



Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Rosario



TRABAJO FINAL PARA ACCEDER AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL

**SUICIDIO: ANÁLISIS DEL REGISTRO DEL INSTITUTO
MÉDICO LEGAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.
2016 Y 2017**

AUTORA: Paula Soledad Balbi

TUTOR: Dr. Sergio Vázquez / Dra. Mónica Liborio

COHORTE: 2019-2021

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCION	5
Presentación del tema	5
Magnitud del problema.....	5
Marco teórico	7
Circuito neuronal de la suicidalidad	10
Trauma temprano y propensión al suicidio	11
Teorías sobre suicidio y la conducta suicida	12
Evaluación del riesgo del suicidio.....	14
Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio en países latinoamericanos	17
Los padres y el suicidio.....	18
Suicidios en adolescentes.....	19
Suicidio y patología mental	21
El suicidio más allá de la enfermedad	23
El suicidio desde la Medicina Legal	23
MEDIOS SUICIDAS:	24
TIPICIDAD DE LAS LESIONES	25
Lugar del hecho y levantamiento de cadáver	25
Importancia de las cartas suicidas en la investigación forense	29
Autopsia psicológica.....	30
La autopsia psicológica como técnica pericial	32
Objetivo	34
METODOLOGIA	35
RESULTADOS	37
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFIA	45

“La felicidad me precede. La tristeza me sigue. La muerte me espera”

Edouard Leve

RESUMEN

Los suicidios son un tipo de muerte violenta. Una de cada cien muertes es a causa del suicidio y sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo.

Se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo con el objetivo de analizar y comparar el número de muertes por causa "suicidio" según edad, sexo y mecanismo de producción a partir del estudio de 355 casos obtenidos del Instituto Médico Legal de la ciudad de Rosario de los años 2016 y 2017.

Entre los principales resultados se halló que en el año 2016 ocurrieron 163 casos de suicidio, con una tasa de 12,9 por 100000 habitantes y en el año 2017 ocurrieron 192 casos con una tasa de mortalidad por suicidio de 15,1 0/0000 habitantes. Siendo no significativa su diferencia ($Z= 1,43$; $p=0.15$).

Además, el sexo masculino continúa prevaleciendo por sobre el femenino en amplio margen y el mecanismo de producción más adoptado fue el ahorcamiento, aunque en el 2017 se duplicaron las muertes en hombres por proyectil de arma de fuego.

Se resalta que hubo un aumento marcado del número de suicidios en adolescentes y niños, siendo en el 2016 un registro importante de óbitos entre los 16 y los 20 años y se quitaron la vida dos niños de 12 años, un masculino y un femenino por ahorcamiento, como dato de edad más joven.

Las mujeres, quienes en años anteriores elegían como metodología la precipitación al vacío o sobreingesta medicamentosa, en estos años se presentó un aumento de casos por ahorcamiento y proyectil de arma de fuego.

Desde la perspectiva médico legal, es importante destacar que se hallaron limitaciones en la recolección de datos. Especialmente en cuanto a la incompletud de los registros y principalmente en el documento donde se plasma la escena y el contexto del momento, que es el documento sobre el levantamiento del cadáver.

Se resalta que pueden existir subregistro en cuanto a la tipificación y la intencionalidad del acto, ya que no es posible obtener datos fidedignos para crear sólidas políticas de Estado que ayuden a disminuir las tasas de suicidios de la población en general.

INTRODUCCION

Presentación del tema

Para el sociólogo francés Emile Durkheim (1951) en su libro “El suicidio”, define que el suicidio es todo acto en el que una persona atenta contra su vida, logrando con ello su muerte de manera directa o indirecta, negativa (por efecto de disposiciones conflictivas intensas) o positiva (racionalizada en sus motivos), en cuyo fin prevalece la autoeliminación consciente, que debía producir ese resultado y que estos son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), define al suicidio como una muerte por lesión auto infligida, intencional, deliberadamente iniciado por la persona, y como un medio para obtener un fin deseado. Es un hecho multicausal resultado de la interacción de factores genéticos, biológicos, sociales, psicológicos, ambientales y culturales. (Bottcher, R., Garay, C., 2021)

El suicidio es una variedad de muerte violenta, con la característica que el agente que pone en marcha el mecanismo traumático, es a su vez la víctima y constituye un importante problema de salud pública, para el que aún no se han encontrado respuestas suficientes. Es un tema complejo, lo cual implica que no sólo constituye una temática de la órbita médico legal, sino que es abordado por otras disciplinas y entre éstas, la más importante, la salud mental.

Diversas dificultades metodológicas (la mayoría derivados de las fuentes de obtención de datos), han hecho que numerosos autores llamen la atención acerca de una tendencia a la sub / notificación y subregistro de las muertes suicidas en la mayoría de los países incluido el nuestro, con las consecuencias que esta situación acarrea.

Uno de los aspectos que posee grandes dificultades metodológicas es precisar la intencionalidad de concluir con la propia vida. Así, por ejemplo, numerosas muertes por sumersión, precipitación al vacío o arrollamiento, no permiten otro análisis más que la causa misma del deceso por lo que ante la determinación de esta causa de muerte, se plantea la pregunta a cuya respuesta no siempre es posible acceder: este hecho es un suicidio, accidente, homicidio o una causa indeterminada.

Magnitud del problema

Según las últimas estimaciones de la OMS, publicadas en *Suicide worldwide in 2019*, 1 de cada 100 muertes es por causa suicidio, por lo que se expresa que el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo.

Efectuando una comparación con otras patologías, se expresa que cada año pierden la vida más personas por suicidio que por VIH, paludismo o cáncer de mama, o incluso por guerras y homicidios.

En 2019, 700 000 personas aproximadamente se suicidaron, es decir 1 de cada 100 muertes ha sido originada por esta causa, lo que ha llevado a la OMS a elaborar nuevas orientaciones para ayudar a los países a mejorar la prevención del suicidio y los cuidados conexos.

La OMS, describe que las tasas de suicidio disminuyeron en un 36 %, en los últimos 20 años (2000 y 2019), en el mundo, si bien este descenso osciló en un 17% de la Región del Mediterráneo Oriental, en un 47% de la Región de Europa y en un 49% del Pacífico Occidental. En cambio, en la Región de las Américas, las tasas se incrementaron en un 17% en ese mismo periodo. (OMS, 2021)

Cabe resaltar que las cifras de suicidio presentan un subregistro que, según autores, alcanza el 50 %, lo que implica que mayoría de los países no muestren la magnitud real de este problema. Por otra parte, la prevalencia del intento de suicidio es difícil de establecer, debido a que este evento no se vigila de la misma forma en todos los países y en muchos de ellos no se dispone de información confiable y se ha estimado alrededor del 3-5 % en los mayores de 15 años. (Yoimara Pabón, A., 2021)

La OMS menciona sobre suicidio en adolescentes que:

- ✓ En el 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (Triveño, G., Surraco, M., Amor, M. y col., 2020).
- ✓ en el año 2019 murieron más de 1,5 millones de adolescentes y jóvenes de entre 10-24 años de edad, que representa casi 5 000 al día.
- ✓ En Argentina, en 2015, se publicó una tasa de mortalidad por suicidio de 5 por cada 10.000 habitantes, entre 10-19 años, y la cantidad de muertes de varones fue de 6,9 por 10.000. (Ibarlucía O., Kukurutz A., 2021)

La evidencia muestra diferencias según *edad, sexo y medio utilizado de suicidio*. En los países de altos ingresos, los hombres de mediana edad y adultos mayores han presentado las tasas más altas de suicidio. Sin embargo, las tasas de suicidio juvenil son una causa creciente de preocupación. La razón de suicidios entre hombres y mujeres ha sido más alta en países de ingresos altos versus bajos y medianos. (Vidal, C., Faunes, C., Toro Huerta, C., y col., 2021)

Marco teórico

La violencia es considerada una problemática sanitaria a nivel mundial, y constituye una de las principales causas de muerte y de traumatismos no mortales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica las violencias en tres categorías según quien comete el acto: violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones); interpersonal (familiar y entre personas sin parentesco); y colectiva (social, política y económica). De acuerdo con la CIE – 10, las lesiones de causa externa abarcan cuatro categorías: agresiones (u homicidios); lesiones autoinfligidas (o suicidios); accidentes; y eventos de intención no determinada. (Bonanno, D. y col, 2022).

El término de suicidio fue creado por Pierre Francois Guyot Desfontaines para designar la acción de aquella persona que se mata por sus propios deseos. El término suicidio proviene del latín “sui” que significa sí mismo y “coedere” matar, es decir, matarse a sí mismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1969 definió el acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.

Otro autor, Slakieu, 1999, lo definió como una situación de crisis que pone en peligro la vida y proporciona una definición de crisis como un estado personal de trastornos y desorganización, caracterizado fundamentalmente por la incapacidad de un individuo para manejar una situación particular usando los métodos que normalmente emplea para la resolución de problemas y por la tendencia hacia un resultado radicalmente positivo o negativo. Por tanto, el individuo considera que con las técnicas tradicionales de solución de problemas no consigue nada y el suicidio será un alivio al problema o al menos, una opción razonable.

En los setenta, la definición del suicidio se dividió en tres constructos teóricos para su investigación: la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado.

Posteriormente se utilizó el término “suicidiología” para expresar las conductas, pensamientos y sentimientos implicados. Se describió que el factor cognitivo corresponde a la ideación suicida y el factor conductual, al intento y al suicidio consumado. La ideación suicida se la definió como desear y planear suicidarse, pero no haber realizado un intento y el intento suicida se identifica por el acto de dañarse, con la intención de quitarse la vida sin lograrlo y el acto suicida implica el auto daño con el desenlace fatal (Córdova Osnaya, M. y col., 2015).

Héctor Basile, médico psiquiatra, miembro de la red mundial de suicidólogos, conceptualiza palabras claves:

- ✓ *Ideación suicida*: manifestación consciente sobre pensar o desear morir. A veces imaginando un plan o método concreto para realizarlo.
- ✓ *Amenaza suicida o parasuicidio*: expresión de la intención, sin pasar al acto, con el propósito más o menos consciente de obtener un beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás. Es muy riesgoso creer que lo que se anuncia no será concretado.
- ✓ *Planificación suicida*: proyecto concreto, que incluye: cómo (con qué medio), cuándo y dónde realizarlo; es un elemento de enorme peligrosidad.
- ✓ *Crisis suicida*: crisis aguda en la que se vivencia que la muerte, lograda ahora, es la única salida posible. Significa que el suicidio ya está en curso.
- ✓ *Intento de suicidio*: comportamiento autodestructivo que fracasa en el logro de quitarse la vida.
- ✓ *Acto suicida*: comportamiento deliberado de quitarse la vida, con éxito fatal.
- ✓ *Conductas autodestructivas*: Son equivalentes suicidas, son formas de dejarse morir activa o pasivamente:
 - Tendencias suicidas: actos violentos reiterados y sistemáticos, que colocan al individuo en situaciones de riesgo como accidentes de moto, automóvil, etcétera, delitos que pueden terminar en homicidio, traumatofilia, mutilaciones, etcétera.
 - Suicidio crónico: descuido autodestructivo, lento pero continuado de la propia persona:
 - Adolescentes que consumen drogas en forma adictiva (alcohol, tabaco, psicofármacos en combinación con alcohol, marihuana, cocaína, LSD, pegamentos, anfetaminas, alucinógenos sintéticos, etcétera).
 - Trastornos de la alimentación como la anorexia o bulimia.
 - Afecciones producidas o agravadas por el descuido de propio cuerpo: enfermedades de transmisión sexual, Sida, diabetes, asma, obesidad, etcétera.

- ✓ *Epidemia de suicidios*: se observan con frecuencia entre los jóvenes. Un suicidio en la escuela o en el barrio o que recibe la atención de los medios de comunicación, tiende a ser imitado por sus allegados.
- ✓ *Suicidio grupal*: varios integrantes de un grupo o secta cometen suicidio colectivo.

Si se analiza la teoría clásica, Durkheim, en su estudio sociológico, distinguió los siguientes tipos de suicidio:

- ✓ *Suicidio egoísta*: ocurre cuando la sociedad en la que se vive ha sufrido un grave proceso de desintegración, es decir, aquellas que han promovido un alto grado de individualismo, “el yo individual se afirma con exceso frente al yo social”.
- ✓ *Suicidio altruista*: sería el opuesto del anterior. Se da en aquellas sociedades excesivamente integradas, donde el yo individual se pierde por lo colectivo; es como un sentimiento de deber para la sociedad en la que se integra.
- ✓ *Suicidio anómico*: se da en sociedades perturbadas, en momentos de crisis económica o convulsivos cambios sociales. El individuo percibe que no encaja en la sociedad, por ejemplo, los “sin techo” y los huérfanos.
- ✓ *Suicidio fatalista*: se observa en los grupos en los que hay un control excesivo, como en las sociedades de esclavos.

Además, Pierre Morón (1980), reconoce en la conducta suicida bajo cuatro niveles distintos:

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

Esta visión del suicidio como un homicidio frustrado o agresividad interiorizada fue expuesta por Stekel expresando que alguien que no desee matar a otro, o que al menos lo desee, se mata a sí mismo (González Ortiz, J., Rodríguez, A., 2005)

Muchas de las muertes por suicidio son atribuidas a factores ambientales o contextuales, especialmente el acceso a los métodos de suicidio es un importante factor de riesgo y la disponibilidad de los mismos es uno de los factores más importantes en la

elección de un método específico (Ajdacic Gross et al., 2008). Las circunstancias adicionales, específicas de cada individuo (tales como impulsos emocionales y afectivos, y habilidades cognitivas), pueden influir también la forma como se realiza el acto suicida y el método con el que se lo realiza (Deisenhammer et al., 2016).

Circuito neuronal de la suicidalidad

Estudios de neuroimágenes estructurales y funcionales ha mostrado cierta promesa como marcadores de conducta suicida. Dichos estudios dilucidaron fundamentos neurobiológicos de mecanismos fisiopatológicos que no son observables a nivel conductual y también proporcionan objetivos para futuras intervenciones neurobiológicas y los estudios psicometa bólicos y neuroquímicos aluden a posibles objetivos de tratamiento.

Los *estudios de neuroimágenes estructurales* en adultos que han realizado intentos de suicidas sugieren un volumen anormalmente menor de sustancia gris en las regiones corticales (red frontoestriatal-límbica y cingulada anterior). Además, en mujeres, menor volumen en la corteza orbitofrontal bilateral y un mayor volumen de la amígdala derecha.

En adolescentes, se demostró que con presencia de depresión y antecedentes de intentos de suicidio tenían menores volúmenes del giro temporal superior derecho que los controles sanos. Estos hallazgos serían similares a un menor volumen de sustancia gris asociado con déficits en la empatía y en la teoría de la mente en pacientes con esquizofrenia. El giro temporal superior derecho participa en la atención a la emoción, la percepción y exploración espacial, y el procesamiento de los rostros. El hallazgo anormal en el volumen de éste, evalúa información socioemocional en adolescentes con estos antecedentes.

Los *estudios de neuroimágenes funcionales* indicaron también anomalías. Uno de los estudios informó una menor captación de glucosa en la corteza prefrontal y el giro cingulado dorsal anterior en personas que habían intentado suicidarse de forma de alta letalidad, respecto de quienes lo habían intentado con un método de baja letalidad. Los hombres registraron mayor actividad en la corteza orbitofrontal lateral derecha y menor actividad en el giro frontal superior derecho, en respuesta a rostros que mostraban ira en comparación con rostros neutros. La toma de decisiones riesgosas y las anomalías en el control cognitivo están bien documentadas en estudios en adultos con intento de autolisis. Específicamente, se observó una mayor actividad en la red de control atencional y una menor conectividad funcional entre el giro cingulado anterior dorsal y la corteza insular (procesamiento interoceptivo de emociones), en adolescentes

con intentos de suicidio. Estas regiones del cerebro participan en el control atencional y emocional.

En cuanto a *estudios psicometabólicos*, hace más de tres décadas, Asberg y col, hallaron bajos niveles de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), en muestras de líquido cefalorraquídeo obtenidas de adultos con antecedentes de intentos de suicidio. Este trabajo contribuyó al desarrollo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Hallazgos recientes indican que el metabolismo de folatos tiene una función en la depresión, y existen estudios que están analizando la incorporación de suplementos de 5-metiltetrahydrofolato (5-MTHF) para reducir síntomas depresivos. Una variedad de errores metabólicos congénitos conocidos se presenta con síntomas psiquiátricos concomitantes, incluida la conducta suicida (Pan L., 2016)

Aitor Castillo reveló en una revisión sobre fisiopatología del suicidio que las primeras investigaciones sobre los aspectos neurobiológicos del suicidio se han llevado a cabo a través de estudios del sistema serotoninérgico. Hay evidencias que indican que los niveles del metabolito principal de la serotonina se encuentran disminuidos en el líquido cefalorraquídeo. Asimismo, algunos investigadores han identificado polimorfismos en el gen de la triptófano-hidroxilasa asociado a la tendencia al suicidio. De igual modo, otros investigadores estudiaron 211 adolescentes y relacionaron los niveles de serotonina en plasma con medidas psicométricas y concluyeron que la determinación de la concentración plasmática de serotonina en combinación con ciertas evaluaciones psicométricas puede servir como un marcador que podría ayudar a diferenciar subgrupos de adolescentes suicidas. (Cuesta Revé, D., 2017)

Trauma temprano y propensión al suicidio

Se ha descrito que, para cada muerte por suicidio, se producen entre 10 y 40 intentos de suicidio. La ideación suicida y los planes son importantes precursores y tuvieron una prevalencia global a lo largo de toda la vida del 9,2 y el 3,1 % respectivamente. Por lo tanto, estos tipos de comportamientos suicidas también son motivos de preocupación. La mayoría de las personas que consideran el suicidio no lo intentan, pero, de todas maneras, uno de los predictores más fuertes de los intentos de suicidio fue la ideación suicida previa.

Have et al. descubrieron que, entre los sujetos con ideación suicida basal, el 31,3% todavía afirmaban esos pensamientos y el 7,4% informaron haber intentado suicidarse 2 años después. Los factores de riesgo citados para el suicidio fueron: depresión, desesperanza, impulsividad. Estos factores, predicen la ideación suicida pero no distinguen a los sujetos que tuvieron intentos de suicidios de aquellos que sólo han tenido ideación.

Así, el suicidio se manifestaría como una forma extrema de depresión, que o acepta o rechaza la definición de la vida; Kelly define al suicida como: “aquel que con la muerte pretende validar la vida y que acude a esa solución, bien sea porque su mundo le resulta impredecible o bien, en el caso opuesto, porque sus anticipaciones le parecen excesivamente regulares, obvias y carentes de interés” (González Ortiz, J., Rodríguez, A., 2005)

Tres teorías sobre suicidio proponen que los factores principales que causan ideación suicida son diferentes de aquellos que causan la progresión a los intentos de suicidio. Algunos factores han sido identificados como puntos clave: capacidad adquirida para el suicidio; impulsividad, planeamiento, acceso a los medios, imitación, moderadores volicionales; contribuidores de disposición (genética), adquiridos (habituación) y prácticos (conocimientos y acceso a los medios letales) para el aumento de la capacidad de suicidio.

Otro aspecto que se resalta son las malas experiencias durante la niñez (como el maltrato) y representan hasta un 67% del riesgo de intentos de suicidios a lo largo de toda la vida.

En otro estudio se describe que el comportamiento suicida estuvo fuertemente asociado con el abuso emocional en la niñez, y tuvo una asociación mucho menor con el abuso sexual y el abandono emocional. Asimismo, al efectuar comparaciones con los sujetos con ideación suicida, el abuso emocional fue el subtipo de trauma más asociado con intentos de suicidios serios, lo que sugiere que es un factor relevante para la progresión de ideación a intentos. (R.F.M de Araújo, 2016)

Fuller-Thomson y col, examinaron la relación entre las experiencias adversas en la niñez y la propensión al suicidio en la edad adulta. En dichas experiencias se contemplaban al abuso sexual, maltrato físico y violencia familiar entre los padres. Los datos se obtuvieron en Canadá, en el 2012, donde la prevalencia de intentos de suicidio fue mucho más alta entre aquellos adultos que habían sufrido una situación traumática cuando niños: maltrato físico (12,4 % contra 1,9% que no lo sufrió) y abuso sexual (16,9 % frente a 2,1% sin abuso); y entre aquellos que habían presenciado violencia familiar (7,3 % contra 2,3 % que no la presenciaron). (Wagner K., 2017).

Teorías sobre suicidio y la conducta suicida

Los estudios acerca del suicidio han planteado diversas posiciones, desde la tesis de Pinel y Esquirol hasta las de Jousset y Moreau de Tour, además de otros, quienes concibieron el suicidio en el siglo XIX como una patología de carácter psiquiátrico que obedece a desórdenes mentales específicos y claramente delimitados.

Esta mirada se encuentra en contraposición a la visión sociológica, de Emile Durkheim en 1897, para quien el suicidio va más allá de las concepciones meramente individualistas y de carácter patológico, siendo un acto social, y sugiriendo que los niveles de integración y de regulación social - los deseos y aspiraciones de los miembros de la sociedad son restringidos por normas sociales, costumbres y valores - serían los causantes del suicidio social. (González Ortiz, J., Rodríguez, A., 2005)

Freud planteó que el suicidio era un síntoma penoso, producto de la civilización, una consecuencia de las tendencias autodestructivas que podían estar presentes, en cierto grado, en cada persona, convirtiéndola en un ser vulnerable al suicidio. Este autor interpretó al suicidio como un fenómeno intra/psíquico originado primariamente en el inconsciente y en cuya psicodinámica intervendrían especialmente la agresión y la hostilidad contra sí mismo al no poder exteriorizarla. Sostenía que, la base del suicidio, radicaba en un instinto de muerte. (González Ortiz, J., Rodríguez, A., 2005)

La teoría de la internalidad/externalidad de Rotter está basada en el enfoque del aprendizaje social, escuela que considera que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en un contexto social, por tanto, las diferencias conductuales entre los individuos se atribuyen a la historia de aprendizaje de cada persona en relación con los demás y con situaciones específicas a las que estuvo sometida. En esta teoría, la experiencia continuada de ineficacia puede llevar al sujeto a un estancamiento y absorción de las propias limitaciones impuestas por el ambiente, rompiéndose el vínculo entre ambos por agotamiento, reificación de los significados, o un simple inconformismo con el estatus y rol socialmente impuestos. Es decir, para que las personas se desarrollen óptimamente necesitan refuerzos vitales y un umbral mínimo de logro, determinados por el control que tengan sobre los sucesos de su vida y la satisfacción de sus necesidades. (González Ortiz, J., Rodríguez, A., 2005).

Por otra parte, la teoría de la desesperanza de Seligman se fundamenta en la idea de que la percepción de no correlación entre los objetivos propuestos y los resultados de sus actos puede provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. Es decir que, la carencia de control en los resultados de las propias conductas puede provocar déficits en la personalidad: que se manifestaría a través de la depresión que sufriría el sujeto. (González Ortiz, J., Rodríguez, A., 2005).

El modelo diátesis-estrés (Zuckerman, 1999) explicaría las conductas suicidas como el resultado de la interacción entre una predisposición o vulnerabilidad, y experiencias vitales que resultan estresantes para el sujeto. Aunque inicialmente el término diátesis describía únicamente una predisposición genética, en la actualidad se sabe que puede haber vulnerabilidades cognitivas y sociales. Estos factores de vulnerabilidad

permanecen latentes en el individuo y, al interactuar con sucesos negativos o estresantes, aumentarían la probabilidad de aparición o mantenimiento de un trastorno. (Bottcher, R., Garay, C., 2021).

En un estudio realizado en España, en el 2018, sobre ingresos hospitalarios de intentos de suicidios menciona que un efecto de la conducta suicida es la morbilidad que se genera en aquellos individuos que no fallecen de forma inmediata a la tentativa.

Se reconoce que los intentos son mucho más frecuentes que las muertes por suicidio, serían aproximadamente entre 10 o 20 veces más, siendo más común en mujeres y en jóvenes.

Existen numerosos problemas en el estudio de la morbilidad asociada a la conducta suicida tanto de índole definitoria como en su cuantificación, dada la existencia de problemas de registro, clasificación y sub diagnóstico de esta condición (Sendra Gutiérrez, J., Esteban Vasallo, M., Domínguez Berjón, F, 2018)

La ideación y el intento suicida, como se ha expresado anteriormente, son predictivos de muerte por suicidio; además, los intentos de suicidio pueden tener consecuencias negativas como lesiones, hospitalización y pérdida de libertad, y en ocasiones requieren de atención médica especializada para mitigar los daños producidos, así como un abordaje psiquiátrico oportuno para evaluar y manejar el trastorno mental subyacente. (Yoimara Pabón, A., 2021)

Evaluación del riesgo del suicidio

El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados. Así se establece una secuencia progresiva.

Es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, venganza, altruismo o búsqueda de riesgos. Por otro lado, se han descrito tres características dependientes del rasgo:

- a) pensamientos de derrota, tendencia a percibirse como perdedor cuando se enfrentan situaciones estresantes de tipo psicosocial;
- b) percepciones de "imposibilidad de escapatoria", asociadas a alteraciones de memoria autobiográfica y déficit para resolver problemas; y

c) percepción de "imposibilidad de rescate", es decir, desesperanza, el abandono de los intentos por responder a situaciones estresantes al carecer de control sobre ellas. (Gutiérrez García, A., Contreras, C., Orozco Rodríguez, R., 2006)

Con respecto a la detección y evaluación del riesgo suicida, se mencionan los siguientes factores:

- ✓ *Enfermedades psiquiátricas:* Los cuadros psiquiátricos más frecuentes asociados al suicidio son los trastornos del ánimo (uni y bipolares), la esquizofrenia y abuso/dependencia de alcohol o sustancias. Tienen asimismo mayor riesgo los trastornos alimentarios, el trastorno de pánico (especialmente de intentos suicidas) y el TOC. Los trastornos de la personalidad (particularmente límite y antisocial) elevan la probabilidad de autoeliminación. Los pacientes que intentan o consuman suicidio se presenta con una comorbilidad psiquiátrica.
- ✓ *Intentos e ideas suicidas:* Un intento de suicidio eleva alrededor de cuarenta veces la probabilidad de autoeliminación. El período de mayor riesgo suicida es el semestre tras al evento. Durante el año siguiente, la tasa de suicidio se incrementa hasta cien veces, especialmente en pacientes con trastornos psiquiátricos. Por otra parte, la mitad de quienes cometen suicidio lo ha intentado previamente, y esto alcanza a los dos tercios en los grupos más jóvenes. Eventualmente, el 10% de los que intentan se quitará la vida y alrededor de la tercera parte lo reiterará. Acentúan el riesgo de reiteración los trastornos de la personalidad, el abuso de alcohol y drogas, el aislamiento o bajo apoyo social y el desempleo o inestabilidad laboral. Un modelo predictivo de repetición estaría conformado por tres factores: i) ser repetidor de intentos, ii) antecedentes personales/familiares de abuso de alcohol y iii) sentimientos de decepción por la sobrevida. La presencia conjunta de estos tres factores eleva la probabilidad de repetición al 75%.

El mayor riesgo de consumación se encuentra en los varones, mayores de 45 años, con trastornos del ánimo o por uso de sustancias, trastorno crónico del sueño, deterioro social y de la salud. Otros rasgos se incluyen el vivir solo, la desesperanza elevada y persistente, e indicadores de un intento realizado con elevada intención autolítica, o empleando un método violento.

- ✓ *Suicidio y conducta suicida en la familia:* El suicidio y la conducta suicida son altamente familiares, y se transmiten independientemente de la enfermedad psiquiátrica. Investigaciones en gemelos y adoptados indican que el mecanismo de transmisión familiar es importante, genético, mediado por una tendencia a la agresión impulsiva.

- ✓ *Eventos vitales y apoyo social:* Prácticamente todos los casos de autólisis han sido antecedidos de acontecimientos adversos en el año anterior, concentrados en los últimos meses. Los más frecuentes son de tipo interpersonal (conflictos y rupturas), seguidos por problemas en el trabajo o desempleo, problemas financieros, duelo, violencia doméstica y dificultades de vivienda, entre otros. Por otra parte, el apoyo social es percibido como un factor importante, cuya ausencia o pérdida se asocia a afectos y cogniciones presuicidas y a tentativas más severas. Inversamente, la provisión de apoyo es una importante medida preventiva.

- ✓ *Enfermedades médicas:* La presencia de enfermedades puede implicar un aumento del riesgo suicida, incluyendo SIDA, epilepsia, enfermedades de la médula espinal, daño cerebral, Corea de Huntington, y diversos tipos de cáncer, especialmente los que afectan al SNC. Muchas veces en este mayor riesgo interviene la concurrencia de cuadros depresivos y bajo apoyo social, lo que debe considerarse en la evaluación y tratamiento.

- ✓ *Factores psicológicos y cognitivos:* La desesperanza es una dimensión relevante en la evaluación del riesgo. Es un componente de la depresión, y el mejor predictor de intención suicida, puede determinar una vulnerabilidad persistente a la conducta suicida y se comporta en pacientes suicidas crónicos como un rasgo habitual y estable. Otros factores cognitivos estudiados incluyen: rigidez cognitiva, la consideración del suicidio como una solución aceptable, déficits en la capacidad para resolver problemas, y una tendencia a visualizar las situaciones en términos bipolares extremos. Una percepción de insolubilidad de los problemas puede estar presente en jóvenes y niños suicidas. Otras dimensiones de la personalidad incluyen la introversión y el psicoticismo.

- ✓ *Otros factores de riesgo:* Existe una miscelánea, que incluye hipocolesterolemia, tabaquismo, pobreza, crisis sociales, y fenómenos de “contagio” e imitación. Esto últimos tienen importancia en casos de suicidio en cadena (“*cluster suicides*”).

Otros autores presentan una clasificación diferente de los factores de riesgo del suicidio que se establecen como:

- 1) *Los primarios*, que incluyen los trastornos psiquiátricos antes mencionados y la enfermedad médica crónica.
- 2) *Los secundarios*, que son los factores que llevan a una actitud disfuncional, como la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo; y

3) *Los terciarios*, que incluyen los factores demográficos como la edad, el género, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estacionales) y el formar parte de un grupo socialmente minoritario que con frecuencia es perseguido o vetado (Gutiérrez García, A., Contreras C., Orozco Rodríguez, R., 2006)

En un estudio transversal realizado en un hospital de la provincia de Jujuy, en el 2019, se menciona que muchas de las muertes por suicidio son atribuidas a factores ambientales o contextuales. En este sentido, el acceso a los métodos de suicidio sería un factor de riesgo y la disponibilidad de los mismos. Presentan a su vez circunstancias adicionales, tales como impulsos emocionales y afectivos, y habilidades cognitivas, que pueden influir en la forma como se realiza el acto suicida y el método con el que se lo realiza.

Complementariamente, se muestra la posibilidad de que reducir la disponibilidad de un método suicida específico tendría un efecto de reducción sobre las tasas generales de suicidio. Los datos internacionales sugieren que restringir el acceso a métodos suicidas es más urgente y técnicamente más factible.

Sin embargo, se debe señalar que la restricción del acceso a métodos potencialmente letales no es siempre una recomendación útil o aplicable. Según algunos datos, los métodos en intentos suicidas son fluctuantes e impredecibles, y el método de la primera tentativa no predeciría tentativas futuras. Otras posturas contradicen lo anterior, ya que se mostraron asociaciones entre algunos métodos específicos usados en intentos suicidas y subsecuente riesgo de suicidio o de nuevos intentos. Asimismo, se identificaron ciertas características de los métodos usados en intentos suicidas que serían predictivas de la estabilidad en las elecciones de métodos en tentativas suicidas repetidas. (López Steinmetz, L., 2019)

Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio en países latinoamericanos

En una revisión de investigaciones del año 2021, se menciona que las tasas de suicidio en jóvenes fueron evolucionando en los últimos años. En Argentina la mortalidad por suicidio se incrementó en relación con las tasas registradas en los primeros años de este siglo, al punto de convertirse en la segunda causa de muerte en este grupo etario. En Uruguay el suicidio es la primera causa de muerte en jóvenes, y su tasa es la más elevada del continente latinoamericano. En Brasil, si bien la mortalidad también aumentó en gran medida, pero no se ve reflejado en la tasa, debido al progresivo crecimiento de la población. En Chile, por el contrario, la mortalidad por suicidio disminuyó luego de alcanzar su pico máximo en el 2008.

En los países mencionados se encontró coincidencia con respecto al incremento en las tasas de suicidio motivado por la crisis económica, y el desempleo. Sin embargo, debido a la multicausalidad del suicidio, la ideación y conductas suicidas, sería un reduccionismo considerar solamente al desempleo o la recesión económica como únicos causantes. (Bottcher, R., Garay, C., 2021)

Los padres y el suicidio

Entre los principales motivos de los intentos de suicidio en los niños y adolescentes en cualquier contexto social se describen los conflictos familiares y los amores contrariados. Entre los primeros, son comunes las dificultades en las relaciones interpersonales con determinados miembros, principalmente los progenitores, que se convierten en factores de riesgo de suicidio en estas etapas de la vida.

Entre las *patologías de los progenitores* que más riesgo de suicidio ocasiona en la descendencia se menciona la depresión materna, cuya sintomatología se caracteriza por tristeza, pesimismo, falta de voluntad, incapacidad para concentrarse, pesimismo, abandono de las obligaciones para con los hijos, entre otras razones. En estos casos el comportamiento suicida de los jóvenes, puede ser la consecuencia de estas emociones, incluyendo la tristeza y desesperanza al percibir el estado de la madre, su fuente de protección y seguridad, las dificultades en la satisfacción de sus necesidades biológicas y espirituales actuales o por venir y la posibilidad de quedar huérfano si se consumara el suicidio a lo cual prefiere no enfrentarse.

Además, se enumera *el alcoholismo* que ocasiona un clima emocional familiar caótico, en el que predomina la violencia: peleas, castigos físicos, riñas, agresiones con diferentes objetos, como las armas blancas y de fuego, que pueden ocasionar la muerte de alguno de los participantes.

Los *trastornos de la personalidad* pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio, principalmente cuando son de tipo disocial, porque despliegan una serie de manifestaciones conductuales que alteran el funcionamiento familiar (Pérez Barrero, S., 2015)

Los *factores de riesgo familiares* resultan ser los más frecuentes: un miembro de la familia es alcohólico/a, presencia de discusiones y agresividad entre los padres, padres que lo(a) agreden física y verbalmente, y además la presencia de factores en la escuela: lo(a) acosan, no le gusta estudiar entre otras cuestiones y entre los personales: dificultades en la relación con sus padres, se constataron como más significativas. (Hernández, L., Caballero, B., González Delgado, Y. y col., 2020)

Suicidios en adolescentes

En el año 2020 se publicó una revisión sistemática sobre prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes. De acuerdo a las variables sociodemográficas, ser mujer fue reportado en un 39 % (n=9) como factor de riesgo directamente relacionado con el aumento de la conducta suicida, mientras que los problemas económicos fueron reflejados en un 13% (n= 3) de los estudios, que mencionaron que aumentaba el riesgo cuatro veces más.

Los factores biológicos se hallaron en un 43% (n=10), principalmente relacionados con antecedentes de intento de suicidio o con suicidio consumado en los familiares de los adolescentes o en los propios adolescentes. La disfuncionalidad familiar severa, sentirse poco apoyado o no tener buenas relaciones con los padres y poco apoyo social fueron reportados en un 56% (n=13) como factores sociales que aumentaban a más de 10 veces el riesgo.

Así mismo, las formas de violencia como el maltrato psicológico o el abuso sexual aumentaban el riesgo de conducta suicida. El acoso escolar o bullying también cobró relevancia en los hallazgos encontrados, así como las dificultades escolares. También se describieron que los conflictos con la identidad sexual, los problemas de pareja o mantener relaciones, elevaban el riesgo de presentar ideas o intentos de suicidio. La depresión y la ansiedad se constituyeron como los trastornos mentales más directamente relacionados con la conducta suicida.

Así mismo, el consumo de cigarrillos, alcohol y sustancias psicoactivas aumentaban en un 30% la conducta suicida de los adolescentes.

Con relación a los factores psicológicos, la baja autoestima, los sentimientos de desesperanza, los miedos hacia el futuro, el estrés y recibir humillaciones e insultos también fueron encontrados como factores de riesgo entre los estudios seleccionados.

El factor biológico de antecedente de suicidio en la familia también se podría asociar a que esta conducta se trasmite de generación en generación, independientemente de que exista o no una enfermedad mental. Estaría relacionada con la tendencia a una conducta suicida violenta cuando existe polimorfismo del gen transportador de la serotonina. Cuando esta herencia genética está presente, aporta el 50% de probabilidad de que ocurra una conducta suicida, mientras que el otro 50% lo constituyen los factores asociados.

Con respecto a los factores sociales, la disfuncionalidad familiar moderada o severa, las relaciones conflictivas con los padres y sentirse poco apoyado se encuentran en la mayoría de los estudios de esta revisión.

El suicidio en esta etapa se relaciona con características propias de esta del ciclo vital, como, por ejemplo, dificultades en el manejo de impulsos, baja tolerancia a la frustración y la tendencia a reaccionar polarizadamente, en términos de “todo o nada”. Sin embargo, habitualmente el objetivo no es consumir la muerte, sino más bien parece ser un grito desesperado para obtener ayuda, dado que percibe su situación y a sí mismo como sin posibilidades de salida ni esperanza.

Si el adolescente tuvo durante su infancia los factores de riesgo suicida descritos, estos se mantienen y se potencian con algunas de las problemáticas propias de la adolescencia. (Cortés Alfaro, A., Suarez Medina, R. y col, 2019).

Un estudio publicado en Argentina en el año 2020 coincide con los diversos estudios, acuerdan que la edad es un factor de riesgo, ya que el riesgo aumenta conforme aumenta la edad. Sin embargo, en los últimos años se observa un proceso inverso en la región. Las tasas de suicidio se redujeron en las edades más avanzadas y aumentaron entre los más jóvenes del continente y, en Argentina en particular, en los últimos 25 años la mortalidad por suicidio se triplicó en la población joven. Aunque la mortalidad de las mujeres es menor en este grupo etario, el peso del suicidio en la mortalidad femenina es relevante.

De acuerdo a UNICEF, se han identificado algunos factores predominantes para la conducta suicida en población de niños, niñas y adolescentes, como la ausencia o debilidad de otras personas significativas o instituciones que cumplan el rol de apoyos afectivos/instrumentales; las dificultades al atravesar las pruebas definidas socialmente en la transición de la adolescencia a la juventud/adulthood; la rigidez normativa como dificultad para flexibilizar las normas morales incorporadas o el padecimiento mental no atendido. En relación a esto, en Argentina se desarrollaron importantes estudios que hallaron que ser mujer, hijo/a único/a, vivir en pequeños centros poblacionales, así como el bajo nivel educativo de los padres resultaron los principales factores de riesgo; que las formas de suicidio más frecuentes fueron el ahorcamiento y el disparo por arma de fuego, seguidas por el envenenamiento; que existen relevantes diferencias en las tasas de suicidio según la región geográfica del país; y que existe una importante carencia de profesionales capacitados en el sistema de salud como una fuerte invisibilidad del problema en los ámbitos familiar, escolar y comunitario, complejizando la tarea de prevención y detección temprana de conductas suicidas. También se logró demostrar que uno de cada tres jóvenes con ideación suicida puede llegar a desarrollar un plan suicida durante su juventud y que un 60 por ciento de los que desarrollan un plan, lo ejecutan y mayoritariamente dentro del primer año de la aparición de la ideación. (Ibarlucía, O., Kukurutz, A., 2021).

El suicidio de los niños y de los adolescentes es una *tragedia* que afecta no sólo al individuo, sino a la *familia, a los padres, y a la comunidad* en la cual vivió el joven. Es considerado a menudo como un *fracaso personal* por los padres, amigos, maestros, médicos y psicólogos, que se reprochan - *muchas veces infundadamente* - a sí mismos el no haber percibido *las señales de alerta*. También es visto como un *fracaso* por la *comunidad*, pues actúa como señal vívida de que *la sociedad moderna*, a menudo, no procura un entorno sano, nutriente, contenedor en el cual los niños y adolescentes puedan crecer y desarrollarse. (Basile, H., 2005)

Especialistas en el país coinciden en diagnosticar las falencias políticas a nivel nacional y subnacional para la construcción de una estrategia integral en el abordaje del suicidio, como así también en el sistema de salud al momento de elaborar las estadísticas, ya que persisten dificultades para discriminar correctamente las muertes accidentales de las intencionales, lo que provoca una subestimación importante de las tasas de suicidios (Altieri, D., 2007)

Suicidio y patología mental

El 92 % de los individuos que intentan suicidarse tienen un trastorno psiquiátrico y más del 90 % de las personas que mueren por esta causa tienen un trastorno mental en los países de ingreso alto, pero esta asociación es menor, entre un 30 y 80 %, en países de ingresos bajos y medianos. Aunque el comportamiento suicida está fuertemente asociado con trastornos mentales, no existe ninguna relación lineal; la gran mayoría de las personas con trastornos mentales no tienen esta conducta.

En general, los trastornos mentales incrementan de manera significativa la posibilidad de un evento autolesivo. El riesgo de suicidio en presencia de un trastorno mental puede multiplicar de 4 a 25 veces el que se observa en la población sin trastorno mental, con excepción del trastorno del desarrollo de la capacidad intelectual y el deterioro cognitivo mayor. No obstante, hay evidencia de que más del 98 % de las personas con trastornos mentales no mueren por suicidio.

Los trastornos mentales son un factor precipitante para la conducta suicida independientemente del sexo, identificarlos en el servicio de urgencias contribuiría a la disminución de la repetición de esta conducta. La coincidencia de múltiples intentos y letalidad severa en un mismo paciente parece relacionarse con el grupo de edad de 35-65 años, sexo masculino, uso de métodos violentos, trastornos mentales y la inactividad laboral.

El suicidio ha sido considerado como una conducta prevenible, el intento de suicidio es un predictor clínicamente relevante que está presente en un tercio de los actos

consumados, además el padecimiento de un trastorno mental es otro factor de riesgo; por ello, aparece el interés por identificar la relación entre los intentos de suicidio y los trastornos mentales, para mejorar la atención especializada y diseñar e implementar estrategias específicas para prevenir el suicidio. (Yoimara Pabón, A., 2021)

En pacientes depresivos alrededor del 40% efectúa un intento de suicidio tras el primer episodio; de los mismos el 47-69% presenta grados diversos de ideación suicida. Respecto al suicidio consumado, estudios con autopsias psicológicas han encontrado que alrededor del 90% de las víctimas presentaba un trastorno diagnosticable antes de la muerte, principalmente del ánimo, por uso de alcohol/sustancias y esquizofrenia, a menudo comórbidos. Por otra parte, quienes presentan trastornos psiquiátricos tienen tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio hasta 40 veces más elevadas que la PG. (Gómez, A., 2012)

Se propone el concepto “complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental” (CEDATM) para englobar los términos usados en la teoría de la atribución: estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación. El CEDATM (el internalizado y el percibido) es un fenómeno frecuente que puede explicar un porcentaje de los casos de suicidio. Se evidenció que las personas con estigma internalizado realizaron más intentos de suicidio y que la tasa de suicidio en población general es más alta en los países con mayor estigma percibido. Se consideró que la relación entre CEDATM y suicidio se establece por mecanismos interrelacionados: un mecanismo “directo” que incluye el CEDATM percibido y se configura como barreras de acceso a servicios y acciones en salud mental, y un mecanismo “indirecto” que involucra el CEDATM internalizado y que incrementa la vulnerabilidad a episodios depresivos y comportamientos autolesivos repetidos que pueden terminar en suicidio. (Campo Arias, A., Herazo, E., 2015).

Los factores de riesgo suicida se pueden dividir también en fijos y modificables. Evidentemente, un buen tratamiento psiquiátrico difícilmente modificará los riesgos fijos, tales como el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. En cambio, los factores de riesgo modificables son, principalmente, la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas. Es de destacar que la discapacidad asociada a los trastornos psiquiátricos suele conducir a pérdida del empleo y pobreza, a la ruptura de las relaciones personales y al aislamiento social, formando así un círculo vicioso (Gutiérrez García, A., Contreras, C., Orozco Rodríguez, R., 2006)

El suicidio más allá de la enfermedad

Autores, sugieren un cambio radical en el modo de pensar el suicidio. Es decir, pasar de una lógica que prioriza la idea de enfermedad, diagnóstico y sintomatología clínica, a un enfoque que sitúe a la persona y su circunstancia, con su subjetividad, sufrimiento, problemas y dramas, en el centro de comprensión del fenómeno suicida.

Se sabe que el factor diagnóstico es un mal predictor del suicidio habría que encontrar la explicación-comprensión de una crisis y el paso al acto suicida.

En contra de lo que se dice, mientras no se asuma que la gente no se suicida porque está deprimida, tenga alcoholismo, o un trastorno límite de personalidad, sino porque vive atrapada en la cárcel de contextos vitales problemáticos de sufrimiento-límite, ellos mismos causantes de sintomatología clínica (desmoralización, consumo de alcohol, vivencias de vacío e impulsividad, etc., incluyendo las conductas suicidas), puede estar lejos la prevención. De acuerdo con esta perspectiva, se trataría de abordar y solucionar los contextos vitales problemáticos, donde se infiltra el sufrimiento psicológico, y no sólo achicar los síntomas.

Existen estudios de autopsia psicológica que revelan que las persona que se suicidan sin trastorno mental aparente, también tienen síntomas clínicos y características de personalidad similares a las de los sujetos diagnosticados con trastorno mental que han realizado actos suicidas. Siempre hay una continuidad dinámica entre sufrimiento psicológico normal y clínica mental. Es por ello que proponemos hablar de “psico(pato)logía” de los suicidios. Y es que el riesgo de suicidio asociado a los trastornos adaptativos es 14 veces superior al de la población general.

El suicidio sería entonces, antes que un problema clínico, un fenómeno inherente a la condición humana, esto es, a su vulnerabilidad existencial y empírica dadas unas circunstancias determinadas. Se sugiere entonces un cambio en el modo de pensar el suicidio. Pasar de una lógica que prioriza la idea de enfermedad, diagnóstico y sintomatología clínica, a un enfoque que sitúe a la persona y su circunstancia, con su sufrimiento, problemas y dramas, en el centro de comprensión del fenómeno suicida.

Por lo tanto, se precisaría un enfoque contextual-fenomenológico que permita “volver a las cosas mismas”, que en nuestro campo son las “personas-ahí-en-el-mundo-haciendo-su-vida”. (García Haro, J., García Pascual, H., González González, M. y col, 2020)

El suicidio desde la Medicina Legal

La violencia, entendida como *toda alteración del orden natural de las cosas*, que, en presencia de una muerte, para la ley, se considera como “muerte violenta”.

Interviene aquí, un concepto jurídico sobre la responsabilidad de *alguien* en la producción de la muerte, por ser el autor directo o indirecto de la violencia que le dio origen. Esto significa que se pondrán en marcha los mecanismos investigativos para determinar los pormenores que rodean dicha muerte.

Con lo cual, podrá ser el propio occiso (suicidio) el responsable de su muerte, un tercero en forma directa en los homicidios o en forma indirecta en los accidentes por uso de cosas, donde el dueño de la misma podrá ser responsabilizado civilmente por dicha muerte. (Fraraccio, J., 2017)

Para el Código Penal Argentino, el suicidio (o su intento) no está penado. Sí lo está la ayuda o instigación al suicidio si este se intentara o consumara (Art. 83) (Basile, A., 2019)

MEDIOS SUICIDAS:

- ✓ *Armas suicidas:* se utilizan por lo general armas de uso civil, que pueda existir en la casa, incluso en precarias condiciones, aunque algunas veces el suicida compra el arma y las municiones. No son raros los casos de sobrevida. Las escopetas son también utilizadas, siendo frecuente la herida en cavidad bucal, abdomen y sien.
- ✓ *Ahorcadura:* se observan colgamientos desde árboles, vigas de techo, camas o cualquier otro elemento de mediana o elevada altura. Se utilizan cables, cuerdas, alambres, cintos o telas como sabanas, toallas, etc.
- ✓ *Sumersión:* en nuestras costas marítimas suele ser habitual la introducción al mar o el tirado desde un muelle o embarcación. Es frecuente el quitado de las ropas para este propósito. Las ataduras de manos y/o elementos pesados al cuello por el propio suicida suele ser un método usado para asegurar el resultado.
- ✓ *Defenestración. Precipitación:* el arrojarse al vacío es un método muy común, en especial en mujeres. Se acostumbra a referirse a *caída* cuando el individuo cae desde su propia altura o subido a una silla o mesa; cuando se cae o arroja desde una altura mayor (como la ventana o techo de un edificio) que no supere los 50 metros., se habla de *defenestración*. Cuando se supera esa altura se lo denomina *precipitación* (aviones, cerros, edificios muy altos, etc.).
- ✓ *Asfixia por monóxido de carbono:* método muy utilizado por suicidas que preparan meticulosamente su acto asegurando la hermeticidad del recinto donde se acumulará el gas (casas, autos).
- ✓ *Armas blancas:* se utilizan frecuentemente cuchillos caseros.
- ✓ *Arrojo al paso de un vehículo:* se utiliza más el tren, pero también puede ser camiones, colectivos o autos.

- ✓ *Ingesta de tóxicos en general:* la vía oral es la más frecuente. Se utilizan también inhalantes e inyectables. Los más usados son los depresores del sistema nervioso central, pesticidas, cianuros, etc.
- ✓ *Otros medios:* quemaduras rociándose el cuerpo con combustible, sistema con mecanismos eléctricos complejos de electrocución, etc.

TIPICIDAD DE LAS LESIONES:

Por lo general se observan lesiones típicas en los casos habituales de suicidios. Así, las zonas normalmente utilizadas para el uso de armas de fuego son la sien derecha o izquierda, la cavidad bucal o el piso de la boca y precordio. Las zonas de las armas blancas son el cuello, el precordio, las muñecas o antebrazos y el abdomen.

Es frecuente observar, en el lugar del hecho, en completo orden (excepto casos de manías), con notas dejadas por el occiso. Cuartos de baño o dormitorios cerrados por dentro. Ocasionalmente (en delirantes) complicados mecanismos preparados ad hoc con meticulosidad para lograr su objetivo. Algunas conductas son típicas del suicida, como el descubrirse la zona corporal a agredir o desabrocharse la camisa si se va a realizar un disparo en el pecho o herir con arma blanca; el ubicarse frente a un espejo para el degüello; el acomodarse el cañón del arma en la cavidad bucal, que lo distingue del disparo en la boca de origen homicida, donde generalmente se lesiona la arcada dentaria por resistencia de la víctima a abrir la boca.

Lugar del hecho y levantamiento de cadáver

En muchas ocasiones resulta difícil determinar la etiología médico legal de una muerte violenta. Aunque numerosos autores han estudiado los indicios más significativos que pueden ayudar a establecer si una muerte violenta fue de origen suicida, homicida o accidental, a menudo nos encontramos con dificultades para poder hacerlo debido a la existencia de hallazgos inusuales o a la alteración de indicios por parte de terceras personas.

En un estudio del año 2003, se expone un caso de muerte de origen suicida en el que la víctima presentaba dos disparos por arma de fuego localizados en región temporal derecha y en la nuca. Las características del cartucho (muy antiguo y con pólvora mal conservada), hicieron que se deformase el proyectil al impactar sobre el hueso no perforándolo y que, tras desviarse afectara tan sólo a planos musculares. Al no producirle la muerte este primer disparo, el sujeto realizó un segundo disparo sobre la nuca, que resultó mortal al lesionar el paquete vasculonervioso del cuello. Se trató de

un varón de edad avanzada, encontrado en el suelo de una de las dependencias del patio de su vivienda. El cuerpo se encontraba en posición de decúbito supino, con la cabeza recostada sobre un saco. En la sien derecha presentaba un orificio ensangrentado compatible con el producido por arma de fuego del que partía un reguero sanguinolento que cubría la parte derecha de cara y cuello. En la camisa que portaba se pudieron apreciar manchas de sangre por impregnación y salpicadura en la porción anterosuperior de la misma. En la mano derecha aparecían manchas de salpicadura de sangre en el dorso. El lugar del levantamiento estaba ordenado, sin signos de haberse producido una pelea y tampoco en las ropas del fallecido se encontraron señales de desgarros que pudieran indicar signos de lucha. En un mostrador de madera situado a los pies del cadáver, se encontró un revólver francés antiguo y sendas notas manuscritas dirigidas al Juez y Forense, respectivamente.

Como existencia de desorden, lo que constituiría un indicio de lucha y por tanto haría sospechar de etiología criminal; la presencia de huellas e impresiones sangrientas (salpicaduras, regueros, impresiones de pies y manos), que ayudarían a la reconstrucción de la escena; datos como la presencia de notas escritas por el suicida, encontrar la puerta cerrada por dentro con llave, son datos significativos para establecer la etiología médico legal; el empleo de armas improvisadas o con dispositivos extravagantes o complicados de disparo indicarían etiología suicida.

Del examen del lugar de los hechos y del estudio de las ropas del fallecido, así como de las lesiones presentadas, no se pudo apreciar la evidencia de signos de lucha. La existencia de la herida incisa superficial en muñeca izquierda con características vitales y con una data inmediatamente anterior a la muerte del sujeto, indica la posibilidad de intento previo de autolisis con un arma blanca. Esto último no es excepcional puesto que está descrito en la literatura la existencia de mecanismos dobles de suicidio, sobre todo cuando el primero no ha sido suficientemente eficaz. El estudio de las manchas de sangre que aparecen en el dorso de la mano derecha es compatible con manchas de proyección tras producirse los disparos. También en el estudio de criminalística efectuado se pudo constatar que en la mano derecha aparecían señales de pólvora. Por último, una vez consultados los archivos médicos del centro de salud de la zona donde residía el fallecido, se comprobó que tenía una historia antigua de depresión, aunque no constaban intentos previos de suicidio. (Navarro Escayola y col, 2003).

Menciona Luis Carro, en Estudios penales y Criminológicos: que el objetivo del trabajo no es otro que señalar los defectos e insuficiencias que la investigación médico legal que tal tipo de muertes presenta en la actualidad, e indicar algunas posibles soluciones. Cuando se piensa con qué frecuencia y de qué modo se realizan las inspecciones oculares, deberíamos, cuando menos, preocuparnos seriamente.

El análisis del lugar del hecho debería ser una actividad muy tecnificada, pero se convierte en muchos casos, en un derroche de buena voluntad e improvisación. En el lugar del hecho, en un caso de muerte violenta, hay dos hallazgos fundamentales: por un lado, uno o varios cadáveres y por otro una serie de posibles vestigios del suceso más o menos evidentes. Tales vestigios pueden ser de naturaleza biológica (manchas de sangre, pelos, etc.) o de un origen diverso (huellas dactilares, casquillos de proyectiles, armas, colillas, huellas de neumáticos, etc.) dependiendo del hecho que se trate.

Los mayores problemas, durante el examen del lugar del hecho, se derivan de una insuficiente y poco profesional recogida de indicios. El modo como se recogen, en que cantidad y la rapidez con que se lleven al laboratorio las muestras de los vestigios, condicionarán decisivamente el resultado que pueda obtenerse. La mayoría de las personas que acuden a un levantamiento de cadáver no son conocedoras del principio básico de la investigación científica del crimen, el principio de intercambio de LOCARD. Según este principio cuando dos objetos se ponen en contacto se produce siempre una transferencia de material entre ambos. De ello se deduce que cualquier persona que entre o salga de aquel lugar dejara o llevara sobre si vestigios de su paso. Este riesgo de “contaminación” debería ser minimizado mediante el uso de guantes y protectores de calzado de material plástico, lo cual es práctica habitual en los países en los que la investigación criminal cuenta con una buena organización.

Todo trabajo en equipo, requiere siempre de un director. Este deberá indicar cuando y de qué manera cada miembro del equipo debe realizar su tarea, y que cosas pueden hacerse en el mismo lugar en que aparece el cadáver y cuales otras sería convenientes aplazar.

Expone el Dr. Fraraccio, J. en su libro *Medicina Forense Contemporánea: Alexandre Lacassagne*¹ expresó que *el examen del lugar del hecho constituye las tres cuartas partes de la autopsia.*

Con esta expresión quiso destacar la importancia del minucioso examen de la escena del crimen, lugar donde los peritos hallarán la más rica información para efectuar el dictamen pericial; el resto lo aportarán la autopsia y demás diligencias periciales correspondientes al ilícito.

Lo que realmente interesa a la justicia son los pormenores de esa causal de muerte, su etiología médico-legal o manera de la muerte (homicida, suicida, accidental o natural) y su mecanismo de producción (fisiopatología lesional), para juzgar sobre ese determinado delito. Por ello, lo más importante de la peritación médico-legal son las

¹. médico y criminólogo fundador de la Escuela Lacassagne de Criminología en Francia

consideraciones médico legales tendientes a establecer el quién, dónde, cómo, cuándo y por qué sucedieron los hechos en estudio.

A modo de resumen se exponen los puntos más importantes sobre la escena del crimen o lugar del hecho (*leve de corps*):

- ✓ los escenarios pueden ser *simples* (con un solo cadáver, en lugares cerrados y en orden) o *complejos* (varios cadáveres, con desorden, a la intemperie, con terreno fangoso, signos de lucha, etc.); *primarios* (donde se dio la muerte de la víctima) o *secundarios* (donde es hallado el cuerpo) o *terciario* (donde se llevó a cabo otra acción delictiva); y por último *abiertos* (aire libre) o *cerrados* (espacios interiores).
- ✓ Debe instruirse al personal policial para el ingreso al lugar del hecho, ya que es clave en la evolución de la investigación.
- ✓ Se debe proteger el lugar con cintas para aislar el lugar y evitar el ingreso de curiosos, familiares o prensa.
- ✓ Identificar y/o demorar a sospechosos o merodeadores como posibles testigos del hecho.
- ✓ Los primeros técnicos que debe entrar al lugar son los especialistas en ciencias criminalísticas conjuntamente con el fiscal. Si existe cadáver, el médico forense debe entrar primero con quien dirige el operativo, con el fin de corroborar que el muerto realmente lo sea. La primera inspección podría llevarla a cabo un perito en criminalística para corroborar a grandes rasgos los hechos y establecer el orden y tipo de peritos a ingresar, sin alterar nada. Luego deben entrar el resto de los peritos para trabajar en conjunto. El fotógrafo debe entrar luego de los peritos, ya que son ellos los que indican que fotografiar.
- ✓ Se debe ingresar con cubre zapato para no dejar huellas o llevarse algún objeto adherido al mismo, además de barbijo, gorro y guantes.
- ✓ No se debe hablar demasiado, ni fumar, ni mover objetos.
- ✓ Lo primero que deberá hacer el perito forense es examinar el cadáver sin tocar nada, tratando de establecer la causal de muerte sin moverlo. Para esto se deberán buscar las lesiones y si no aparecieran a simple vista, se procederá a la búsqueda minuciosa (aun desvistiendo al occiso). Tomar temperatura corporal, constatar livideces y rigidez, y concluir en probable causa de muerte de acuerdo a las heridas halladas.
- ✓ Luego, se procederá a examinar detalladamente los alrededores del cadáver a los fines de establecer relaciones entre las lesiones y objetos presentes en el lugar, para tratar de determinar el mecanismo de la muerte.
- ✓ Se tomará nota de la presencia o no de tóxicos, medicamentos o drogas.
- ✓ Ante la existencia de objetos, muebles, paredes y demás elementos capaces de lesionar activa o pasivamente al cuerpo, se deberá anotar la distancia exacta entre ellos y el cadáver.

- ✓ Todo elemento extraño o no, como colillas de cigarrillos, cabellos, manchas en alfombras, paredes, picaportes, etc., deben tratarse con cuidado, tomarse con pinzas, usando guantes, depositándolos en recipientes de plástico o vidrio con tapa, limpios y secos. No olvidar orina y otros excrementos (materia fecal, esputos, material de vómito, etc.) que puedan contener células de descamación útiles para para identificación por ADN. Enviar al laboratorio con cadena de seguridad y custodia.
- ✓ Deberá buscarse la presencia de armas o elementos que pudieran utilizarse como tales y relacionarlas con las lesiones cadavéricas, sean o no responsables de las heridas.
- ✓ En el caso de ahorcadura o estrangulamiento, remitir junto con el cadáver el elemento se supone que podría haber causado la lesión (soga, lazo, cinto, sabana, etc.)
- ✓ Se debe interrogar a testigos o vecinos en ese mismo momento y en el lugar.

Ya sea por inexperiencia del personal actuante, tanto policial como judicial y peritos, o por falta de elementos que son imprescindibles para esta tarea, se producen fallas procesales que luego redundan en dificultades a la hora del diagnóstico pericial o, peor aún, a la hora de la audiencia en juicio oral.

Importancia de las cartas suicidas en la investigación forense

El suicidio es uno de los temas más complejos y misteriosos a los que se enfrenta el mundo médico y por ello su investigación resulta potencialmente una de las cuestiones más importantes para los profesionales, no sólo de la psiquiatría sino también de la medicina forense.

Al estudiar un suicidio, una de las grandes dificultades es la obtención de datos que permita comprender la situación que llevó a una determinada persona a acabar con su vida. El estudio del suicidio por parte del médico forense abarca dos aspectos que están ligados en la investigación. Estos son, el diagnóstico y las circunstancias de la muerte y la investigación de los motivos o ideación suicida.

Cuando una persona llega a consumar un acto suicida, la intervención de la medicina forense no debiera quedar únicamente en la determinación de las causas de la muerte, mediante la realización de la autopsia médico legal, sino que además el perito forense, con su preparación, debe lograr revelar algunos indicios o mensajes referentes y consustanciales al individuo, que pudieran servir de ayuda para llegar a establecer el perfil del suicida, sus conflictos y su dinámica; de manera que permita reconstruir su personalidad y su estado de salud mental, en momentos previos a cometer el acto suicida.

Todo suicidio consumado deja vestigios en el lugar en que se produce, de ahí que el objetivo de la investigación posterior sea interpretar correctamente los hechos, reconstruir lo ocurrido y comprender lo que sucedió. Dentro de este entramado, el análisis de cartas o notas suicidas manuscritas es uno de los métodos más valiosos en el estudio del comportamiento suicida, ya que se puede considerar como un mensaje por el cual el suicida manifiesta su idea, su responsabilidad y su premeditación a la consumación del suicidio y además pretende que sea vista posterior a su muerte.

La técnica de análisis de su contenido, es una de las más utilizadas para la comprensión del suicidio. Su estudio resulta fundamental desde el punto de vista psiquiátrico, psicológico y médico-forense, al revelar el carácter bio-psico-social que la persona suicida tiene para tomar esta decisión.

A pesar de ello, asumimos que la terminología utilizada en los escritos es un medio esencialmente expresivo de su propio pensamiento en el momento que deciden quitarse la vida, pero también pudieron haber existido otro tipo de pensamientos que no quedaron reflejados en los escritos ni siquiera puestos de manifiesto por otros medios a sus allegados. Sin embargo, el número de suicidas que dejan este tipo de evidencia es mínimo. En general, las notas de los suicidas se caracterizan por expresar aspectos o eventos muy variables tales como hostilidad y autorreproches, así como por dejar frecuentemente instrucciones a los supervivientes. En cuanto a las razones por las que se dejan notas escritas son complejas, no existiendo ninguna realidad de que estos mensajes sean más incuestionables que otras formas de comunicación, como pudieran ser las advertencias verbales previas.

Una vez planteada la valoración de las notas manuscritas, se solicita la oportuna autorización de la autoridad judicial, para el manteniendo de los aspectos éticos y legales oportunos y puede servir como complemento al trabajo pericial investigador del médico forense, para realizar el análisis de las circunstancias de muerte de una persona y determinar la intencionalidad letal que pudiera tener. (Casado Blanco, M. y col, 2012)

Autopsia psicológica

El término nace en California en los años 50 y se define a la investigación diagnóstica retrospectiva de un individuo en relación a la presencia o ausencia de una psicopatología en el intento de dar mayor información a la justicia para dictaminar casos en que se investiga una determinada manera de muerte.

Resulta de utilidad cuando un caso es rotulado como suicidio y presenta aristas confusas que obligan a descartar un posible homicidio. En tal caso, la investigación de la

personalidad previa del occiso permitirá entregar al juez información sobre la probabilidad de una conducta suicida.

El dictamen estará basado en la investigación del lugar del hecho, los testimonios de familiares, amigos y la historia clínica, si hubiese. Los puntos a considerar previo al dictamen son:

- Valorar los factores de riesgo suicida, de riesgo hetero agresivo y riesgo de accidentalidad,
- Valorar el estilo de vida del occiso,
- Determinar el estado mental en el momento de la muerte,
- Establecer las áreas de conflicto y motivacionales,
- Diseñar el perfil de personalidad,
- Determinar si existieron señales de aviso presuicida (Alonso, L. y col, 2011).

En los estudios de autopsia psicológica, la presencia de trastornos mentales se objetiva en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio, siendo los trastornos más frecuentes asociados la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad, entre otros.

A pesar de que la autopsia psicológica se considera el mejor método de estudio del suicidio consumado, los datos sobre trastornos mentales relacionados con suicidios están sujetos a sesgos producidos por la recogida retrospectiva de los datos, la tendencia a atribuir trastornos mentales a las personas que se suicidan, el condicionamiento de la información ofrecida por los familiares por la búsqueda de una explicación al suicidio. Por otra parte, diversos estudios destacan la asociación del suicidio con diferentes factores de riesgo psicosocial, como estar separado o sin pareja, las pérdidas personales, el abandono en la infancia, la historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia o la existencia de situaciones vitales estresantes.

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros.

Como ya se ha mencionado, es importante remarcar que el suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales. Esta asociación queda contrastada en los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios que confirma la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos en al menos un 90% de los suicidios, con un mayor de riesgo suicida cuanto mayor es el número de diagnósticos. (Maderuelo Fernandez, J y col, 2015)

La autopsia psicológica como técnica pericial:

Es un procedimiento del ámbito forense, complementando la autopsia médico legal con el objetivo de determinar las circunstancias de la causa, mecanismo y manera de muerte, además de precisar la intención-colaboración del fallecido dentro de su propia muerte (Cañón Buitrago y col, 2016).

La autopsia psicológica es un método de recolección de datos de una persona fallecida, el cual permite reconstruir su perfil psicológico, es decir acceder a un registro indirecto de las conductas y comportamientos consistentes de la persona fallecida, así como de su estilo de interacción social, todo ello recabado a través de la reconstrucción de su estado de salud general y/o de riesgo antes del deceso, por medio del acceso a dos fuentes de información; por un lado los documentos disponibles de tipo clínico (expedientes, notas médicas, notas psicológicas, expedientes jurídicos, etc.,) y por otro lado la información recolectada con informantes clave.

Se destaca que las personas que pueden ser informantes clave en un proceso de autopsia psicológica son todas aquellas que hayan tenido vínculos con la persona fallecida, ya sea de tipo laboral, afectivo, familiar, vecinal u otros, ya que en cada situación se pueden encontrar indicadores que lleven a identificar las cuestiones de interacción social que se mantienen consistentes en cada vínculo y aquellas que corresponden a cada condición en particular.

Es recomendable tener en cuenta toda la documentación laboral, académica, jurídica, preferencias literarias, fotografías, notas, diarios entre otros indicios posibles. Asimismo, para el desarrollo de dicho procedimiento, algunos autores citan que es recomendable el trabajo interdisciplinario, en un colegiado que será compuesto por profesionales como médicos, criminalistas, criminólogos, abogados, policías investigadores, psiquiatras y psicólogos forenses, aunque en la particularidad de cada caso podrán convocarse profesionales tales como informáticos forenses, antropólogos forenses, sociólogos, trabajadoras sociales o algunos otros.

Técnicamente Ebert (1987) sugiere que la autopsia psicológica deberá seguir los siguientes siete pasos:

- a) valorar el estilo de vida del occiso;
- b) evaluar el estado de salud mental en los momentos previos de la muerte (pueden ser días);
- c) establecer las áreas de conflicto y motivaciones, en los últimos meses de vida del occiso;
- d) diseñar un perfil retrospectivo de personalidad del occiso basado en informantes clave y evidencias;

- e) esclarecer si existían señales presuicidas (gestos, amenazas o identificación suicidas);
- f) esclarecer si existía un estado psicológico presuicida;
- g) valorar los factores de riesgo suicida, de riesgo heteroagresivo o de riesgo de accidentalidad.

De acuerdo con el propio Ebert (1987) los objetivos esenciales de la Autopsia Psicológica se pueden sintetizar en los siguientes cuatro puntos.

- 1) Determinar las causas y circunstancias de la muerte en casos de tipo confuso que necesitan ser distinguidos (natural, accidental, suicidio y homicidio) Generalmente, el mecanismo o causa médica de muerte es bastante clara, pero no suele ser así con el modo como se desarrollaron los hechos que finalizaron con una muerte.
- 2) Investigar y precisar el momento y el tiempo en el cual se produjo la muerte; para lo cual, el investigador deberá indagar diferentes situaciones de la vida del occiso para tratar de relacionarlas con el hecho o encontrar factores de conexión entre eventos.
- 3) Obtener la información que permita evaluar los datos obtenidos de diversos intentos de suicidio, con el fin de desarrollar aplicaciones para prevenir dichos intentos y la letalidad de los mismos, es decir tomar elementos epidemiológicos de utilidad para la creación de medidas de prevención primaria.
- 4) Según el mismo autor, el proceso de autopsia psicológica puede ser una opción terapéutica para la familia y los amigos del occiso.

Desde este enfoque, la entrevista y la investigación en general son potenciales mecanismos terapéuticos para estas personas, ya que son elementos que les posibilitan comunicar sus pensamientos y emociones acerca de la persona fallecida, de igual forma, les dan opción de hacer emisiones sobre la percepción que cada uno tiene sobre la muerte de aquella persona a la eran cercanos, que por lo general tiende a ser de culpa, dolor, vergüenza, resentimiento, decepción, rivalidad, entre otras, que son normalmente objeto de atención clínica. (Herrera Rodríguez, J. y col., 2019)

En la actualidad es cada vez más necesario incurrir a la configuración de la autopsia psicológica como un dispositivo de análisis “sine qua non”, empleado por los departamentos forenses de las instituciones que se encargan de la investigación de muertes dudosas.

Para Gómez & Sáenz (2000), es un método de análisis, que permite dar respuesta clara al motivo biopsicosocial de la muerte causada por un suicidio, evidenciando las circunstancias adjuntas, de suyo “la autopsia psicológica, es un dictamen pericial, es decir se podría construir como prueba autónoma, por cuanto es un concepto de carácter técnico-científico”.

Para Shneidman (1981) con la autopsia psicológica se puede llegar de manera profunda y adecuada a la búsqueda de antecedentes que de una u otra manera ayudan a que le profesional realice una identificación de las intenciones del occiso, tomando en consideración la importancia de formular preguntas como: ¿Cuál fue el detonante?, ¿Qué fue lo que lo motivó a hacerlo?, ¿Por qué se dio en esta etapa de su vida y no en otra?, ¿en qué situación se encontraba? Estos interrogantes serían un punto de partida importante para la recolección de información acerca de las causalidades y posteriores consecuencias que se asocian tanto al ámbito socio cultural como al familiar en el que se produce el acto suicida.

Por los hallazgos que provienen de la autopsia psicológica, ayuda a orientar acciones preventivas del suicidio a un nivel de intervención primaria, secundaria y terciaria, las cuales pretenden ayudar a las personas en riesgo, para que sea posible que estas logren orientar sus vidas, buscando que mejoren sus habilidades de autoprotección y mantenimiento emocional en el plano psico familiar (Toro Rodríguez, L., 2019)

Objetivo

Analizar y comparar el número de muertes autoinfligidas según edad, sexo y mecanismo de producción en los años 2016 y 2017, con datos obtenidos de los registros elaborados en el Instituto Médico Legal de la ciudad de Rosario.

METODOLOGIA

El suicidio, como se ha expresado anteriormente, es el acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte. Este puede ser provocado por trastornos emocionales, pérdida de personas allegadas, trabajo o dinero, presión institucional, enfermedad incurable y mandato religioso, entre otras causas. (Ramírez Ramos, Y. y col., 2019).

En este trabajo se analizaron y tipificaron 355 suicidios consumados en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, durante los años 2016 y 2017 de un total de 1954 autopsias, pertenecientes al Instituto Médico Legal de la ciudad de Rosario. El tipo de estudio realizado fue retrospectivo y descriptivo.

Las fuentes de datos fueron dos: en primera instancia se registró la información obtenida de los libros de mesa de entrada de autopsias, donde figuran los datos filiatorios y número de autopsia y la causa de muerte. En los casos en que los datos estaban incompletos, se analizaron los biblioratos de autopsia, donde se encuentra el expediente completo que incluye: pedido de autopsia desde fiscalía, levantamiento de cadáver, historia clínica si la hubiese y autopsia completa.

En estos expedientes es donde se evacuan las dudas sobre la causa de muerte. Aun así, el sesgo en la toma de datos es alto, ya que se cierran como causa indeterminada muchas de las muertes en las que se sospechan suicidio.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

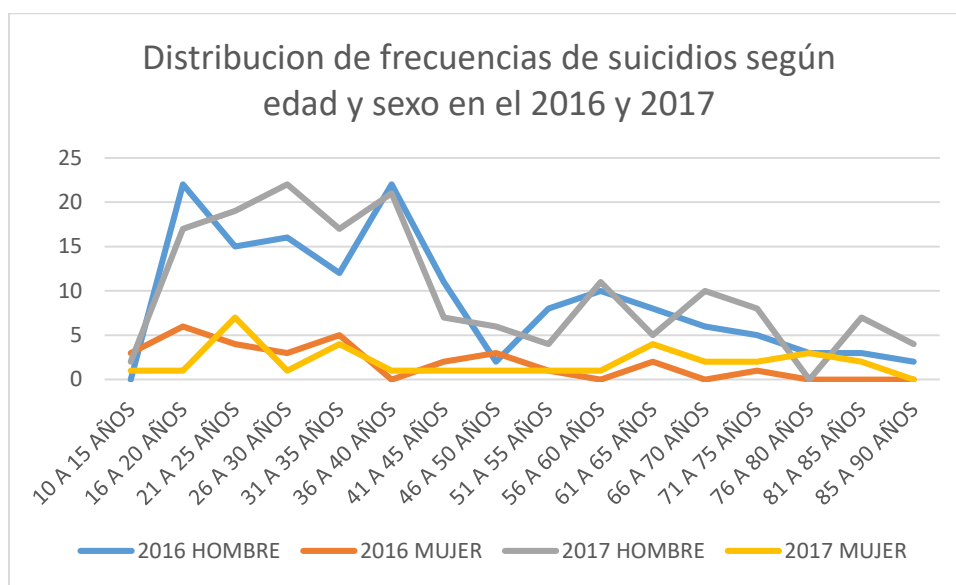
- ✓ PERIODOS: se consideran los suicidios dentro de periodos anuales de 2016 y 2017
- ✓ MECANISMO DE PRODUCCION DE SUICIDIO: son los mecanismos puestos en marcha o las acciones traumáticas para lograr voluntariamente la muerte, por parte de la misma. Se los agrupa de la siguiente manera:
 - Proyectil de arma de fuego: revolver, pistola, escopeta, etc.
 - Ahorcadura: soga, lazo, cinturón, etc.
 - Precipitación al vacío: desde terrazas, balcones, ventanas, etc.
 - Tóxicos (envenenamiento): por ingesta oral y/o inhalación de sustancias tóxicas tales como arsénico, estricnina, cianuro, cloruro de potasio, plaguicidas, monóxido de carbono, ácido muriático.
 - Sumersión: ríos, piletas, arroyo, etc.

- Quemaduras: kerosene, alcohol.
 - Heridas de arma blanca: cuchillo, tijera, hoja de afeitar, etc.
 - Electrocuación: ataduras con cables conductores a artefactos o al tendido eléctrico.
 - Sobreingesta medicamentosa: cualquier tipo de fármaco.
- ✓ EDAD: las edades fueron tabuladas en periodos consecutivos, por grupos etarios abarcativos de 5 años cada uno. Es decir, los suicidios comprendidos entre los 10 y 15 años, entre los 16 y 20 años y así sucesivamente hasta alcanzar el último grupo observado, que comprende desde los 85 años en adelante. Son constatadas individualmente al momento de producirse el hecho y luego agrupadas.
- ✓ SEXO: masculino y femenino

RESULTADOS

Se analizaron, 355 suicidios consumados en la ciudad de Rosario, durante los años 2016 y 2017 de un total de 1954 autopsias, realizadas en el Instituto Médico Legal de Rosario.

En el grafico 1 se observa la distribución de frecuencias por edad y sexo, con comportamiento similar en ambos años y con predominio del sexo masculino.



En el año 2016 ocurrieron 163 casos de suicidio, con una tasa de 12,9 por 100000 habitantes ² y en el año 2017 ocurrieron 192 casos con una tasa de mortalidad por suicidio de 15,1 0/0000 habitantes. Se efectuó la comparación de ambas tasas, siendo no significativa su diferencia ($Z= 1,43$; $p=0.15$).

Se calcularon las tasas de mortalidad por causa, según sexo y se observan en la tabla siguiente:

	varon		mujer	
	2016	2017	2016	2017
Cantidad de suicidios	131	160	32	32
poblacion estimada	608558	612527	654193	657491
Tasa de mortalidad según sexo	21,5	26,1	4,9	4,9
significacion	$Z= -1,6$; $p = 0,11$		$Z= 0,10$; $p= 0,91$	

Cabe resaltar que la tasa de suicidios de los varones se encuentra por encima de la tasa de las mujeres, contrariamente a lo que se piensa en el imaginario social que asocia este evento al universo femenino, es decir a la fragilidad. La tasa de los varones, si bien en el año 2017, aparenta ser mayor (26,1 por cien mil varones), fue no significativa la diferencia con respecto a la del 2016, considerando por lo tanto que son tasas similares.

². Se tomó como denominador la población estimada en los años 2016 y 2017 del departamento Rosario publicada por el Instituto Provincial de Santa Fe (IPEC). Al igual que la población por sexo en ambos años.

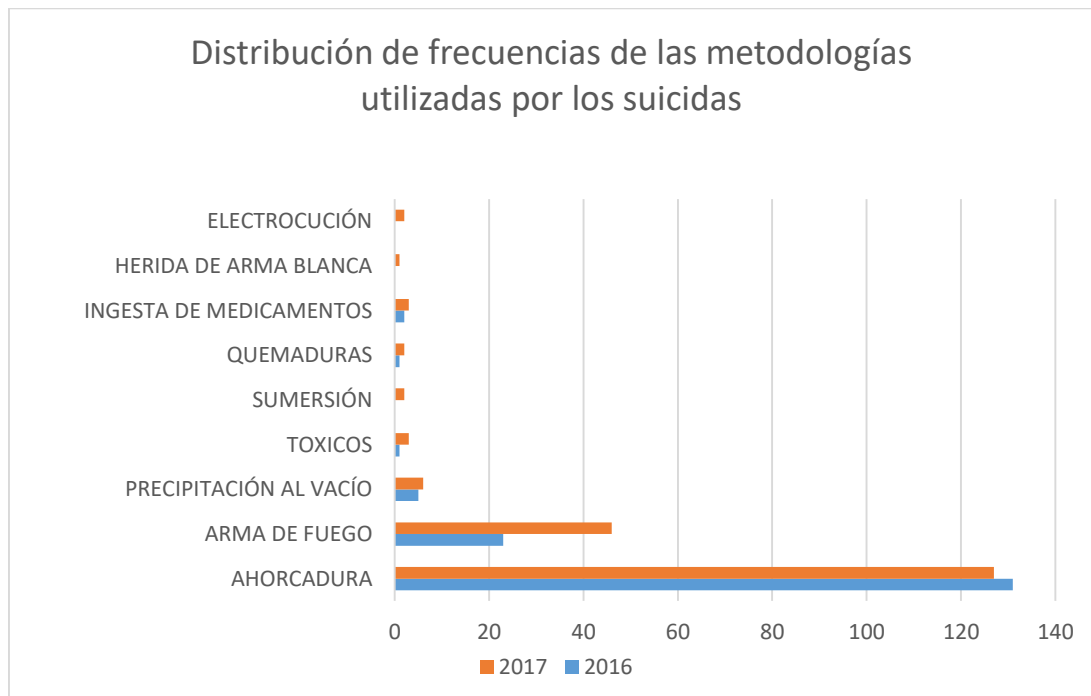
En cuanto a las mujeres, la tasa fue de 4,9 por cien mil mujeres y dicha tasa se mantuvo constante en ambos años.

Se calculó, además, la proporción de suicidios registrados en relación a la cantidad de autopsias efectuadas en el IML, dicha proporción fue de 17,1 en el 2016 y de 19,2 en el 2017. La comparación de dichas proporciones es no significativa ($Z= 1,11$; $p= 0.27$).

La persona más joven que se suicidó tenía 12 años, fueron dos: un masculino y un femenino, ambos por ahorcamiento. Se destaca, que las mujeres más jóvenes eligieron esta metodología. Mientras que la máxima edad fue la de un hombre de 88 años. En el 2016, se presentó un aumento de casos en el rango etario: entre los 16 y 20 años (28 muertes) tanto de varones y mujeres, hecho que no había sucedido en años anteriores.

Al analizar los métodos utilizados se halló que el ahorcamiento continúa siendo el método de elección con respecto al resto en ambos periodos analizados, como viene sucediendo desde el año 1985.

El sexo masculino fue quien más elige esta metodología, superando ampliamente al sexo femenino. El número total de casos que murieron por ahorcadura fue muy similar en ambos años (2016: 131 y 2017: 127), ya que se registraron 107 muertes en el año 2016 y 106 en el año 2017 del sexo masculino y 24 femeninos en el 2016 y 21 femeninos en el 2017. (Grafico 2)



En cuanto a la edad, el promedio fue de 40 años para los varones y 32 para las mujeres quienes eligieron este método de ahorcadura.

En el año 2017 la frecuencia casi dobla al 2016 en cuanto a muertes auto infligidas por proyectil de arma de fuego (46 en comparación con 23) y continúa siendo el sexo masculino el que más elige esta metodología. La edad promedio fue de 49 años para los hombres y 30 años para las mujeres.

En el análisis según sexo y modo se obtiene la tabla siguiente para el año 2016 y la tabla 3 para el año 2017.

Tabla 2: Distribución de frecuencia de suicidios según método utilizado. Año 2016

AÑO 2016 - TOTALES POR CATEGORÍA		
TIPO	HOMBRE	MUJER
AHORCADURA	107	24
PROYECTIL ARMA FUEGO	20	3
PRECIPITACIÓN AL VACÍO	2	3
TÓXICOS	1	0
SUMERSIÓN	0	0
QUEMADURAS	1	0
HERIDA ARMA BLANCA	0	0
ELECTROCUCIÓN	0	0
SOBREINGESTA MEDICAMENTOSA	2	0

Tabla 3: Distribución de frecuencias de casos por suicidio según método utilizado. Año 2017

2017 - TOTALES POR CATEGORÍA		
TIPO	HOMBRE	MUJER
AHORCADURA	106	21
PROYECTIL ARMA FUEGO	42	4
PRECIPITACIÓN AL VACÍO	4	2
TÓXICOS	2	1
SUMERSIÓN	1	1
QUEMADURAS	1	1
HERIDA ARMA BLANCA	0	1
ELECTROCUCIÓN	2	0
SOBREINGESTA MEDICAMENTOSA	2	1

En el año 2016 las mujeres eligieron precipitarse al vacío más que los hombres, siendo a la inversa en el año 2017 y con una edad promedio de 29 años para los hombres y 56 años para la mujer.

Se destaca que en el año 2016 no se registraron suicidios por sumersión, herida de arma blanca y electrocución.

En el análisis de los suicidios a partir de la ingesta de medicamentos, (intoxicación medicamentosa) se halló que es el método que eligen mayoritariamente el sexo femenino cuando se estudia a los denominados “intentos de suicidio”. Sin embargo, en

ambos años, fue el sexo masculino el que prevaleció en la utilización de este método alcanzando la muerte.

CONCLUSIONES

El suicidio es todo un reto, un fenómeno difícil de comprender desde la perspectiva clásica de la epidemiología, lo que requiere de una aproximación sindémica³ para la comprensión del suicidio y, en consecuencia, estrategias y acciones integradas e integrales de prevención. Es una problemática compleja, determinada por el atravesamiento de múltiples factores: biológicos, subjetivos, culturales, históricos, socioeconómicos, religiosos, étnicos y ambientales.

A su vez, el suicidio, tiene efectos a nivel social o colectivo. En este sentido, se afirma que los efectos sobre las familias, los amigos y las comunidades son importantes y de amplio alcance, aún mucho tiempo después de que un ser querido se haya quitado la vida y se ha señalado, además, que los suicidios representan una gran carga social y económica, ya que acarrear costos a los servicios de salud para el tratamiento del daño físico, psíquico y social producido por esta problemática. El monitoreo y análisis de información de mortalidad, con una mirada interdisciplinaria, (Campo Arias, A. y col, 2019), de los suicidios en particular, es fundamental para evaluar y definir políticas públicas. (Bonanno, D. y col, 2022)

En este trabajo se identificó y describió, la magnitud de los suicidios, teniendo en cuenta que la información oportuna y de calidad proporciona datos para la toma de decisiones en torno a las muertes auto infligidas. Además, el análisis de las tendencias históricas podría permitir identificar factores contextuales que pueden afectar las tasas de suicidio a nivel nacional.

Los resultados plasmados en este trabajo coinciden en general, con la bibliografía que fue consultada como sustento teórico. Por un lado, coinciden en que los suicidios se presentaron con un alto porcentaje de diferencia entre sexos, siendo mayor el masculino que el femenino, el método de elección continúa siendo el ahorcamiento, y la franja etaria de adolescentes que decidió auto provocar su muerte ha crecido en los últimos años.

En Argentina la mortalidad por suicidio se incrementó notablemente en relación con las tasas registradas en los primeros años de este siglo, al punto de convertirse en la segunda causa de muerte en el grupo etario de los adultos jóvenes y adolescentes.

³ . Sindemia: se refiere a problemas de salud sinérgicos que afectan la salud de una población en sus contextos sociales y económicos. Al definir esta categoría se analiza la complejidad y la interrelación entre los factores sociales, culturales y políticos que facilitan en determinados grupos poblacionales enfermedades y que aumentan la morbilidad y la mortalidad. Especialmente se entiende la necesidad de trabajar el contexto.

En el mismo sentido, en Rosario se registró en el año 2000 una tasa que se encontraba entre el 4,6 y 8,7 por cien mil habitantes, según las fuentes de información consultada, (Liborio M. 2007), valores muy por debajo de lo descrito en el presente trabajo (tasa de 12,9 por 100000 habitantes en el 2016 y en el año 2017 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 15,1 0/0000 habitantes).

Otro dato relevante es también el aumento de muertes en niños menores de edad, donde se plasma la falla en las políticas de salud en cuanto a prevención de familias en riesgo. A diferencia de lo que exponen diferentes autores en estudios de revisión, la causal de muerte en mujeres ha incrementado con el método de ahorcamiento y proyectil de arma de fuego, en contraposición con lo citado de que las mismas presentan alto porcentaje de suicidio por sobreingesta medicamentosa o precipitación al vacío.

Con respecto a esta apreciación, y también basándose en la bibliografía, muchos de los casos de sobreingesta culmina en internaciones en un hospital polivalente por intento de autolisis ya que es un método de lo que se denomina “baja letalidad”, a diferencia del ahorcamiento y por proyectil de arma de fuego, considerados como “alta letalidad”.

El hecho de que en el año 2016 no se hayan registrado suicidios por sumersión, herida de arma blanca y electrocución, puede pensarse en la existencia de subregistro, determinados quizás por la falta de aporte de datos a veces concluyentes por parte de toda la cadena de peritaje, desde el levantamiento de cadáver hasta la autopsia psicológica, mencionado también en la bibliografía consultada.

Además, es posible reflexionar acerca de las limitaciones existentes en cuanto al relevamiento de datos que han creado sesgo de registro de los mismos. Uno de los primeros fue hallar falta de datos filiatorios o que los mismos pudieron ser incorrectos en el libro de mesa de entrada de autopsias, lo que conllevó a la búsqueda más exhaustiva en los biblioratos de autopsias, que se encuentran completos en cuanto a la documentación disponible. Evitar este último paso haría más sencillo el traspaso de los mismos de forma informatizada, que se realiza en el Instituto Médico Legal desde el año 2021.

Otra limitación encontrada fue la falta de criterios unificados, en la determinación de la causa de muerte, ya que por ejemplo en numerosas autopsias se observó la expresión “compresión extrínseca de cuello”, considerándose inexacta para este tipo de trabajo, ya que la misma podría ser por ahorcamiento (relacionado íntimamente con suicidio) o estrangulación (relacionado con homicidio).

Estas dudas, en general, pueden ser subsanadas a partir del análisis exhaustivo de la autopsia completa, donde allí, si bien siguiendo lineamientos de conocimiento en

cuanto a compresión extrínseca de cuello, se puede determinar si ha sido por suicidio o no, o está registrado directamente como “homicidio” o “suicidio” como conclusión final de necropsia.

No se ha encontrado la particularidad en este método de muerte auto infligida con la resolución de “causa indeterminada” como en otra metodología más adelante expuesta. Otra dificultad encontrada fue con respecto al mecanismo de producción por proyectil de arma de fuego, ya que en múltiples causas de muerte se expresa “traumatismo craneoencefálico por PAF”, siendo también inexacto.

Esta expresión requirió recabar más datos, por lo que se debió retornar la fuente de dato y leer detenidamente la macro y microscopia de la autopsia para lograr definir, según las mismas, la causa de muerte.

Con esto último, me refiero a que podía encontrar lesiones por uno o múltiples proyectiles (donde se descarta o no el suicidio, en el 99,8 % de los casos). Es decir, si la lesión era causada por un solo proyectil con la descripción del orificio de entrada y de salida, su trayectoria, lesiones ocasionadas, impronta, entre otros aspectos, fue posible determinar que la muerte fue auto infligida.

Dentro de la foja completa de autopsia se encuentra el protocolo efectuado sobre el levantamiento de cadáver. Y es aquí donde es posible plantear la existencia de falta de criterio en cuanto al registro de datos necesarios.

En algunos simplemente presentaron datos filiatorios y escasos detalles sobre como, por ejemplo, fue encontrado el cuerpo. La bibliografía, apunta sobre los requerimientos en cuanto al aporte de detalles del levantamiento de cadáver y resalta el carácter valioso que posee para los médicos forenses que realizan la autopsia y en un porcentaje muy alto podrían llegar hasta determinar la causa de muerte.

En estos documentos se encontraron espacios en blanco o hasta con una línea que cruzaba la página completa de vértice superior a inferior contralateral y hasta faltaba mencionar en algunos si se había encontrado un lazo en un óbito con sospecha de ahorcamiento.

Sólo seis de ellos aportaron datos importantes que ayudaron al registro de este trabajo cuando con la autopsia no era posible hacerlo de forma fidedigna. En dos, se mencionaba el hallazgo de una carta póstuma del occiso entre las pertenencias (un ahorcamiento y una intoxicación por monóxido de carbono). En un tercero y formando parte de una autopsia psicológica, aportaba datos extraído de familiares que se encontraban el lugar, sobre antecedentes de episodio depresivo en tratamiento con

psicofármacos del individuo que había decidido terminar con su vida. Un cuarto expresó que en la toma de declaración a transeúntes que estaban presentes en ese momento, se objetivó el ingreso al río de una persona en horas de la noche. Un quinto dejó registrado en una electrocución como se encontraba el cuerpo y que elementos y de qué forma fueron hallados: “se observa en un extremo tenedor en mano derecha cubierto por cables que funcionaron como transductor de electricidad desde el otro extremo (enchufe)”.

Un sexto caso donde el mecanismo de producción fue precipitación al vacío, mencionó que el individuo se lanzó desde una ventana de un nosocomio donde se encontraba internado para mitigar síntomas relacionados con una patología crónica en estado terminal.

Es decir, en sólo en estos seis casos el documento del levantamiento de cadáver se plasmaron los datos que deberían ser obligatorios en todos los casos. Esto se traduce a posteriori en subregistro y a que no se determine la cantidad de suicidios en valores reales.

Otro punto a exponer es la denominada “causa indeterminada”, no tomada en cuenta en este trabajo para exponer resultados y muy comúnmente encontrada como resolución final en cuerpos encontrados sumergidos, donde el avanzado estado de descomposición de los tejidos hizo casi imposible determinar cuál fue la lesión vital.

El aporte de la Medicina Legal, en este tema, es importante, debido a los datos aportados por la misma, donde se generan estadísticas que están íntimamente relacionadas con la prevención y el planteamiento de estrategias y tareas de investigación sostenidas por sólidas políticas de Estado que ayuden a disminuir las tasas alarmantes de suicidios de la población en general, y en particular de los grupos etarios más vulnerables.

Observar al suicidio desde la Medicina Legal fue darle el enfoque interdisciplinario que se ve coartado en múltiples ocasiones por la falta de relevamiento de datos y la falta de criterios específicos frente a la causa de muerte en cuanto a la intencionalidad del acto.

Por lo tanto, es fundamental hacer hincapié en la temática del suicidio, como un problema complejo y que las intervenciones que se instrumenten sólo resultarán eficaces y adecuadas, desde la interdisciplina al ser evaluadas con la participación de todos los actores especialmente de la medicina legal.

BIBLIOGRAFIA

Ajdacic Gross, V., Weiss, M., Ring, M. et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*. (86): 726–732. 2008

Alonso, C., Swinny, A. *Elementos de medicina legal*. Rosario: UNR editora. 2011.

Altieri, D. Mortalidad por suicidios en Argentina Nivel, tendencia y diferenciales. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. 1-22. 2007.

Araújo, R., Lara, D. *European Psychiatry*. Más que palabras: la asociación entre el abuso infantil y el comportamiento suicida. (37): 23-31. 2016.

Barrio, A., Bolzan, A., Obando, D. Epidemiología de la mortalidad por suicidio en la provincia de Buenos Aires, Argentina, 2001-2017. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. 32(151): 62-70. 2021.

Basile, A. *Tratado de psiquiatría forense*. Buenos Aires: Cathedra Jurídica. 2019.

Basile, H. El suicidio de los adolescentes en Argentina. *ALCMEON*. 12(3): 211-231. 2005.

Bonanno, D., Ochoa, L., Badano, F. y col. Tendencia de mortalidad por suicidios en Argentina entre 1990 y 2019. *Revista Argentina de salud pública*. 1-7. 2022.

Bottcher, R., Garay, C. Prevalence and factors associated to suicide in Latin American countries. *Psicodebate*, 21(1): 61-78. 2021.

Campo Arias, A., Herazo E. The Stigma-discrimination Complex Associated with Mental Disorder as a Risk Factor for Suicide. *Revista colombiana de psiquiatría*. 44(4): 243-250. 2015.

Campo Arias, A., Suárez Colorado, Y. ¿Es el suicidio un evento prevenible? *Rev. Univ Ind Santander Salud*. 51(3): 197-199. 2019.

Carro, Luis. *Estudios penales y criminológicos*. Consideraciones en torno a la investigación médico-legal de la muerte violenta en España. (8): 217-234. 1983-1984.

Casado Blanco, M., Mata Ron, P., Raya Isla, A. Importancia de las cartas suicidas en la investigación forense. *Cuadernos de Medicina Legal*. 18(3-4): 113-118. 2012.

Cañón Buitrago, S., Garcés Palacios, S., Echeverri Díaz, J. y col. Autopsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. *Archivos de Medicina*, 16(2). 2016

Córdova Osnaya, M., Rosales Pérez, J. C., Montufa Muñoz, E. Ideación suicida en estudiantes de educación media superior: descripción con base en la aproximación dialéctico conductual. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. (17): 79-100. 2015.

Cortés Alfaro, A., Suárez Medina, R., Serra Larín, S. Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 35(4): 1-14. 2019.

Cuesta-Revé, D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista mexicana de pediatría*. 84(2): 72-77. 2017.

Deisenhammer E., Behrndt, E., Kemmler, G., et al. A comparison of suicides in psychiatric in-patients, after discharge and in not recently hospitalized individuals. *Comprehensive Psychiatry*. (69): 100-105. 2016

Durkheim, Emilio. *El suicidio*. Madrid: Reus, 1928.

Fraraccio, J. *Medicina forense contemporánea*. Ciudadela: Dosyuna Ediciones Argentinas. 2017

García Haro, J., García-Pascual, H., González González, M. y col. Para pensar el suicidio más allá de la enfermedad y los diagnósticos: un enfoque contextual-fenomenológico. *Norte de salud mental*. 16(62): 42-51. 2020.

Gómez, A. Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Rev. Med. Clin. CONDES*. 23(5): 607-615. 2012.

González Ortiz, J., Rodríguez, A. Los suicidios. Centro de referencia nacional sobre violencia. *INML y CF*. 116-141. 2005.

Gutiérrez García, A., Contreras C., Orozco Rodríguez, R. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5): 66-74. 2006.

Hernández Bello, L., Hueso Montoro, C., Gómez Urquiza, J., y col. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. (94): 1-15. 2020.

Hernández, L., Caballero B., González Delgado, Y. y col. Factores de riesgo y tipificación de la conducta suicida en la adolescencia, su enfoque comunitario. *Acta Médica del Centro*. 15(1): 1-14. 2021.

Herrera Rodríguez, J., Vega Zayas, J., Rubacalva Coyaso, F. Autopsia psicológica: Revisión y propuesta de aplicación en casos de suicidio y feminicidio en México. *Revista Psicología para América Latina*. (32): 143-156. 2019.

Ibarlucía O, Kukurutz A. El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina. Un análisis basado en la evidencia. Argentina: Representación UNICEF. 17-18. 2021.

Liborio M. Homicidios y suicidios en la ciudad de Rosario: Una perspectiva Epidemiológica. Marzo 2006

López Steinmetz, L. Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. Ciencias Psicológicas. 13(2): 197-208. 2019.

Martínez Glattli, H. Evaluación del Riesgo de Suicidio. Hojas clínicas de salud mental. Facultad de Psicología. Cap 5. 35-48. 2014.

Matusevich, D. Apuntes sobre el suicidio. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. (30): 79-80. 2019.

Navarro Escayola E., Ros Olivares T., Pérez Pujol E. An unusual suicide by gunshot: Case report. Cuad. med. Forense. (34):35-41. 2003.

OMS. Comunicado de prensa. 1 de cada 100 muertes es por suicidio. 2021

Pan, L. Psychiatric Times. Circuito neuronal de la suicidalidad. (15): 22-24. 2016

Pérez Barrero, S. A. Los padres y el suicidio. Avances pediátricos. BSCP Can Ped. 29(3): 39-46. 2015.

Ramírez Ramos, Y., Oquendo Cartón, Y., Otero González, D. Characterization of the hanging suicide in Las Tunas province. Revista Didasc@lia: D&E. 10(6): 160-170. 2019.

Reyes, S., Lainé Gómez, D., Cruz Sánchez, F., y col. Mortalidad en adolescentes atendidos en Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez". Revista Cubana de Pediatría. 94(1): 1-16. 2022.

Rosado Millán, M. J., García García, F., Alfeo Álvarez, J. El suicidio masculino: una cuestión de género. Prisma Social. (13): 433-491. 2014.

Santillán Pizarro, M., Pereyra, E. Factores asociados a la ideación del suicidio en adolescentes. Algunas evidencias en Argentina. CONICET (26): 1-22. 2021.

Sendra Gutiérrez, J., Esteban-Vasallo, M., Domínguez Berjón, F. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. Rev Psiquiatr Salud ment (Barc.). 11(4): 234-243. 2018.

Serrulla, F. Medicina y psicología forense del anciano. Relación entre suicidio y patología psiquiátrica en el anciano en la provincia de Valladolid durante los años 2012-2014. Pag 93-108. 2015.

Toro Rodríguez, L. La importancia de la autopsia psicológica en el suicidio. Facultad de ciencias humanas y sociales. Programa de psicología. 1-14. 2019

Triveño, G., Surraco, M., Amor, M. y col. Autolesiones en la consulta de urgencia de adolescentes en el hospital público en Argentina. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. 1-7. 2020.

Vidal, C., Faunes, C., Toro Huerta, C., y col. Changes in suicide mortality trends in Chile, 1997-2018. Salud colectiva. (17): 1-10. 2021.

Wagner, K. Psychiatric Times. Efectos del trauma temprano sobre la depresión y la propensión al suicidio en la adultez. (17): 21-22. 2017.

Yoimara Pabón, A. Intentos de suicidio y trastornos mentales. Revista Habanera de Ciencias Médicas. (20)4: 1-9. 2021.