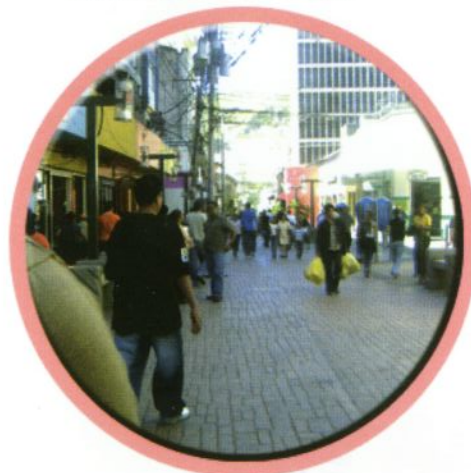




Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Carrera de Sociología



DVCS

Diplomado en Violencia y Convivencia Social

APROXIMACIÓN A LOS FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

Autores:

Melvin H. Duarte

Elvia Patricia Villaseñor



Programa de las Naciones
Unidas para el Desarrollo
Honduras

Proyecto Armas Pequeñas
Seguridad y Justicia



Agencia Sueca de Cooperación
para el Desarrollo Internacional

® Instituto Universitario en Democracia,
Paz y Seguridad (IUDPAS)

Col. Lomas Del Guijarro Sur, Calle Madrid,
Bloque M, No. 26 Telefax: (504) 231-1005
Tegucigalpa, Honduras

El contenido de este material puede ser
reproductivo total o parcialmente en cualquier
forma o por cualquier medio, sea electrónico,
mecánico, fotocopiado o de otro tipo, siempre
Y cuando se cite la fuente.

Las ideas y opiniones expuestas en este libro
Son exclusivas responsabilidad de sus autores,
Y no reflejan necesariamente la visión, ni la opinión
Del Instituto Universitario en Democracia,
Paz y Seguridad (IUDPAS)

Para mayor información sobre esta publicación,
Puede visitar la página web www.iudpas.org
Asimismo, IUDPAS agradecerá los comentarios o
Sugerencias que pueda hacer sobre los trabajos
Presentados, mediante la dirección de
Correo electrónico info@iudpas.org

INDICE

PRESENTACIÓN	3
APROXIMACION A LOS FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN DEL DISTRITO CENTRAL Y AREAS DE INFLUENCIA PERIODO 2002-2005.....	4
I. INTRODUCCION	4
II. DELIMITACION DEL PROBLEMA	6
1. <i>CRITERIO DE INCLUSIÓN.....</i>	<i>8</i>
2. <i>CRITERIO DE EXCLUSIÓN.....</i>	<i>9</i>
III. PERSPECTIVA DE ANALISIS	9
IV. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES.....	18
1. <i>EDAD.....</i>	<i>20</i>
2. <i>SEXO.....</i>	<i>20</i>
3. <i>ESTADO CIVIL.....</i>	<i>20</i>
4. <i>PRECARIA SITUACIÓN ECONÓMICA.....</i>	<i>21</i>
5. <i>EL ABUSO DEL ALCOHOL.....</i>	<i>21</i>
6. <i>EL ESTADO DEPRESIVO.....</i>	<i>22</i>
7. <i>LOS MECANISMOS UTILIZADOS.....</i>	<i>23</i>
8. <i>LOS INTENTOS SUICIDAS.....</i>	<i>23</i>
IV. FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN LAS VICTIMAS DEL SUICIDIO EN LA POBLACION DEL DISTRITO CENTRAL Y AREAS DE INFLUENCIA	24
1. <i>SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL.....</i>	<i>24</i>
2. <i>ESCOLARIDAD.....</i>	<i>33</i>
3. <i>LUGARES DONDE OCURREN LOS SUICIDIOS.....</i>	<i>35</i>
3.1. <i>NIVEL DE DEPARTAMENTOS.....</i>	<i>35</i>
3.2. <i>MUNICIPIOS DE FRANCISCO MORAZÁN.....</i>	<i>37</i>
3.3. <i>EL DISTRITO CENTRAL.....</i>	<i>38</i>
4. <i>MECANISMO.....</i>	<i>39</i>
5. <i>HORA, DIA Y MES DE OCURRENCIA DE LOS HECHOS.....</i>	<i>45</i>
6. <i>OCUPACION Y OFICIO.....</i>	<i>50</i>
VII. FACTORES DE RIESGO VINCULADOS A LA INTENCIONALIDAD Y LOS MOTIVOS APARENTES DEL SUICIDIO.	52
1. <i>MOTIVO APARENTE.....</i>	<i>52</i>
2. <i>EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGA PREVIO AL SUICIDIO.....</i>	<i>57</i>
3. <i>ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES MENTALES.....</i>	<i>63</i>
VIII. CONCLUSIONES.....	67
IX. RECOMENDACIONES.....	73
X. FUENTES CONSULTADAS.....	75

Presentación

El Diplomado en Violencia y Convivencia Social ha venido contribuyendo a la formación de capacidades nacionales en investigación e intervención en temas de violencia, seguridad ciudadana y convivencia. El programa académico funciona desde el año 2005, en el marco de la Carrera de Sociología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas (PNUD) y La Cooperación Sueca para el Desarrollo (ASDI).

La presente publicación es el resultado de la selección de trabajos de investigación elaborados por estudiantes del Diplomado en Violencia y Convivencia Social. Mediante la divulgación de los resultados de las investigaciones que se desarrollan en el marco del programa académico se busca contribuir modestamente al conocimiento y comprensión de los fenómenos de la violencia, seguridad ciudadana y convivencia en Honduras.

DIPLOMADO EN VIOLENCIA Y CONVIVENCIA SOCIAL

APROXIMACION A LOS FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN DEL DISTRITO CENTRAL Y AREAS DE INFLUENCIA PERIODO 2002-2005.

Autores:

Melvin H. Duarte

Elvia Patricia Villaseñor

I. INTRODUCCION

Cuando se analizan las estadísticas de la violencia en Honduras nos encontramos un conjunto de hechos que sumado al número de homicidios y asesinatos registrados reflejan en alguna medida el panorama de violencia creciente que se vive en la actualidad, sobre todo en las grandes ciudades del país. Estos datos corresponden a un tipo de violencia que no es ejercida por una persona en contra de otra, es otro tipo de violencia, es la denominada violencia auto infligida, es decir, la que ejerce la persona contra sí mismo y que, produce la muerte, convirtiendo así a este episodio violento en un suicidio.

En el panorama de las muertes ocurridas por diferentes maneras, los registros forenses en Honduras nos muestran que entre el 5% y 6 % de los casos registrados en Tegucigalpa y aproximadamente el 2% de los registrados en San Pedro Sula corresponde a suicidios.¹ A ese porcentaje analizado de manera fría y desde el punto de vista puramente estadístico, podría quizá restársele importancia, pero si en lugar de números vemos personas, a sujetos pertenecientes a diversas categorías y grupos sociales, cuyas acciones pueden ser objeto de prevención e intervención a partir del estudio profundo de las causas que lo producen, el fenómeno cobra importancia.

Podría decirse que el fenómeno del suicidio, reconocido como un problema multicausal a nivel mundial, en Honduras es un aún invisibilizado, no atendido y mucho menos estudiado como una forma de violencia -entre otras- que sufre la sociedad hondureña. Además, sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad, hay una tendencia a ocultar el hecho.

¹ Cuadro Comparativo sobre Estadísticas de la Violencia / Manera de Muerte desde el Punto de Vista Médico Legal Tegucigalpa y San Pedro Sula años 2000-2004. *Informe de la Dirección de Medicina Forense en Informe Anual de Labores del Ministerio Público 2004*. págs. 215 y 221.

Aunque existen registros de los suicidios acaecidos en el país tanto en las estadísticas policiales como forenses, éstos carecen de un adecuado sistema de información que permitiría una mejor captura, interpretación y análisis de los factores implicados en el proceso. Las carencias y deficiencias a nivel del registro forense y policial no ha favorecido un mejor tratamiento del tema que lleve a identificar los factores de riesgo que impulsan a una persona a atentar contra su propia vida, así como los demás elementos que están asociados a estos hechos violentos desde una dimensión social y humana; tampoco han permitido proponer mecanismos de prevención.

Según los datos de la Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa, en 1999, a menos de un año después de la tragedia provocada por el Huracán Mitch, se produjeron 95 suicidios, el índice más elevado que registran las estadísticas, en los años subsiguientes el registro oscila entre 75 y 85 muertes.

En la comparación de muertes violentas registradas en Tegucigalpa y San Pedro Sula que hace Medicina Forense, dado que en estas ciudades se encuentran las sedes forenses que atienden los casos que se suscitan a nivel nacional,² la sede de Tegucigalpa, registra por lo general, más casos de suicidio que la sede de San Pedro Sula.

El presente estudio más que establecer comparaciones, busca conocer cuáles son las características de la población víctima de suicidio e indagar sobre los factores de riesgo presentes en su población, identificando los sectores y grupos vulnerables hacia los cuales se deben dirigir las acciones preventivas. El estudio pretende identificar los factores de riesgo más importantes que pueden conducir a los pobladores de la Región Centro Sur Oriente al suicidio, a partir de ello se podrían definir en el futuro líneas de investigación y mecanismos de prevención que contribuyan a reducir los índices de suicidios en las zonas de mayor incidencia.

² En la sede de Tegucigalpa se atienden los casos provenientes de la zona Centro-Sur-Oriente que comprende los departamentos de Francisco Morazán, Comayagua, La Paz, Intibucá, Olancho, El Paraíso, Choluteca y Valle. La sede de San Pedro Sula atiende los casos provenientes de la zona Nor Occidente del país que comprende los departamentos de Cortés, Yoro, Santa Bárbara, Atlántida, Colón, Gracias a Dios, Islas de la Bahía, Ocotepeque, Copán y Lempira.

II. DELIMITACION DEL PROBLEMA

Existen en Honduras pocos estudios sobre el tema del suicidio, los alcances suelen ser bastante limitados, muy pocos esfuerzos existen por aproximarse a las causas profundas que producen el fenómeno, tampoco se ha dado atención a los mecanismos utilizados por los suicidas. Estas carencias, no permiten proponer con claridad medidas de prevención y estrategias que ayuden a resolver el problema del suicidio y, por consiguiente, que coadyuven a la reducción del mismo.

Las estadísticas sobre conducta suicida en nuestro país probablemente infravaloran la incidencia real, muchas veces se obtiene información parcial tomada de diferentes entidades gubernamentales como las proporcionadas por la Secretaría de Salud que básicamente recopila datos de los intentos de suicidio y la información de personas que fallecen dentro de los hospitales del país.

Igualmente, la Policía Nacional registra entre sus novedades, la manera de muerte suicida en los casos que esta institución atiende de forma preliminar y que aparentan esta forma de muerte. Esta es la institución con mejor cobertura a nivel nacional, la información que recaba es preliminar, por lo que la determinación de si se trata o no de un caso de suicidio queda sujeto a ser confirmado de manera oficial por la institución que realiza el estudio científico que en nuestro país es la Dirección de Medicina Forense. La cobertura de la Secretaría de Seguridad tiene limitaciones por el hecho de no contar en sus sedes policiales con personas suficientemente capacitadas (peritos forenses) que determinen de manera científica la causa de la muerte y el posible móvil, por lo que frecuentemente no pocos casos de suicidio suelen confundirse con homicidios o accidentes o viceversa.

La Dirección de Medicina Forense tiene en la actualidad solamente dos sedes para realizar la cobertura del servicio en todo el territorio nacional ubicadas una en Tegucigalpa y la otra en San Pedro Sula. Estas sedes forenses atienden los casos de las zona noroccidental (sede de San Pedro Sula) y centro sur oriental del país (sede de Tegucigalpa), por lo que la información que se registra corresponde solamente a las incidencias bajo su conocimiento. Esto significa que dado lo extenso del territorio nacional y las limitaciones institucionales para cubrirlo en su totalidad, existen muchos casos de muertes por maneras diversas que no llegan al estudio forense, lo que a priori deja hechos de suicidio que no son registrados y que debemos tenerlo presente porque el análisis de los hallazgos, debido a esta realidad, será parcial. Esta institución no cuenta con médicos en el resto de las regiones del país, por lo que es imposible, realizar los estudios forenses y registrar las estadísticas de los hechos acaecidos. En otras palabras, limitaciones de cobertura institucional impiden conocer a cabalidad la incidencia de suicidios en el territorio nacional.

A esa cifra oscura, se le suman los casos de suicidios que permanecen ocultos, que no los da a conocer la familia. Frecuentemente por razones culturales y/o religiosas, las

familias esconden el hecho aduciendo otras razones como causa de la muerte y no proporcionando la información a la policía, situación que es más fácil que suceda en el área rural donde no se encuentran autoridades policiales y forenses que investiguen los hechos.

El presente estudio toma como principal fuente los registros de la Dirección de Medicina Forense en virtud de ser los más fidedignos ya que la información consignada procede de un trabajo científico que no deja lugar a dudas sobre la manera de muerte.

Aún con las limitantes que pueda haber en los registros, es en los expedientes y en el Libro de Control de las autopsias practicadas donde encontramos la información de primera mano, obtenida tanto por los médicos forenses que practican el levantamiento del cadáver, como por los agentes policiales que recogen la información preliminar de la muerte. Además, es en la fuente forense que se tiene la información constatada, una vez que se practican los análisis de rigor y donde se determina si la muerte en referencia se trata de un suicidio y no de un homicidio, o muerte accidental o deceso natural.

En lo que respecta al ámbito espacial del estudio, se tomarán los casos registrados en la sede de Tegucigalpa la que por la distribución jurisdiccional le corresponde atender los casos de la región centro sur oriental del país que comprende los departamentos de Comayagua, La Paz, Francisco Morazán, Choluteca, Valle, El Paraíso y Olancho. Sin duda alguna que muchos casos ocurridos en estos departamentos no llegan a la sede forense por lo que el presente estudio se centra solamente en los casos registrados en Tegucigalpa. Debe mencionarse que aunque algunos de los casos autopsiados no provienen de los departamentos arriba indicados, son atendidos por esta sede forense dada la dificultad de vías de comunicación existentes en algunas regiones, desde donde es más fácil llegar a Tegucigalpa que a San Pedro Sula, es el caso de algunos municipios pertenecientes a los departamentos de Lempira e Intibucá.

En el ámbito temporal, el presente estudio analiza los casos registrados en el período comprendido de enero del año 2002 hasta diciembre del año 2005. Se utiliza para el estudio de los datos dos tipos de fuentes: la primera de ellas es el Libro de Control de Autopsias utilizado en la Dirección de Medicina Forense y la segunda fuente es cada uno de los expedientes entregados por los médicos autopsian tés correspondientes a los años 2002 y 2003.

Para aproximarse un poco a las causas que condujeron al suicidio y a algunos factores de riesgo de importancia se toma la información de los expedientes que se encuentran concluidos por los médicos autopsian tés, no obstante se debe considerar que existe una mora importante en la entrega de protocolos. A la fecha de conclusión del presente estudio, la cifra oficial divulgada por la Dirección de Medicina Forense para el año 2003 era de un 41% de protocolos entregados por los médicos autopsian tés, y de un 74% correspondientes al año 2002.

La mora obedece a varias razones, la más importante de ellas, es que los casos de suicidio no están en la lista de prioridades de entrega, lo más urgente en la lista lo constituyen los homicidios y asesinatos donde se está frente a la presión de fiscales y jueces debido a que se trabaja con los plazos establecidos en el procedimiento penal.

El presente estudio es de carácter descriptivo y exploratorio ya que presenta el fenómeno de manera que el lector tenga una idea clara y cabal de él. El objetivo es definirlo de tal manera que se entienda con claridad cada una de las condiciones o factores que lo pueden producir y las características propias que lo identifican, así como aproximarse a la naturaleza del fenómeno y determinar de manera general los elementos existentes en torno al mismo, sin privilegiar ninguno de ellos.

Asimismo posee un carácter retrospectivo y analítico ya que realiza una mirada o examen en el tiempo, desde lo registrado en el año 2002 hasta lo consignado en el 2005 y partiendo de una visión general y de la magnitud del fenómeno a nivel mundial poco a poco nos va introduciendo en cada uno de los factores que lo condicionan identificando aquellos elementos característicos del grupo estudiado, haciendo un análisis de los mismos en función del contexto y señalando el aporte de la investigación, los registros forenses y los datos que arrojan la combinación de variables.

Tiene como área de estudio el Distrito Central y sus alrededores que es el área jurisdiccional de influencia de la Dirección de Medicina Forense para la realización de levantamientos cadavéricos y autopsias.

El universo lo constituyen todas las personas fallecidas mediante una manera de muerte suicida a las que se les practicó autopsia médico legal en la Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa en el período comprendido de enero del 2002 a diciembre del año 2005.

- a. Para la realización de este estudio se tomaron dos fuentes básicas de información: Los libros de Registro de Control de Autopsias correspondientes al período comprendido entre enero del año 2002 a diciembre del año 2005.
- b. Los expedientes de autopsias practicadas cuya manera de muerte es suicida correspondientes a los años 2002 y 2003.

1. Criterio de Inclusión

- c. Partiendo de la información aportada por la primera fuente, se incluye como caso de estudio todo aquel que en el libro de control de autopsia se registra específicamente bajo una manera de muerte suicida.
- d. En el grupo cuya información es aportada por la segunda fuente, se incluyen como casos de estudio todos los contemplados en los expedientes de autopsia cuya manera de muerte se registra como suicida, que fueron concluidos en un 100% por los médicos autopsian tés y entregados a la Jefatura de Patología Forense para su archivo.

2. Criterio de Exclusión

- a. En la primera fuente se excluyen los casos que están bajo sospecha de suicidio pero que aún se encuentran en estudio forense o policial.
- b. En la segunda fuente se excluyen los expedientes de suicidas que al término de este estudio no habían sido entregados por los médicos autopsiantes a la Jefatura de Patología Forense. (ed., expedientes en situación de mora).

III. PERSPECTIVA DE ANALISIS

En su obra clásica *El Suicidio* (1897), Emile Durkheim define el fenómeno 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*”³. Los aportes de Durkheim son de especial relevancia para estudiar el fenómeno desde una dimensión social, susceptible de ser estudiado con objetividad a través del análisis de las regularidades empíricas.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2003) define el suicidio como: “...el acto humano de causar la cesación de la propia vida”⁴. Tal como lo señala el Informe⁵ resulta problemático “establecer una correlación entre la intención y el resultado”: en primer lugar, porque es difícil reconstruir los pensamientos de las personas que se suicidan, a menos que hayan expuesto sus motivaciones con claridad mediante comunicaciones verbales o escritas, antes de producirse el hecho; en segundo lugar, porque lo primero que se tendría que poner en claro es si solamente se hizo uso de un acto violento o había también el deseo de lesionar.

En el caso específico del suicidio, es obvio que el fenómeno pasa por la necesaria lesión física de la víctima, pero más allá de ella, la pregunta es si podría también existir la intención de lesionar moralmente a un cercano o solamente se busca huir de una realidad a la que no se puede enfrentar.

Todas esas interrogantes son de difícil respuesta, porque el fenómeno es sumamente complejo, porque además las razones individuales no son las únicas, existen *factores*

³ Durkheim E. *El Suicidio* (1897). Reeditado PREMIA editora S.A., Tlahuapan, Puebla. 1987. p. 16.

⁴ *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003, p. 201.

⁵ *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Op. cit. p. 201.

que actúan sobre el grupo⁶, y no solo estamos frente a individuos considerados aisladamente.

El suicidio es un fenómeno relevante, es la causa que provoca la mitad de las muertes violentas en el mundo, es un problema de actualidad, que amerita de la definición de políticas públicas, dado su incremento, el número de víctimas y la magnitud de las secuelas que produce.

De especial relevancia es analizar el problema desde las siguientes dimensiones: como forma de violencia y agresión; como problema de salud mental; como problema de salud pública; y, fundamentalmente como un problema de índole social que requiere de políticas públicas para su prevención e intervención.

• **El Suicidio es una forma de violencia y agresión**

La Organización Mundial de la Salud (2003) define la violencia como: *“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*.⁷

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

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

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

⁶ Durkheim, E., Op. Cit. p. 24.

⁷ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Op. Cit., p. 5.

que realiza el acto suicida como un acto de venganza contra quienes le ocasionan algún tipo de frustración.

Moreno Martín (2001) deja clara la diferencia, “por un lado el exceso de fuerza que puede ocasionar el daño, la herida, es decir, la conducta; y por otro la intención de aplicar la fuerza, el deseo de causar daño, es decir, el componente subjetivo de la conducta, tanto del que la ejerce como la interpretación que hace el que la sufre”.⁸

El acto suicida, es, entonces, un acto violento porque hay un uso intencional del poder contra si mismo. Pero es también una agresión cuando a este acto violento se le atribuye la intención de causar daño, no sólo a si mismo, sino también a las personas con quienes se mantienen estrechos vínculos afectivos y contra quienes pretende dirigirse una especie de venganza por parte del sujeto suicida.

- **El suicidio es un problema de salud mental**

Cualquier investigación o intervención que se haga con respecto al suicidio, debe tener como marco la salud mental, ya que esta relaciona emociones, pensamientos y comportamientos. Una persona con buena salud mental generalmente es capaz de manejar los eventos y obstáculos de la vida diaria, trabajar para alcanzar metas importantes y funcionar de manera efectiva en la sociedad.⁹

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

Según el Informe sobre la Salud en el Mundo (2001), estas alteraciones no son sólo variaciones dentro de la “normalidad”, sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Un episodio de comportamiento anormal o un breve período de afectividad anormal no son signos, por sí solos, de la existencia de un trastorno mental o del comportamiento. Para clasificarse como trastornos, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida.¹⁰

⁸ Moreno Martín, F. (2001). **Violencia y Salud Pública**. En A. Sarría (Ed), *Promoción de la salud en la comunidad* (pp. 383-401). Madrid: UNED.

⁹ Secretaría departamental de Salud del Tolima – Instituto Cisolva. Diagnóstico de Salud Mental en Ibagué 2003 – 2004.

¹⁰ Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 (OMS).

Sarro y de la Cruz, por su parte, señalan:

*“La enfermedad mental es el factor de riesgo más importante de suicidio y los pacientes psiquiátricos forman un grupo de elevado riesgo en relación a la mortalidad y a la morbilidad por suicidio. Diversos estudios epidemiológicos muestran una diferencia significativa de los actos suicidas entre las personas afectadas de un trastorno mental y la población en general. El riesgo de suicidio es especialmente elevado en los pacientes con diagnóstico de depresión, esquizofrenia y alcoholismo, pero los actos de suicidio pueden ocurrir en la mayoría de los pacientes psiquiátricos”.*¹¹

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

*“... en la mayor parte de los casos suicidas, existe algún tipo de patología mental asociada. La depresión es la enfermedad que más se encuentra presente en los casos de suicidio, seguida de trastornos de ansiedad entre ellos el trastorno de pánico y trastorno límite de la personalidad, lo que se conoce como “border line”, es decir, personas que se encuentran en un estado límite o de línea fronteriza”.*¹²... la depresión no necesariamente lleva a una persona a optar por el suicidio, pero la ideación suicida¹³ si implica por lo general un estado depresivo grave.

¹¹ Sarró, B. y de la Cruz, C., “Los Suicidios”. Editorial Martínez Roca. Barcelona, 1991. pag. 56.

¹² La Doctora Rita Delatibodier desde hace varios años es la Jefe del Departamento de Psiquiatría Forense, dependencia de la Dirección de Medicina Forense del Ministerio Público y ha realizado estudios en torno al comportamiento suicida.

¹³ La ideación abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación: El deseo de morir, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “la vida no merece la pena vivirla”, “para vivir así es preferible estar muerto”. La representación suicida consistentes en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado, por ejemplo.). La idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle como ha de hacerlo, responde que no sabe como. La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle como ha de quitarse la vida responde que de cualquier forma, ahorcándose, quemándose, pegándose un tiro, precipitándose, sin mostrar preferencia por uno de ellos aún. La idea suicida con un método determinado sin planificación en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico pero sin haber elaborado una adecuada planificación. La idea suicida planificada o plan suicida en la que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto.

(Perez Barrero, Sergio A., Glosario de Términos Suicido lógicos en www.Psicología Online>Ebooks. Santiago de Cuba.1999.)

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

Es de considerar que el suicidio asociado a depresión esta estrechamente vinculado a factores sociales, entre ellos: conflictos de pareja, conflictos de los jóvenes con la autoridad de los padres, pérdidas, etc...

Según los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (2003)

“la depresión desempeña una función destacada en el suicidio, interviene en aproximadamente 65%-90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas y alrededor de 12% a 15% es el riesgo de suicidio durante toda la vida en las personas afectadas por depresión grave y bipolar.”¹⁴

Las personas que adolecen **de Esquizofrenia** muestran una asociación alta con el suicidio que se presenta en una proporción del 10% al 12% de los casos, estas personas llegan a suicidarse como consecuencia de episodios depresivos a que son proclives. Los métodos utilizados suelen ser violentos, el riesgo es particularmente grande en pacientes varones jóvenes, en las personas en la primera etapa de la enfermedad, en aquellos que han funcionado bien mental y socialmente antes de la aparición de la enfermedad, los pacientes con recaídas crónicas y los pacientes que temen sufrir una desintegración mental.¹⁵

¹⁴ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. 2003. op. cit. p. 209.

¹⁵ Idem.

Las personas con trastornos de la personalidad son más proclives a presentar intentos de suicidio sobre todo individuos con escasa tolerancia a las frustraciones y reacciones impetuosas violentas y agresivas frente a los factores de estrés, en algunos casos puede asociarse a consumo excesivo de alcohol y otras drogas. La falta de habilidad para constituir relaciones maduras duraderas puede originar escaso contacto social, soledad y depresión que quizá explican el gran número de intentos suicidas. 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.

A veces en la *conducta suicida*¹⁶ la agresividad es dirigida hacia los demás y se hace evidente cuando se relacionan casos en los que se cometen homicidios seguidos de suicidio, cuando el impacto es desencadenante, el suicidio parece dedicado a otras personas que tienen significancia para el suicida. Factores como sentimientos de desesperanza e impotencia, también aumentan el riesgo del suicidio.

• El suicidio es un problema de salud pública

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. En esta resolución se resaltan las graves consecuencias de la violencia, tanto a corto como a largo plazo, para los individuos, las familias, las comunidades y los países y recalca los efectos perjudiciales de la violencia en los servicios de atención de salud.¹⁷ El documento además de declarar que la violencia es un importante problema de salud en todo el mundo, insta a los estados miembros a evaluar el problema de la violencia en su territorio y, entre otras cosas, a caracterizar los diferentes tipos de violencia, definir su magnitud y evaluar las causas de la misma y las repercusiones en la salud pública.

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

Este enfoque de salud pública tiene cuatro pilares fundamentales:

¹⁶ La conducta suicida es un término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio. (Pérez Barrero, Sergio A., op. cit.)

¹⁷ Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública, Resolución WHA49.25, Asamblea Mundial de la Salud, 1996.

1. La interdisciplinariedad, utilización de los conocimientos de muchas disciplinas.
2. La acción colectiva. Todos los sectores tienen un importante papel que jugar al abordar cualquiera de los diferentes tipos de violencia.
3. Se basa en los requisitos rigurosos del método científico al plantear los problemas y las soluciones.
4. Concede gran importancia a la prevención.¹⁸

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

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

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

• **El suicidio es una problemática de índole social**

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

"...si se considera el conjunto de los suicidios cometidos en una sociedad dada, durante una determinada unidad de tiempo, se comprueba que el total así obtenido, no es una simple adición de unidades independientes, o una colección, sino que constituye por sí mismo un hecho nuevo, sui géneris, (...) de naturaleza propia y además eminentemente social".¹⁹

¹⁸ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, op. cit., p. 4-5.

¹⁹ Durkheim, E., Op Cit., p. 18.

El autor señala que *“la evolución del suicidio está compuesta de ondas de movimientos distintos y sucesivos, que tienen lugar por impulsos. Se desenvuelven durante un tiempo, deteniéndose después, para recomenzar enseguida”*²⁰. La observación detallada de los hechos sociales en diversos períodos de tiempo, comparada con la tasa de muertes por suicidios, lo lleva a la convicción de que "cada sociedad tiene, en determinados momentos de su historia, *una aptitud definida* para el suicidio".

No obstante, en cuanto a los *factores sociales* Durkheim fundamenta que *“por eliminación, resulta que el suicidio debe depender necesariamente de causas sociales y constituir por esto un fenómeno colectivo. (...) No hay que olvidar que lo que nosotros estudiamos es la cifra social de los suicidios. (...) Es preciso tomar como objeto directo del análisis la cifra social, e ir del todo a las partes”*.²¹

Durkheim habla de tipos sociales del suicidio clasificándolos, no directamente y según sus caracteres previamente descritos, sino ordenando las causas que los producen, construyendo, así, una clasificación etiológica, que haga un esfuerzo por distinguir las causas para luego hacer una distinción semejante entre los efectos. Este enfoque y la tipología durkheimiana habla de tres tipos de suicidios: el suicidio egoísta, el altruista y el anómico.

En el suicidio egoísta muestra lazos débiles de integración; el suicidio que llama altruista es producto de una alta integración. Finalmente, se identifica un tercer tipo social de suicidio, el suicidio anómico, es el más característico de la sociedad moderna, si se entiende la anomia, en términos generales, como situaciones sociales que derivan de la carencia de normas o de su degradación.²² La anomia, por tanto, se refiere a una situación en la que las normas sociales ya no tienen efectos de control sobre las acciones de las personas.

Sobre las situaciones de anomia en la sociedad actual, Zetino Duarte expresa que una sociedad estable es aquella en la que el ser humano a través de toda la estructura social se siente más o menos satisfecho con su vida y solamente se esfuerza por alcanzar lo que es realísticamente posible para él.²³ *“Pero esa estabilidad tiende al colapso cuando las aspiraciones de los seres humanos sobrepasan las posibilidades y oportunidades de ese ordenamiento y las estructuras sociales para satisfacerlas”*²⁴. Así como esta insatisfacción es la causa de hechos de violencia delictiva, de igual manera podría serlo de este otro tipo de violencia, la violencia auto infligida.

²⁰ Durkheim, E., Op Cit., p. 19.

²¹ Durkheim, E., Óp. Cit.

²² Zetino Duarte, M., Teorías social criminológicas básicas acerca de la delincuencia juvenil. Suecia, 1996.

²³ Ídem.

²⁴ Ídem.

El suicidio anómico es aquel que aumenta durante las crisis económicas, el que crece paralelamente con el número de divorcios, el que se produce por el individualismo generalizado, sobre todo en sociedades donde los individuos compiten permanentemente unos con otros; por lo tanto están acechados perpetuamente por el sufrimiento que se origina de la desproporción entre sus aspiraciones y satisfacciones.

Tanto la visión social como los enfoques más recientes de la salud pública hacen énfasis en el contexto social y cultural en que se produce el fenómeno. Para el caso, en Europa se producen más de 700.000 intentos de suicidio al año, y el suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre los jóvenes europeos. Austria, Bélgica, Francia, Dinamarca y Finlandia presentan los mayores índices de suicidio, entre 30 y 40 por 100.000 habitantes al año; estos índices son inferiores a los que se dan en los países del este europeo.²⁵ Aunque tradicionalmente las tasas más altas de suicidio se han dado en las personas de mayor edad, la mortalidad entre los jóvenes ha ido aumentando hasta tal punto que en un tercio de los países se le considera el grupo de mayor riesgo. Tanto el SIDA como la adicción a drogas por vía parenteral (ADVP) fueron mucho más frecuentes entre los varones que entre las mujeres, y en ambas condiciones el suicidio es una de las principales causas de muerte.²⁶

Por otro lado, el incremento de la mortalidad por suicidio entre los varones jóvenes podría deberse también al aumento durante estos últimos años de la inmigración de causa económica, mayoritariamente de varones, lo que deja ver que diversos problemas de adaptación e integración y de desempleo o empleo precario, podrían ser algunos de los principales factores de la alta tasa de suicidio en los inmigrantes.

En América Latina, en la población joven, las situaciones sociales asociadas a comportamientos suicidas está relacionadas a la disminución de oportunidades. Las condiciones estructurales económicas son un factor importante, que parecen estar relacionadas con el aumento de la incidencia de suicidios. En este sentido, el desempleo, como fenómeno permanente reduce expectativas positivas de futuro y una motivación para que los jóvenes "*desistan de la vida*", según asevera la especialista Edinilsa Ramos de Souza, quien coordinó una investigación del Centro Latinoamericano de Violencia y Salud (CLAVES) de Brasil. (2001).

Frecuentemente se aduce como causa las situaciones que condicionan la vida moderna y que tienen relación con la influencia de las nuevas tecnologías y de los medios de comunicación que han creado en el mundo de hoy una nueva cultura.

²⁵ Web page: <http://www.euro.int/providapress>

²⁶ López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez B. "Efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del período de muerte". *Tendencias de la mortalidad en España, 1952-1996. (Web page)*.

“Hoy en día las tecnologías, los medios masivos de comunicación, incluso los de telecomunicación han cambiado la vida humana, las relaciones comunicativas del ser humano en su trato con los otros son distintas, por lo tanto, el contexto y las condiciones suicidas ya no son como en otros tiempos; cuestión que se debe de tomar en cuenta para los nuevos estudios sobre el tema.”²⁷

IV. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

Según el Informe Mundial de la Salud (2002), en el año 2000, unas 815,000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 mil habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos²⁸. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo. Entre las personas cuyas edades oscilan entre los 15 y 44 años de edad, las lesiones auto infligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (2002) el número de suicidios en el mundo es mayor que la suma de muertes por homicidio y guerras. Según las proyecciones realizadas por la OMS, se indica que en el 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones en todo el mundo. 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. Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas 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

²⁷ Muñoz, César, *La “in-comunicación” de un suicida*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, ENEP Aragón, 2002, Tesis de Licenciatura en Comunicación y Periodismo.

²⁸ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., 2002.

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. 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.

A nivel mundial, los métodos más empleados para suicidarse son los plaguicidas, las armas de fuego y diversos medicamentos, como los analgésicos, que pueden resultar tóxicos si se consumen en cantidades excesivas. En este sentido, una novedad reciente es la decisión de muchas empresas farmacéuticas de comercializar los analgésicos en blísteres²⁹ y evitar los frascos, más fácilmente accesibles, medida ésta con gran incidencia en la elección de ese método de suicidio.

La incidencia mundial es mayor en personas del sexo masculino. Las mujeres hacen más intentos de suicidio que los hombres, pero los hombres suelen lograr el objetivo mortal con mayor frecuencia. Las personas casadas con una relación matrimonial estable tienen una menor incidencia de suicidio que las personas solteras.

La conducta suicida no es una conducta que se da al azar, es un fenómeno que se puede predecir, conocer sus tendencias y, sobre todo, prevenir. Visto desde la perspectiva de la salud pública existen factores de riesgo y factores protectores.

El factor de riesgo es todo atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Estos factores tienen como características las siguientes:

- Son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno;
- Son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez;
- Están relacionados con el género, porque los factores de riesgo en la mujer no son iguales a los de los hombres;
- Están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

Los factores protectores son aquellos que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicidio, como: el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad para resolver problemas, la

²⁹ Envase para manufacturados pequeños que consiste en un soporte de cartón o cartulina sobre el que va pegada una lámina de plástico transparente con cavidades en las que se alojan los distintos artículos.

razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, entre otras, una alta autoestima, unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, las creencias religiosas o espirituales.

Muchos estudios se han ocupado de identificar factores de riesgo de tipo psicológico, biológico y social. Los más frecuentes estadísticamente se han recogido en diversas escalas de evaluación del riesgo suicida. Estas clasificaciones hablan de categorías como la edad, el sexo, los síntomas de depresión, ansiedad y alcoholismo, las situaciones de estrés (pérdidas familiares por muerte o separación, enfermedad grave, problemas económicos, etc.), la agudeza o la cronicidad de síntomas específicos, el proyecto suicida, los recursos de apoyo y su disponibilidad (ausencia de todo tipo de recursos: familia, amigos, apoyo médico y soporte social), los antecedentes de tentativas suicidas, el estado físico, los aspectos de la comunicación y las reacciones del entorno (rechazo, incompreensión, falta de empatía). Estos factores en función de la personalidad y de la situación ambiental del individuo, pueden ser determinantes para que se dé una conducta suicida.³⁰

El Informe Mundial de la Salud (2003) considera factores de riesgo de suicidio relacionados con variables como la edad, sexo, estado civil, situación socioeconómica, entre otras.

1. Edad

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2003) revela que “hoy en día, en aproximadamente un tercio de los países, las tasas de suicidio son ya superiores entre las personas de menos de 45 años de edad que entre quienes superan los 45 años, un fenómeno que parece existir en todos los continentes y no se correlaciona con los niveles de industrialización o riqueza”.³¹ Los países de América Latina no están exentos a esta tendencia.

2. Sexo.

El informe muestra que es mayor el riesgo de suicidio consumado en el hombre, aunque en las mujeres ha aumentado la tasa de mortalidad por suicidio. Generalmente, se verifican 3 suicidios en el hombre por 1 de la mujer y el número de tentativas de homicidio es siempre más elevado en la mujer.³²

3. Estado civil

³⁰ Souris, M. *Prevention du suicide. Cours programmé a l'usage des medecins*. Paris, 1975. Citado por Sarró, B. y de la Cruz, C. “Los suicidios”. Editorial Martínez Roca, Barcelona. 1991. pag, 44

³¹ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Op. cit., pag. 204.

³² Ídem., págs. 204 y 208.

El estado civil juega un papel importante en la ideación suicida y se encuentra relacionada con variables, como la edad, el sexo y el aislamiento social. Aunque el vínculo matrimonial puede ser un factor “protector” asociado a las responsabilidades que confiere la crianza de los hijos, no tiene el mismo efecto en todas las culturas.

4. Precaria situación económica

Los problemas de tipo económico y la imposibilidad real de resolverlos puede ser causa que provoca situaciones de depresión profunda en personas que finalmente deciden suicidarse. Esta variable está relacionada con otras que confluyen en el mismo punto como la situación laboral, la profesión u oficio, la clase social de las personas así como el grado de escolaridad que han llegado a alcanzar. Aunque las investigaciones realizadas en este campo presentan algunas limitaciones, el comportamiento suicida es más frecuente entre los desempleados que entre las personas que trabajan. *“La pobreza y una función socialmente disminuida – ambas consecuencias del desempleo – a menudo parecen asociarse con un incremento del comportamiento suicida, en especial cuando se ha perdido repentinamente el trabajo”*.³³

5. El abuso del alcohol

La información sobre el riesgo de mortalidad suicida en los pacientes con dependencia al alcohol se obtiene por dos vías: a través del seguimiento de estos pacientes y la determinación del suicidio como causa de muerte, y con el estudio de muerte por suicidio en la población en general para evaluar cuántos suicidas presentaban abuso o dependencia del alcohol. El presente estudio toma la segunda vía como análisis con la variante de que se referirá al número de suicidas que presentaban ingesta de alcohol al momento de la muerte, sin llegar a afirmar que el uso de esta sustancia era ya una situación de dependencia para el suicida.

El alcoholismo es un factor de riesgo suicida, y las personas con dependencia al alcohol son un grupo de riesgo, pero la incidencia real de la tasa de suicidios relacionados a este factor es sumamente dispar en los estudios. Una de las razones para que esto ocurra es que la definición de alcoholismo ha sido utilizada con diferentes criterios y, por lo general, estos estudios son revisiones retrospectivas de los actos suicidas en este grupo de riesgo. En este sentido, nuestro estudio no compromete, dada esa realidad, ninguna definición de alcoholismo, ni ninguna otra afirmación en este sentido, ya que se necesitaría hacer un estudio comparativo por regiones y el volumen de consumo de alcohol para llegar a conclusiones claras. El análisis hecho está basado simplemente en el grupo suicida que presentó, de acuerdo a los resultados de laboratorio, presencia de alcohol en la sangre y orina.

³³ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Op. cit., Pág. 215.

Asumimos en este estudio que el consumo frecuente de alcohol puede facilitar la conducta suicida o puede ser una forma de conducta suicida crónica. El suicidio y el alcoholismo podrían estar motivados por causas similares. También puede ocurrir que estos actos suicidas pueden realizarse bajo la influencia de la intoxicación alcohólica, que facilita el impulso suicida, o se ejecutan al final de un largo proceso alcohólico asociado a sentimientos de culpa y desesperanza.

El alcoholismo sobre todo la ingestión compulsiva de grandes cantidades de alcohol de una vez, produce profundos remordimientos, puede conducir a la depresión de una manera directa e indirecta mediante la sensación de declinación y fracaso que experimenta la mayoría de personas durante la fase de abstinencia, lo que hace a los alcohólicos proclives al suicidio incluso estando sobrios. Para otros, el abuso del alcohol puede llegar a convertirse en una forma de automedicación para aliviar la depresión.³⁴

Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio entre los que consumen alcohol suele ocurrir en una etapa tardía de la adicción, cuando se produce suele ir acompañada de otros factores, tales como el deterioro en las relaciones, la marginación social, la pobreza y la aparición del deterioro físico resultado del abuso crónico del alcohol.

6. El estado depresivo

La depresión desempeña una función destacada en el suicidio y el riesgo para una persona es especialmente elevado en los pacientes con diagnóstico de depresión, esquizofrenia y alcoholismo. Los especialistas admiten una estrecha relación entre trastornos depresivos y actos de suicidio, pero es improcedente establecer la equivalencia de depresión igual a suicidio o suicidio igual a depresión. Todo estado depresivo puede conducir a la idea o al acto suicida, pero no todo suicidio es el resultado de una depresión. Los datos de la Organización Mundial de la Salud (2003) estiman que la depresión interviene en aproximadamente 65%-90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas.

No hay hasta el momento unanimidad en cuáles son los síntomas clínicos que representan más riesgo. Empero, algunos han sido descritos entre ellos, la ansiedad, el insomnio, la desesperanza, la dificultad de concentración, las ideas de minusvalía, de incapacidad, de culpa, la persistencia de la ideación suicida, entre otras. Aproximadamente un 15% de las personas afectadas por un trastorno de este tipo se suicidan en el transcurso de su enfermedad. El riesgo representa un 30% superior al de la población general.³⁵

³⁴ Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud. Op.cit. p. 209.

³⁵ Sarró, B. y de la Cruz, C., op. cit., pág. 57.

7. Los mecanismos utilizados

El mecanismo que se utiliza para cometer el suicidio toma importancia como factor de riesgo cuando se analiza la letalidad que posee. Según el Informe Mundial de la Salud:

*“La decisión de una persona de suicidarse generalmente guarda relación con la letalidad del método elegido: las personas de edad, por ejemplo, expresan normalmente una voluntad de morir mayor que la de otras personas y tienden a elegir métodos más violentos... y que ofrecen menos posibilidades de un rescate durante el intento”.*³⁶

Los métodos utilizados varían según las culturas y las características sociodemográficas como raza, sexo, edad, medio rural o urbano. La accesibilidad y la oportunidad influyen enormemente en la elección del método de suicidio. Los mecanismos más violentos e infalibles están directamente relacionados con el suicidio consumado, con la edad avanzada y con el sexo masculino. Las mujeres, están más identificadas con métodos que podrían considerarse pasivos y menos violentos.

Lo que si se puede observar en algunas estadísticas comparativas es que los métodos empleados son bastante constantes, pero varían si se modifican las posibilidades de accesibilidad. Cuando se ha utilizado la intoxicación medicamentosa, la elección del fármaco utilizado está en estrecha relación con su disponibilidad, por lo que muchas veces se trata de un medicamento recetado al suicida o a su entorno familiar.

Es importante señalar que se viene insistiendo en la necesidad de reducir el número de suicidios controlando la facilidad de obtención de los métodos habitualmente más utilizados, sobre todo las armas de fuego. El tema deja ver sus controversias *“A nivel preventivo, desde hace años se está debatiendo la posibilidad de dificultar la obtención o de disminuir la letalidad de determinados métodos suicidas, para reducir las tasas de suicidio. Pero éstos pueden ser reemplazados por otros métodos alternativos más accesibles. Las interpretaciones sobre el efecto potencial de controlar un método u otro de igual letalidad son contradictorias.”*³⁷

8. Los intentos suicidas

El antecedente de uno o varios intentos de suicidio constituyen un elevado riesgo para su repetición y es un riesgo mayor de suicidio consumado, sobre todo en los primeros

³⁶ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Op. cit. pág. 214.

³⁷ Sarró, B. y de la Cruz, C. op. cit. pág. 71.

meses después de haberse realizado el intento. Según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2003), el riesgo de suicidio es mayor en el primer año después del intento, especialmente en los seis primeros meses. Cerca del 1% de los individuos que intentan suicidarse mueren en el lapso de un año y aproximadamente un 10% con el tiempo consuman el suicidio.³⁸

En nuestro país a falta de registros adecuados es muy difícil saber si una persona que ha consumado el suicidio, tuvo intentos previos. Lo poco que se logra conocer desde los registros forenses es un mínimo de información proveniente de familiares o amigos que responden a las interrogantes que le pueda hacer un agente de investigación o el médico forense acucioso en el momento del levantamiento. Pero esta no es una iniciativa que se refleja en todos los casos bajo investigación.

En Tegucigalpa y sus áreas de influencia, la Sección de Análisis del Departamento de Epidemiología del Hospital Escuela lleva un detalle de todas las lesiones de causa externa que permite, aún con un margen de error que pueda haber debido a los sub-registros, hacer una caracterización de los casos de violencia auto infligida.

IV. FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN LAS VICTIMAS DEL SUICIDIO EN LA POBLACION DEL DISTRITO CENTRAL Y AREAS DE INFLUENCIA

El registro oficial de la Dirección de Medicina Forense alcanza un total de 316 suicidios para el período comprendido entre los años 2002 a 2005. De enero del 2002 a diciembre de 2005, cuando se finalizó el levantamiento de la información, esta cantidad (316), es el total de suicidios confirmados que hasta esa fecha se habían registrado en la Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa, según el Libro de Control de Autopsias.

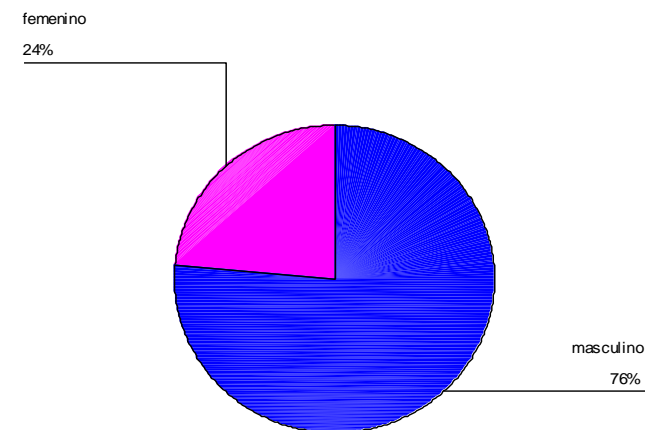
1. SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL.

Gráfico No. 1/

Sexo de las personas víctimas de suicidio

Registro Medicina Forense, sede Tegucigalpa Período 2002-2005

³⁸ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Op.cit. Pág. 210.



Fuente: Libro de Control de Autopsias
Dirección de Medicina Forense/ Teg.

El 76% de las personas que se suicidaron eran hombres y el 24% eran mujeres. La tendencia para ambos sexos permanece relativamente estable en los años analizados exceptuando el año 2002 donde la cifra para los hombres se elevó al 80% de casos.

La relación entre hombres y mujeres es de 1: 3. Lo que significa que por cada mujer que se suicida hay aproximadamente

3 hombres que consuman el acto. Esta tendencia coincide con el promedio registrado a nivel mundial donde la tendencia es más o menos constante en diferentes grupos de edad.³⁹

¿Por qué los hombres son los que más se suicidan?

La OMS relaciona este hecho con el contexto cultural, en ello están en juego los llamados factores de riesgo y factores protectores que marcan la interacción del individuo desde su niñez. Los factores de riesgo en la mujer no son los mismos que en los hombres ya que están mediatizados por la cultura y el entorno creados en buena parte por las diferencias de género.

Un factor protector que reduce el riesgo es la búsqueda de tratamiento y apoyo cuando se padecen enfermedades depresivas o situaciones de crisis. La cultura machista incide en que el hombre esté menos inclinado a buscar ayuda de ese tipo, ya que ve en ello una muestra de debilidad por lo que prefieren cargar solos con sus problemas.

La educación rígida que se da al hombre desde pequeño en la que tiene que ocultar sus sentimientos, llega a tener consecuencias en las relaciones de pareja, en las cuales el hombre es el que menos capacidad demuestra para soportar las rupturas o problemas de tipo afectivo.

Factores de riesgo relacionados incluso con la disponibilidad de armas de fuego o acceso de agroquímicos para cometer el suicidio apuntan más hacia la población masculina que a la femenina y tiene que ver con el contexto que legitima el poder de

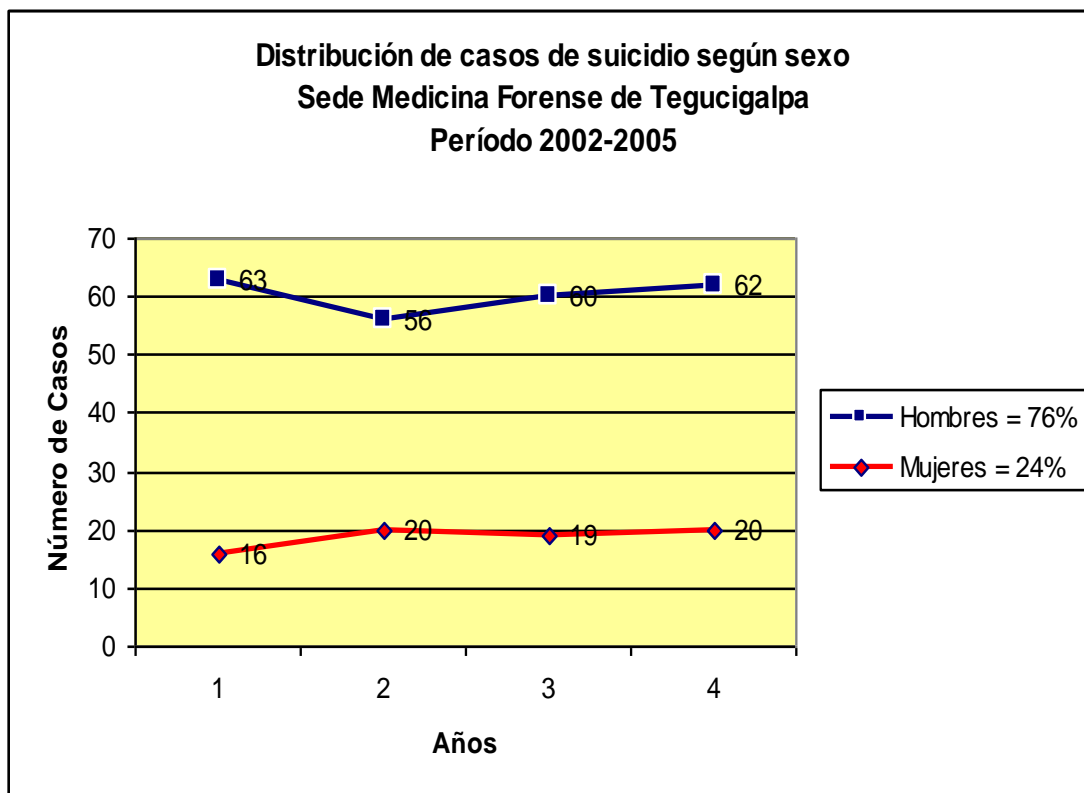
³⁹ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, 2003. Op. cit. p. 204.

los hombres cuando tienen acceso a las armas de fuego o en el ámbito laboral tienen más acceso a agroquímicos.

El consumo de alcohol que constituye un factor de riesgo importante, es socialmente mucho más aceptado en la población masculina, que en la femenina. En un estudio a nivel nacional realizado con población estudiantil por el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Fármaco dependencia (IHADFA), de toda la población que manifestó haber consumido alcohol, el 53,6% era del sexo masculino y el 46,4% del femenino.⁴⁰

Aspectos culturales como las creencias religiosas o espirituales, en nuestro país se evidencian más en la población femenina que en la masculina. Aunque pudiese haber otros aspectos a considerar que surgen del análisis de cada caso, de forma generalizada estos son algunos elementos del medio ambiente que contribuyen a responder la pregunta arriba planteada.

Gráfico No. 2

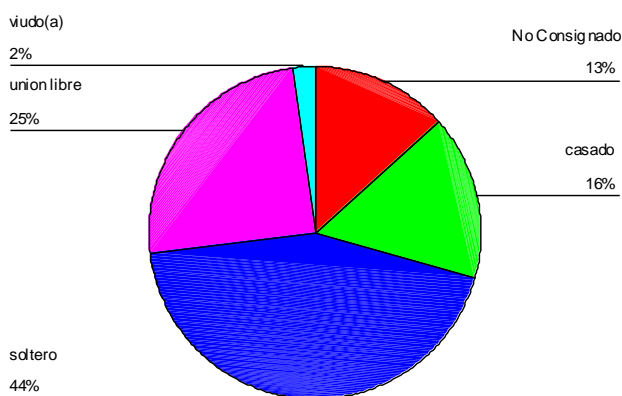


⁴⁰ Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia, Investigación sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, 2002. Unidad de Investigación Científica de la UNAH e IHADFA. pág. 60.

En el gráfico 2 se puede apreciar como, en términos generales, la tendencia de suicidios se ha mantenido para hombres y mujeres a lo largo del período estudiado, lo que muestra que, igual que la tendencia mundial, es en el sexo masculino que más se registran los suicidios consumados.

Gráfico No. 3/ Estado Civil de Víctimas de Suicidio

Registro Medicina Forense. Sede de Tegucigalpa Período 2002-2005



Fuente: Libro de Control de Autopsias
Dirección de Medicina Forense/ Teg.

Las personas solteras se suicidan más representando el 44 % de los casos; es casi 3 veces mayor que el porcentaje de las personas casadas que se suicidaron, que alcanza al 16% del grupo estudiado. Algunos otorgan una gran importancia al estado civil como factor de riesgo o de protección. El matrimonio protege a los integrantes de la familia, mientras que la fragmentación y desestructuración familiar aparece como un riesgo para la aparición de conductas suicidas.⁴¹

El porcentaje de suicidios en personas en unión libre alcanza un 25%, si se considera la relación de pareja o familiar como factor protector. No obstante es importante considerar, además, aspectos de tipo cultural ya que en Honduras el 47% de la

⁴¹ Gastaminza, X., Vacas, R. & Ros, S. (1998). La Conducta suicida en la infancia y la adolescencia. En S. Ros (Ed). La conducta suicida. Madrid. pp. 179-195.

población en relación de pareja, vive en unión libre, según los datos del Instituto Nacional de Estadística.⁴²

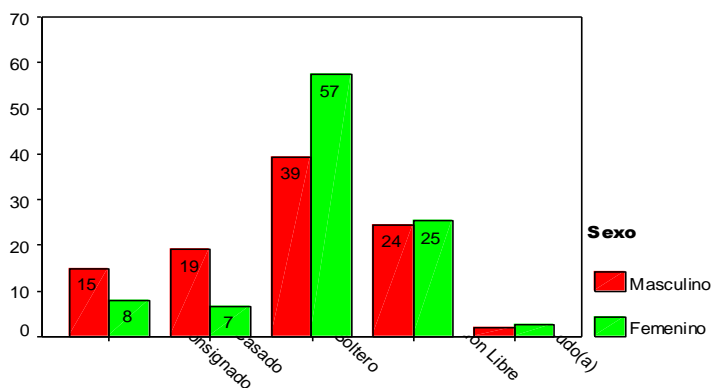
Esto significa que no es determinante el hecho de que el 25% de los que se suicidaron vivieran o no en unión libre, ya que esta figura está presente en casi la mitad de la población en relación de pareja.

Gráfico No. 4

Estado Civil de las Víctimas de Suicidio según el Sexo

Registro Medicina Forense sede de Tegucigalpa

Período 2002-2005



Estado Civil de la persona fallecida

Fuente: Libro de Control de Autopsias

Dirección de Medicina Forense/Teg.

El total de mujeres que fueron víctimas de suicidio corresponde a 75 casos, 57% eran mujeres solteras y el 7% estaban casadas. El panorama cambia cuando se trata de los hombres, ya que de los 241 hombres, el 39% eran solteros y el 19% estaban casados. El 25% de mujeres y 24% de los hombres estaban en unión libre. Si el matrimonio o una relación de pareja estable es un factor protector, en este caso lo sería menos para los hombres que para las mujeres.

En cuanto a las personas en situación de viudez que se suicidaron en el período, se presentaron pocos casos (7 en total) de los cuales 5 eran hombres y 2 eran mujeres, todos mayores de los 60 años. Partiendo del hecho que la población masculina es la que más se suicida en términos generales, pareciera que los hombres soportan menos la soledad y la depresión que produce la pérdida de un ser querido.

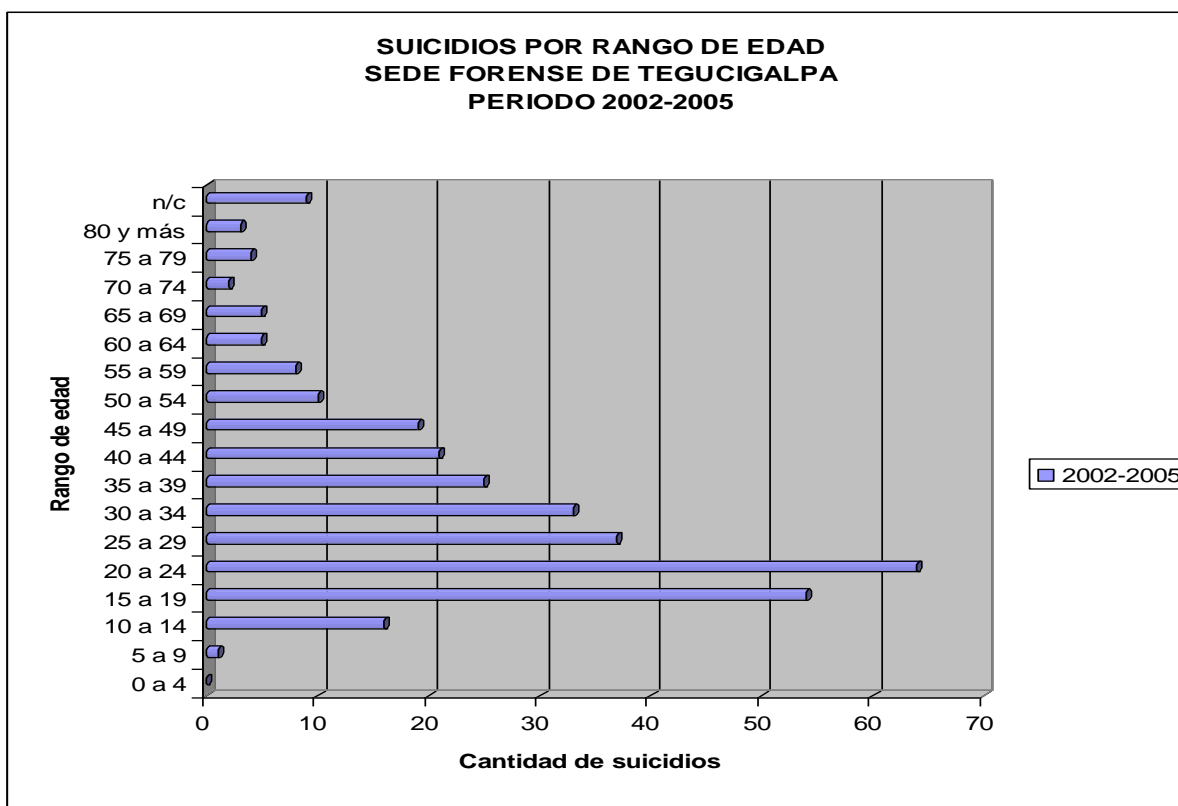
Un punto que reviste especial importancia en esta investigación es lo referente a las edades de las personas que tomaron la decisión de suicidarse. Según los registros forenses el 49% de los suicidios ocurrió en jóvenes cuyas edades estaban

⁴² Instituto Nacional de Estadística, INE. Censo de Población y Vivienda 2001.

comprendidas entre los 15 y los 29 años. Esta tendencia es permanente en todo el período de estudio. A partir de los 30 años la tendencia comienza a bajar; aunque en edades que oscilan entre los 30 a los 39 años el 18% que se registra es aún significativo. Después de esas edades, la tendencia continúa bajando, registrándose un descenso más notable a partir de los 50 años como puede apreciarse en el gráfico No.5.

Se registra solamente un caso de un niño de 7 años de edad cuya manera de muerte fue suicida. No obstante, están bajo investigación policial y forense 4 casos más de menores muertos por presunto suicidio. Esta situación merece ser destacada ya que en los medios de comunicación se divulgan noticias de escolares menores de 10 años que se suicidan supuestamente por situaciones conflictivas en su hogar o por problemas de rendimiento escolar, sin embargo corresponden a casos no confirmados debido a la falta de información en el expediente investigativo.

Gráfico No. 5



Fuente: Libro de Control de Autopsias.

Cuadro No. 1

Suicidios por Rango de Edad y según Año del Evento / Sede Forense de Tegucigalpa

Período 2002-2005

EDAD/AÑO	2002	2003	2004	2005	TOTAL	PORCENTAJE
0 a 4	0	0	0	0	0	0
5 a 9	1	0	0	0	1	0.3
10 a 14	2	5	4	5	16	5.1
15 a 19	12	13	17	12	54	17.1
20 a 24	19	19	13	13	64	20.3
25 a 29	11	10	6	10	37	11.7
30 a 34	6	10	9	8	33	10.4
35 a 39	8	3	5	9	25	7.9
40 a 44	9	4	2	6	21	6.6
45 a 49	4	4	4	7	19	6.0
50 a 54	2	2	4	2	10	3.2
55 a 59	2	2	1	3	8	2.5
60 a 64	2	0	2	1	5	1.6

65 a 69	0	0	2	3	5	1.6
70 a 74	0	0	2	0	2	0.6
75 a 79	0	2	1	1	4	1.3
80 y más	1	1	1	0	3	0.9
n/c	0	1	6	2	9	2.9
TOTAL	79	76	79	82	316	100%

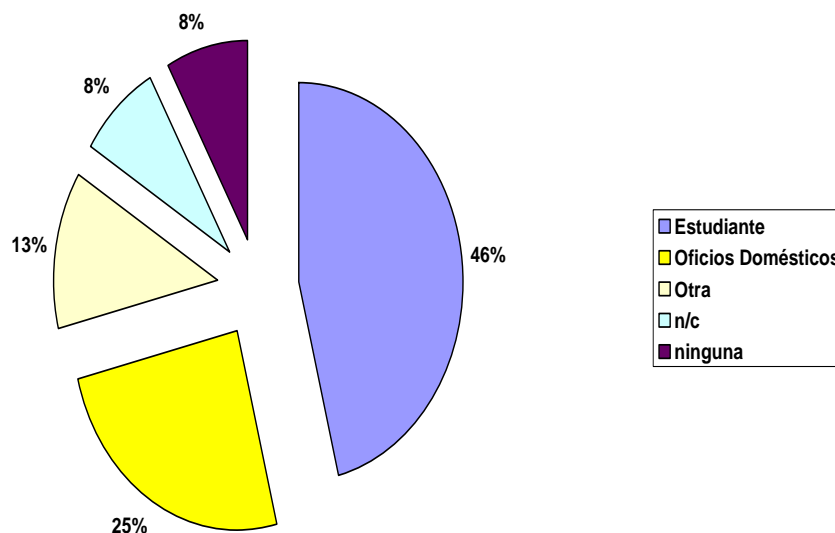
Fuente: Libro de Control de Autopsias.

El gráfico No 5 y cuadro No 1, muestran a dos grupos sobre los cuales se debe poner especial atención en materia de prevención: los jóvenes adolescentes en edades que oscilan entre los 15 y 19 años y los jóvenes adultos en edades que oscilan entre los 20 y 24 años.

Otra desagregación que arroja importantes resultados son los suicidios cometidos por los niños, niñas y adolescentes entre los 10 y los 17 años, que en el período estudiado suman 52 casos, que representa el 16,5% del grupo.

**Gráfico
No. 6**

**Suicidio en Niños y Adolescentes de 10 a 17 años
Período 2002-2005**

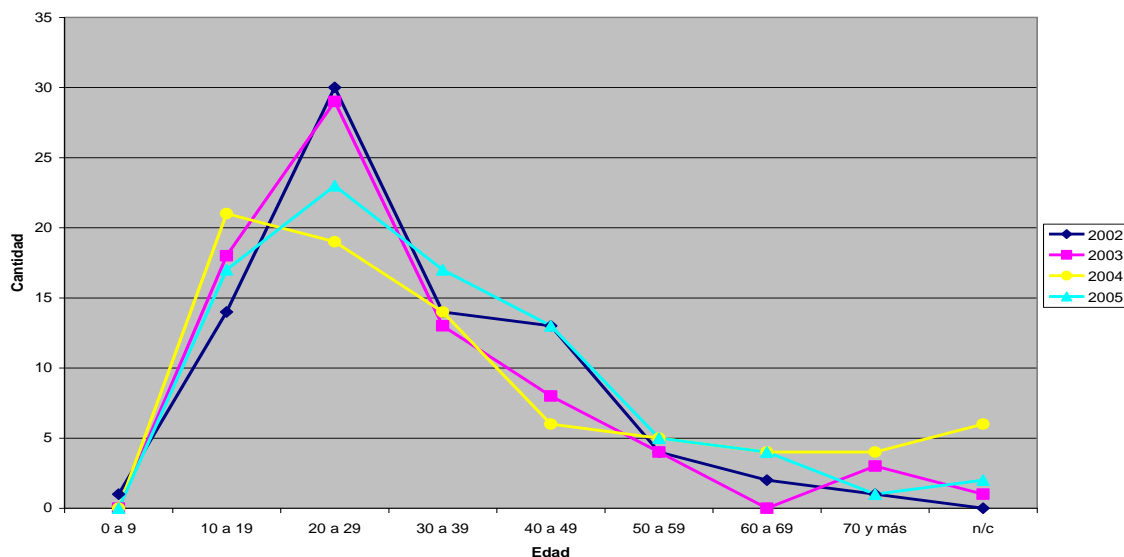


Los casos de suicidios que se producen entre los 10 y 17 años de edad, el 46% por ciento corresponden a estudiantes, el 25% a adolescentes que se dedicaban a oficios domésticos, un 8% a otras actividades y el resto a ninguna. De este grupo poblacional específico el 58% eran mujeres.

Si comparamos la tendencia de los suicidios según el rango de edad, vemos que en todo el período estudiado la tendencia se mantiene en el grupo que oscila entre los 15 y los 29 años de edad. En este rango de edad se registraron el 49% de los suicidios ocurridos en el período estudiado. A partir de los 30 la tendencia comienza a bajar y luego se registra un descenso más notable a partir de los 50 años.

Gráfico No. 7

Comparación de la tendencia de suicidio según edad registrada en sede forense de Teg. Período 2002-2005



La tendencia que muestra la Organización Mundial de la Salud en el sentido de que se ha observado un aumento de suicidios en la población entre 15 y 24 años en los registros de los cuatros años que conforman el presente estudio.

También esta tendencia podría ser confirmada a en los registros de tentativas de suicidio registrados en los hospitales del país. En este sentido, el Hospital Escuela de Tegucigalpa tiene una valiosa información ya que de 89 registros de lesiones producidas por violencia auto infligida en el año 2005, el 29% (26 casos) correspondió a adolescentes entre 13 y 19 años y el 50% (45) a personas entre 20 y 49 años.⁴³

2. ESCOLARIDAD

Los datos muestran que los niveles de escolaridad de la población suicida en la mayor parte de los casos son de un nivel de primaria incompleta. Los extremos, representados por la población analfabeta y la población con un nivel universitario completo e incompleto representan los casos menos frecuentes.

El nivel de escolaridad tiene una lógica relación con la variable económica, en otras palabras, son los estratos mas bajos de la población los que no acceden a niveles de educación primaria y secundaria completa y entre los grupos carentes de bienestar

⁴³ Datos registrados por la Unidad de Análisis/Gerencia de Información del Departamento de Epidemiología del Hospital Escuela de Tegucigalpa. Año 2005.

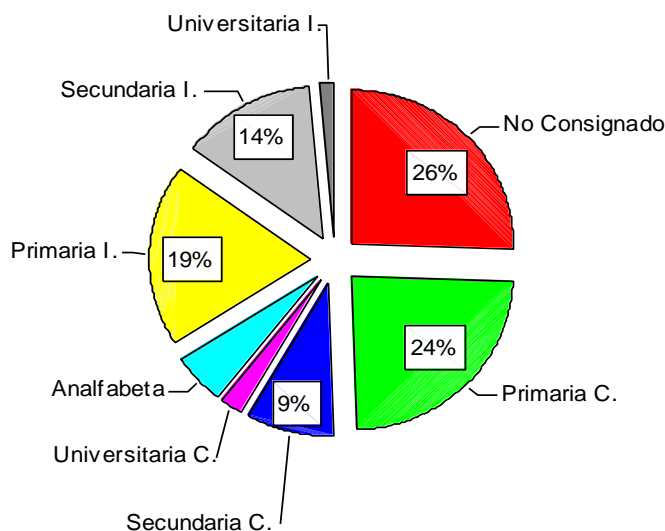
puede haber mas proclividad a incurrir en una ideación suicida ante el déficit de grado de realización y equilibrio personal asociado a logros profesionales y académicos, sobre todo en las más jóvenes. Estas ideas, más que afirmaciones, que no tienen sustento en estadísticas, a falta de ellas, es una de las aristas que se abren a la investigación sobre el suicidio.

Como se observa en el gráfico No. 8, el 43% de las personas que se suicidaron tenían un nivel de educación primaria: 24% de forma completa y 19% de forma incompleta. En el nivel secundario, el 14% no lo había finalizado, solo el 9% lo había concluido. Solamente 1% tenía estudios Universitarios incompletos y un 2% tenía estudios superiores concluidos. De los casos registrados en este período un 5% corresponde a personas analfabetas.

Es de observar que un porcentaje considerable de los datos que representa el 26% aparece como no consignado, lo que obviamente muestra la dificultad que tienen los registros para poder hacer generalizaciones y propuestas lo más cercanas a la realidad del fenómeno.

Gráfico No. 8 / Escolaridad de víctimas de suicidio

Registro Medicina Forense / Sede de Tegucigalpa 2002-2005



Fuente: Libro de Control de Autopsias
Dirección de Medicina Forense/ Teg.

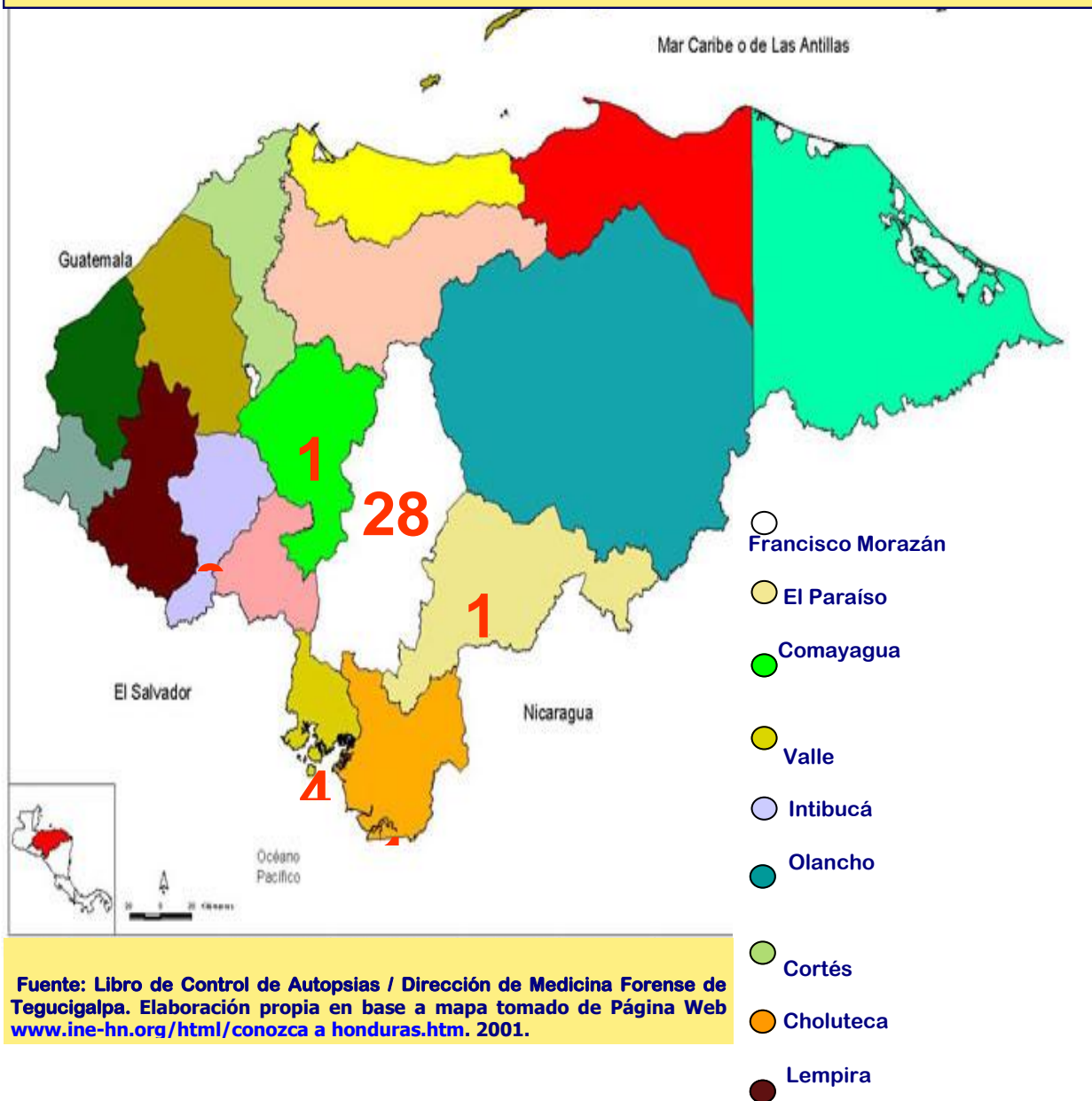
3. LUGARES DONDE OCURREN LOS SUICIDIOS

3.1. Nivel de Departamentos

La Dirección de Medicina Forense con sede en Tegucigalpa, recibe casos de suicidio provenientes de otros departamentos del país, principalmente de aquellos que pertenecen a la Región Centro Sur Oriente, la cual está comprendida en el área de influencia y atención de esta sede forense. Sin embargo, también se reciben algunos casos provenientes del occidente del país que tendrían que ser atendidos en la sede forense de San Pedro Sula, pero por dificultades, sobre todo en las vías de acceso, es más factible su traslado a Tegucigalpa. (Ver Mapa).

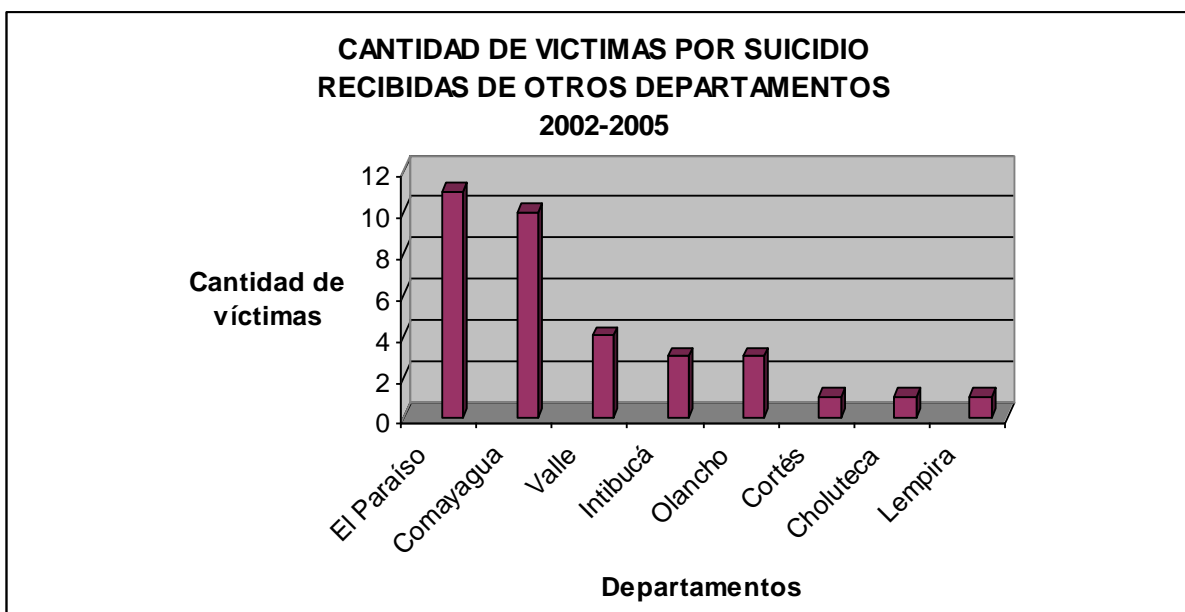
MAPA 1

**SUICIDIOS REGISTRADOS POR LA SEDE FORENSE DE TEGUCIGALPA
SEGÚN EL DEPARTAMENTO DONDE OCURRIÓ EL HECHO**



Fuente: Libro de Control de Autopsias / Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa. Elaboración propia en base a mapa tomado de Página Web www.ine-hn.org/html/conozca_a_honduras.htm. 2001.

Gráfico No. 9



Fuente: Libro de Control de Autopsias.

3.2. Municipios de Francisco Morazán

En 15 de los 28 municipios del Departamento de Francisco Morazán se registraron casos de suicidio, por supuesto el mayor porcentaje de suicidios ocurridos se reporta en el Distrito Central compuesto por las ciudades gemelas de Tegucigalpa y Comayagüela. Fuera del Distrito Central ninguno de ellos registra el índice reportado de los municipios de Talanga y Lepaterique donde se registraron 9 casos para cada comunidad lo que significa una tasa de 6,7 por 10 000 habitantes para Lepaterique y 3,3 por 10 000 para Talanga. Aunque posiblemente haya casos no reportados, el registro oficial existente es una pauta a seguir para futuras investigaciones específicamente en estas comunidades.⁴⁴

La tasa para el Departamento de Francisco Morazán en su totalidad de acuerdo a los registros forenses alcanza un 25,4 por 100 000 lo que en términos comparativos y dado el número de habitantes deja de manifiesto un indicador mucho más alto que el que poseen muchas naciones del mundo.⁴⁵

⁴⁴ Los municipios de Talanga y Lepaterique poseen una población de 26,876 habitantes el primero y 13,411 habitantes el segundo, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001.

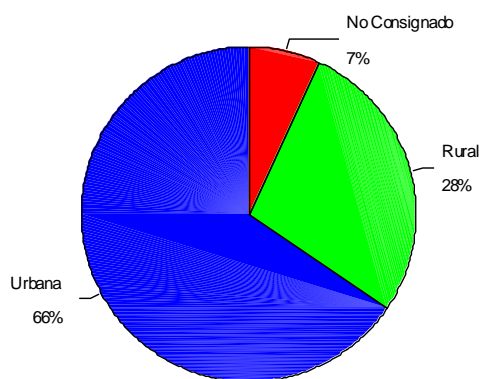
3.3. El Distrito Central

En la mayor parte de los barrios y colonias del Distrito Central se registraron suicidios en los años 2002-2005, sobre todo en los barrios y colonias de clase media y baja. En la mayor parte de estas comunidades se registraron uno o dos suicidios.

Sin embargo, existen zonas donde llama mucho la atención la cantidad de suicidios registrados en el período. Para el caso, destacan colonias de muy bajos recursos como Villanueva donde se reportan 8 casos en el período, Suyapa (6 casos), Flor del Campo (5 casos). Otras colonias de nivel medio como Hato de En medio (5 casos), La Joya y el Reparto (4 casos en cada una).

Pero igualmente destacan colonias de nivel medio alto como Las Colinas donde se registran 4 casos y Loarque con 5 casos, lugares donde el estilo de vida difiere en mucho de las zonas más pobres de la capital. Sin duda alguna, estos datos deben motivar a la realización de posteriores estudios sobre este fenómeno.

Gráfico No. 10 / Tipo de Zona donde ocurrió el hecho suicida (Urbana/Rural) Registro Medicina Forense Sede de Tegucigalpa Período 2002-2005.



El grueso del porcentaje de suicidios ocurren en las zonas urbanas. De acuerdo a los datos 66% ocurre en el área urbana sea el Distrito Central o en el casco urbano de los demás departamentos desde donde se trasladaron casos de suicidio a la sede de Tegucigalpa; el 28% ocurrió en la zona rural.⁴⁶

Fuente: Libro de Control de Autopsias

Dirección de Medicina Forense/ Teg.

⁴⁵ El Departamento de Francisco Morazán según el último censo posee una población de 1,109,900 habitantes. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001.

⁴⁶ Para el presente estudio, la zona urbana, en el caso del departamento de Francisco Morazán, incluye todos los barrios y colonias de Tegucigalpa y Comayagüela, y el casco urbano de los demás departamentos dentro de la zona de influencia. Por su parte, la zona rural del Distrito Central está compuesta por las comunidades fuera de Tegucigalpa y Comayagüela, y en los demás departamentos, las comunidades o sectores fuera de las cabeceras departamentales o ciudad de referencia del departamento.

4. MECANISMO

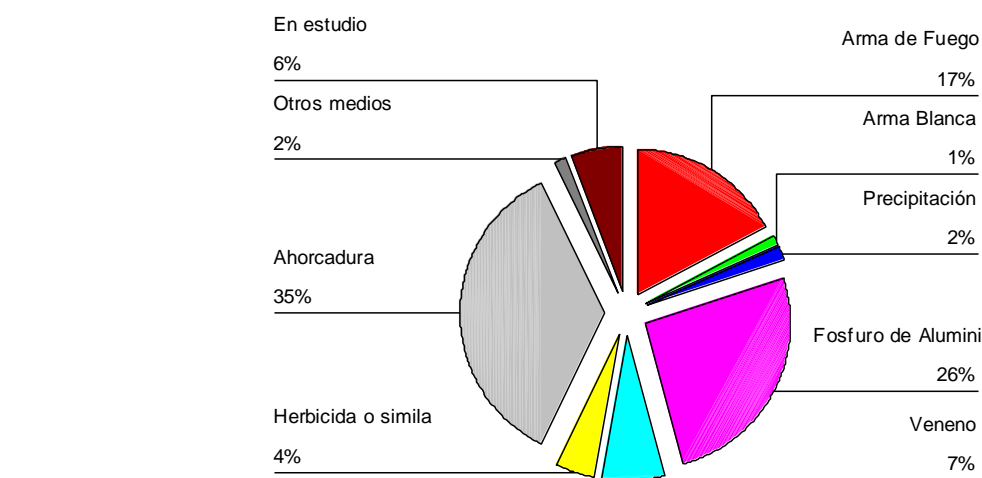
De acuerdo a los registros de Medicina Forense con sede en Tegucigalpa, los tres principales mecanismos utilizados por los suicidas son la ahorcadura ⁴⁷ (35%), la intoxicación por fosforo de aluminio o lo que comúnmente se conoce como pastillas para curar granos (26%) y el arma de fuego (17%). El siguiente grupo en importancia está relacionada con el consumo de diferentes tipos de venenos y herbicidas o similares que en conjunto alcanzan un 11% del total estudiado. La intoxicación medicamentosa, la precipitación y el uso de armas blancas fueron mecanismos proporcionalmente menos utilizados, pero en el caso del uso de armas, llama la atención como esta va en aumento en los años que se registran.

Al analizar los el fenómeno desde la variable género, encontramos que el principal mecanismo que utilizan las mujeres es la intoxicación por fosforo de aluminio (pastillas para curar granos) en un 33% del total de casos; seguido de la ahorcadura con 29%. En el caso de los hombres el orden se invierte, la ahorcadura se convierte en el principal mecanismo utilizado con un 37% del total de hombres que se suicidaron.

Gráfico No. 11 / Mecanismo de muerte utilizado

Registro Medicina Forense sede de Tegucigalpa

Período 2002-2005

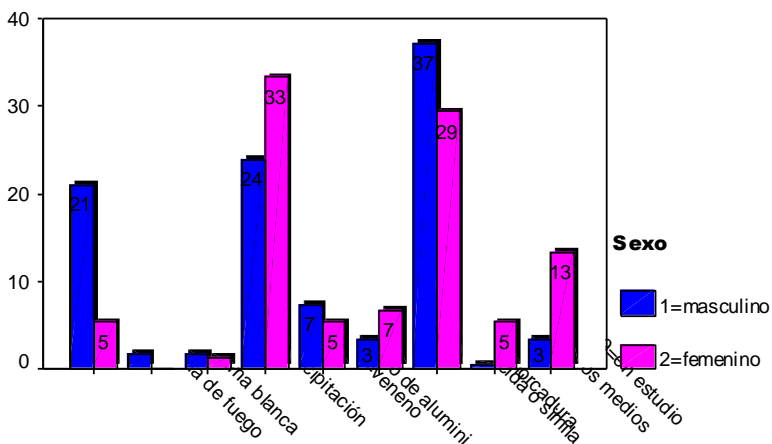


Fuente: Libro de Control de Autopsias
Dirección de Medicina Forense/ Teg.

⁴⁷ **Ahorcadura:** La Medicina Legal define la ahorcadura (o asfixia por ahorcadura) como la muerte producida por la constricción del cuello, ejercida por un lazo sujeto a un punto fijo, sobre el cual ejerce tracción el propio peso del cuerpo. (Gisbert Calabuig, Juan A., Medicina Legal y Toxicología. Editorial Masson. Barcelona. 2000).

Gráfico No. 12

Mecanismo de muerte utilizado según sexo
Registro Medicina Forense Sede de Tegucigalpa
Período 2002-2005



Mecanismo de muerte utilizado

Fuente: Libro de Control de Autopsias
 Dirección de Medicina Forense/ Teg.

Los mecanismos utilizados están en relación directa con la disponibilidad o facilidad de acceso a los mismos. En el caso de la ahorcadura, los suicidas utilizan cualquier tipo de material que sea capaz de mantener suspendido su cuerpo, así se encuentran una gran cantidad de lazos, fajas, alambres de luz, sábanas, cable coaxial, entre otros.

En el caso de la pastilla para curar granos, este es un potente agroquímico que se obtiene con demasiada facilidad en cualquier tienda, farmacia o pulpería. No existe un control para la compra de los agroquímicos, por lo que el acceso a estos productos resulta sumamente fácil para todas las personas, lo que convierte a esta situación en un factor de riesgo importante.

Por su parte, las armas de fuego siempre han sido de fácil acceso para quienes las buscan. Pero actualmente, debido a la flexibilidad que se ofreció al iniciarse la ley de registro y portación de armas, se posibilitó que toda persona mayor de 18 años pudiera registrar hasta cinco armas de fuego sin necesidad de presentar ningún tipo de documentación.

En el área urbana, zona donde ocurren la mayor parte de los suicidios, los tres principales mecanismos usados son la ahorcadura, que se utilizó en el 43% de los casos, el consumo de fosforo de aluminio (pastillas para curar granos) en un 26% y el arma de fuego en un 19%.

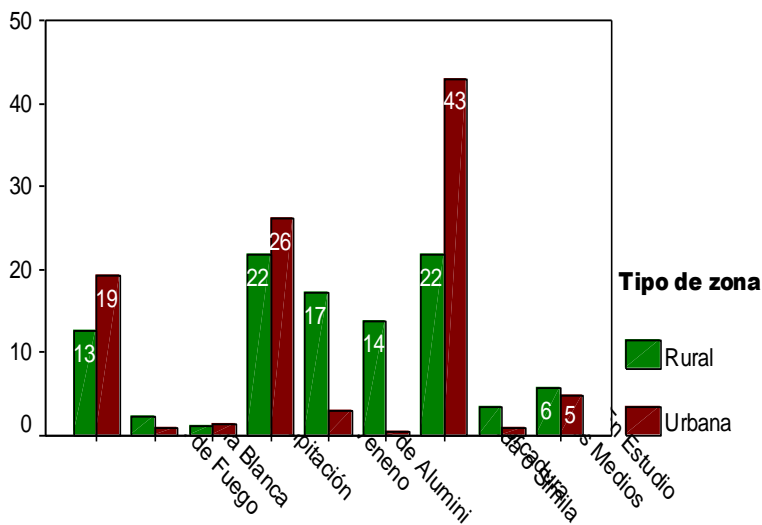
En el área rural, la situación cambia, ya que el principal mecanismo utilizado es el uso de agroquímicos: el principal es el fosforo de aluminio que se utilizó en el 22% de los casos, diferentes tipos de venenos en un 17% y herbicidas o similares en 14%; la sumatoria de estos porcentajes nos revela que en el 53% de los casos se hizo uso de los productos agroquímicos para suicidarse. El 22% fue por ahorcadura y el 13% mediante el uso de armas de fuego.

Gráfico No. 13

Mecanismo de muerte utilizado según tipo de zona (rural/urbana)

Registro Medicina Forense Sede de Tegucigalpa

Período 2002-2005



Mecanismo de muerte utilizado

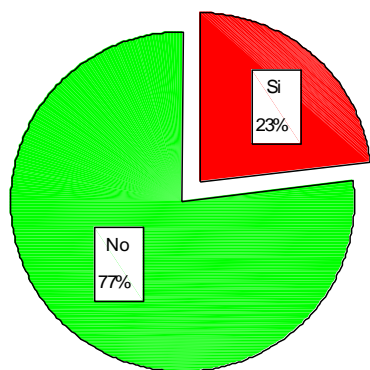
Fuente: Libro de Control de Autopsias

Dirección de Medicina Forense

Gráfico No. 14

Casos Atendidos Médicamente / Registro Medicina Forense Sede de Tegucigalpa

Período 2002-2005



Fuente: Libro de Control de Autopsias
Dirección de Medicina Forense/ Teg.

En muchos de los casos conocidos por la Dirección de Medicina Forense se consigna la atención médica o paramédica proporcionada a la persona. De los casos registrados, sólo el 23% recibió algún tipo de atención médica antes de morir. El dato no se encuentra especificado de manera directa, pero se puede inferir que se recibió atención médica ya que el lugar de procedencia de los restos del suicida es un hospital o centro de salud o se consigna su muerte mientras se le

proporcionaba la atención paramédica. Según los registros, de las 73 personas que fueron atendidas en los centros hospitalarios, 55% (40 casos) recibió atención médica por haber consumido pastillas de fosforo de aluminio o pastillas para curar granos como comúnmente se les conoce. Los suicidios por ahorcadura recibieron atención médica en 14% de los casos, venenos y herbicidas en un 11% de los casos por cada mecanismo y 10% en los casos ocurridos mediante el uso de armas de fuego.

El mayor porcentaje de atención médica recibida antes de producirse la muerte se produjo en el año 2002 cuando el 33% de los casos registrados ingresaron al hospital buscando revertir las consecuencias del acto suicida. En los años siguientes el porcentaje de casos atendidos en centros hospitalarios bajó, siendo el año 2004 cuando menos casos por muerte suicida se registraron en hospitales, es decir, el 15% de los suicidios registrados ese año.

El mayor o menor porcentaje de atención en centros hospitalarios, depende mucho del mecanismo de muerte utilizado por el suicida. El índice más alto está en relación con un mecanismo en particular: el consumo de pastillas de fosforo de aluminio, lo que según los especialistas forenses tiene que ver con el hecho de que la persona que ejecuta el acto suicida, desconoce en realidad la letalidad de ese producto agroquímico.

Aunque la ahorcadura es el principal mecanismo de suicidio utilizado en el grupo de estudio, es el consumo de pastillas de fosforo de aluminio el que más se atiende en los centros hospitalarios.

Cuadro No. 2

Atención Médica Recibida/Porcentaje de casos atendidos

Dirección de Medicina Forense, Tegucigalpa

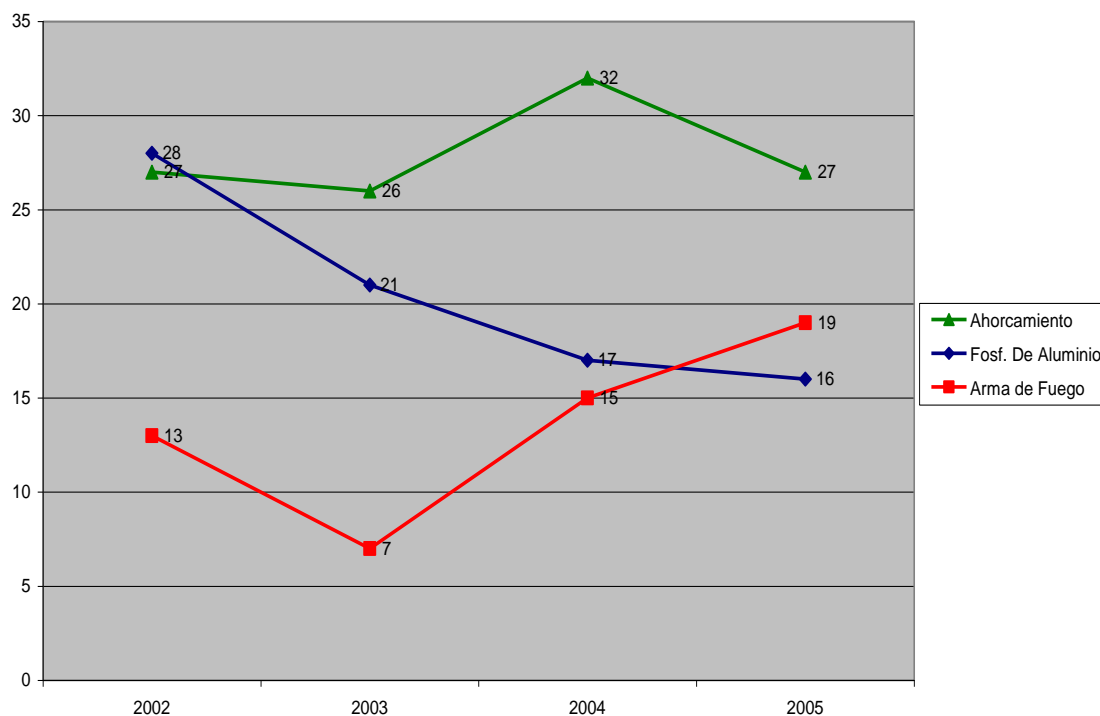
Período 2002-2005

AÑO.	No. de casos	No. de casos que recibieron atención médica	% atención médica
2002	79	26	33%
2003	76	14	18%
2004	79	12	15%
2005	82	21	26%
TOTAL	316	73	%

Gráfico

Fuente: Libro de Control de Autopsias.

**Tendencia en el uso de los principales mecanismos de muerte utilizados por los suicidas.
Medicina Forense de Tegucigalpa
Periodo 2002-2005**



Es importante ver como la tendencia de los principales mecanismos de muerte utilizados por los suicidas varía en el período estudiado. El primer dato a observar es el aumento de las muertes suicidas mediando el uso de armas de fuego registrado en los últimos dos años del estudio, lo que nos refiere probablemente a un mayor grado de acceso a este tipo de mecanismo. Asimismo, es importante observar como el uso de pastillas de fosforo de aluminio ha venido disminuyendo desde el año 2002, sin embargo continúa siendo un mecanismo frecuente para el suicidio según el registro de atención médica en los hospitales, siendo este mecanismo suicida el más atendido en

El sistema de salud. Finalmente, el número de suicidios por ahorcadura, en términos generales, se ha mantenido entre 26 y 27 casos por año, excepto en el año 2004 que se elevó a 32 casos.

5. HORA, DIA Y MES DE OCURRENCIA DE LOS HECHOS.

Los intentos por explicar los suicidios a través de factores relacionados los días de la semana, meses del año, horas del día, entre otros, siempre ha sido una inquietud permanente entre los estudiosos. Es importante ver de forma comparada, de un año a otro, como la tendencia de los días utilizados por los suicidas para quitarse la vida se mantiene, aunque no existan investigaciones profundas sobre las razones que puedan explicar este comportamiento.

Cuadro No. 4 / Incidencia de suicidios según día de la semana y año

Región Centro Sur Oriente / Sede Forense de Tegucigalpa / Período 2002-2005

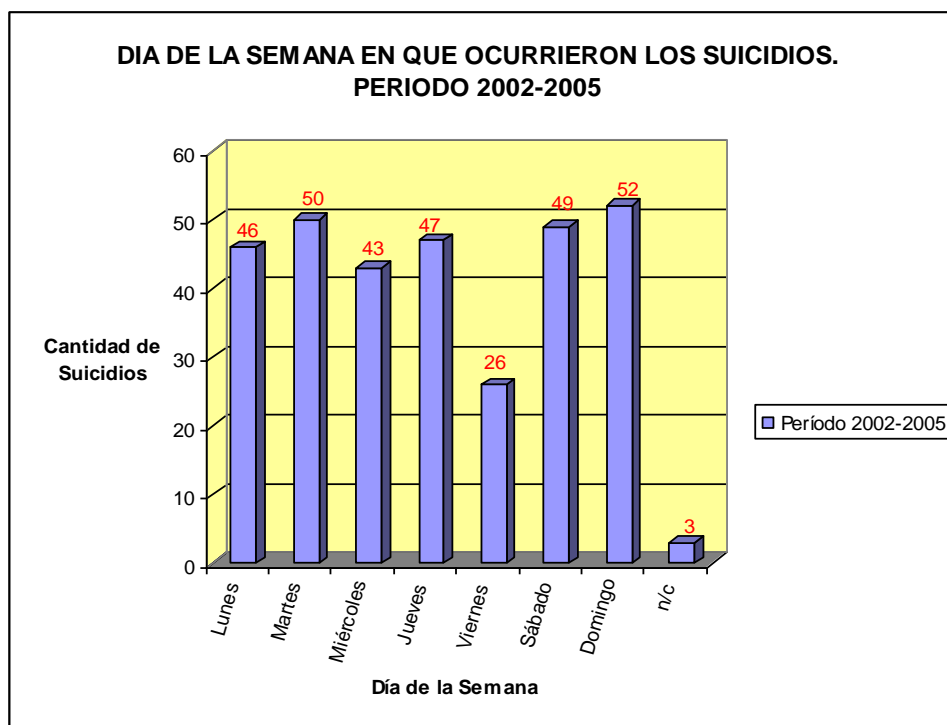
DIA	2002	2003	2004	2005	TOTAL	PORCENTAJE
Lunes	16	11	8	11	46	14.6%
Martes	11	14	14	11	50	15.8%
Miércoles	12	5	13	13	43	13.6%
Jueves	11	12	6	18	47	14.9%
Viernes	5	8	5	8	26	8.2%
Sábado	7	14	14	14	49	15.5%

Domingo	17	11	17	7	52	16.5%
n/c	0	1	2	0	3	0.9%
TOTAL	79	76	79	82	316	100%

Fuente: Libro de Control de Autopsias.

Gráfico No. 16 / Día de la Semana en que ocurrieron los Suicidios

Registro Medicina Forense Sede de Tegucigalpa / Período 2002-2005



En todo el período (2002-2005) los días que totalizan más casos son los días martes, sábados y domingos. La tendencia es similar año con año, con ligeras variaciones. El día donde se producen menos muertes por homicidio son los viernes.

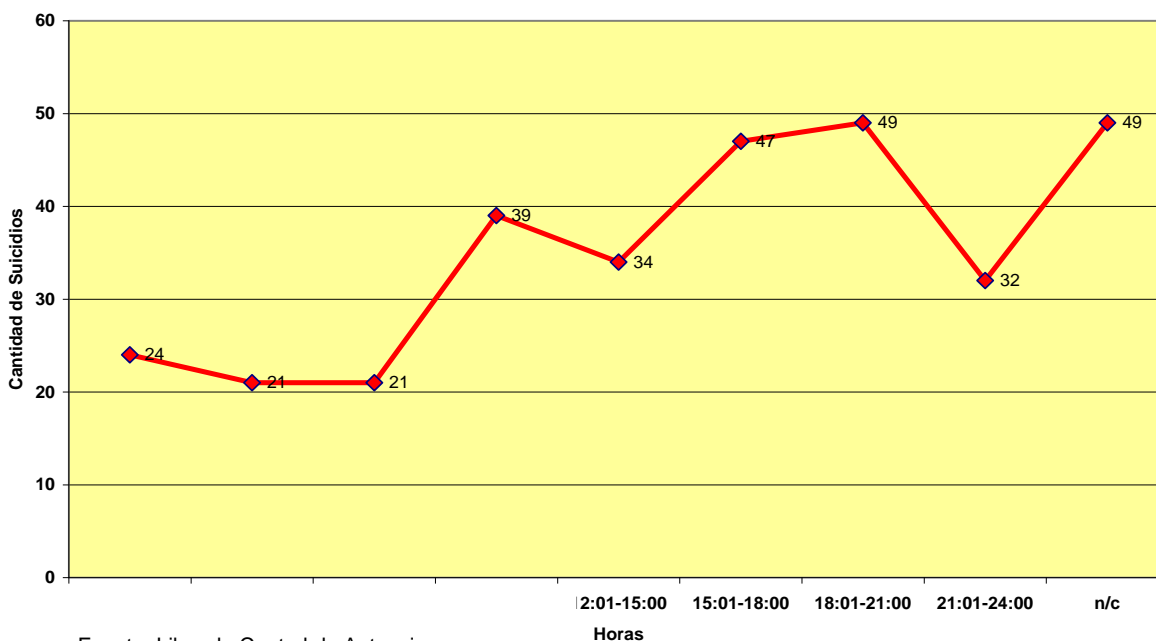
En lo relacionado a las horas en que ocurrieron los suicidios es interesante ver como la tendencia mayor para el período estudiado se marca sobre todo una vez pasado el medio día, el índice más alto está comprendido entre las 3:00 de la tarde a las 9:00 de la noche, horas en las cuales ocurrieron el 30% de los suicidios, porcentaje que corresponde a 96 casos.

El menor número de suicidios ocurrió durante la madrugada (de las 00:01 a las 6:00 horas). A partir de las 6:00 de la mañana comienza a incrementarse la cantidad de hechos y baja nuevamente a partir de las 21:00 horas (9 de la noche).

Los casos en los que no fue consignada la hora del suicidio por parte de los investigadores forenses alcanzó la cantidad de 49 en todo el período, lo que podría variar cualquier tendencia, no obstante es algo imposible de saber mientras no se registren adecuadamente todos los datos.

Gráfico No. 17

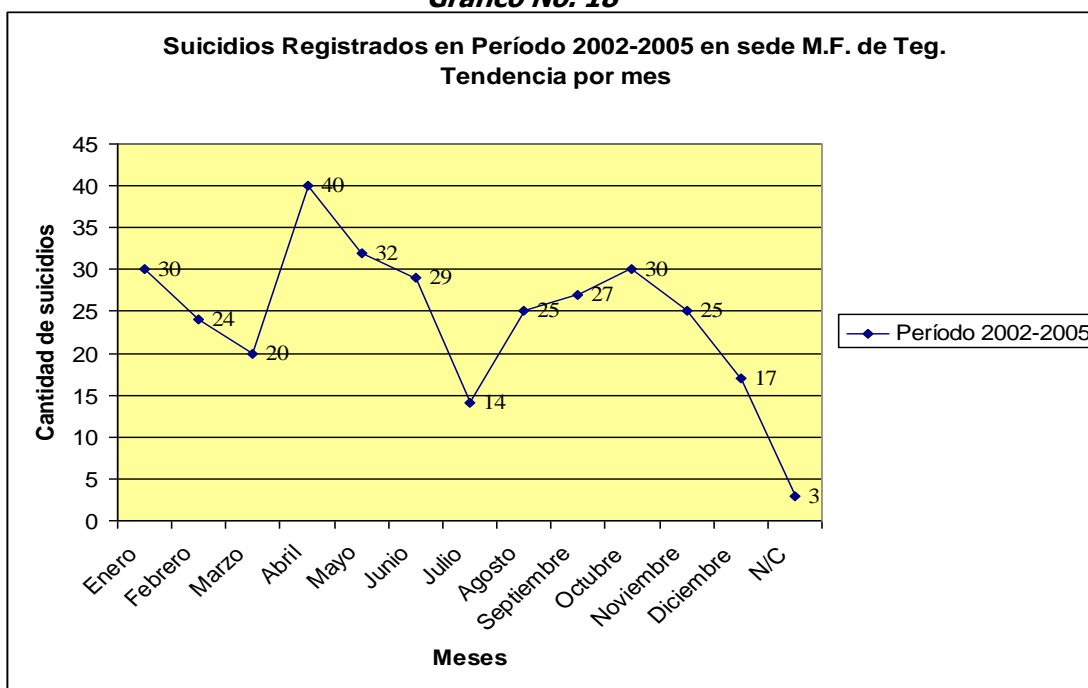
HORAS EN QUE OCURRIERON LOS SUICIDIOS
 Sede Forense de Tegucigalpa
 Período 2002-2005



Fuente: Libro de Control de Autopsias.

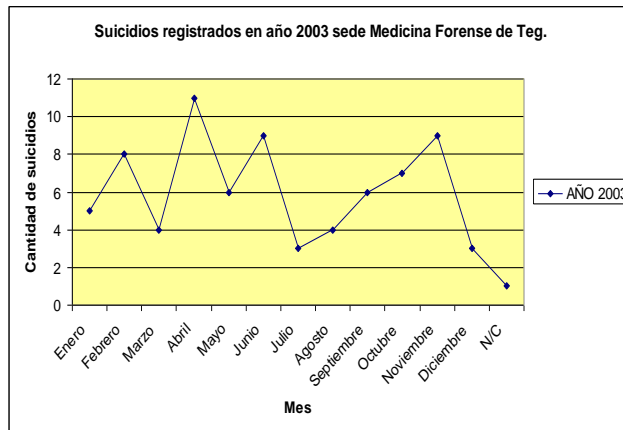
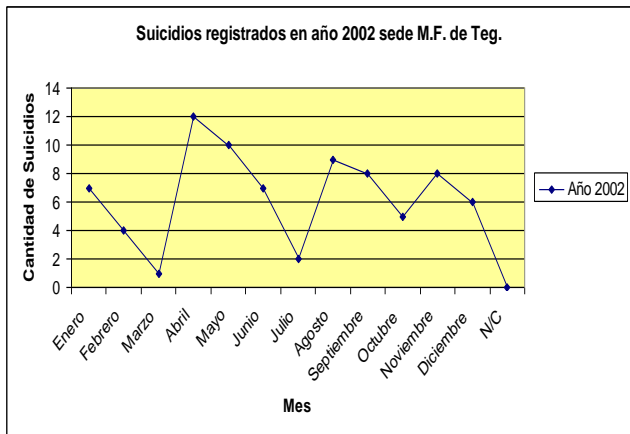
Gráfico No. 18

Suicidios Registrados en Período 2002-2005 en sede M.F. de Teg.
 Tendencia por mes



Fuente: Libro de Control de Autopsias.

Gráfico No. 19 Gráfico No. 20

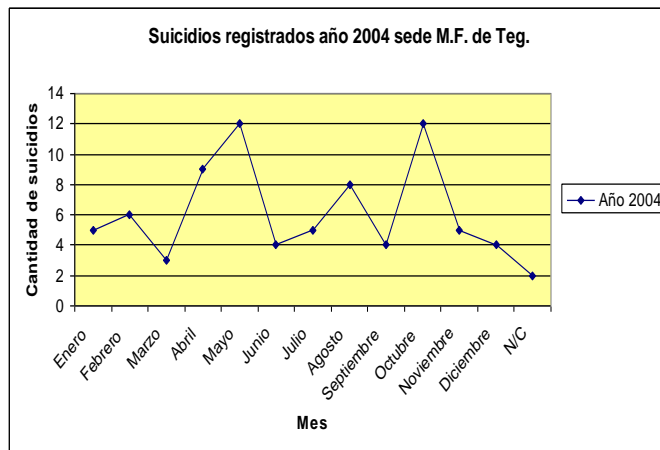
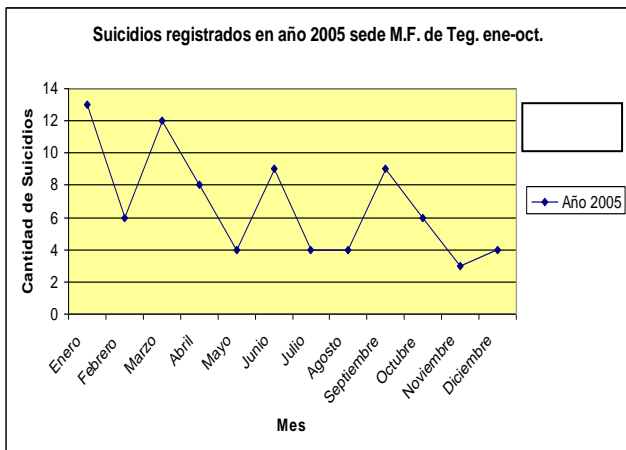


Fuente: Libro de Control de Autopsias.

Fuente: Libro de Control de Autopsias.

A través del presente estudio se puede observar como en todos los años registrados se suscita un incremento de suicidios prácticamente en los mismos meses del año. El primer incremento se da entre los meses de abril y mayo y, el segundo, entre septiembre y octubre. Como puede verificarse en los gráficos, cada año el incremento de casos comienza a darse a partir del mes de marzo. También se observa un descenso común en el mes de julio. En este mes se suscitó el menor número de suicidios de acuerdo a los registros, 14 en total para los cuatro años estudiados.

Gráficos NO 21 y No 22



El mes que registra el mayor número de casos en el período de estudio es el mes de abril en el cual se totalizaron 40 suicidios. En términos generales, la tendencia se mantiene, pero es difícil encontrar las razones y los factores que hacen que la misma

se dé en esta forma, en todo caso estas regularidades deberían ser retomadas en estudios posteriores para su análisis.

6. OCUPACION Y OFICIO

El suicidio se relaciona con una compleja interacción de factores causales relacionados con el contexto económico, la salud mental, abuso de sustancias tóxicas, aislamiento social, pérdidas, dificultades de relaciones y problemas laborales. Es importante llamar la atención sobre las variables económica y laboral que condiciona el estilo de vida.

Según los datos forenses, en los pocos casos en los cuales se logra consignar un motivo aparente de suicidio, el 8% tiene como desencadenante una situación de crisis económica. Obviamente estamos ante factores de riesgo que tienen que ver con la clase social y pobreza, sobre todo si consideramos son los sectores de las clases más bajas los que están más expuestos y viven situaciones de mayor inestabilidad laboral.

Más significativa es la relación entre suicidio y actividad laboral, ya que casi la totalidad de las víctimas desarrollaba una actividad laboral o tipo de empleo que requiere poca calificación y con remuneración baja, situación propia en los estratos más bajos de la sociedad.

La relación entre nivel socioeconómico y mortalidad por suicidio no es mecánica. Un ejemplo de ello lo encontramos en Argentina durante la grave crisis económica y social que vivió este país entre fines de 2001 y principios de 2002 --al igual que en la guerra de las Malvinas contra Gran Bretaña en 1982 y en otras situaciones graves--, las llamadas de socorro cayeron, y sólo volvieron aumentar cuando el peor momento había pasado. Según los especialistas consultados por Inter Press Service, agencia de noticias que realizó varios reportajes sobre este tema, en esas ocasiones ocurren movilizaciones sociales, la gente que está mal se siente más contenida, tiene espacios en donde comunicarse y ve que a muchos otros les pasa lo mismo.⁴⁸

Sería interesante, por ejemplo, hacer la relación entre suicidio y población migrante a fin de determinar si los procesos de adaptación e integración y de desempleo o empleo precario, podrían ser algunos de los principales factores del índice de suicidios en este tipo de población.

Llama la atención el hecho que los números más altos, luego del dato no consignado (41 casos), corresponde a oficios domésticos en 37 de los casos, lo cual significa que un alto grupo está representado por mujeres dedicadas a los oficios domésticos; 37 más eran estudiantes (población aún sin entrar al mercado laboral). Si a este total sumamos el número de los desempleados y los que se encuentran jubilados o

⁴⁸ Osava, M. *Población América Latina: La muerte por propia mano*. Inter Press Service.

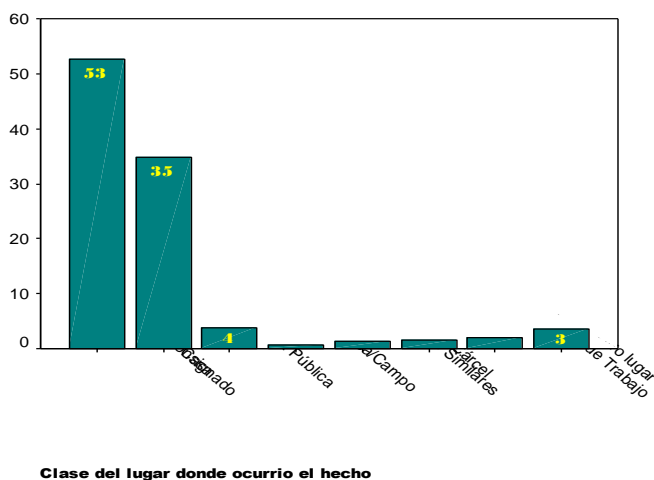
pensionados, se determina que el 30% de esta población suicida no estaba realizando ninguna actividad económicamente productiva. Existe también un porcentaje de subregistros y la cifra oculta que no llega a las instituciones porque los familiares de las víctimas no proporcionan la información frente al estigma que el fenómeno produce y el consecuente señalamiento a la familia.

En este análisis del contexto en los cuales se suscita el suicidio, vale la pena identificar los sitios que con mayor frecuencia escogen las personas para quitarse la vida, ya que en muchas ocasiones esta decisión está cargada de elementos subjetivos, simbólicos y materiales que vale la pena analizar en posteriores estudios a fin de realizar un trabajo preventivo eficaz.

Gráfico No. 23 / Lugar donde ocurrió el suicidio

Registro M.F. sede de Tegucigalpa

Período 2002-2005



De acuerdo a los datos recabados en el presente estudio, en un poco más del 50% de los casos, este dato no fue consignado, situación que debe llamar la atención a las personas que recogen la información. Los datos donde si queda consignado el hecho muestran que con mayor frecuencia el hecho se produce es la propia casa, eso significa que del 50% de casos consignados el 35% de las veces fue la residencia el lugar donde se realizó el suicidio;

un 4% de los casos se realizó en la vía pública. Desde el enfoque de género, el 37% por ciento del total de mujeres que se suicidaron lo hicieron en su propia casa y el 34% del grupo de hombres lo hizo también en la casa. Otros sitios, como la vía pública, fincas, bares, cárceles o sitios de trabajo son más frecuentes en el análisis de los casos de los hombres en relación a las mujeres.

VII. FACTORES DE RIESGO VINCULADOS A LA INTENCIONALIDAD Y LOS MOTIVOS APARENTES DEL SUICIDIO.

Una parte del análisis de este estudio está centrado en los datos contenidos en los expedientes clínicos de autopsia finalizados y entregados a los archivos de la Dirección de Medicina Forense correspondientes al año 2002 y 2003 ya que los años 2004 y 2005 presentan una mora demasiado alta.

A partir de los expedientes se analizan diversas variables, cuya información no es posible obtener en los libros de registro ordinario; pero que recoge la información científica dictaminada por el médico forense, lo que da gran fiabilidad a los datos. El contenido de los expedientes de autopsia, una vez sistematizados arrojan información valiosa para la realización futura de acciones de prevención que pueden contribuir a reducir los índices de muerte por suicidio en la población estudiada.

1. MOTIVO APARENTE

Es difícil llegar a determinar cuál fue el verdadero motivo para que una persona tome la decisión de terminar con su vida, es por eso en el presente estudio hablamos de un motivo aparente consignada en el registro forense según los escuetos datos contenidos en los expedientes clínicos y de investigación.

En la información de los años 2002 y 2003 contenida en los expedientes de autopsia, donde también se registran las investigaciones practicadas por los agentes DGIC, el 19% de los casos corresponde a conflictos que la víctima tenía con su pareja sentimental; le sigue los estados de depresión en el que se encontraba la persona con un 11%; la situación de crisis económica fue manifestada en el 8% de los casos; enfermedad un 7% y; problemas familiares con un 6%.

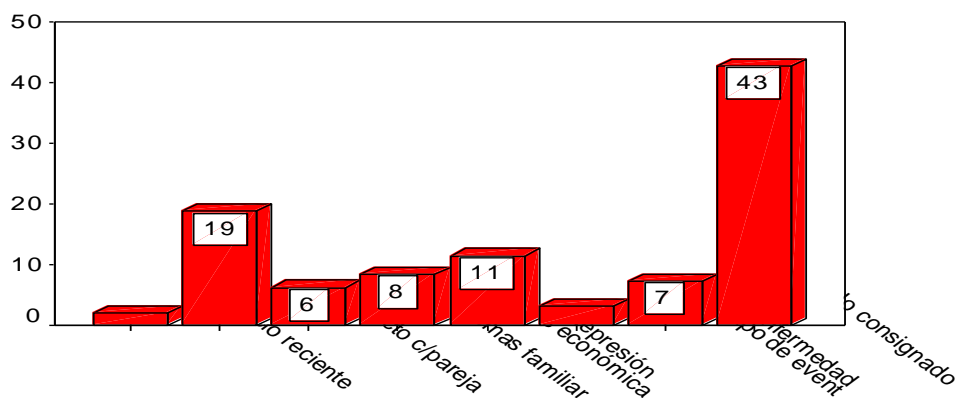
Un porcentaje considerable de los motivos que aparentemente orillaron a una persona a tomar la decisión de suicidarse tienen relación a vivencias que se dan en el seno de la misma familia. ¿Cómo cada núcleo familiar de una víctima de suicidio ha afrontado ese problema aparentemente causal del acto suicida de uno de sus miembros? Esa es una pregunta difícil de responder e implicaría un estudio a profundidad del comportamiento familiar, con seguridad algunas respuestas que puedan evitar la toma de fatales decisiones podrían encontrarse.

Gráfico No. 24

Motivo Aparente del Suicidio

Registro según expedientes concluidos

Período 2002-2003



Motivo aparente del suicidio

Fuente: Expedientes de autopsia concluidos

Dirección de Medicina Forense/Tegucigalpa

Tal como se ha dejado establecido en la propuesta conceptual de este estudio, también tiene mucho peso el grado de cohesión o aislamiento que la víctima tiene en su entorno. Aunque las realidades de aislamiento han sido ampliamente investigadas, su influencia parece que es más psicológica que geográfica o física.⁴⁹

Una información que vale la pena destacar como resultado del análisis de los expedientes es el hecho de que muchos suicidas buscan la compañía de alguien o buscan ayuda una vez que han ejecutado el acto suicida. Esta situación es muy similar a lo detallado anteriormente cuando la víctima ha recibido asistencia médica, sobre todo porque el mecanismo de muerte más usado con este tipo de circunstancias es la ingesta de pastillas de fosforo de aluminio. Este hecho fortalece nuestra hipótesis de que muchas personas que buscan determinados mecanismos como ingerir pastillas de fosforo de aluminio, venenos o herbicidas, en el fondo están pidiendo ayuda, no desean morir o se arrepienten minutos después de haber ejecutado el acto, pero

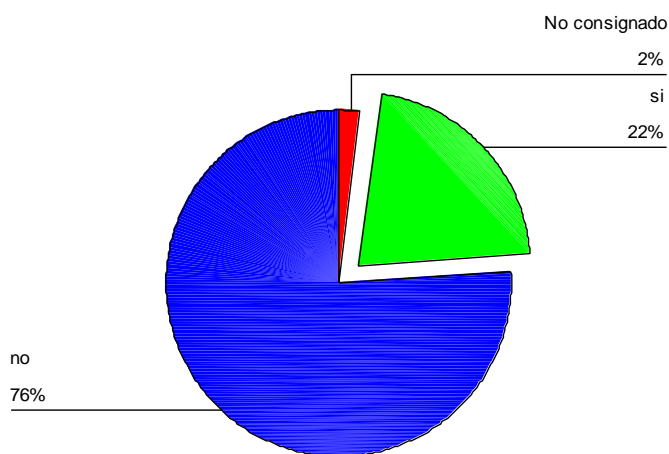
⁴⁹ Sarró, B. y de la Cruz, C. Los Suicidios, Editorial Martínez Roca, Barcelona 1991, p. 48.

lamentablemente desconocen la letalidad de la sustancia que han ingerido y el grado de destrucción que provoca en el organismo. En un adulto, por ejemplo, más de 3 gramos de fosforo de aluminio sin tratamiento representa una letalidad del 100%. Según la información de los expedientes existentes en los archivos forenses, el 22% de las víctimas de suicidio buscó algún tipo de compañía luego del acto suicida.

Gráfico No. 25

La víctima buscó alguna compañía antes de morir

Registro según expedientes concluidos / período 2002-2003

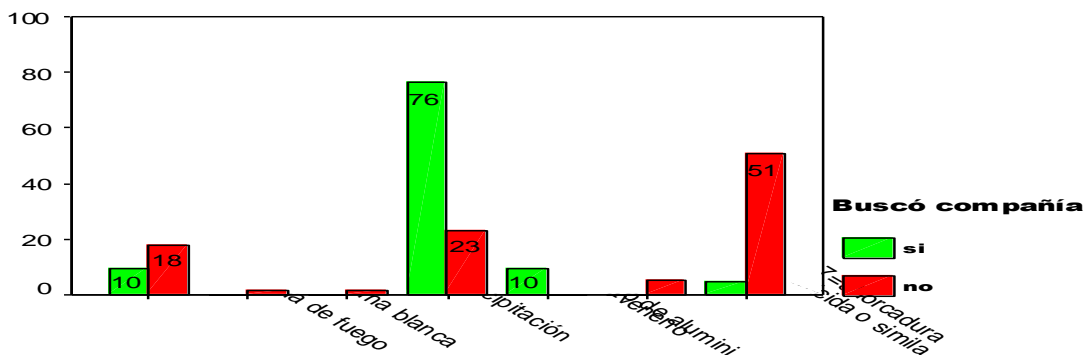


Fuente: Expedientes de Autopsia concluidos
Dirección de Medicina Forense/Tegucigalpa

La consumación del acto suicida tiene la posibilidad de revertirse si se trata a tiempo o la persona es auxiliada por alguien, pero en el caso de ahorcadura es casi imposible la marcha atrás porque una vez el cuerpo se encuentra suspendido la persona no podrá por sus propios medios y fuerza liberarse.

Como se muestra en el siguiente gráfico, de todos los casos en los que la persona no recibió ningún tipo de ayuda, el porcentaje más alto (51%) es cuando se utilizó la ahorcadura como mecanismo de muerte

Gráfico No. 26 / La víctima buscó compañía o recibió ayuda después de ejecutar el acto suicida Registro según expedientes concluidos / Período 2002-2003



Mecanismo de muerte utilizado

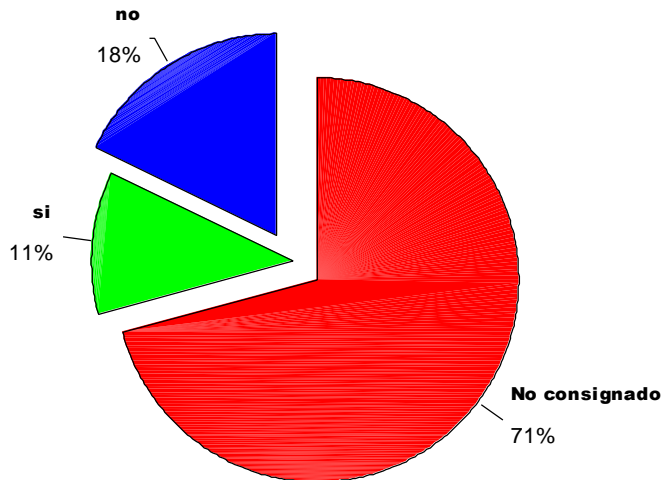
Fuente: Expedientes de Autopsia concluidos
 Dirección de Medicina Forense/Tegucigalpa

Los intentos suicidas realizados por las personas están dentro de lo que la misma Organización Mundial de la Salud llama *acto suicida* en el cual el individuo se causa a si mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal.⁵⁰ En los expedientes de la Dirección de Medicina Forense se pueden encontrar muchos casos en los cuales se establece claramente por parte de los investigadores o médicos que asistieron a la escena del hecho, que la persona que se suicidó había tenido ya intentos de quitarse la vida, información que normalmente es aportada por alguien cercano a la víctima o puede suceder también que existen datos obtenidos de un expediente clínico. Sin embargo en la mayor parte de los casos, como ocurre con otras variables investigadas, esta información, lamentablemente, no se consigna en el expediente.

El fenómeno observado y analizado como un *continuum* o secuencia de conductas que van desde la ideación, la amenaza, la tentativa, hasta el suicidio consumado, podría desde el sistema de salud recibir una mejor ayuda y evitar así muchas muertes ya que estaríamos interpretando el intento suicida como una llamada de auxilio y/o demanda de ayuda.

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud (1969). *Prevención del Suicidio*. 35. Ginebra: OMS.

Gráfico No. 27 / Registro de Intentos Suicidas Previos a la Muerte / Registro según expedientes concluidos / Período 2002-2003



En el 71% de los casos, no hay forma de saber, desde el análisis del expediente, si la persona fallecida había realizado uno o varios intentos suicidas antes de su muerte.

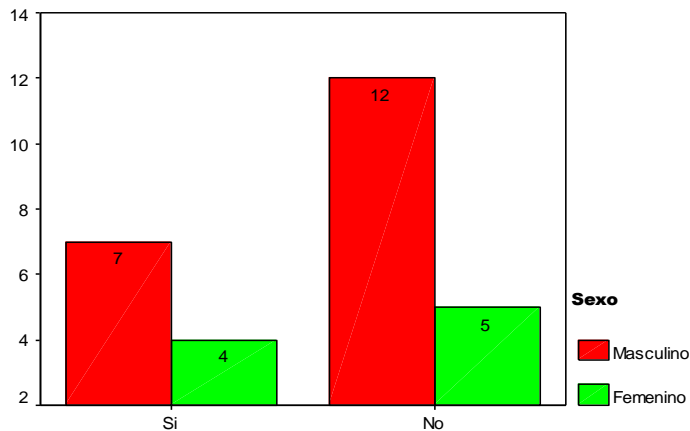
En el 11% de los casos se establece claramente que el suicida si había intentado quitarse la vida y en el 18% de los casos no había tenido ningún intento suicidio previo.

Fuente: Expedientes de Autopsia concluidos

Dirección de Medicina Forense/Tegucigalpa

Gráfico No. 28 / Intentos suicidas previos a la muerte según sexo

Registro de Expedientes de Autopsia / Período 2002-2005



De los 11 casos en que si se registra en el expediente de autopsia que hubo intentos suicidas previos a la muerte, 7 son del sexo masculino y 4 del sexo femenino. La mayor parte de ellos estaban entre el grupo de los solteros, 5 en total, y 9 vivían en el área urbana.

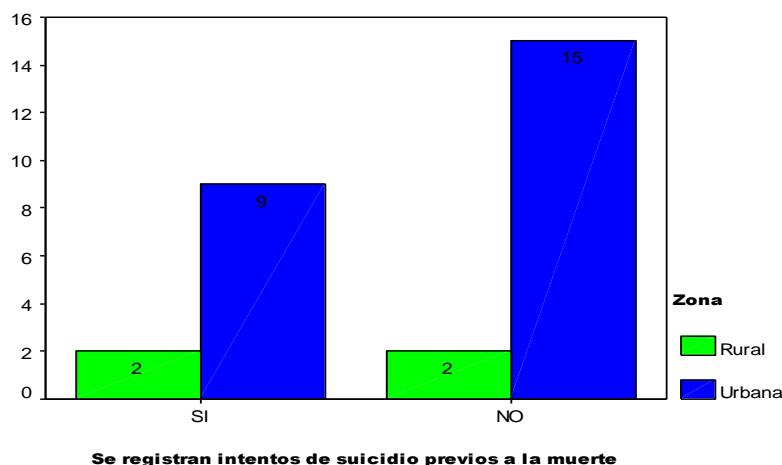
Se registran intentos de suicidio previos a la muerte

Expedientes de Autopsia concluidos

Dirección de Medicina Forense/Teg.

Gráfico No. 29 / Intentos suicidas previos a la muerte según zona

Registro según expedientes concluidos / Período 2002-2003



Se registran intentos de suicidio previos a la muerte
Expedientes de Autopsia concluidos
Dirección de Medicina Forense/Teg.

En los registros estudiados, la población que tuvo intentos previos de suicidio según los datos consignados, se encuentran efectivamente entre la población joven. La mayor parte de los casos se produjo en jóvenes que al momento de la muerte tenían entre 15 y 22 años. El otro grupo vulnerable se registra entre los 33 y los 42 años y una incidencia más se registra a los 55 años.⁵¹

El antecedente de una o varias tentativas de suicidio constituye un elevado riesgo de repetición y es predictivo de un mayor riesgo de suicidio consumado, sobre todo en los primeros meses después de haberla realizado y las personas que las realizan son un grupo de elevado riesgo de suicidio.

2. EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGA PREVIO AL SUICIDIO

Aunque no existe una relación regular y clara entre consumo de alcohol y actos suicidas en los estudios, es necesario mencionar que alcoholismo puede facilitar la conducta suicida o se utiliza el alcohol para realizar con mayor decisión el acto suicida.

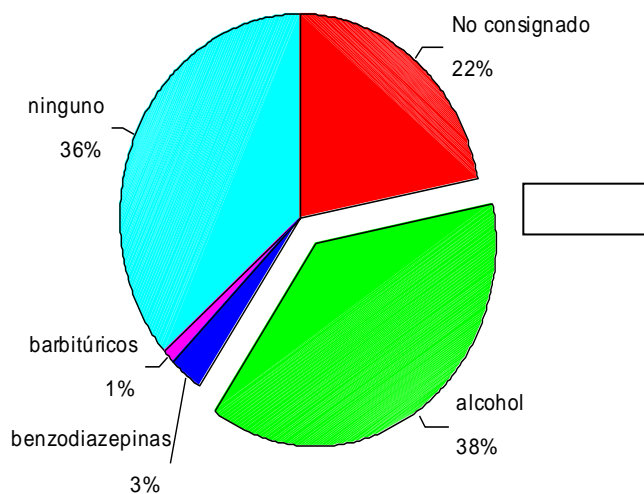
⁵¹ Una realidad similar se muestra en el registro de lesiones de causa externa del Hospital Escuela de Tegucigalpa en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2005, en el cual de 128 casos atendidos por lesiones autoinfligidas, el 29% correspondió a jóvenes entre los 13 y los 19 años y el 50% a personas entre los 20 y los 49 años de edad. (Datos registrados por la Unidad de Análisis/Gerencia de Información del Departamento de Epidemiología del Hospital Escuela de Tegucigalpa. Año 2005).

Además de la ingesta de alcohol se investigó la presencia de drogas como marihuana, cocaína, barbitúricos y benzodiacepinas, no obstante es el alcohol la sustancia que registra mayor presencia representando un 38% de los casos.

En el 36% de los casos no existe ninguna presencia de drogas o alcohol, la presencia de marihuana y cocaína no se registra en ningún caso y tan solo un 3% de presencia en benzodiacepinas y un 1% de barbitúricos. Existe un 22% de casos en los cuales este tipo de información no fue consignada.

Gráfico No. 30 / Ingesta de alcohol o droga previo a la muerte

Registro según expedientes concluidos / Período 2002-2003



Del 38% de personas a los que se les encontró presencia de alcohol en sangre y orina, el 94% eran hombres (34 casos) y tan solo 6% mujeres (2 casos). Este registro de alcohol encontrado en los hombres representa el 44% de todos los casos masculinos. La presencia de otro tipo de sustancia como barbitúricos y benzodiazepinas solamente se encontró en la población masculina.

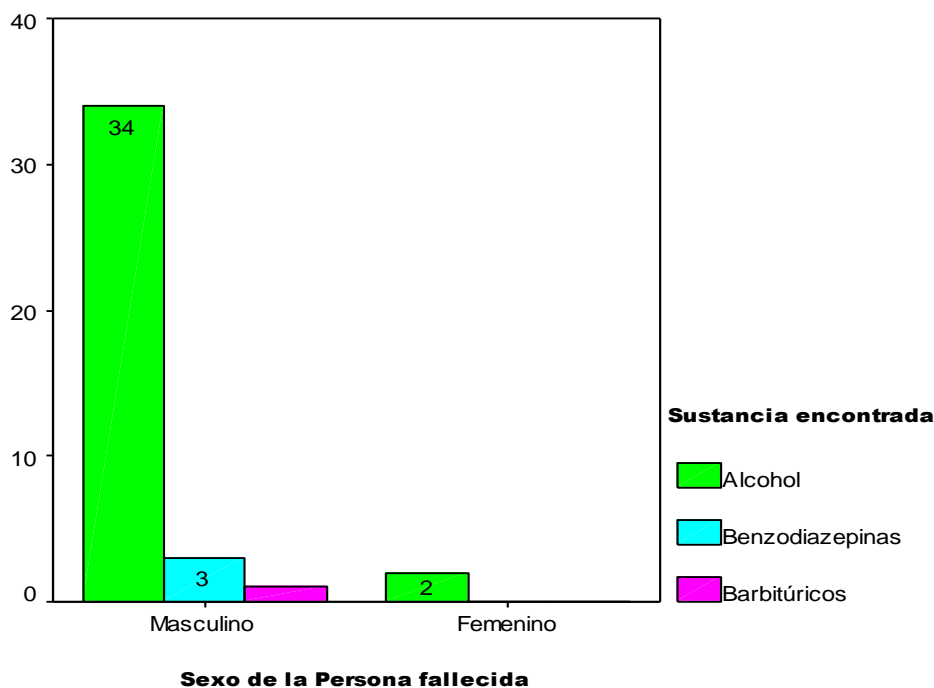
Fuente: Expedientes de Autopsia concluidos

Dirección de Medicina Forense/Tegucigalpa

Gráfico No. 31 / Ingesta de alcohol y otras sustancias según el sexo

Registro de Expedientes de Autopsia

Período 2002-2003



En cuanto al área de procedencia, rural o urbana, no es mucha la diferencia entre los casos a los que se encontró presencia de alcohol procedentes del área urbana y los casos del área rural. Del total de suicidios en los cuales se comprobó mediante pruebas de laboratorio la presencia de alcohol, 40% ocurrieron en el área urbana y 33% se suscitaron en el área rural. De la totalidad de los suicidas que estaban alcoholizados el 40% tenía la primaria completa como único grado de escolaridad.

La presencia de benzodiazepinas solamente se registró en los casos provenientes del área urbana en un 4%, todos tenían como grado de escolaridad la secundaria, algunos de manera completa y otros de forma incompleta. Los barbitúricos solamente se registraron en los provenientes del área rural en un 5%. También en este caso, quienes consumieron este tipo de sustancia tenían la secundaria completa como grado de escolaridad.

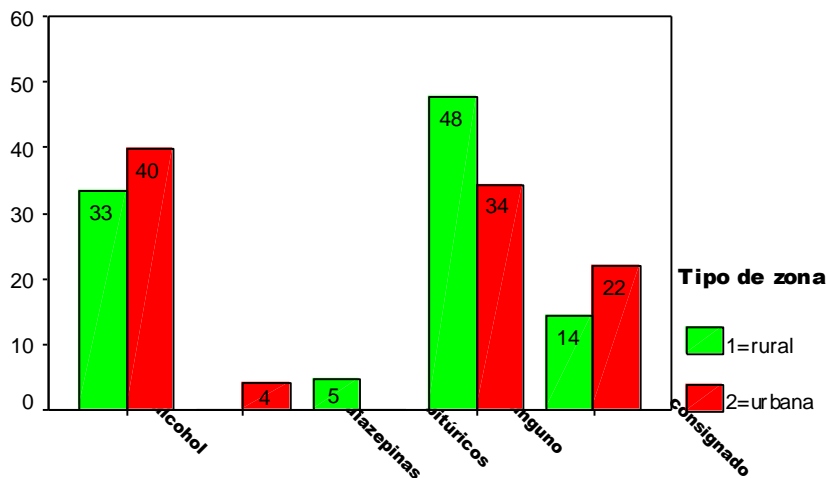
Gráfico No. 32

Ingesta de alcohol y otras sustancias previo al suicidio

Según el área de residencia (rural/urbana)

Registro de Expedientes de Autopsia

Período 2002-2003



La menor presencia de estas sustancias es más alta en el área rural que en el área urbana. Del total de la población suicida proveniente del área rural en el 48% de los casos no se registró presencia de ninguna sustancia de este tipo. En el área urbana este porcentaje asciende al 34%.

Se registra ingesta de alcohol o alguna droga previo a la muerte

Fuente: Expedientes Clínicos de Autopsia

Dirección de Medicina Forense/Tegucigalpa

Los datos no consignados en los casos provenientes del área rural ascienden a 14% y del área urbana al 22%. En el caso de la ingesta de alcohol y su relación con el suicidio, es la población que habita las zonas urbanas la más afectada, registrándose prácticamente población suicida de todas las edades en este tipo de casos.

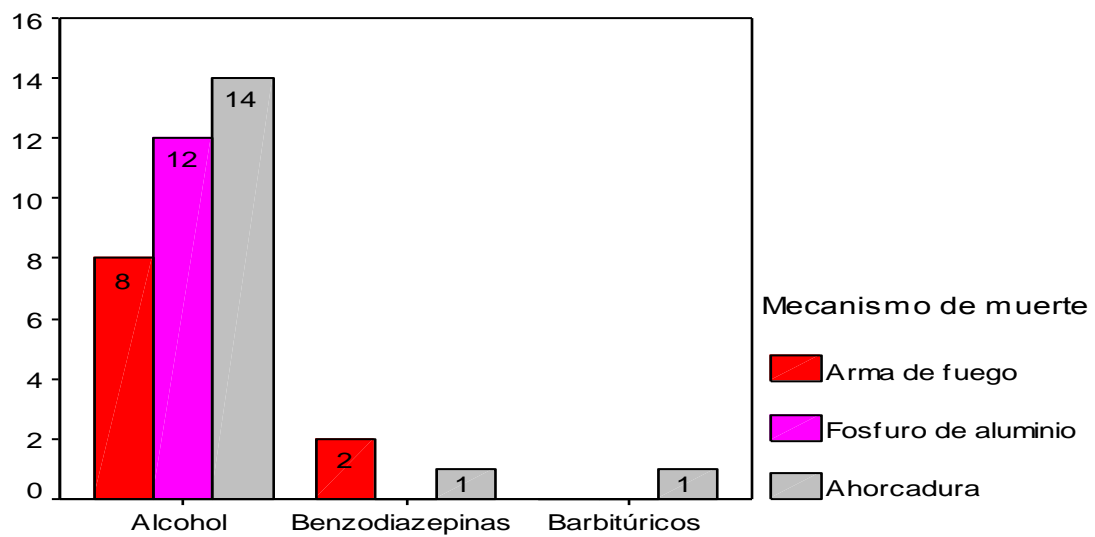
En cuanto a la utilización de los principales mecanismos de muerte seleccionados por aquellos suicidas que ingirieron alcohol previo al acto, el estudio de los expedientes en el período nos revela que de los 96 casos estudiados, 14 personas utilizaron la ahorcadura, 12 consumieron fosforo de aluminio o pastilla para curar granos y 8 utilizaron un arma de fuego. Estos mecanismos son también los principalmente utilizados por la población en general de acuerdo a los registros forenses de Tegucigalpa.

Gráfico No. 33

Presencia de alcohol o drogas y relación

Con principales mecanismos de muerte

Período 2002-2003



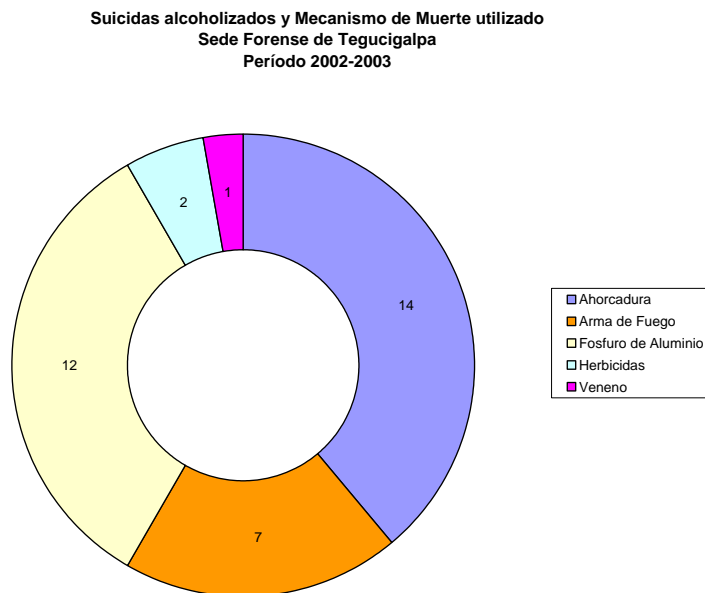
Ingesta de alcohol o droga previo al suicidio

Expedientes Clínicos de Autopsia concluidos

Dirección de Medicina Forense

Gráfico No. 34

Si hacemos una relación del consumo de alcohol y los mecanismos de muertes desagregados por género, encontramos que de los 36 casos en los que se registró presencia de alcohol en las personas que se suicidaron en el período estudiado, 34 de ellas eran hombres y en 14 de los casos el principal mecanismo de muerte fue la ahorcadura, seguido por el uso de pastillas de fosforo de aluminio (12 casos) y las armas de fuego (7 casos).



Fuente: Expedientes de Autopsia concluidos.

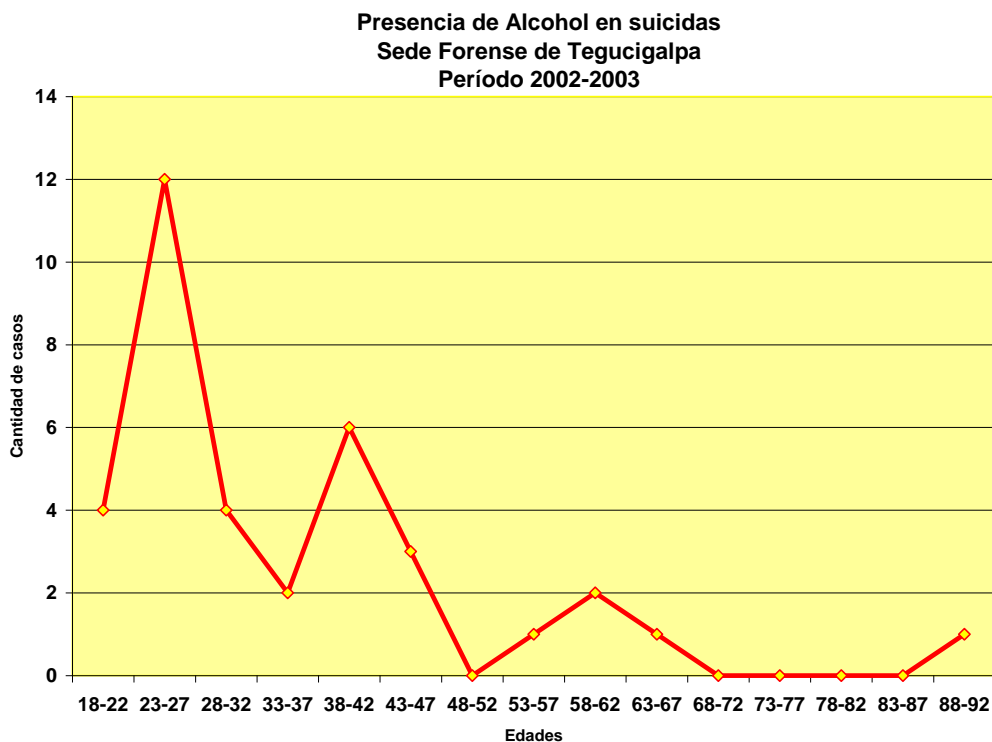
Dirección de Medicina Forense/Teg.

El orden en cuanto al uso de los principales mecanismos de muerte que arroja el estudio de los expedientes de los años 2002 y 2003 se mantiene en relación a los años 2002-2005.

Solamente dos mujeres registran presencia de alcohol en su organismo, una de ellas utilizó el arma de fuego como mecanismo de muerte y otra el consumo de pastillas de fosforo de aluminio, lo que nos indica que, por lo menos para la región estudiada, es en los hombres que el consumo de alcohol representa un alto factor de riesgo de suicidio.

La presencia de alcohol en las personas que se suicidaron tiene asimismo relación con otro factor de riesgo: la edad. En el 33% de los casos en los cuales se registró presencia de alcohol (12 casos), el rango de edad oscilaba entre los 23 y los 27 años, en este grupo solamente hubo un caso femenino. Seis casos más se registraron entre los 38 y los 42 años, a partir de esta edad la presencia de alcohol en los suicidas baja considerablemente, lo que significa que fueron los hombres menores de 45 años los más afectados en el período de estudio.

Grafico 35



Fuente: Expedientes de Autopsia concluidos.

3. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES MENTALES

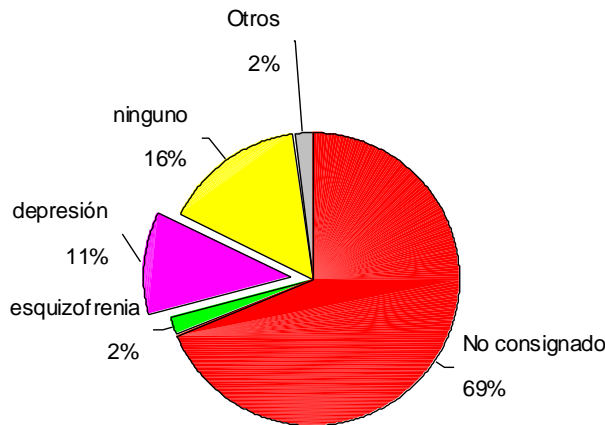
De acuerdo a los estudios hechos a nivel mundial, son las enfermedades mentales el factor de riesgo más importante de suicidio. Dentro de estos trastornos, la depresión es la que más a menudo se asocia con este fenómeno. En el presente estudio, dentro de los antecedentes mentales registrados en los expedientes, efectivamente es la depresión la que tiene mayor porcentaje. Sin embargo, apenas alcanza un 11% de los casos. En un 2% de casos se registra un diagnóstico de esquizofrenia y otro 2% de otras enfermedades mentales como ansiedad y trastornos maniaco-depresivos.

Gráfico No. 36

Antecedentes de Patología mental en la víctima

Registro de Expedientes de Autopsia

Período 2002-2003



Lamentablemente en el 69% de los casos no se encuentra consignado el dato respectivo en los expedientes por lo que se hace imposible conocer si existe una relación directa entre este tipo de patologías y el suicidio de la población estudiada.

Fuente: Expedientes de Autopsia concluidos

Dirección de Medicina Forense/Tegucigalpa

No obstante, si se registra un 16% de los casos en los cuales específicamente se

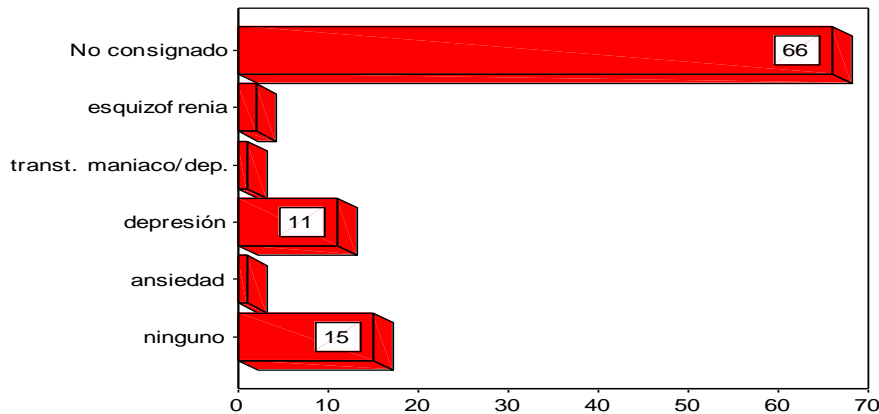
detalla que la víctima no tenía ningún antecedente de enfermedad mental, pero por lo general no es una opinión especializada, sino que es un dato proporcionado por algún familiar o amigo, desde lo que el informante entiende por enfermedad mental, por lo que podría ser una dato no confiable.

Gráfico No. 37

Antecedentes de Patología Mental en la Víctima

Registro según expedientes concluidos

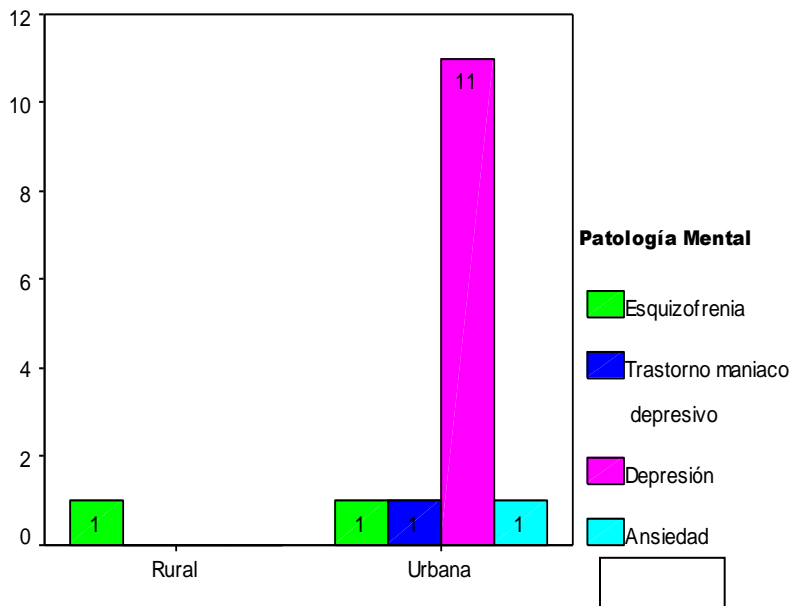
Período 2002-2003



Número de Casos

Fuente: Expedientes de Autopsia concluidos

Dirección de Medicina Forense/Tegucigalpa



Tipo de zona donde se dio la muerte (rural o urbana)

Expedientes de Autopsia Concluidos

Dirección de Medicina Forense/Tegucigalpa

Gráfico No. 3

Enfermedad mental registrada según área geográfica (rural/urbana)

Registro de Expedientes de Autopsia

Período 2002-2003

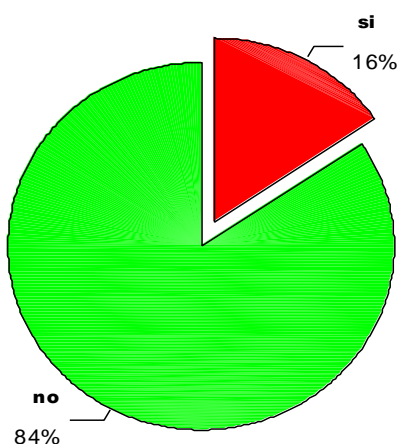
Los registros de enfermedades mentales en los expedientes de suicidio en la mayoría de los casos corresponden a población masculina, lo que puede explicarse

dado que son los hombres los que en su mayoría se suicidan. El trastorno mental que más destaca es la depresión, en la cual de los 11 casos registrados, 9 corresponden a hombres, es decir, el 82% de los casos en los que se registra esta patología. En la mayor parte de las patologías mentales registradas, el 100% corresponde a casos provenientes de las zonas urbanas. Solamente, se registra un caso con diagnóstico de esquizofrenia proveniente del área rural.

Muchos especialistas aseguran que la persona con tendencia suicida de alguna manera anuncia el acto que pretende cometer y que los intentos suicidas, por ejemplo, son en el fondo avisos de una acción mayor. Otras personas no realizan intentos previos, pero si comunican expresamente lo que pretenden hacer, pero por lo general sus amigos o parientes no les toman en serio.

En el presente estudio, el 16% de los casos registrados en los expedientes de autopsia, manifestaron su intención de suicidarse, algunos bajos los efectos del alcohol, otros mientras atravesaban estados depresivos. Es posible que muchos otros hayan anunciado de alguna manera su intención, pero este es un dato que no se consigna a menos que exista una información específica aportada por un pariente, amigo o conocido que haya tenido contacto con la persona fallecida, de lo contrario quizá nunca podrá saberse si el suicida anunció su muerte.

Gráfico No. 39
La víctima anuncio de algún modo el acto suicida
Registro según expedientes concluidos
Período 2002-2003



Fuente: Expedientes de Autopsia concluidos

Dirección de Medicina Forense/Tegucigalpa

VIII. CONCLUSIONES

1. Las tendencias estadísticas encontradas en el presente estudio basadas en datos obtenidos en la Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa, a pesar de las limitaciones en la información, no difieren mucho de las tendencias estadísticas mundiales donde, por lo general, son los mismos factores de riesgo los que se identifican y los mismos grupos poblacionales los más afectados.
2. Del total de 316 casos registrados como suicidios por la Dirección de Medicina Forense para el período comprendido entre los años 2002-2005, el 76% corresponde a personas del sexo masculino, y el 24% al sexo femenino estableciéndose una relación de 3:1, o sea que mientras se producen tres suicidios en el hombre, se da uno de la mujer, los que nos indica que es la población masculina la que posee mayores factores de riesgo ante este fenómeno, situación en la que la mediatización de la cultura y el entorno creado por las diferencias genéricas tiene un alto grado de influencia.
3. El estado civil juega un papel importante en el suicidio en donde encontramos que el 44% eran personas solteras y el 16% casadas, pero si a este último porcentaje le sumamos un 25% que vivían en unión libre, los suicidas que tenían una relación de pareja alcanza el 41% y un porcentaje menor en personas viudas (2%), tendencias que se mantienen en el ámbito mundial. Aunque el porcentaje de los solteros suicidas es mayor, el presente estudio no arroja un dato determinante en cuanto a que la relación de pareja constituya un factor protector frente al suicidio en el grupo estudiado.
4. Del total de mujeres víctima de suicidio en la población estudiada, el 57% eran mujeres solteras y el 7% estaban casadas y 25% en unión libre lo que suma 32% de mujeres en relación de pareja. Este panorama cambia cuando se trata de los hombres, ya que de los 234 hombres que se suicidaron el 39% estaba en situación de soltería, el 19% estaba casado y el 24% en unión libre. El porcentaje de hombres suicidas que vivían en relación de pareja alcanza el 43%, lo que nos indica que si el matrimonio o una relación de pareja es un factor protector, en este caso lo sería menos para los hombres que para las mujeres.
5. El análisis de la variable de edad es importante en esta investigación ya que según los registros forenses el 49% de los suicidios ocurrió en jóvenes cuyas edades estaban comprendidas entre los 15 y los 29 años. Esta tendencia ha sido permanente en todo el período de estudio (2002-2005), lo

que hace evidente que la juventud sumada a toda la problemática psico-social que la influye y determina constituye un alto factor de riesgo para el suicidio.

6. De la cantidad de niños y adolescentes entre 10 y 17 años de edad víctima de suicidio, el 46% por ciento eran estudiantes, el 25% se dedicaba a oficios domésticos y 8% a otras actividades. El 58% de este grupo poblacional específico eran mujeres. Hasta antes de los 20 años, son las mujeres las más afectadas, a partir de los 20 años la situación empieza a cambiar de forma sustancial.
7. El rango de edad en el cual se registró el más alto índice de suicidio en el período estudiado es entre los 20 y los 24 años, es decir 64 casos que representan el 20% del grupo, en el cual las ocupaciones que destacan son las de labrador, oficios domésticos y estudiantes. En este grupo específico, el 72% eran hombres y 28% mujeres. En este grupo la mitad eran personas solteras, y aunque solo el 8% estaban casadas, en unión libre vivían el 30% (19 casos).
8. En el segundo grupo más afectado comprendido entre los 15 y los 19 años de edad, el 72% estaba en soltería (39 casos) y un 18% en unión libre (10 casos), la mayor parte se dedicaba a oficios domésticos o eran estudiantes.
9. Con relación a la mortalidad por suicidio, el presente estudio nos indica un mayor predominio en personas de escasos recursos económicos con bajos niveles de escolaridad, predomina el nivel primario con un 43%; solo un 9% había concluido el nivel secundario y un 2% el nivel superior. Estos datos nos revelan que son los estratos mas bajos de la población los que no acceden a niveles de educación primaria y secundaria completa y entre los grupos carentes de bienestar puede haber mas proclividad a incurrir en una ideación suicida ante el déficit de grado de realización y equilibrio personal asociado a logros profesionales y académicos, sobre todo en las más jóvenes. Estos resultados obtenidos divergen de los estudios realizados en otras sociedades donde se presentan los suicidios con predominio entre las clases sociales de elevados y escasos recursos económicos.
10. En relación a la zona donde ocurrió el suicidio, de acuerdo a los datos obtenidos, el 66% ocurrió en el área urbana ya sea el Distrito Central o el casco urbano de los demás departamentos, y el 28 % ocurrió en la zona rural.
11. La tasa de suicidios para el Departamento de Francisco Morazán en su totalidad de acuerdo a los registros forenses alcanza un 25,4 por 100 000 habitantes lo que en términos comparativos deja de manifiesto un indicador mucho más alto que el que poseen muchas naciones del mundo. Es

significativo y debe ser base para posteriores estudios, los índices registrados en los municipios de Talanga y Lepaterique.

12. La investigación realizada ha identificado como mecanismo o instrumento de muerte elegido en la zona urbana: la ahorcadura en un 43%, fosfuro de aluminio en un 26% y la utilización de arma de fuego en un 19%.
13. En la zona rural el principal mecanismo de muerte es el uso de diferentes agroquímicos y venenos: el principal es el fosfuro de aluminio que se utilizó en el 22% de los casos, diferentes tipos de venenos en un 17% y herbicidas o similares en 14%; la sumatoria de estos porcentajes nos revela que en el 53% de los casos se hizo uso de los productos agroquímicos para suicidarse. El 22% fue por ahorcadura y el 13% mediante el uso de armas de fuego.
14. En relación al sexo de las víctimas y el mecanismo elegido encontramos que en la mayoría de los casos son las mujeres quienes utilizan el fosfuro de aluminio y representan el 33% del total de mujeres estudiadas; en los hombres, el método que más se utilizó fue la ahorcadura que alcanza al 37% del total de hombres.
15. El mecanismo utilizado varía dependiendo de la zona sea urbana o rural, dependiendo de si se es hombre o mujer y también en relación al grupo de edad al que se pertenece, a estas variables se le suman las de accesibilidad, oportunidad y valoración sociocultural.

En cuanto al sexo observamos que los métodos utilizados por los hombres tienden a ser más violentos, activos e infalibles, generalmente se utilizan armas de fuego o la ahorcadura; en las mujeres, los métodos utilizados son más pasivos y en muchos de los casos puede haber desconocimiento de la letalidad como es el caso de la utilización del fosfuro de aluminio. Aunque solo un 23% recibió algún tipo de atención médica antes de morir, el 55% de ellos, o sea la mayoría, fue atendido por haber consumido pastillas de fosfuro de aluminio.

16. Es importante mencionar y recalcar que tanto en las zonas urbanas como rurales existe una tendencia marcada al envenenamiento con la utilización de fosfuro de aluminio, el cual es conocido comúnmente como “pastilla para curar frijoles”. Este dato nos hace reflexionar en la relación a la venta y distribución de este químico de uso agrícola, el cual es fácilmente accesible a la población ya que no existe ninguna regulación y es necesario que se tomen las medidas preventivas orientadas al establecimiento de normativas que regulen la disponibilidad, ya que actualmente constituye un producto de alto riesgo.

17. Pese a que el uso de la pastilla de fosforo de aluminio es un mecanismo utilizado con mucha frecuencia y es el más atendido en el sistema de salud, es importante apuntar que poco a poco ha ido disminuyendo desde el año 2002 cuando se registraron 28 casos a 16 casos registrados en el 2005.
18. En cambio, se debe señalar que ha ido en aumento el número de muertes por suicidio mediando el uso de armas de fuego registrado sobre todo en los últimos dos años del estudio, lo que nos refiere probablemente a un mayor grado de acceso a este tipo de mecanismo. El número de suicidios por ahorcadura, en términos generales, se ha mantenido entre 26 y 27 casos por año, excepto en el año 2004 que se elevó a 32 casos.
19. En el período estudiado (2002-2005) los días que en que se produjeron más casos de suicidio son los martes, sábados y domingos. La tendencia es similar año con año con ligeras variaciones. El día menos utilizado para suicidarse es el viernes.
20. En relación a las horas en que ocurrieron los suicidios, la tendencia mayor para el período estudiado se marca sobre todo una vez pasado el medio día, el índice más alto está comprendido entre las 3:00 de la tarde a las 9:00 de la noche, horas en las cuales ocurrieron el 30% de los suicidios, porcentaje que corresponde a 96 casos. El menor número de suicidios ocurrió durante la madrugada (de las 00:01 a las 6:00 horas).
21. Los meses en que más suicidios ocurrieron en el período fueron entre abril y mayo y posteriormente entre septiembre y octubre, tendencia que se mantiene para cada uno de los años estudiados, con ligeras variaciones.
22. En relación a la ocupación o el oficio que desarrollaban las personas que se suicidaron en la región centro sur oriente y que fueron reportadas a la Dirección de Medicina Forense, se refleja que casi la totalidad de ellas desarrollaba una actividad laboral o tipo de empleo propio de estratos más pobres de la sociedad. Esto se relaciona con niveles de escolaridad bajos, lo que induce a pensar que, entre otros, los problemas de índole socioeconómicos orillan a las personas al suicidio. Sin embargo, la relación entre nivel socioeconómico y mortalidad por suicidio no son muy claros en los estudios que se han realizado ya que la mayor parte de ellos arroja resultados dispares, lo cual es de esperarse ya que en cada caso y región entran en juego diversas variables.
23. Tomando en cuenta el sub-registro existente y que aparecen en las estadísticas como dato no consignado, el 30% de esta población suicida no estaba realizando ninguna actividad económicamente productiva y comprende los oficios domésticos (37 casos), estudiantes (36 casos) y desempleados y jubilados (19 casos).

24. De acuerdo a los datos recabados en el presente estudio, el lugar que con mayor frecuencia es seleccionado para la realización del suicidio es la propia casa, tanto en el área urbana como en la rural. En un poco más del 50% de los casos, este dato no fue consignado, sin embargo, en el porcentaje restante, el 35% de las veces fue la residencia el lugar donde se realizó el suicidio. En muchas ocasiones la preferencia por determinados sitios está cargada de elementos subjetivos y simbólicos que vale la pena analizar en posteriores estudios.
25. En relación al estudio de los expedientes clínicos de autopsia de los archivos de la Dirección de Medicina Forense año 2002 al 2003, los hallazgos revelan que en el 38% de los casos la persona consumió alcohol, siendo en su mayoría personas del sexo masculino; el 3% ingirió benzodiazepinas y 1% barbitúricos. Lo que denota que el consumo de alcohol y en menor cuantía el uso de otras drogas influye en el desencadenamiento del suicidio, constituyéndose ese consumo en un fuerte factor de riesgo suicida.
26. La presencia de alcohol en suicidas registrada en los años 2002 y 2003, se presentó mayoritariamente en las personas comprendidas entre los 23 y los 27 años de edad, en su mayoría del sexo masculino.
27. Aunque existe un alto déficit en cuanto a la consignación del motivo aparente del suicidio (43%), los motivos conocidos más altos corresponden por un lado, a los conflictos que la víctima tenía con su pareja (esposa, amante o novia) y, por otro, a estados depresivos lo que definitivamente marca una tendencia importante para la realización de posteriores estudios. Sin embargo, todos los motivos conocidos en el presente estudio tienen relación directa con conflictos de tipo doméstico lo que nos habla de la incapacidad existente en muchos núcleos familiares para afrontar situaciones de crisis con uno o varios miembros de la familia.
28. En relación con la patología mental y el suicidio se estableció a partir del análisis de los expedientes que el 11% presentaban depresión, el 2% esquizofrenia y el 1% trastornos maníaco depresivos. Constituyendo la depresión un factor de riesgo importante en relación con mortalidad y morbilidad por suicidio.
29. Los datos obtenidos en el estudio reportan que un 11% de las personas que fallecieron por suicidio tuvieron intentos suicidas. Sabemos que los intentos de suicidio adquieren un valor predictivo de la conducta a seguir del individuo y constituyen un riesgo en la medida que se repiten estas actuaciones.
30. Estudios diversos vinculan repetidos intentos de suicidio a la población adolescente y a jóvenes adultos. En los registros estudiados, la población que tuvo intentos previos de suicidio según los datos consignados, se encuentran

efectivamente entre esta población joven. La mayor parte de los casos se produjo en jóvenes que al momento de la muerte tenían entre 15 y 22 años. El otro grupo vulnerable se registra entre los 33 y los 42 años.

31. Además señala que de las personas que fallecieron por suicidio un 23% recibieron atención médica en el Hospital Escuela, y algunos fueron referidos de centros de salud donde fueron atendidos por consumo de pastillas de fosforo de aluminio, herbicidas y por ahorcadura. Tanto los intentos de suicidio como los suicidios en general constituyen un problema de salud pública. Situación que debe ser retomada por el sistema de salud en relación con la atención médica de los intentos de suicidio que requieren sean evaluados por médicos psiquiatras ya que estos servicios no tienen cobertura nacional y muchas veces estos casos pasan desapercibidos en los centros de atención en general debido a que no existe capacitación especializada como parte de las políticas institucionales. El manejo especializado de estos casos tendría como objetivo la disminución de la mortalidad por suicidio.
32. Muchos especialistas aseguran que la persona con tendencia suicida de alguna manera anuncia el acto que pretende cometer y que los intentos suicidas, por ejemplo, son en el fondo avisos de una acción mayor. Otras personas no realizan intentos previos, pero si comunican expresamente lo que pretenden hacer, pero por lo general sus amigos o parientes no les toman en serio. En el presente estudio, el 16% de los casos registrados en los expedientes de autopsia, manifestaron su intención de suicidarse, algunos bajos los efectos del alcohol, otros mientras atravesaban estados depresivos. Es posible que muchos otros hayan anunciado de alguna manera su intención, pero este es un dato que no se consigna a menos que exista una información específica aportada por un pariente, amigo o conocido que haya tenido contacto con la persona fallecida, de lo contrario quizá nunca podrá saberse si el suicida anunció su muerte.
33. Los factores de riesgo en la conducta suicida identificados en el estudio realizado nos lleva a entender que dichos actos no son producto de una sola causa, más bien es el resultado de una combinación de factores relacionados con situaciones psico-sociales, edad, sexo, nivel cultural, uso de alcohol, drogas de abuso, así como de trastornos psiquiátricos.
34. La información de muertes por suicidio fue obtenida de la Dirección de Medicina Forense, se recolectó del libro de registro de entradas de autopsias y levantamientos cadavéricos de las zonas centro y sur oriental del país siendo importante mencionar que el dato más completo fue recabado de los expedientes llenados por los peritos forenses, existiendo un déficit con relación a la información, por lo que no fue posible obtener los datos en su totalidad. Los registros presentados aunque no representan el número exacto de suicidios si

expresa la magnitud del problema, por lo que se requiere tanto de la realización de más estudios como de actividades preventivas.

IX. RECOMENDACIONES

- a. Elaboración y realización de programas de prevención del suicidio que se incluyan dentro de las políticas nacionales tales como la conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio que internacionalmente se ha reservado en el mes de septiembre y otros programas especiales en los que se incluyan organismos de defensa de la vida, la Secretaría de Salud, las instituciones que analizan los fenómenos de la violencia, entre otros.
- b. Realización de jornadas especiales de entrenamiento para al personal médico-sanitario a fin de poner en marcha medidas dirigidas a reducir los riesgos de la depresión, el alcoholismo y otros factores de importancia que acentúan las conductas suicidas.
- c. Realización de más investigaciones a corto plazo y a nivel nacional sobre diversos aspectos que se relacionan con el suicidio en las cuales se puedan involucrar profesionales de diferentes disciplinas.
- d. Es urgente mejorar los servicios de salud en la atención de personas con riesgo suicida y ampliar la cobertura a nivel nacional, haciendo énfasis en la atención de la población adolescente y joven. Asimismo, se debe proporcionar formación y capacitación a este personal de salud para la detección y manejo de personas con riesgo suicida.
- e. Crear equipos de trabajo, observatorios o comisiones multidisciplinarias que recolecten los datos de intentos suicidas y suicidios de las diferentes instituciones como ser Secretaría de Salud, Dirección de Medicina Forense, Secretaría de Seguridad y monitorear periódicamente estos sistemas de vigilancia.
- f. Mejorar la calidad del dato en las instituciones responsables de llevar los registros de hechos violentos; lo que se logrará mediante la revisión e introducción de nuevas variables en los instrumentos de recolección, y por consiguiente incrementará las bases de datos. Deviene obligada la capacitación al personal involucrado en el manejo de protocolos de autopsias y levantamientos de cadáveres.

- g. Desde los programas académicos especiales como el Diplomado en Violencia y Convivencia Social y las instituciones del Estado, buscar el patrocinio de organismos internacionales como la OPS y OMS a fin de realizar programa orientados a hacer conciencia en la población sobre la problemática del suicidio y sus secuelas.
- h. Establecer una Semana de Prevención del Suicidio en las que se incluyen sesiones especiales de entrenamiento al personal médico-sanitario, conferencias especiales por expertos de máximo nivel, así como debates y discusiones sobre el suicidio y las formas para evitarlo y prevenirlo.
- i. Es necesaria y urgente la creación de políticas estatales en relación a la regulación de la distribución y venta de agroquímicos principalmente el fosforo de aluminio ya que este está implicado en un alto porcentaje de muertes por suicidio a nivel nacional.
- j. Promover el apoyo y la conciencia de los medios de comunicación a fin de mejorar el tratamiento de las noticias en las cuales se informa sobre víctimas de suicidio a fin de evitar la imitación y el estigma que este tipo de situaciones pueda provocar en la familia afectada.

X. FUENTES CONSULTADAS

- Delatibodier, Rita. Entrevista como Jefe del Departamento de Psiquiatría Forense. 2005.
- Departamento de Epidemiología del Hospital Escuela de Tegucigalpa. Unidad de Análisis. 2005.
- Durkheim E., El Suicidio (1897). Reeditado PREMIA editora S.A., Tlahuapan, Puebla. 1987.
- Gastaminza, X., Vacas, R. & Ros, S. La Conducta suicida en la infancia y la adolescencia. En S. Ros (Ed). La conducta suicida Madrid, España, 1998.
- Gisbert Calabuig, Juan A., *Medicina Legal y Toxicología*. Editorial Masson. Barcelona, España. 2000.
- Informe Anual de Labores del Ministerio Público. Honduras, 2004.
- Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS. 2001.
- Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., 2002.
- Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2003.
- Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia, Investigación sobre la *Prevalencia del Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria*, Unidad de Investigación Científica de la UNAH y IHADFA, 2002.
- Instituto Nacional de Estadística, INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.
- López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez B. “Efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del período de muerte”. *Tendencias de la mortalidad en España, 1952-1996*. (Web page).
- Moreno Martín, F. Violencia y Salud Pública. En A. Sarría (Ed), *Promoción de la salud en la comunidad*, Madrid: UNED. 2001.
- Muñoz, César, *La “in-comunicación” de un suicida*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, ENEP Aragón, 2002, Tesis de Licenciatura en Comunicación y Periodismo.
- Organización Mundial de la Salud (1969). *Prevención del Suicidio*. 35. Ginebra: OMS.
- Osava, M. *Población América Latina: La muerte por propia mano*. Inter Press Service.
- Perez Barrero, Sergio A., *Glosario de Términos Suicidio lógicos*. [www.Psicología Online](http://www.PsicologíaOnline.com)>Ebooks. Santiago de Cuba.1999.
- Asamblea Mundial de la Salud (1996). *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*, Resolución WHA49.25.

- Sarró, B. y de la Cruz, C., “Los Suicidios”. Editorial Martínez Roca. Barcelona, 1991.
- Secretaría Departamental de Salud del Tolima – Instituto Cisalva. Diagnóstico de Salud Mental en Ibagué 2003 – 2004. Cali, Colombia.
- Souris, M. *Prevention du suicide. Cours programmé a l’ usage des médecins*. Paris, 1975. Citado por Sarró, B. y de la Cruz, C. “Los suicidios”. Editorial Martínez Roca, Barcelona. 1991.
- Web page: <http://www.euro.int/providapress>
- Zetino Duarte, M., Teorías social criminológicas básicas acerca de la delincuencia juvenil. Suecia, 1996.