

CONVIVIR CON EL SUICIDIO.

“El suicida ama la vida, lo que no soporta son las circunstancias que le tocan vivir”.

Arturo Schopenhauer.

Dr. Roberto Víctor Cohen. Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia. Médico Clínico del Departamento de Urgencias del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía.

SUICIDIO. Conceptos.

El suicidio es la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida. Si bien el concepto es claro, debe remarcarse la intencionalidad del acto, lo cual resulta en muchos casos elemento de duda entre el suicidio propiamente dicho y la muerte por accidente, tras la cual puede encubrirse un suicidio.

Debe diferenciarse los conceptos de suicidio consumado e intento de suicidio. El suicidio consumado hay muerte del sujeto suicida y su estudio es competencia forense tanatológica; en el intento, donde no se produce el óbito, el estudio compete al psiquiatra, al médico legista, al Asistente social y al médico de familia.

La epidemiología de ambos conceptos es distinta, aunque no existe frontera específica. En el suicidio consumado suele tratarse de personas en que la decisión de conseguir la muerte es mayor, el mecanismo empleado es más eficaz y el margen de acción terapéutica es menor.

El estudio del suicidio suele ser uno de los temas clásicos de la Medicina Legal, en primer lugar porque se trata de un mecanismo de muerte violenta, no natural, que obliga a la intervención judicial directa, y también por el dramatismo que suele rodear muchos casos: muerte a menudo inesperada, rápida y con una mayor repercusión social. El suicidio ha existido desde que se conoce la remota historia del hombre, motivado por aspectos muy dispares: religiosos, políticos, económicos, sociales, etc. ¿Porqué el título de esta monografía: *“Convivir con el Suicidio”* ?.

Nuestro trabajo en la Morgue Judicial de la Ciudad de Buenos Aires, como Peritos Tanatólogos nos acerca a la investigación de un porcentaje de muertes violentas que aumentan anualmente y cuya carátula es: Suicidio, Averiguación Suicidio, Causales de muerte autoinferida o similares carátulas tribunalicias donde el fin es determinar la causa y el mecanismo de la muerte, capaz de confirmarle al Juez interviniente que la manera de producirse el deceso es suicida: manera de dejar de existir no penada por Ley. El suicidio no está penado, pero cuando la víctima es un personaje de renombre, público y conocido, la

muerte pareciera tomar mayor notoriedad. ¿Y que pasa con los anónimos que a diario pasan por la mesa de Morgagni en iguales circunstancias?...¿Qué los motivó a tomar la decisión final?...¿Es una patología prevenible?...O será como dice **Arturo Schopenhauer**: “*El suicida ama a la vida, lo que no soporta son las circunstancias que le tocan vivir*”... Nosotros, médicos especialistas de la muerte, si bien buscamos lograr una empatía con el medio, debemos convivir con el suicidio.

Concepción histórica del suicidio.

Considerado desde una visión histórica, se observa un cambio importante en los enfoques que predominan en cada época sobre el tema. Durante muchos siglos ha sido un fenómeno que ha interesado básicamente desde un punto de vista ético. Era un hecho poco frecuente y los casos conocidos solían tener una repercusión mayor que otro tipo de muerte, porque significaban una ruptura abierta con las normas imperantes en la sociedad. Se valoraba principalmente desde un punto de vista filosófico y religioso, considerándose en primer lugar los factores morales y los aspectos teóricos. Esta ha sido, por lo menos, la visión predominante en la cultura europea, fuertemente impregnada por la ética cristiana. Pero actualmente el tema del suicidio ha pasado también a tener un interés creciente desde otros puntos de vista, principalmente el sociológico y el médico. Con una visión estrictamente sanitaria se comprueba que en varios países ha pasado a ser una causa numéricamente importante de fallecimientos, sobre todo de población relativamente joven.

Cuando analizamos la transición demográfica y epidemiológica en la historia mediante tasas de natalidad y mortalidad, indiscutiblemente pasamos por las cuatro etapas de la curva que relaciona tasa y tiempo. El primer estadio, tal vez el más antiguo las muertes se producían por pestes, guerras y desnutrición. En el estadio segundo las enfermedades infecciosas permitieron que la natalidad se mantuviera elevada y la mortalidad descendiera gracias al descubrimiento de los antiinfecciosos. En la tercera etapa hay una constante entre natalidad y mortalidad, pues los nacimientos disminuyeron, y el control de las infecciones permitió que la población aumente su expectativa de vida y tomen preponderancia las enfermedades crónico-degenerativas como denominadores prevalentes en las tasas de mortalidad. La última etapa o cuarto estadio, se presenta con tasas de natalidad y mortalidad que descienden en forma constante y aparecen como causas de muerte las enfermedades de la civilización: homicidios, suicidios y accidentes.

No es posible generalizar en cuanto que a mayor estadio de ubicación poblacional le corresponda país más desarrollado, pues las enfermedades de la civilización se mantienen y aún aumentan en países en vías de desarrollo. Quizás sea la tasa de natalidad y la esperanza de vida al nacer los guarismos que marquen la diferencia, pues a mayor desarrollo regional le corresponde menor natalidad.

La concepción histórica del suicidio, trata de ser explicada por diversas teorías. La *teoría psicopatológica* trata de explicar el pensamiento del suicida en el momento de cometer el hecho, encuadrándolo dentro del delirio, o sea parte de una psicosis. La segunda teoría histórica es *la sociológica*, mediante la cual se atribuye a la sociedad el causal que provoca el trastorno mental que lleva al individuo a tomar la decisión final. La tercer teoría es *la psicoanalítica*, que atribuye a un acto de intensa agresión contra sí mismo, la responsabilidad del suicidio. En 1973 **Schneiman** lo definió como un acto humano de carácter autolesivo que tiene como resultado el fin de la existencia real.

En la época moderna el estudio del suicidio empezó a fines del siglo pasado con dos líneas de investigación: la sociológica asociada a **Emilie Durkheim**, quién centró su teoría en los efectos perjudiciales que la sociedad ejerce sobre el individuo, y la psicológica de la mano de **Sigmund Freud**, quién por su lado centró su idea en el inconciente del hombre. El resumen de su teoría expresa que las personas se identifican de forma ambivalente con los objetos que aman, así es que cuando ocurre una frustración el lado agresivo se dirige contra la persona internalizada. De este modo el psicoanálisis explica el suicidio como la representación de la hostilidad inconciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado.

Pero mucho antes, el suicidio fue considerado por algunos como un hecho positivo, tal el pensamiento romano de **Séneca**, quién dijo: “...*el vivir no es ningún bien si no se vive bien. Por lo tanto el hombre sabio vive lo mejor que puede, no lo más que puede...siempre pensará sobre la vida en términos de calidad, no de cantidad. Morir antes o después es irrelevante...la vida no es para comprarla sea cual sea el precio*”.

En el aspecto religioso los martirios y la tendencia a la muerte de los cristianos primitivos conmovió a la Iglesia lo suficiente como para comparar el suicidio con el crimen, y por lo tanto, con el pecado. El cambio más importante se produjo en el siglo IV con San Agustín al decir que el suicidio es un crimen porque quita la posibilidad de arrepentirse y porque viola las leyes en contra del matar.

Santo Tomás de Aquino destacó que el suicidio era un pecado mortal porque usurpa el poder divino de decisión sobre la vida y la muerte. Aunque ni en el viejo ni el nuevo Testamento se

habla de suicidio, el Concilio de Toledo del año 693 proclamó que la persona que intentara el suicidio sería excomulgada.

Desde el punto de vista filosófico **Rousseau** transfirió el pecado del hombre a la sociedad, afirmando que la sociedad es la que transforma al ser agrediendo a sus propios componentes y a sí mismo. El filósofo **David Hume** a mediados del siglo XVIII despojó al suicidio de la idea de pecado y trató de discriminalizarlo.¹

Epidemiología del suicidio.

El suicidio en la actualidad es una forma relativamente frecuente de muerte, sobre todo en ciertos grupos sociales, edades y países. Los intentos de suicidio son más frecuentes en la población juvenil, así como en el sexo femenino, y con técnicas que dejan mayor margen terapéutico, tal como ocurre en nuestro medio con los psicofármacos. El suicidio consumado tiende a incrementarse con la edad, sobre todo en países industrializados, con mayores tasas de población urbana y solitaria. Las cifras exactas no son siempre fáciles de conocer, unas veces por la dificultad del diagnóstico diferencial con el accidente y otras por la tendencia social al disimulo.

Aquellos países con mejor organización en sus registros son los que estadísticamente ofrecen mayor seguridad en la disponibilidad de datos confiables y comprobables. Con tasas de suicidio por encima de 20 por 100.000 habitantes/año, se encuentran algunos países de Europa central y Escandinavia: Hungría, Checoslovaquia, Finlandia, Dinamarca, Austria y Suecia. Siguen con tasas algo menores Alemania, Suiza y Japón. Este es el país no europeo que ocupa el primer lugar por las tasas de frecuencia de suicidios consumados. En España las cifras oficiales están alrededor de 5 por 100.000 habitantes por año.²

Medios y mecanismos suicidas empleados.

Los métodos de suicidio suelen ser muy clásicos y típicos, con las variantes y modificaciones que los cambios técnicos le permiten al sujeto. Básicamente se diferencian tres grupos de mecanismos: **Las asfixias**. Mediante la cual la persona tiende a quitarse la vida por un método basado en impedir la respiración: se destacan el ahorcamiento y la sumersión. También podría encuadrarse en este grupo la inhalación de gases, pero será reseñado operativamente con las intoxicaciones.

El segundo grupo a tener en cuenta justamente son **las intoxicaciones**, donde el poder de la acción química de una sustancia ajena al organismo es capaz de cumplir el cometido. Los

grandes venenos suicidas han ido variando a lo largo de la historia; hoy tienen interés los medicamentos, los productos domésticos desde los cáusticos hasta el gas, no debiendo menospreciar la utilización de los plaguicidas tanto en suicidios como en homicidios.

Los traumatismos. Tercer grupo a tener en cuenta, y tal vez el más importante en nuestro país. Por este método se busca el empleo de una fuerza específica que produzca lesiones mortales en el propio organismo.

Para su mejor comprensión puede separarse los traumatismos en tres subgrupos: *la precipitación desde altura*, que utiliza una diferencia de nivel para generar la fuerza necesaria al fin buscado. *El atropellamiento* por vehículos de motor: automóviles y tren, donde se utiliza una gran fuerza exterior produciéndose en forma única o simultánea los cuatro pasos descritos por **Piga**: Choque, caída, aplastamiento y arrastre.

Por último y el más preocupante por su incremento en nuestro país en la última década: la utilización de *armas de fuego y armas blancas*, mediante la gran lesividad específica según tipo y características particulares del arma.

Entre los medios empleados, la utilización del fuego: rociarse con sustancias combustibles y prenderse “a lo bonzo”, ocupa un porcentaje mucho menor, el cual se ve minimizado por la dificultad en muchos casos de confirmar si el mecanismo productor fue intencional o accidental.³

Etiología del suicidio.

Mi experiencia personal surge de la realización de 3000 autopsias anuales en la Morgue Judicial de la Capital Federal, donde poco más del 10% de las mismas se debe a suicidio. La jurisdicción incluida es la del ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a lo que se agregan aquellos casos foráneos a la Capital Federal, pero donde la Justicia Federal tiene injerencia. La presunción frente a un suicidio es que la autopsia revelará una enfermedad orgánica incurable, y que la misma conformó la circunstancia insostenible para tal determinación; o una enfermedad mental que pudiera poner al individuo en tal estado de alineación que no pudiera comprender la verdadera intención del acto cometido. Pero no es así en la mayoría de los casos. Convivimos con el suicidio de individuos jóvenes y de mediana edad, sin patología orgánica detectable, en los cuales al completar las investigaciones tanatológicas con las policiales y sociales, surgen las patologías socio-antropológicas. Aquellas en que la constitución familiar, la posición económico-social y el medio en el cual se movilizara el fallecido toman importancia en el *modus operandi* de la última determinación.

Patologías psíquicas encubiertas o reprimidas que reflotan cuando ya nada puede hacerse, o que sospechadas de antemano fueron menospreciadas o minimizadas por el entorno.

La enfermedad mental como etiología del suicidio ha sido una doctrina dominante durante muchos siglos. La valoración psicopatológica pone en primer lugar a la depresión como desencadenante y luego a la esquizofrenia, con la característica en esta última de la repetición del intento en caso fallido del primero.

El suicidio-balance tiene lugar cuando una persona, a pesar de sus esfuerzos prolongados durante mucho tiempo, llega a caer en una situación (económica y/o social) en que la vida ya no tiene valor para él, conclusión a la que llega reflexivamente, sacando el balance de sus esfuerzos y de las satisfacciones que obtiene. El análisis lúcido de la situación vital suele unirse a un escaso deseo de vivir, lo que refuerza la convicción de haber llegado a una situación irreversible.

Un factor importante en la determinación de la autólisis está constituido por las propias creencias del suicida que no justifican el mantenimiento de la vida hasta su fin natural. Tal puede ser el caso de un Médico que se entera que tiene cáncer, o personas que condenadas a muerte deciden quitarse la vida al enterarse de la pena capital por recibir. La historia antigua y reciente nos pone frente a situaciones como las de **Goering** en el proceso de Nuremberg, o de **Anibal**; y más recientemente la situación de público conocimiento protagonizada por un cardiocirujano de prestigio y renombre.

La etiología del suicidio en corto-circuito se da cuando un individuo, tras la recepción de una noticia desagradable, o bajo la impresión de un suceso que le coloca frente a una situación muy gravosa pierde la cabeza y pone fin a su vida. Actúa de forma repentina y sin reflexionar, de ahí el nombre de corto-circuito. Estos suicidios son más frecuentes en las mujeres, y dentro de éstos en los jóvenes, más fácilmente impresionables. El ejemplo más reciente es el vivido luego de la muerte en un accidente de un reconocido cantante bailanero, tras la cual y en el término de dos días se suicidaron tres jóvenes.

Los suicidios colectivos son poco frecuentes, pero tienen una gran trascendencia social. Se da en general cuando las circunstancias propician una gran ligación entre los suicidas. Uno de los casos más recordados en la historia reciente ha sido el suicidio múltiple de más de 900 personas de una secta mística, que tuvo lugar en Guayana en 1979 y el medio elegido fue la ingestión de cianuro.

Pero no necesariamente el suicidio colectivo o múltiple debe involucrar a un número alto de personas; existe el llamado suicidio-homicidio u homicidio altruista, en el cual generalmente una pareja de común acuerdo deciden quitarse la vida.

Dentro de los suicidios múltiples o colectivos debe tenerse en cuenta aquellos donde el individuo dubitativo se decide por imitación frente al método utilizado por un primogénito con gran influencia. Tal el caso de un conocido locutor de televisión hace cuatro años, que frente a un suicidio-balance fue el gatillo para que en el mismo día siete personas se quitaran la vida con el mismo método de precipitarse al vacío en las jurisdicciones de Capital Federal y La Plata.⁴

Estado actual del suicidio en la Capital Federal. Nuestras observaciones.

La notoriedad, la angustia, el espanto, la perplejidad, la impotencia, la indiferencia, la admiración y tantos otros calificativos son los que pueden corresponderle a la reacción del público profano cuando se entera del suicidio de algún personaje público, creyendo que son excepciones a las causales del fin de la vida, pero quienes convivimos con el suicidio podemos obtener conclusiones menos apasionadas e impregnadas de subjetividad, ya que la regla en Tanatología es la objetividad sin el desprecio de las excepciones ya que tienen tanto valor como la regla.

El estudio realizado en la Morgue Judicial de la Ciudad de Buenos Aires, arroja una visión parcializada de lo que ocurre en el país, pues mide un distrito único, que si bien es el que concentra la mayor población luego de la provincia de Buenos Aires, sirve de marco comparativo con mediciones previas y proyecciones a futuro.

Se realizó una observación estadístico-epidemiológica entre el 01 de Enero y el 31 de Agosto de 2000, a fin de obtener conclusiones que ilustren la presente monografía. En dicho periodo de ocho meses se realizaron 2053 autopsias (100%), todas ellas por orden judicial, de las cuales 216 (10.52%) fueron caratuladas como suicidio, averiguación causal de muerte, intento de suicidio seguido de muerte, homicidio-suicidio, accidente fatal y/o muerte de causa dudosa. Siendo confirmado en todos ellos por los resultados de la autopsia la causa y el mecanismo de la muerte compatibles con Suicidio.

Los 216 casos registrados corresponden al 10.52% del total de autopsias realizadas en el periodo, cifra relativa que se mantiene con relación a la de años anteriores. El Programa Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación en su edición de Febrero de 1996 ubica a las defunciones por causa de suicidio en Argentina en el

12% del total de las muertes violentas, acompañadas por un 8% de homicidios, 56% de accidentes y un 24% que engloba otras violencias. Para la Ciudad de Buenos Aires en igual periodo anual medido los suicidios representaron el 21.4% de las muertes violentas, los homicidios el 12%, otras violencias el 14.4% y los accidentes el 52.2%.

Si tenemos en cuenta que para Febrero de 1996 se computaron en Capital federal 338 suicidios del total del año 1994, y que en ocho meses de 2000 llevamos 216 casos, la tasa anual prácticamente se mantiene, siendo para 1994 11.3 por cien mil habitantes.⁵

Vemos pues que en un lustro prácticamente no hubo modificaciones numéricas. ¿Dónde se encuentra la diferencia que da la notoriedad y preocupación a los hechos el día de hoy?

No podemos poner el énfasis en el sexo de quien se suicida, pues a lo largo de la historia documentada encontramos que se suicida el doble de hombres en relación a las mujeres, si bien es el sexo femenino el que lleva la delantera en intentos de autoagresión frustra por 4:1, lo que quiere decir que la metodología utilizada por el hombre resulta a los propósitos más efectiva. Generalizando podríamos decir que el hombre se ahorca o utiliza armas de fuego, y la mujer se arroja al vacío o se intoxica con medicamentos. La evaluación realizada de los dos primeros cuatrimestres del año muestra sin discriminar por sexo que los politraumatismos sufridos por la precipitación al vacío, o el arrojarse al paso del tren o vehículos de motor van al frente de la estadística con 76 casos (35.18%), pero muy cercana a esta cifra y aquí aparece la primer gran diferencia con respecto a años anteriores, es la utilización de armas de fuego con el 31.02% de los casos que corresponden a 67 individuos. El 20.83% de los ahorcados conforma el tercer grupo según mecanismo de producción.

Estas cifras crecientes con relación a la utilización de armas de fuego nos ubica en una proyección comparada con Estados Unidos a la situación vivida por el país del norte hacia fines de 1995 en que las lesiones producidas por armas de fuego les representó el 24% de las muertes violentas siendo responsables del 69% de los homicidios y del 59% de los suicidios.⁶

Las explicaciones para nuestro país con relación al aumento de la violencia con utilización de armas de fuego tiene base en varias teorías entre las que se encuentran el aumento indiscriminado de las armas registradas y no registradas en la población civil, la falta de contralor estricto por el Registro Nacional de Armas, dependiente del Ministerio de Defensa, el aumento de la pobreza, ampliando la franja de población marginal y la falta de Leyes de fondo que sancionen a infractores de forma tal que resulten amedrentados aquellos civiles indecisos al momento de adquirir un arma injustificadamente.

Si nuestra intención fuera la de controlar la venta y uso de armas de fuego, tal vez debería adoptarse leyes y reglamentaciones como las puestas en marcha en Estados Unidos al obtener las cifras descritas ut supra; pero si analizamos los resultados obtenidos con su aplicación, podremos ver que la limitación en la adquisición de armamento no redujo las cifras de muerte violenta.

Cuando consultamos a nuestros maestros en Tanatología: entre ellos al Profesor **Héctor Vázquez Fanego**, con relación a que recuerdan sobre las causas que llevaban al individuo a suicidarse hace veinte o treinta años, todos coinciden en que las enfermedades terminales e incurables se encontraban al tope de las causales, y en la autopsia se confirmaba orgánicamente la presunción. En segunda instancia y casi en forma conjunta, la respuesta fue sin distinción: las enfermedades mentales y la situación económicosocial. Hoy en día la autopsia de un suicida raramente revela alteraciones orgánicas macroscópicas compatibles con enfermedades terminales, habiendo crecido el índice de sujetos en quienes prima un cambio en su posición económica y social, las cuales llevan a una alteración psíquica tal que contribuye la enfermedad mental en la decisión final.

Interrogados sobre el rango de edad preponderante, todos han coincidido que el lustro que comprende los 60 a 65 años sea necesariamente el que encabece la estadística, atribuyéndolo a los cambios que generan en un individuo laboralmente activo en un pasivo social por ley jubilatoria, frente a una remuneración significativamente menor en la etapa pasiva que se inicia. La falta de adaptación al descanso o la pérdida de la rutina laboral influyen de forma significativa en gran parte de los individuos previamente inestables emocionalmente. Con relación al rango etario es coincidente, con 11.57% de los casos entre los 60 y los 65 años; pero llama poderosamente la atención que el segundo lugar lo ocupe el intervalo entre los 20 y 25 años con el 10.65%. Las explicaciones que se intentan dar rondan la desafectividad familiar, la falta orientación vocacional, la ausencia de modelos a copiar dentro y fuera del ámbito familiar, el consumo de sustancias psicoactivas y la cultura de probar las modas, las cuales ven confundir los valores habituales por los sanos y normales.⁷

En resumen, es preocupante la situación actual de nuestra sociedad frente al suicidio, no por el aumento en el número de casos, sino por el cambio etario y la variación en las modalidades adoptadas para conseguir el trágico fin, que de continuar así sin dudas incrementará la estadística final de muertes violentas, dejándonos a quienes convivimos con el suicidio con los mismos interrogantes que nuestros maestros plantearan en otras épocas: ¿Cómo actuar preventivamente?... Dar las respuestas es obligación de la sociedad toda.

Resumen.

El suicidio es la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida. Se presenta el análisis de las muertes violentas por suicidio en la Ciudad de Buenos Aires: 216 casos (10.52%) sobre un total de 2053 autopsias realizadas en la Morgue Judicial, desde el 01 de enero y hasta el 31 de agosto de 2000.

Se analiza la distribución por sexo, edad y los mecanismos de producción de la muerte.

Summary.

Suicide is the death caused by oneself with the definite intention of putting an end to one's own life. The analysis of violent deaths by suicide is presented in the City of Buenos Aires: 216 cases (10.52%) out of a total of 2053 autopsies carried out in the Judicial Morgue, from January 01 and up to August 31 2000.

The distribution is analyzed by sex, age and the mechanisms which have brought about the death.

¹ Patito J. Medicina Legal. Ed. Centro Norte (Buenos Aires), 9 (2): 174-177, 2000.

² Gisbert Calabuig J. Medicina Legal y Toxicología. Ed Masson-Salvat (Barcelona), 27: 262-263, 1992.

³ Curci O. Médico Forense de la Justicia Nacional. Director del Instituto Nacional de Toxicología. Entrevista personal, septiembre 2000.

⁴ Cohen R. Morgue Judicial de la Ciudad de Buenos Aires. SEIT La Plata, Provincia de Buenos Aires. Observación personal, 1996.

⁵ Programa Nacional de Estadísticas de Salud y Acción Social. 2º edición: 73, 1996.

⁶ Neira J. Informe Estadístico sobre Trauma Año 2000. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2000.

⁷ Vazquez Fanego H. Médico Forense de la Justicia Nacional. Entrevista personal, septiembre 2000.