

ASPECTOS MÉDICO LEGALES DEL SUICIDIO EN COSTA RICA

Epidemiología del suicidio en Costa Rica, del 2000 al 2004

(Medical legal aspects of suicide in Costa Rica.

Epidemiology of suicide in Costa Rica, from 2000-2004)

Dr. Jerry Gerardo Castro Trejos⁴⁴

RESUMEN

Trata del análisis de la estadística del Anuario Policial del 2004 (departamento de planificación, sección estadística), con respecto a los casos de suicidio ocurridos en Costa Rica durante los años 2000 al 2004. La prevalencia de casos muestra una media de 251,8 casos por año. El mayor porcentaje de casos que se produjo en la población, lo cometieron individuos de nacionalidad costarricense, con un 88% del total. Predominó el sexo masculino con 1242 casos (86.9%). El femenino con 186 casos (13%). El rango de edad en que se presentó el mayor número de casos se dio entre los 20-24 años con 208 casos (14.5%). La mayor incidencia de casos fue en el 2003 con un total de 329 casos (23%). La modalidad más frecuente de suicidio fue la suspensión con 516 casos (36.1%); seguido de envenenamiento con 483 casos (33.8%); la tercera en importancia fue muerte por proyectil por arma de fuego con 321 casos (22.4%).

PALABRAS CLAVE

Suicidio, edad, sexo, tipo, motivo.

Recibido 24-04-2007

Aceptado 25-06-2007

SUMMARY

It is about a statistical analysis from the Policial Yearbook 2004, (Planification Department, statistics section), about the suicide cases that happened in Costa Rica during the years 2000 to 2004. The prevalence of cases shows an average of 251,8 cases per year. The highest percentage of cases that happened in the population was committed by Costa Rican, with an 88% of the total. Men had a higher prevalence, with 1.242 cases (86.9%), than women, with 186 cases (13%). The age with the highest percentage was between 20 and 24 years of age, with 208 cases (14,5%). The highest incidence was in 2003 with 329 cases (23%). The most frequent modality of death was hanging with 516 cases (36,1%), followed by poisoning with 483 cases (33,8%), the third in importance was death by firearm projectile with 321 cases 22,4%.

KEY WORDS

⁴⁴ Dr. Jerry Gerardo Castro Trejos. Médico General, Servicio de Emergencias, Hospital San Rafael. E-Mail: jergercas@hotmail.com

Suicide, age, sex, type, motive.

INTRODUCCIÒN

El suicidio es un fenómeno que ha acompañado la historia del hombre. Y aunque en diferentes épocas la explicación de sus causas y la actitud hacia el mismo ha variado, el comportamiento o el acto ha existido en casi todas las culturas.

En efecto, las mayores diferencias no se encuentran en los índices de suicidio sino en la perspectiva de valoración y la reacción de la sociedad frente al mismo. En la antigüedad, en países como Japón, China y gran parte de Europa, el suicidio no solo era frecuente sino que en muchos casos era honroso; en los siglos VII y VIII, la Iglesia empezó a castigar severamente a quienes intentaban suicidarse y en el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino atribuyó el suicidio a una inspiración demoníaca y a un pecado contra Dios. Sólo seis siglos más tarde se haría un importante avance en la materia, hacia 1820, el médico

J. P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un "trastorno mental" y en 1838, Esquirol se refirió al acto suicida como una consecuencia de una crisis de tipo afectiva.

Hacia finales del siglo XIX, Morselli (1879) y el sociólogo francés Durkheim (1897) introducen los factores sobre los cuales se basarían los estudios posteriores y las teorías sociológicas sobre el suicidio.

En sus textos, Durkheim define el suicidio como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado" y concluye que la forma de prevención más eficaz es la promoción del sentido de pertenencia de los individuos a un grupo o a una comunidad **(1)**.

Otros importantes autores desarrollaron ideas muy distintas a la anterior y mientras que algunas de estas teorías permanecen vigentes, otras han desaparecido de la comprensión actual del suicidio: Freud introdujo la teoría sobre la presencia innata de una pulsión de agresión y de muerte, una

tendencia a la autodestrucción presente en el inconsciente**(1)**; Ringel (1953) señaló que en el síndrome presuicida la inhibición de la agresividad causa el aislamiento del individuo y que éste termina descargando la agresión contra si mismo; y Schneider (1954) indicó, quizá por primera vez, las diferencias entre el suicidio y la tentativa suicida. Algunos años más tarde, Kreitmen (1977) propuso la substitución de la expresión "tendencia suicida" por la palabra "parasuicidio", introduciendo en este concepto el acto deliberado de ingerir drogas en cantidades no prescritas en las fórmulas terapéuticas, pero eliminando igualmente la intencionalidad de morir.

En este mismo sentido, Farbelow y Litman (1970) clasificaron la conducta suicida en tres categorías: "Ser" (quienes no quieren morir pero consideran la posibilidad de llamar la atención por medio de una tentativa de suicidio), "No ser" (quienes ya tomaron la decisión de hacerlo y no buscan ayuda) y "Ser o no ser" (quienes no pueden decidir entre morir o vivir y dejan que sea el 'destino' o el azar quien decida por ellos).

Según estos autores, la mayor parte de estos individuos guardan la esperanza de ver cambiar su situación, en caso de ser salvados **(2)**.

En primer término definiremos en forma sencilla la conducta suicida como el asesinato de si mismo, o el intento de este asesinato en el caso del intento de suicidio **(3)**.

Ahora bien, la conducta suicida no solo constituye un acto autoagresivo de autodestrucción y de rechazo a la vida, sino que también es un acto heteroagresivo, de agresividad ante su entorno, en particular en lo que respecta a uno de sus miembros, en el que el suicida piensa crear culpa y remordimiento.

En cuanto a la explicación de la conducta suicida, diremos que es un acto sumamente complejo y ambiguo, del que no puede dar explicación una única teoría, debiendo además contemplarse el contexto social, familiar, cultural, religioso, político, de la época, etc. De este modo diremos que para el estudio y comprensión de la conducta suicida, es necesario un análisis interdisciplinario

que contemple una serie de factores de índole histórico-bio-psico-socio-culturales.

Ciertas situaciones emocionales (como el abandono, el luto, la ruina, la enfermedad incurable, etc.) pueden llevar al acto suicida, pero hay que tomar en cuenta y esto es muy importante, que el acto suicida depende del umbral de reacción o del nivel de tolerancia del individuo ante emociones y ante la frustración. O sea que, generalmente solo cuando el equilibrio psíquico de una persona es precario, es decir cuando existe una personalidad premorbida, los diversos factores externos pueden convertirse en una causa de suicidio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos estadísticos se tomaron del Anuario Policial del 2004 (departamento de planificación, sección estadística).

Las variables estudiadas fueron nacionalidad, sexo, edad, modalidad de muerte.

RESULTADOS

Cuadro #1

Número de personas fallecidas por suicidio en Costa Rica, según país de origen del suicida, para el período 2000-2004

	Porcentaje		2000	2001	2002	2003	2004
Total	<u>100%</u>	<u>1428</u>	<u>263</u>	<u>232</u>	<u>282</u>	<u>329</u>	<u>322</u>
Alemán	0.2	4	0	0	0	2	2
Canadiense	0.2	3	0	0	1	0	2
Chileno	0.2	3	0	1	0	1	1
Chino	0.1	2	1	0	0	0	1
Colombiano	0.5	7	0	1	0	4	2
Costarricense	88	1259	236	199	247	295	282
Cubano	0.2	4	1	1	2	0	0
Estadounidense	1.25	18	2	5	5	3	3
Francés	0.34	5	1	2	1	1	0
Hondureño	0.06	1	0	0	1	0	0
Holandés	0.1	2	0	1	1	0	0
Italiano	0.2	4	0	1	1	1	1
Keniano	0.06	1	0	0	0	0	1
Mexicano	0.06	1	0	1	0	0	0
Nicaragüense	7.4	106	22	18	22	20	24
Panameño	0.1	2	0	0	1	1	0
Peruano	0	0	0	0	0	0	1
República Dominicana	0.06	1	0	0	0	1	0
Salvadoreño	0.2	3	0	1	0	0	2
Suizo	0.06	1	0	1	0	0	0

Fuente: sección de estadística, departamento de planificación, Anuario

Policial

Cuadro #2

**Número de personas fallecidas por suicidio en Costa Rica según sexo del
suicida, para el período 2000-2004**

Año	Total	Sexo			
		Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Total	<u>1428</u>	<u>1242</u>	<u>86.9</u>	<u>186</u>	<u>13.1</u>
2000	263	232	88.2	31	11.8
2001	232	205	88.4	27	11.6
2002	282	246	87.2	36	12.8
2003	329	283	86.0	46	14.0
2004	322	276	85.7	46	14.3

Fuente: sección de estadística, departamento de planificación, Anuario Policial

Cuadro #3

Número de personas fallecidas por suicidio en Costa Rica, según grupo de edad al que pertenecía el suicida, para el período 2000-2004

Grupo de edad	Total	Porcentaje	A Ñ O				
			2000	2001	2002	2003	2004
Total	<u>1428</u>	<u>100,0</u>	<u>263</u>	<u>232</u>	<u>282</u>	<u>329</u>	<u>322</u>
Menos de 15 años	20	1.4	1	4	4	7	4
De 15 a 17 años	76	5.4	15	7	20	18	16
De 18 a 19 años	74	5.0	10	8	25	12	19
De 20 a 24 años	208	14.6	38	27	46	50	47
De 25 a 29 años	162	12.0	36	37	20	40	29
De 30 a 34 años	174	12.4	33	30	33	41	37
De 35 a 39 años	137	9.9	21	28	27	33	28
De 40 a 44 años	147	10.2	36	14	33	30	34
De 45 a 49 años	113	7.4	16	27	14	25	31
De 50 a 54 años	90	5.9	17	12	16	20	25
De 55 a 59 años	67	4.6	8	9	15	19	16
De 60 a 64 años	39	2.6	6	7	6	10	10
De 65 a 69 años	47	3.4	8	15	5	10	9
De 70 y más años	74	5.2	18	7	18	14	17

Fuente: sección de estadística, departamento de planificación, Anuario Policial

Cuadro #4

Número de personas fallecidas por suicidio en Costa Rica, según modalidad de muerte, para el periodo 2000-2004

Modalidad de la Muerte	Total	Porcentaje	A ñ o				
			2000	2001	2002	2003	2004
Total	<u>1428</u>	<u>100,0</u>	<u>263</u>	<u>232</u>	<u>282</u>	<u>329</u>	<u>322</u>
Suspensión	516	36.1	86	68	103	132	127
Envenenamiento	483	33.8	84	84	99	108	108
Arma de fuego	321	22.4	76	63	53	67	62
Precipitación	46	3.2	8	6	17	8	7
Arma blanca	19	1.3	2	4	5	3	5
Asfixia por sumersión	14	0.9	2	1	1	5	5
Lanzamiento a vehículo	9	0.6	0	3	1	1	4
Quemaduras	13	0.9	4	3	0	2	4
Asfixia por sofocación	6	0.4	1	0	3	2	0
Exhanguinación	1	0.1	0	0	0	1	0

Fuente: sección de estadística, departamento de planificación, Anuario Policial.

DISCUSIÓN

Cuadro (1)

La prevalencia de casos cometidos por costarricenses muestra una media de 251,8 casos por año, los costarricenses ocupan un 88% del total de casos, mientras que el aporte de otras nacionalidades es poco significativo, con excepción de los nicaragüenses que ocupan un 7,4% del total, hecho que se corrobora con el significativo número de personas de esta nacionalidad que residen en Costa Rica.

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud la migración esta en muchos casos asociada a pobreza, falta de vivienda, pérdida de soporte social, que incrementan el riesgo de suicidio **(4)**.

La Organización Mundial de la Salud indica que el suicidio esta entre las diez primeras causas de muerte en el mundo, y una de las tres principales causas de muerte en el grupo de 15 a 35 años de edad. El impacto social y psicológico del suicidio sobre la familia y la sociedad es inmensurable.

La carga del suicidio se puede estimar en términos de rango de minusvalía y ajuste en años de vida. DALYs (disability-adjusted life years). De acuerdo a este indicador en 1998, el suicidio fue responsable por 1,8% del total de cargas de enfermedades en el mundo entero, variando entre un 2,3% entre los países de alto ingreso económico y 1,7% en los de bajo ingreso. Esta es una carga similar a las de el homicidio, la muerte por asfixia neonatal y trauma, y casi el doble de la de diabetes.

En Los Estados Unidos por ejemplo para el año 2000 el suicidio cobro las vidas de 29350 estadounidenses, en general el suicidio en ese año ocupo el lugar número 11 entre las primeras causas de muerte y la tercera causa más importante entre jóvenes de 15 a 24 años de edad**(5)**.

Cuadro (2)

Del total de suicidas en los años 2000-2004, (1242) (87.3%) correspondieron a individuos del género masculino y (186) (12.7%) al femenino.

Aproximadamente 8 de cada 10 personas que ejecutan el suicidio en Costa Rica son hombres y tan solo 2 de cada 10 son mujer. Los hombres tienen mayor riesgo a la conducta suicida**(6)**.

Los valores relativos indican que la mayor incidencia de fallecimiento de personas del género femenino se presentó en los años 2003-2004 en cuyo caso los valores ascendieron hasta un 14%. La incidencia del género masculino fue aumentando del 2000 al 2004 con una mayor incidencia en el 2000.

Los varones como indica claramente la estadística, son los que más se suicidan y las mujeres las que más intentan suicidarse **(7)**.

En los intentos de suicidio predomina el uso de métodos pasivos, menos letales como la autointoxicación. En algunos casos pretenden llamar la atención, pedir ayuda y no autoeliminarse. **(8)**. Aunque algunas de ellas pueden buscar realmente la muerte, otras intentan comunicar dolor, mitigar el aislamiento, evitar las secuelas de un cambio de nivel social, buscar una venganza, etc.

En Los Estados Unidos por ejemplo la probabilidad de morir por suicidio es cuatro veces más alta entre los hombres que entre las mujeres.

Según los datos de La Organización Mundial de la Salud, este hecho se repite en todos los países con una diferencia de géneros muy similar a la nuestra **(4)**.

Cuadro (3)

En el cuadro se puede apreciar que el rango en el que predomina los fallecimientos por suicidio esta entre los 20-44 años con un total de 828

individuos, lo que representa un 59.1%. Principalmente de 20-24 años con un 14,6% del total.

La adultez temprana es la etapa que comprende de los 18 a los 34 años de edad. Implica preocupaciones relacionadas con la intimidad, la paternidad y la iniciación de una carrera u ocupación. Es un periodo de asentamiento y consolidación de la raíces y al mismo tiempo de avance **(9)**. Estas preocupaciones del desarrollo pueden, en combinación con los sucesos determinantes de la vida, proporcionar la ocasión para una crisis. Las crisis pueden ser rechazo por una pareja potencial, relaciones extramaritales, separación, divorcio, embarazo no deseado, incapacidad de engendrar hijos, enfermedades de los hijos, incapacidades para manejar exigencias, dificultades académicas, desempeño deficiente en la carrera, dificultades financieras, conflicto entre la profesión y los objetivos familiares, transición a la edad de 30 años. La adultez media es el periodo que va del los 35 a los 50 años. En esta etapa hay una transición entre generatividad contra estancamiento, adaptación a cambios fisiológicos (cociente de la decadencia física, enfermedades crónicas), adaptación a cambios e los hijos (rechazos a los hijos adolescentes rebeldes, alejamiento de un hijo), ocuparse de nuevas responsabilidades con padres ancianos (enfermedad prolongada o muerte de los padres), creciente productividad y desarrollo de la consolidación socioeconómica (retroceso en la profesión, conflictos en el trabajo, desempleo, preocupaciones financieras, cambios relacionados con ascenso profesional), reexaminar las elecciones tempranas de la vida.

Reelaboración de motivaciones anteriores (conciencia de discrepancia entre los objetivos de la vida y los logros, lamentos sobre decisiones tempranas acerca de no casarse y no tener hijos o viceversa), modificar la estructura de la vida (problemas maritales)

Los adolescentes (15-18 años) representan un 10,4% de los suicidios cometidos entre 2000 y 2004. Las crisis que se podrían dar en esta etapa son:

dificultes de aprendizaje en la escuela, conflictos con compañeros, conflictos con los maestros, conflictos con los padres sobre hábitos personales y estilo de vida, cambios en la escuela o colegio, relaciones sexuales, embarazo no deseado, ingreso a la universidad, indecisión en la profesión, dificultades económicas, dificultades en el primer trabajo, fracaso en los estudio o deportes, entre otros **(10) (11)**.

Los ancianos son el otro grupo de interés, representando el 11.2% de los suicidios. Los problemas que conllevarían tomar la decisión de acabar con la vida son: problemas de salud, resistencia o dificultad en la adaptación a la jubilación, conflictos con los hijos ya crecidos, dificultades financieras, indiferencia por parte de los hijos y nietos, muerte de amigos, conciencia de la soledad, enfermedad o incapacidad **(12)**.

Los ancianos intentan suicidarse menos que las personas jóvenes, pero consuman su suicidio con más frecuencia **(7)**. Los niños menores de 15 años ocupan un 1,4% del total de casos. En este grupo etario es importante la asociación que se mantiene con problemas de conducta, retardo mental, desintegración familiar, agresión física o de otros tipos **(13)**. El aumento de casos de suicidios en niños guarda relación proporcional con la mayor edad **(14)**.

Cuadro (4).

La forma de muerte mas usual entre suicidas para dar termino a sus vidas es la modalidad de suspensión, que representa el 35.2%, es decir, aproximadamente una tercera parte del total de suicidios acontecidos durante el periodo comprendido entre 2000-2004.

Luego le siguen el envenenamiento y arma de fuego.

Es relevante señalar que estas 3 modalidades abarcan prácticamente el 92.5% de los casos de suicidio en este periodo.

La suspensión es el método de más fácil acceso, más económico, con alta efectividad. También son accesibles los medicamentos, los insecticidas y sustancias tóxicas. Aquí cabe destacar que la mayoría de los drogadictos que mueren envenenados por sobre dosis, es de manera accidental, porque la tolerancia los hace rebasar los límites de la dosis.

Los suicidios por arma de fuego se dan con relativa frecuencia, en los últimos años ha sido más accesible su adquisición y quien más lo usan son los hombres.

Las personas potencialmente suicidas estudian con anticipación todos los pormenores para realizar el acto, estudian la viabilidad del método, organizan la actividad, grado de preparación, construyen una nota, prevén hasta las posibilidades de abortar la maniobra, y muchas veces necesitan de sustancias como el alcohol o drogas para poder consumar el hecho **(15)**.

De la consideración se obtiene que dentro de nuestra profesión es al psiquiatra a quien corresponde el papel clínico fundamental, como ya se ha reconocido internacionalmente **(16)**.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bandura, A. *Modificación de Conducta: Análisis de la agresión y la delincuencia*, México, 1975.
2. Kaplan H,F. y Sadock B, J. *Sinopsis de Psiquiatría*, séptima edición, 1996.
3. González P,J. *La conducta suicida: Una aproximación Psicológica Clínico-Forense*. *Medicina Legal de Costa Rica*,1991 8(1): 18-21
4. *Preventing Suicide, A Resource For General Physicians*. World Health Organization, Geneva, 2000.
5. Centers for Disease Control and Prevention. *Emergency Medical System, Suicide Related*, 1999 51 (03):56-59.

6. García Pérez, Teresita. Estudio del suicidio en la ciudad de La Habana a través de la autopsia psicológica. *Medicina Legal. Costa Rica*, 1998, 15(1-2) 24-28
7. Flores Sandí, Gretchen. El suicidio en la población femenina en Costa Rica. 1983-1993. *Medicina Legal de Costa Rica*, 1995, 11-12(2):29-35.
8. Ausina, V. Aportación a la epidemiología de las tentativas de suicidio, *Medicina Clínica*, 1975,64,9:452-456.
9. Poldinger, W. La tendencia al suicidio. Estudio médico-psicológico y medico-sociológico. Madrid: Morata, 1969.
10. Barraclough, B. International variation in the suicide rate of 15-24 years old. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,1988, 23:75-84.
11. Mardomingo, M.J. Suicidio en la infancia y adolescencia. *Ciencia Médica*, 1993,2(2):49-52.
12. Ugalde L, J. Suicidio en personas mayores de sesenta años en Costa Rica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 1991, 8(2): 17-21.
13. Vargas, E., Davis, E.,: Suicidio en niños, *Acta Médica Costarricense*, 1964, 7(1):3
14. Reyes G, Alma, Escobar Y, José Lempira y Valerio H, Mayela. Suicidio en niños. *Medicina Legal de Costa Rica*, 1998, 15(1-2) 51-55
15. Achète, K. Suicidal tendencies in the elderly, *Understanding and preventing suicide*, New York, 1988.
16. Vargas Alvarado, Eduardo. Aspectos medicolegales del suicidio en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense* 1968 (2) 117-126.