



Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias
Médicas.

“Trabajo final para acceder a título de especialista en
Medicina Legal”

EL SUICIDIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Alumno: Alamprese Carla Julieta

Tutor: Dr. Alonso Carlos

Director de la carrera: Dr. Waron Leonardo

Cohorte 2018-2020

Índice

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	4
Suicidio.....	4
Epidemiología.....	5
Factores de riesgo	6
Desde la psiquiatría	6
Suicidio vs intentos:	8
Prevención y control	8
Obstáculos y dificultades	8
Salud mental.....	9
MAGNITUD DEL PROBLEMA	12
Caracterización de los suicidios.....	15
Mecanismo suicida.....	16
OBJETIVO	20
METODOLOGÍA.....	21
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIÓN	28
BIBLIOGRAFÍA	29

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 se presentó como una amenaza de gran proporción tanto para la salud física como para la salud mental y el bienestar de sociedades enteras. La salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones se vieron profundamente afectados en varios niveles a medida que se enfrentaba la adversidad. A medida que el virus se introducía y avanzaba en las comunidades de toda la región, las medidas de cuarentena domiciliar, el distanciamiento físico, el aislamiento hospitalario, la discontinuidad en los servicios de salud en general y de salud mental en particular, las dificultades para garantizar la disponibilidad continua de medicamentos, las preocupaciones de infectarse e infectar a otros, incluidos los seres queridos, representaban factores de riesgo para la salud mental. En base a esto tomo relevancia que las necesidades emocionales de las personas requieren de atención puesto que, de lo contrario, esto podría resultar en una epidemia silenciosa, de tanta gravedad como es el suicidio, causando además de dicha consecuencia personal, graves daños en su entorno en la sociedad y en la economía.

Al igual que en el resto del mundo occidental, las tasas de suicidio en hombres son superiores que en el sexo femenino y representan alrededor del 78 % de todas las defunciones por suicidio. Los estudios de las diversas situaciones de crisis extremas bio-psicosociales mundiales comprobaron que las situaciones de crisis colectivas y/o situaciones de catástrofe aumentan la vivencia de desvalimiento por la fragilidad colectiva y predisponen al aumento de los intentos de suicidio y actos extremos de violencia, descontrol y/o hiperactividad que predisponen al suicidio y/o conductas de riesgo.

El objetivo principal de este trabajo fue analizar la incidencia de suicidios durante el transcurso de la cuarentena en relación a las cifras habituales de suicidios en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Se desarrolló un trabajo descriptivo retrospectivo, acerca de la frecuencia de suicidios durante los meses de marzo a septiembre del año 2020 comparado con los meses homólogos de los años 2017, 2018 y 2019.

Como resultados generales, se observó que el número de casos de suicidios no se vio afectado, durante los meses estudiados en el año 2020 en comparación con los años estudiados. A su vez se halló mayor frecuencia en hombres y la coincidencia del lugar del hecho en la vivienda o domicilio, como elementos característicos.

También se destaca el hallazgo en las víctimas de antecedentes de salud mental y una frecuencia importante de dejar nota en el lugar del hecho.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 fue una amenaza de gran proporción tanto para la salud física como para la salud mental y el bienestar de sociedades enteras que se han visto gravemente afectadas por esta crisis, siendo ésta una prioridad que debió ser abordada con urgencia. La adversidad asociada con las consecuencias socioeconómicas, el miedo al virus y su propagación, así como las preocupaciones asociadas, tuvieron un impacto indudable en la salud mental de la población.

La llegada de esta crisis extrema se vio reflejada en las conductas llevadas a cabo por parte de la población susceptible de padecer alteraciones en la salud mental. Dentro de esta proporción, las personas con antecedentes de intentos de suicidio o episodios de suicidios en su entorno familiar fueron las más afectadas, las mismas aunque necesitaron mayor atención y acompañamiento por estar expuestas a esta gran dificultad ajena a su entorno mental, generaron, por las restricciones impuestas para el control de la pandemia, una mayor contención personal en el propio domicilio, disminuyendo las posibilidades de concreción de este hecho.

MARCO TEÓRICO

Suicidio

Del latín: sui (mismo), caedere (matar), se encuentra atravesado desde la antigüedad por sanciones jurídicas y religiosas.

Durkheim lo definió como: el final de una vida que resulta en forma directa o indirecta por un acto positivo o negativo, realizado por la propia víctima, que sabe que a consecuencia de ello va a morir. En “Tratado sobre el suicida”, (1897), hace una lectura desde el paradigma sociológico de éste hecho y describirá los siguientes tipos:

-Suicidio altruista: causado por una baja importancia del yo con un grupo social de pertenencia altamente integrado. Entre los pueblos celtas llegó a ser honroso el suicidio de los ancianos cuando eran incapaces de obtener recursos por ellos mismos. El Harakiri es otro ejemplo.

-Suicidio egoísta: tiene lugar cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida. En ausencia de la coerción y presión social, el suicida queda libre para llevar a cabo su voluntad de suicidarse. Esta forma tiende a darse en sociedades modernas en las que las dependencias de la familias o el clan es menor que en las tradicionales.

-Suicidio anómico: es el que se da en sociedades cuyas instituciones y lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o anomia. En sociedades donde los límites naturales y sociales son más flexibles, sucede éste tipo de suicidios. Es el tipo de las sociedades de transición. Otro ejemplo es el de la organización capitalista donde el valor está puesto en el dinero dejando a muchas personas en situación de desecho.

-Suicidio Fatalista: se produce allí donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado férreas para que éstos conciban la posibilidad de abandonar la situación en la que se hallan. Las sociedades esclavistas serían ejemplos donde se producen éstos suicidios. Es una forma frecuente tras infanticidios o filicidios. Su tasa es menor a las otras formas y evidencia una situación traumática que se materializa. (1)

Una de las conclusiones a las que arriba Durkheim es que en sociedades y comunidades que requieren más cohesión y solidaridad orgánica para sobrevivir, la tasa de suicidios es baja, porque la responsabilidad hacia el grupo al cual se pertenece opera como freno de la voluntad. (1)

Epidemiología

La etiología suicida es la causa de muerte del 0,4 al 0,9% del total de muertes, con una tasa global de 26,9 por 100 mil habitantes, con una curva en ascenso.

Los suicidios no solo ocurren en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, más del 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. Alrededor de 703 000 personas se quitan la vida por año y muchas más intentan hacerlo. Todos los casos son una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. En 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo y en la Argentina es la segunda causa de muerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera baja, una tasa menor a 5 por cada 100 mil habitantes, media de 5 a 15 cada 100 mil, -es la situación en la Argentina-; y alta de 15 a 30 cada 100 mil. Se estima que cada día se suicidan 17 personas en la Argentina y la relación hombre/mujer es de 5 a 1.

Aun tratándose de un grave problema de salud pública, se puede prevenir mediante intervenciones oportunas, basadas en la evidencia y, a menudo, de bajo costo. Para que

las iniciativas preventivas de los países sean eficaces, deben aplicar una estrategia multisectorial e integral. (2)

Factores de riesgo

Por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio. En la población general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos casos se dan en personas que lo cometen impulsivamente en situaciones de crisis en las que su capacidad para afrontar las tensiones de la vida, como los problemas económicos, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas.

Además, se ha demostrado suficientemente que vivir conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos y sensación de aislamiento puede generar conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables y discriminados, como los refugiados inmigrantes; los pueblos indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales; y los reclusos. Se considera entonces que el principal factor de riesgo es, con diferencia, un intento previo de suicidio. (2)

Desde la psiquiatría.

En el 90% de los suicidios consumados es posible mediante autopsia psicológica objetivar criterios para uno o más diagnósticos psiquiátricos. Condición necesaria pero no suficiente. Los más frecuentes: Trastornos del humor, Trastorno Depresivo Mayor (50% de los casos), Trastorno Bipolar II con comorbilidades como alcoholismo; esquizofrenia con adecuado funcionamiento pre mórbido, sin un déficit significativo, primera década de la enfermedad con inicio tardío, post alta de un episodio agudo. Trastornos de personalidad Borderlaine y Narcisista.

-Tríada: antecedentes de trastorno del humor, abuso de sustancias, suicidios en la familia.

-Las causas más frecuente en menores de 30 años: separaciones, rechazo, desempleo, cuestiones legales, trastornos de personalidad, consumo de sustancias. En cambio, los factores más frecuentes asociadas en mayores de 45 años son: soledad por divorcio, separación, viudez o celibato. Historia familiar de trastornos del humor, ser inmigrante o culturalmente diferente, desempleo, jubilación, ausencia de vida social o recreativa.

-Se estima que solo el 20% de los que se suicidan se encontraban en tratamiento psicofarmacológico.

Suicidio vs intentos:

Se considera que por cada suicidio consumado, se producen a nivel casuístico 10 a 25 tentativas. Del 10 al 15% de las personas que lo intentan, consiguen su objetivo.

El suicidio consumado es más frecuente en el hombre. En cambio la tentativa es más frecuente en la mujer, al igual que la ideación, en cambio el pasaje al acto es a la inversa. (3)

Prevención y control

Es posible prevenir los suicidios adoptando medidas a nivel de la población, de determinados grupos poblacionales y del individuo. La OMS ha elaborado una guía para prevenir el suicidio denominada LIVE LIFE («Vive la vida») en el que se recomiendan las siguientes intervenciones de eficacia demostrada que se basan en la evidencia:

- Restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse (por ejemplo, los plaguicidas, las armas de fuego y ciertos medicamentos);
- Educar a los medios de comunicación para que informen con responsabilidad sobre el suicidio;
- Desarrollar en los adolescentes aptitudes socioemocionales para la vida;
- Detectar a tiempo, evaluar y tratar a las personas que muestren conductas suicidas y hacerles un seguimiento. (4)

Estas medidas se deben acompañar de intervenciones básicas como un análisis de la situación, la colaboración multisectorial, la sensibilización, la creación de capacidad, la financiación, la vigilancia, y el seguimiento y la evaluación.

Las actividades preventivas exigen la coordinación y colaboración de varios sectores de la sociedad, incluidos los de la salud, la educación, el empleo, la agricultura y la ganadería, el comercio, la justicia, el derecho, las fuerzas del orden, la política y los medios de comunicación. Esas actividades deben ser amplias e integrales, dado que ningún enfoque puede atajar por sí solo una cuestión tan compleja. (4)

Obstáculos y dificultades

La estigmatización, sobre todo la que se crea en torno a los trastornos mentales y el suicidio, disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o tratan de hacerlo y que, por lo tanto, no reciben la ayuda que necesitan.

La prevención del suicidio no se ha abordado debidamente porque falta sensibilización sobre la importancia que reviste como problema para la salud pública y por el tabú existente en muchas sociedades que impide tratar sobre él abiertamente. Hasta hoy, solo

unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre las prioridades de sus políticas de la esfera de la salud y solo 38 han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención específica. (4)

Es importante aumentar la sensibilidad de la sociedad y superar los tabús para que los países avancen en la prevención del suicidio.

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad para la salud pública. En 2014 se publicó el primer informe mundial de la OMS sobre esta cuestión, titulado «Prevención del suicidio: un imperativo global», con objeto de aumentar la sensibilización respecto de la relevancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, así como de otorgar la máxima prioridad a su prevención en los programas mundiales de salud pública. Además, con este informe se procuró alentar y ayudar a los países a elaborar o reforzar estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública. (4)

El suicidio es también uno de los problemas que aborda prioritariamente el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), que proporciona orientación técnica basada en la evidencia para ampliar la prestación de servicios y la atención en los países a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Asimismo, los Estados Miembros de la OMS se han comprometido en virtud del Plan de acción sobre salud mental de la OMS 2013-2020 a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en una tercera parte la tasa de suicidios de aquí a 2030. (4)

Salud mental

En el mes de Marzo del año 2020, se produjo un fenómeno de impacto mundial que modificaría la vida de todos los individuos, el decreto de Pandemia por virus Sars-Covid-19 esto tendría relación directa con el suicidio.

La pandemia de COVID-19 se presentó como la adversidad asociada a las consecuencias socioeconómicas en primera instancia que junto al miedo de contraer el virus y su propagación, tuvieron y tienen un impacto indudable en la salud mental de la población.

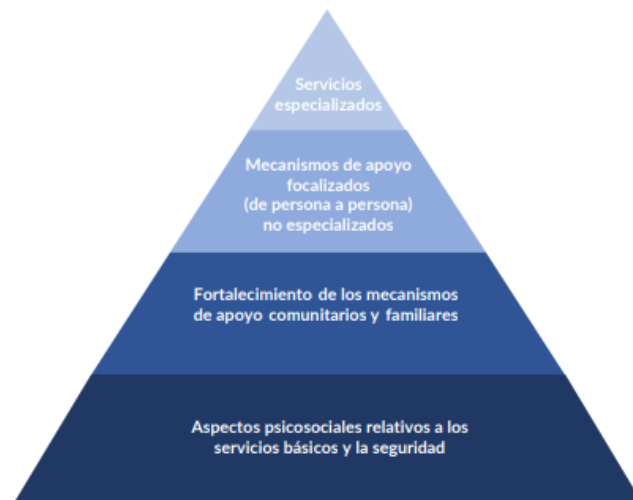
A medida que el virus se introduce y avanza en las comunidades de toda la Región, las medidas de cuarentena domiciliar, el distanciamiento físico, el aislamiento hospitalario, la discontinuidad en los servicios de salud en general y de salud mental en particular, las dificultades para garantizar la disponibilidad continua de medicamentos, las preocupaciones de infectarse e infectar a otros, incluidos los seres queridos, representan factores de riesgo para la salud mental.

El miedo, la tristeza, la ansiedad y la preocupación pueden ser reacciones consideradas comunes y comprensibles que pueden manifestar las personas. En algunos casos, en general una pequeña proporción de la población, estas reacciones pueden llegar a prolongarse y tornarse más graves e incapacitantes, lo que conduce a un aumento de los trastornos mentales entre hombres y mujeres adultos, niñas y niños. Actualmente, la prioridad es salvar vidas, fortalecer las medidas de salud pública, de higiene y saneamiento. Sin embargo, las necesidades emocionales de las personas requieren atención o, de lo contrario, esto puede resultar en una epidemia silenciosa, causando graves daños a las personas, a la sociedad y a la economía. (5)

Se dio lugar a una serie de recomendaciones de intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial denominadas (SMAPS) fundamentales, para desarrollar de manera intersectorial en los países y en las comunidades. Se propone utilizar como marco de referencia la pirámide de intervenciones para los servicios de SMAPS del Comité Permanente entre Organismos (IASC). (6-7-8)

La pirámide, ilustra diferentes niveles de apoyo, que varían desde la integración de consideraciones sociales, de seguridad y relativas a las necesidades básicas, hasta la prestación de servicios especializados para el manejo de condiciones más graves, así como la dimensión probable de demanda para cada uno de los niveles establecidos

Figura 1. Pirámide de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias



De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la respuesta en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) para la COVID-19 tiene como objetivo reducir el sufrimiento y mejorar la salud

mental y el bienestar psicosocial de personas afectadas por la COVID-19, de manera directa o indirecta. En términos de prevención, es importante señalar que las acciones relativas a la protección de la salud mental que se implementan durante y después de los incidentes críticos son la mejor estrategia para que las reacciones esperables no se conviertan en padecimientos mentales persistentes. (6-7)

El suicidio se puede prevenir, el abordaje y tratamiento temprano de los trastornos depresivos y los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas son intervenciones efectivas para la prevención del suicidio, así como el acompañamiento a quienes han tenido intentos de suicidio, y el apoyo psicosocial en las comunidades donde acontecen.

Eliminar las barreras que dificultan el acceso a la atención en salud mental, limitar el acceso a los medios para suicidarse, brindar información veraz y apropiada sobre el tema en los medios de comunicación y reducir el estigma asociado a la búsqueda de ayuda durante el proceso suicida también puede contribuir a prevenir el suicidio. El abordaje debe ser integral y con un enfoque de derechos, el cual implica tener en cuenta procesos históricos, de filiación intergeneracionales, estructuras productivas, perspectiva de género, aspectos interculturales y migratorios, entre otros factores.

Supone, además, un enfoque amplio de la salud en general y del fenómeno de la violencia autoinfligida, en particular. De este modo, la problemática no es competencia exclusiva del sector Salud, por lo que las acciones deben ser múltiples y coordinadas, con eje en lo interdisciplinar, lo intersectorial y la corresponsabilidad, en línea con la estrategia de Atención Primaria de la Salud. (6-7)

Algunas recomendaciones incluyen brindar atención remota o virtual, adaptar y difundir mensajes para la población general en forma permanente y renovada, así como para las poblaciones de mayor riesgo, y capacitar en la temática a trabajadores y trabajadoras de la salud y otros miembros de la comunidad en especial a referentes de la misma (padres, docentes, etc.).

El desafío más grande en la atención, es trabajar lo subjetivo para que el sujeto pueda procesar de alguna manera aquello que vivencia como dolor insoportable. En el proceso de relevamiento psicosocial integral se pretende interpretar un colectivo social a partir del análisis de las personas insertas en él. Es llamado psicosocial porque implica áreas del sujeto que inevitablemente lo colocan en el plano del contacto con los otros. Son aspectos internos que tienen su origen y su construcción en el lazo social. La atención remota tiene en sí misma un valor psicosocial, porque esa situación del llamado implica que el sujeto en cuestión conserva la capacidad de hacer lazo: por eso llama a alguien que no conoce, desde la creencia de que ese otro puede suplir de alguna manera algo que no está. Es el o la operador/a telefónico/a quien tiene como tarea poder encarnar en su persona el lazo social. Ese vínculo en sí mismo ya resulta reparador de algo que está deteriorado.

Entonces, son tres dimensiones que se enlazan, para crear un espacio posible de intervención: lo psicosocial, lo personal y lo vincular. A partir de esos tres aspectos empiezan a recuperarse los otros: el cultural, el comunitario y el familiar, que no estaban presentes al momento del llamado. (7)

Para prevenir eficazmente el suicidio es preciso intensificar la vigilancia y hacer un seguimiento de los casos consumados y los intentos de suicidio. Las diferencias entre los países relativas a los patrones, las tasas y las características de los suicidios, así como a los métodos utilizados, ponen de relieve la necesidad de que cada país mejore la integridad y la calidad de sus datos y la rapidez con que se obtienen. Con ese fin, se deben hacer constar los suicidios en los registros civiles y los intentos no consumados en los registros hospitalarios, y se han de realizar estudios nacionales representativos que recopilen información sobre intentos de suicidio notificados por la propia persona. (8)

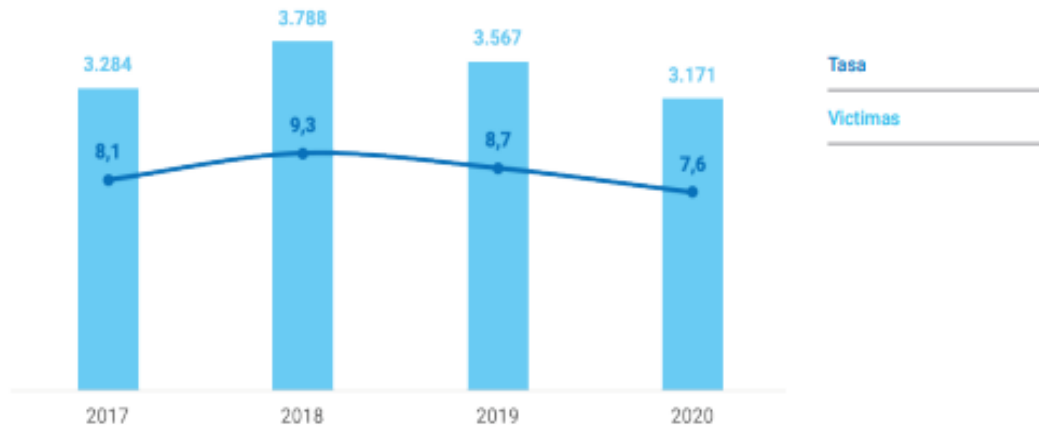
MAGNITUD DEL PROBLEMA

Luego de una extensa revisión bibliográfica, se pudo observar que como datos de relevancia a nivel nacional por medio de un informe realizado por el Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Durante el año 2020 se registraron 3.171 suicidios en el país. Lo que arroja una tasa de 7,6 suicidios cada 100.000 habitantes mayores a 5 años y en 2020 fue la principal causa de muerte violenta en el país. (9)

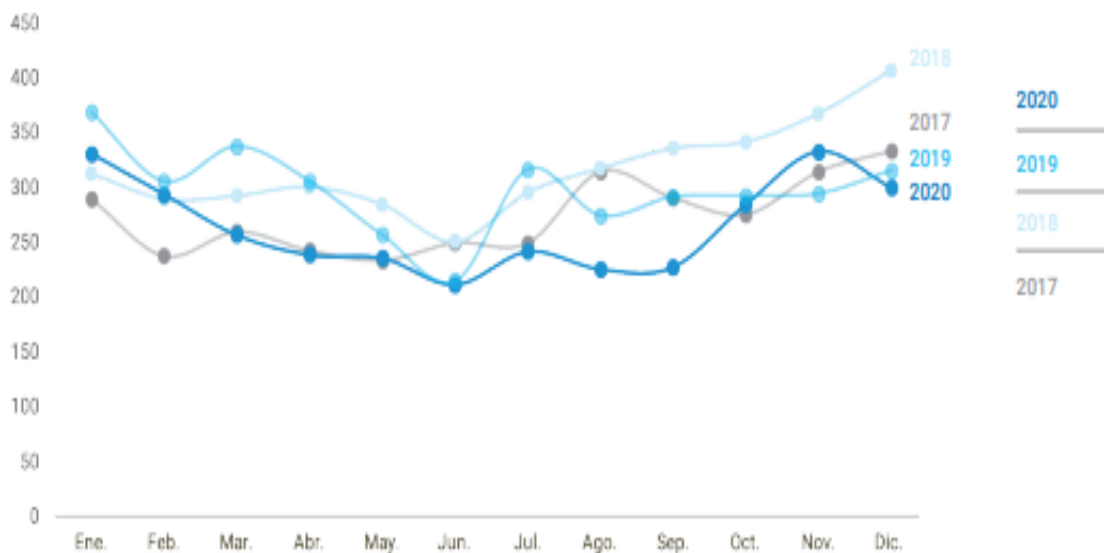
Como se observa en el gráfico 2 y gráfico 3, durante el año 2020 el registro de hechos de suicidio. Es posible observar que en los años 2017 y 2018, los meses con mayor frecuencia fueron diciembre y noviembre, mientras que en 2019 fueron enero y marzo. En cambio, en 2020 los meses con mayor incidencia fueron noviembre y enero. Si se comparan con 2019, los valores de 2020 son inferiores para todos los meses a excepción de noviembre. (9)

Gráfico 2. Víctimas de suicidios por año (valores absolutos y tasas cada 100.000 habitantes mayores a 5 años). República Argentina. Años 2017-2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación e INDEC.

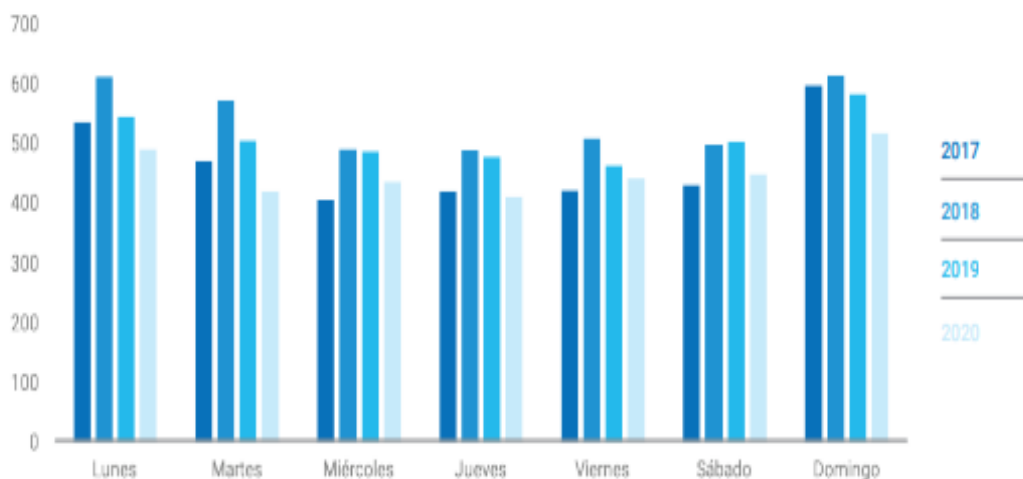
Gráfico 3. Cantidad de suicidios, según mes y año (valores absolutos). República Argentina. Años 2017-2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Por otro lado, si se considera la frecuencia por día de la semana expuesta en el gráfico 4, los días con mayor cantidad de suicidios fueron los domingos y los lunes, patrón que se mantiene en todos los años analizados. Dichos días acumulan el 32,6% de los suicidios en los últimos 4 años. (9)

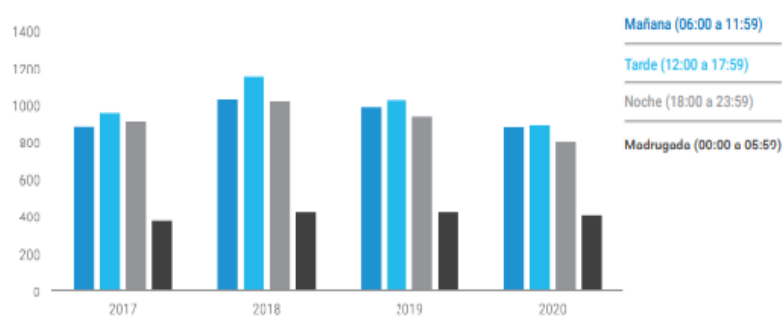
Gráfico 4. Suicidios según días en los que ocurrió el hecho (valores absolutos). República Argentina. Años 2017-2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

En relación al horario en el que ocurrieron los suicidios, el gráfico 5 permite observar que en los últimos 4 años el horario de la tarde (12:00 a 17:59 hs) fue el de mayor frecuencia. Mientras que la mañana (06:00 a 11:59 hs) fue la segunda en importancia en los últimos 3 años. La franja horaria con menor frecuencia fue la madrugada. En los últimos 4 años, los eventos ocurridos durante el horario diurno acumulan el 57,1% de los casos, mientras que 39,0% fueron en el horario nocturno y 3,9% no cuentan con datos relativos al horario. (10)

Gráfico 5. Suicidios según franja horaria del evento (valores absolutos). República Argentina. Años 2017-2020



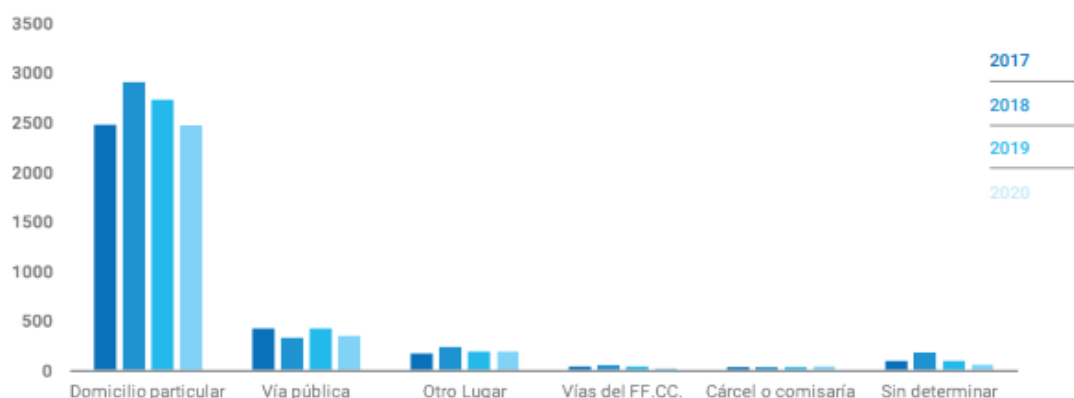
Nota: Del total de casos reportados, 117 (3,6%) en 2017, 127 (3,4%) en 2018, 150 (4,2%) en 2019 y 145 (4,6%) en 2020 no registran datos del horario en el que ocurrió el evento.

Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Caracterización de los suicidios

Respecto al lugar del hecho, la categoría de mayor importancia fue “Domicilio particular” en todo el periodo analizado mientras que la categoría “Vía Pública” ocupó el segundo lugar. La composición de los suicidios según lugar de ocurrencia se mantiene relativamente estable durante los años analizados. (10)

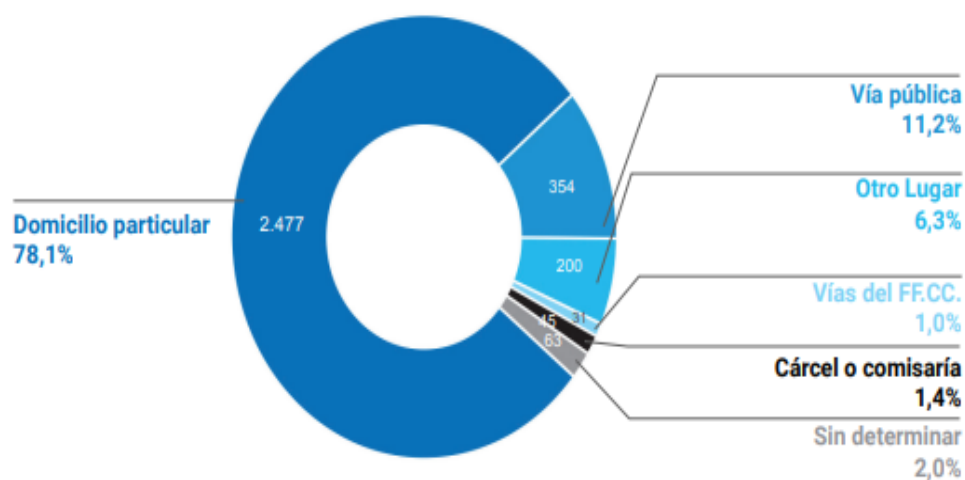
Gráfico 7. Suicidios por tipo de lugar (valores absolutos). República Argentina. Año 2017-2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

En particular, durante 2020 el lugar de ocurrencia predominante fue el domicilio particular registrando 78,1% de los casos. La vía pública ocupa el segundo lugar (11,2% de los suicidios). En conjunto, ambas categorías acumulan el 89,3% del total.

Gráfico 8. Suicidios por tipo de lugar¹¹ (valores absolutos). República Argentina. Año 2017-2020



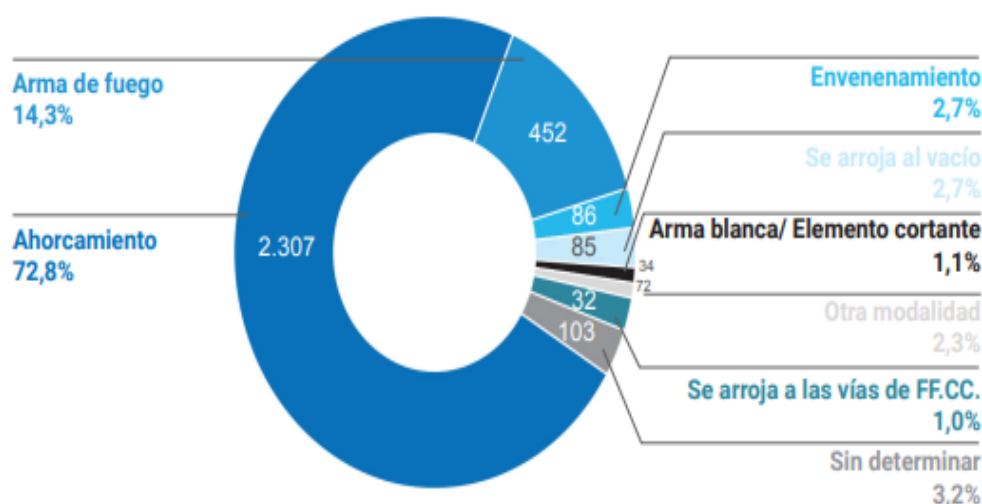
Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Mecanismo suicida

Conocer el modo o el mecanismo empleado en la puesta en práctica en los casos de suicidio más habituales es importante para elaborar estrategias de prevención basadas en medidas de eficacia demostrada, como la restricción del acceso a los medios utilizados.

En el gráfico 11 se puede observar que, la modalidad con mayor frecuencia es el ahorcamiento, aun cuando muestra una baja sostenida durante 2019 y 2020. En segundo lugar se encuentran los hechos producidos con armas de fuego, categoría que también evidenció una baja en los últimos dos años. Se estima alrededor de un 20% de los suicidios se cometen por ingestión de tóxicos (siendo muy frecuente el uso de plaguicidas, en este caso la mayoría de ellos en zonas rurales).

Gráfico 11. Suicidios por tipo de mecanismo utilizado (valores absolutos y porcentuales). República Argentina. Año 2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Durante el año 2020, los dos mecanismos con mayor incidencia fueron ahorcamiento con 72,8% de los suicidios, y arma de fuego con 14,3%.

A su vez en la tabla 6 permite visualizar que en el caso de las víctimas de sexo masculino hay una mayor concentración en los métodos de ahorcamiento (73,3%) y en armas de fuego (16,1%). En el caso de mujeres, luego del ahorcamiento (70,9%), la segunda categoría en importancia fue envenenamiento con 7,8%.(11)

Tabla 6. Cantidad y porcentajes de suicidios según lugar de ocurrencia por sexo. República Argentina. Años 2019 - 2020

Modalidad	Femenino		Masculino		Sin determinar	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Ahorcamiento	438	70,9%	1.865	73,3%	4	57,1%
Arma de fuego	39	6,3%	410	16,1%	3	42,9%
Envenenamiento	48	7,8%	38	1,5%	-	///
Se arroja al vacío	28	4,5%	57	2,2%	-	///
Arma blanca / elemento cortante	12	1,9%	22	0,9%	-	///
Se arroja a las vías de FF.CC.	9	1,5%	23	0,9%	-	///
Otra modalidad	18	2,9%	54	2,1%	-	///
Sin determinar	26	4,2%	77	3,0%	-	///
Total	618	100%	2.546	100%	7	100%

Referencias: - Cero absoluto

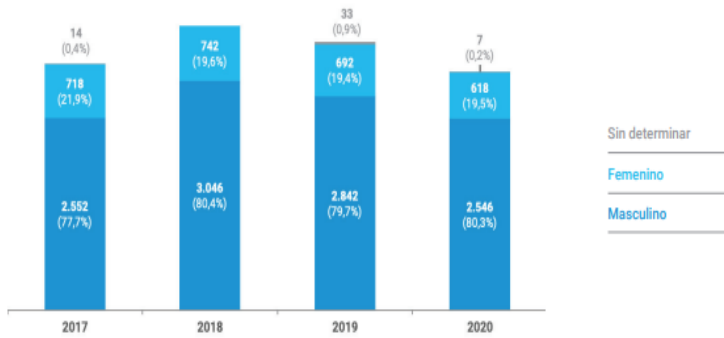
/// No corresponde

Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Se consideró que para todas las edades inferiores a 80 años el ahorcamiento es el principal método utilizado. Sin embargo, la incidencia de este método disminuye conforme aumenta la edad. Por el contrario, la incidencia de los suicidios llevados a cabo con armas de fuego aumenta con la edad, alcanzando el 45,1% de los casos en la franja etaria de 80 a 84 años. Si se analiza la cantidad de víctimas según el sexo registrado, es posible determinar que en los últimos cuatro años el 79,6% de los suicidas fueron varones. Dicho porcentaje se mantuvo relativamente estable durante el periodo analizado. (11)

Como puede observarse en el gráfico 13, durante el año 2020 se suicidaron 2.546 personas de sexo masculino (80,3%) mientras que fueron 618 personas de sexo femenino las que se quitaron la vida (19,5%) y hubo 7 casos en los que no se dispone de información sobre el sexo (0,4%).(11-12)

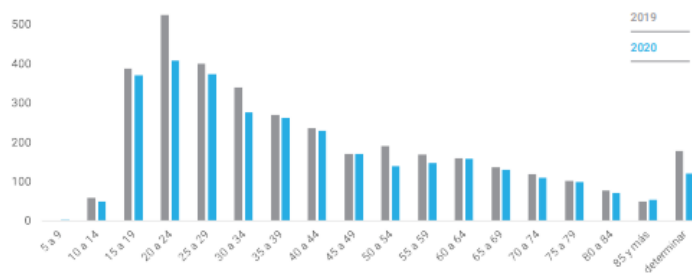
Gráfico 13. Cantidad de suicidios según sexo, por año (valores absolutos y porcentuales). República Argentina. Años 2017-2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Respecto a las edades de las víctimas, en el gráfico 14 es posible observar que tanto en 2019 como en 2020, las franjas etarias con mayor frecuencia fueron de 20 a 24 años, de 25 a 29 años y de 15 a 19 años. (12).

Gráfico 14. Cantidad de suicidios según franja etaria (valores absolutos). República Argentina. Años 2019-2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Se muestra que en 2020 el 36,3% de los suicidios fueron de personas de entre 15 y 29 años. Al analizar la tasa de suicidios por franja etaria, las tasas más altas se dieron en las franjas etarias de 20 a 24 años y de 80 a 84 años. (12)

Tabla 9. Cantidad de suicidios, porcentajes y tasas según franja etaria. República Argentina. Años 2019-2020

Franja etaria	2019			2020		
	Víctimas	Porcentaje	Tasa	Víctimas	Porcentaje	Tasa
5 a 9	1	0,0%	0	3	0,1%	0,1
10 a 14	59	1,7%	1,7	49	1,5%	1,4
15 a 19	387	10,8%	11	370	11,7%	10,6
20 a 24	524	14,7%	14,8	408	12,9%	11,5
25 a 29	400	11,2%	11,4	373	11,8%	10,5
30 a 34	339	9,5%	10,3	276	8,7%	8,3
35 a 39	269	7,5%	8,6	262	8,3%	8,3
40 a 44	236	6,6%	7,8	229	7,2%	7,4
45 a 49	171	4,8%	6,6	171	5,4%	6,4
50 a 54	190	5,3%	8,5	139	4,4%	6,1
55 a 59	169	4,7%	8,1	147	4,6%	7
60 a 64	159	4,5%	8,5	158	5,0%	8,3
65 a 69	136	3,8%	8,3	130	4,1%	7,8
70 a 74	120	3,4%	9,1	110	3,5%	8,2
75 a 79	102	2,9%	10,8	99	3,1%	10,2
80 a 84	77	2,2%	12,3	71	2,2%	11,1
85 y más	49	1,4%	8,3	55	1,7%	9,1
Sin determinar	179	5,0%	///	121	3,8%	///
Totales	3.567	100%	8,7	3.171	100%	7,6

Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Para finalizar la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica estadísticas de tasas de suicidios por país estandarizadas por edad. La razón por la que realiza este proceso de estandarización es que el número de muertes por cada 100.000 habitantes está influenciado por la distribución por edades de la población. A continuación en el gráfico 18, se exponen las tasas por regiones calculadas por la OMS y en el gráfico 19 desagregada por país para la región Américas, para la información disponible de países miembros de la OMS desde el año 2000 hasta el último dato disponible al momento de esta publicación. (13-14)

OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo fue analizar si la incidencia de los suicidios se modificó durante el transcurso de la cuarentena decretada en el año 2020 en relación a las cifras habituales de suicidios en Rosario Provincia de Santa Fe, correspondientes a los años 2017, 2018 y 2019.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un trabajo descriptivo y retrospectivo para comparar las incidencias de suicidios durante los meses de marzo a septiembre del año 2020 comparado con los meses homólogos de los años 2017, 2018 y 2019.

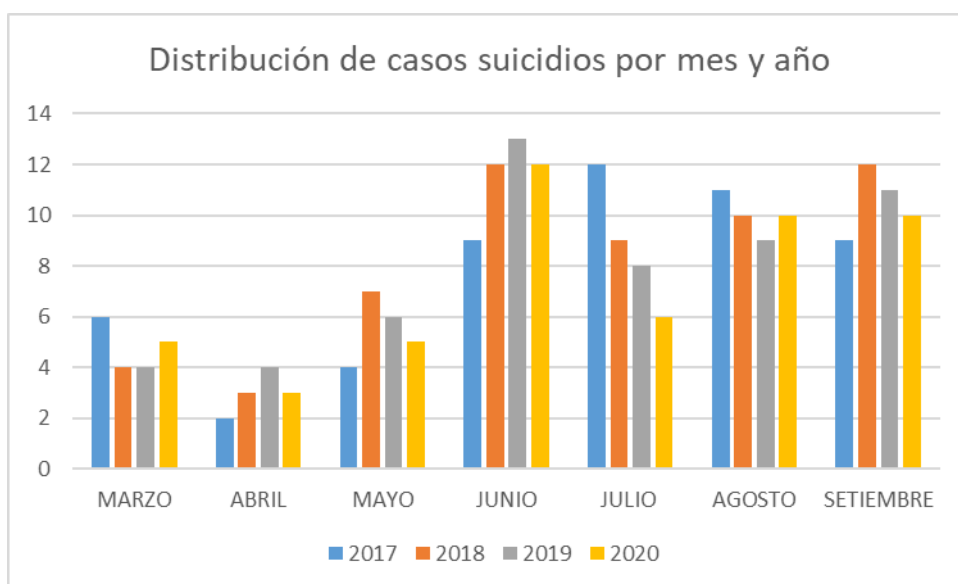
Se reconoce que la disponibilidad y la calidad de los datos sobre el suicidio y los intentos de suicidio son insuficientes en todo el mundo. Solo unos 80 Estados disponen de datos del registro civil de calidad que se pueden utilizar directamente para estimar tasas de suicidio. El problema de la escasa calidad de los datos, la notificación insuficiente y la clasificación errónea de los casos de suicidio son, probablemente, las causas más frecuentes. Se considera que las conductas suicidas son una cuestión delicada e incluso ilegal en algunos países.

Por lo tanto, los datos fueron recabados de las actas de levantamiento de cadáveres provistas por fuentes policiales oficiales, correspondientes a la provincia de Santa Fe, ciudad de Rosario, con causa de muerte "suicidio " pertenecientes al período de tiempo bajo estudio.

RESULTADOS

El registro de hechos identificados como "suicidios", desde el mes de marzo a septiembre incluido, del año 2020, en relación con años anteriores (2017 a 2019) en Rosario, provincia de Santa Fe. En el análisis del total de casos el registrado en el 2020 fue de 51 casos, donde se evidenció el menor valor. Observando un promedio mensual de suicidios de 7,3 en dicho año y siendo el año 2018 el de mayor número 8,1 suicidios mensuales.

Grafico 1



Al analizar la distribución por sexo se halló un porcentaje mayor en el sexo masculino representando este porcentaje entre el 75 al 80 % de los casos. En el grafico 2 se observa la frecuencia de suicidios ocurridos en los años 2017-2020 por sexo.

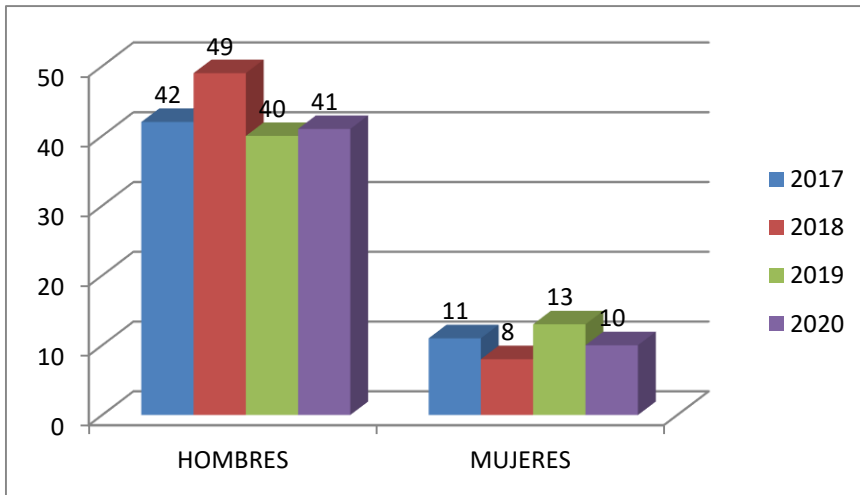
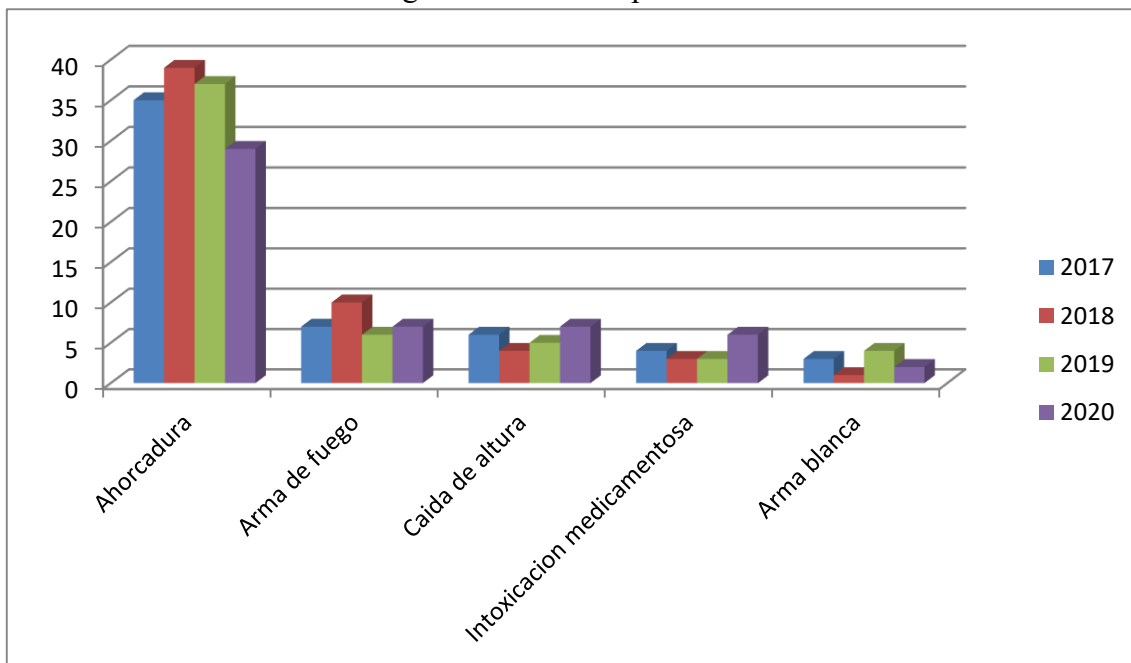


Grafico 2:
Distribución por sexo de suicidios ocurridos entre el 2017 -2020

Al analizar el modo en que se suicidaron la ahorcadura fue el modo más frecuente en todos los años estudiados. Grafico 3

Grafico 2

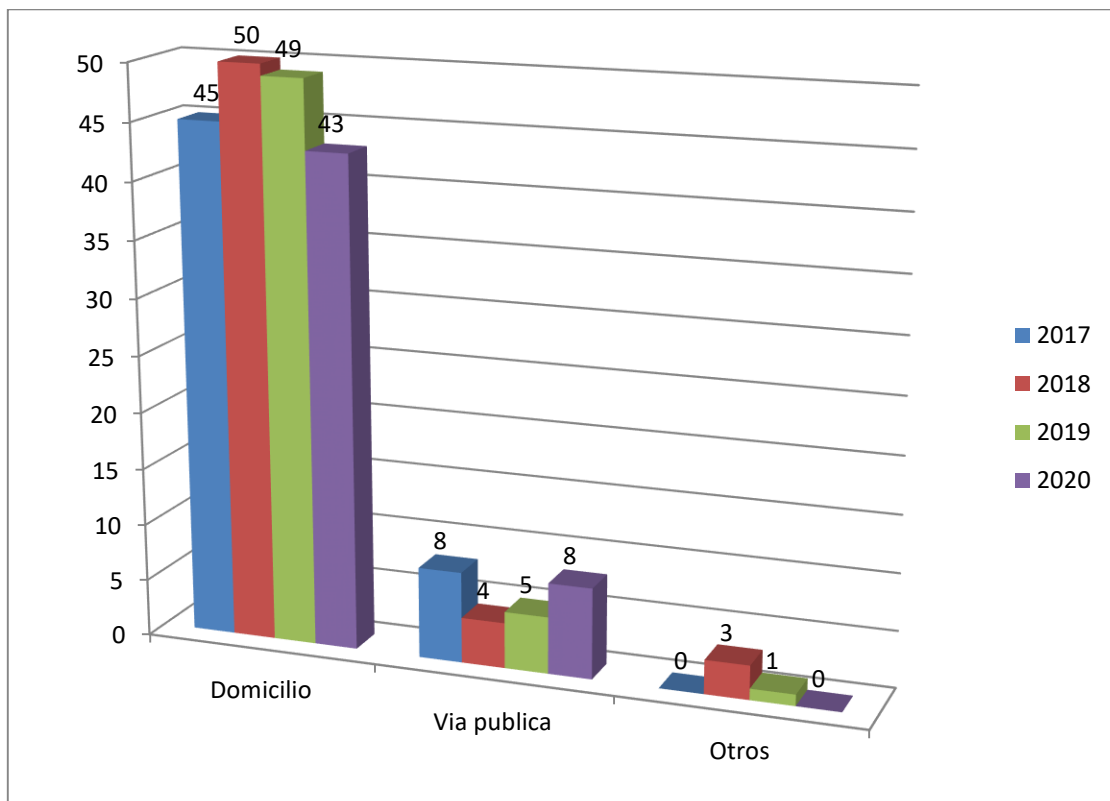
Distribución de frecuencia según métodos empleados de suicidio. Año 2017-2020.



Una característica importante es analizar el lugar del hecho, en general este estudio coincide con los hallazgos de la literatura donde se describe que la mayoría se suicida en su domicilio.

Grafico 3

Sitio de consumación del hecho. Año 2017-2020.



Se describe además el día de la semana en que ocurrió el hecho estudiado y los resultados se muestran en el siguiente gráfico.

Grafico 4

Frecuencia de suicidios por día de semana.

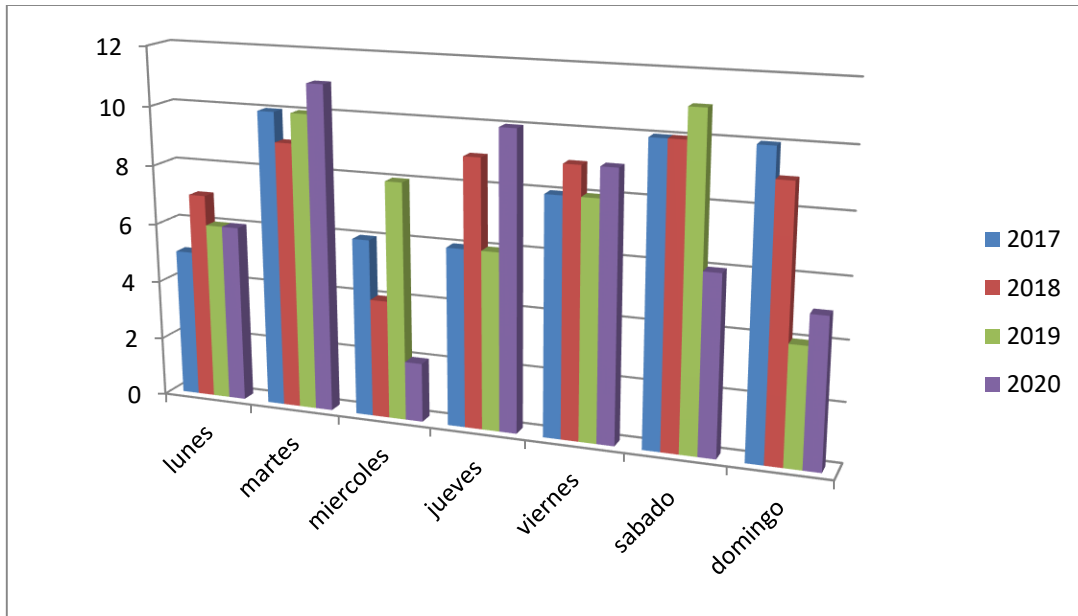
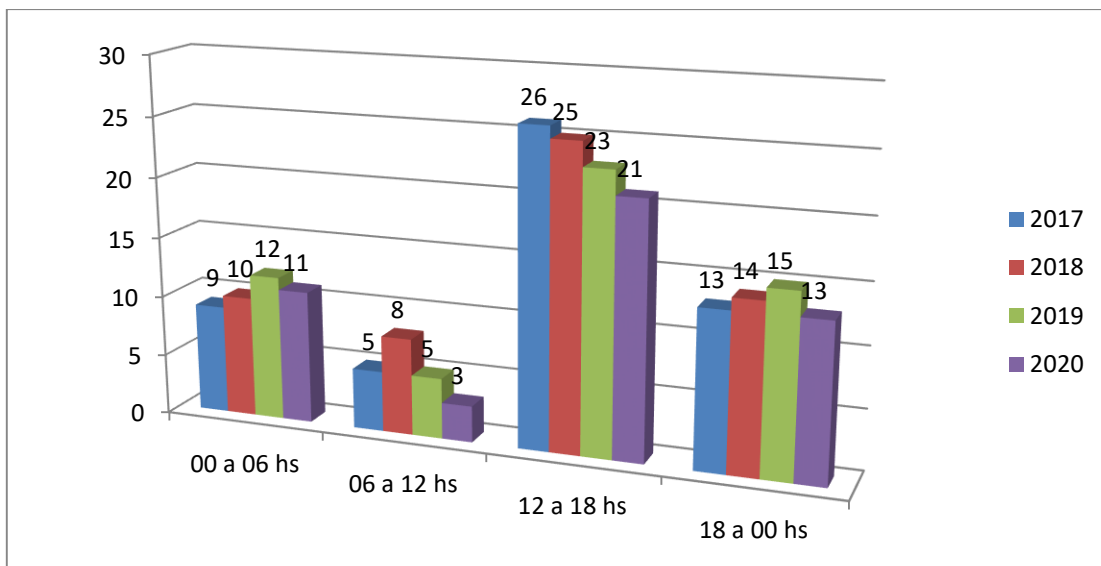


Grafico 5

Horario en que se produjo el deceso "suicidio". Marzo a Septiembre. Año 2017-2020. Rosario Santa Fe.

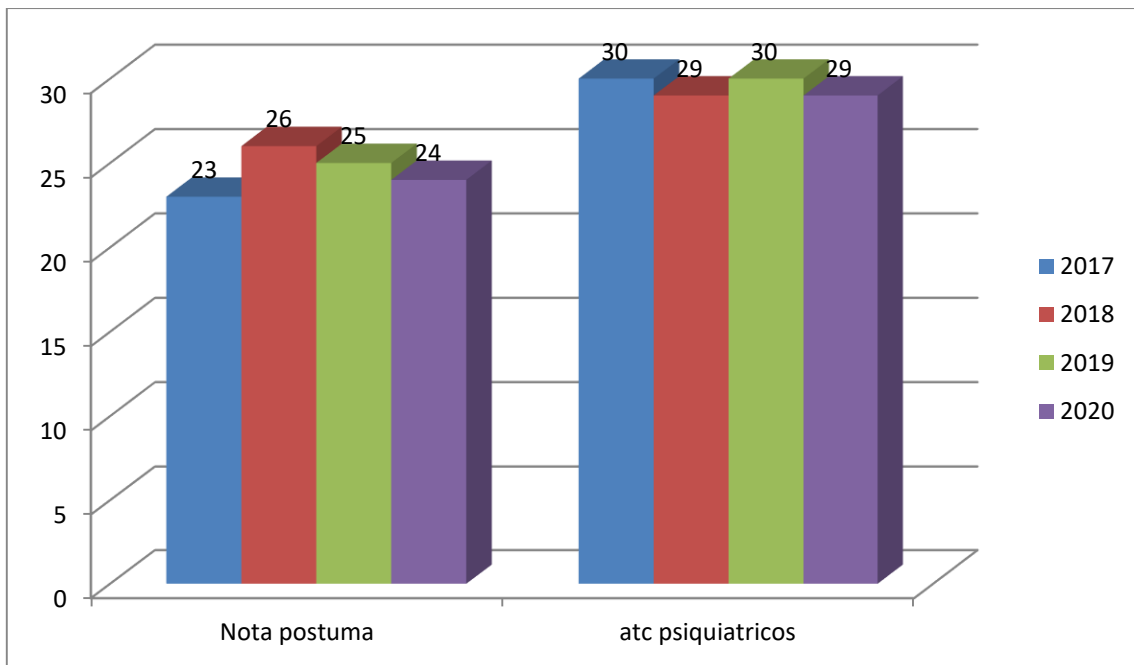


En estrecha relación con lo analizado en el marco teórico se analizó la existencia de antecedentes psiquiátricos así como también elementos importantes para la consideración médico legal como es hallar en el lugar del hecho una nota.

En el grafico 7 se observa la distribución de frecuencias sobre los aspectos médico legales encontrados.

Grafico 6

Elementos de consideración médicos legales presentes en el lugar del hecho. Marzo a Septiembre. Año 2017-2020. Rosario, Santa Fe.



DISCUSIÓN

En el relevamiento de datos se pudieron contabilizar un total de 51 suicidios, entre los meses, de marzo a septiembre del año 2020, ubicados en la localidad de Rosario, provincia de Santa Fe.

En los años 2017 se contabilizó un total 53, en el año 2018, 57 y en el año 2019, un total de 55.

Se pudo observar que en el año 2020 alrededor del (80%) fue protagonizado por personas de sexo masculino y un (20%) personas de sexo femenino. Coincidentemente con los datos obtenidos a lo largo de los años 2017/2018/2019.

El mecanismo empleado con mayor frecuencia en el año 2020 con un (52.9%) es la ahorcadura, seguida de (11.7 %) arma de fuego, (5.8%) representa las caídas de altura y en mismo porcentaje el (5.8%) a intoxicaciones medicamentosas y casi en una proporción ínfima se emplea arma blanca.

Se pudo establecer que el lugar donde fue llevado a cabo el desenlace y la consumación del hecho suicidio en el año 2020 fue el domicilio particular en un 84% de los casos, y un 15.6% fue en vía pública; coincidiendo con lo ocurrido en los años 2017 /2018/2019, y con los hallazgos descriptos en la literatura.

Con respecto a los días elegidos por las víctimas para llevar a cabo el hecho, en el año 2020 el día de mayor frecuencia fue, Martes (21.5%) a diferencia del año 2019 y 2018, el día Sábado fue el seleccionado por las víctimas, y el año 2017 mostro que la mayor frecuencia se dio en los días Martes. El rango horario más reiterado durante el año 2020 fue de 12 a 18 h, (diurno), el mismo rango se destaca a lo largo de los años anteriores estudiados.

Se puede considerar que un gran porcentaje de antecedentes psiquiátricos se encuentran presentes al momento del fallecimiento de la víctima reconociendo que un 53 % los padecía en el año 2020 al igual que en gran porcentajes se encontraban referidos por familiares de la víctima los años 2017/2018/2019.

Es de relevancia conocer que en un 47 % se encontraron en el lugar, junto al cuerpo, notas póstumas en el año 2020 y coincidentemente también fueron hallados en los años 2017/2018/2019.

Para finalizar la frecuencia de suicidios en el año 2020 fue semejante a lo encontrado en los años anteriores (2017/2018/2019).

CONCLUSIÓN

El suicidio es considerado una muerte violenta, siempre, aunque la víctima sea consciente de esa decisión.

En el año 2020 el mundo fue sacudido por una realidad diferente y extrema, que expuso la vulnerabilidad que sufren estas personas generando que este sentimiento sea más intenso; con el aislamiento, la pérdida de la red de contención y la disminución del apoyo de los profesionales dedicados a este tema, **no se observó** que la incidencia de suicidios haya sido modificada en los meses estudiados con respecto a los años 2017 a 2019.

Para finalizar, es de suma importancia reforzar las medidas preventivas y focalizar en el acompañamiento de familias y/o personas que han sufrido la pérdida de familiares por esta causa. Para ello se podría tener en cuenta diferentes campañas de concientización sobre el tema, mayor publicidad con respecto a los grupos de contención. Es fundamental que se continúe trabajando en forma interdisciplinaria en diferentes instituciones como por ejemplo: escuelas, sistema penitenciario, barrios periféricos, para lograr el descenso de la tasa por suicidios en forma general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durkheim E. El suicidio. Madrid: Akal/universitaria. 6 edición 2003. Otras citas Baechler J. Les suicides. París calman levy 1975 nueva edición 1981; Aries P. Ensayos de la memoria, 1943-1983, grupo editorial norma, Colombia 1996. “Tratado sobre el suicida”, (1897).
2. Lemus J. Suicidio, epidemiología y atención de la salud en la Argentina. N 35 1993 OPS de la OMS.
3. Prevención del suicidio instrumento para policías y bomberos. ISBN 978 92 4 159843 9 (Clasificación NLM: HV 6545). Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Organización Mundial de la Salud Ginebra 2009
4. Suicidio - Prevención | Argentina.gob.ar
5. Prevención del suicidio - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)
6. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
7. Suicidios (Sistema de Alerta Temprana - Suicidios) República Argentina (2017-2020) Marzo 2022 Secretaría de Seguridad y Política Criminal Dirección Nacional de Estadística Criminal.
8. Suicidio y autolesiones en contexto de pandemia por covid-19 Recomendaciones para equipos de salud.
9. Las presentes recomendaciones fueron elaboradas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con la Dra. Diana Altavilla, y con la colaboración de: • Dirección Nacional de Cursos de Vida del Ministerio de Salud de la Nación o Dirección de Personas Adultas y Mayores o Dirección de Adolescencias y Juventudes • Dra. Silvia Bentolil.
10. Consultado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a05.pdf>.
11. Consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55389>.
12. Consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>.
13. Consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54032>.
14. Consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52713>
15. Organización Mundial de la Salud. Preparación y respuesta ante una pandemia de influenza. Documento de orientación de la OMS. Ginebra: OMS; 2009 [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.who.int/publications/i/item/9789281200699>
16. Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell C. Debates en medicina social. Quito: Imprenta Non Plus Ultra; 1991.
17. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud. México: Alames; 2008 [acceso: 20 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>.

