secretos en el corazón del sobreviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y, es más, a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel, real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo. Puede ser una carga muy pesada".

(Caín, 1972, página X, citado por Worden, J.W., 1997)

El suicidio es una de las acciones voluntarias más difíciles de explicar ya que es una conducta que va en contra de la propia existencia.

La tasa global de suicidios ha sufrido un aumento importante en las últimas décadas, no sólo en los países desarrollados sino a nivel mundial.

También se ha observado un incremento paulatino y constante de la conducta suicida asociado a casos de suicidio en diversas regiones del mundo, y nuestro país no es la excepción y, si bien sus tasas de suicidios e intentos no son las más altas en la región panamericana y en el resto del mundo, el problema amerita ser considerado, precisamente por su naturaleza incipiente. Así, resultan apremiantes y oportunos los esfuerzos profilácticos y preventivos respecto a esta condición que se va configurando ya como un problema de salud pública. Es necesario no perder de vista la importancia del contexto social, identificando, desde luego, a los grupos de población de alto riesgo para establecer estrategias preventivas de corto y de mediano plazo.

Conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, por un lado, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o enmascarar el suceso. Por el otro lado, las estimaciones epidemiológicas se

fundamentan en los registros oficiales; al respecto, es conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos.

Es evidente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema, pues, por otra parte, se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales. Por esa razón, los estudios epidemiológicos sobre la presencia de indicadores de suicidios y de riesgo suicida son muy importantes.

Con el presente trabajo de investigación se tratará de demostrar la incidencia del suicidio como causa probable de muerte y los factores relacionados con la ideación suicida, reconociendo que no es sólo la participación de uno de ellos, sino su interacción lo que los convierte en factores de riesgo.

Este estudio se realizará en la morgue judicial del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz desde el mes de Julio del 2010 al mes de junio del 2012.

El estudio y prevención del suicidio corresponden a diferentes disciplinas científicas como la sociología, psiquiatría, psicología, etc., por lo cual el presente trabajo de investigación demandará una aproximación cuando menos periférica a las otras áreas de interés.

Específicamente en la ciudad de La Paz si se encontraron algunos estudios relacionados con la incidencia de suicidios. Sin embargo, es importante tener datos actualizados, por esto mismo de por si éste estudio adquiere mucha relevancia e importancia puesto que se realizará un estudio descriptivo de diferentes aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en la población de la zona urbana de la ciudad de La Paz y El Alto.

Con los resultados obtenidos sin lugar a dudas, se sentara un precedente y de hecho se realizara un mejor seguimiento y registro de los casos de suicidio; y lo

más importante radica en la implementación de estrategias de identificación y tratamiento de los individuos que tengan tendencia suicida, de esta manera se reducirá de alguna manera el índice de suicidios ya consumados en nuestra región.

3.- MARCO TEORICO

3.1 Breve reseña histórica del suicidio

3.1.1 En la antigüedad

El recorrido por la historia del suicidio puede empezar en Mesopotamia donde, según un mito, el primer hombre fue modelado con sangre del dios suicida Bel y barro, y Gilgamesh, rey de Uruk (2650 a.C.), se suicidó, según la epopeya relatada en unas tablillas recientemente encontradas. En Egipto, donde incluso los dioses se dejaron contaminar por tan humana tendencia, apareció la primera nota de suicidio, firmada por un consejero faraónico del siglo III a.C., y Cleopatra VII (69-30 a.C.) legó una escena legendaria al dejarse morder por un áspid para evitar el ultraje de presenciar la victoria de Augusto. ⁽²⁸⁾

Los Galios consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte de los esposos, por muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para Celtas Hispanos, Vikingos y Nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables. En los pueblos germánicos (Visigodos), el suicidio buscaba evitar la muerte vergonzosa ("kerlingedale"), lo cual era loable y bien visto. En la China (1.800 a.C.) se llevaba a cabo por lealtad, en Japón se trataba de un acto ceremonial, por expiación o por derrota, y en la India por motivos litúrgicos o religiosos, así como por muerte de los esposos (éste último considerado hoy día un delito criminal). ⁽²⁸⁾

Las Tribus Africanas consideraban maligno y terrible el contacto físico con el cuerpo del suicida; el suicidio reflejaba la ira de los antepasados y se consideraba asociado a brujería; por eso el cuerpo se enterraba sin los ritos habituales. ⁽²⁸⁾

La muerte voluntaria no es sinónimo de pecado en los textos bíblicos, donde se encuentran citas como «el que pierda su vida por mí, la hallará» (Mateo 16, 25). La crucifixión de Cristo fue considerada un suicidio hasta que surgió la necesidad de distinguir entre buena y mala muerte que, con su oposición al suicidio de Judas, enalteció la muerte de Jesús y marcó un límite que ha sobrevivido.

En Grecia y Roma las referencias a los suicidios son innumerables y por diversos motivos: por conducta heroica y patriótica, por vínculos societarios y solidarios, por fanatismo, por locura, por decreto (Sócrates), suicidio asistido por el senado. Para los romanos y los griegos, morir decentemente, racionalmente y al mismo tiempo con dignidad, era muy importante. En cierto modo, la forma de morir era la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas vidas consumidas por la enfermedad, el sufrimiento y el deshonor. ⁽²⁸⁾

En Roma sólo se penaba el suicidio irracional; prevalecía la idea de que quién no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, por lo que se despreciaba el suicidio sin causa aparente. Se consideraba que el enfermo "terminal" que se suicidaba tenía motivos suficientes. Se aceptaba pues el suicidio provocado por "la impaciencia del dolor o la enfermedad", ya que según decían se debía al "cansancio de la vida, la locura o el miedo al deshonor". ⁽²⁸⁾

El Neoplatonismo, la filosofía de la felicidad más influyente en la antigüedad clásica, consideraba que el hombre no debía abandonar voluntariamente el lugar asignado por Dios. El suicidio, por lo tanto, afectaba al alma negativamente después de la muerte. San Agustín (354-430 d.C.) describió el suicidio como "detestable y abominable perversidad". Agustín afirmaba que Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, y que por lo tanto se tenían que soportar. ⁽²⁸⁾

3.1.2 En la edad media

En la Edad Media surgió una mentalidad social y cultural que consideró el suicidio tabú y marcó una clara ruptura con la Antigüedad Clásica. Ideas folclóricas sobre el suicidio como algo demoníaco o vampírico fueron incorporadas en el discurso religioso, fortaleciendo su valoración como acto condenable por estar ligado a tendencias sombrías. Esta estigmatización se derivó del miedo a la muerte, generado por la peste que popularizó los tratados basados en el ars moriendi, el arte del buen morir. ⁽⁶⁾

Durante esta época el suicidio es penado rígidamente por las leyes religiosas. El Concilio de Arlés (art.452) declaró que el suicidio era un crimen. El Concilio de

Braga (art.563) lo sancionó penalmente al dictaminar que el suicida no fuera honrado con ninguna conmemoración en la liturgia, excluido del camposanto. Lo mismo sucedió en el Concilio de Auxerre (art.578). El cuerpo de los suicidas era trasladado con escarnio, enterrado en la encrucijada de los caminos, su memoria difamada y sus bienes confiscados.⁽⁵⁾

3.1.3 En el renacimiento

Es variable, aumenta y disminuye según el período, siendo muy notable durante el romanticismo (llamado "mal del siglo"). Persisten las sanciones religiosas.⁽²⁸⁾

3.1.4 Hoy en día

Varios hechos se esgrimen hoy día como elementos importantes que favorecen la actitud suicida: una salud psicológica quebrantada, la superioridad de lo material sobre lo espiritual, la ambición desmesurada del hombre por el poder, la frialdad del cientificismo tecnológico, el estrés de la vida, la vejez desprotegida e institucionalizada, la disolución familiar, la pérdida de vínculos, la falta de valores morales, la masificación, la soledad del hombre, la pérdida de roles y valores.

Por otra parte y de enorme trascendencia en las culturas cristianas, el Catecismo de la Iglesia Católica, edición 1992, señala que "La iglesia ora por las personas que han intentado contra su vida", asumiendo así una actitud más pastoral que antaño y teniendo en cuenta la actitud mental y psicológica del suicida y las consecuencias sobre la familia.⁽⁵⁾

3.2 Definición de muerte

La *MUERTE*, no es un momento, es un *PROCESO* y, por lo tanto, no todos los sistemas vitales dejan de funcionar a la vez, aunque aceptemos legalmente que se produce la muerte, cesa la función cardiocirculatoria, el ser vivo no respira y cesan las funciones neurológicas.⁽⁵⁷⁾

La *MUERTE*, en medicina forense, es la abolición definitiva irreversible o permanente de las funciones vitales del organismo. Una suspensión temporal o transitoria de alguna de las importantes funciones vitales dará un estado de

muerte aparente, compatible con la supervivencia del organismo, como suele ocurrir en los casos de síncope respiratorio, en el cual las funciones respiratorias cesan transitoriamente.⁽⁵⁷⁾

Cuando la abolición es definitiva, irreversible y permanente, se establece el verdadero estado de muerte real.

3.2.1 Diagnóstico de muerte cierta

Para poder llegar al diagnóstico de muerte cierta, existen dos grandes grupos de signos:

- a) **Signos negativos de vida:** Han desaparecido todas las funciones vitales, entre las del sistema circulatorio tenemos: silencio cardíaco que se ausculta en los cuatro focos precordiales clásicos, por lo menos en un total de cuatro minutos y la ausencia de pulso carotideo. Entre los del sistema respiratorio tenemos: mediante la auscultación, la ausencia del murmullo vesicular y ausencia del soplo nasal sobre una superficie brillante y, fundamentalmente existe una irreversibilidad definitiva y comprobada de las funciones nerviosas, como ser la pérdida de conocimiento, flacidez de los músculos, pérdida de los reflejos osteotendinosos y profundos y relajación de esfínteres. En la práctica hay que comprobar la ausencia de reflejos oculares con dilatación persistente de las pupilas.⁽⁵⁷⁾
- b) **Signos positivos de muerte:** Son los signos más tardíos que se denominan *FENOMENOS CADAVERICOS*.⁽⁵⁷⁾

3.2.2 Formas medico legales de muerte

Lo que se pretende hacer es, con fines legales y prácticos, “CALIFICAR” a la muerte pues debe tenerse presente que “LA MUERTE ES UNA SOLA, SE ESTA VIVO O SE ESTA MUERTO”. Desde este punto de vista tenemos:

1.- Según se constaten fehacientemente los signos de muerte:

- **Muerte REAL:** es aquella en la que se constatan indubitable y definitivamente los signos de muerte.⁽⁵⁴⁾

- **Muerte APARENTE:** según Thoinot es un estado en que las funciones vitales “parecen” abolidas porque clínicamente la actividad cardiocirculatoria y respiratoria resultan prácticamente, imperceptibles. Es de corta duración pues de persistir las causas que la provocaron, concluiría en la muerte “real”.⁽⁵⁴⁾

2.- Según la duración del periodo agónico se clasifican en:

- **Muerte SUBITA:** tiene interés académico y es la muerte que “SOPRENDE A LA PERSONA EN UN ESTADO DE APARENTE BUENA SALUD, O, QUE SI PADECIA UNA ENFERMEDAD ERA IGNORADA”. El periodo agónico en el adulto no supera la hora de duración desde el inicio de la signo sintomatología. El diagnóstico de “muerte súbita” lleva implícito la etiología natural en la causa que lleva a la muerte, ya que es debida generalmente a enfermedad cardíaca o accidente vascular cerebral.⁽⁵⁴⁾
- **Muerte INESPERADA:** es la que se presenta en un individuo portador de una patología cuyo pronóstico no hacia presumir la muerte.⁽⁵⁴⁾
- **Muerte RAPIDA:** es la que se produce cuando el periodo agónico dura segundos o pocos minutos. Se observa por ejemplo en los accidentes de tránsito o el arrojarse al vacío.⁽⁵⁴⁾

3.- Según la causa, mecanismo y forma de muerte:

- La CAUSA está representada por el elemento o condición patológica que desencadenan los sucesos fisiopatológicos que llevan a la muerte como podría ser un proyectil de arma de fuego, una herida de arma blanca, una neoplasia o hemorragia, por ejemplo.⁽⁵⁴⁾
- El MECANISMO de la muerte es la sucesión de los acontecimientos fisiopatológicos determinados por una causa determinada. Por ejemplo sería la hemorragia con shock hipovolémico que sucede a una herida de arma blanca en el tórax.⁽⁵⁴⁾
- La FORMA o manera de la muerte está relacionada con las circunstancias que llevaron a la muerte, y, desde el punto de vista medicolegal es importante su conocimiento, ya que algunas de ellas llevan necesariamente a la práctica de la autopsia medicolegal.⁽⁵⁴⁾

La manera de muerte se clasifica según información disponible sobre las circunstancias de la muerte: ⁽⁵⁵⁾

- a) *Escena del hecho.*
- b) *Autopsia.*
- c) *Datos aportados durante la investigación.*

Desde este punto de vista, podemos establecer tres tipos de manera de muerte:

I. Muerte violenta

En este grupo están el **HOMICIDIO, el SUICIDIO y los ACCIDENTES.**

La muerte violenta se debe a un mecanismo exógeno al sujeto. La vida se interrumpe por un proceso no natural, generalmente obedece a un mecanismo traumático o fuerza extraña que irrumpe violentamente en el organismo. ⁽⁵⁴⁾

II. Muerte natural

Es aquella que aparece como resultado final de un agente morboso o patógeno, en el que no hay participación de fuerzas extrañas al organismo. Las causas más frecuentes son: tumorales, infecciosas, vasculares y degenerativas. ⁽⁵⁴⁾

III. Muerte sospechosa de criminalidad

Se da cuando surge la duda o la sospecha de que la muerte ha sido provocada por una causa criminal, en la cual no hay traumatismos, o si los hay son mínimos para explicar el deceso. En este grupo se incluyen la muerte súbita, muerte por inanición, muerte por inhibición y muerte por anafilaxia. ⁽⁵⁴⁾

3.3 Métodos suicidas

Los métodos del suicidio suelen ser muy clásicos y típicos. Se ha visto que en nuestro medio los métodos más empleados para suicidarse son los siguientes:

3.3.1. Ahorcadura

Es la muerte violenta producida por un lazo que comprime el cuello cuyo extremo se encuentra sujeto a un punto fijo, está a una altura variable del piso, actuando

como fuerza de tracción del peso del propio cuerpo. Sigue siendo el método suicida más frecuente en cifras globales. Es una forma de suicidio con predominio del sexo masculino. ⁽⁵⁷⁾

Variedades

Los lazos utilizados en esta forma de muerte son de características variables (sogas, cables, alambres, etc.) teniendo en común la presencia de un nudo que puede ser fijo o corredizo. ⁽⁵⁴⁾ Teniendo en cuenta la posición relativa del nudo en torno al cuello la ahorcadura puede ser:

- Completa o incompleta
- Simétrica o asimétrica
- Típica o atípica

En la ahorcadura COMPLETA el cuerpo se encuentra totalmente suspendido, sin tener ningún punto de contacto con el piso. ⁽⁵⁴⁾

En la ahorcadura INCOMPLETA alguna zona topográfica del cuerpo tiene algún punto de apoyo en el piso. ⁽⁵⁴⁾

En la ahorcadura llamada SIMETRICA, el nudo se encuentra sobre la línea media del cuerpo (anterior o posterior), mientras que en la ASIMETRICA el nudo se halla ubicado en la parte lateral del cuello. ⁽⁵⁴⁾

En la llamada ahorcadura TIPICA el nudo se ubica en la parte posterior y media del cuello mientras que en la ATIPICA el nudo se ubica en la región submentoneana o en las regiones laterales del cuello. ⁽⁵⁴⁾

Etiología médicolegal

Guarda relación con la manera de muerte en que se produce la asfixia y puede ser:

- SUICIDA
- ACCIDENTAL
- HOMICIDA
- JUDICIAL

La forma SUICIDA es la de mayor frecuencia, y por ende representa el mayor porcentaje. ⁽⁵⁷⁾

La forma ACCIDENTAL, que le sigue en frecuencia a la anterior, puede darse como un hecho infortunado durante juegos entre niños o más frecuente como desenlace, no buscado, durante la práctica de maniobras auto eróticas. ⁽⁵⁷⁾

La forma HOMICIDA es poco frecuente, necesitándose anular la resistencia de la víctima a partir de un traumatismo de cráneo que le provoque inconsciencia. O bien mediante la reducción por una o más personas, como sucede en los denominados “linchamientos”. ⁽⁵⁷⁾

La forma JUDICIAL es la forma en que se cumple la ejecución de la pena de muerte en algunos países. ⁽⁵⁷⁾

Patogenia

Hay cuatro mecanismos que explican la muerte, los que pueden actuar en forma aislada o bien, combinada y que son:

- El mecanismo VASCULAR está presente en la mayoría de las ahorcaduras. En este caso el lazo origina la compresión extrínseca de las estructuras vasculares cervicales interrumpiendo el flujo sanguíneo. La obstrucción a nivel venoso ocasiona congestión pasiva cefálica, mientras que la obstrucción arterial origina hipoxia cerebral, lo que da pérdida de conciencia con movimientos involuntarios de tipo convulsivo. ⁽⁵⁵⁾
- El mecanismo RESPIRATORIO se produce por el desplazamiento de las estructuras cervicales superiores por efecto del lazo. Se genera así la retropulsión de la lengua obturándose así el paso del aire. ⁽⁵⁵⁾
- El mecanismo REFLEJO está desencadenado por impulsos inhibitorios originados por la compresión de los barorreceptores del complejo carotideo. La presión sobre estas estructuras desencadena mecanismos inhibitorios y provoca bradicardia y paro cardíaco. ⁽⁵⁵⁾
- El mecanismo RAQUIDEO que se produce cuando la ahorcadura es completa produciéndose la caída desde cierta altura, situación en que la violencia del acto produce lesión ósea cervical consistente en fractura-luxación atlóideo-axoidea y en las primeras vértebras cervicales, pudiendo darse lesiones bulboprotuberanciales. ⁽⁵⁵⁾

Estudio del lugar del hecho

Se deberá poner especial atención al tipo de suspensión, el mecanismo puesto en práctica, el elemento constrictor utilizado, objetos circundantes al cadáver y elementos u objetos que sugieran la realización de prácticas auto eróticas. ⁽⁵⁴⁾

Estudio del cadáver

- Examen externo: previa la toma de vistas fotográficas generales del cadáver y en especial de la región cervical se estudian las lesiones corporales, en particular las del cuello. En esta región la lesión característica la constituye el SURCO DE COMPRESION, que se trata de una impronta o marca deprimida, que deja el elemento compresivo al ajustarse sobre el cuello. ⁽⁵⁴⁾

Este hallazgo no es privativo de las ahorcaduras, ya que también se encuentra en la estrangulación a lazo. Sin embargo, el análisis de sus características permite su diferenciación. Puede suceder como hecho excepcional, que el surco no se evidencie como ocurre cuando se aplican los denominados lazos “blandos” o hay ropa interpuesta entre el lazo y la piel⁽⁵⁴⁾. En las ahorcaduras el SURCO presenta las siguientes características:

- ✓ Número: generalmente es único, aunque puede haber varios dependiendo de la manera en que se aplique el lazo.
- ✓ Ubicación: se observa por encima del cartílago tiroideos.
- ✓ Dirección: es oblicua ascendente.
- ✓ Continuidad: habitualmente se interrumpe a nivel del nudo.
- ✓ Profundidad: es más marcado a nivel del asa del lazo.
- ✓ Ancho: está en relación con el elemento constrictor.
- ✓ Bordes: están ligeramente sobre elevados y de aspecto equimótico-excoriatiivo.
- ✓ Fondo: generalmente es apergaminado aunque puede ser de aspecto equimótico y en algunos casos se reproduce la trama del lazo utilizado.

En cuanto al resto del examen externo cabe consignar los siguientes hallazgos:

El rostro: puede presentar un aspecto variable según el mecanismo patogénico involucrado. Si la ahorcadura es SIMETRICA, el bloqueo de las circulaciones arterial y venosa dará como resultado palidez. Por el contrario de tratarse de la variedad ASIMETRICA al permanecer permeable la circulación arterial del lado del nudo y comprimirse ambas circulaciones de retorno, el rostro tendrá color azulado (cianótico).⁽⁵⁴⁾

Las livideces: se manifiestan en las porciones distales de los miembros cuando la suspensión es completa y en las áreas de decúbito en las incompletas. Luego de un cierto tiempo, es factible encontrar extravasaciones hemáticas puntiformes en las zonas en que las livideces son acentuadas.⁽⁵⁴⁾

- Examen interno: los signos internos de relevancia se localizan en el cuello y consisten en traumatismos vasculares, musculares, óseos, laríngeos, neurológicos y digestivos.⁽⁵⁴⁾

Desde el punto de vista medicolegal es realmente importante realizar un diagnóstico diferencial entre el ahorcamiento y la estrangulación en su variedad “a lazo”. Es tarea del médico forense considerando los antecedentes, los hallazgos en el lugar del hecho y los hallazgos de la autopsia en el cadáver; realizar la adecuada determinación de la causa de muerte.

Pero primeramente vamos a revisar algunos conceptos acerca de la estrangulación:

Estrangulación a lazo

Definición: Es la muerte violenta provocada por un elemento constrictor que rodea al cuello, mediante la aplicación de una fuerza activa.⁽⁵⁴⁾

Etiología médico-legal: Presenta las mismas modalidades de las ahorcaduras, pero con distintas frecuencias relativas.⁽⁵⁷⁾

- *Homicida:* Con mucho la más frecuente.

- *Accidental*: Más frecuente en niños y ancianos. Generalmente durante juegos o con ropas (bufandas) o en puertas automáticas.
- *Suicida*: Mucho menos frecuente ya que requiere la implementación de un mecanismo que mantenga la compresión luego de la pérdida de conciencia.
- *Jurídica*: No utilizada en la actualidad.

Patogenia: Intervienen en el deceso los siguientes mecanismos:

- a) *Vascular*: Dada la falta de interrupción del lazo en este tipo de asfixia, el bloqueo vascular venoso es bilateral, por lo cual predomina el componente congestivo en la extremidad cefálica. ⁽⁵⁵⁾
- b) *Respiratorio*: De mayor relevancia que en las ahorcaduras, ya que el nivel de compresión es más bajo (laringo-traqueal); ocasionando el cierre de la vía aérea. ⁽⁵⁵⁾

Lugar del hecho: La búsqueda se orientará hacia la presencia de signos de lucha; el estado de las ropas de la víctima (concomitancia de agresión sexual); dispositivos utilizados para la auto provocación de la asfixia y testimonios respecto de las eventuales circunstancias accidentales del deceso.

Estudio del cadáver: Siguiendo la misma sistemática procederemos al:

a) *Examen Externo*: Llama la atención la marcada congestión del rostro, generada por el mecanismo vascular interviniente. ⁽⁵⁴⁾ Otro elemento a destacar en la modalidad homicida, es la presencia de lesiones de naturaleza básicamente contusiva, generalmente ubicadas en la región cefálica, provocadas por el victimario con el objeto de reducir la resistencia de la víctima o como método combinado de asfixia (sofocación) ⁽⁵⁴⁾. Asimismo deben explorarse las regiones genitales y paragenitales, a fin de descartar lesiones por ataque sexual, para sustanciar el diagnóstico es necesario examinar las características del surco de compresión:

- ❖ *Número*: Con frecuencia múltiple.
- ❖ *Ubicación*: Generalmente a la altura o por debajo del cartílago tiroideos.
- ❖ *Dirección*: Horizontal u oblicuo descendente.
- ❖ *Continuidad*: Rodea completamente el cuello.
- ❖ *Profundidad*: Uniforme en todo el perímetro cervical.

- ❖ *Ancho*: Variable según lazo y región topográfica.
- ❖ *Fondo*: No presenta habitualmente signos de apergaminamiento.
- ❖ *Adyacentes*: Diversa variedad de lesiones contusivas (homicidio).

b) *Examen Interno*: Caben las mismas consideraciones hechas para la ahorcadura, respecto de la metódica de estudio y de los hallazgos lesionales.⁽⁵⁴⁾

Sin embargo conviene marcar algunas diferencias:

- No se encuentran habitualmente lesiones de la columna cervical como así tampoco desgarros íntimos vasculares; ya que para su producción es necesaria una fuerza de tracción que accione longitudinalmente sobre el cuello, situación que no se verifica en este tipo de asfixia.⁽⁵⁴⁾
- Los estudios de referencia han demostrado, que dada la altura de la compresión las lesiones osteo-cartilaginosas de la vía aérea ocurren con mayor frecuencia que en las ahorcaduras; destacando las fracturas del tiroides con un 32% de los casos, siguiéndole en frecuencia el hioides lesionado en un 11% y finalmente el cricoides comprometido en un 9%.⁽⁵⁴⁾

En todos los casos el médico forense debe determinar la manera de muerte, luego de haber realizado una autopsia completa del cadáver. Como se mencionó anteriormente la clasificación usual de manera de muerte es: natural, homicida, suicida, accidental, pendiente e indeterminada. Por todo lo anterior es de mucha utilidad el uso de la siguiente tabla para realizar un diagnóstico diferencial entre el ahorcamiento y la estrangulación a lazo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE AHORCAMIENTO Y ESTRANGULACION A LAZO

AHORCAMIENTO	ESTRANGULACION A LAZO
---------------------	------------------------------

Dirección del surco: oblicuo ascendente, encima de la laringe.	Dirección del surco: horizontal, debajo de la laringe.
Surco generalmente único.	Surco casi siempre múltiple.
Fondo: generalmente es apergaminado aunque puede ser de aspecto equimótico.	Fondo: no presenta habitualmente signos de apergaminamiento.
Continuidad: se interrumpe a nivel del nudo.	Continuidad: rodea completamente el cuello.
Pueden encontrarse fracturas a nivel cervical	No es usual encontrar fracturas a nivel cervical.
Lesiones vasculares.	No se encuentran lesiones vasculares.
Generalmente sin signos de violencia o lucha.	Frecuentemente hay signos de violencia o lucha.

Fuente: elaboración propia

3.3.2 Lesiones por proyectiles de arma de fuego (PAF)

Es el mecanismo más empleado en algunos países, principalmente en Estados Unidos, donde la disponibilidad de armas de fuego es mayor que en nuestro medio⁽⁵⁷⁾. Existe una clara desproporción entre sexos, con predominio de varones⁽⁵⁴⁾. Las siguientes son las características que deberíamos evaluar al estar frente a un cadáver con el antecedente de muerte por proyectil de arma de fuego:

Orificio de entrada

Plano de la piel

En este plano pueden distinguirse los efectos del caño del arma, el número y los efectos del proyectil y de la pólvora. Con estos elementos es posible determinar aproximadamente la distancia a que fue efectuado el disparo y a veces, el ángulo de incidencia del mismo.⁽⁵⁵⁾

Efectos del caño del arma: se pueden observar cuando el caño del arma se apoya sobre la piel. Este signo se conoce con el nombre de “signo de Puppe-Werkgartner” y consiste en una impronta o marca producto de la acción quemante del metal ya que al producirse la combustión de la pólvora, el metal aumenta su temperatura. Dicha impronta es de aspecto rojizo y reproduce la forma del caño del arma en forma total o incompleta.⁽⁵⁴⁾

Numero de orificios de entrada: en cuanto al número de orificios, su número se corresponde con los proyectiles disparados aunque a veces puede ocurrir que proyectiles únicos produzcan más de un orificio cuando atraviesan diversos planos como los que ingresan y salen de un miembro superior para luego ingresar al tórax. También puede ocurrir que el ingreso del proyectil no se observe sobre la superficie cuando la entrada se realiza a través de los orificios naturales (boca, nariz, ano).⁽⁵⁴⁾

Efectos del proyectil: cuando el proyectil impacta sobre la superficie de la piel se vence la resistencia produciéndose una herida o lesión CONTUSA de forma redondeada u ovalada, de acuerdo al ángulo de incidencia, con características particulares. Se produce una lesión contusa penetrante con bordes de aspecto contusivo en forma de anillo llamado HALO o ANILLO EXCORIATIVO-

EQUIMOTICO por acción exclusiva del proyectil y otro HALO o ANILLO GRIS-NEGRUZCO ubicado por arriba y por dentro del anterior. ⁽⁵⁴⁾

El primer anillo recibe el nombre de anillo de “CONTUSION” y el segundo recibe el nombre de anillo de “ENJUGAMIENTO” ya que se produce por el depósito de impurezas y pólvora, que no entro en combustión, y que arrastra el proyectil cuando sale del cañón. La superposición de ambos anillos conforma el denominado ANILLO DE FISH de coloración rojo-negruzca. ⁽⁵⁴⁾

Una característica a destacar y que es de importancia es que el anillo CONTUSIVO siempre está presente en el orificio de entrada independientemente de la distancia a que sea efectuado el disparo mientras que el anillo de enjugamiento puede faltar en el caso que se interponga entre el proyectil y la piel, ropa o cabellos. El anillo de contusión además es indicio elocuente del carácter vital de la lesión ya que se produce por la infiltración hemática de la dermis por la ruptura traumática de los capilares. ⁽⁵⁴⁾

La forma del orificio de entrada como se dijo precedentemente depende de la incidencia es perpendicular, el orificio será simétrico y redondeado mientras que el ángulo de incidencia es oblicuo, el orificio tendrá forma ovalada correspondiendo la parte más ancha del anillo contusivo a la zona de choque del proyectil. ⁽⁵⁴⁾

El borde del orificio de entrada tiene aspecto regular e invaginado pero si debajo de la piel existe un plano óseo y el caño está apoyado firmemente sobre la piel al producirse disparo, los gases de la pólvora “chocan” contra el plano óseo y antes que se produzcan la ruptura ósea, la piel estalla produciéndose un orificio irregular, de forma aproximadamente estrellada con los bordes quemados y con depósitos de granos de pólvora incombusta. Esa lesión recibe el nombre de “golpe de mina de Hoffman”. ⁽⁵⁴⁾

Efectos de la pólvora: la pólvora produce el denominado “tatuaje” debido a la llama, a los granos de pólvora que no entraron en combustión y al negro de humo. Se llama tatuaje “verdadero” al que no desaparece con el lavado y está formado por la quemadura provocada por la llama o por la incrustación de granos de pólvora que no entraron en combustión o por ambos elementos en forma conjunta.

Se llama tatuaje “falso” al que sí, desaparece con el lavado y que formado por el depósito del negro de humo. ⁽⁵⁴⁾

El tatuaje llamado “verdadero” se produce porque al efectuarse el disparo, junto con el proyectil salen gases a alta temperatura y residuos sólidos que forman “llama” por lo que se produce “quemadura” recibiendo este tipo de disparo la denominación de “disparo a quemarropa”. En este caso, el arma se encuentra apoyada sobre el cuerpo o a muy corta distancia, observándose este efecto en la piel y cabellos, y, ropa si hubiere alguna prenda interpuesta. Los granos de pólvora que no entran en combustión se incrustan en la piel que rodea al orificio de entrada por fuera del anillo de contusión o anillo de Fish. Cuando el disparo se hace a distancia más alejada y variable (50 y 70 cts.), respecto del plano de la piel, se deposita el “negro de humo” alrededor del orificio de entrada, formando el tatuaje denominado “falso” porque desaparece con el lavado. ⁽⁵⁴⁾

Efectos sobre el hueso

Este estudio resulta del interés particularmente en los disparos efectuados a nivel del cráneo. En los casos en que el disparo se efectuó con el arma apoyada, por debajo de las partes blandas y redondeando al orificio de entrada en el cráneo se puede observar un “anillo de ahumamiento” concéntrico de ancho variable entre 1 a 3 mm, con limite externo difuso y que recibe el nombre de “signo de Benassi”. Se trata de un anillo de ahumamiento que desaparece con el lavado y que resiste a la putrefacción siendo signo indubitable de orificio de entrada con el arma apoyada. ⁽⁵⁴⁾

Orificio de salida

Si el proyectil luego de hacer un recorrido intracorporal sale al exterior, determina en la piel una herida contusa, aproximadamente irregular y evertidos, de aspecto pálido, sin anillo contusivo no enjugamiento. La ausencia de estos signos y de tatuajes constituye la característica del orificio de salida y su diferencia con el de entrada. ⁽⁵⁴⁾

Se deben llevar los siguientes extremos:

- a) Describir extensamente el lugar de los hechos, las armas involucradas, los tipos de balas, ubicaciones de daño “medio ambiental”, cartuchos y posiciones relativas de las personas involucradas.
- b) Examen completo de la ropa, descripción de sus daños relevantes y toma cuidadosa de muestras.
- c) Investigación completa y documentación de cualquier resto sanguíneo existente en la superficie del cuerpo (incluyendo ropa y manos).
- d) Descripción minuciosa de las lesiones de entrada y salida debidas al proyectil, con relación a puntos anatómicos fijos y su distancia respecto a las plantas de los pies.
- e) Trayecto de los proyectiles a los largo del cuerpo.
- f) Descripción de las marcas debidas al contacto de la boca del cañón.
- g) Extirpación de la región cutánea, sin limpiar, que rodea las lesiones de entrada y de salida.
- h) Cuando sea necesario, hacer radiografías antes y/o durante la autopsia.
- i) Determinación del trayecto y disección(es) de proyectil(es).
- j) Determinación de la línea de disparo, sucesión de los disparos, vitalidad de los mismos y posición(es) de las víctimas. ⁽⁵⁴⁾

Debe aclararse, finalmente, si se trata de un disparo de etiología médico-legal ACCIDENTAL, CRIMINAL o bien, SUICIDA ⁽⁵⁵⁾. Los elementos para establecer el diagnóstico se obtendrán, respectivamente:

Del lugar de los hechos

- Existencia de desorden u otras huellas de violencia (manchas de sangre).
- Localización o ausencia del arma.
- Existencia de notas.
- Caracteres especiales del suicidio (espejo, disposición del arma, etc.) ⁽⁵⁴⁾

Del examen del cadáver

- a) Existencia de signos de defensa y de lucha.
- b) Vestimentas.

- c) Forma de empuñar el arma.
- d) Distancia y dirección del disparo.
- e) Número y localización de las heridas.
- f) Examen de las manos de la víctima (empuñadora y de sostén).
- g) Investigaciones complementarias: antecedentes de la víctima (salud, finanzas, vida amorosa, negocios, etc). ⁽⁵⁴⁾

3.3.3 Muerte por caída, defenestración y precipitación

Es una forma de tendencia creciente y ya ocupa el primer lugar en algunos países. Es proporcionalmente mayor en ancianos y en mujeres.

La etiología medicolegal más frecuente de la caída y la precipitación es accidental. En cuanto a la precipitación suicida, suele realizarse desde sitios elevados, que en cada ciudad se vuelven clásicos. El diagnóstico diferencial entre precipitación suicida y precipitación homicida es difícil, y requiere una cuidadosa correlación entre hallazgos de autopsia y la información policial acerca de las circunstancias del hecho. ⁽⁵⁴⁾

Antes de continuar debemos tener en claro algunos conceptos:

CAIDA: Se aplica esta designación cuando el choque se produce por la pérdida de la posición erecta, sentada o desde el decúbito, es decir que la distancia o altura recorrida por el cuerpo es pequeña, no superior a la talla de la víctima. La importancia de estas lesiones depende en gran parte de las características del piso en el que se produce el choque. Las lesiones que se pueden producir revisten la forma de escoriaciones, equimosis, hematomas o heridas contusas propiamente dichas con solución de continuidad en la piel. ⁽⁵⁴⁾

DEFENESTRACION y PRECIPITACION: Son las resultantes del choque del cuerpo contra el plano del piso producido desde alturas variables de hasta 50 metros en la defenestración y de mayor distancia en la precipitación. En estos casos se producen lesiones externas y/o internas. ⁽⁵⁴⁾

Las primeras o *EXTERNAS* consisten en excoriaciones, equimosis, hematomas, scalp, desgarros, heridas contuso-cortantes, heridas contusas propiamente dichas y fracturas expuestas. ⁽⁵⁴⁾

Las lesiones INTERNAS pueden ser:

- a) *Viscerales*: presentándose hematomas, heridas contusas, estallidos y desgarros.
- b) *Fracturas*: pudiendo ser estas craneales, vertebrales, esternocostales, pélvicas y en los miembros. ⁽⁵⁴⁾

En algunas circunstancias se producen fracturas múltiples sin manifestaciones externas que sí, son perceptibles a la palpación, reciben el nombre de “bolsa de nueces”. La denominación de jumping utilizada en la literatura anglosajona se reserva a los “movimientos que efectúa el cuerpo de la víctima durante el recorrido que efectúa en la precipitación”. ⁽⁵⁴⁾

En todos los casos además de las lesiones de las partes blandas y huesos, se produce hemorragia interna y/o externa que en algunos casos resulta ser la causa de la muerte. ⁽⁵⁴⁾

3.3.4 Muertes por intoxicación

En este caso se utiliza el poder de la acción química de una sustancia ajena al organismo ⁽⁵⁴⁾. 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, los elementos organofosforados (en nuestro medio), los plaguicidas en el medio rural y también el cianuro.

Es la única forma de suicidio en cuyo recuento global predomina la tasa femenina. ⁽³⁶⁾

El estudio de las intoxicaciones es de por sí un tema muy amplio y no valdría la pena adentrarnos muy profundamente en este acápite.

Sin embargo, como médicos forenses pues es necesario que conozcamos el manejo de una manera general, de los cadáveres con antecedente de deceso por algún tipo de intoxicación.

Se debe indagar sobre la historia de ingestión de un tóxico y buscar en el cuerpo las alteraciones morfológicas que indiquen o sugieran contacto con un determinado veneno.

Examen externo:

- Cambios de coloración, como livideces rojo cereza en la intoxicación por monóxido de carbono, cianuro o barbitúricos, o las livideces pardas (achocolatadas) propias de la metahemoglobinemia que se produce en las intoxicaciones por nitrito de amilo o con bórax. ⁽⁵⁵⁾
- La presencia de espuma blanquecina en boca y nariz, asociada a miosis pupilar (pupilas puntiformes) orientan a una intoxicación por insecticidas organofosforados o a la ingesta de hongos como la amanita faloides. ⁽⁵⁵⁾
- El color ocre de la quemadura superficial de los pulpejos de los dedos o la perforación del tabique nasal, indican la utilización de cocaína en su variedad de bazuco en el primer caso y por aspiración nasal en el segundo. El pulmón del fumador de bazuco, coloración característica gris verdosa, homogénea, como fondo la antracosis sobreañadida, micro: neumonitis tóxica acompañada por descamación de macrófagos con pigmento ocre en la luz alveolar y macrófagos PAS positivo. ⁽⁵⁵⁾
- Ocasionalmente puede haber miocarditis con infiltrado inflamatorio focal. ⁽⁵⁵⁾
- La intoxicación por cocaína puede presentar severa hipertermia en la etapa terminal, lo que puede orientar desde la escena de los hechos es: presencia de hielo o toallas húmedas, con los que la víctima y sus acompañantes han intentado bajar la temperatura. ⁽⁵⁵⁾
- Debido a que la cocaína se puede usar a nivel rectal o vaginal también, es conveniente realizar en el cadáver un frotis con escobillón de estas áreas y también de la nariz, que permitirá el diagnóstico en el laboratorio. ⁽⁵⁵⁾

En el examen interno:

- La presencia de gastritis hemorrágica, es el signo más importante para decidirse a tomar muestras que confirmen o descarten la presencia de alcohol etílico o metílico, los cáusticos causaran grandes erosiones en esófago y el estómago. ⁽⁵⁵⁾
- Examen de la boca, del contenido gástrico y del recto es indispensable, por ser puertas de entrada en las cuales pueden encontrarse residuos macroscópica/ visibles de la sustancia química usada. ⁽⁵⁵⁾

- La coloración de los órganos, diferentes a lo normal y olores que hagan pensar en la presencia de sustancias químicas deben ser tomados en cuenta. ⁽⁵⁵⁾

Algunos tóxicos cuya historia de ingesta generalmente es clara por haber transcurrido un tiempo de evolución clínica suficiente, mostrará lesiones macro y microscópicamente concluyentes, o por lo menos muy sugestivas y orientadoras del diagnóstico:

1. *Fósforo blanco*: necrosis masiva del hígado, que será de color amarillo, blando y de cápsula arrugada, la historia revelará la ingesta de pólvora, seguida de vómito y diarrea y luego un periodo de ausencia de síntoma (“luna de miel del intoxicado con fósforo”) para sobrevenir después la insuficiencia hepática por necrosis masiva. ⁽⁵⁵⁾

Histológicamente se confirmará por necrosis de los hepatocitos de la periferia del lobulillo.

2. *Alcohol metílico y el monóxido de carbono*: producirán necrosis de los núcleos de la base cerebral, para el primero en el putamen y para el segundo en el globus pallidus, siempre y cuando haya una cierta sobrevida después del contacto (6-7 días). ⁽⁵⁵⁾
3. *Paraquat*: para este herbicida se describió inicialmente el daño alveolar difusa (pulmón de paraquat), con un promedio de 12 días post ingesta se produce la muerte y encontraremos: pulmón grisáceo, fibroso, con presencia de membranas hialinas y organización fibrosa intra alveolar, hígado: colestasis centrolobulillar. ⁽⁵⁵⁾

Cuando la historia no orienta al tipo de sustancia tóxica, ni se observa alteraciones que indiquen etiología concreta, puede ser que la investigación se desvíe por la presencia de signos de una enfermedad, que no mató a la persona, sino que más bien coexistía con ella. Ante la carencia de datos orientadores, quien realiza la autopsia puede atribuir la muerte a dicha enfermedad.

Este aspecto es más importante, si se tiene en cuenta que a medida que se ha desarrollado la industria química, es cada vez mayor la cantidad de tóxicos

potenciales de que vivimos rodeados, incluidas sustancias utilizadas farmacológicamente.

Por carecer en nuestro medio de un control estricto tanto de la venta, así como de la formulación de drogas, siempre existe la posibilidad de que estas, en una sobredosis, lleven a la muerte. La gran mayoría de ellas no dejan alteraciones macroscópicas que orienten a quien hace la autopsia ni a quien en el laboratorio analiza las vísceras.

De ahí la importancia de una historia clara y lo más completa posible y de la búsqueda en la escena de los hechos de posibles sustancias posiblemente tóxicas. Datos sobre que drogas habían sido formuladas cuando se inició su administración, cuando? y dónde? se compró el fármaco, ayudará a orientar el diagnóstico.

PROCEDIMIENTO CON LA MUESTRAS OBTENIDAS DE AUTOPSIAS

Normas establecidas a nivel internacional propuesta del Instituto nacional de toxicología de Madrid España

1.- En los casos en que se desconoce totalmente la naturaleza del tóxico que hay que investigar, es necesario remitir las muestras siguientes:

Un recipiente con estómago y su contenido, además de los vómitos y los lavados gástricos en urgencias. ⁽⁵⁵⁾

- a) Un frasco seco con sangre en cantidad de 50 ml.
- b) Un frasco de orina, toda cuanta sea posible extraer.
- c) Un recipiente con aproximada/ 100 gr. de cerebro.
- d) Un recipiente con hígado, 100 gr.
- e) Un recipiente con la vesícula biliar.
- f) Un recipiente con una cuña renal, de unos 100 gr.
- g) Un recipiente de unos 100 gr. de pulmón.
- h) Cuando se sospechen intoxicaciones crónicas por arsénico, talio, cadmio, berilio, estroncio, uranio, flúor y drogas, deberán remitirse muestras de cabellos, uñas y huesos. ⁽⁵⁵⁾

Observaciones:

- Cuando interese la investigación de tóxicos gaseosos o volátiles, es necesario evitar que los frascos contengan cámaras de aire, por lo que deberán llenarse en su totalidad y cerrarse hermética/, estos se mantendrán a bajas temperaturas el mayor tiempo posible.
- Nunca se añadirá agentes conservantes a las muestras, excepto en la sangre para la determinación de alcohol etílico y disolventes (fluoruro sódico).
- Nunca se conservarán en formol muestras de vísceras destinadas al análisis químico-toxicológico si, para el estudio histopatológico de los mismos.

Recipientes: deben ser de vidrio o plástico incoloro, de boca ancha o bien bolsas de plástico, nuevos y enjuagados. Si se usa frascos ya usados: lavar profusamente con lavandina, luego lavar repetidamente con agua corriente y finalmente con agua destilada.

- Los frascos para contener sangre deberán secarse perfectamente para evitar su hemólisis.
- Todos serán enviados en un contenedor impermeable, preferente/ nevera, cerrado herméticamente sin ejercer presión o violencia sobre ellos.

Etiquetado y precintado: el contenedor deberá estar cerrado herméticamente y conveniente/ precintado; en él hará constar el juzgado remitente.

- Cuando la muestra venga contenida en varios frascos o paquetes, todos y cada uno de ellos estarán provistos de una etiqueta con expresión del contenido, si se trata de vísceras o líquidos orgánicos, nombre de la víctima, juzgado de instrucción, número de sumario y fecha.

Documentación: los tribunales o juzgados comunicarán al laboratorio el envío que se haya efectuado expresando la fecha de expedición, procedimiento usado, nombre del transportista, y breve descripción del paquete y precintado.

- Indicar claramente el tipo de investigación que interesa y se acompaña información de todos los datos clínicos, necrópsicos, procesales y otros de interés.
- Indicar cuando se sospeche una enfermedad infectocontagiosa como hepatitis y SIDA, se hará constar.
- Debe existir un documento anexo al envío de muestras, que acredite la observación en todo momento de la “cadena de custodia”, desde la toma de muestras hasta su recepción en el laboratorio.

MUESTRAS PROCEDENTES DE UNA EXHUMACION

- ✓ En principio, en estos casos es de aplicación lo dicho para las muestras procedentes de autopsia, sobre todo en exhumaciones recientes y las vísceras estuviesen reconocibles.
- ✓ Si ha transcurrido mucho tiempo de la muerte e inhumación, es difícil recoger las muestras, en tales casos recoger en frascos separados los restos aún visibles de las distintas vísceras.
- ✓ Aún en la esqueletización, la investigación de los venenos minerales pueden dar resultados positivos, se recogerá: cráneo, 5-6 vértebras, tibia, fémur e ilíaco.
- ✓ También enviar muestras de los revestimientos del ataúd y de la tierra que cubre y rodea el mismo (100 gr de la tierra de encima y 100 gr de abajo del ataúd), para descartar posibles resultados falsos negativos o falsos positivos por pérdida del tóxico o contaminación de las vísceras.
- ✓ Las condiciones de envasado, remisión y proscripción de añadir conservantes son las mismas que se han descrito para las muestras de autopsias.

3.3.5 Otros métodos suicidas

Son infrecuentes o al menos específicos de ciertas áreas geográficas, a veces con algún mimetismo ⁽⁵⁵⁾ . Hace algunos años destacaron en otros países los suicidios estilo *bonzo*, impregnando las ropas con líquidos combustibles, a las que se prende fuego. También destacan los suicidios por *explosión*, más conocidos como inmolación. Quizá sean más frecuentes de lo que constan los accidentes de tráfico con intención suicida, más por el lado del conductor pero también del peatón. ⁽⁵⁵⁾

En nuestro medio podríamos mencionar a la intoxicación por órganos fosforados (veneno para ratas), que por su fácil adquisición pueden ser la elección ideal para consumir el suicidio.

Las lesiones suicidas por arma blanca son muy poco frecuentes. Deben considerarse sobre todo las lesiones a nivel del cuello con sección del paquete vascular. Hay formas muy típicas de otras culturas como el *hara-kiri* japonés. Cabe recordar la importancia numérica de los “cortes de venas” en las muñecas, que suelen constituir intentos teatrales de suicidio. ⁽⁵⁵⁾

3.4 Problemas medico legales específicos

Aunque cada uno de los mecanismos de muerte ya se mencionaron anteriormente, es preciso hacer algunas consideraciones desde una visión global del problema del suicidio, todas ellas tendentes a establecer el diagnóstico diferencial entre la etiología intencionada (suicida u homicida) o accidental, e incluso para diferenciarlo de una muerte natural. Los datos de mayor interés se centran en el análisis de cada caso concreto. ⁽⁵⁵⁾

Levantamiento del cadaver

Permite obtener datos de primera mano sobre las circunstancias de la muerte. Es importante, en cada caso, establecer el diagnóstico diferencial entre la muerte natural o violenta, si esta fue accidental o intencionada, y, en este último caso, si la etiología fue homicida o suicida. ⁽⁵⁵⁾

Debe tenerse claro que el diagnóstico diferencial entre el suicidio y el accidente, con ser importante, tiene menos trascendencia judicial y a menudo, en casos socialmente claros, puede no haber necesidad de seguir la investigación. Esto ha sido válido sobre todo en épocas en que la valoración ética del suicidio era mucho más importante y un diagnóstico exacto, por lo menos sobre el papel, podía crear problemas sociales, por ejemplo para un entierro católico. ⁽⁵⁵⁾

En cambio, este diagnóstico tiene gran trascendencia cuando debe diferenciarse un suicidio de un homicidio ⁽⁵⁵⁾. En tal caso el experto debe tener presente la posibilidad de que se haya procurado, intencionalmente. Orientar el diagnóstico en sentido equivocado, presentando las circunstancias que rodean el obito de forma que hagan pensar en el suicidio ⁽⁵⁵⁾. A los efectos de este diagnóstico diferencial tienen especial trascendencia los siguientes elementos:

➤ *Mecanismo de muerte*

Algunas formas de muerte tienden a hacer pensar más directamente en el suicidio, por ejemplo, la ahorcadura ⁽⁵⁵⁾. El hallazgo del cadáver de un ahorcado orienta en primer lugar hacia el suicidio. Incluso las lesiones encontradas en la autopsia pueden ser todavía bastante características del suicidio, si se ahorca un cadáver, cuando aun no se habían establecido las livideces típicas de la posición horizontal. En este caso pueden producirse también las hipostasis típicas en las extremidades inferiores. Asimismo, el hallazgo de lesiones vitales en el cuello no siempre es suficientemente claro.

En realidad si se trata de una “ejecución” sin signos de lucha, el diagnóstico diferencial entre suicidio y homicidio puede ser muy difícil.

➤ *Lesiones externas*

Un hecho de extraordinaria importancia es encontrar lesiones externas no específicas que pudieran interpretarse como signos de lucha. No siempre es fácil distinguir la naturaleza de estos signos y, en ocasiones, podemos ser inducidos a error, por ejemplo, en el caso de muertes por sumersión con lesiones por golpes contra rocas o incluso por mordeduras de animales marinos. Más difícil puede ser el diagnóstico en casos de precipitación o

atropello por tren, que ya presentan por sí mismo grandes lesiones. En este sentido es fundamental el diagnóstico de vitalidad de las lesiones para excluir que se pretenda hacer interpretar como suicidio el estudio de un cadáver que ha sido víctima de un homicidio.

➤ *Datos específicos*

Directamente en relación con el levantamiento del cadáver está el hallazgo de algunos datos específicos. En este sentido tienen su gran valor las *cartas de despedida* ⁽⁵⁵⁾. Es un elemento importante, que se encuentra con relativa frecuencia y debe ser analizado con el mayor rigor, para verificar su autenticidad ⁽⁵⁵⁾. Entre los datos que tienen mayor interés deben destacarse los siguientes:

1. *Aspecto formal del escrito.* A menudo se realiza en papel basto, el que hay a mano, que no siempre es nuevo. De hecho se utilizan con frecuencia papeles que ya han servido para otro uso.
2. *Tipo de escrito.* Depende en gran parte del nivel cultural. Por ello son frecuentes caracteres de letra muy elementales, incluso con errores ortográficos notables.
3. *Longitud del mensaje.* La mayoría suelen ser cortos, de pocas frases y a veces de una sola. Otras veces son largos y en este caso hay numerosas disquisiciones. Raras veces hay dibujos. En ocasiones el propio tipo de escritura puede orientar a un diagnóstico, por ejemplo, algún caso típico de escritura circular, en espiral, etc.
4. *Contenido.* En los mensajes muy cortos puede haber solo indicación del lugar en que cabe encontrar el cadáver. Son frecuentes las explicaciones breves pidiendo perdón o explicando las causas que le han inducido al suicidio (soledad, enfermedad grave, ceguera, etc.). Otras veces se dan razones sociales o se culpa a alguien. También son frecuentes algunas explicaciones de tipo económico. Los escritos extensos son menos frecuentes, pero tienen ,mucho interés, porque su contenido puede ser

esclarecedor. Así, en el caso de intoxicados con barbitúricos, en que el progreso del sueño se nota en las características del escrito, con letra cada vez más difícil de leer y contenido más pobre. En algunos casos con rica psicopatología se aprecia el contenido delirante del pensamiento, con ideas de autorreferencia o explicación de alucinaciones.

3.5 El término suicidio

El término suicidio posee en sí mismo un matiz de violencia y agresividad, porque se trata de una voz formada por analogía con el homicidio.

Fue acuñado por sir THOMAS BROWN, filósofo y médico inglés en 1642, al escribir su obra *Religio Medici*. THOMAS asimiló el suicidio al homicidio al tomar su etimología latina: *sui, de sí mismo; y caedere, matar.* ⁽³⁶⁾

A finales del siglo XVIII empezó a ser utilizado en España y aparece en el diccionario de la Real Academia en la quinta edición, de 1817. Es interesante observar que, hasta entonces, cuando alguien, en cualquier lugar del planeta, quería referirse a la muerte provocada por uno mismo, debía recurrir a una perífrasis, hecho que, de algún modo, revela una intención de mantenerlo oculto o, por lo menos, indefinido. ⁽³⁶⁾

La Real Academia Española (2001) define al suicidio como acción y efecto de suicidarse, que es quitarse voluntariamente la vida, y en una segunda acepción como acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Con esta segunda acepción, se elimina la obligatoriedad de la muerte, pero se crea un sentido metafórico (v. gr. el planteamiento suicida de un partido de fútbol, una estrategia política suicida), que deja al descubierto el fenómeno de difusión del suicidio. ⁽³⁶⁾

3.6 Concepto

La palabra “suicidio” es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura. ⁽²⁾

A lo largo de los años, ha habido múltiples definiciones y descripciones de este fenómeno. Edwin Shneidman definió el suicidio como “el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”.

Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados. Esta proliferación de definiciones, obligó a la OMS (1976) a intentar unificar la terminología y a proponer unos términos concretos:

- a) **Acto suicida:** hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- b) **Suicidio:** muerte que resulta de un acto suicida.
- c) **Intento de suicidio:** acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Como se menciona debe diferenciarse muy bien los conceptos de *suicidio consumado* e *intento de suicidio*.

En el suicidio consumado hay muerte del sujeto suicida y su estudio es competencia forense tanatológica; en cambio el intento donde no se produce el óbito el estudio pertenece al psiquiatra, al médico legista, al asistente social y al médico de familia. ⁽⁵⁾

La epidemiología de ambos conceptos es distinta, aunque no existe una frontera específica. En el suicidio consumado suele tratarse de personas en que la decisión de conseguir la muerte es mayor, el mecanismo utilizado es más eficaz y el margen de acción terapéutica es menor. ⁽⁵⁾

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases: ⁽³⁴⁾

- a) *Idea suicida* en la que el sujeto piensa en cometer suicidio.
- b) *Duda o fase de ambivalencia* donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus

conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir.

c) *Decisión* en la que ya se pasa a la acción.

3.7 Código penal y suicidio

Art. 256.- (HOMICIDIO – SUICIDIO). El que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si la muerte se hubiere intentado o consumado, incurrirá en reclusión de dos a seis años.

Si con motivo de la tentativa se produjeren lesiones, la sanción será de reclusión de uno a cinco años.

Aunque hubiere mediado consentimiento de la víctima en el doble suicidio, se impondrá al sobreviviente la pena de reclusión de dos a seis años. ⁽⁵⁶⁾

3.8 Definición médico legal del suicidio

El suicidio es la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida. El concepto es claro aunque merece algunas precisiones. La más importante se refiere a la intencionalidad del acto. En este sentido en ocasiones puede ser difícil el diagnóstico diferencial entre un suicidio, un accidente o un homicidio. ⁽⁵⁵⁾

Valorando en primer lugar el concepto de muerte, se trata de una muerte no natural que requiere siempre una investigación judicial. En este sentido, el suicidio es un tema clásico de la Medicina Legal. Pero no debe olvidarse que es un tema muy complejo, en el que existen múltiples enfoques, lo que hace que haya dejado de ser un tema mayoritariamente médico-legal, para ser compartido por otras múltiples áreas.

3.9 Aspectos médico legales del suicidio

Esta cuestión se relaciona con la labor que les cabe al médico asistencial y al médico legista en caso de suicidio y en las tentativas del mismo.

Con respecto al médico asistencial es necesario señalar que cuando presta asistencia a alguien que ha intentado quitarse la vida —por cualquier medio— debe, hacer la denuncia policial del hecho estando amparado por la justa causa.

En los casos en que el hecho se haya consumado el que interviene es el médico legista quien deberá informar al juez la causa y mecanismo de la muerte teniendo en cuenta el lugar del hecho, los antecedentes que le brinde la policía y el resultado de la autopsia. ⁽⁵⁵⁾

3.10 El suicidio como tal

Como mencionamos anteriormente, en Medicina Forense se clasifican a las Muertes Violentas como Accidentales, Homicidas y Suicidas; todas éstas son indicaciones para la realización de la Necropsia Médico Legal. Dicho procedimiento incluye no sólo a la apertura del cadáver, sino también al examen externo (o retrato hablado) y al levantamiento del cadáver en la escena del hecho. 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 estudio del suicidio suele ser uno de los temas clásicos de la Medicina Legal, en primer lugar porque se trata de un mecanismo de muerte violenta, no natural, que obliga a la intervención judicial directa, y también por el dramatismo que suelen rodear muchos casos: muerte a menudo inesperada, rápida y con una mayor repercusión social. Así mismo en muchas épocas y lugares ha tendido a ocultarse este tipo de muerte, a disimularse bajo otro diagnóstico o a considerar al suicida como un enfermo mental.

El suicidio ha existido desde que se conoce la historia remota del hombre, motivado por aspectos muy dispares: religiosos, políticos, sociales, económicos, etc.

Existen diferentes concepciones del término suicidio, a continuación vamos a realizar una breve revisión de estas, a través de los años:

3.10.1 La concepción de Durkheim

El primer intento de sistematización del suicidio fue realizado por Durkheim en su obra *El suicidio* de 1897, establece tres categorías de suicidio, en las que se debe enmarcar todo suicidio llevado a cabo: ⁽²⁸⁾

- 1) El suicidio *egoísta*, realizado por todo aquel individuo fuertemente individualista, por no tolerar las exigencias de la vida social y de sus reglas.
- 2) El suicidio *altruista*, diametralmente opuesto al primero, es realizado en situaciones sociales de elevada cohesión de los principios y fines colectivos.
- 3) El suicidio *anómico* que se produce en aquellos que han sufrido una fuerte crisis de valores religiosos, sociales o éticos, y se encuentran privados de algún tipo de orientación.

Durkheim parte de la hipótesis de que el acto social suicida debe ser considerado como realidad externa al individuo objetivo y bien determinado de forma que pueda ser científicamente tratado. ⁽²⁸⁾

Este autor ha analizado la incidencia del suicidio en diversas realidades nacionales, sociales y culturales, verificando cómo el índice de mortalidad por suicidio tiende a permanecer constante en toda realidad social singular y fija, si no cambian las características generales. Tales índices esgrimen una inclinación colectiva al suicidio presente y caracterizadora de esa sociedad, que influencia el comportamiento del individuo hacia su decisión.

Según Durkheim, la disgregación social y la escasa integración del individuo en los grupos sociales aumentan la posibilidad del suicidio. ⁽²⁸⁾

En el momento actual, el estudio sobre el suicidio de Durkheim continúa conservando toda la lucidez y eficacia, aunque la concepción que considera el fenómeno como una manifestación de «anomia», inmodificable en toda sociedad, se va sustituyendo por una concepción más pragmática, que tiende a incidir sobre la realidad social, e individual para reducir la incidencia del suicidio. ⁽²⁸⁾

3.10.2 La concepción psicoanalítica

Sauvagnat y Lame ⁽⁴¹⁾ citan tres momentos históricos en la discusión sobre el suicidio en las concepciones psicoanalíticas: 1.º) la discusión en 1910 de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, sobre el «suicidio en los niños»; 2.º) las consecuencias del reconocimiento por Freud de la «pulsión de muerte», y 3.º) la discusión en la Sociedad Psicoanalítica de París. ⁽²⁸⁾

La lectura psicoanalítica que Freud dio al suicidio permite ulteriores profundizamientos respecto a las hipótesis sociológicas, dando la posibilidad de individualizar en el individuo las razones últimas de un gesto dramáticamente significativo. ⁽²⁸⁾

Para el tema que se trata, dos son los momentos teóricos que enuclear de la vastísima obra freudiana. El primero se encuentra en su obra *Luto y Melancolía*, donde iguala el suicidio al síndrome depresivo y motiva así la tendencia suicida. El segundo deriva de la consideración especial de la obra *Al otro lado del principio del placer*, de 1920, donde Freud postula la existencia, junto a *Eros* de *Tánatos*, lo que coloca al instinto de muerte contrapuesto al instinto vital. ⁽²⁸⁾

La lectura psicoanalítica da mayor relieve al sentido del acto suicida, que viene así a estar inscrito en un cuadro donde predomina la razón intrínseca del acto mismo, situándolo en una precisa perspectiva de unidad y de individualidad: todo acto suicida es en cierto sentido único, complejo y no fácilmente generalizable. ⁽²⁸⁾

Desde un punto de vista psicológico y comportamental se puede delinear una especie de perfil típico de la personalidad suicida, utilizando todos los elementos que se pueden deducir del examen general y comprensivo de las variables estadísticas, y que podemos resumir de la siguiente manera: el suicida típico difícilmente es una persona profundamente creyente y con raíces en los valores religiosos; vive en un estado de aislamiento interior y social, aunque puede desarrollar una actividad interesante en el campo profesional, contrariamente a la idea de que un trabajo dependiente y poco gratificante puede constituir un grave motivo de privación. Reside frecuentemente en una comunidad urbana, donde los lazos relacionales son escasos y a menudo inexistentes, en comparación con las pequeñas poblaciones donde subsiste una mayor probabilidad de cambio y de relación interpersonal. Respecto a la subjetividad, se puede ver cómo en su familia de origen había soportado experiencias traumáticas, o ha sufrido la pérdida de una o de ambas figuras parentales, siendo la infancia del sujeto problemática y carencial en el plano afectivo. Entre las causas médicas del suicidio, aparece como responsable en primer lugar el síndrome depresivo, seguido de la esquizofrenia en sus diversas formas, así como la condición neurótica de varios

tipos, y sobre todo la histeria. La dependencia al alcohol y a las drogas está también entre las causas que concurren a determinar el acto suicida. Se puede decir que las toxico dependencias pueden ser consideradas como una especie de suicidio lento. ⁽²⁶⁾

La población masculina aparece de forma mayor expuesta al riesgo de suicidio que la femenina, que suele actuar más frecuentemente actos de tipo demostrativo o tentativas ineficaces.

Las personas ancianas están más expuestas que los adultos, mientras que los jóvenes y adolescentes pueden manifestar frecuencias ondulatorias suicidas, especialmente en situaciones caracterizadas por institucionalización total (cárceles, manicomios, etc.) o por estrés existencial (vida militar, pérdida del puesto de trabajo, etc.).

Los medios más comúnmente usados para quitarse la vida son la precipitación, el ahorcamiento, el envenenamiento, el uso de armas de fuego o blancas, la asfixia con gas, la sumersión o el atropello ferroviario.

Excepto en algunos casos particulares, el acto de quitarse la vida encuentra su justificación, si no la aprobación social, en un estado de «necesidad» externa, para evitar daños mayores para sí o para otros, o por un fuerte sentido del honor y de amor altruista, el suicidio aparece estrechamente relacionado con situaciones de enfermedad, física o mental, gran desarraigo social, factores de desadaptación y debilidad de carácter, o de sufrimiento real sin vía de salida.

En muchos casos (sobre todo en los que se refieren más directamente a situaciones de fuerte presión interna y externa), el suicidio puede ser visto como la única posibilidad, aunque sea dramáticamente fatal, en la que el individuo se puede reconocer en un gesto. En la depresión, por ejemplo, una aproximación fenomenológica sugiere lo que está perdido por el sujeto, y el sentido de su estar en el mundo, su «presencia».

Si se quiere verdaderamente hacer justicia a la persona que realiza o intenta consumir un suicidio, no es suficiente referirse a categorías de orden social, psiquiátrico o moral: es necesario captar la consciencia del suicida, que está en

una situación explosiva, en la que toda perspectiva de acción siempre ha estado reprimida.

En una obra específica de este tipo de aproximación psicoanalítica al suicidio, Hillman ⁽²¹⁾ propone una perspectiva distinta: no es el “Yo” del sujeto que se acerca a la muerte, pero es la *psique* inconsciente que invade la consciencia con fantasías de muerte como último intento para compensar una consciencia demasiado rígida y estructurada, incapaz de cambiar. El hecho de que en primavera el número de suicidios aumente, en un período del año en que la naturaleza abandona su gris hábito invernal, testimonia el hecho de que la consciencia del suicida se siente totalmente inadecuada, incapaz de adaptarse a un proceso de cambio y transformación psíquica, como muestra la naturaleza.

Es (como decía Heráclito) la vida en movimiento, eterno devenir, mientras la consciencia del sujeto es incapaz de todo cambio, lo que viene a crear un insalvable conflicto entre consciencia e inconsciente: el suicida no está en condiciones de vivir una transformación psíquica; lo que indica muerte y renacer simbólico, se construye mediante la muerte real, mientras en otro no es sino un radical cambio de estado, en la búsqueda psíquica inconsciente.

3.10.3 Otras concepciones del suicidio

Ferri ⁽⁹⁾ definió el suicidio como «la muerte realizada en su contexto por un desarrollo exclusivamente egoísta, con la intención de evitar un mal inminente o creído como tal». Miró proporciona otra definición del suicidio: «Acto de la persona de producirse la muerte como medio o como fin, de modo habitualmente consciente, asumiéndola». ⁽³⁴⁾

De estas definiciones se desprende que los elementos que caracterizan el suicidio parecen ser más el conocimiento, la intencionalidad y el significado del acto que el acto material en sí mismo: La definición puede ser más o menos restrictiva según el número de elementos que sean considerados importantes.

La OMS considera el suicidio simplemente como una de las cuatro causas posibles de muerte (natural, accidental, suicida y por homicidio). ⁽³⁶⁾

Pierre Moron ⁽³⁴⁾ reconoce en la conducta suicida cuatro aspectos distintos:

- El acto específico de quitarse la vida, sancionado por la muerte.
- El intento suicida como acto incompleto, que se resuelve como un suceso negativo.
- La veleidad del suicidio como acto apenas esbozado.
- La idea de suicidio como simple representación mental del acto.

Actualmente no es posible ignorar ninguna de las ofertas que han contribuido a la comprensión científica del fenómeno, y por ello es preferible una aproximación pragmática multidisciplinar e integral, que parece ser lo más productivo en el estudio del comportamiento humano de relieve social.

Desde que en 1958 se crea el *Centro para la Prevención del Suicidio*, en Los Ángeles (EE.UU.), por Schneidman, Litman y Farberow, se extiende una visión del suicidio como acto interdisciplinar y se desarrolla la investigación integral de todas las posibles perspectivas explicativas del mismo. Con este paso se inicia la *Suicidología* con metodología científica.

Aunque los autores divergen con matices en este punto lo que está claro es que existe una voluntad autodeterminada de poner fin a la propia vida.

De este modo, la OMS en 1969 define el acto suicida como «toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil», aunque no distingue entre intento suicida y suicidio propiamente dicho.

Es en verdad dificultoso, cuando falta una comunicación verbal o un escrito con contenido suicida, hacer un diagnóstico correcto de esta causa de muerte, aunque los métodos de poner en práctica esta resolución del sujeto, en la mayoría de las ocasiones, nos llevan a su clasificación con esta etiqueta (ahorcamiento, disparo de arma de fuego con ella entre las manos, autointoxicación medicamentosa, etc.).

Sin embargo, la combinación de tóxicos a dosis subletales (alcohol y drogas) o el accidente solitario de automóvil no permiten concluir con facilidad la intencionalidad del suicidio.

En estos extremos, la generalidad de las personas con responsabilidades judiciales (jueces, fiscales, forenses) son conservadoras y reticentes a la

declaración del suicidio (la mayoría de las muertes por sobredosis se consideran accidentales).

Esta postura refleja el intento de evitar un trauma emocional innecesario a la familia del difunto, apurando al máximo el resto de posibilidades, además de los problemas legales que la declaración judicial del suicidio puede tener a nivel civil, como es el caso del cobro de seguros de vida.

Cuando los investigadores y personal judicial concluyen como causa de la muerte de un sujeto el suicidio, raramente existen errores en ese diagnóstico preciso, en parte por los razonamientos dados anteriormente.

Sin embargo, la situación contraria, es decir, los suicidios consumados no dictaminados como tales, son numerosos, estimando en 1986 Grinspoon en 100.000 los casos anuales no hechos públicos. Ya en 1963, autores como Dublin señalaban los estigmas significativos que suponía este veredicto, fundamentando la escasa investigación en las muertes «accidentales» sospechosas, por parte de los fiscales, con un objetivo prioritario de búsqueda de homicidios, suponiendo los accidentes fatales y los suicidios, intereses profesionales secundarios para estos juristas.

Sólo las *autopsias psicológicas* pueden corregir de algún modo estas inadvertencias, según Stevenson ⁽²⁸⁾. El proceso comprende, según este autor, un amplio examen de la historia médica y psiquiátrica del paciente, así como entrevistas con los supervivientes, para investigar las intenciones de la víctima anteriores al acto.

Desafortunadamente, esta forma de investigación requiere tiempo, y raramente se emplea de forma sistemática y comprensiva en nuestro medio.

Aunque las causas de muerte más frecuentes son el cáncer y las enfermedades del corazón, el impacto que supone la muerte por suicidio, en la familia y en la comunidad es importante, sobre todo porque la víctima casi siempre refiere de una u otra forma, con más o menos inmediatez al acto, su intención, por lo menos a una persona significativa para ella (familiar, amigo, médico) ⁽²⁸⁾.

La tentativa de suicidio y el suicidio consumado, a pesar de ser actos muy diferentes, comparten varias características.

Algunas estimaciones conservadoras sugieren que los intentos suicidas son entre 8 y 15 veces más frecuentes que los suicidios consumados.⁽²⁸⁾

También en general, se puede decir que los intentos suicidas son más variados en sus métodos autodestructivos, que pueden ir desde actos amenazadores de la vida hasta «movimientos» menos peligrosos, pero dirigidos a llamar la atención. El médico que atiende a estos sujetos debe estar alerta y valorar la seriedad de un intento.

Genéricamente puede decirse que un buen predictor de suicidio consumado es una tentativa previa, sin tener en cuenta la letalidad del primer acto. Por ello, no deben descartarse como no peligrosas estas conductas, sobre todo cuando no se tiene una historia adecuada y completa del paciente, no se conoce el carácter del sujeto o sus fuentes de soporte.

Estadísticamente, el 10% de los sujetos que tienen una tentativa suicida posteriormente se suicidan. De esto se deriva que todo intento de suicidio debe ser considerado como una forma subaguda del mismo, y por lo tanto ser atendido como una enfermedad, remitiendo al sujeto a un profesional especialista en salud mental.

Los especialistas en salud mental consideran, hoy en día, que otras enfermedades o hábitos comúnmente observados significan también situaciones o procesos autodestructivos. Ejemplo de esto son: la obesidad, el fumar, el alcoholismo o cualquier adicción a una sustancia, aunque la dinámica de estos procesos crónicos de autodestrucción es compleja.

Stevenson propone que conductas como la falta de cumplimiento terapéutico de dietas y farmacoterapia, con supervisión e información adecuada, significan formas crónicas de comportamientos suicidas, a diferencia del acto de suicidio, como estado agudo o amenaza inmediata de la vida (veneno o uso de arma de fuego), distinguiendo los *estadios del suicidio* en tres etapas:

- a) *Etapa subaguda*: caracterizada por amenazas frecuentes y/o acciones de baja letalidad.
- b) *Etapa aguda*: con el suicidio consumado o un acto inmediato de alta letalidad.

- c) *Etapa crónica*: existen problemas de cumplimiento de las instrucciones médicas, obesidad, alcoholismo, tabaco, etc.

3.11 Factores de riesgo

Se puede entender por factores de riesgo aquellas condiciones de orden personal o circunstancial que pueden dar indicios sobre la posibilidad de una conducta suicida en un individuo. Es decir, condiciones que aumentan o disminuyen la **probabilidad** de que se cometa el suicidio.

La conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo.⁽¹¹⁾

Ideación suicida

El primero y más importante indicador de riesgo de suicidio, es la existencia misma de la idea. Aun cuando puede parecer absolutamente obvio, este es el elemento que les da sentido a los otros indicadores de riesgo.

Por ejemplo, los hombres son más vulnerables que las mujeres a cometer suicidio, siempre y cuando tengan la idea, pero no es la condición misma de ser hombre la que origina la idea del suicidio, es decir, el sexo no es condición de susceptibilidad más si de vulnerabilidad.

La ideación suicida hace referencia no solo a su carácter persistente, fijo u obsesivo sino también a la comunicación de la misma, bien sea de manera verbal o escrita. La persona puede tener la idea y dar a entender sus intenciones a las personas cercanas. Cuando una persona habla de quererse morir o desear suicidarse, hay que tomar en serio los llamados de atención y más aún si estos son reiterativos.

Distintos autores afirman que el mejor indicador del riesgo de suicidio sigue siendo la afirmación del paciente del intento de suicidio⁽¹⁰⁾. Por su parte, Shneidman señala en uno de los puntos de su decálogo de los aspectos más comunes en el

suicidio, como el acto interpersonal común en el suicidio es la comunicación de la intención.⁽⁵⁰⁾

Dentro de las llamadas de atención de la ideación suicida, hay que considerar no solo las expresiones habladas, sino también las escritas. Al menos entre un 12% a 15% de los suicidas, elaboran notas suicidas ⁽²⁸⁾ . En ese sentido y si el intento se ha visto frustrado por alguna razón, las notas mismas hay que considerarlas como una forma de comunicación total y absolutamente explícita, tanto de la idea como de la intención.⁽²⁹⁾ Diferentes estudios, muestran como las notas suicidas, en la gran mayoría de los casos son elaboradas momentos antes de cometer el intento.⁽⁵⁰⁾

Se discute si los llamados de atención son una característica de personalidad del sujeto o un elemento inherente al proceso de suicidio mismo. Bien sea lo uno como lo otro, no se debe desvirtuar este hecho, ya que al menos entre el 75% - 80% de los suicidas, han dado indicaciones previas de sus ideas e intenciones.

Intentos previos

Se considera que la presencia de intentos previos aumenta el riesgo de suicidio en un futuro ⁽¹⁰⁾ . La estadística oscila entre 1% y 2% en curso del primer año y un 15% en el curso de la vida. En los casos de suicidio consumado, se ha observado que en muchos de ellos existían antecedentes de intentos previos ⁽⁴⁶⁾ . Algunos estudios retrospectivos de suicidios consumados, revelaban que aproximadamente un tercio de las personas que se habían suicidado, habían tenido intentos previos. Lo anterior es particularmente relevante porque implicaría que las dos terceras partes restantes de los suicidios consumados, serían el resultado de un primer y único intento. Antes del intento, estuvo la idea.

Por otra parte, la edad y el sexo juega un papel importante en el número de intentos, observándose que con el incremento de la edad son menos los intentos, pero porque los pocos o único intento que se realiza es efectivo. Maris comenta como en las personas mayores y en especial, los hombres por encima de los 60 años, el 90% mueren en el primer intento; en cambio, los jóvenes y en especial las mujeres, tienden a tener varios intentos.⁽³²⁾

Plan y método

Entre más estructurado sea el plan de suicidio, mayor es el riesgo.⁽⁵¹⁾ La estructuración del plan se refiere principalmente a si la persona tiene identificado un dónde, un cuándo y un cómo. “Como” es el método a utilizar: si ha escogido un medio y que tanto acceso tiene a este. Es casi obvio que entre más letal sea el método que se piense usar, mayor será el riesgo de suicidio. El aumento del riesgo no se relaciona directamente con la letalidad misma del método sino con la intención de la persona. Si escoge un método más peligroso, se puede interpretar que es porque su intención igualmente lo es. En este sentido Freemann y Reinecke señalan que en sus observaciones clínicas han encontrado que los individuos que han planificado o ejecutado intentos de suicidio por medios no mortales relativamente, pero creían que su plan era mortal, pueden tener más riesgo de intentos futuros.⁽¹⁰⁾ Igualmente, McIntosh dice que la escogencia del método hablaría de la intención.⁽³³⁾

Los factores de riesgo se podrían clasificar en tres grandes grupos:

1. *Factores sociodemográficos.*
2. *Factores clínicos.*
3. *Factores genéticos/neurobiológicos.*

Aunque el riesgo de suicidio está en relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y col⁽³¹⁾ formula un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas. La dimensión de los rasgos de la persona (genética, abuso de sustancias, personalidad *border-line* o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). Se sugiere que deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión, para que aumente el riesgo de suicidio. Esto explicaría por qué unos pacientes se suicidan y otros no, con la misma enfermedad psiquiátrica.

3.11.1 Factores sociodemográficos

Sexo. En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio

que los hombres. En el estudio WHO/EURO ⁽⁴⁹⁾, se obtiene una relación mujer/hombre para los intentos de suicidio de 1,5:1. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados.

Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo. Los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas).

Las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicótopos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto.⁽³⁴⁾

Hasta el momento, no existe ningún estudio o investigación que demuestre por qué se da esa diferencia entre sexos y sobre todo, qué sea prácticamente una constante de un país a otro. Lo único que existe son suposiciones basadas en la observación estadística. Algunas se orientan hacia los efectos de la socialización del género: le es más permitido a las mujeres hacer manifestaciones de tipo teatral con respecto a sus emociones. En ese sentido, las mujeres intentan con el suicidio hacer un llamado de atención. También, se le es más concedido a la mujer, tener mayores solicitudes de ayuda, pensando en ella como en un ser dependiente y desvalido. El hombre por el contrario, tiene que ser más sereno, frío, racional y autosuficiente.

De esto se desprende que el no tener una permisividad en la manifestación de sus emociones y en la solicitud de ayuda, lo conduce a sumirse en la desesperación y abocar por el suicidio de una manera más efectiva. Un hecho que podría brindar un poco de soporte a esta suposición es que la mayor demanda de consulta psicológica en general, es realizada por mujeres y no por hombres. En términos de la consulta concreta por suicidio, las mujeres hacen mayores solicitudes que los hombres.

Edad. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. Aquí hay que analizar varios puntos.^(10,51,54,25) Son mayores las tentativas en las personas jóvenes que en las personas de edad. Este hecho se ve reflejado por ejemplo, con el método

empleado: el método más observado en casos de intentos y en los adolescentes es la sobredosis, habitualmente con medicamento.

Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad.

Según el WHO/EURO ⁽⁴⁹⁾, las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres.

En algunos países el suicidio es la segunda o tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 25 años.

Sin embargo, en los hombres, con el incremento de la edad se aumenta la probabilidad de suicidio. En las mujeres, el registro máximo está por encima de los 55 años y en los hombres, la incidencia más alta se ubica por encima de los 65 años.⁽⁹⁾ Slaikeu por su parte, y en concordancia con la idea anterior, señala como después de los 60 años, la diferencia en la incidencia del suicidio entre ambos sexos, se hace más estrecha.⁽⁵¹⁾ Por otra parte y como hecho paradójico, el suicidio constituye menos del 1% de causa de muerte en las personas mayores de 65 años.⁽⁴⁶⁾

Origen étnico. Dos de cada tres suicidas son varones blancos en Estados Unidos.

La tasa de suicidio para varones blancos es 1 a 6 veces mayor que la de los varones negros, 4 veces mayor que la de las mujeres blancas y 8 a 2 veces mayor que la de las mujeres negras.⁽³⁵⁾

Estado civil. Durkheim ya en 1897 ya destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas.⁽¹²⁾

Estudios posteriores han confirmado esta tendencia. Por ejemplo, en el WHO/EURO ⁽⁸⁾, se observó una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteras, divorciadas y viudos.

Nivel socioeconómico. Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural.

Mes del Año. Se ha visto que existe relación entre un mes cualquiera del año y la elección de este para consumir el suicidio. En muchas ocasiones esto tiene que ver con el hecho de que en determinada fecha o mes se recuerda algún hecho relevante para el sujeto suicida, por ejemplo: el mes de la navidad, el cumpleaños de un ser querido que falleció recientemente, el día de las madres, el día de los padres etc. ⁽¹²⁾

Suicidios cercanos o en la familia. La existencia de suicidios de personas cercanas o en el núcleo familiar aumenta el riesgo de suicidio. Con respecto a la familia, se piensa en el posible papel que la herencia pueda jugar: "... el riesgo de suicidio aumenta por el antecedente familiar de suicidio positivo. Este riesgo elevado parece ser resultado en parte de la alta probabilidad de heredar un trastorno psiquiátrico, sobre todo un trastorno afectivo. Sin embargo, el antecedente familiar de suicidio constituye un riesgo adicional independientemente del diagnóstico del individuo". ⁽⁴⁵⁾ Es hasta la fecha claro, que lo que es susceptible de ser heredado es la predisposición a ciertos trastornos principalmente de carácter depresivo, más no en sí mismo, una predisposición a la idea suicida.

Perdidas recientes. La muerte de personas muy cercanas, al igual que el divorcio, o el fin de una relación amorosa puede funcionar como un precipitante bastante serio de la conducta suicida. ⁽⁵⁰⁾

En el proceso de duelo que las personas experimentan, pueden surgir fantasías de suicidio. La interpretación que se hace a esta fantasía se centra alrededor de la idea de que la persona intenta tener una forma o medio de reunión con el ser perdido. Definitivamente las circunstancias que rodean la muerte de la persona y el tipo de relación que se guardaba con ella, pueden influir en tales fantasías.

3.11.2 Factores clínicos

Trastornos médicos. La relación entre el suicidio y las enfermedades médicas es significativa. En una encuesta realizada por Druss y Pincus ⁽⁸⁾ en Estados Unidos a

7.589 individuos entre 19 y 39 años, obtuvieron que un 16% de la muestra encuestada hubiera tenido en algún momento de su vida ideas autolíticas, frente a un 25,2% de individuos con una enfermedad médica y un 35% con dos o más enfermedades. Así mismo, un 5,5% de los encuestados realizaron un intento autolítico, frente a un 8,9% de aquellos con una enfermedad médica y un 16,2% con dos o más enfermedades. Hay que tener en cuenta que existen enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo (neoplasias, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular, VIH, enfermedad de Cushing, úlcera péptica, cirrosis o enfermedad renal terminal tratada con hemodiálisis). También factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio, como por ejemplo: pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del *estatus* laboral e interrupción de las relaciones personales. Ciertos fármacos pueden también alterar el estado de ánimo: reserpina, corticoides, antihipertensivos y antineoplásicos.

Trastornos mentales. El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental.⁽²²⁾ Esta asociación se ha valorado por los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios.⁽²³⁾

Estos estudios han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio.

El riesgo de suicidio es mayor en la fase temprana de la enfermedad y en los primeros seis meses, tras el alta de un ingreso psiquiátrico.⁽²⁶⁾

Trastornos afectivos. Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio. El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción.⁽³⁴⁾ Clásicamente, se consideraba que un 15% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor se suicidaban.

Posteriormente, se han cuestionado estas proporciones, considerándose excesivas.

Esquizofrenia. En este trastorno, se han descrito tasas de suicidio de hasta un 10%. En el estudio de Harris y Barraclouh ⁽²²⁾, encuentran en su trabajo 8,5 veces más riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos que en la población general.

Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, blanco, estar deprimido, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente. También existen factores específicos para la esquizofrenia como: ser joven, haber tenido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos y deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad.

Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de los neurolépticos que por sus efectos secundarios podían aumentar el riesgo de suicidio. Sin embargo, otros estudios como el de Jonhson y col. ⁽²⁴⁾ mencionan que existen otras opciones farmacológicas sin efectos secundarios, que pueden reducir el riesgo de suicidio.

Trastorno de ansiedad. Casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social, hacen intentos de suicidio infructuosos. Si se asocia además a depresión, entonces aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado. ⁽²⁵⁾

Isometsä y col ⁽²³⁾ confirman esta teoría. No obstante, hay estudios en los que no se detecta un aumento significativo del riesgo de suicidio.

Abuso de sustancias. El trastorno por uso de sustancias, fundamentalmente el alcoholismo y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de algunas conductas suicidas ⁽⁴⁴⁾. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos. ⁽¹⁹⁾

Trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental ⁽²³⁾.

Conducta suicida previa. La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado.⁽⁴⁴⁾ En el meta-análisis de Harris y Barraclough⁽²²⁾, encuentran que las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que la población general.

Isometsä⁽²³⁾, sin embargo, lo considera un indicador de riesgo de limitada sensibilidad, ya que una proporción significativa de los suicidios consumados en su estudio habían muerto en su primer intento, siendo esta proporción mayor en los hombres (62% frente al 38% en mujeres). El 82% de aquellos que realizaron intentos previos y que consumaron el suicidio finalmente, cambiaron el método a otro más letal.

Trastornos adaptativos. Son síntomas emocionales (depresivos o ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables.

La gravedad del factor no siempre predice la entidad del trastorno adaptativo.

Se trata de una variable compleja en la que se combinan su intensidad, cantidad, duración o contexto personal.⁽²⁵⁾ Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad (abandono del hogar de los hijos, matrimonio de los mismos, jubilación, necesidad de asistencia domiciliaria, ingreso en residencias), de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia. En el estudio de Harris y Barraclough⁽²²⁾, se obtiene un aumento de 14 veces del riesgo de suicidio frente a la población general.

3.11.3 Factores genéticos y neurobiológicos

Algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida. Sin embargo, existen dudas acerca de si esta asociación es debida a la transmisión genética del trastorno psiquiátrico asociado con el suicidio o si existe un factor genético independiente para él mismo, como por ejemplo la impulsividad.⁽⁶⁾

En varios estudios ^(30,43), se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico.

Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo:

- Factores genéticos: polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa- TPH, polimorfismos del gen del receptor 5-HT2A.
- Factores bioquímicos: bajos niveles de proteína transportadora de serotonina SERT, bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT1A y 5-HT2A postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre.

Es muy importante recalcar que existe una clasificación de los factores de riesgo suicida con respecto a las diferentes etapas de la vida.

Esta clasificación toma en cuenta las características de cada etapa de la vida del ser humano y es la siguiente:

3.11.4 Factores de riesgo suicida en la niñez

La infancia se considera, en general, como una etapa de la vida feliz, en la que la conducta suicida no puede estar presente. Esto no siempre es así, en la niñez ocurren actos suicidas, los cuales no son reportados como tal o lo hacen como accidentes en muchos países, y se considera que es un fenómeno que va en aumento. ⁽³⁸⁾

En la infancia los factores de riesgo debemos detectarlos, principalmente, en el medio familiar en el que vive el menor. Así, hay que tener en cuenta si fue un niño deseado o no, pues en este último caso existirán en mayor o menor grado, de

forma explícita o encubierta, diferentes manifestaciones de rechazo, con la lógica repercusión psicológica en el menor.⁽³⁹⁾

En cuanto a las características psicológicas del menor que puede realizar un acto suicida, se mencionan las siguientes: la disforia, la agresividad y la hostilidad, como manifestaciones de un trastorno del control de los impulsos. Pueden ser niños con pobre tolerancia a las frustraciones, incapaces de prorrogar la satisfacción de sus deseos, demandantes de atención y afecto, con intentos suicidas previos, manipuladores, que asumen papeles de víctima; celosos de los hermanos, susceptibles, rencorosos. Pueden expresar ideas de morir o suicidas. Otras veces son rígidos, meticulosos, ordenados y perfeccionistas; tímidos, con pobre autoestima, pasivos, etc.⁽³⁹⁾

Referente a las enfermedades mentales que pueden tener riesgo suicida, se encuentran las psiquiátricas graves (trastornos del humor, esquizofrenia), los trastornos de conducta, los de la adaptación y de ansiedad, el retraso mental y los trastornos incipientes de la personalidad. Por tanto, la enfermedad mental en el niño es un rasgo importante que se debe tener presente al evaluar a un menor con otros factores de riesgo suicida.

Entre los motivos más frecuentes que llevan al acto suicida en la niñez, se encuentran:

- Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, separación, muerte de un ser querido).
- Problemas con las relaciones paterno-filiales.
- Problemas escolares.
- Llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante.
- Búsqueda de afecto y atención.
- Agredir a otros.
- Deseos de reunirse con un ser querido fallecido.

Contrario a lo que se piensa, la existencia de un motivo no desencadena habitualmente un acto suicida de inmediato, por impulso, sino que el niño comienza a dar una serie de señales en su conducta que de manera general

se traducen en cambios de todo tipo. Así tendremos que velar su comportamiento en la casa o la escuela (agresivos o pasivos), variación de hábitos alimenticios (pérdida o aumento del apetito), en los hábitos de sueño (insomnio, pesadillas, enuresis, exceso de sueño), de carácter y de ánimo, dificultades en el aprovechamiento docente, en el juego (desinterés, no participación con los amigos habituales), repartir posesiones valiosas, preocupación por la muerte y temas afines, hacer notas de despedida, etcétera.

Los métodos elegidos por los menores para autodestruirse dependen de la disponibilidad de éstos, de las propias experiencias y las circunstancias del momento.⁽³⁹⁾

Se citan: la ingestión de tabletas, venenos agrícolas, kerosene, lociones para la piel, precipitación, ahorcamiento, fuego, corte de vasos sanguíneos, etcétera. Por lo general, las niñas intentan contra su vida a menor edad que los niños y en los lugares que habitualmente habitan o frecuentan (hogar, escuela, casa de amigos, etc).⁽³⁸⁾

3.11.5 Factores de riesgo suicida en la adolescencia

La mortalidad por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, particularmente en los varones, por lo que se hace impostergable su prevención eficaz. Para lograrlo es necesaria la promoción de salud, la protección específica de los grupos de riesgo, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado de aquellas afecciones que lleven al suicidio y al intento de autodestrucción en cualquiera de sus variantes.⁽³⁹⁾

Los factores de riesgo en la adolescencia son muy propios de esta etapa de la vida. Mismos que podrían ser los siguientes: adolescentes que abandonan el hogar de manera permanente antes de los 15 años; la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; convivencia con un enfermo mental como único pariente; dificultades socioeconómicas; permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, lo que las refuerzan; presencia entre los familiares directos de personalidades antisociales, criminales, etc.⁽⁴⁾

En el aspecto social, el riesgo suicida puede incrementarse a través de noticias sensacionalistas, sea por los medios de difusión masiva o por el rumor popular, cuando el adolescente la identifica con la amistad, el amor, el heroísmo o cualquiera otra cualidad positiva.

También pueden aumentarlo la falta de apoyo social, la posibilidad de adquirir drogas, armas de fuego, etcétera.

Entre los factores de riesgo en esta etapa se cita la eclosión de la enfermedad mental, sobre todo los trastornos del humor y la esquizofrenia. La denominación de *trastornos del estado del ánimo o del humor* ha sustituido al término trastornos afectivos e incluye los depresivos y bipolares.⁽³⁹⁾

De manera general podemos dividir la tendencia de los adolescentes con conducta suicida en tres etapas:

- Infancia problemática.
- Recrudescimiento de problemas previos, con la incorporación de los propios de la edad (cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, etc).
- Etapa previa al intento suicida, que se caracteriza por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales.

La primera etapa engloba los factores predisponentes; la segunda, los reforzantes, y la tercera, los precipitantes.

Para concluir, se debe considerar el acto de autodestrucción en la adolescencia como un punto en el *continuum* de los problemas conductuales en cuestión y la necesidad de establecer diferencias entre los estresores crónicos de sus vidas y los estresores agudos que pueden precipitar la conducta suicida.

Entre los estresores crónicos se citan la disfunción familiar, los fracasos escolares, el abuso sexual y el consumo de alcohol o drogas, entre otros; mientras que los agudos pueden ser peleas entre amigos, conflictos amorosos, reprimenda de los padres que, como se evidencia, pueden y de hecho forman parte de la rutina de la adolescencia, pero que en un joven con problemas emocionales pueden llevar al acto suicida.

3.11.6 Factores de riesgo suicida en el adulto

Siguiendo la línea de pensamiento precedente, los factores de riesgo suicida en la adultez estarán conformados por los que se arrastran desde la infancia y la adolescencia más aquellos inherentes a esta etapa de la vida. ⁽³⁹⁾

Entre los factores de riesgo en el adulto es necesario mencionar en un lugar preferencial el alcoholismo. En este período de la vida adquiere categoría de enfermedad lo que hasta entonces fue una costumbre socialmente aceptable, pero con la reiteración del tóxico, se convirtió en un consumo perjudicial y/o un hábito propiamente dicho. ⁽³⁹⁾

Las siguientes características predisponen a la autodestrucción entre los alcohólicos.

1. Pertenecer al sexo masculino.
2. Tener pobre apoyo social.
3. Ingerir frecuentemente bebidas alcohólicas.
4. Padecer un episodio depresivo mayor.
5. Padecer enfermedades médicas.
6. No poseer empleo.
7. Vivir solo.
8. Tener pensamientos suicidas.

En los adultos, a diferencia de los adolescentes, existen dos esferas que pueden convertirse en generadoras de conflictos y que en determinados sujetos pueden ser el motivo de un acto suicida. Nos referimos al matrimonio y el trabajo. Se ha comprobado que un buen funcionamiento matrimonial y laboral, puede ser un antídoto contra esta conducta. Se ha demostrado que puede convertirse en un factor suicidógeno en determinados sujetos, principalmente del sexo femenino, una relación matrimonial que no satisface las expectativas originales. La mujer soltera tiene menos riesgo de autodestrucción que el hombre en esta misma condición, mientras que el hombre casado posee menos peligro suicida que la mujer en dicha situación.

El desempleo, sobre todo en el primer año, puede ser un factor predisponente, así como el fracaso en el ejercicio de una profesión, lo cual se mide por la

insatisfacción laboral (actitud) y por la falta de éxito (realización), tanto en la culminación eficiente de las tareas como en los logros económicos; la pérdida de prestigio, de aceptación y de realización personal, los cuales pueden deberse a déficit de aptitudes, rechazo vocacional, capacitación deficiente, bajas remuneraciones, escasas posibilidades de desarrollo personal, ocupación monótona y repetitiva, obsolescencia por cambios tecnológicos y tendencias neuróticas autodestructivas que inducen a cometer errores y fracasar.

Es en esta etapa de la vida en la cual el sujeto interactúa más intensamente con la sociedad y el éxito o fracaso de esta interrelación individuo-sociedad puede, junto a con otros factores, evitar o precipitar un intento o un suicidio consumado.

En relación con esto, vemos que la desmoralización, condición mental que se presenta cuando un individuo se encuentra a sí mismo de manera persistente incapaz de dominar situaciones que él y otras personas esperan solucionar de forma adecuada, o experimenta un malestar continuo que no logra explicar con certeza, puede precipitar un acto suicida, por la carga de desesperanza, desamparo, retraimiento y pérdida de la autoestima que dicho estado posee.

Otra condición que hay que valorar en el riesgo suicida de un adulto, es haber realizado previamente un intento o un suicidio frustrado, entendiendo como tal aquel que no tuvo éxito en sus propósitos sólo por un error de cálculo o por otro accidente.

3.11.7 Factores de riesgo suicida en la vejez

A pesar de la presión popular sobre el suicidio en la juventud y las numerosas investigaciones en torno a ese fenómeno, los ancianos son los que tienen mayores tasas en este aspecto. En la medida en que las personas mayores constituyen el segmento de más rápido crecimiento de la población, el número absoluto de sus suicidios continuará incrementándose y se pronostica que para el año 2030 será el doble, por lo que se hace necesario profundizar en los factores de riesgo en la vejez para atenuar en cierta medida dicha predicción.⁽¹⁸⁾

Es conocido que esta conducta en el anciano tiene los siguientes rasgos distintivos:

- Realizan menos intentos de autodestrucción.
- Usan métodos mortales.
- Reflejan menos señales de aviso.
- Dichos actos son premeditados, reflexivos.
- Pueden asumir la forma de suicidios pasivos (dejarse morir).

Por estas características se hace necesario que se conozcan los diversos factores de riesgo para esta conducta.

El envejecimiento trae consigo el abandono de la profesión o de otros objetivos, reducción del vigor físico, cambio en los placeres sensuales y una conciencia de la muerte desconocida en etapas previas. El anciano no siempre aporta síntomas porque teme le puedan diagnosticar una enfermedad grave o porque asuman sus dificultades como parte del proceso de envejecimiento. ⁽³⁹⁾

Entre los problemas físicos que el anciano debe afrontar se encuentran: la patología artrítica, que afecta la locomoción; las enfermedades cardiovasculares, que limitan el ejercicio físico; la enfermedad neurológica, que compromete la función intelectual, y el cáncer, que ocasiona dolor, dependencia y muerte.

Los problemas emocionales incluyen cierta depresión y una alteración de la propia estima, a lo cual se añaden las propias presiones sociales derivadas de la jubilación, la dependencia, la muerte de familiares y amigos, la pérdida de la seguridad económica, entre otras. ⁽¹⁸⁾

Como se evidencia, existen suficientes condiciones inherentes a la vejez que son un caldo de cultivo adecuado para que se manifieste esta conducta.

Para una mejor clasificación de los factores de riesgo en los ancianos, éstos se pueden dividir en:

A. *Factores médicos*: Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes, como la de Parkinson, la demencia de Alzheimer o de otro tipo, las neoplasias, la diabetes mellitus complicada de retinopatía o polineuropatía discapacitante, la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes.

Los tratamientos prodepresivos muy utilizados para contrarrestar patologías que padece el anciano (digitálicos, Propanolol, L. Dopa, Indometacina, etcétera).

Las enfermedades prodepresivas, principalmente la arteriosclerosis, demencias, la de Parkinson, entre otras.

B. *Factores psiquiátricos:* Se incluyen las depresiones de cualquier etiología, el abuso de drogas o alcohol, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran desconfianza y agitación, y la confusión mental.

C. *Factores psicológicos:* Los ancianos que sufren de sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, aburridos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a revivir el pasado.

D. *Factores familiares:* Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio. La viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, durante el cual puede ocurrir la llamada autodestrucción pasiva, en la que el evento vital doloroso desencadena una depresión y altera además el sistema inmunitario, lo que facilita la patología somática, principalmente las infecciosas.

El abuelo "pin-pon" es otra condición de riesgo suicida y se produce con la migración forzada del anciano (le"rotan" entre los familiares).

El ingreso en un hogar de ancianos en su etapa de adaptación puede reactivar situaciones de desamparo previas que precipiten un acto autodestructivo.

E. *Factores socio-ambientales:*

- La jubilación.
- El aislamiento social.
- La actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia el anciano.
- La pérdida de prestigio.

Éstos son algunos de los factores de riesgo que se pueden encontrar en esta etapa y que mientras mayor número de éstos se acumulen, mayor será el riesgo de terminar su vida por suicidio.

3.12 Mitos

Los siguientes son algunos de los mitos existentes alrededor del suicidio y tal y como la evidencia lo señala, son más el desconocimiento y las falsas creencias las que prevalecen alrededor del tema (15,16):

Mito: Los que hablan sobre suicidio no lo llevan a cabo.

Hechos: De cada 10 personas que se suicidan, 8 habían advertido de forma clara sus intenciones suicidas.

Mito: El suicidio se produce sin previo aviso.

Hechos: Los estudios realizados muestran que las personas suicidas proporcionan muchos indicios y advertencias sobre sus intenciones suicidas.

Mito: Las personas suicidas están decididas a morir.

Hechos: La mayoría de las personas suicidas están indecisas entre vivir o morir; lo que hacen es apostar por la muerte dejando que sean los otros los que les salven. Casi nadie se suicida sin que los otros sepan cómo se sienten.

Mito: Una vez que una persona está en estado suicida ya lo estará siempre.

Hechos: Las personas que desean quitarse la vida están en estado suicida sólo por un tiempo.

Mito: La mejoría después de la crisis suicida viene a significar que el riesgo de suicidio se ha superado.

Hechos: Son muchos los suicidios cometidos al cabo de 3 meses de comenzada la mejoría, cuando la persona tiene la suficiente energía como para poner sus ideas y sentimientos mórbidos en práctica.

Mito: El suicidio es mucho más frecuente entre los ricos o, a la inversa, se presenta casi exclusivamente entre los pobres.

Hecho: El suicidio no es una enfermedad de ricos ni la maldición de los pobres. El suicidio está representado proporcionalmente en todos los niveles de la sociedad.

Mito; El suicidio se hereda o está en la familia.

Hecho: Es un patrón individual.

Mito: Todas las personas suicidas son enfermos mentales y el suicidio es casi siempre la actuación de una persona psicótica.

Hechos: Los estudios realizados sobre cientos de notas de verdaderos suicidios indican que, aunque la persona suicida es extremadamente infeliz y se halla alterada, no es necesariamente un enfermo mental.

De hecho, hay evidencias de pensamiento racional y de estar en contacto con la realidad.

Mito: Ser miembro de un grupo religioso en particular, es un buen predictor de que la persona no considere el suicidio.

Hechos: Es un error creer que la fuerte prohibición que existe dentro de la religión católica, es un freno eficaz para evitar la actuación suicida de una persona. Además, que una persona se identifique con una religión particular no es una representación de sus creencias particulares.

Mito: El motivo del suicidio se puede establecer fácilmente.

Hechos: La verdad es que es muy difícil entender por qué una persona decide suicidarse. Por ejemplo, un revés en la situación económica precedido de la actuación suicida, no es una causa que explique fácilmente el suicidio.

Mito: Todos los que comente suicidio están deprimidos.

Hechos: Esta falacia radica en el hecho de que muchos de los signos de las actuaciones suicidas frustradas son ignorados porque la persona no actúa como si estuviera deprimida. Muchas de las personas que se suicidan no están deprimidas. De hecho, algunas personas se muestran calmadas y en paz consigo mismas.

Mito: Una persona con una enfermedad física terminal, no contempla la posibilidad del suicidio.

Hecho: Teniendo en cuenta las condiciones de padecimiento tanto físico como moral, propios o de los seres amados, el suicidio es una posibilidad que frecuentemente pueden contemplar, en miras de darle fin lo antes posible la sufrimiento, aun cuando la muerte se perciba como un hecho inminente.

Mito: El suicidio es influido por las estaciones del año, la latitud y las condiciones climatológicas en general o los días de la semana.

Hecho: No hay datos suficientes para sostener estas creencias

Mito: El suicidio es influido por factores cósmicos como las fases de la luna.

Hecho: No hay evidencias que confirmen lo anterior.

Mito: El suicidio es un evento aislado.

Hecho: Aun cuando existe un debate muy amplio en este sentido, se hace clara la conexión con factor desencadenante, sin que este factor pueda llamarse como tal la causa del suicidio.

Mito: Pensar en el suicidio es algo más bien raro.

Hecho: Estimaciones hechas sobre estudios hechos con muestras no clínicas, sugieren que la idea del suicidio está presente desde un 40% hasta un 80% de la población. Esto significa que han pensado al menos una vez en la vida en la idea del suicidio.

Mito (especialmente presente entre terapeutas): Preguntarle a una persona sobre sus ideas de suicidio, especialmente si está deprimida, puede llevar a que la persona realice un intento, que no se hubiese dado si no se le hubiese preguntado.

Hecho: Un de los principales aprendizajes en la labor clínica, es indagar en profundidad sobre la ideación y su estructura. Además, el hacer la pregunta es conceder tácitamente un permiso a la persona para que hable sobre algo que puede considerar como un secreto inconfesable. De hecho, muchas personas se sienten más aliviadas al poder exponer sus ideas sobre el suicidio.

Mito: Las personas que realizan intentos con medios de baja letalidad, no están considerando seriamente la idea de matarse.

Hecho: Aquí se confunde la letalidad con el intento. Algunas personas no están bien informadas sobre la letalidad del método que van a emplear, como puede ser la utilización de píldoras. El método empleado no necesariamente está en consonancia con la intención subyacente.

3.13 Epidemiología del suicidio

La calidad de los datos sobre mortalidad, incluso en los países más desarrollados, es variable en general, particularmente en lo que concierne a los suicidios.

En muchos países, por prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales, existe la tendencia a clasificar estas defunciones entre las de causas

externas no intencionadas, o en las de causas indeterminadas; o se clasifican como muertes del corazón para evitar así los inconvenientes de la realización de autopsias u otro tipo de investigación indiscreta para conocer la causa. Algunos investigadores opinan que probablemente las tasas efectivas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados.

El hecho de que no se notifiquen muchos casos se debe a una combinación de factores tales como la resistencia a calificar de suicidio una defunción por las repercusiones de carácter judicial y social que tal calificación pudiera tener para la familia del muerto; en algunas ocasiones, el silencio se debe a las dudas en cuanto a las circunstancias en que se produjo la muerte, y en otras, por otros factores personales y culturales. No obstante estas dificultades, siempre los datos epidemiológicos nos aproximan a la realidad del comportamiento social del problema de salud (frecuencia, distribución y probabilidad de ocurrencia), y nos permiten inferir sobre causalidad y sobre los puntos clave que empeoran o podrían empeorar la situación de salud de los países, las poblaciones o una comunidad.⁽³⁷⁾

El suicidio es un hecho que sigue aumentando con el tiempo aunque más en hombres que en mujeres. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya había diferencia en las tasas de suicidio por 100.000 habitantes en 1950, hombres el 16%, mujeres el 5%.⁽³⁷⁾

En el año 2000 (OMS) aproximadamente 1.000.000 de personas se quitaron la vida, un caso cada 40 segundos, con una tasa de mortalidad global de 16/100.000 habitantes. En los últimos 45 años las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% en el mundo, siendo la muerte por suicidio la 3ª causa entre los 15 y 44 años en ambos géneros. Estos datos no incluyen los intentos de autolisis que son unas 15-20 veces más frecuentes que los consumados (en el 2000 entre 10-20.000.000 de personas tuvieron al menos un intento).⁽³⁶⁾

A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001 los suicidios registrados en todo el

mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500.000) y por guerras (230.000).⁽³⁷⁾

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. En los Estados Unidos de Norteamérica el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes, mientras que en China, Suecia, Australia y Nueva Zelanda constituye la principal causa de mortalidad entre los adultos jóvenes,⁽³⁰⁾ con de 100 a 200 intentos suicidas por cada suicidio consumado entre los adolescentes. La tasa de suicidio es mayor en Norteamérica con respecto a los países europeos y en lo particular, un estudio comparativo entre la Ciudad de México (México) y Los Ángeles (EUA) ilustró que la tasa de suicidio es mayor en la segunda ciudad entre jóvenes de más de veinte años de edad, lo que quizá se halla en relación con el arraigo religioso que existe en México, aunque la tasa de suicidio entre senectos es la más alta en ambas ciudades.⁽³⁶⁾

Exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres.⁽³⁷⁾

Históricamente, hay un estudio sobre el suicidio en Bolivia (1924): Se indica que el suicidio puede darse en personas no enajenadas y puede deberse a causas predisponentes y determinantes.⁽⁶⁰⁾ Hay otro reporte de 11 suicidios consumados entre 1989-1998 en el Hospital Psiquiátrico de Sucre.⁽⁶⁰⁾ Hay otro trabajo en el que

se analizan resultados de la Policía Técnica Judicial (PTJ), en el periodo de 1995-2000, con 10.661 muertes a nivel nacional; de ellos, 2.012 han sido por suicidio, o sea un 18.87% (67% varones y 33% mujeres). Un porcentaje de 24% con edades de 21 a 25 años y 19% entre los 16 a 20 años. En cuanto al tipo de muerte: en primer lugar, el ahorcamiento de las muertes por suicidio (40%); en segundo lugar, se encuentra los raticidas (30%) y uso de sustancias químicas (12%) y en cuarto lugar, el uso de armas de fuego (12%).⁽⁵⁹⁾

En nuestro departamento el número de suicidio registrado en la PTJ en el período 1992-1999 ascendió a 549 casos en la ciudad de La Paz, frente a 296 casos en la ciudad de El Alto, haciendo un total de 845 casos de suicidio en ese periodo, este dato equivale a un 44.6% del total de muertes de ese periodo.⁽⁶²⁾

En el año 2004, el Instituto Forense de Bolivia atendió 3.395 casos de muerte en la sección de Tanatología (2.357 en hombres y 1.038 en mujeres). De este gran total, 302 casos de muerte fueron por suicidio (9% del total de muertes); de este total, el 32% (96 casos) son suicidios en mujeres y el 68% (206 casos), de suicidios en hombres. Se presenta, con el mayor índice, el mes de enero con 13% (40 casos). El mayor número de hechos se dio en el Departamento de La Paz con 41% (124 casos), entre las edades de 15 a 29 años; el método más utilizado por los hombres es el método de las ahorcaduras y el método más utilizado en las mujeres es pasivo, como es la intoxicación, ubicándose como cuarta causa de muerte del total de muertes registradas por la División de Estadísticas en Sucre a nivel nacional.⁽⁶⁵⁾

En la Argentina representa el 10% de muertes en la adolescencia, siendo la tercera causa de muerte. La primera son los accidentes y la segunda los actos de violencia. En EEUU, 30.000 de las muertes ocurridas se deben al suicidio, mientras que los intentos se multiplican 10 veces más.⁽³⁶⁾

Estudios efectuados en países extranjeros señalan que "La tasa de suicidio aumenta con la edad, y se acentúa en la crisis de la edad media."⁽⁶⁴⁾ Pero está en aumento en los jóvenes (adolescencia y adultez temprana). En las mujeres hay 4

veces más intentos de suicidio que en los hombres, mientras que en los hombres hay 3 veces más suicidios consumados".⁽⁴⁵⁾

Las personas casadas y con hijos tienen menos probabilidad de hacer un intento o consumir el suicidio, según lo manifiesta la Asociación Psiquiátrica Americana.⁽⁶⁴⁾

Los hombres utilizan habitualmente armas, o bien la muerte se produce por ahorcamiento, en tanto que las mujeres tienen más probabilidad de morir por sobredosis.⁽⁴⁵⁾

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

EL estudio del suicidio suele ser uno de los temas clásicos de la Medicina Legal, en primer lugar porque se trata de un mecanismo de muerte violenta, no natural, que obliga a la intervención judicial directa, y también por el dramatismo que suelen rodear muchos casos: muerte a menudo inesperada, rápida y con una mayor repercusión social.

Debe diferenciarse los conceptos de suicidio consumado e intento de suicidio. En el suicidio consumado hay muerte del sujeto suicida y su estudio es competencia forense tanatológica, en el intento de suicidio, donde no se produce el óbito, el estudio compete al psiquiatra, al asistente social y al médico de familia.

El suicidio revela un estado de alteración mental y confluyen en su ejecución factores como la edad, el sexo, la familia, las circunstancias económicas, etc. Su estudio y prevención corresponden a diferentes disciplinas científicas como la sociología, psiquiatría, psicología, etc. Sin lugar a dudas 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).⁽³⁶⁾ Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones.

«Cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos», ha declarado la Dra. Catherine Le Galès-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. «El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. Es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas.»

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio.

Es importante tener en cuenta que el suicidio constituye una situación sintomática que se manifiesta en cuadros psíquicos de gravedad. No se debe tomar a la ligera a las personas que hablan de suicidarse porque no es cierto que nunca lo hacen.

Representa el mayor riesgo psicológico y un riesgo vital en la evolución negativa de las enfermedades mentales.

El ser humano continuamente lleva a cabo acciones autodestructivas como por ejemplo fumar, beber en exceso, practicar deportes de riesgo, pero la intención habitualmente no es la de acabar con la propia vida sino experimentar determinado placer. Sin embargo, cuando una persona tiene una intención de suicidio no buscan el deleite sino acabar con el sufrimiento porque su visión de túnel no permite ver otras posibles salidas.

Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales. La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva. Asimismo, existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en la identificación y el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo puede hacer disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo, y así se ha observado en países como Finlandia y el Reino Unido. Las intervenciones basadas en el principio de conexión social y el fácil acceso a la ayuda, como las líneas de ayuda benévola y los

programas de chequeo telefónico de las personas de edad, han tenido resultados alentadores. Además, las intervenciones psicosociales, los centros de prevención del suicidio y la prevención escolar son todas ellas estrategias prometedoras.

El suicidio no es un fenómeno particular de la ciudad de La Paz con relación a las demás áreas sociodemográficas del país. Sin embargo, sí es más recurrente en las sociedades urbanas, y por lo tanto el caso de La Paz guarda cierta importancia por su situación de sede de gobierno de Bolivia, urbe llena de tensiones y una competencia inmisericorde. Frecuentemente se dan casos de suicidio o tentativas frustradas, que si bien no presentan índices alarmantes sí requieren atención por la frecuencia de éstos.

Estos datos deberían alarmarnos puesto que ya se observa un incremento en los casos de suicidios consumados, que en todo caso son los que se encuentran registrados. Sin embargo, no existen registros de los intentos de suicidio, siendo estos un paso previo a la comisión del suicidio como tal.

5.- PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál será la incidencia del suicidio como manera de muerte en la morgue judicial de la ciudad de La Paz desde el mes de Julio de 2010 al mes de Junio del 2012, en base a los registros de la morgue?

6.- REVISION BIBLIOGRAFICA

La mayoría de la literatura existente sobre el fenómeno suicida se refiere principalmente a la caracterización del suicidio consumado, existiendo muchos artículos y libros muy interesantes, mismos que nos muestran información que vale la pena recopilar para tener un mejor enfoque de la problemática del suicidio a nivel global y también a nivel de nuestro medio.

Sin embargo, también es importante recalcar que la calidad de los datos sobre mortalidad, incluso en los países más desarrollados, es variable en general, particularmente en lo que concierne a los suicidios. En muchos países, por prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales, existe la tendencia a clasificar estas defunciones entre las de causas externas no intencionadas, o en las de causas indeterminadas; o se clasifican como muertes del corazón para evitar así los inconvenientes de la realización de autopsias u otro tipo de investigación indiscreta para conocer la causa, de esta manera se pierden datos importantes que de una u otra manera podrían ayudar a estudiar de una mejor manera el suicidio.

En nuestro medio no se encontró mucha información acerca de la problemática de los suicidios y a opinión del autor esto puede causar que probablemente las tasas efectivas sean considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados por la policía, medios de comunicación, etc.

El hecho de que no se notifiquen muchos casos se podría deber a una combinación de factores tales como la resistencia a calificar de suicidio una defunción por las repercusiones de carácter judicial y social que tal calificación pudiera tener para la familia del muerto; en algunas ocasiones, el silencio se debe a las dudas en cuanto a las circunstancias en que se produjo la muerte, y en otras, por otros factores personales y culturales.

No obstante estas dificultades, siempre los datos epidemiológicos nos aproximan a la realidad del comportamiento social del problema de salud (frecuencia, distribución y probabilidad de ocurrencia), y nos permiten inferir sobre causalidad y

sobre los puntos clave que empeoran o podrían empeorar la situación de salud de los países, las poblaciones o una comunidad.

Para la realización de este estudio se intentó clasificar la bibliografía de la mejor manera, sin embargo, como se mencionó anteriormente, cada sociedad es diferente es por eso que con la ayuda de los datos encontrados en nuestro estudio pues realizaremos un análisis propio de la problemática del suicido en nuestro medio.

7. JUSTIFICACION

El suicidio es la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida. Si bien el concepto es claro, debe remarcarse la intencionalidad del acto (plano netamente investigativo de atribución policial), lo cual resulta en muchos casos elemento de duda entre el suicidio propiamente dicho y la muerte por accidente o la muerte producida intencionalmente por otro sujeto; tras la cual pueden encubrirse usando el supuesto suicidio como manera precisa de la muerte.

Como peritos forenses tenemos la responsabilidad de inferir la manera y la causa de muerte siempre manejando el vínculo probabilístico (tomando en cuenta el escenario del hecho y los datos aportados por la policía); sin olvidar que la realización de una autopsia completa y detallada nos acercara más a la causa de muerte y en su momento acercarnos al suicidio como manera de muerte.

Nuestra pericia tiene gran importancia, porque de acuerdo a la determinación de causa y manera de la muerte las instancias judiciales y policiales son las que realizarán las investigaciones correspondientes y luego determinaran de una manera definitiva si estamos frente a un caso de suicidio o no.

En síntesis la realización de la pericia por el médico forense en el cadáver ayudara al juez de una manera determinante para que se logre la determinación final de que estamos frente a un caso de suicidio o no.

En la ciudad de La Paz se encontraron algunos estudios relacionados con la incidencia de suicidios. Sin embargo, es de vital importancia tener datos actualizados, por esto mismo de por si éste estudio adquiere mucha relevancia e importancia puesto que se realizará un estudio descriptivo de diferentes aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en la población de la zona urbana de la ciudad de La Paz y El Alto.

Con los resultados obtenidos sin lugar a dudas, se sentara un precedente y de hecho se realizara un mejor seguimiento y registro de los casos de suicidio por la

instancia correspondiente (Ministerio de Salud); y lo más importante radica en la implementación de estrategias de identificación y tratamiento de los individuos que tengan tendencia suicida, de esta manera se reducirá de alguna manera el índice de suicidios ya consumados en nuestra región.

8. OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar la incidencia del suicidio como manera de muerte en la morgue judicial de la ciudad de La Paz desde el mes de Julio de 2010 al mes de Junio de 2012 a partir de los registros de la misma morgue.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Establecer el grupo etáreo predominante de los casos sospechosos de suicidio como manera de muerte.
- ✓ Definir el género más frecuente en los casos sospechosos de suicidio como manera de muerte.
- ✓ Identificar el método suicida más empleado para consumar el hecho.
- ✓ Determinar el mes elegido para suicidarse.

9. DISEÑO DE INVESTIGACION

9.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio será de corte transversal, retrospectivo, descriptivo.

9.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA (*universo*)

El universo comprenderá todos los casos de suicidio registrados en la morgue judicial que se encuentra en el Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz en los años 2010 al 2012.

9.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

- *Criterios de inclusión:* Casos catalogados de suicidio como la manera de muerte (deben estar debidamente mencionados en el libro de registro de la morgue judicial del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, incluyendo las variables que estudiaremos).
- *Criterios de exclusión:* Demás casos de muerte violenta.

9.4 DELIMITACION GEOGRAFICA

El siguiente estudio se realizará en la morgue judicial de la ciudad de La Paz, (más que todo basados en el libro de registro de la morgue) porque hay que aclarar que todos los cadáveres hallados en la ciudad de La Paz y El Alto son depositados en la morgue judicial del Hospital de Clínicas.

9.5 METODOLOGIA

El presente estudio se realizará tomando como base los registros de autopsias efectuadas en la morgue del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz - Bolivia en los años 2010, 2011 y 2012. Del total de necropsias efectuadas en esos años se seleccionaran aquellos casos en los cuales se consignó que la manera de muerte obedeció a un suicidio. Para cada uno de los casos que cumplieron este criterio de inclusión se registraron factores como la edad, el sexo, el método escogido para suicidarse, el género, y el mes elegido para perpetrar el hecho.

9.6 VARIABLES

Variable independiente

- Suicidio

Variables independientes

- Edad
- Genero
- Método empleado para suicidarse
- Mes del año elegido para consumar el hecho

9.7

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DESCRIPCION
Edad	Cuantitativa continua	< a 15 años 16 a 25 años 26 a 35 años 36 a 45 años 46 a 55 años > a 55 años	Edad descrita en los registros de la morgue.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Sexo biológico de pertenencia
Método suicida	Cualitativa nominal	Ahorcadura PAF Precipitación o defenestración Envenenamiento Otros	Método suicida empleado para perpetrar el hecho.
Mes del año	Cualitativa ordinal	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre	Mes del año escogido por el suicida para perpetrar el hecho.

10. RESULTADOS

Una vez concluida la recopilación de la información, se procedió a la tabulación de los datos obtenidos, todo esto con el objeto de facilitar el análisis de los mismos y así presentar los siguientes resultados:

CUADROS DE RESULTADOS SUICIDIO GESTIONES 2010 – 2011 – 2012

CUADRO N° 1

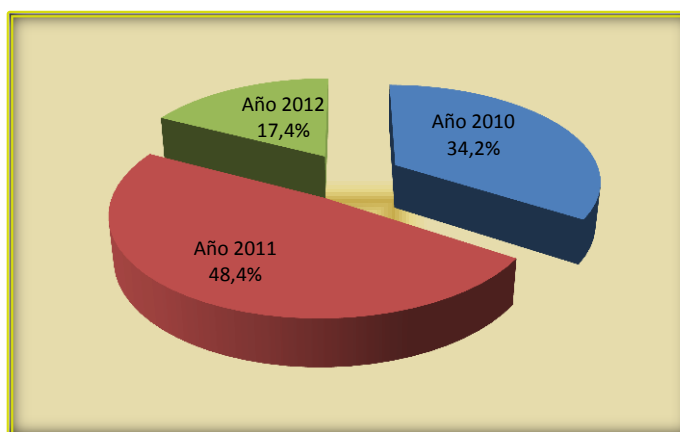
CASOS DE SUICIDIO POR AÑO

	Frecuencia	Porcentaje
2010	55	34,2
2011	78	48,4
2012	28	17,4
Total	161	100,0

Fuente propia

GRÁFICO N° 1

CASOS DE SUICIDIO POR AÑO



Fuente propia

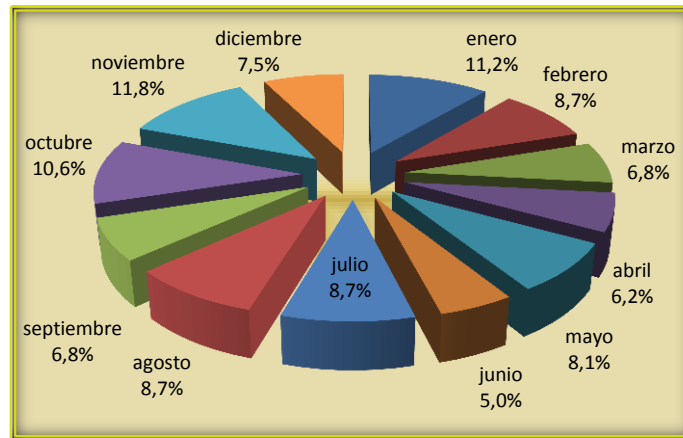
- En los años estudiados (segunda mitad 2010, 2011, primera mitad 2012) se encontraron un total de 161 casos de suicidios como manera de muerte. Los cuales se distribuyeron de la siguiente manera: 55 casos en 2010 (Julio a Diciembre), 78 casos en 2011 (Enero a Diciembre), 28 casos en 2012 (Enero a Junio)

CUADRO N° 2 CASOS DE SUICIDIO POR MES

	Frecuencia	Porcentaje
enero	18	11,2
febrero	14	8,7
marzo	11	6,8
abril	10	6,2
mayo	13	8,1
junio	8	5,0
julio	14	8,7
agosto	14	8,7
septiembre	11	6,8
octubre	17	10,6
noviembre	19	11,8
diciembre	12	7,5
Total	161	100,0

Fuente propia

GRÁFICO N° 2 CASOS DE SUICIDIO POR MES



Fuente propia

- En los años estudiados (segunda mitad 2010, 2011, primera mitad 2012) se observó que los meses con mayor índice de suicidios como manera de muerte fueron Enero (18 casos) y Noviembre (19 casos); le sigue el mes de Octubre (17 casos) ; Febrero, Julio y Agosto (14 casos); Mayo (13 casos); Diciembre (12 casos); Marzo y Septiembre (11 casos); siendo Abril (10 casos) y Junio (8 casos) los meses con menor índice de suicidios como manera de muerte.

CUADRO N° 3

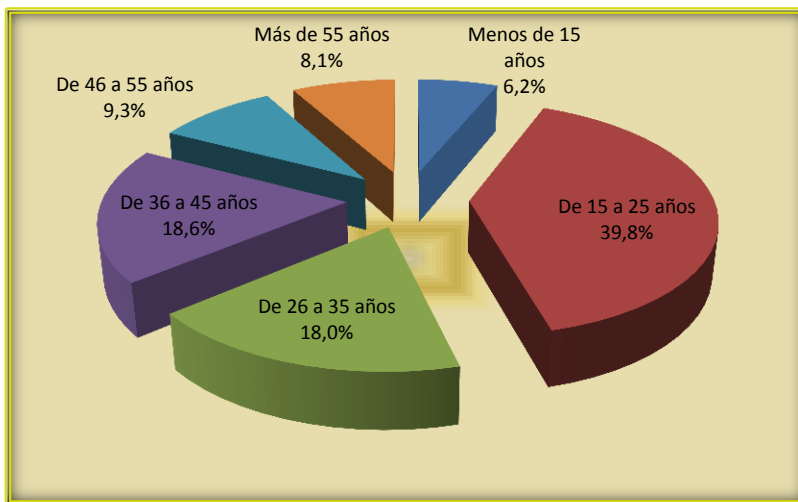
EDAD

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 15 años	10	6,2
De 15 a 25 años	64	39,8
De 26 a 35 años	29	18,0
De 36 a 45 años	30	18,5
De 46 a 55 años	15	9,3
Más de 55 años	13	8,1
Total	161	100,0

Fuente propia

GRÁFICO N°3

EDAD



Fuente propia

- En los años estudiados (segunda mitad 2010, 2011, primera mitad 2012) se observó que la edad con mayor índice de casos de suicidio como manera de muerte oscila entre los 15 a 25 años (64 casos); le sigue el grupo etéreo comprendido entre los 36 a 45 años (30 casos); luego el grupo comprendido entre 26 a 35 años (29 casos); luego el grupo comprendido entre 46 a 55 años (15 casos); luego el grupo comprendido entre sujetos de más de 55 años (13 casos); y el grupo con menor índice de casos de suicidios es el que está comprendido entre sujetos menores de 15 años (10 casos).

CUADRO N° 4

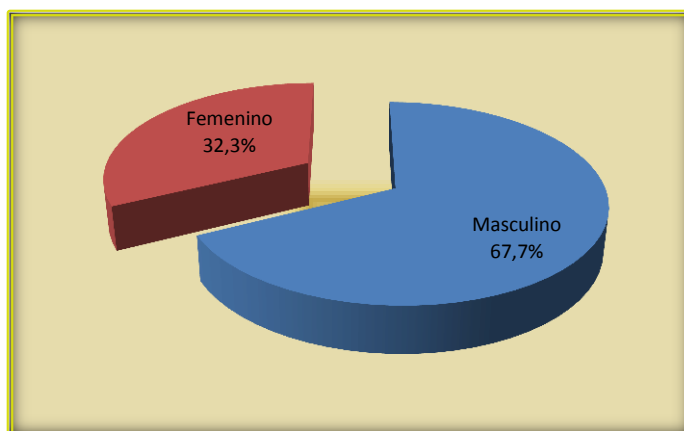
GENERO

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	109	67,7
Femenino	52	32,3
Total	161	100,0

Fuente propia

GRÁFICO N° 4

GENERO



Fuente propia

- En los años estudiados (segunda mitad 2010, 2011, primera mitad 2012) se observó que de los 161 casos catalogados de suicidio como manera de muerte 109 sujetos eran de género masculino y 52 sujetos eran de género femenino.

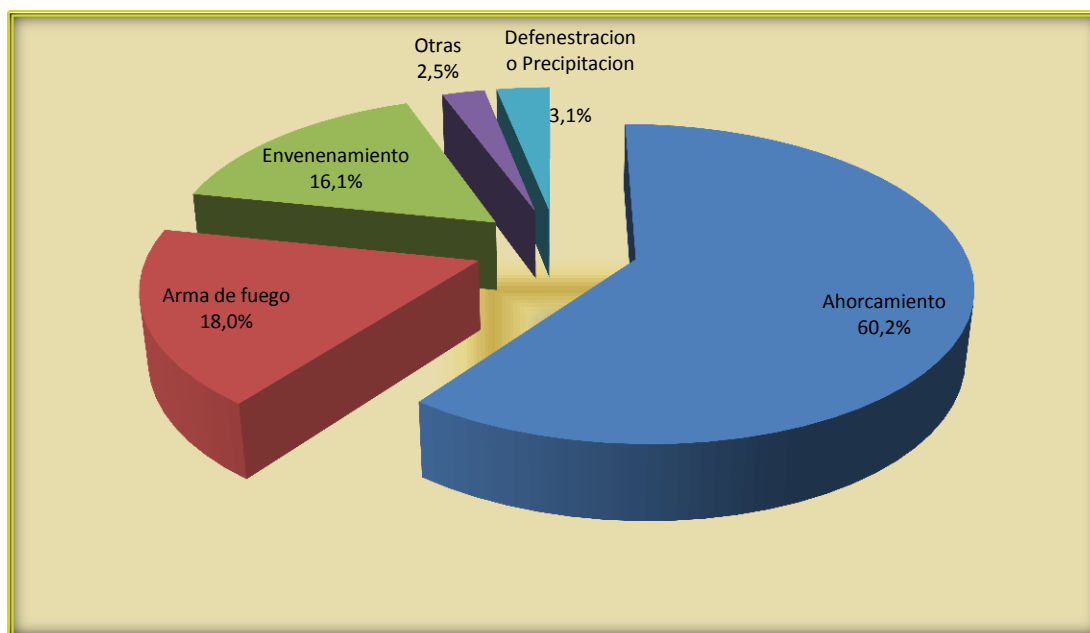
CUADRO N° 5

METODO EMPLEADO PARA SUICIDARSE

	Frecuencia	Porcentaje
Ahorcamiento	97	60,2
Arma de fuego	29	18,0
Envenenamiento	26	16,1
Otras	4	2,5
Defenestración o Precipitación	5	3,1
Total	161	100,0

Fuente propia

GRÁFICO N° 5
METODO EMPLEADO PARA SUICIDARSE



Fuente propia

- En los años estudiados (segunda mitad 2010, 2011, primera mitad 2012) se observó que de los 161 casos de catalogados de suicidio como manera de muerte; el método suicida con más alto índice, usado para perpetrar el hecho fue el Ahorcamiento (97 casos); le sigue la utilización de Arma de fuego – PAF (29 casos); Envenenamiento (26 casos); Defenestración o Precipitación (5 casos); y por último Otras causas (4 casos).

CUADRO N° 6

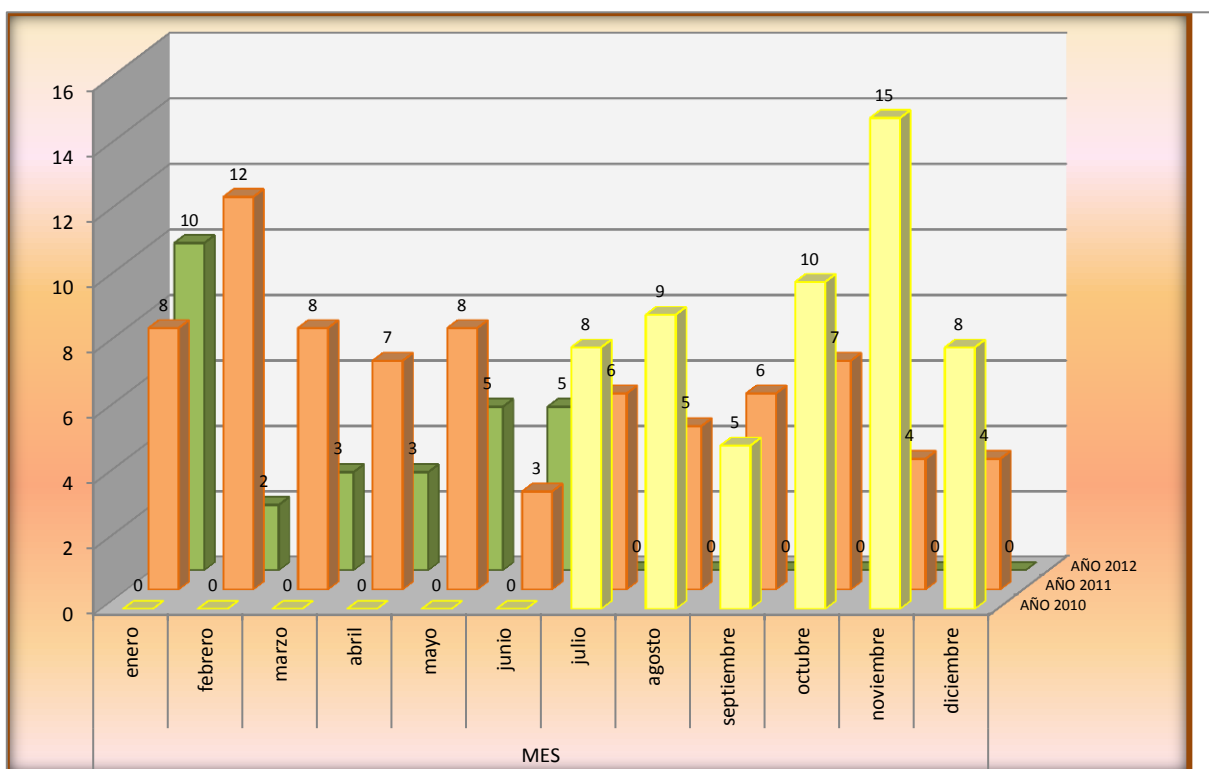
Tabla de contingencia AÑO * MES

		MES												Total
		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	
AÑO	2010	0	0	0	0	0	0	8	9	5	10	15	8	55
	2011	8	12	8	7	8	3	6	5	6	7	4	4	78
	2012	10	2	3	3	5	5	0	0	0	0	0	0	28
Total		18	14	11	10	13	8	14	14	11	17	19	12	161

Fuente propia

GRÁFICO N° 6

Tabla de contingencia AÑO * MES



Fuente propia

- En la segunda mitad del año 2010 se observó que el mes con mayor índice de suicidios como manera de muerte fue el mes de Noviembre (15 casos), le sigue el mes de Octubre (10 casos); Agosto (9 casos); Julio y Diciembre (8 casos); Septiembre (5 casos).
- En el año 2011 se observó que el mes con mayor índice de suicidios como manera de muerte fue el mes de Febrero (12 casos); le siguen los meses de Enero, Marzo y Mayo (8 casos), Abril y Octubre (7 casos); Julio y Septiembre (6 casos); Agosto (5 casos); Noviembre y Diciembre (4 casos); y Junio (casos).
- En la primera mitad del año 2012 se observó que el mes con mayor índice de suicidios como manera de muerte fue el mes de Enero (10 casos); le sigue los meses de Mayo y Junio (5 casos); Marzo y Abril (3 casos); y el mes de Febrero (2 casos).

CUADRO Nº 7

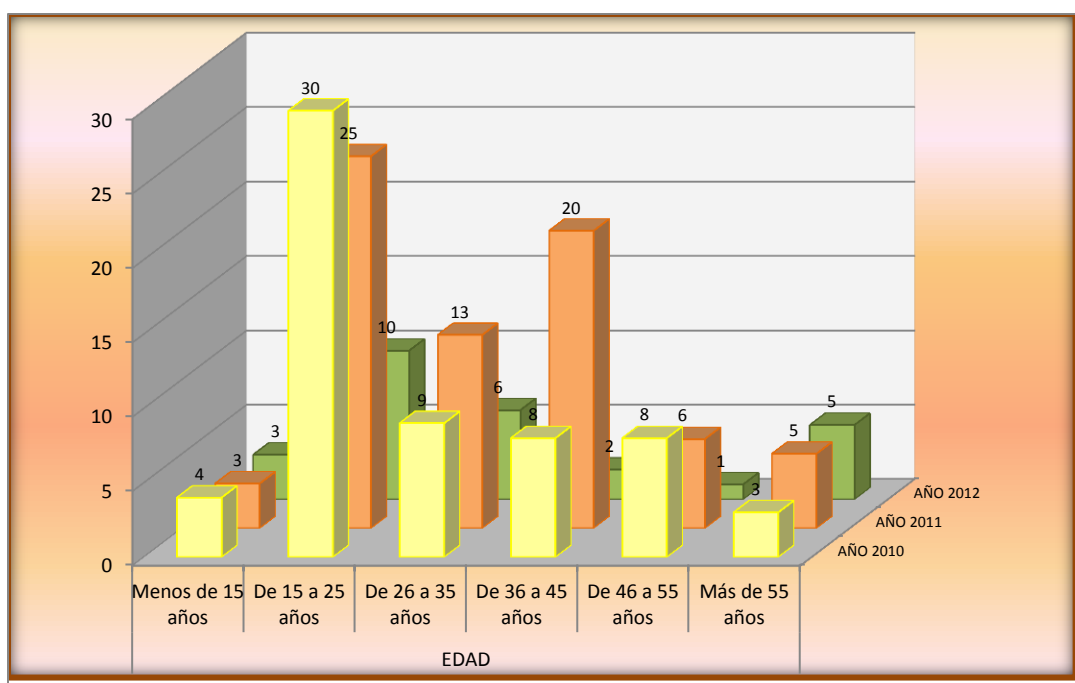
Tabla de contingencia AÑO * EDAD

		EDAD						Total
		Menos de 15 años	De 15 a 25 años	De 26 a 35 años	De 36 a 45 años	De 46 a 55 años	Más de 55 años	
AÑO	2010	4	30	9	8	8	3	62
	2011	3	25	13	20	6	5	72
	2012	3	10	6	2	1	5	27
Total		10	65	28	30	15	13	161

Fuente propia

GRÁFICO Nº 7

Tabla de contingencia AÑO * EDAD



Fuente propia

- En la segunda mitad del año 2010 se observó que el rango de edad con mayor índice de suicidio como manera de muerte oscilaba entre 15 a 25 años (30 casos); le siguen los rangos de edad de 26 a 35 años (9 casos); de 36 a 45 años y de 46 a 55 años (8 casos); de menos de 15 años (4 casos); de más de 55 años (3 casos).
- En el año 2011 se observó que el rango de edad con mayor índice de suicidio como manera de muerte oscilaba entre 15 a 25 años (25 casos); le siguen los rangos de edad de 36 a 45 años (20 casos); de 26 a 35 años (13 casos); de 46 a 55 años (6 casos); de más de 55 años (5 casos); y de menos de 15 años (3 casos).
- En la primera mitad del año 2012 se observó que el rango de edad con mayor índice de suicidio como manera de muerte oscilaba entre 15 a 25 años (10 casos); luego le siguen los rangos de edad de 26 a 35 años (6 casos); de más de 55 años (5 casos); de menos de 15 años (3 casos); de 36 a 45 años (2 casos); y de 46 a 55 años (1 caso).

CUADRO N° 8

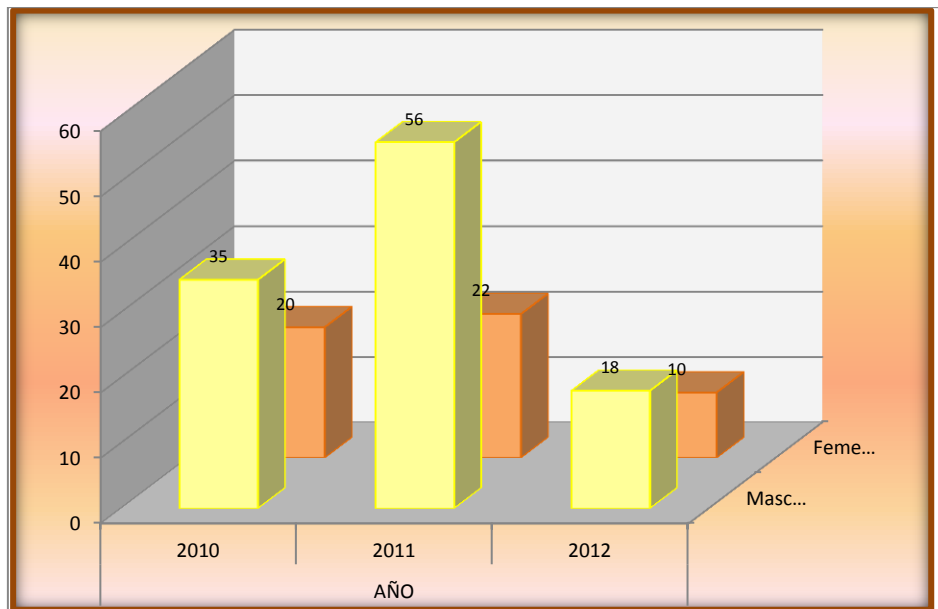
Tabla de contingencia AÑO * GENERO

		GENERO		Total
		Masculino	Femenino	
AÑO	2010	35	20	55
	2011	56	22	78
	2012	18	10	28
Total		109	52	161

Fuente propia

GRÁFICO N° 8

Tabla de contingencia AÑO * GENERO



Fuente propia

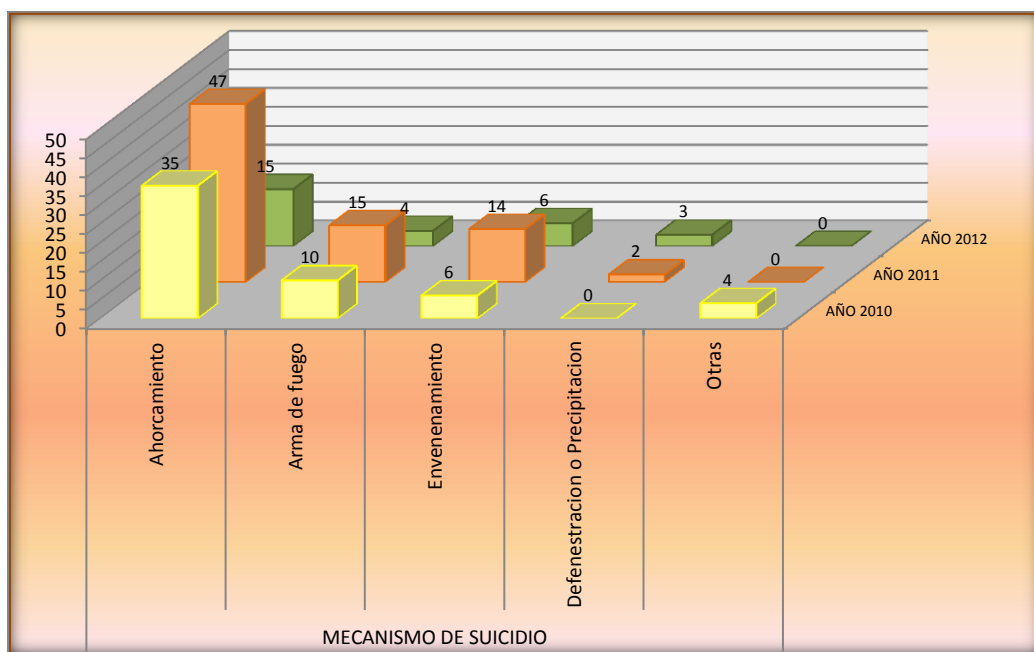
- En la segunda mitad del año 2010 se observó que el mayor índice de casos de suicidio como manera de muerte pertenecía al sexo masculino (35 casos); y el menor índice pertenecía al sexo femenino (20 casos).
- En el año 2011 se observó que el mayor índice de casos de suicidio como manera de muerte pertenecía al sexo masculino (56 casos); y el menor índice pertenecía al sexo femenino (22 casos).
- En la primera mitad del año 2012 se observó que el mayor índice de casos de suicidio como manera de muerte pertenecía al sexo masculino (18 casos); y el menor índice pertenecía al sexo femenino (10 casos).

CUADRO N° 9
Tabla de contingencia AÑO * METODO DE SUICIDIO

		METODO DE SUICIDIO					Total
		Ahorcamiento	Arma de fuego	Envenenamiento	Defenestración o Precipitación	Otras	
AÑO	2010	35	10	6	0	4	55
	2011	47	15	14	2	0	78
	2012	15	4	6	3	0	28
Total		97	29	26	5	4	161

Fuente propia

GRÁFICO N° 9
Tabla de contingencia AÑO * METODO EMPLEADO PARA SUICIDARSE



Fuente propia

- En la segunda mitad del año 2010 se observó que el método suicida que tuvo un mayor índice de casos fue el ahorcamiento (35 casos); le siguen arma de fuego – PAF (10 casos); envenenamiento (6 casos); y otras (4 casos)
- En el año 2011 se observó que el método suicida que tuvo un mayor índice de casos fue el ahorcamiento (47 casos); arma de fuego – PAF (15 casos); envenenamiento (14 casos); y defenestración o precipitación (2 casos).
- En la primera mitad del año 2012 se observó que el método suicida que tuvo un mayor índice de casos fue el ahorcamiento (15 casos); envenenamiento (6 casos); arma de fuego – PAF (4 casos); y defenestración o precipitación (3 casos).

CUADRO N° 10

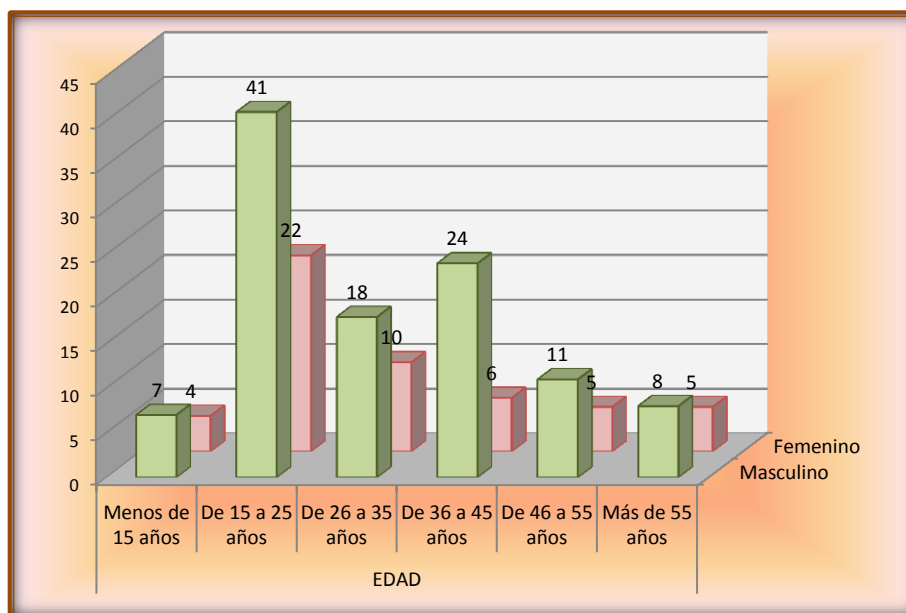
Tabla de contingencia EDAD * GENERO

		SEXO		Total
		Masculino	Femenino	
EDAD	Menos de 15 años	7	4	11
	De 15 a 25 años	41	22	63
	De 26 a 35 años	18	10	28
	De 36 a 45 años	24	6	30
	De 46 a 55 años	11	5	16
	Más de 55 años	8	5	13
Total		109	52	161

Fuente propia

GRÁFICO N° 10

Tabla de contingencia EDAD * GENERO



Fuente propia

- En los años estudiados (segunda mitad 2010, 2011, primera mitad 2012) en el rango de edad de menos de 15 años se encontró un número de 7 varones frente a un número de 4 mujeres.
- En el rango de edad de 15 a 25 años se encontró un número de 41 varones frente a un número de 22 mujeres.
- En el rango de edad de 26 a 35 años se encontró un número de 18 varones frente a un número de 10 mujeres.
- En el rango de edad de 36 a 45 años se encontró un número de 24 varones frente a un número de 6 mujeres.
- En el rango de edad de 46 a 55 años se encontró un número de 11 varones frente a un número de 5 mujeres.
- En el rango de edad de más de 55 años se encontró un número de 8 varones frente a un número de 5 mujeres.

CUADRO Nº 11

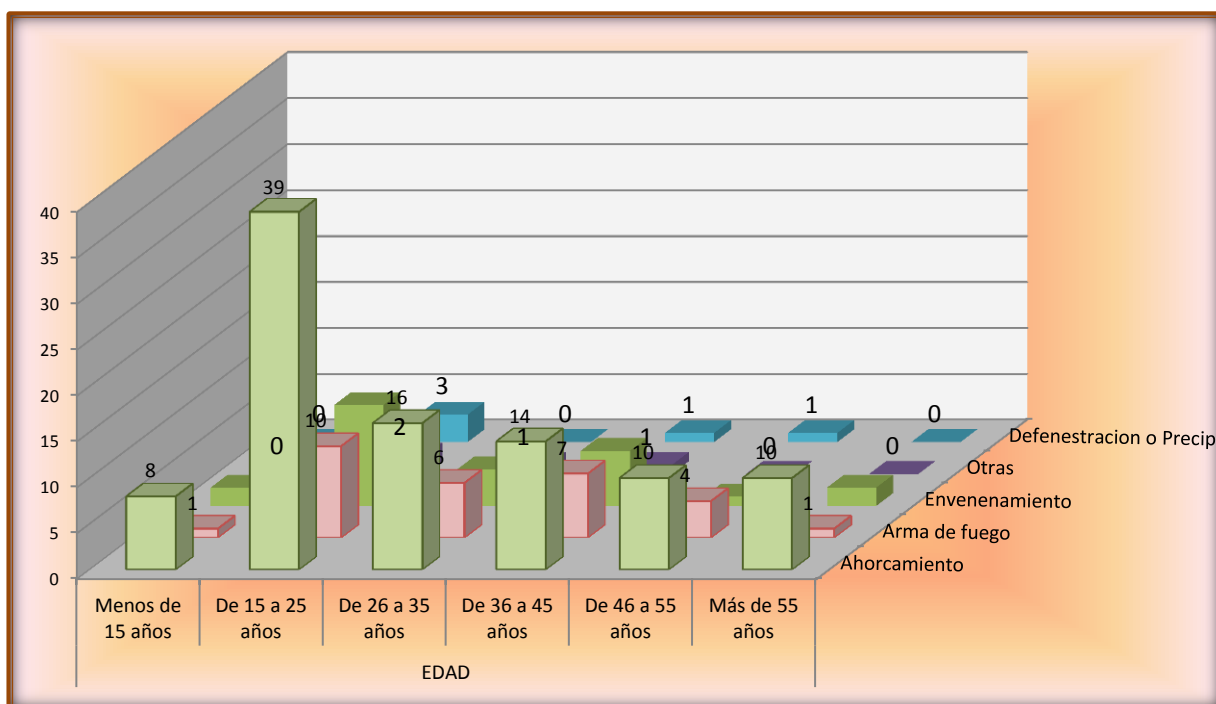
Tabla de contingencia EDAD * METODO EMPLEADO PARA SUICIDARSE

		METODO DE SUICIDIO					Total
		Ahorcamiento	Arma de fuego	Envenenamiento	Otras	Defenestración o Precipitación	
EDAD	Menos de 15 años	8	1	2	0	0	11
	De 15 a 25 años	38	10	11	2	3	64
	De 26 a 35 años	16	6	4	1	0	27
	De 36 a 45 años	15	7	6	1	1	30
	De 46 a 55 años	10	4	1	0	1	16
	Más de 55 años	10	1	2	0	0	13
Total		97	29	25	4	5	161

Fuente propia

GRÁFICO Nº 11

Tabla de contingencia EDAD * METODO EMPLEADO PARA SUICIDARSE



Fuente propia

- En el rango de menos de 15 años el método suicida con mayor índice de casos fue el ahorcamiento (8 casos); le sigue el envenenamiento (2 casos); y el uso de arma de fuego – PAF (1 caso).
- En el rango de 15 a 25 años el método suicida con mayor índice de casos fue el ahorcamiento (38 casos); envenenamiento (11 casos); arma de fuego – PAF (10 casos); otros (2 casos); y defenestración o precipitación (3 casos).
- En el rango de 26 a 35 años el método suicida con mayor índice de casos fue el ahorcamiento (16 casos); arma de fuego – PAF (6 casos); envenenamiento (4 casos); otros (1 caso).
- En el rango de 36 a 45 años el método suicida con mayor índice de casos fue el ahorcamiento (15 casos); arma de fuego (7 casos); envenenamiento (6 casos); otros (1 caso); defenestración o precipitación (1 caso).
- En el rango de 36 a 45 años el método suicida con mayor índice de casos fue el ahorcamiento (10 casos); arma de fuego – PAF, (4 casos); defenestración o precipitación (1 caso).
- En el rango de mayor de 55 años el método suicida con mayor índice de casos fue el ahorcamiento (10 casos); envenenamiento (2 casos); arma de fuego – PAF (1 caso).

CUADRO N° 12

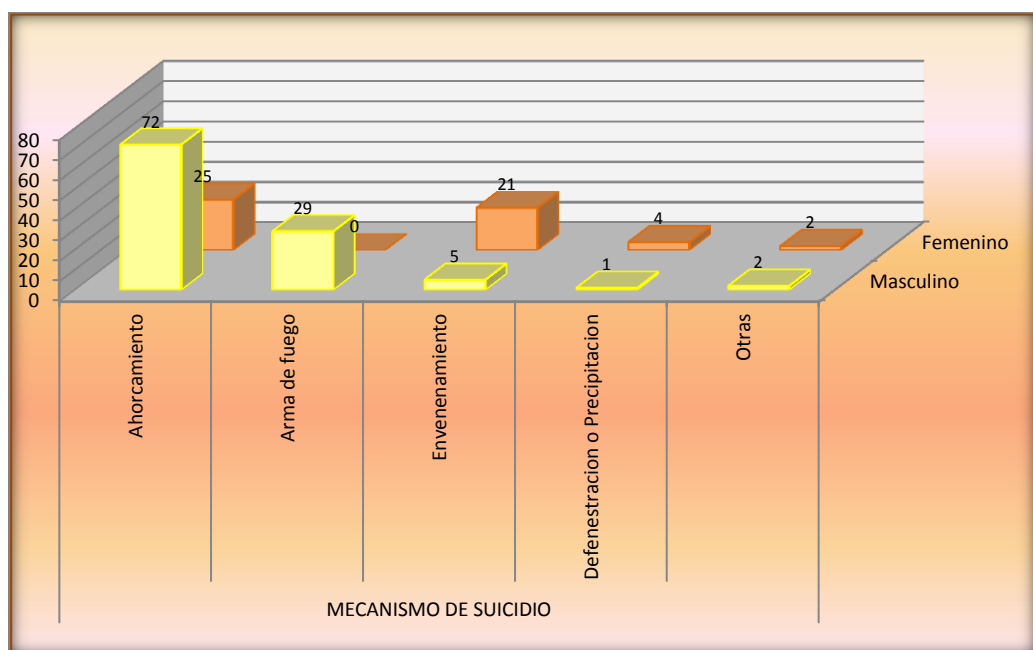
Tabla de contingencia GÉNERO * MÉTODO EMPLEADO PARA SUICIDARSE

		MÉTODO EMPLEADO PARA SUICIDARSE					Total
		Ahorcamiento	Arma de fuego	Envenenamiento	Defenestración o Precipitación	Otras	
SEXO	Masculino	72	29	5	1	2	109
	Femenino	25	0	21	4	2	52
Total		97	29	26	5	4	161

Fuente propia

GRÁFICO N° 12

Tabla de contingencia GÉNERO * MÉTODO EMPLEADO PARA SUICIDARSE



Fuente propia

- Del total de varones (109 casos) se observó que el método suicida con mayor índice es el ahorcamiento (72 casos); le sigue el arma de fuego – PAF (29 casos); envenenamiento (5 casos); otras (2 casos); y precipitación o defenestración (1 caso).
- Del total de mujeres (52 casos) se observó que el método suicida con mayor índice el ahorcamiento (25 casos), le sigue el envenenamiento (21 casos); defenestración o precipitación (4 casos), y otros (2 casos).

11. DISCUSION

Se ha visto que la incidencia de suicidios como manera de muerte en nuestro medio ha disminuido en los años estudiados, sin embargo, se ve con preocupación que los adolescentes optan cada vez más por suicidarse como una manera errónea de solucionar sus conflictos, esto porque están expuestos a varios factores de riesgo relacionados con el suicidio. Este hecho se repite en las estadísticas revisadas de nuestra ciudad en años pasados; y en nuestro estudio se vio que también la edad comprendida entre los 15 a 25 años presento la mayor incidencia de suicidios. Del total de 161 casos de suicidio; 64 pertenecen a este grupo etareo, esto equivale a un 39.8%, mismo porcentaje que es muy alto en relación a los otros rangos de edad.

Entonces debemos preguntarnos qué está pasando con la población adolescente, es muy importante tener presente que en general, los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una «solución.»

De alguna manera esto puede explicar el alto índice de suicidios a esta edad, sin embargo, esta además decir que es un dato muy preocupante, porque se vio que se repite año tras año.

Con respecto al género este estudio muestra mucha relación con estudios realizados en otras regiones del mundo, y también con estadísticas de anteriores años en nuestra ciudad, mismos que mencionan que el sexo con mayor incidencia de suicidios consumados es el masculino (del total de 161 casos de suicidio, 109 son varones y 52 son mujeres) esto tiene que ver con el hecho de que los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento y efectivo ⁽⁵⁸⁾. Se ha visto que el ahorcamiento es el método más

elegido por los varones (72 casos), aunque en las mujeres también se observó un mayor índice del ahorcamiento como método suicida elegido para perpetrar el hecho (25 casos), son embargo, se ha visto en las mujeres la existencia de una diferencia mínima entre el ahorcamiento y la elección del método de envenenamiento (21 casos). Se dice que las mujeres suelen realizar más sobreingestas de psicótopos, ingesta de venenos, o incisiones con elementos cortantes. La mujer emplea métodos más pasivos y menos violentos para consumar el hecho, por ende en muchos países, la ingesta de venenos o la intoxicación medicamentosa muestra el más alto índice como método suicida.

Esto tiene que ver mucho con el hecho de que le es más permitido a las mujeres hacer manifestaciones de tipo teatral con respecto a sus emociones. En este sentido, las mujeres intentan con el suicidio hacer un llamado de atención. También, se le es más concedido a la mujer, tener mayores solicitudes de ayuda, pensando en ella como en un ser dependiente y desvalido. El hombre por el contrario, “tiene” que ser más sereno, frío, racional y autosuficiente.

Se habló mucho acerca de la relación que existe entre la accesibilidad al método suicida y la elección de este para consumar el hecho, esto se confirma en nuestro estudio puesto que, el ahorcamiento es el método suicida más escogido por hombres y mujeres y también se observó que fue el método más elegido en todos los rangos de edades. El ahorcamiento presento una incidencia de 97 casos, hablamos de un 60% del total de los casos, hecho que sin lugar a dudas nos muestra una cifra muy alta. Esto obedecería a la facilidad de realizar este procedimiento, puesto que solo se necesita de un elemento que de constricción simple (lazo, soga, cinturón, etc.). En cambio los otros métodos no presentan un alto índice porque implican más planificación y también tiene mucho que ver el costo que implica el optar por un arma de fuego o medicamentos, etc. Aunque, debemos mencionar que también en nuestro medio existe mucha accesibilidad a la compra de venenos para ratas (lo venden en la calle a un precio barato), por ende este es en muchos casos el método de elección, más que todo en las mujeres.

Vale destacar que aparte de los métodos suicidas estudiados existen también otros que fueron observados en el estudio y que están en el grupo de “*otros métodos suicidas*” mismos que históricamente no muestran un alto índice de elegibilidad por los sujetos suicidas, siendo estos métodos los siguientes: lesiones suicidas por arma blanca (a nivel del cuello), inmolación, accidentes de tráfico con intención suicida, sumersión suicida.

Vale la pena que los mencionemos puesto que aunque sus índices son mínimos en todo el estudio (4 casos) se deben tomar en cuenta, porque son datos estadísticos de mucha importancia, aunque poseen una naturaleza compleja y muchas veces es muy complicado para el perito forense determinar la etiología medicolegal de estos casos, por diferentes causas: no hay antecedentes confiables del hecho, no se realizó una buena observación y análisis del escenario del hecho, hubieron errores al realizar la autopsia, etc.

Con relación al mes escogido por el sujeto suicida los datos pueden ser muy variables, a opinión del autor la elección del mes tiene que ver más con aspectos sociodemográficos de cada región. La bibliografía menciona que se producen más suicidios en las fechas festivas, por ejemplo: navidad, año nuevo, etc.⁽³⁷⁾ O en algunos casos también se escogen fechas que tienen relación con algún hecho importante para los suicidas, por ejemplo: el día del cumpleaños de un familiar muy querido falleció recientemente, el día de la madre, el día de padre, etc.

Pero como se mencionó anteriormente este estudio demostró que en nuestra sociedad no hay mucha relación entre los meses escogidos y la elección de estos por alguna razón específica, siendo este dato irrelevante en la mayoría de los casos, por esto mismo en un futuro no sería de gran ayuda analizar esta variable en un estudio local, aunque, esto podría cambiar a nivel nacional.

Como se vio en el estudio el mayor índice de suicidios se presenta en la adolescencia; dato que es realmente alarmante y debe ser considerado y manejado como un problema de salud pública. Puesto que, es realmente triste ver

como en estos casos de suicidio a tan temprana edad pues las vidas se truncan de una manera tan brusca.

Como el manejo del suicidio es competencia de varias instancias (médico asistencial, médico forense, psicólogo, psiquiatra, etc.), es imperioso identificar los grupos en riesgo, para atenderlos en forma adecuada, disminuir el sufrimiento en el paciente y sus familiares, disminuir los costos económicos y de vidas, sin dejar de considerar que cualquier conducta suicida no mortal es potencialmente letal.

11.- CONCLUSIONES

- Con relación a la incidencia del suicidio como manera de muerte en la morgue judicial de la ciudad de La Paz se llegó a la conclusión que en nuestro medio dicha incidencia ha disminuido del año 2010 al año 2012.
- Con relación al grupo etáreo predominante de los casos de suicidio como manera de muerte concluimos que la mayor incidencia se encuentra en sujetos que pertenecen al grupo etáreo de 15 a 25 años, esta incidencia siempre se mantuvo alta en los años estudiados, y también en varones y mujeres.
- Con relación al género predominante en los casos de suicidio como manera de muerte, concluimos que los varones se suicidan en mayor cantidad que las mujeres, mostrando una relación de 2 a 1. Esta constante se repitió en todas las gestiones y en todos los rangos de edad.
- Con relación al método más utilizado para consumar el suicidio, se llega a la conclusión que el ahorcamiento es el método suicida con más alta incidencia en las gestiones estudiadas. Por lo tanto fue el método más utilizado por los sujetos suicidas de ambos sexos y de todos los rangos de edad.
- Con relación al mes escogido para suicidarse, se observó que el mes de noviembre mostro el más alto índice de suicidios en cifras globales, esto no se repitió cuando se analizó la incidencia año por año. En efecto el año 2010 el mes de noviembre mostro el más alto índice, en cambio en el año 2011 mostro el más bajo índice, en ese mismo año febrero fue el mes que mostro el índice más alto. El año 2012 el mes de enero mostro el índice más alto y febrero presento el índice más bajo.

Por lo que concluimos que en este estudio la relación existente entre el mes escogido y el suicidio no es relevante. Y aunque en una gestión un mes puede ser el más escogido esto podría cambiar en la otra gestión.

13. RECOMENDACIONES

Cuando existe un hecho de suicidio consumado hay muerte del sujeto suicida y su estudio es competencia forense tanatológica; entonces el médico forense debe indicar la causa y el mecanismo de la muerte.

Para efectuar estas tareas el forense necesita de los medios adecuados para realizar su trabajo, partiendo del hecho de que en nuestro medio aun no contamos con una morgue apropiada. Los cadáveres encontrados en ambas ciudades (La Paz – El Alto) son depositados en la morgue del Hospital de Clínicas por lo que muchas veces existe un hacinamiento de los cadáveres en el lugar, y por esta causa no existen los medios para trabajar de una manera aceptable.

Actualmente no se sabe con certeza la procedencia de algunos cadáveres, esto ocurre porque todos están mezclados, y apilados uno al lado del otro, por ende los cadáveres no se encuentran bien individualizados, y en muchos casos no se realiza un correcto registro de estos.

Esto hace que a la hora de realizar cualquier estudio estadístico se podría tropezar muchas veces con este problema, y los datos recolectados no serían reales al 100%.

Por esto mismo sería recomendable que de una vez se construya una morgue que cumpla con los mínimos requisitos para el manejo adecuado de los cadáveres, y para un buen desempeño del trabajo del médico forense al realizar las autopsias. Lo más recomendable es que cada ciudad (La Paz y El Alto) cuente con su propia morgue.

Por otro lado vimos con gran preocupación que los medios de registro en la morgue del Hospital de Clínicas no son de las mejores, puesto que a la fecha de la realización de este estudio solamente se recopilaba los datos en un cuaderno de actas, mismo que era llenado por el forense de turno, y una vez que las hojas de este cuaderno eran llenadas en su totalidad pues este era archivado, siendo muy complicado el recopilar los datos de estos cuadernos archivados, y mucho peor sacarles una fotocopia o una fotografía alguna vez, entonces de esta manera se

ponen muchas trabas para realizar un buen estudio de estos datos que de por sí tienen mucha importancia.

Lo recomendable sería tener una base de datos de las autopsias realizadas en la misma morgue, así se tendría la accesibilidad a los datos de una manera más eficaz y rápida. Con la obtención de estos datos en una etapa inicial se podría identificar de una mejor manera a la población vulnerable y realizar una captación de estos casos en el momento preciso. Puesto que como se mencionó anteriormente es realmente importante tener datos actualizados; para así de esta manera realizar un mejor seguimiento de la problemática del suicidio por las instancias correspondientes.

Por esto mismo se recomienda realizar más estudios acerca de la incidencia del suicidio, y profundizar los mismos. Se podrían abarcar más variables como por ejemplo: estado civil, sustancias encontradas en el cadáver (en caso de intoxicación), etc.

También tomar en cuenta los casos de intentos de suicidio, para esto ya se podría recopilar datos de hospitales, institutos psiquiátricos, etc.

Sería de mucha ayuda realizar este estudio individualizando a cada ciudad (La Paz y El Alto) porque si bien estamos localizados en la misma región geográfica los aspectos sociodemográficos de cada región podrían variar. Pero como mencionamos anteriormente todo parte del hecho de que cada ciudad cuente con su propia morgue judicial.

Así de una manera global se abarcaría la problemática del suicidio para determinar los factores relacionados con la ideación suicida, reconociendo que no es sólo la participación de uno de ellos, sino su interacción lo que los convierte en factores de riesgo.

14. ANEXOS

FORMULARIO PARA RECOLECCION DE DATOS

SUICIDIOS REGISTRADOS EN LA MORGUE JUDICIAL DE LA PAZ DESDE JULIO A DICIEMBRE DE 2010

EDAD	Menos de 15 años	15 a 25 años	26 a 35 años	36 a 45 años	46 a 55 años	Más de 55 años
GÉNERO	Masculino			Femenino		
METODO SUICIDA	Ahorcadura	PAF	Envenenamiento	Precipitación o Defenestración	Otros	
MES DEL AÑO	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre

FORMULARIO PARA RECOLECCION DE DATOS

SUICIDIOS REGISTRADOS EN LA MORGUE JUDICIAL DE LA PAZ DESDE ENERO A DICIEMBRE DE 2011

EDAD	Menos de 15 años	15 a 25 años	26 a 35 años	36 a 45 años	46 a 55 años	Más de 55 años
GÉNERO	Masculino			Femenino		
METODO SUICIDA	Ahorcadura	PAF	Envenenamiento	Precipitación o Defenestración	Otros	
MES DEL AÑO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio

	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre

FORMULARIO PARA RECOLECCION DE DATOS

SUICIDIOS REGISTRADOS EN LA MORGUE JUDICIAL DE LA PAZ DESDE ENERO A JUNIO DE 2012

EDAD	Menos de 15 años	15 a 25 años	26 a 35 años	36 a 45 años	46 a 55 años	Más de 55 años
GÉNERO	Masculino			Femenino		
METODO SUICIDA	Ahorcadura	PAF	Envenenamiento	Precipitación o Defenestración	Otros	
MES DEL AÑO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arlaes Nápoles L.,¹ Hernández Sorí G,² Álvarez Concepción D.³ y Cañizares García T.⁴ Conducta suicida: factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina General Integral* v.14 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 1998.
2. Bobes García J, González Seijo J, Sáiz Martínez .Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. *Psiquiatría Médica*. Editorial Masson; 1997.
3. Beautrais Al, Joyce Pr, Mulder Rt, Fergusson Dm, Deavoll Bj, Nightingale Sk. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1009-1014.
4. Cabra O, Infante D, Sossa F. EL SUICIDIO Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. *Rev. Médica. Sanitas*, 2010 ; Vol. 13 (2): 28-35.
5. Cohen Roberto V. Convivir con el suicidio. *Rev. Del Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía - Buenos Aires, Argentina* 2003; Vol 8, No. 2.
6. Conner Kr, Conwell Y, Duberstein Pr. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Live events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 452-457.
7. Davison, G. Neale, J. (1996) Sexta edición. *Abnormal Psychology*. New York: Jonh Wiley & Sons, Inc.
8. Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1522-1526.
9. Ferri E. : *El Homicidio-Suicidio*, Ed. Bocca, Turfn.
10. Freemann, A.; Reinecke, M.A. (1995) *Terapia Cognitiva Aplicada a la Conducta Suicida*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
11. García de Jalón E., Peralta V. Suidicio y riesgo de suicidio *Suicide and risk of suicide*. ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 87-96.
12. García-Resa E, Braquehais D, Blasco H, Ramirez A, Jiménez L, Díaz-Sastre C et al. Sociodemographic features of suicide attempts. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2002; 30: 112-119.
13. Gómez-Restrepo C., M. D.¹, Rodríguez Malagón N.², Bohórquez A., M. D.³, Diazgranados N., M. D.⁴, Ospina García M., M. Sc.⁵, Fernández C., M. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista colombiana de psiquiatría*. vol.31 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2002.
14. González-Forteza C, Berenzon-Gorn S,Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Medina-Mora Icaza ME. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Revista de Salud Pública Mex* 1998; 40:430-437.

15. González Ortiz J. LOS SUICIDIOS: COLOMBIA 2001. *Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - INML y CF Bogotá 2001.*
16. Epidemiología de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral v.18 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 2002.*
17. Guibert Reyes W. Prevención de la conducta suicida en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral v.18 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 2002.*
18. Gutiérrez Zurbarán G., 1 Gil Rojo I., 2 Jiménez Acosta V.3 y Lugo Jáuriga B.4. SUICIDIO EN LA TERCERA EDAD: UN PROBLEMA DE SALUD COMUNITARIO. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 2001; 39(2):147-51.*
19. Gorwood P. Biological markers for suicidal behaviour in alcohol dependence. *Eur Psychiatry 2001; 16: 410-417.*
20. Gutiérrez García A, Contreras C, Orozco Rodríguez R. EL SUICIDIO, CONCEPTOS ACTUALES. *Rev Salud Mental, 2006; Vol. 29, No. 5: 66 – 72.*
21. Hillman J. (1972): *El suicidio y el alma*, Ed. Astrolabio. Roma.
22. Harris Ec, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A metaanalysis. *Br J Psychiatry 1997; 170: 205-228.*
23. Isometsä E. Psychological autopsy studies - a review. *Eur Psychiatry 2001; 16: 379-385.*
24. Johnson Da, Pasterski G, Ludlow JM, Street K, Taylor RD. The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences. *Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 339-352.*
25. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría, 8ª edición, 983- 992; 1999.
26. King E, Baldwin D, Sinclair J, Baker N, Campbell M, Thompson C. The Wessex recent in-patient suicide study, I. Case control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry 2001; 178: 531-536.*
27. Larraguibel Q., González P., Martínez V., Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría v.71 n.3 Santiago mayo 2000.*
28. López García M , Fonseca Hinojal R , Bobes García J. EL SUICIDIO: ASPECTOS CONCEPTUALES, DOCTRINALES, EPIDEMIOLÓGICOS y JURIDICOS. *REVISTA DE DERECHO PENAL y CRIMINOLOGIA. 1993; Vol 3: 318 -324.*
29. Leenaars, A.A. Suicide Notes, Communication and Ideation. En Maris, R.W.; Berman, A.L.; Maltzberg, J.T.; Yufit, R.I. (Editores) (1992). *Assessment and Prediction of Suicide.* New York: The Guilford Press. 337 – 361.
30. Mann JJ: Searching for triggers of suicidal behavior. *Am J Psychiatry, 161:395-397, 2004.*
31. Mann JJ, Oquendo M, Underwood MD, Arango V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry 1999; 60 (Suppl 2): 7-11.* Maris R.W. Overview of the Study of Suicide Assessment and Prediction. en Maris, R.W.; Berman, A.L.; Maltzberg,

- J.T.; Yufit, R.I. (Editores). (1992) *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: The Guilford Press. 3 -23.
32. McIntosh J.L. *Methods of Suicide*. en Maris, R.W.; Berman, A.L.; Maltzberg, J.T.; Yufit, R.I. (Editores) (1992). *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: The Guilford Press. 381 - 397.
33. Miró E. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. 2ª edición. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Edit. Masson, 675 684, 2000.
34. Morón P. (1980): *El Suicidio*, Ed. Ábaco. Buenos Aires.
35. Mosquera Fernando. *El comportamiento suicida*. En: SUICIDIO - Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Barcelona: Ediciones Península, 2003: 10 – 22.
36. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones*. OMS, Ginebra, 2004.
37. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. OMS, Ginebra, 2002.
38. Palacios-Espinosa X., María Barrera Lora A., Ordóñez Rodríguez M. y Peña Ayala M.E.. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 25(2)/pp. 40-62/2007/ISSN1794-4724*.
39. Pérez Barrero Sergio A. *EL SUICIDIO, COMPORTAMIENTO Y PREVENCIÓN*. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;Vol 15, No. 2 :196-217.
40. Pérez-Olmos I., Ibáñez-Pinilla M., Reyes-Figueroa J.C., Fajardo A. y Suárez-Díaz M. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006.
41. Romero Palanco JL, Gamero Lucas JJ. Aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en la provincia de Cádiz (1999-2003). *Cuadernos de Medicina Forense 2007 13(47):33-4*.
42. Roy A, Nielsen D, Rylander G, Sarchiapone M, Segal N. Genetics of suicide in depression. *J Clin Psychiatry 1999; 60 (Suppl 2): 12-17*.
43. Ros Montalbán S. *La conducta suicida*. Editorial Ela 1997. Grupo Arán.
44. Rubenstein, Edward. Federman, Daniel. (1992). *Transtornos Afectivos y de Ansiedad*. En Scientific American Medicina. Vol III, pag 1541 - 1560. Bogotá: Legis Editores
45. Sarró, Blanca. de la Cruz, Cristina. (1991). *Los Suicidios*. Barcelona: Martínez Roca
46. Sánchez R.^I; Orejarena S.^{II}; Guzmán Y.^{III}. Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Revista de salud pública v.6 n.3 Bogotá nov. 2004*.
47. Sánchez R.1, Orejarena S. 2 y Guzmán Y.3. Características de los Suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Revista de Salud pública. 6 (3):217-234, 2004*.
48. Schmidtke A, Bille-brahe U, Deleo D, Kerhof A, Bjerke T, Crepet P et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during

- the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327-338.
49. Shneidman E. *Suicide as Psychache*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
 50. Slaikou, Karl A. *Intervención en Crisis*. México: Manual Moderno
 51. Sorenson, S.B.; Rutter, C.M. Transgeneration Patterns of Suicide Attempt. *Journal Of Consulting and Clinical Psychology*. 1991, 59 (6), 861 - 866.
 52. Wekstein, Louis. *Handbook of Suicidology*. New York: Brunner/Mazel Publisher.
 53. Wilson, G.L. Comment: Suicidal Behavior - Clinical Considerations and Risk Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991, 59 (6), 869 - 873.
 54. Patitó J.: *MEDICINA LEGAL*, Ediciones Centro Norte. Buenos Aires – Argentina.
 55. Gisbert Calabuig J.A. : *Medicina Legal y Toxicología*. Ed. García Muñoz (Valencia), 1983, **322 – 328**.
 56. CODIGO PENAL. 2001. Edición actualizada hasta la ley No. 2033 de 29 de octubre de 1999. (Tercera edición). U.P.S. Editorial La Paz.
 57. Vargas Alvarado E. : *Medicina Legal*. Editorial Trillas (2da.ed) (México), 1999.
 58. Vargas Sejas J.E.; Mejias Salas H.: Prevalencia y mortalidad por intento de suicidio en el Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas, La Paz – Bolivia, *Gestión* 2002. *Cuadernos del Hospital de Clínicas*; Volumen 49 No.2, 2004, Pág. 179.
 59. Galvez Murillo A.; Tamayo Caballero C.: Mortalidad por suicidio en la Ciudad de La Paz. *Cuadernos del Hospital de Clínicas*; Volumen 46 No 2, 2000, Pág.50.
 60. Justiniano Elfy. Suicidios Consumados por pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría. Gregorio Pacheco en Sucre-Bolivia. *Arch. Bol. Med*;6(64) Oct-dic 1999.
 61. Camacho M, El suicidio desde el punto de vista médico legal. Tesis de doctorado. UMRPSFXCH, Sep. 1924.
 62. Policía Técnica Judicial. Reportes internos sobre casuística de las Divisiones Nacionales de la PTJ. La Paz. (mimeo); 1999.
 63. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DE BOLIVIA. <http://www.ine.gov.bo/>
 64. Tiesca Molina R.; Navarro E.: Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista Salud Uninorte*; Volumen 17, No. 19, 2003. Pg.24.

