

EL SUICIDIO EN COSTA RICA EN EL AÑO 2005

*Dr. Allan Chaves Moreno,
Dr. Édgar Madrigal Ramírez,
Dr. Maikel Vargas Sanabria,
Dra. Zarela Abarca Villalobos **

Resumen:

Si bien en Costa Rica la tasa de suicidios por 100000 habitantes históricamente se ha encontrado por debajo de 10 por 100 mil habitantes, lo cual es bajo comparado a otros países, existen múltiples factores de riesgo, tanto sociales (pobreza, desempleo, drogadicción) como psicológicos (depresión, duelo) que son significativamente frecuentes y podrían incrementar estas cifra. En el presente artículo se pretende brindar un panorama actualizado acerca del suicidio en nuestro país, para ello se realizó un análisis de las 309 muertes suicidas ocurridas en el año 2005, con lo que se obtuvo un perfil del individuo que logró acabar con su vida. Se trató de víctimas predominantemente de género masculino, en edades económicamente activas, costarricenses, tanto solteros como casados, con una mayor tasa de mortalidad por suicidio en Cartago, el mecanismo utilizado más comúnmente fue la asfixia por ahorcadura, con mayor frecuencia en los días lunes, en los meses de marzo, julio y octubre.

Palabras clave:

Suicidio en Costa Rica, muerte violenta, patología forense, asfixia por ahorcadura, alcohol, drogas de abuso.

Abstract:

Historically, suicide rate in Costa Rica has been under 10 by 100000 people. This rate is lower than other countries, but now, there are a lot of conditions in costarican population: social factors like poorness, unemployment and drug dependence; and pscycological factors like depression and other emotional diseases. This conditions are increasing in the last years and suicide rate could also increases. In this paper we present an actualized analysis about this phenomenon in Costa Rica. We analyzed 309 suicide deaths in 2005. We obtain a profile of this people: they were predominantly of masculin gender, in productive ages, married and singles, that died predominantly in monday, in march, july and october and in the province of Cartago. Also, the main mechanism utilized was death by hanging.

Key words:

Suicide in Costa Rica, violent death, forensic pathology, death by hanging, alcoholism, drug dependence.

* *Médicos forenses (los dos primeros) y residentes (los restantes) del Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial, Costa Rica. achavesm@poder-judicial.go.cr, mvargassa@gmail.com*

Recibido para publicación 03 de enero del 2008. Aceptado: 18 de febrero del 2008.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es la muerte producida por uno mismo, con la intención precisa de poner fin a la propia vida⁽¹⁾. Es una forma relativamente frecuente de muerte sobre todo en ciertos grupos sociales, edades y países.

Según estadísticas internacionales, aproximadamente 1 millón de personas en todo el mundo se suicidan cada año. Las estimaciones realizadas indican que en el año 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones.

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales.

Debido a que el suicidio es una muerte violenta, requiere siempre de una investigación judicial en la que la intervención y la autopsia médico legal realizadas por un especialista en Medicina Forense, son indispensables. Esto permite, entre otras cosas, que se establezcan adecuadamente las causas de muerte y se documenten los factores sociodemográficos involucrados en cada caso.

La identificación de estos factores es lo que determinará que se puedan realizar intervenciones sociales que minimicen el problema de salud que representa el suicidio en cada país. Sin duda alguna, el estudio y la prevención del suicidio es una responsabilidad que compete a todos los niveles sanitarios.

Es por ello, que se realizó el presente estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo, de los casos de suicidio registrados en la Morgue Judicial (Sección de Patología Forense del Departamento de Medicina Legal, del Organismo de Investigación Judicial) de Costa Rica, en el año 2005.

El suicidio

En los Estados Unidos, el número de muertes por suicidio en los últimos 20 años, excedió el número

de muertes por el SIDA⁽²⁾, siendo la tercera causa de muerte entre las personas de 10-19 años. El método más común en este grupo de edad fue por arma de fuego (49%), seguido por asfixia (la mayoría por ahorcadura) (38%) y la intoxicación o envenenamiento⁽³⁾.

Según reportes de ese país, las tasas de suicidio aumentan con la edad y alcanzan sus niveles más altos entre los estadounidenses a partir de los 65 años de edad.⁽⁴⁾

En cuanto a la distribución por género, el centro de control de enfermedades (CDC) reportó en el 2002, que la probabilidad de morir por suicidio es más de cuatro veces más alta entre los hombres que entre las mujeres. Sin embargo, las mujeres son más propensas que los hombres a intentar el suicidio.

Costa Rica está entre los países con tasas de mortalidad por suicidio menores de 10 por cada 100.000 habitantes, pero es probable que aumente si no se atienden adecuadamente toda una gama de factores que lo provocan⁽⁵⁾.

Según el estudio realizado por el Dr. Miranda y el Dr. Luis Del Valle sobre "La muerte violenta en Costa Rica"; en el año 2000, la tasa de suicidios en nuestro país fue de 6.2 suicidios por cada 100.000 habitantes, con predominio de víctimas de sexo masculino en una relación de 7,2 hombres por cada mujer. La provincia con la mayor tasa de suicidio fue Limón, seguida por San José y Cartago ambos en segundo lugar y, en tercer lugar la provincia de Heredia⁽⁶⁾. En ese año, el mayor número de víctimas se presentó en rangos de 20 a 39 años.

Entre los móviles o causas del suicidio, el mayor número de casos se presentó por problemas conyugales, seguido por problemas económicos y en tercer lugar por problemas pasionales.

Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios.

Las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio.

La conducta suicida es compleja. Los factores de riesgo de suicidio con frecuencia ocurren combinados y existen causas y factores de riesgo que no se pueden evitar, pero existen otros en los cuales es posible intervenir.

Los factores de riesgo de suicidio entre las personas mayores son diferentes a los de los jóvenes. Entre las personas de más edad se registra una mayor prevalencia de la depresión, un mayor uso de métodos altamente letales y el aislamiento social.

Tradicionalmente se ha descrito que los ancianos por encima de 65 y los jóvenes entre 15 y 30 años son grupos de edad con un riesgo aumentado de suicidio. También los divorciados, viudos y solteros.

En algunos países los porcentajes de suicidios son más altos en áreas urbanas mientras que en otros son más frecuentes en áreas rurales. Por su parte, la migración se encuentra relacionada con situaciones de pobreza, malas condiciones de vivienda, poco soporte social lo que incrementa el riesgo de suicidio.

Aunado a ello, indudablemente el alcohol y las drogas de abuso, juegan un papel preponderante en la producción de fallecimientos en circunstancias violentas o dudosas. El abuso de estas sustancias constituyen un patrón de conducta que debe ser de primer orden en la toma de decisiones con respecto a salud pública⁽⁷⁾.

Por ejemplo, según Del Valle (1992), en 1989 el 41,5% de las autopsias realizadas en las víctimas de suicidio, tuvieron presencia de etanol en sangre⁽⁸⁾, lo cual evidencia las implicaciones que tiene el alcohol en este tipo de muertes.

En el ámbito de la Medicina Forense, se han clasificado los métodos de suicidio en tres grandes grupos de mecanismo, que suelen ser los clásicos y más frecuentes⁽⁸⁾, a saber:

I. Asfixias:

La persona tiende a quitarse la vida por un método que sea más rápido, basado en impedir la respiración. Los dos métodos más típicos en este sentido son la constricción brusca y duradera de las vías respiratorias (asfixia por ahorcadura) y la inmersión en un medio, como el agua (asfixia por sumersión), que impida el intercambio gaseoso pulmonar.

La ahorcadura es el mecanismo más frecuente de suicidio. La sumersión es una forma propia del medio rural que se da más en zonas con grandes ríos o lagunas.

II. Grandes traumatismos:

Se busca el empleo de una fuerza que produzca lesiones mortales en el propio organismo. Pueden separarse en tres subgrupos principales:

- a) La fuerza es dada por el propio organismo, por ejemplo en la precipitación. La precipitación es una forma de tendencia creciente, que ya en algunas grandes ciudades ocupa el primer lugar. Se ha descrito proporcionalmente más frecuentemente en personas mayores y en mujeres.
- b) Se utiliza una gran fuerza exterior, por ejemplo el atropello por tren. Este es un método de uso frecuente en ciudades donde el tren es uno de los principales medios de transporte. Es el tipo de suicidio que presenta la mayor lesividad externa del cadáver con mutilaciones de gran extensión.
- c) Se emplea un instrumento con gran lesividad: heridas por arma blanca o por proyectiles de armas de fuego.
 - a. El suicidio por arma de fuego es cada vez más usado, principalmente en países, como Estados Unidos, donde la disponibilidad de armas de fuego es mayor.
 - b. El suicidio por arma blanca, representa poco más del 5% del total de suicidios, tasa que se ha mantenido a lo largo del siglo. Deben considerarse sobre todo, las lesiones

a nivel del cuello, con sección del paquete vascular, y en región precordial.

III. Intoxicaciones:

Las sustancias que se utilizan con fines suicidas, han cambiado a lo largo de la historia. Actualmente los de uso más frecuente son: medicamentos, productos de uso doméstico y los plaguicidas y menos frecuente el monóxido de carbono.

Existen otros mecanismos de suicidio que son menos comunes, o al menos “propios” de ciertas áreas geográficas. En este sentido, años atrás eran frecuentes los suicidios estilos bonzos, impregnando las ropas con líquidos combustibles, a las que se prende fuego.

Por su parte, los suicidios con fines terroristas son cada vez más frecuentes, especialmente en países de grandes conflictos; en estos casos se colocan un dispositivo explosivo atado a alguna parte del cuerpo y provocan una explosión.

En Costa Rica, la Sección de Patología Forense del Departamento de Medicina Legal, perteneciente al Organismo de Investigación Judicial, es la encargada de realizar todas las autopsias médico legales del país, por lo cual, todas aquellas muertes violentas que ocurren en Costa Rica, y en específico, las suicidas, son investigadas en este centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico retrospectivo, de tipo descriptivo. Se revisaron 2741 dictámenes médico legales correspondientes a todas las autopsias realizadas en la Sección de Patología Forense, del Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial de Costa Rica, entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2005, y de éstos, se seleccionaron aquellos en los que el Médico Forense, consignara la manera de muerte como suicida.

En los casos en que se estableció la manera de muerte suicida, aparte del dictamen médico legal se revisó el protocolo de autopsia (documento que incluye los resultados completos de la autopsia) y el dictamen

criminalístico emitido por la Sección de Toxicología del Departamento de Ciencias Forenses.

Se aplicó un instrumento de recolección de datos en el programa Excel que incluyó las siguientes variables:

Variables demográficas

- Género de las víctimas
- Edad: se hizo una distribución en categorías, tanto en grupos de lustros, como de grupos etarios específicos (infantes, adolescentes, adultos jóvenes, adultos y adultos mayores)
- Estado civil: se catalogaron como solteros, viudos, divorciados, casados o en unión libre.
- Nacionalidad
- Ubicación geográfica: se distribuyeron los casos de acuerdo a la provincia donde fallecieron o fueron encontrados y en la que residían, para un total de 7 categorías en cada una.
- Ubicación temporal: se clasificaron los casos de acuerdo al día de la semana y mes del año en el que murieron.
- Ocupación: se agruparon según la clasificación Internacional de Ocupaciones CIUO-88

Variables toxicológicas

- Drogas de abuso: se clasificaron los casos de acuerdo a si el reporte de estudios por drogas de abuso (cocaína, marihuana, derivados de opio) resultó positivo, negativo o si del todo no fue solicitado. También se incluyó una categoría de no disponible por si no se contaba con el reporte toxicológico. De los positivos, se anotó la(s) droga(s) encontradas.
- Alcohol etílico: se distribuyeron los casos como positivos, negativos, no solicitados o no disponibles, de acuerdo a lo anotado en los informes toxicológicos. De los positivos, se anotó el nivel de alcohol en sangre en mg %.

Variables tomadas del dictamen médico legal

- Causas de muerte: para su estudio se dividió el total de casos en 12 categorías, para ello tomó en cuenta lo anotado como causa que origina la muerte, a saber: Asfixia por ahorcardura, Herida por proyectil de arma de fuego (HPPAF), Herida por arma blanca (HAB), Intoxicación con inhibidores de colinesterasa, Intoxicación por paraquat, Intoxicación con otros agroquímicos, precipitación, inmolación. Una última categoría denominada “otros” incluyó aquellos dictámenes en los que se anotó cualquier otra causa diferente a las anteriores.

Los datos fueron analizados con los programas EPI INFO 2000 y Excel.

RESULTADOS

El total de casos de suicidio en Costa Rica en el año 2005 fue de 309. Esto representa el 11,27% del total de autopsias médico legales (2741) realizadas en la sección de Patología Forense en ese año, y el 18% del total de muerte violentas (1715).

La tasa de mortalidad por suicidio para la población del 2005 (4 215 569)⁽⁹⁾ fue de 7.32 por 100 mil habitantes.

Analizando los datos de cada una de las variables estudiadas, se obtuvo lo siguiente.

Tal y como se observa en el cuadro 1 y gráfico 1, en lo que respecta al género de las víctimas de suicidio, existe una clara predominancia masculina. Tan es así, que la razón de masculinidad es de 6, indicando que la proporción hombre – mujer de la incidencia del suicidio para ese año fue de aproximadamente 6:1.

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN GÉNERO, COSTA RICA, 2005

GÉNERO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Masculino	265	85.8
Femenino	44	14.2
TOTAL	309	100

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial



La tasa de mortalidad por suicidio por 100000 habitantes para el género masculino fue de 12.37, mientras que la de las mujeres fue de 2.12; de modo que la proporción 6:1 se sigue conservando después de la estandarización poblacional.

Lo anterior es congruente con otros estudios que se han realizado en nuestro país, como el de Cano⁽¹⁰⁾ en el periodo 1998 – 2000, donde las relaciones hombre/mujer exactas fueron 6,96:1, 7,16:1 y 7,13:1 respectivamente, con lo que se infiere que ésta ha disminuido de 7:1 a 6:1 con respecto a los años en estudio.

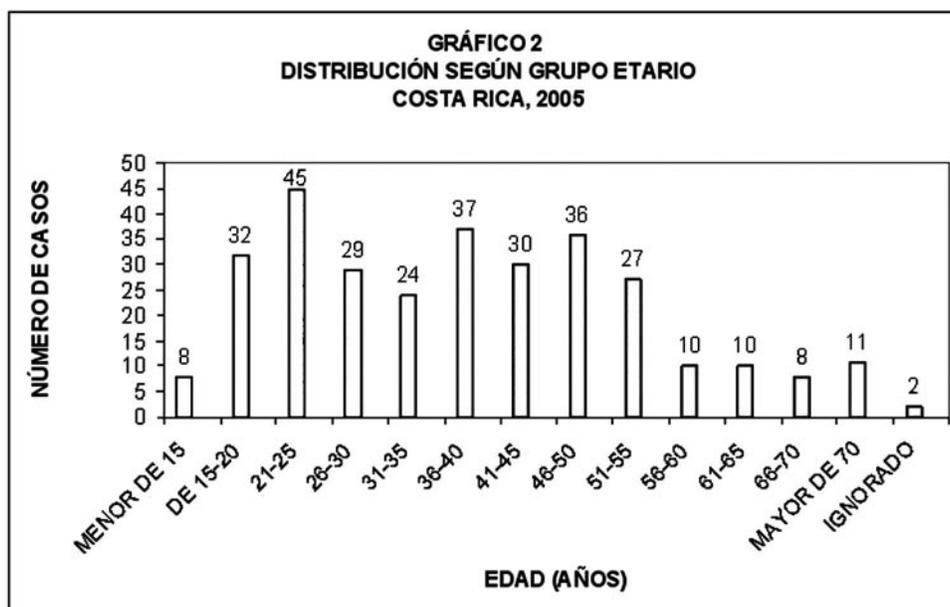
Ahora bien, con respecto a la edad, el promedio fue de 38,4 años, con una desviación estándar de 15,8 y un intervalo de confianza de 1,76, obteniéndose con este último los límites superior de 40,1 años y el inferior, de 36,6; con una mediana en 37 años y la moda en 48 años. Es importante destacar que tanto la mediana como el promedio se ubican en la cuarta década de la vida.

En el cuadro y gráfico número 2 se muestra la distribución según grupos etarios, observándose que es en la tercera, cuarta y quinta décadas de la vida donde se presentaron la mayoría de las muertes suicidas, destacándose los grupos etarios de 21 a 25 años, 36 a 40 y 46 a 50 años.

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN GRUPO ETARIO, COSTA RICA, 2005

GRUPO ETARIO	NUMERO DE CASOS
Menor de 15	8
De 15-20	32
21-25	45
26-30	29
31-35	24
36-40	37
41-45	30
46-50	36
51-55	27
56-60	10
61-65	10
66-70	8
Mayor de 70	11
Ignorado	2
TOTAL	309

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial



Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial

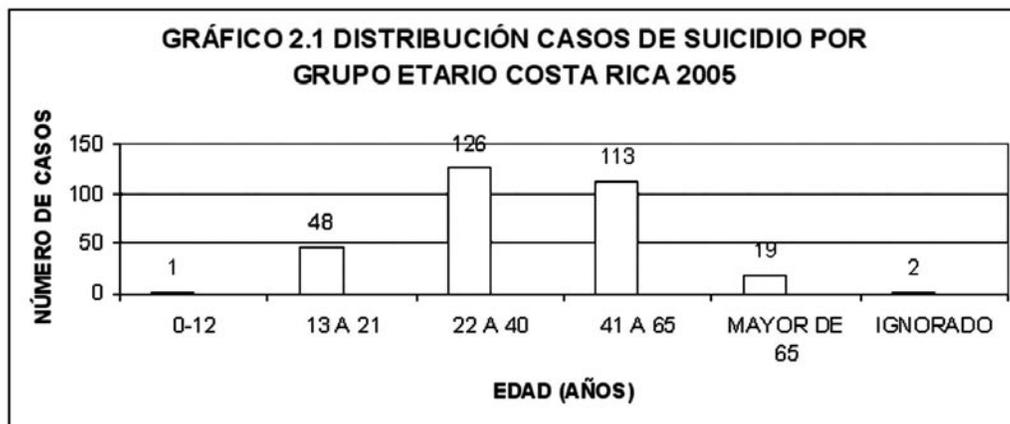
Por otra parte, en el cuadro 2.1 se nota que los adultos jóvenes (22 a 40 años) seguidos de los

adultos maduros (41 a 65 años) fueron los grupos en que más se presentaron este tipo de muerte.

CUADRO 2.1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN GRUPO ETARIO, COSTA RICA, 2005

GRUPO ETARIO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
0-12	1	0.3
13 A 21	48	15.5
22 A 40	126	40.8
41 A 65	113	36.6
MAYOR DE 65	19	6.1
IGNORADO	2	0.6
TOTAL	309	100

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial



Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial

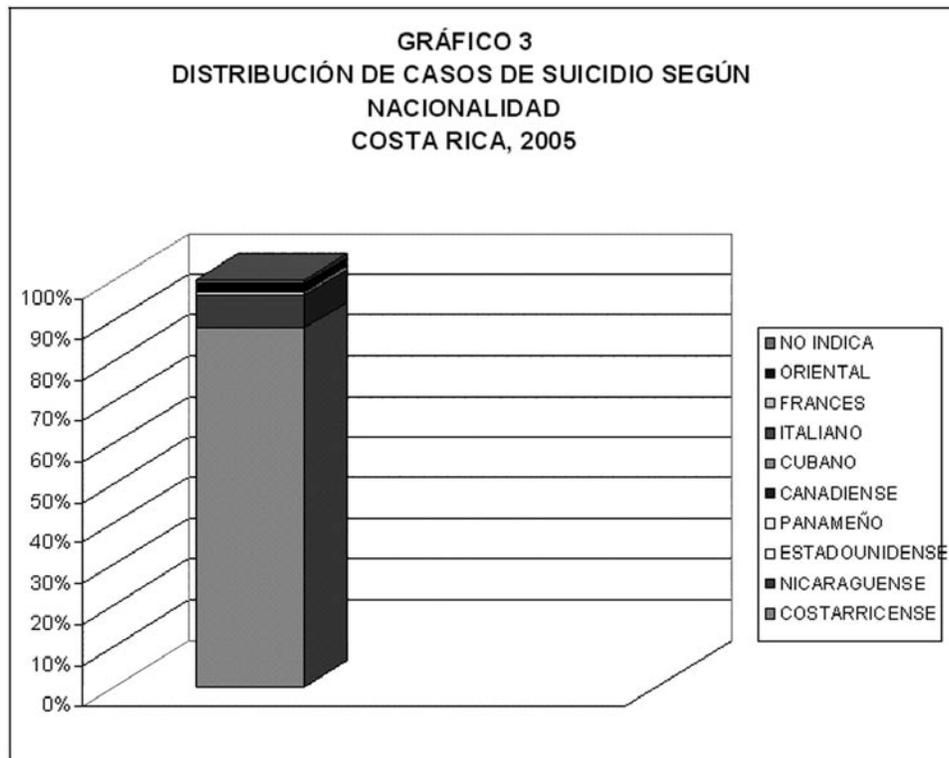
Al comparar estos datos con el trienio 1998-2000⁽¹⁰⁾, se obtiene que la cuarta década de la vida sigue siendo uno de los grupos etarios más frecuentemente afectados, aunque en el 2005 también sobresalieron las décadas anterior y posterior (tercera y quinta); representando la población económicamente activa de 77% de los casos.

En lo referente a la nacionalidad, en el cuadro 3 y su gráfico, se observa claramente que los costarricenses predominaron en el 2005, con 272 de los 309 casos. Sin embargo, no se puede homogenizar la población para establecer tasas por nacionalidad, pues no se cuentan con datos reales de poblaciones como la nicaragüense, que es tan fluctuante.

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN NACIONALIDAD, COSTA RICA, 2005

NACIONALIDAD	NUMERO DE CASOS
Costarricense	272
Nicaragüense	24
Estadounidense	3
Panameño	1
Canadiense	2
Cubano	1
Italiano	1
Francés	1
Oriental	1
No indica	3
TOTAL	309

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial



Con respecto a estudios como el mencionado anteriormente del trienio 1998 al 2000, se pueden comparar frecuencias absolutas como el número de nicaragüenses, que para 1998 fue de 9, para 1999 de 16 y para el 2000 de 14. Mientras que para el 2005 fue de 24, con lo que se puede afirmar que específicamente en este grupo de extranjeros las cifras han venido en aumento, probablemente debido a razones migratorias masivas.

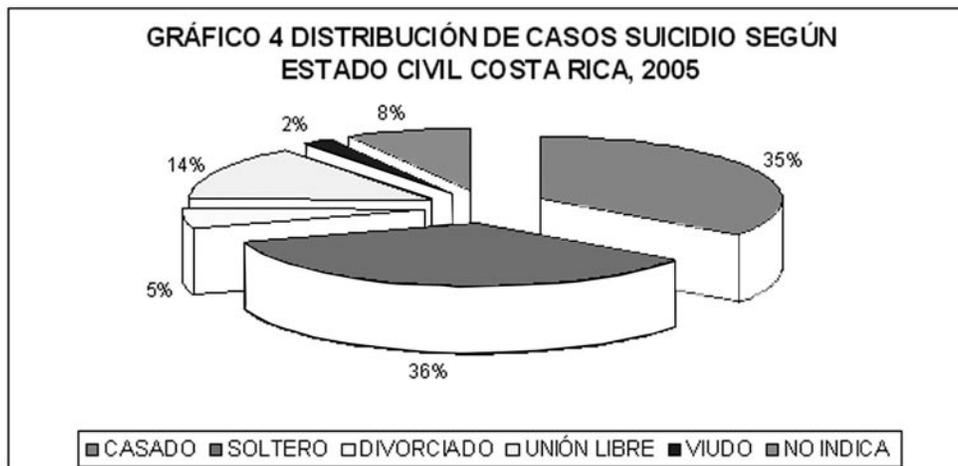
Asimismo, en cuanto a las categorías de extranjeros predominantes, en el periodo 1998 a 2000 fueron los nicaragüenses seguidos de los estadounidenses y para el 2005, como se observa en la tabla de datos, continuó siendo así.

La distribución de los suicidios según el estado civil, se muestran en el cuadro y gráfico 4.

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN ESTADO CIVIL, COSTA RICA, 2005

ESTADO CIVIL	NUMERO DE CASOS
Casado	107
Soltero	110
Divorciado	16
Unión libre	44
Viudo	6
No indica	26
Total	309

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial



Estos resultados muestran que tanto los solteros como los casados tienen una alta incidencia de suicidios, comparadas con el resto de los grupos estudiados. Asimismo, esta distribución se ha mantenido en el tiempo en Costa Rica, según el estudio de Cano⁽¹⁰⁾.

Otros estudios a nivel mundial, han mostrado divergencias en estos resultados, observándose

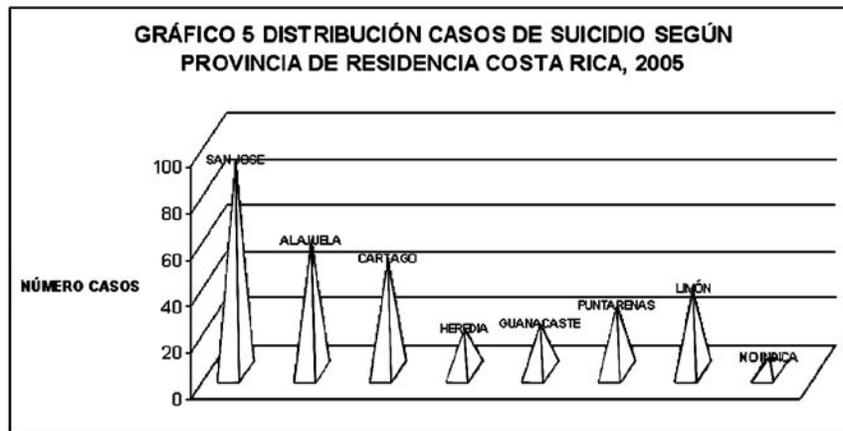
por ejemplo en la población española⁽¹¹⁾, una mayor incidencia en viudos y separados.

El cuadro 5 y el gráfico 5, muestran la incidencia de suicidios por cada provincia de Costa Rica, refiriéndose ésta, a la provincia en la cual habitaba el occiso.

CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN PROVINCIA DE RESIDENCIA, COSTA RICA, 2005

PROVINCIA DE RESIDENCIA	NUMERO DE CASOS
San José	92
Alajuela	57
Heredia	19
Cartago	49
Guanacaste	21
Puntarenas	29
Limón	36
No indica	6
Total	309

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial



Los datos arrojaron, que la mayor cantidad de suicidios se presentaron en residentes de las provincias del gran área metropolitana; que en orden decreciente fueron: San José, Alajuela y Cartago.

Sin embargo, al obtener las tasas de cada provincia (Cuadro 5.1), con la población estimada

al 1° de julio del 2005 por el Instituto Nacional de Estadística y Censo de Costa Rica (INEC), se observa que la provincia de Cartago fue la que obtuvo la mayor tasa, con un 33,8 por 100 mil habitantes, seguidas por Puntarenas 25,4, Limón 9,4; y Alajuela y Guanacaste con 7,2 por 100 mil habitantes cada una.

CUADRO 5.1 TASA DE SUICIDIO GENERAL Y POR PROVINCIA, COSTA RICA, 2005

PROVINCIA	POBLACIÓN *	TASA (POR 100 MIL HABIT)
San José	1 480 140	6.21
Alajuela	793 746	7.2
Cartago	144 836	33.8
Heredia	391 358	4.8
Guanacaste	292 438	7.2
Puntarenas	113 927	25.4
Limón	382 835	9.4
Costa Rica	4 215 569	7.32

* Datos poblaciones según INEC.

Las tasas que obtuvo Cano en su estudio del trienio 1998 al 2000, las tasas fueron Puntarenas 5,03, Cartago 7,3, Guanacaste 4,83; siendo Limón la que obtuvo la mayor tasa promedio, con 10,98 por 100 mil habitantes.

Las variables que incluimos en nuestro estudio, no nos permiten establecer cuáles fueron las razones precisas para encontrar tales diferencias,

siendo éste un tema pendiente para una futura investigación.

De acuerdo a la distribución de casos según el lugar donde ocurrió el acto suicida (Cuadro 6), es interesante observar que coinciden en gran parte con la distribución mostrada en el Cuadro 5; lo que nos hace pensar que el individuo que decide quitarse la vida, usualmente lo hace en la misma provincia de su lugar de residencia.

CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN LUGAR DEL HECHO, COSTA RICA, 2005

LUGAR DEL HECHO	NUMERO DE CASOS
San José	91
Alajuela	59
Heredia	17
Cartago	50
Guanacaste	23
Puntarenas	31
Limón	38
Total	309

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial

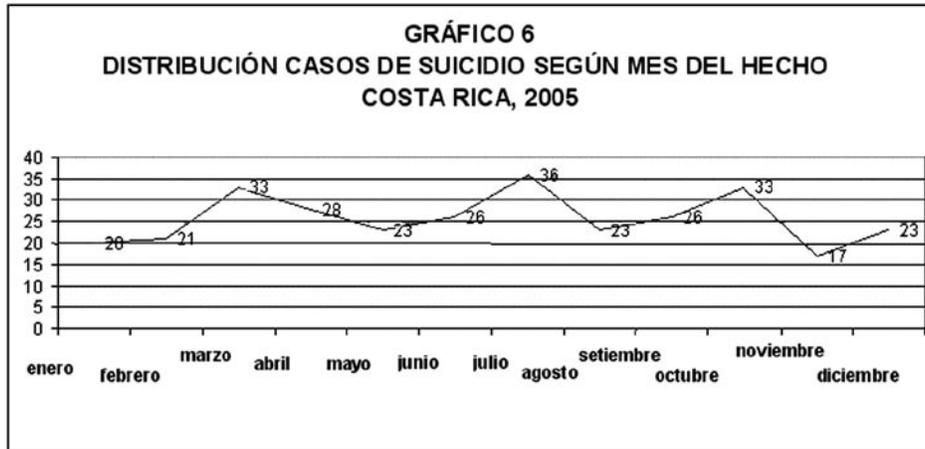
El cuadro 7 y gráfico 6 muestran los tres meses en que se presentaron mayor cantidad de casos de suicidio: marzo, julio y octubre. Esto, contrario a

la creencia popular de que los suicidios se llevan a cabo con mayor frecuencia en los meses de fin y principio de año.

CUADRO 7. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN MES DEL HECHO, COSTA RICA, 2005

MES DEL HECHO	NUMERO DE CASOS
Enero	20
Febrero	21
Marzo	33
Abril	28
Mayo	23
Junio	26
Julio	36
Agosto	23
Setiembre	26
Octubre	33
Noviembre	17
Diciembre	23
Total	309

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial



Por su parte, según el cuadro 8, los días en que mayor se presentaron los suicidios fueron los dos primeros días de la semana, a saber Domingo y Lunes, lo cual coincide con el estudio de Cano.

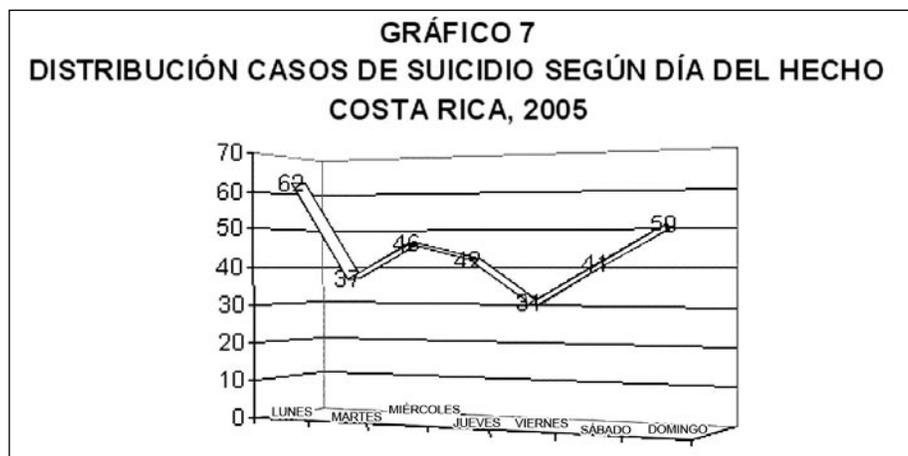
la población en riesgo, por las altas expectativas y exigencias que representa iniciar una nueva semana, desde el punto de vista laboral, económico, escolar, etc.

Esta información puede sugerir que el inicio de la semana representa un factor estresante para

CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN DÍA DEL HECHO, COSTA RICA, 2005

DIA DEL HECHO	NUMERO DE CASOS
Lunes	62
Martes	37
Miércoles	46
Jueves	42
Viernes	31
Sábado	41
Domingo	50
TOTAL	309

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal.



En el cuadro 9 y gráfico 8, se muestran los principales mecanismos utilizados en el acto suicida, que en orden descendiente fueron: asfixia por ahorcadura, intoxicaciones y heridas por proyectil de arma de fuego.

Es interesante la diferencia presentada con las estadísticas en otros países como Estados Unidos,

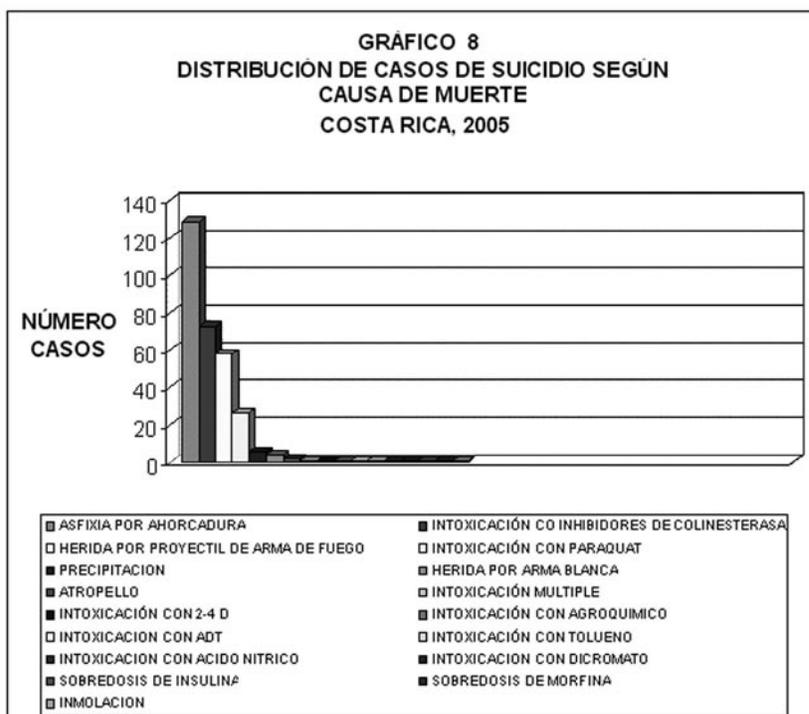
en las que las heridas por arma de fuego fueron más frecuentes, al menos en la población joven.

Asimismo, en España en el 2002⁽¹²⁾, la asfixia por sumersión representó uno de los mecanismos más utilizados para el suicidio, situación muy diferente a la de nuestro país que en el 2005 no registró ninguno de este tipo.

CUADRO 9. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN CAUSA DE MUERTE, COSTA RICA, 2005

CAUSA DE MUERTE	NUMERO DE CASOS
Asfixia por ahorcadura	129
Herida por proyectil de arma de fuego	58
Herida por arma blanca	4
Intoxicación con inhibidores de colinesterasa	73
Intoxicación con paraquat	27
Intoxicación múltiple	1
Intoxicación con otras sustancias	6
Sobredosis de insulina	1
Sobredosis de morfina	1
Atropello	2
Precipitación	6
Inmolación	1
TOTAL	309

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial



Con respecto a la asociación de suicidio con consumo agudo de drogas de abuso, de las 275 autopsias a las cuales se les solicitó el estudio, sólo en 44 casos resultaron positivos (14,2%), en dos no se pudieron determinar por el estado de putrefacción del cadáver y 11 se encontraban pendientes al momento de la recolección de los

datos. La droga más frecuentemente usada fue la cocaína (cuadro 11).

En vista de la falta de uniformidad en cuanto a la solicitud y reporte de los datos toxicológicos, no es posible establecer una conclusión adecuada de estos resultados.

CUADRO 10. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN ASOCIACIÓN AL CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO, COSTA RICA, 2005

DROGAS DE ABUSO ASOCIADAS	NUMERO DE CASOS
Si	44
No	218
Indeterminada	2
No reportada	11
No solicitada	34
TOTAL	309

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial

CUADRO 11. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN TIPO DE DROGA DE ABUSO ASOCIADA, COSTA RICA, 2005

TIPO DE DROGA	NUMERO DE CASOS
Opiáceas	2
Opiáceas y Otros	1
Cocaína	28
Cocaína + Etanol	6
Canabinoides	1
Bzd	2
Bzd Y Otros	2
Barbitúricos	1
Isopropanolol Y Otros	1
Total	44

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial

Los cuadros 12 y 13 muestran los resultados concernientes a la determinación de etanol en sangre.

De los exámenes solicitados (291), 89 fueron reportados como positivos por etanol lo cual

representa un 30.58% de esos. En 8 casos no se pudo determinar por putrefacción y 10 no habían sido reportados al momento de la recolección de los datos.

CUADRO 12. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN PRESENCIA DE ETANOL EN SANGRE, COSTA RICA, 2005

ETANOL EN SANGRE	NUMERO DE CASOS
Ausente	184
Presente	89
No fue solicitado	18
No se pudo determinar	8
No se ha reportado	10
Total	309

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial

El 74,15% de los resultados positivos, correspondieron a alcoholemias mayores a 100

mg/100 mL (cuadro 13), que se traducen en estados de ebriedad, en diferentes niveles.

CUADRO 13. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN NIVEL DE ALCOHOL EN SANGRE, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE CÓRDOBA⁽¹³⁾ COSTA RICA, 2005

ALCOHOLEMIA MG/DL	NUMERO DE CASOS
Menos de 10	0
10 a menos de 100	23
100 a menos de 150	21
150 a menos de 200	17
200 o más	28
TOTAL	89

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial

El promedio de nivel de etanol en sangre fue: 158 mg/100 mL, con una desviación estándar de 93,25 y un intervalo de confianza entre 138,7 y 177,4 mg/100 mL. La mediana de los niveles fue de 153 mg/100 ml.

El nivel promedio de etanol, en la mayoría de los casos produce un sujeto quebrantado por los efectos de la embriaguez, con evidente sintomatología psicossomática⁽¹³⁾. Además se describe, con estos niveles, inestabilidad emocional, disminución de las inhibiciones, sentimentalismos y situaciones irracionales, pérdida del juicio crítico y deterioro

de la memoria; todo lo cual puede contribuir a tomar la decisión de quitarse la vida.

Sin embargo, igualmente a lo descrito en las drogas de abuso, esta falta de uniformidad en la solicitud de dichos laboratorios así como en los reportes de la alcoholemia, no permiten extraer conclusiones adecuadas con respecto a la relación entre el consumo agudo de alcohol y el suicidio.

El cuadro 14 y gráfico 9, muestran la distribución que tuvieron los casos según el grupo ocupacional al que pertenecía la víctima.

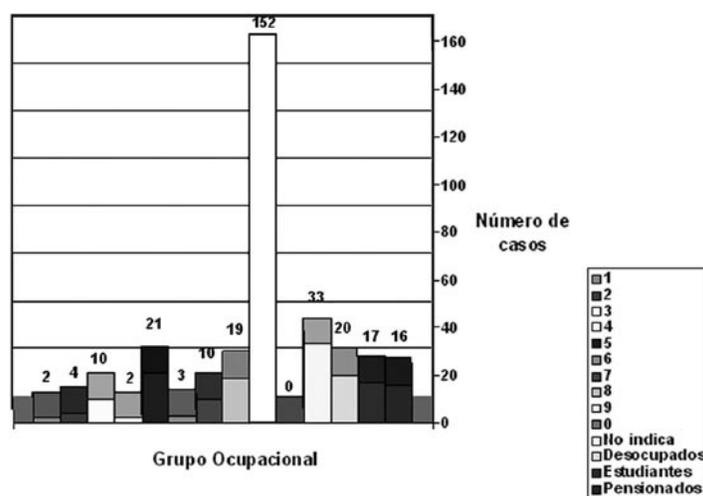
CUADRO 14. DISTRIBUCIÓN CASOS DE SUICIDIO SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL, COSTA RICA, 2005

Grupo	Ocupaciones* que incluye	N° de casos
1	Miembros del Poder Ejecutivo y de los Cuerpos Legislativos y personal directivo de la Administración Pública y de Empresas	2
2	Profesionales científicos e intelectuales	4
3	Técnicos y Profesiones de Nivel Medio	10
4	Empleados de Oficina	2
5	Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	21
6	Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros	3
7	Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	10
8	Operadores de instalaciones y máquinas y montadores	19
9	Trabajadores no calificados**	152
0	Fuerzas armadas	0
No indica		33
Desocupado		20
Estudiante		17
Pensionado		16
Total		309

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial.

* Clasificación Internacional de Ocupaciones CIUO-88. ** Corresponde a : trabajadores no calificados de ventas y servicios, vendedores ambulantes y afines, limpiabotas y otros trabajadores callejeros, personal doméstico y afines, limpiadores, lavaderos y planchadores, conserjes, lavadores de ventanas y afines, mensajeros, porteadores, porteros y afines, recolectores de basura y afines, peones agropecuarios, forestales, pesqueros y afines, peones de la minería, la construcción, la industria manufacturera y el transporte.

GRAFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SUICIDIO SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL, COSTA RICA, 2005

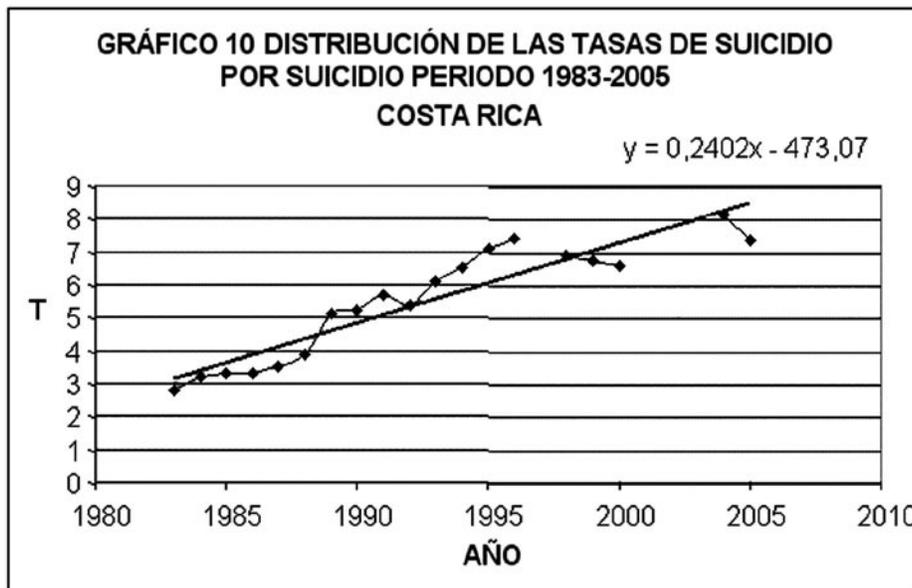


Hay una clara predominancia del grupo 9 denominado como "Trabajadores no calificados", correspondiendo a un total de 152 casos o sea, el 49% del total. De éstos, 55 casos correspondieron a peones agrícolas, para un porcentaje de 17,8% del total de casos.

El fácil acceso que tienen estos trabajadores a productos agroquímicos, principalmente plagui-

cidas, aunado a sus bajos ingresos y a que históricamente Costa Rica ha sido un país agrícola, podrían ser las explicaciones de este comportamiento.

Finalmente, el gráfico 10 muestra la tendencia ascendente de la tasa de suicidio en nuestro país, tomando en cuenta nuestras observaciones, las de Cano⁽¹⁰⁾ y las de Carranza⁽¹⁴⁾, desde el año 1983.



CONCLUSIONES

1. La tasa de suicidio en el año 2005 en Costa Rica fue de 7,32 por 100 mil habitantes, y muestra una tendencia ascendente a través del tiempo.
2. El suicidio fue una manera de muerte más frecuente en hombres con una razón 6:1. La tasa de suicidio en el género masculino fue de 12,37 y en el femenino de 2,12 por 100 mil habitantes.
3. La edad promedio de suicidio fue de 38,4 años. El mayor porcentaje de los casos (77%) correspondieron al grupo etario económicamente activo.
4. La mayoría de los casos de suicidios presentados en ese año, fueron de costarricenses.
5. Los casados y solteros representaron el mayor porcentaje de los casos; y este patrón se ha mantenido a través del tiempo en nuestro país.
6. El grupo ocupacional catalogado como "Trabajadores no calificados" incluyó el mayor número de víctimas de suicidio, y dentro de este grupo, los peones agrícolas fueron los predominantes.
7. La mayor tasa de suicidio por provincia se obtuvo en Cartago. Asimismo, la mayor cantidad de

actos suicidas fueron realizados en esa zona geográfica, lo cual hace pensar que el individuo que decidió quitarse la vida lo llevó a cabo en su misma provincia de residencia.

8. Los días de la semana en que predominaron este tipo de muertes, fueron Domingo y Lunes; y en los meses de marzo, julio y octubre. Sin guardar una clara relación con los días de mayor festividad.
9. Las principales causas de muerte en las víctimas de suicidio fueron asfixias por ahorcadura e intoxicación con plaguicidas. El fácil acceso a productos agroquímicos influye en estos resultados.
10. Las drogas más frecuentemente asociadas con el acto suicida fueron etanol y cocaína. Sin embargo, la falta de uniformidad en la solicitud y determinación de éstas no permitió establecer la posible relación existente entre el abuso de drogas y el suicidio.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere implementar un sistema informático de base de datos en la Sección de Patología Forense, del Departamento de Medicina Legal, con el fin de facilitar la recolección de información de una forma cronológica y completa.
2. Es necesario implementar un método uniforme de recolección de datos a nivel nacional que permita al Médico Forense tener un acceso pronto y confiable de los antecedentes médicos y psicosociales, previo a emitir su dictamen médico legal.
3. Se recomienda realizar otros estudios epidemiológicos similares, que incluyan dichos antecedentes, así como, el ámbito económico y social de las víctimas de suicidio.
4. Se sugiere protocolizar la solicitud de exámenes de drogas de abuso y alcohol en sangre a todas las víctimas de suicidio.
5. Las autoridades sanitarias deben tomar acciones preventivas para evitar que la tasa de mortalidad por suicidio siga el comportamiento ascendente que ha mostrado en los últimos años.
6. Se insta a las autoridades de salud a que investiguen el papel de la masculinidad en la sociedad actual y su impacto en la vida cotidiana, ya que es un factor de riesgo para el suicidio.

Referencias bibliográficas

1. Gisbert, J. A. (2001). Medicina legal y toxicología. (5ª ed.). Barcelona, España: Masson. 374-80.
2. Gibbons RD, et al. (2005). The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. Arch Gen Psychiatry February. 62:165-72.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). Methods of Suicide Among Persons Aged 10-19 Years - United States, 1992-2001. MMWR 53 (22):471-474.
4. National Center for Injury Prevention and Control. El Suicidio en los Estados Unidos. Recuperado el 10 de abril del 2007 de: <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suicidio.htm#materiales#materiales>.
5. Granados, D. (1997, Dic.). Magnitud, estructura por edad y sexo y tendencia del suicidio en Costa Rica, 1980 – 1994. Revista Costarricense de Salud Pública, 6, 11.
6. Del Valle, L. y Miranda, G. (1992). La muerte violenta en Costa Rica: visión desde la Salud Pública. Proyecto Estado de la Nación. , San José, Costa Rica.
7. Bejarano, O., Sáenz, R. (2000). Consumo de drogas y muerte violenta en Costa Rica. Adicciones, Vol.12, núm. 3, 435-441.
8. Del Valle, L. (1992). Alcohol y muerte violenta. (Tesis para optar al grado de Especialista en Medicina Legal). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
9. Instituto Nacional de Estadística y Censo. www.inec.go.cr.
10. Cano, D. (s.f.) Víctimas de suicidio y homicidio en un estudio de tres años: 1998-2000. (Trabajo final de graduación para optar por el título de especialista en Medicina Legal). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
11. Sarró, B. (1991). Los suicidios. Barcelona, España: Editorial Martínez Roca.
12. Casado, M. (2002, Ab.). Suicidios en mayores de 65 años en la provincia de Badajoz: Análisis Médico Legal. Cuadernos Medicina Forense, 28. Sevilla, España.
13. Córdoba-Palacio, D. (2000). Toxicología. (4ª ed.). Barcelona, España: Manual Moderno, 283-383.
14. Carranza, E. y Solana, E. (1996). Proyecto Sistema Penal y Derechos Humanos. San José, Costa Rica: ILANUD/ Comisión Europea.
15. Moya, L. (1986). Introducción a la Estadística de la Salud. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.