



COMESCO

Comisión Técnica Interinstitucional sobre Estadísticas de Convivencia y Seguridad Ciudadana



Al servicio de las personas y las naciones

infoSEGURA



ESTADO DEL SUICIDIO EN COSTA RICA. PERIODO 2014-2018

Diciembre 2019

Agradecimiento

Se agradece a todos/as los/as integrantes de la COMESCO por sus diferentes aportes a la preparación de este documento, en especial a: Natalia Camacho Monge, Catalina Ruiz Barquero, Jessica Cárdenas Bohórquez, Ana Erika Rodríguez Araya, Freddy Chavarría Chaves, Diego Rodríguez Zumbado, Verónica Pérez Álvarez, Luis Guido Rodríguez, Gloriela Brenes Murillo, Dixie Brenes Vindas, Jesús Granados Salazar, Teresita Guzmán Duarte, William Chacón Serrano y Carlos García Vargas.

También se agradecen los aportes de Randall Brenes Suárez del PNUD. Un especial agradecimiento a la Sra. Yesenia Murillo de la Oficina de Planes y Operaciones del OIJ; al Sr. Oscar Valverde C; presidente del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, Sr. Mauricio Campos, vicepresidente de ACEPS; la Sra. María Elena Mora, de la Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud, por sus valiosos aportes a este documento.

Igualmente deseamos agradecer al proyecto USAID-PNUD denominado Gestión de Información Basado en la Evidencia para la Seguridad Ciudadana en Centro América y República Dominicana, INFOSEGURA, por el apoyo brindado para realizar la presente publicación.

.....
Este documento ha sido posible gracias al apoyo del Proyecto Infosegura, del pueblo de los Estados Unidos de América, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y de la asistencia técnica del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Los puntos de vista/opiniones de este documento son responsables de los autores y no reflejan necesariamente los de USAID, del Gobierno de los Estados Unidos, del PNUD o de los países miembros de las Naciones Unidas.

Créditos institucionales y equipo de trabajo

Comisión Técnica Interinstitucional sobre Estadísticas de Convivencia y Seguridad Ciudadana (COMESCO)

Ministerio de Justicia y Paz, Viceministerio de Paz

Observatorio de la Violencia del Viceministerio de Paz (Vicepaz)

Ministerio de Seguridad Pública (MSP)

Sección de Análisis y Estadística del Departamento de Inteligencia Policial

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

Sistema Estadístico Nacional, Área de Censos y Encuestas

Poder Judicial

Sección de Estadística de la Dirección de Planificación

Organismo de Investigación Judicial (OIJ)

Oficina de Planes y Operaciones

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)

Unidad de Información y Estadística

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación

Ministerio de Educación Pública (MEP)

Departamento de Análisis Estadístico

Ministerio de Salud

Unidad de Análisis Permanente de Situación de Salud de la Dirección Vigilancia de la Salud

Consejo de Seguridad Vial (COSEVI)

Área de Investigación y Estadística

Con el apoyo de

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Equipo redactor del informe

Oscar Delgado Cascante-Vicepaz

Karol Sánchez Brenes-Vicepaz/PNUD

Tabla de contenido

Introducción.....	7
Nota Metodológica.....	16
El contexto.....	17
De los intentos.....	20
De los consumados.....	26
Consideraciones finales y recomendadas.....	35
Anexos.....	39

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Necesidades o sentimientos por los que ha buscado atención profesional en el último año por región de planificación, 2018.....	24
--	----

Índice de Figuras

Figura 1. Dinámica de la comunicación que antecede al acto suicida.....	9
---	---

Índice de Imágenes

Imagen 1. Fases del Acto Suicida.....	10
Imagen 2. Distribución Global de Suicidios en países según ingresos. 2016.....	14
Imagen 3. Déficit de las Dimensiones Sociales como factores de riesgo.....	18

Índice de Mapas

Mapa 1. Suicidio por 100.000 habitantes según edades estandarizadas. (ambos sexos) 2016.....	11
Mapa 2. Relación Hombre: Mujer según edades estandarizadas de suicidio global. 2016.....	12
Mapa 3. América. Tasas de Suicidio por 100.000 habitantes con edades estandarizadas. 2015.....	15
Mapa 4. Costa Rica. Mapa de Centros de Atención Institucional que reportan intentos de suicidios y suicidios consumados. (Números absolutos) 2014-2018.....	34

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Las tres principales causas de muerte entre personas de 15 a 29 años, según sexo. Nivel global. 2016.....	13
Gráfico 2. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes con edades estandarizadas según Regiones de OMS. 2016.....	13
Gráfico 3. Comportamiento de la incidencia de casos notificados de intentos de suicidio, 2014-2018.....	21
Gráfico 4. Incidencia de casos notificados de intentos de suicidio según grupos de edad, 2014-2018.....	22
Gráfico 5. Deseos de quitarse la vida e intentos de suicidarse según edad y sexo de la persona entrevistada, 2018.....	23
Gráfico 6. Incidencia de casos notificados de intentos de suicidio por provincia, 2014-2018.....	25
Gráfico 7. Distribución absoluta de los suicidios por año según sexo de la víctima, 2014-2018.....	26
Gráfico 8. Suicidio por mes y año según sexo de la víctima, 2014-2018.....	27
Gráfico 9. Distribución porcentual de los suicidios por grupos de edad según sexo de la víctima, 2014-2018.....	27
Gráfico 10. Tasa de suicidios por 100 mil habitantes por grupos de edad según sexo de la víctima, 2014-2018.....	28
Gráfico 11. Distribución porcentual de los suicidios por sexo según nacionalidad de la víctima, 2014-2018.....	29
Gráfico 12. Distribución porcentual de los suicidios por sexo según método empleado de la víctima, 2014-2018.....	29
Gráfico 13. Distribución porcentual de los suicidios en hombres por grupos de edad según método empleado, 2014-2018.....	30
Gráfico 14. Distribución porcentual de los suicidios en mujeres por grupos de edad según método empleado, 2014-2018.....	30
Gráfico 15. Distribución porcentual de los suicidios por provincia según sexo de la víctima, 2014-2018.....	31
Gráfico 16. Tasa promedio de los suicidios por provincia según sexo de la víctima, 2014-2018.....	32

Gráfico 17.Tasa de suicidios por cada 100 mil hombres por provincia según año, 2014-2018.....	32
Gráfico 18.Tasa de suicidios por cada 100 mil mujeres por provincia según año, 2014-2018.....	33
Gráfico 19.Distribución absoluta de los suicidios e intentos de suicidio en centros institucionales, 2014-2018.....	33

Introducción

La puerta del faro estaba entreabierta. La empujaron y penetraron en la penumbra del interior. A través de un arco que se abría en el otro extremo de la estancia, podían ver el inicio de la escalera que conducía a las plantas superiores. Justo bajo la clave del arco se balanceaban un par de pies.

—¡Señor Salvaje!

Lentamente, muy lentamente, como dos agujas de brújula, los pies giraban hacia la derecha: Norte, Noreste, Este, Sureste, Sur, Suroeste; se detuvieron, y después de pocos segundos, giraron con la misma calma hacia la izquierda: Suroeste, Sur, Sureste, Este...

A. Huxley. Un mundo Feliz

Según la OPS mueren alrededor de 800.000 personas al año mediante el suicidio. Esto es una persona cada 40 segundos, es la segunda causa de muerte entre personas de 15 a 29 años.

Según el mismo informe, hay indicios de que por cada persona que se suicidó, hay 20 que lo intentaron y el 79% de todos los suicidios se produce en países de renta baja a media.

El suicidio se manifiesta como un fenómeno innegable y profundamente significativo para todas las sociedades del mundo. No obstante, aunque el suicidio es un mismo evento en todos los casos (una persona se quita voluntariamente la propia vida por medio de diversos medios), cada sociedad ha mantenido hacia éste consideraciones y acercamientos tan variables como sus peculiares principios culturales, religiosos, morales e ideológicos.

El sociólogo Émile Durkheim¹ introdujo el acto suicida dentro del catálogo de los problemas fundamentales de la cultura occidental: consideraba que el suicidio y sus consecuencias en la comunidad rebasaban el mero plano de lo moral y se mostraban como una mezcla de condiciones psicopatológicas y condiciones sociales efectivas, esto es, que el suicidio tenía un trasfondo que se anclaba en la dinámica comunitaria, y sus efectos en la psique individual.

Sin embargo, a pesar de que el hecho suicida era ya un tema científico y su estudio estaba nutriéndose de sus propios presupuestos y conceptos –alejados de los populares o los religiosos–, las metodologías de investigación seguían siendo dispares, inconsistentes y ofrecían múltiples respuestas, muchas veces contrapuestas. En la década de 1950 muchas de las investigaciones reflejaban el pensamiento de que sólo las personas con padecimientos mentales se quitaban la vida, es decir, que el suicidio no era un fenómeno que se diera entre las personas que no demostraban claros signos de psicopatología y trastorno mental.

¹ Durkheim E. (1897) (1982): Le Suicide. Ed. Akal, S.A. Madrid

El estudio científico del suicidio, conocido como Suicidología puede ubicarse en 1957 cuando Shneidman y Farberow publicaron su artículo sobre la muerte por suicidio². Reproducciones de notas de suicidio han sido publicadas al menos desde 1856, pero no fue hasta ese momento que se usaron para hacer un estudio controlado donde se mostraron notas suicidas simuladas junto a verdaderas, la intención era que cualquiera pudiera reconocer los patrones suicidas en las notas verdaderas.

Nuevas teorías y perspectivas de análisis científico han dado cuenta de que el estudio del acto suicida debía incorporar muchos factores que hasta ese momento habían pasado inadvertidos, en aras de entenderlo en toda su dimensión y, además, poderlo prevenir. Dos fueron las grandes aportaciones a este respecto. En primer lugar, un descreimiento al presupuesto de que únicamente pacientes psiquiátricos eran susceptibles de atentar contra su propia vida: la tesis a defender era que no todo suicida es psicótico, así como no todo psicótico es suicida. Esta nueva lectura permitió clasificar el suicidio en varios tipos: suicidio en crisis, crónico, seguido de homicidio, masivo y psicótico.

Por otro lado, la propuesta de que todo estudio del fenómeno acerca de la auto-aniquilación consciente debía diferenciar, en primera instancia, a los suicidios consumados de aquellos que se hubieran quedado solamente en tentativas suicidas, o lo que es lo mismo, comprender que el estudio del suicidio no debía centrarse solamente en la muerte del sujeto sino también en el momento de su planeación y en los rastros simbólicos, materiales y textuales que éste dejaba.

Esta visión innovadora que nuestra sociedad occidental contemporánea le otorga al suicidio fue uno de los legados del doctor Shneidman, quien realizó importantes aportes para comprender la dinámica de este, los cuales pueden sintetizarse en: 1) suicidio como acto interpersonal: se manifiesta como parte de una relación, donde la víctima es la persona que queda viva. 2) El suicidio es un mensaje: representa uno de los modos más patológicos de comunicación humana. El sujeto se siente imposibilitado de comunicarse a través del uso de la palabra, por tanto, lo hace a través del acto suicida. 3) El mensaje siempre es hostil: el contenido de este está cargado de violencia. 4) Ambivalencia: toda persona suicida manifiesta querer quitarse la vida y seguir viviendo al mismo tiempo.

De hecho, un alto riesgo de suicidio está asociado a sentimientos de desesperanza, enojo reprimido e incontrolado, a la búsqueda de venganza, al actuar de modo imprudente o riesgoso y sin meditar las consecuencias, a sentirse introvertido, al sentimiento de no tener salida. El riesgo es también asociado al abuso de alcohol y drogas, al alejamiento de las amistades, de la familia y del contacto social, a la ansiedad, a disturbios de sueño, solo por citar algunos factores individuales.

El suicidio se puede prevenir, la mayor parte de los individuos con riesgo de suicidio quieren vivir, de ahí el sentimiento de ambivalencia que experimentan, sin embargo, no encuentran alternativas para su vida. La mayor parte de los individuos emiten señales inherentes a la intención suicida, sin embargo, estas señales no siempre son vistas y escuchadas.

² Chávez H. Ana María, Antoon A. Leenaars (2010): Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. En Salud Mental vol.33 No.4 julio/ago. México

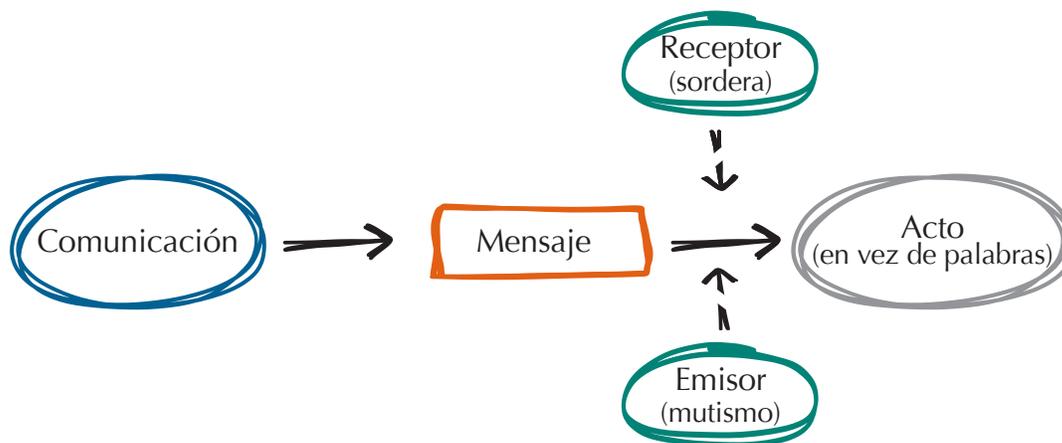
La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio.

La ideación suicida abarca un amplio horizonte de pensamiento que puede adquirir, entre otras, las siguientes formas de expresión: el deseo de morir, la representación suicida, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, la ideación suicida con un plan indeterminado, la ideación suicida con una planificación determinada y en algunos casos una intensa preocupación autodestructiva.

El deseo de morir puede ser considerado como la antesala del comportamiento autodestructivo y representa la inconformidad e insatisfacción del individuo con su modo de vida en el momento actual (el aquí y ahora).

El gesto suicida es un mensaje, mismo que muchas veces es subestimado, devaluado o ignorado por las figuras significativas a quienes se le pretende hacer llegar. Es un mensaje que intenta develar el sufrimiento que se está padeciendo, sin que estas personas tengan en cuenta que ambas son manifestaciones muy frecuentes de la comunicación suicida. Por tanto, existe una falla en la trasmisión del mensaje y en la escucha de este. En la figura 1 se muestra la dinámica de la comunicación que antecede al acto suicida:

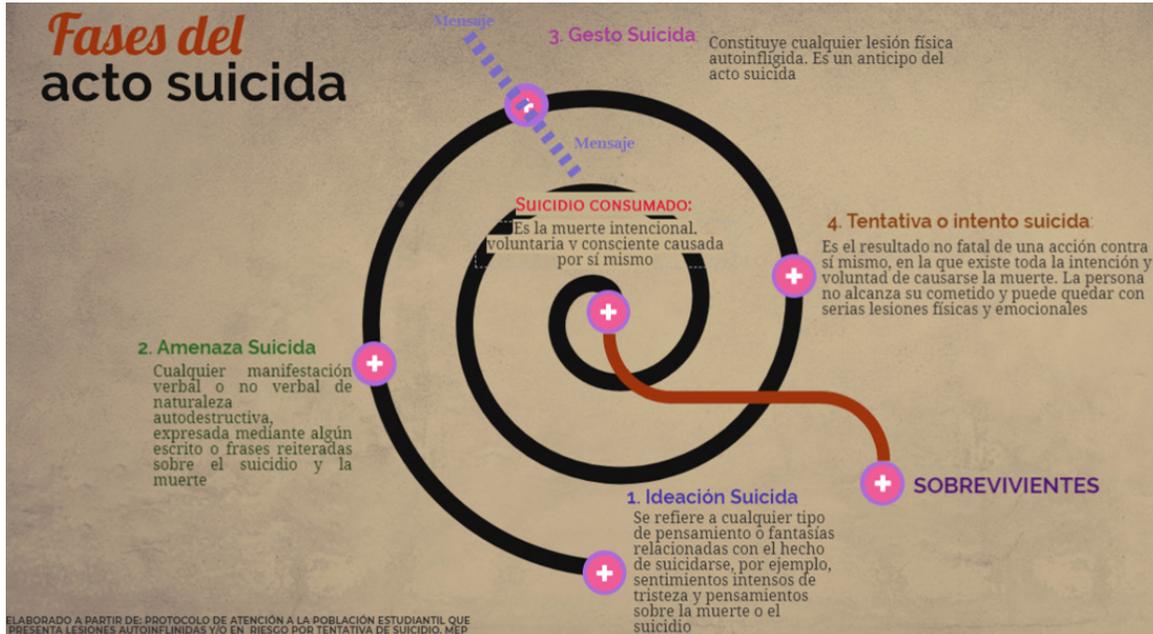
Figura N°1. Dinámica de la comunicación que antecede al acto suicida



El intento suicida es un acto en que la inminencia de la consumación del hecho revela su intencionalidad fatal (planeamiento, hacerse daño a través de instrumentos) o su gravedad fáctica (cortarse las venas, ingerir un veneno). Son amenazas o gestos suicidas las verbalizaciones o actos que, si llegaran a consumarse, darían lugar a un daño serio o a la muerte de la persona.

Cuando estas etapas se suceden y llegan a nivel de la imposibilidad de ver alternativas más allá de la muerte para el cese del dolor, se consuma el acto suicida, ya sea mediante un paso al acto, un pasaje al acto o una forma combinada.

Imagen 1. Fases del Acto Suicida.



De acuerdo a este esquema, el suicidio se vincula con la relación interpersonal y con las capacidades comunicativas que se construyen en esta relación. En primera instancia, hay una falla en el proceso de comunicación: falla el emisor en sus intentos de transmitir a través de la palabra el mensaje que desea comunicar, y falla el receptor o receptores al no poder reconocer, escuchar, validar y actuar ante las señales del emisor, quien termina acudiendo al intento suicida como forma extrema de comunicación.

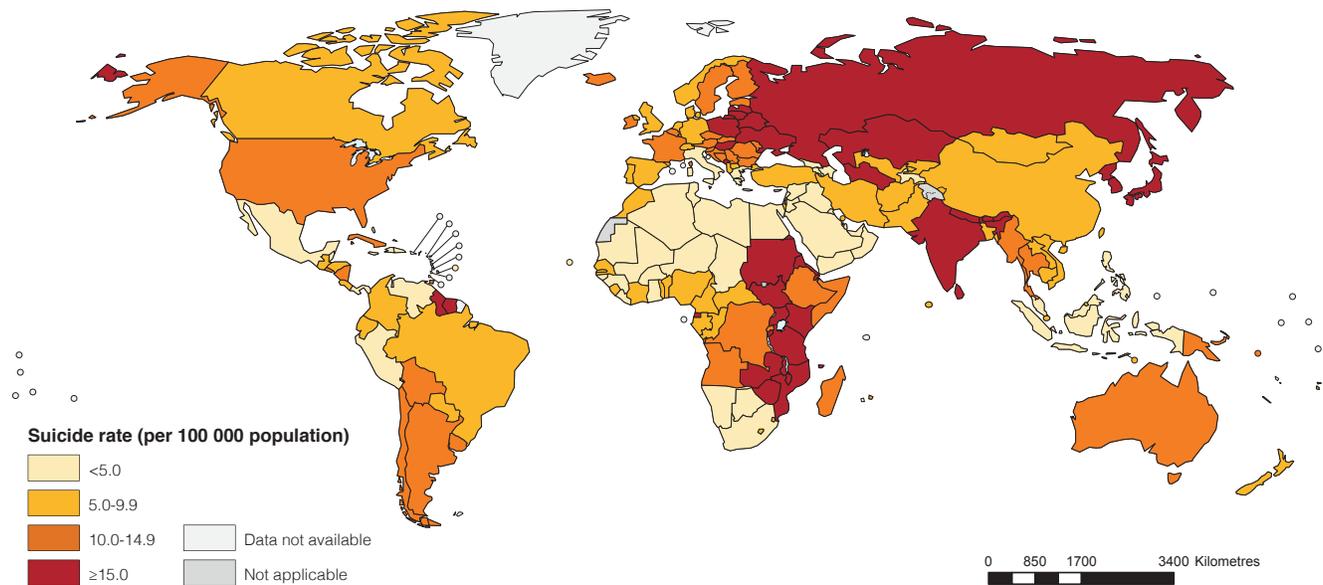
En este orden de ideas, el suicidio se comprende como un acto que tiene:

1. Como propósito: buscar una solución, es decir, el propósito no es morir.
2. Como meta: dejar de pensar y sentir.
3. Como estímulo: un sufrimiento que se vive como intolerable, el cual está estrechamente relacionado con necesidades psicológicas frustradas.
4. Como emoción: desesperanza e indefensión. Sensación de que no hay nada más que se pueda hacer.
5. Como estado cognitivo: ambivalencia.
6. Como estado perceptivo: la constricción mental o visión de túnel, que genera una inhibición de las acciones.
7. Como acción común: la huida. Certeza de que detener la vida es la única solución al dolor insoportable.
8. Como acto interpersonal: la comunicación de un mensaje.

Desde esta lógica, la reducción de la mortalidad por suicidio ha sido priorizada por la Organización Mundial de la Salud y ha sido incluido en los ODS de las Naciones Unidas específicamente en el Objetivo 3.4 que establece que “De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”, y el Indicador 3.4.2 que monitorea la tasa de suicidios.

La epidemiología global del suicidio muestra que la tasa para el 2016 fue de 10,5 suicidios por cada 100.000 habitantes, en rango que oscilan entre los 5 y 30 suicidios por cada 100.000 habitantes en diferentes países.

Mapa N°1. Suicidio por 100.000 habitantes según edades estandarizadas. (ambos sexos) 2016



Fuente: OMS: El Suicidio en el Mundo. Estimaciones Globales de Salud. 2019 (Trad. Propia)

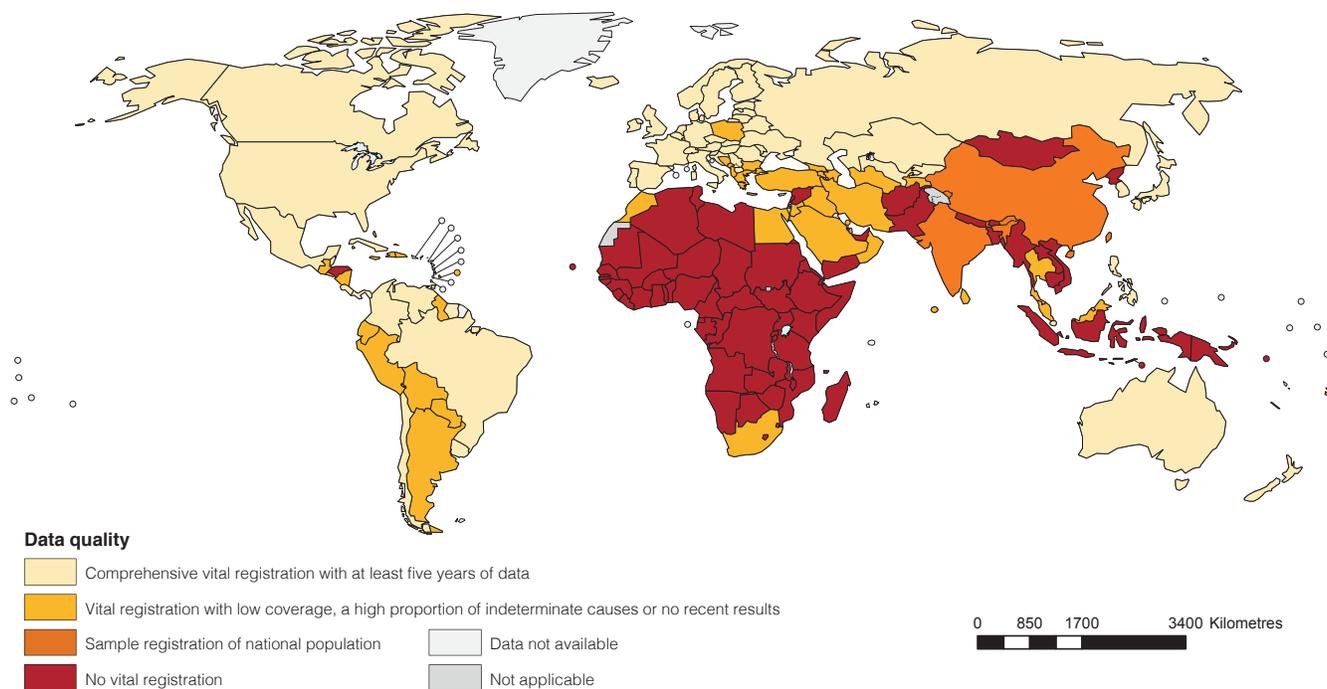
La tasa global de suicidios estandarizada por edad³ fue mayor en hombres (13,7 por 100.000) que en mujeres (7,5 por 100.000). Siendo para mujeres la tasa más alta de 30 por 100.000 hab., para hombre fue superior a los 45 por 100.000 hab.

El mismo informe establece que a nivel mundial, la tasa de suicidios estandarizada por edad fue 1,8 veces mayor en hombres que en mujeres. Las relaciones de suicidio entre hombres: mujeres superiores a 1 indican que las tasas de suicidio son más altas en hombres que en mujeres. Solo Bangladesh, China, Lesotho, Marruecos y Myanmar registraron tasas de suicidios más altas en mujeres que en hombres.

³ Las tasas de mortalidad general en países con diferente esperanza de vida pueden ofrecer la falsa idea de mayor riesgo de muerte en los países con mayor número de adultos mayores. La estandarización por edad de esas tasas anula el efecto de esa composición etaria desigual en la población y permite una comparación más adecuada en ese caso. Para evitar conclusiones erróneas en la comparación de tasas generales, se han usado métodos matemáticos para anular el efecto de esa distribución demográfica desigual. El método más utilizado es la estandarización directa de las tasas. Para más, puede verse:

(https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=4&lang=es)

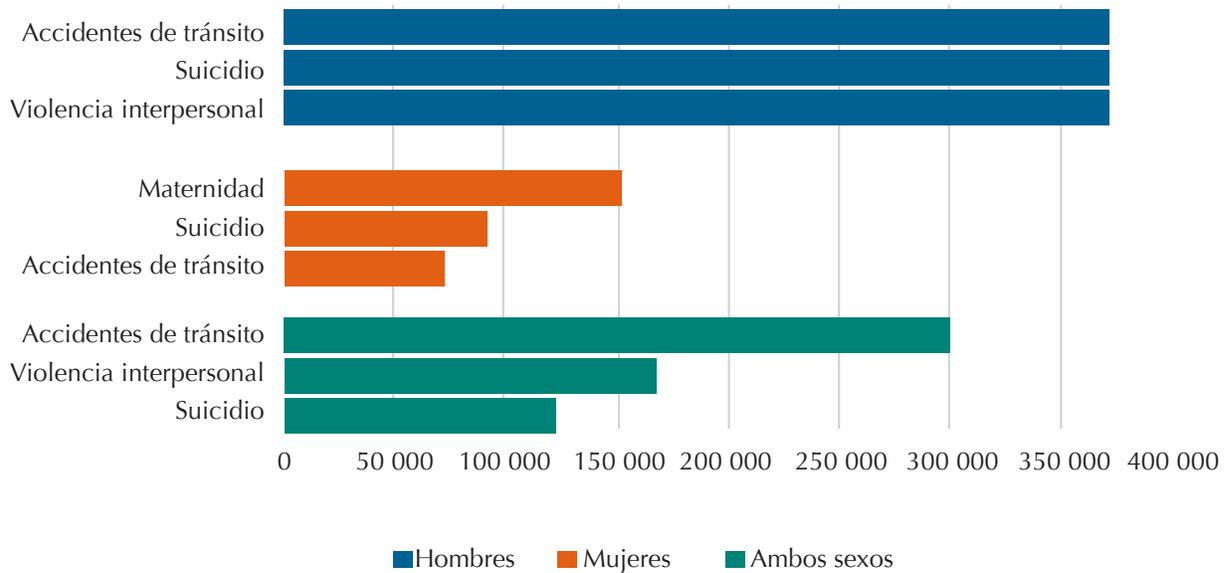
Mapa N°2. Relación Hombre:Mujer según edades estandarizadas de suicidio global. 2016



Fuente: OMS: El Suicidio en el Mundo. Estimaciones Globales de Salud. 2019 (Trad. Propia)

A nivel global, el suicidio es la segunda causa de muerte de personas entre los 15 y 29 años, solo superado por los accidentes de tránsito; de hecho, es mayor que todas las otras causas de violencia interpersonal.

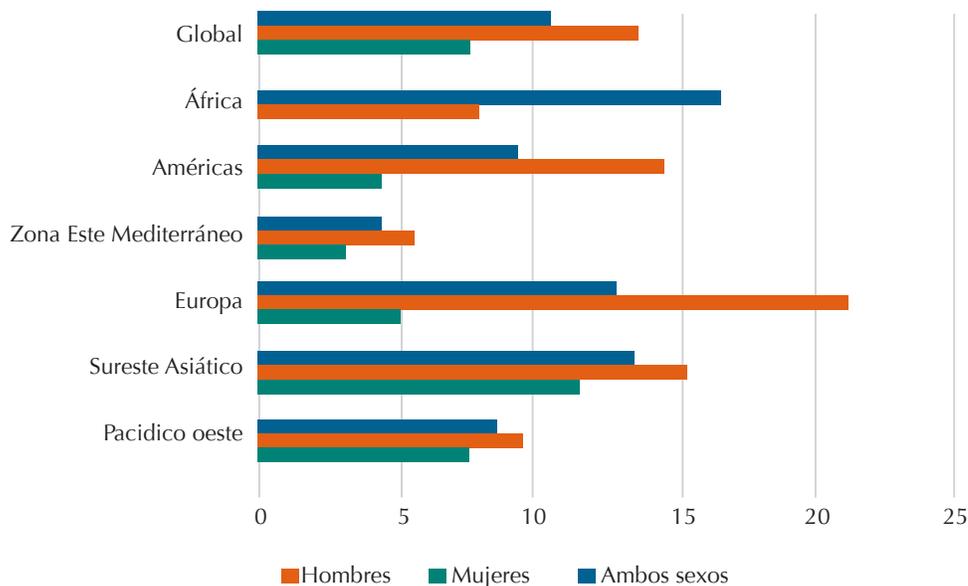
Gráfico N°1. Las tres principales causas de muerte entre personas de 15 a 29 años, según sexo. Nivel global. 2016



Fuente: Observatorio de la Violencia, con datos de OMS. 2019.

En 2016, las tasas de suicidio más altas se presentaron en las regiones de África (12,0 por 100.000 hab.), europeas (12,9 por 100.000 hab.) y Asia sudoriental (13,4 por 100.000 hab.). El Mediterráneo oriental presentó la tasa más baja (4,3 por 100.000 hab.).

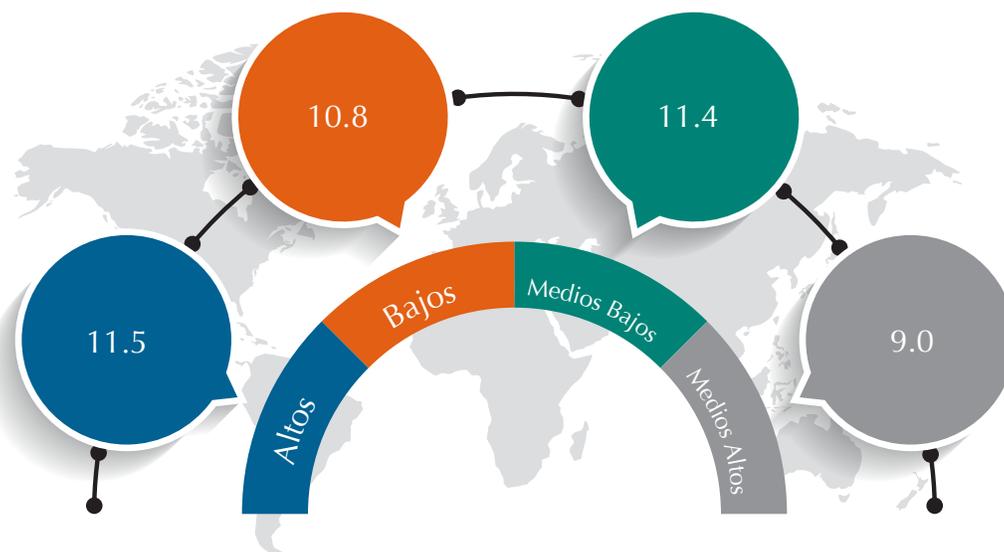
Gráfico N°2. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes con edades estandarizadas según Regiones de OMS. 2016



Fuente: OMS: El Suicidio en el Mundo. Estimaciones Globales de Salud. 2019 (Trad. Propia)

Por último, los registros de la OMS muestran que la mayor cantidad de suicidios ocurrieron en países de renta media o baja (79%), sin embargo, los países de ingresos altos tuvieron la tasa de suicidios más alta estandarizada por edad (11,5 por 100.000 Hab.).

Imagen 2. Distribución Global de Suicidios en países según ingresos. 2016



Fuente: Observatorio de la Violencia, con datos de OMS. 2019

Las mujeres en los países de ingresos medios bajos tuvieron la tasa más alta de suicidios (9,1 por 100.000 hab.) y los hombres en los países de altos ingresos tuvieron la tasa más alta (17,2 por 100.000 hab.).

Para el caso de América Latina, según los datos de la OMS en 2015, la tasa de suicidios media en Latinoamérica fue de 9,8 por cada 100.000 habitantes, lo cual significa alrededor de 65.000 muertes anuales. Sin embargo, el registro de los hechos de suicidio es complicado por varios factores, algunos relacionados con la notificación inicial de los suicidios y posibles clasificaciones erróneas, otros con la validez de los casos denunciados que pueden verse influenciados por factores culturales y religiosos, así como por la estigmatización de quienes cometen este acto⁴. También existen diferencias entre las regulaciones legales de los países con respecto a cuáles muertes deben clasificarse como suicidio.

Por esta razón, es importante tener en cuenta que las tasas de mortalidad por suicidio reportadas pueden, en muchos países, estar subestimadas.

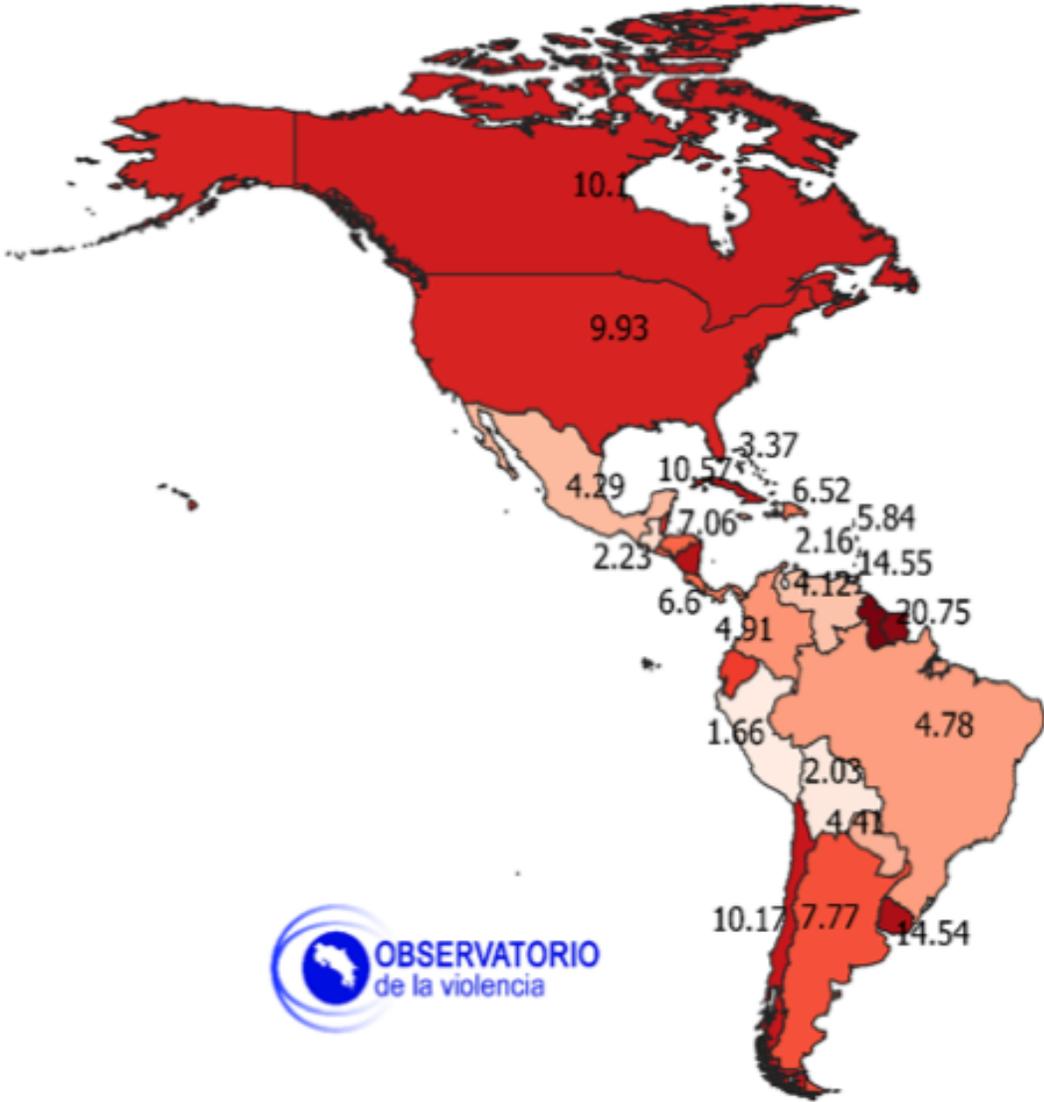
Igual que las cifras globales, en las Américas, las tasas de suicidio en hombres continúan siendo superiores a las observadas en las mujeres, y representan alrededor del 79% de todas las defunciones por suicidio. En promedio, la razón hombre-mujer ajustada según la edad, era de 3,8 en la Región y 4,0 en América Latina y el Caribe. A nivel subregional, América Central, el Caribe hispano y México presentaban la razón hombre-mujer, ajustada según la edad, más alta: 4,2. En cambio en América del Norte, la razón hombre-mujer era menor: 3,7⁵.

⁴ OPS/OMS (2014): Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional. Washington DC. 2014

⁵ Ibidem.

El mismo reporte señala que las edades con mayor porcentaje de suicidios es la comprendida entre los 25 y 44 años con el 36,8% de los casos, en tanto según el método empleado, la asfixia fue la categoría más frecuente con el 39,7% de los casos.

Mapa N°3. América. Tasas de Suicidio por 100.000 habitantes con edades estandarizadas. 2015



Fuente: Observatorio de la Violencia con datos de OMS 2019.

Como se desprende del mapa N°3, Guyana, Surinam y Trinidad y Tobago son los países que exhiben las mayores tasas de suicidios en América Latina y el Caribe, para el año 2015, seguidos por Uruguay y Nicaragua.

Un poco más abajo en incidencia se muestran Cuba, Chile y Canadá, seguidos por Estado Unidos, San Vicente y Belice. Los últimos países de la tabla son Haití, Perú y Bolivia.

NOTA METODOLÓGICA.

-...y si mañana me suicidio?

-...no dejes para mañana lo que puedes hacer hoy!!

Mi mamá: deja de hacer payasadas suicidas.

Yo: no te preocupes, pararé pronto

Memes en Facebook

Un primer hecho llama la atención y que determinó el abordaje metodológico de la elaboración de este estado, tiene su fundamento en la naturaleza misma del acto suicida: el suicidio no es un delito.

Ante esto y en función de las fuentes de información disponibles, la forma más consecuente es presentar un “estado de situación del suicidio en Costa Rica”, con una serie de cinco años (2014-2018).

Este estado de situación es alimentado por datos de registros administrativos provenientes del Poder Judicial, el INEC y del Ministerio de Salud.

También se hicieron tres entrevistas semiestructuradas y abiertas a personas del sector salud especialistas en el tema, una del sector público, una del sector privado y otra de la sociedad civil con el propósito de conocer sus opiniones sobre el fenómeno del suicidio, así como recoger sus comentarios sobre la forma en que se abordaba el acto suicida en este informe. Se diseñó una guía de entrevista⁶ con preguntas semiestructuradas de registro abierto, con temas cualitativos que abordaron el hecho suicida desde diferentes escenarios.

Se recurrió a fuentes de organismos internacionales como la OMS y la OPS, así como oficinas especializadas de diversos países, para contar con datos globales y del Continente Americano del fenómeno, de esta manera se puede visualizar el suicidio en la dimensión global como punto de comparación y encuentro con los datos costarricenses.

Por último, se hizo un ejercicio de puntualizar someramente las necesidades de construcción o modernización de una Política Pública de atención y prevención del suicidio, más allá de los intentos que se están operacionalizando en diferentes sectores, con el objetivo de que integre todas las dimensiones y aproximaciones posibles para atender el suicidio.

⁶ Ver anexo 2

EL CONTEXTO.

“Mi padre se quitó la vida un viernes por la tarde. Tenía 33 años. El cuarto viernes del mes próximo yo tendré la misma edad.”

Antonio Di Benedetto “Los suicidas”, 1969.

“Estoy harto de todo”, “Es hora de marcharse”, “Más por venir”, “Ya no más”

Robin Williams

La vida es impredecible y el control es tan solo una ilusión que nos hace sentir pequeños e indefensos.

Hannah Baker

Tratar de entender el acto suicida es complejo, no solo por las implicaciones psicosociales que el evento suicida pueda desencadenar, sino porque éste está ligado a un contexto mucho más amplio que la psicología de la persona suicida y que, directamente la condiciona. De esta forma, más allá de entender el suicidio como un problema epidemiológico de tendencia creciente, se debe estudiar en los espacios comunitarios, porque es ahí donde podría tener múltiples y diversos significados y causas, así como diversidad de representaciones culturales.

La forma de entender el suicidio depende de cómo, en un contexto social y cultural particular, se construye y reconstruye el acto continuamente en un proceso de interacción de lo individual y lo social. Así, la identificación del papel de las instituciones y los grupos de pertenencia del individuo ayudan a descifrar los significados que se le den al suicidio, ya sea para estimularlo o desincentivarlo.

Un eje fundamental de la prevención del suicidio a nivel comunitario, desde un enfoque psicosocial, consiste en reconocer tanto los factores de riesgo, como los factores protectores presentes en una localidad en particular. Los primeros pueden elevar las probabilidades de que ocurran suicidios.

Una comunidad es un espacio privilegiado de encuentro de saberes cotidianos. Cada comunidad basa su historia en los elementos que se retoman de los conocimientos adquiridos en las relaciones de sus miembros, este intercambio escribe y reescribe la historia. “la permanencia en el tiempo traduce, sintetiza y orienta los comportamientos de la gente”⁷. La historia de los grupos es importante para sentirse parte de una comunidad, en ella se construyen las vivencias que se traducen en códigos y valores culturales: la determinación de lo bueno y lo malo, esto condiciona las prácticas sociales, las ideologías y el material simbólico, toponímico y estructural de las comunidades.

⁷ O. Delgado (2007): (con) Textos y Silencios: La Comunidad como espacio de aprendizaje no formal. Revista Educare. Vol. Extraordinario II. UNA. Págs. 61ss.

Cada comunidad es una cultura, es texto y encuentro. La comunidad es pública porque su lenguaje lo es, es comunitaria porque su significado lo es; convive con el encuentro de saberes, palabras, contextos y silencios⁸.

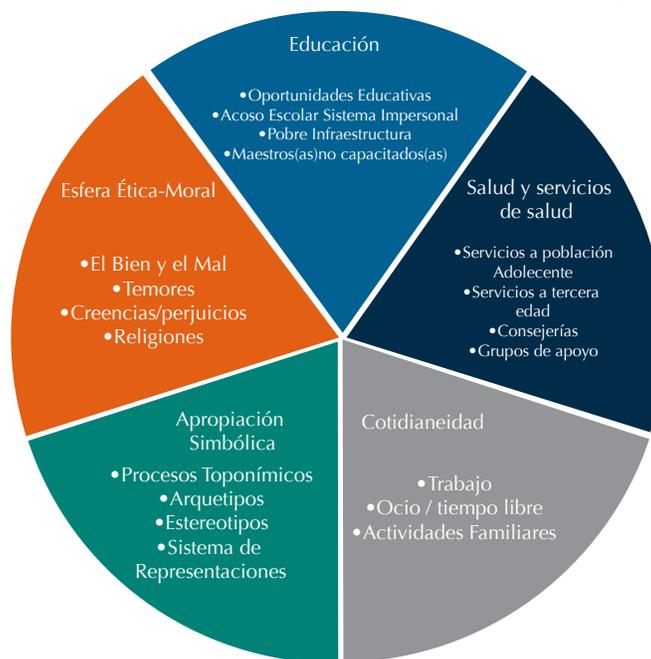
Todas las creencias, arquetipos, estereotipos y redes de apoyo confluyen en los espacios comunitarios, de sostén, pero también espacios que se pueden convertir fácil y rápidamente en vulnerabilidades, y esto es importante porque el suicidio está estrechamente relacionado con el vínculo, es un acto donde la estrategia comunicacional se fractura y, por tanto, los niveles de incertidumbre se hacen poco tolerables.

En este entramado social, dos instituciones se han ganado un espacio emérito, la escuela y los servicios de salud. Estos dos pilares han sido fundamentales en el desarrollo de la vida económica y social del país, desde finales del siglo XIX en el caso de la escuela, y desde la década de los 40 del siglo XX, los servicios de salud. .

Abocadas a la gestión y rectoría de políticas universales, estas instituciones se han visto omisas de políticas selectivas de atención de fenómenos que, en principio, no son de resorte de ninguna de las dos. A pesar de los esfuerzos de ambas, muy poco se ha avanzado sobre la gestión de políticas públicas integrales en promoción de la salud. Sin embargo, la precariedad histórica de asignación de recursos al sistema educativo, tanto material como infraestructural, así como la poca cobertura de servicios en salud para poblaciones específicas, han roto o precarizado los lazos que las unen con las comunidades.

El siguiente esquema muestra gráficamente las dimensiones de lo social que juegan papeles fundamentales en los procesos de desesperanza que culminan en intentos o suicidios consumados.

Imagen 3. Déficit de las Dimensiones Sociales como factores de riesgo.



⁸ Delgado op.cit.

En el proceso continuo del acto suicida, cuando las personas no encuentran el sostén relacional en ninguna de las esferas que se ilustran, la desesperanza y las ideas de finitud son las que provocan la consumación del acto suicida. Tener presente estos factores cuando se piensa en la gestión y fortalecimiento de las políticas públicas para la prevención del suicidio y la atención de las personas sobrevivientes, es fundamental.

Si bien es cierto que el país ha hecho esfuerzos importantes por impulsar acciones encaminadas a llenar los vacíos en los servicios de salud y, la atención y contención a nivel educativo, lo cierto es que son esfuerzos poco articulados unos, y precarios otros, en tanto no se visualiza como una política de promoción integral de la salud mental. Como se verá más adelante, los indicadores muestran probatoriamente este panorama.

DE LOS INTENTOS.

“Tal y como yo lo veo, existen dos tipos de muerte. Si tienes suerte, vives una vida larga... y un día tu cuerpo deja de funcionar y se acabó. Pero si no tienes suerte, mueres un poco, una y otra vez... hasta que te das cuenta de que ya es demasiado tarde”.

- ¿Y por qué lo haces? ¿Acaso quieres matarte?

-Lo hago para no matarme!

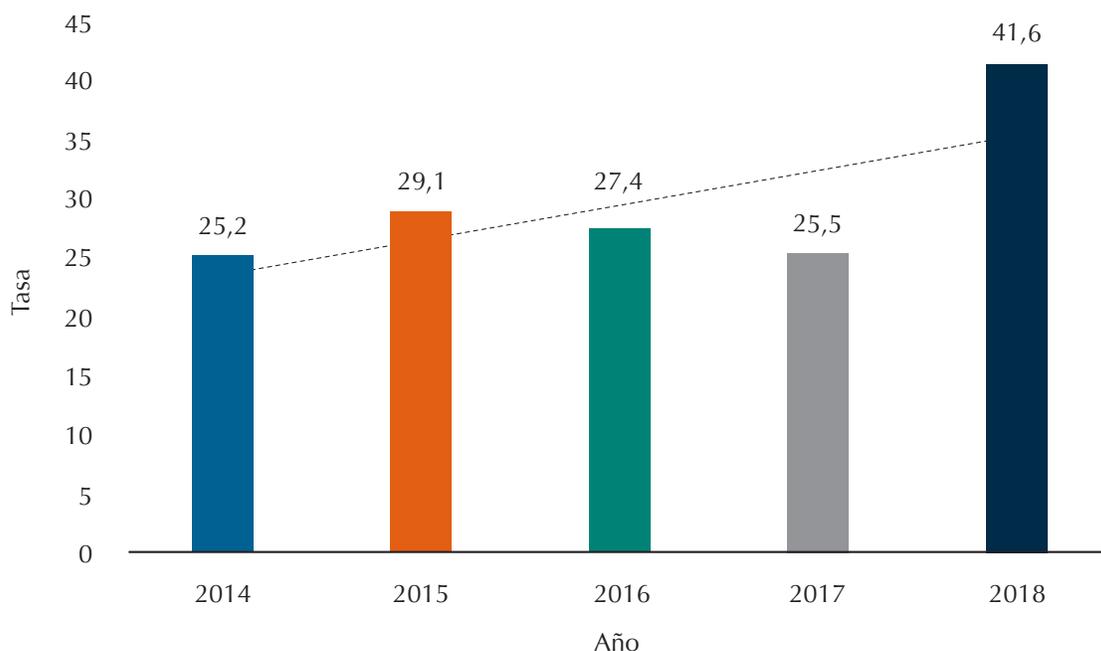
Jay Asher: 13 Reasons Why

Desde el año 2012, con la publicación de la Política Nacional de Salud y del Decreto del Reglamento de Vigilancia de la Salud N°37306-S, del mismo año, y que se modificó según el N°40556-S, del año 2017, se justifica la notificación obligatoria de manera individual (boleta VE-01) de los intentos de suicidio, en la lista de eventos cuyo comportamiento epidemiológico como mecanismo para el monitoreo e incidencia en el trabajo interinstitucional de atención y prevención del suicidio.

De esta manera, producto de este esfuerzo institucional se presenta a continuación los casos notificados por intento de suicidio en el período 2014-2018.

Para el período en estudio, se muestra un incremento en los intentos de suicidio para el año 2018 con una tasa del 41,6 por 100.000 hab. de los casos del período, seguido por el año 2015 con una incidencia del 29,1 por 100.000 hab. Sin embargo, se observa que, a pesar de que el año 2016 y 2017 presentan una leve mejoría con respecto a los casos notificados, la tendencia de todo el período es hacia el alza. Esto claramente puede deberse a dos razones: por un lado, un mejor registro de los casos por parte del personal del Sector Salud que, a partir de los decretos enunciados arriba, se ha minimizado el subregistro de casos y, por otra parte, un aumento real en la cantidad de intentos de suicidio.

Gráfico 3
Comportamiento de la incidencia de casos notificados de intentos de suicidio, 2014-2018
(Tasa por 100.000 habitantes)

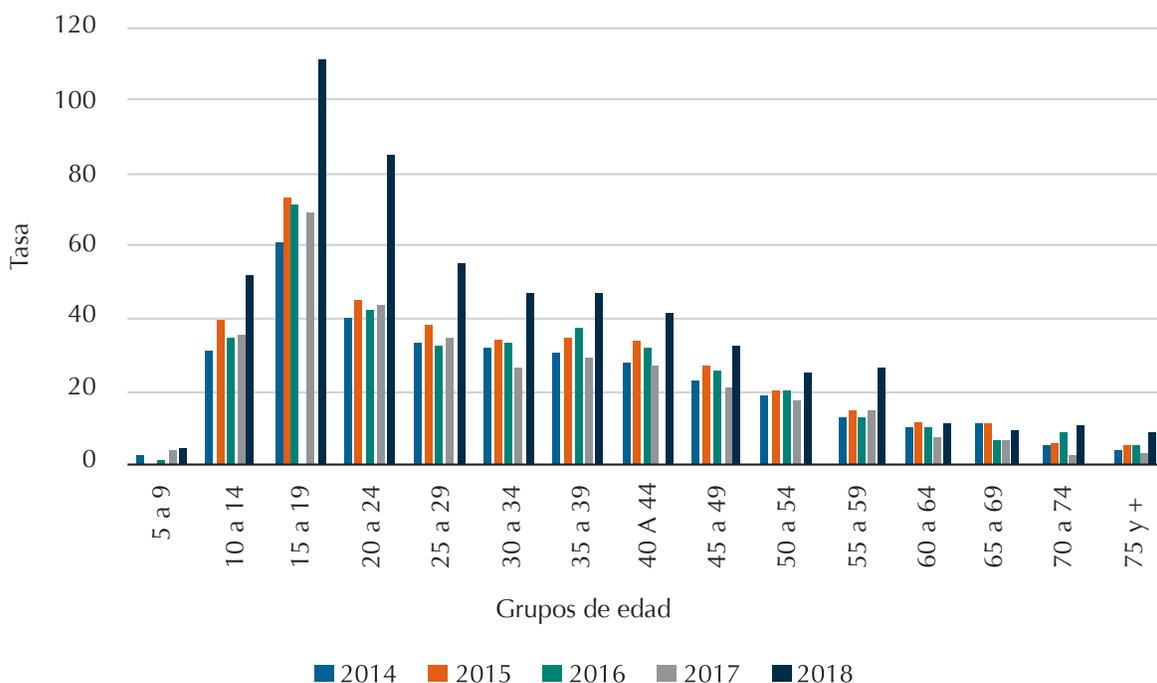


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

El gráfico 4, muestra las notificaciones de las edades con las incidencias más altas, llama la atención que las edades de los intentos muestran 10 años en su edad más temprana, pero los picos más altos se sitúan entre los 15 y 19 años, aumentando la incidencia de 60,9 en el 2014 a 111,1 en el 2018, año con la tasa más alta. Lo anterior refleja una tendencia al alza de todo el período en una población sumamente joven: estudiantes colegiales, universitarios, pero además personas aún dependientes.

Como ya se ha dicho, las motivaciones son variadas y suelen ser múltiples, sin embargo, esta población está expuesta a una mayor vulnerabilidad con respecto a otras. Según las personas expertas consultadas, la población joven está más expuesta y tienen menos herramientas para hacer frente a situaciones de bulling, pocas competencias para hacer frente a la frustración, también se apunta al escaso apoyo familiar, sobre todo, se acusa a problemas vinculares donde la población adolescente y joven no encuentran eco a las llamadas hechas a través de los gestos suicidas.

Gráfico 4
Incidencia de casos notificados de intentos de suicidio según grupos de edad, 2014-2018
(Tasa por 100.000 habitantes)

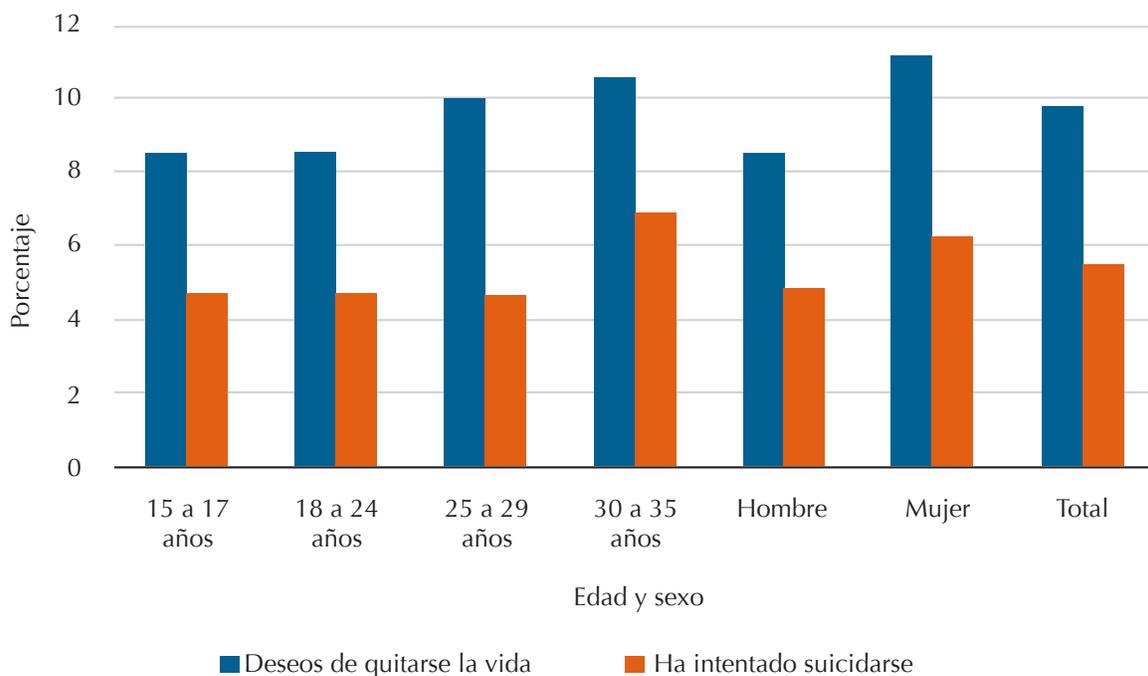


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Según el informe de la Tercera Encuesta Nacional de Juventudes del Consejo de la Persona Joven (CPJ)⁹, para el año 2018 casi el 10% de las personas jóvenes tuvo deseos de quitarse la vida, porcentaje más alto entre mujeres que entre hombres y, 6% de las personas jóvenes ha intentado suicidarse, siendo más alto entre personas de 30 a 35 años (ver gráfico 5). Estos datos se corresponden a nivel mundial según los datos de la OMS, donde se indica que el suicidio es la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años.

⁹Consejo de la persona joven (2018:tercera encuesta Nacional de juventudes. Costa Rica

Gráfico 5
Deseos de quitarse la vida e intentos de suicidarse según edad y sexo de la persona entrevistada, 2018



Fuente: Consejo de la Persona Joven, III Encuesta Nacional de Juventudes. 2018.

Según este mismo informe un 10% de las personas jóvenes han buscado ayuda por estrés excesivo y 6% por depresión o por ansiedad en el último año. Pareciera identificarse una mayor presencia de estas necesidades o sentimientos en la Región Central ¹⁰(ver cuadro 1).

¹⁰OP CIT

Cuadro 1
Necesidades o sentimientos por los que ha buscado atención profesional en el último año por
región de planificación, 2018
(En porcentaje)

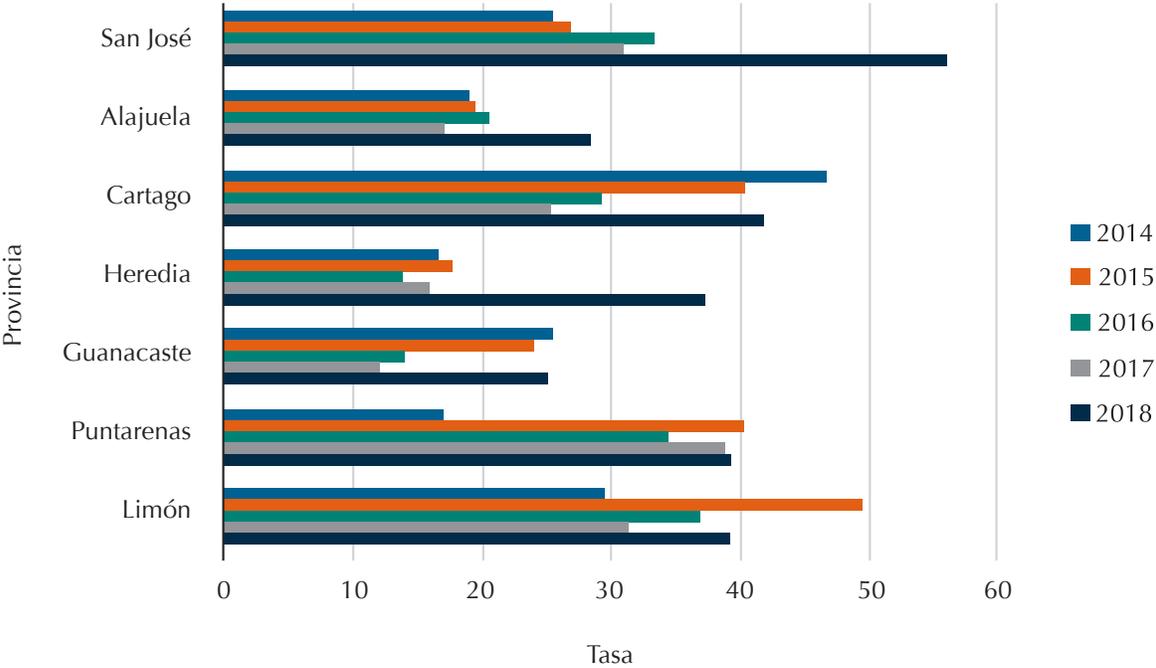
Necesidades o sentimientos	Región						Total
	Central	Chorotega	Pacífico Central	Brunca	Huetar Caribe	Huetar Norte	
Necesidad de disminuir o dejar de consumir	32,0	40,7	35,1	18,9	44,4	30,2	32,5
Se ha sentido deprimido/a	7,6	3,2	6,2	5,6	2,8	1,9	6,2
Se ha sentido ansioso/a	7,9	3,2	4,3	6,1	1,3	1,8	6,2
Ha sentido estrés excesivo	13,0	6,2	3,5	10,5	4,0	2,3	10,1
Ha sentido deseos de quitarse la vida	1,8	1,3	0,8	1,7	0,1	0,2	1,4
Ha intentado quitarse la vida	1,3	0,4	0,3	0,9	0,2	0,3	1,0
Presenta una condición que le exige llevar un tratamiento psiquiátrico temporal o permanente	1,8	0,7	1,9	0,5	0,6	0,4	1,4
Presenta una condición que le exige terapia psicológica temporal o permanente	2,9	1,4	4,0	1,5	1,8	2,7	2,7

Fuente: Consejo de la Persona Joven, III Encuesta Nacional de Juventudes. 2018.

El gráfico 6 muestra el comportamiento de los intentos de suicidio a nivel provincial con una tendencia al aumento en la provincia de Cartago que inició en el 2014 con una tasa del 46,8 por 100.000 hab. y disminuyó de manera evidente durante el 2016 y 2017 (29,3 y 25,3) pero aumentó en el 2018 (42,0).

Las otras provincias que registraron un aumento importante principalmente en el último año fueron San José y Puntarenas, cuyas cifras se duplicaron en este período. Cabe indicar que en 2018 en todas las provincias la tendencia fue al aumento.

Gráfico 6
Incidencia de casos notificados de intentos de suicidio por provincia, 2014-2018
(Tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Esta tendencia muestra cómo, a pesar de los esfuerzos realizados alrededor del tema del suicidio como un fenómeno de incidencia directa en los índices de bienestar y de salud pública, es cierto que aún el Estado debe hacer esfuerzos por el tratamiento preventivo del fenómeno. La mayoría de los protocolos institucionales de atención de los actos suicidas son de carácter asistencial, esto es, llegan a los centros de control una vez que se da el intento suicida, pero no antes. Los niveles de atención en prevención y trabajo en los entornos de los pacientes, a nivel comunitario de sus espacios de interacción inmediata, son muy pobres o ausentes.

DE LOS CONSUMADOS.

La esperanza es una ilusión que creamos para soportar el presente.

Un Loco

Todos los puentes están enamorados de un suicida. Todos los suicidas están enamorados del desamor. Todas las cuchillas de los cortes. Todas las sogas están enamoradas de un cuello sin salida o sin salvación. Todos los pensamientos tristes están enamorados de las noches largas de insomnios.

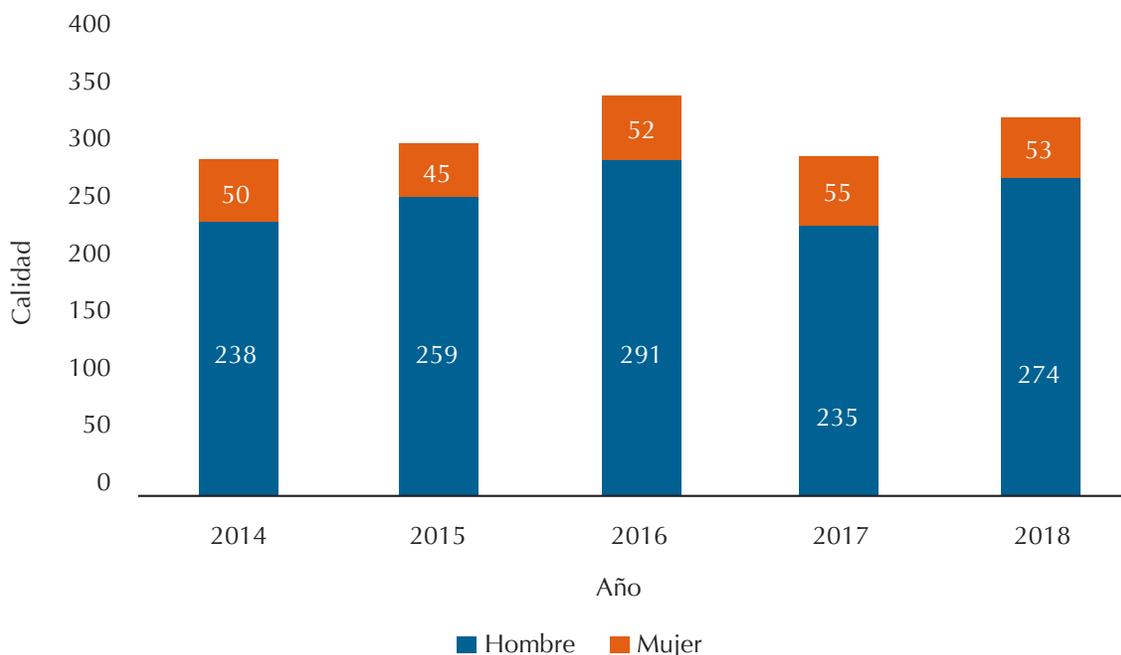
Anónimo

El suicidio, más que un acto en sí mismo, es la manifestación de un proceso de comportamiento autodestructivo, así como anteriormente se habló del continuum del suicidio, también tiene que ver con una ruptura en los vínculos que sostienen a la persona suicida.

En Costa Rica, se ha experimentado un alza de la culminación de los actos suicidas que han pasado de 288 casos en el 2014 a 327 en el 2018, es decir, al menos esta cantidad de personas ha transitado todo el camino desde la ideación hasta la consumación del suicidio y, al menos 1552 personas no han encontrado el vínculo suficientemente fuerte que los sostenga con vida. De todos éstos que fueron reportados en el período, cerca de un 85% correspondió a hombres.

Gráfico 7

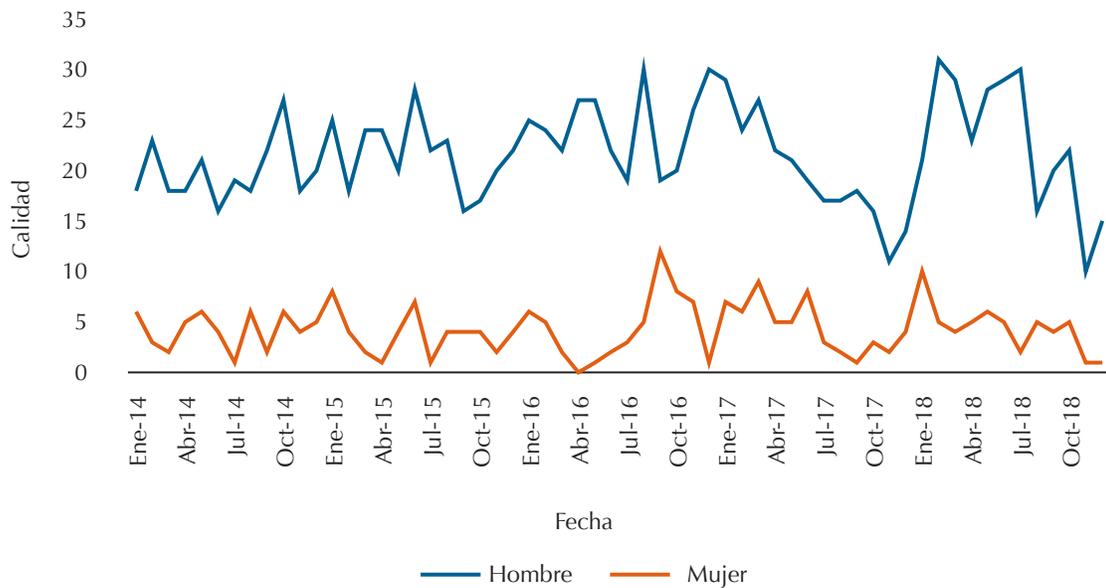
Distribución absoluta de los suicidios por año según sexo de la víctima, 2014-2018



Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018

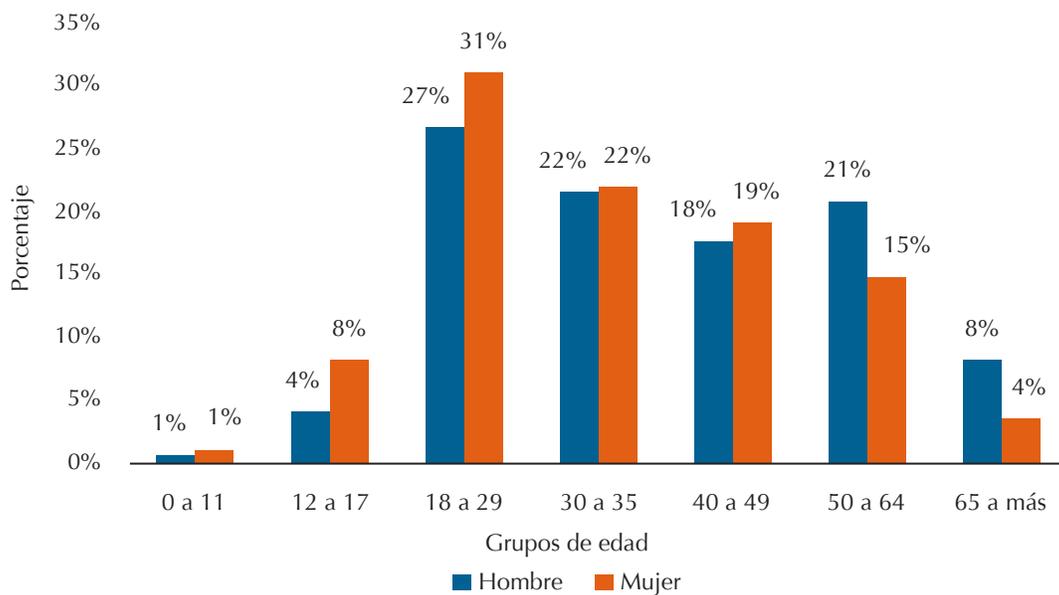
En cuanto a los datos anuales, estos presentan un comportamiento errático, situación que se ha presentado con mayor claridad en los hombres, con una particularidad destacable en sus datos mensuales: entre 2017 y 2018 la cantidad de suicidios reportados tendió a ser el doble entre el principio y el final del año. Contrariamente, en el caso de las mujeres, su comportamiento ha sido bastante regular durante los 5 años.

Gráfico 8
Suicidio por mes y año según sexo de la víctima, 2014-2018



Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

Gráfico 9
Distribución porcentual de los suicidios por grupos de edad según sexo de la víctima, 2014-2018



Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

En términos absolutos y relativos, los hombres se suicidan con mayor frecuencia, con una relación de 85% - 15% (6 : 1) en comparación con las mujeres; no obstante, al analizar los datos según grupos de edad, los rangos en los extremos de esta variable presentan diferencias sustanciales: mientras en el grupo 12 a 17 años el porcentaje de casos en hombres es de la mitad de las mujeres (4%-8%), en el otro extremo (grupo de 65 años y más), la relación pasa a ser inversa, es decir, el porcentaje de hombres duplica al de las mujeres en el mismo rango (8%-4%), lo que confirma el hecho de haber encontrado diferencias significativas ($\alpha=.01$) en la distribución de las personas por sexo según los grupos de edad establecidos.

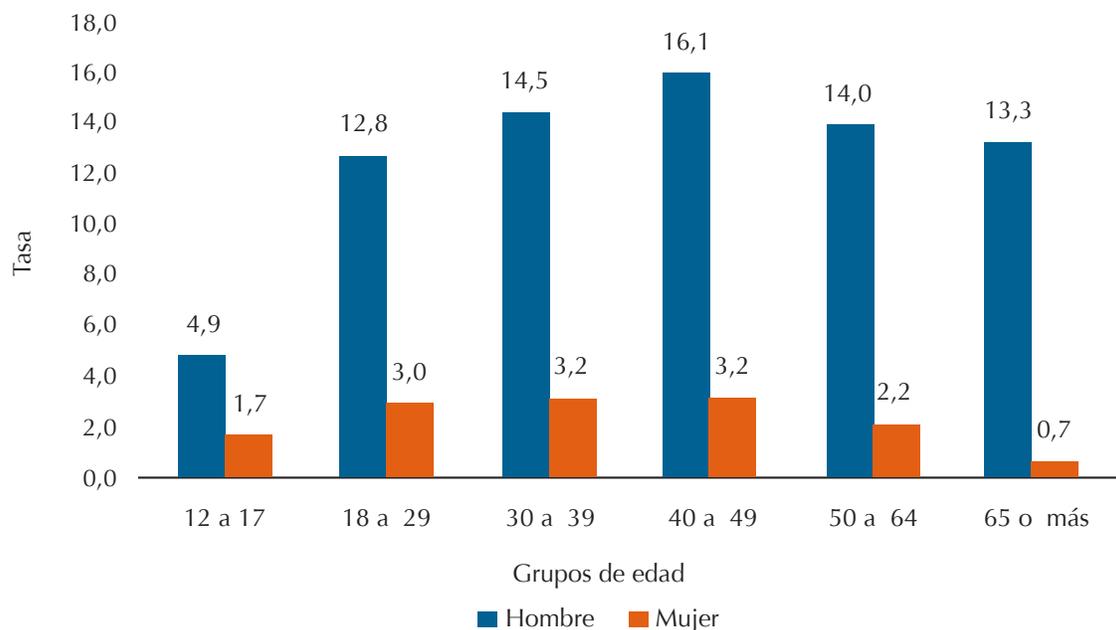
En términos porcentuales, tanto en hombres como en mujeres casi el 50% ocurrió entre los 18 y los 39 años.

Si bien, porcentualmente tanto hombres como mujeres destaca el grupo 18-29 años, la estimación de la tasa promedio por 100 mil habitantes en los hombres se ubicó en el quinto puesto (de las 6 categorías de edad), en las mujeres se ubicó en la tercera casilla, siendo desplazado en ambos casos por el grupo de 40 a 49 años, que ocupó el primer lugar.

Cabe señalar que mientras en los hombres la tasa más baja fue en el grupo 12 a 17 (4,9 por 100.000 hab.), en tanto las demás categorías su valor fue muy cercano a 14,1; en las mujeres el grupo de 65 años o más tuvo el valor más bajo (0,7 por 100.000 hab.), contrastando significativamente con los demás grupos, cuya tasa promedio fue de 2,7.

Gráfico 10

Tasa de suicidios por 100 mil habitantes por grupos de edad según sexo de la víctima, 2014-2018

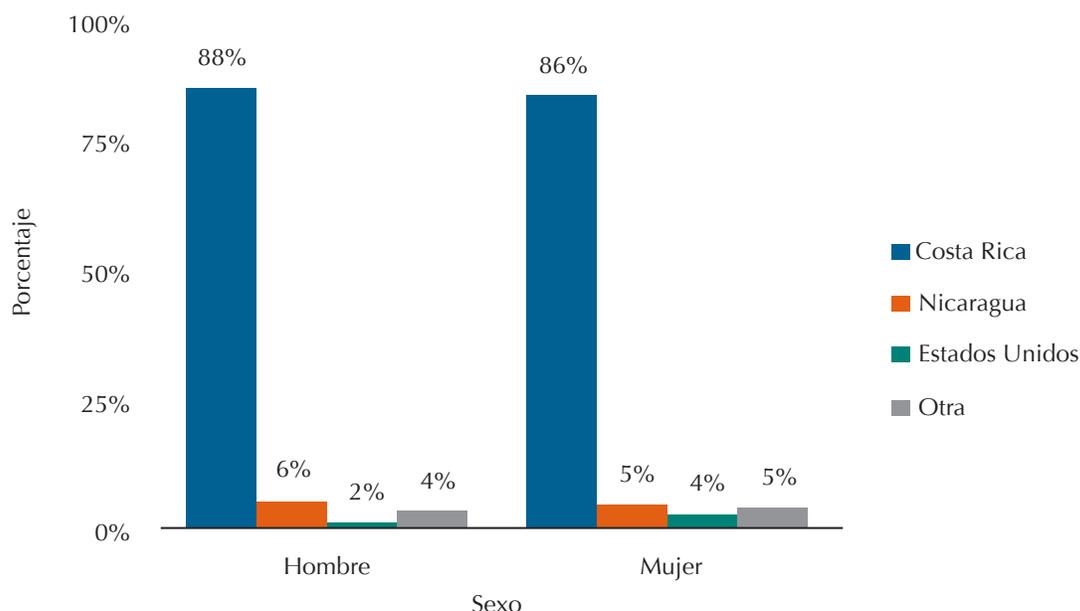


Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

El 88% de los casos corresponde a personas de nacionalidad costarricense, seguidos por personas de origen nicaragüense (6%) principalmente. Los datos por nacionalidad no muestran diferencias significativas por sexo.

Gráfico 11

Distribución porcentual de los suicidios por sexo según nacionalidad de la víctima, 2014-2018

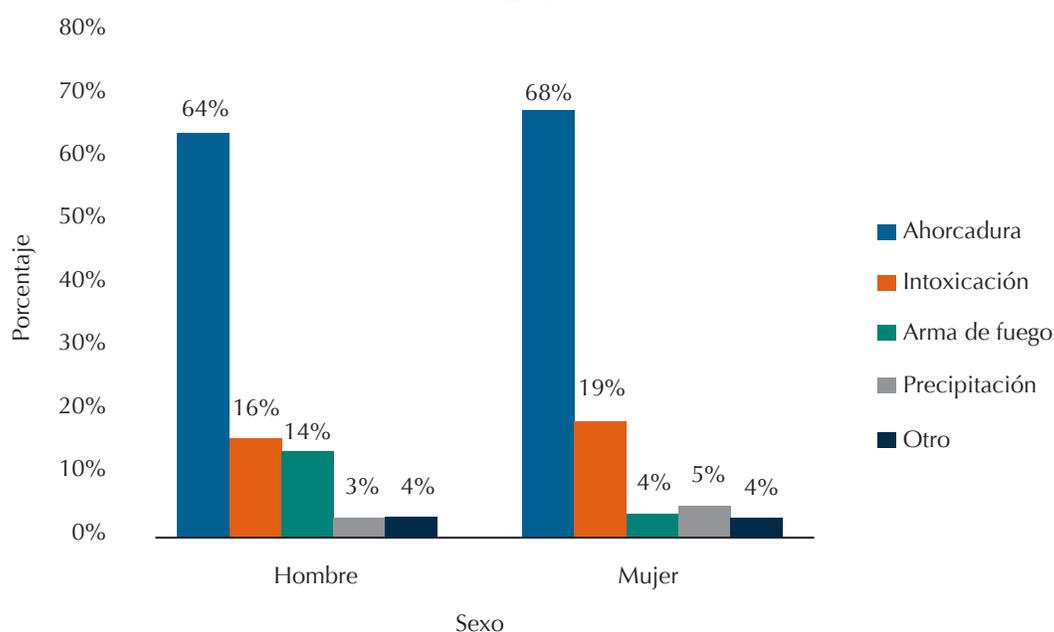


Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

La comparación porcentual por sexo refleja que la mayor diferencia según el método empleado correspondió al arma de fuego, categoría que representa en los hombres un 14%, siendo más del triple del valor observado en las mujeres (4%); este comportamiento se hizo más notorio en los años 2017 y 2018, periodo en el cual tanto las diferencias absolutas como relativas entre ambos sexos se incrementaron de forma considerable.

Gráfico 12

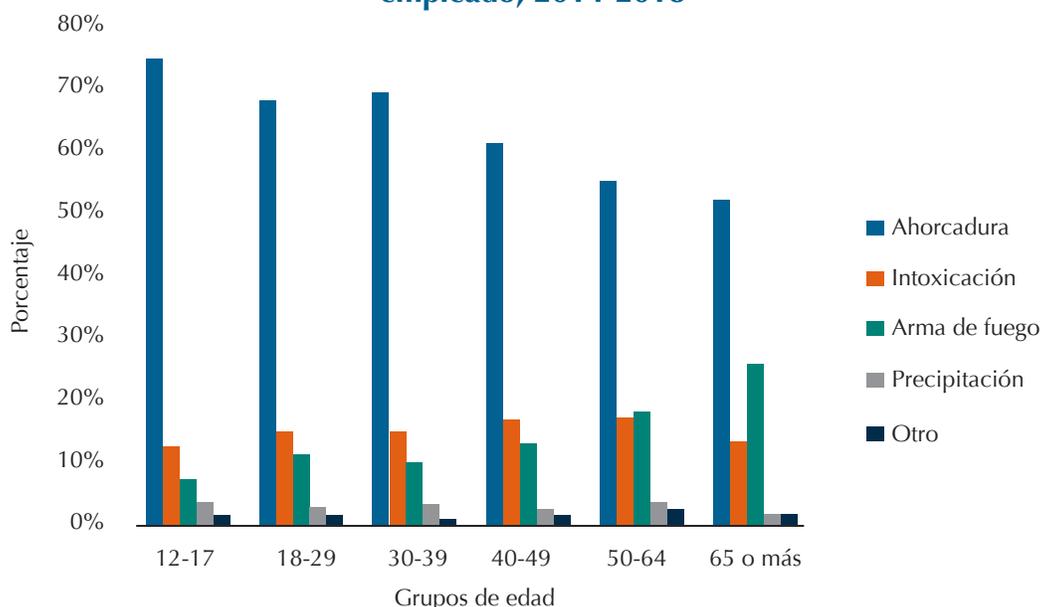
Distribución porcentual de los suicidios por sexo según método empleado de la víctima, 2014-2018



Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

La tendencia de los distintos métodos según los rangos de edad en hombres, muestra que conforme se incrementa la edad, la ahorcadura -que es el método más comúnmente utilizado- tiende a reducir su frecuencia y con ello aumentar la cantidad de casos en otras categorías; en el uso de arma de fuego la frecuencia relativa aumentó casi 4 veces entre los grupos 12-17 años y 65 años o más; en tanto en la intoxicación el incremento observado entre esos mismos grupos es de 3 puntos porcentuales. La precipitación y otros métodos tendieron a reducirse conforme se incrementó la edad de las personas.

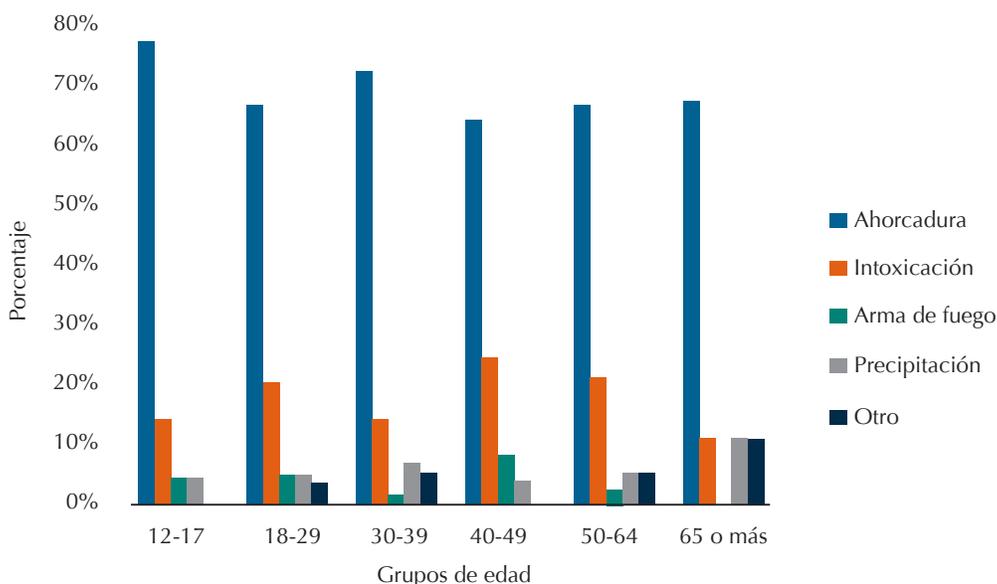
Gráfico 13
Distribución porcentual de los suicidios en hombres por grupos de edad según método empleado, 2014-2018



Nota: excluye menores de 12 años y casos con edad desconocida.

Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

Gráfico 14
Distribución porcentual de los suicidios en mujeres por grupos de edad según método empleado, 2014-2018



Nota: excluye menores de 12 años y los casos con edad desconocida.

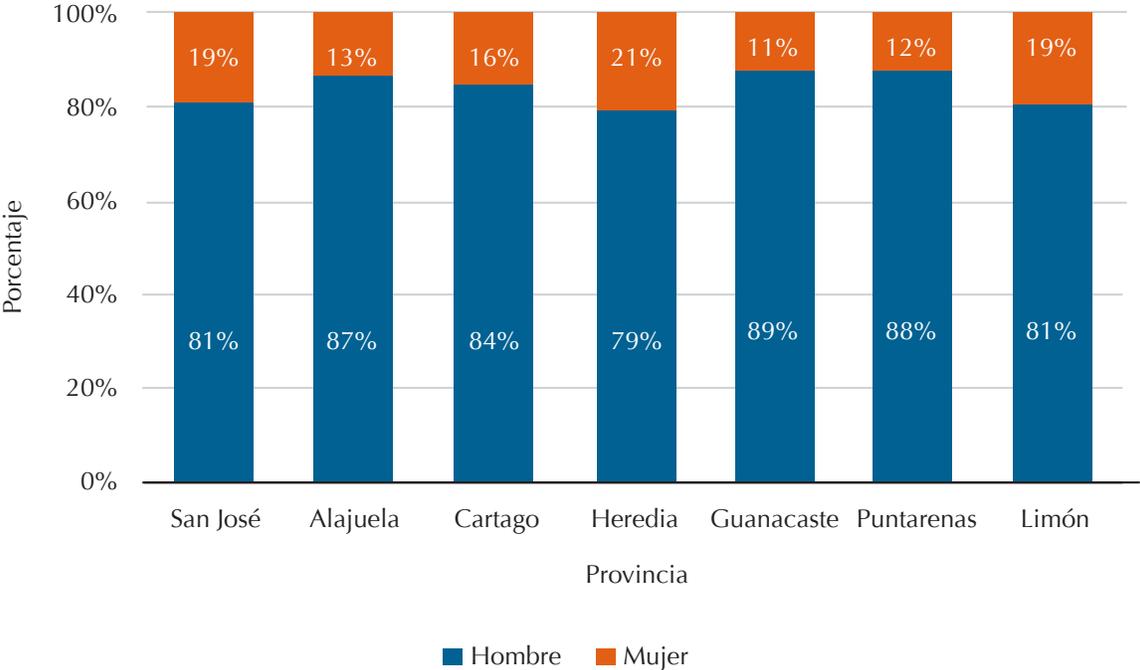
Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

En términos generales, la distribución en las mujeres es similar a la de hombres, tanto en los métodos como en los grupos de edad; no obstante, al comparar las cifras porcentuales algunos aspectos se pueden destacar:

- El suicidio en las mujeres ocurre a edades más tempranas, con un 62% de los casos antes de los 40 años, en comparación con un 53% en hombres. En términos generales la edad promedio en las mujeres fue de 35 años, y en hombres fue 40.
- La ahorcadura es mayor en mujeres de 50 años o más, superando a los hombres en aproximadamente 13 puntos porcentuales.
- En todos los rangos de edad el uso de arma de fuego fue menor en las mujeres.

San José y Alajuela son las provincias con la mayor cantidad absoluta de víctimas (51% en conjunto); sin embargo, Heredia posee la mayor cifra porcentual de mujeres (21%) en comparación con los hombres, situación que contrasta con Guanacaste y Puntarenas, lugares en donde las víctimas hombres están presentes en una mayor proporción (88%). Estos valores guardan relación y se ven reflejados en la estimación de las tasas por cada 100 mil habitantes, por lo que estas dos provincias costeras encabezan el listado en cuanto a las tasas masculinas.

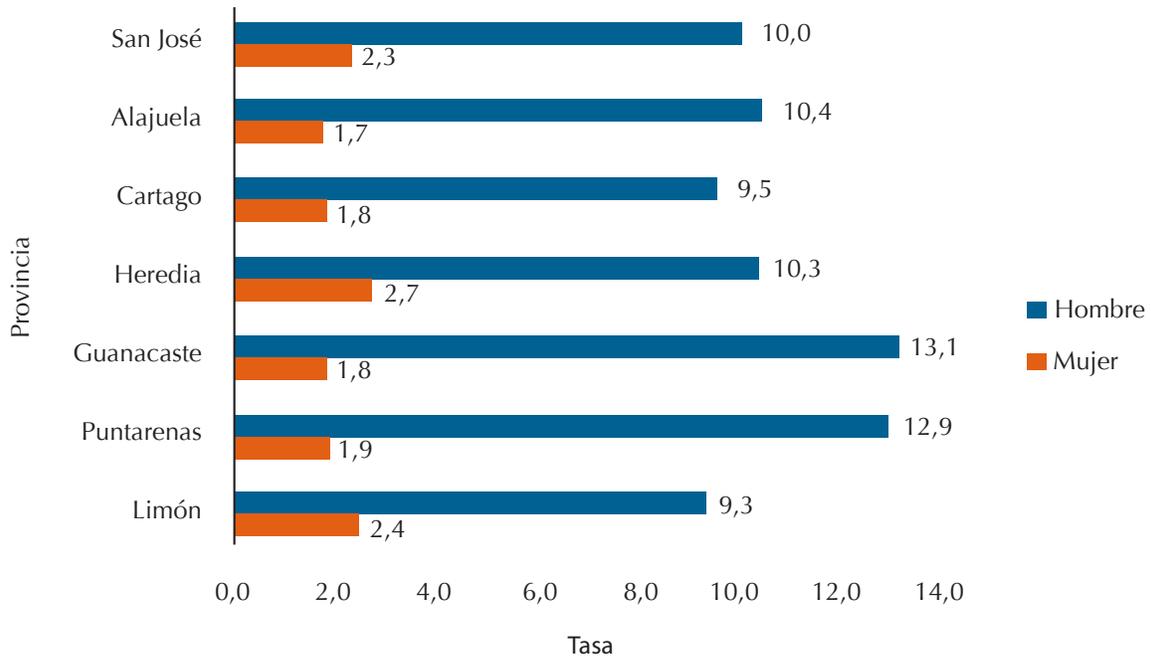
Gráfico 15
Distribución porcentual de los suicidios por provincia según sexo de la víctima, 2014-2018



Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

Gráfico 16

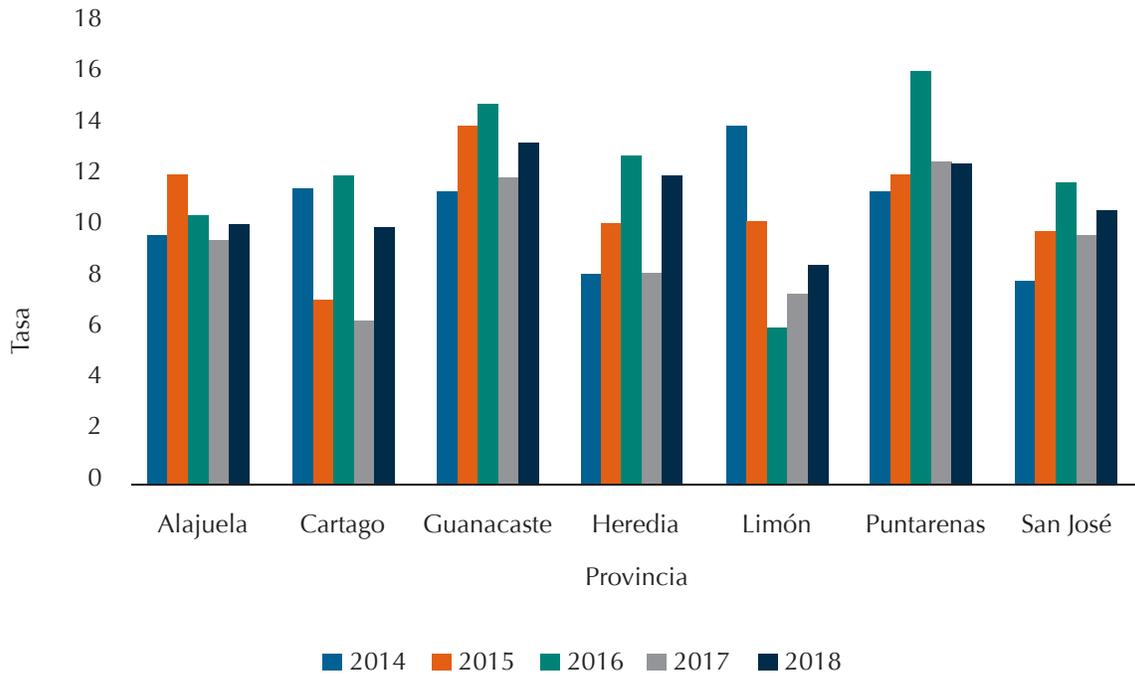
Tasa promedio de los suicidios por provincia según sexo de la víctima, 2014-2018



Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

Gráfico 17

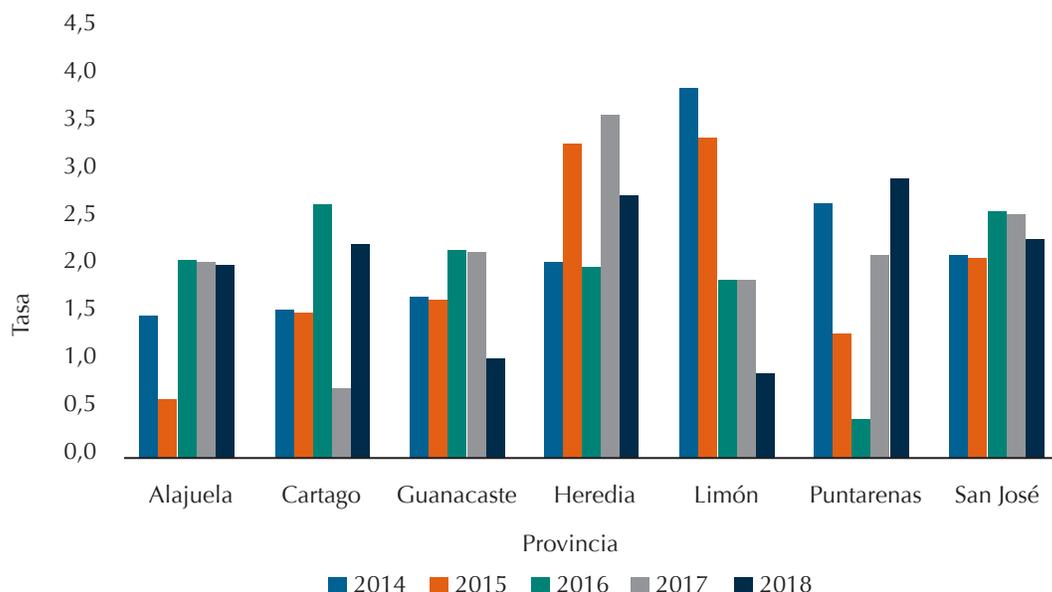
Tasa de suicidios por cada 100 mil hombres por provincia según año, 2014-2018



Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

Gráfico 18

Tasa de suicidios por cada 100 mil mujeres por provincia según año, 2014-2018



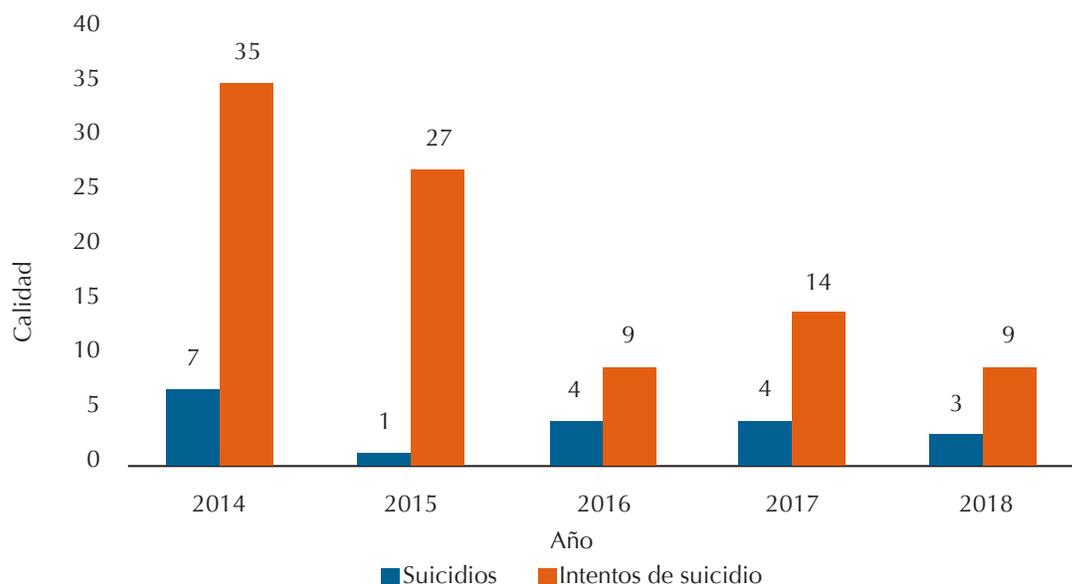
Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

En otro orden, se pueden considerar separadamente los suicidios e intentos de suicidio en los centros penitenciarios del país, debido a la dinámica social y estructural que presentan dichos espacios de convivencia. La fuente de información es el Libro de Muertes de la Central de Radiocomunicaciones del Ministerio de Justicia y Paz.

Para el periodo de estudio se registraron 19 suicidios y 94 intentos de suicidio (ver gráfico 19). Del total de suicidios un 84% de las víctimas eran hombres y un 16% mujeres, mientras que del total de intentos de suicidio un 72% de las víctimas eran hombres y un 28% mujeres.

Gráfico 19

Distribución absoluta de los suicidios e intentos de suicidio en centros institucionales, 2014-2018

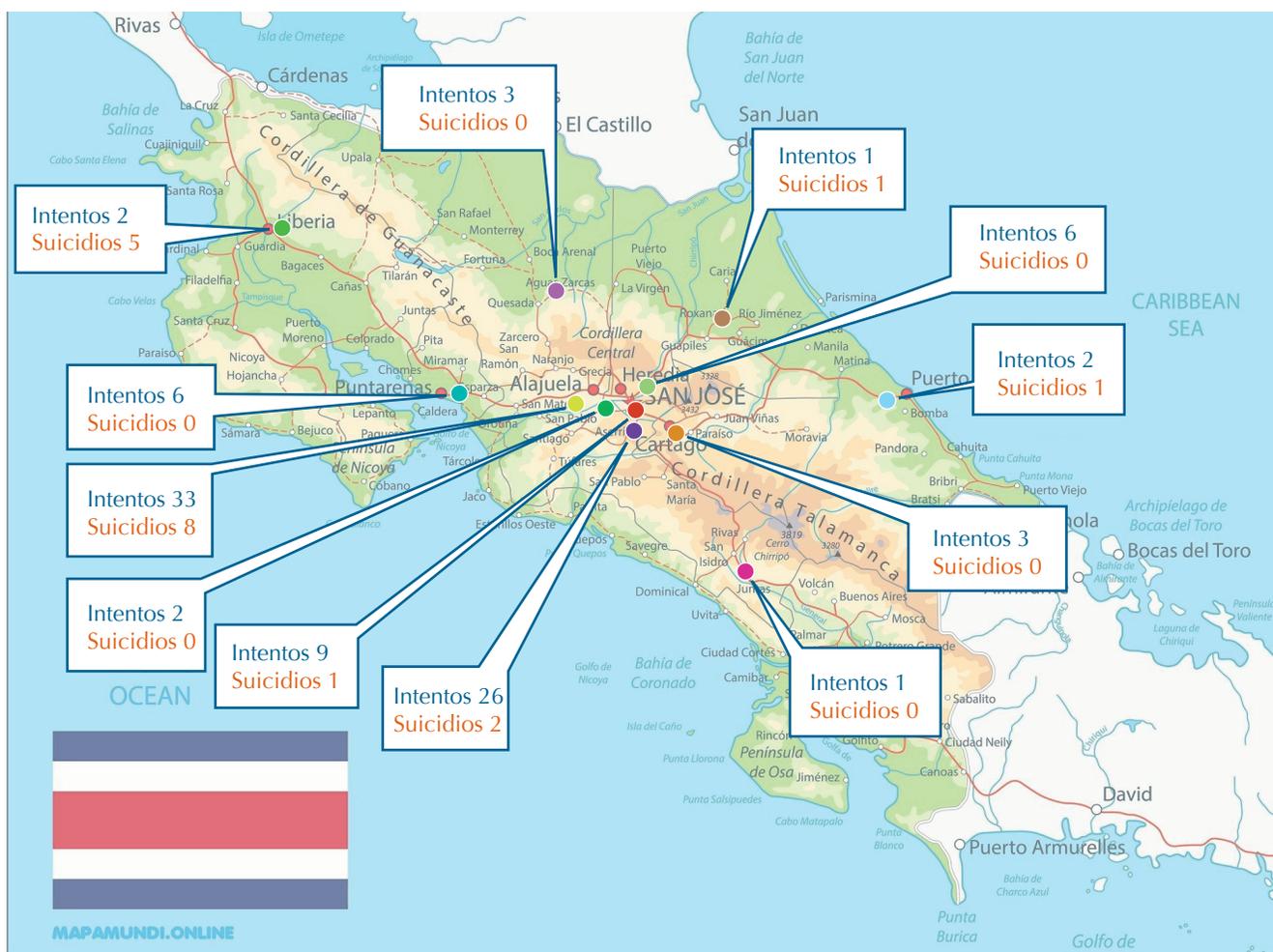


Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Justicia y Paz.

Respecto al lugar y la manera en la que ocurrieron los hechos del total de suicidios (19 víctimas) un 84% fue mediante ahorcamiento, 5% por cortadura, 5% por envenenamiento y 5% por quemaduras. La distribución de suicidios por centro institucional donde ocurrieron los hechos se detalla en el mapa 4.

En relación a los intentos de suicidio, del total (94 víctimas) un 72% fue mediante ahorcamiento, 13% por cortadura, 11% por envenenamiento, 3% por ingesta de navajillas y un 1% no dispone de información respecto al método empleado. La distribución de intentos de suicidios por centro institucional donde ocurrieron los hechos se detalla en el mapa 4.

Mapa 4.
Costa Rica. Mapa de Centros de Atención Institucional que reportan intentos de suicidios y suicidios consumados.
(Números absolutos)
2014-2018



- Centro de Atención Institucional Gerardo Rodríguez
- Centro de Atención Institucional La Calle Real
- Centro de Atención Institucional Luis Paulino Mora Mora
- Centro de Atención Institucional Marcus Garvey
- Centro de Atención Institucional Jorge Arturo Montero Castro
- Centro de Atención Institucional Nelson Mandela
- Centro de Atención Institucional Adulto Mayor
- Centro de Atención Institucional Jorge Debravo
- Centro de Atención Especializada Ofelia Vicenzi Peñaranda
- Centro de Atención Institucional Antonio Bastida de Paz
- Centro de Atención Institucional Vilma Curling Rivera
- Centro de Atención Institucional 26 de Julio
- Centro de Atención Institucional de San José
- Centro de Atención Institucional Carlos Luis Fallas
- Centro de Formación Juvenil Zurquí

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

Los datos que se presentaron en este documento demuestran que:

- Para el período de 2014 a 2018, hubo un incremento en los intentos de suicidio, siendo el último año el más alto con una tasa del 41,6 por 100.000 hab. de los casos.
- La notificación de las edades con las incidencias más altas, muestra edades tan tempranas como los 10 años, pero los valores más altos se sitúan entre los 15 y 19 años. Como ya se ha dicho, las motivaciones son variadas y suelen ser múltiples, sin embargo, esta población está expuesta a una mayor vulnerabilidad con respecto a otras.
- Del total de suicidios reportados en el periodo, cerca de un 85% correspondió a hombres, sin embargo, las mujeres siguen reportando las tasas más altas en el rubro de intento de suicidio.
- El suicidio en las mujeres ocurre a edades más tempranas, con un 62% de los casos antes de los 40 años, en comparación con un 53% en hombres. En términos generales la edad promedio en las mujeres fue de 35 años, y en hombres fue de 40.
- La ahorcadura es mayor en mujeres de 50 años o más, superando a los hombres en aproximadamente 13 puntos porcentuales.
- En todos los rangos de edad el uso de arma de fuego fue menor en las mujeres.
- Para el año 2018, casi el 10% de las personas jóvenes ha tenido deseos de quitarse la vida, según datos del Consejo de la Persona Joven.
- Esta tendencia muestra cómo, a pesar de los esfuerzos realizados alrededor del tema del suicidio como un fenómeno de incidencia directa en los índices de bienestar y de salud pública, es cierto que aún el Estado debe hacer esfuerzos por el tratamiento preventivo del fenómeno
- El suicidio también tiene que ver con una ruptura en los vínculos que sostienen a la persona suicida.
- Hablar del suicidio no induce a cumplir los propósitos suicidas, al contrario, la persona en crisis que piensa en esto se siente aliviado de poder hablar y de la oportunidad de experimentar un contacto empático.
- El acto suicida es complejo, no solo por las implicaciones psicosociales que el evento suicida genera, sino porque éste está ligado a un contexto mucho más amplio que la psicología de la persona suicida.

- El suicidio aflige profundamente a los individuos, a las familias, a los espacios laborales, a las comunidades y a la sociedad en su conjunto.
- Debido a que las personas están inmersas en un aparataje social contextual, es fundamental que la prevención del suicidio tenga enfoques comunitarios que reconozcan los factores de riesgo y los factores protectores presentes en una localidad en particular.
- En este sentido el Estado ha hecho esfuerzos importantes por impulsar acciones encaminadas a llenar los vacíos en los servicios de salud y la atención y contención a nivel educativo, sin embargo, se adolece de enfoques integrales y articulados de cogestión de iniciativas preventivas a nivel local.
- Cualquier persona sobreviviente de suicidio experimenta un largo proceso de duelo y trauma y se incorpora a la población con riesgo de cometer suicidio, por lo tanto, las estrategias de prevención deben incorporar a la colectividad, las comunidades y los centros de trabajo.
- Es importante brindar información clara y precisa sobre el suicidio, no solo a la población en general, sino a todas aquellas personas que puede estar en contacto en algún momento con actos suicidas, en este caso, no se debe olvidar a las y los profesionales en salud y atención en crisis ya que éstos pueden ser la primera línea de contención ante un posible intento suicida.
- Es fundamental fortalecer los mecanismos de la Normativa anexa al decreto N°40881-S y del decreto N°41287-S¹¹, tanto a nivel técnico como presupuestario, fundamentales para la sana incidencia de estas iniciativas locales y regionales.
- Las instancias regionales y locales deben tener en el horizonte programático el trabajo al menos en las siguientes áreas:
 - Individual: no hay duda que éste es el eslabón visible de una cadena muy extensa de variables que inducen al acto suicida, trabajar desde la intersectorialidad a nivel de las personas y de forma terapéutica sobre los intentos previos; abuso de sustancias lícitas e ilícitas; tolerancia a la frustración; enfermedades mentales, entre otras, puede prevenir oportunamente la culminación del acto suicida.
 - Familiar: un paso hacia afuera, el entorno familiar debe trabajarse, tanto en el nivel preventivo como asistencial, son los sobrevivientes más cercanos pero también el entorno inmediato donde se pueden encontrar potenciadores del suicidio: escaso apoyo familiar; conflictos entre padres e hijos; conflictos con la autoridad; desestructuración familiar; expectativas educativas contrarias entre padres e hijos, pautas de crianza inadecuadas, entre otras.

¹¹ Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (decreto 41287-s) y Oficialización de la Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (decreto 40881-s).

- Socio-cultural: a nivel local, las instancias creadas para la atención del suicidio deben enfocar sus esfuerzos en identificar elementos como: el escaso soporte social; pobreza; altos índices de desigualdad social; concepción ambivalente del suicidio; conflictos con amigos; ideas inmediatistas sobre el futuro; introversión y pasividad; alta aceptación social del consumo de sustancias ilícitas; violencia sexual; estos elementos pueden incidir en la intensificación de las ideas y los actos suicidas.
- Política: el Estado debe atender el suicidio como problema de salud pública y destinar los recursos necesarios para: el control de métodos autolesivos; insatisfacción de necesidades básicas; problemas laborales relacionados con políticas para atacar el desempleo; bajos salarios; inatención médica en caso de intentos de suicidio; escasas de oportunidades educativas y de trabajo, así como el fortalecimiento de los espacios destinados a la atención y prevención del suicidio.
- Se han puesto en marcha iniciativas para la atención de situaciones de crisis, los números de atención son una herramienta importante para la contención de este tipo de situaciones. Es necesario fortalecer estas acciones dotándolas de contenido técnico y recurso económico para su sostenibilidad. Debido a las dificultades de la atención de situaciones de crisis suicida, la capacitación del personal de las líneas de emergencia para la atención y contención es un elemento fundamental. La creación de protocolos para la atención en línea es fundamental.
- Los espacios de formación sobre el suicidio en los niveles técnicos de todas las instituciones deben ser fortalecidos, de tal manera que pueda proyectarse en el futuro inmediato la creación de comisiones institucionales para la atención y prevención del suicidio. Estas comisiones tendrán la capacidad de abordar a lo interno aquellos elementos que puedan propiciar los sentimientos suicidas y derivar las atenciones necesarias.
- Se deben emprender programas integrales para la prevención del suicidio estableciendo estándares y directrices en escenarios penitenciarios que contengan, al menos, los elementos que aconseja la OMS. Estas estrategias pueden incidir en una disminución de los intentos y los actos suicidas.
- Es urgente, en el sistema penitenciario, fortalecer e intensificar el trabajo para bajar los niveles de hacinamiento ya que este factor es uno de los detonantes de los intentos suicidas de las personas privadas de libertad.
- La experiencia de la privación de libertad es especialmente difícil y traumática para las personas jóvenes. El proceso de privación los aparta de su familia y grupos de apoyo en etapas del desarrollo en que éstos juegan papeles importantes, por esto la privación puede conducir a un riesgo adicional para acciones suicidas. Es importante que esta población se considere de alto riesgo en los centros penitenciarios y se cuente con estrategias para su atención.

- En el sistema educativo, se debe fortalecer el protocolo de atención a la población estudiantil, de tal manera que los procesos formativos e informativos empiecen a fortalecer la contención ante los intentos suicidas. Esto es, pasar del enfoque atencional al enfoque preventivo mediante el fortalecimiento de las iniciativas ya existentes.
- Es fundamental que el Estado se aboque al trabajo de la prevención del suicidio mediante una Política Pública de Salud Mental, que articule esfuerzos desde las instituciones estatales junto a la sociedad civil y contrapartes internacionales para la atención y prevención del suicidio a nivel nacional.
- El Seguimiento y monitoreo es un reto, es una meta en el Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública y es congruente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Estos son mecanismo de control y seguimiento y funcionan como ventana pública que genera en sí mismos procesos formativos no formales sobre el tema de suicidios. Incorporar estos procesos evaluativos en las estrategias de Política Pública es vital para el éxito de las acciones conexas.
- Sobre la misma línea, el monitoreo y seguimiento de los planes de acción de los ILAIS y los IRAIS permite emprender acciones correctivas con sentido de mejora. En este sentido, las estrategias de evaluación deben estar incorporadas desde el inicio de las iniciativas locales y regionales.
- El suicidio se debe de informar de forma que los mensajes rompan los mitos y estereotipos alrededor de este fenómeno y sin dar detalles del hecho particular. Realizar procesos formativos con los diferentes medios de comunicación es fundamental, debido al menos a tres razones:
 - El primer paso para la atención del suicidio es hablar de él. Romper el silencio desmitifica lo que se ha construido a su alrededor.
 - Efecto Werther o efecto de copia-de-circunstancias, donde la forma en la que se comunica puede promover que otras personas que tengan contemplado quitarse la vida sientan que están en capacidad de hacerlo.
 - Como se informa correctamente: comunicando qué es el suicidio, cuáles son los factores de riesgo, cómo identificar señales. No comunicar el hecho sino el comportamiento suicidio como tal, orientar a las personas a una salida posible y dar números de teléfono, pueden estar previniendo acciones suicidas.

ANEXOS

ANEXO 1

Glosario

Actitudes hacia el suicidio. Conjunto de opiniones, criterios, sentimientos y conductas hacia el suicidio como forma de morir, quienes lo consuman, lo intentan o lo piensan. Dichas actitudes están estrechamente relacionadas con la cultura y por lo general se han dividido en dos grandes grupos: las actitudes punitivas y las permisivas.

Acto suicida. Acción que involucra tanto el intento de suicidio, como el suicidio consumado.

Amenaza suicida. Expresión verbal o escrita del deseo de una persona por acabar con su propia vida. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con la persona que realiza la amenaza.

Antecedente suicida. Todo acto suicida realizado previamente por una persona. También puede hacer referencia a familiares que hayan tenido estos antecedentes.

Autolesión intencionada. Traducción del inglés “deliberate self harm” (dsh), el cual se utiliza para designar el intento de suicidio o lesiones autoinfligidas en el cuerpo (cortaduras, quemaduras, etc.).

Automutilación. Acto mediante el cual una persona cercena o corta una parte cualquiera de su cuerpo, aunque no necesariamente con propósitos suicidas.

Autopsia psicológica. Investigación sobre el suicidio consumado realizada por un profesional en Psicología Forense, útil para determinar las causas en los casos de suicidios mediante entrevistas, estructuradas y semiestructuradas a los familiares del occiso, su médico tratante, vecinos, amigos y otras personas que a criterio del profesional podrían aportar información de interés sobre el caso analizado. Tiene como objetivo determinar si el suicidio fue la causa de la muerte, así como los signos que presagiaron lo ocurrido.

Circunstancias suicidas. Particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan: la localización o lugar donde de ocurrencia (familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto (elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate (pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, entre otras.

Comunicación suicida. son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida, estas deben aparecer en determinados contextos para ser interpretado como tales. En ocasiones esto no es posible hasta después de ocurrido el suicidio, siendo la autopsia psicológica, una herramienta útil para identificarlos. La comunicación suicida se clasifica de la manera siguiente:

Directa verbal. Se expresa explícitamente los deseos del sujeto (persona) de poner fin a su vida, como por ejemplo: “Me voy a matar”, “Me voy a suicidar”, “Lo que tengo que hacer es acabar de una vez por todas”.

Directa no verbal. Se realizan determinados actos que indican la posibilidad de que se realice un acto suicida en breve plazo como; acceder a los métodos, dejar notas de despedida, repartir posesiones valiosas, etc.

Indirecta verbal. Se expresan frases que no manifiestan las intenciones suicidas explícitamente, pero si están implícitas en dicho mensaje, como en las siguientes frases:

“Quizás no nos volvamos a ver nuevamente”, “Quiero que me recuerden como una persona que a pesar de todo no fue mala”, “No se preocupen que no les daré más molestias”.

Indirecta no verbal. Realización de actos que, aunque no indican la posibilidad suicida inminente, están relacionados con una muerte prematura: hacer testamento, planificar los funerales, predilección por los temas relacionados con el suicidio, etc.

Conducta autodestructiva. Grupo de actos realizados por un sujeto que implican daño o riesgo de daño tales como: quemarse a sí mismo con cigarrillos, mutilarse partes del cuerpo o realizar actos suicidas.

Conducta suicida. Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio

Contexto suicida. Conjunto de elementos básicos necesarios para que una persona se suicide.

Contrato no suicida. Pacto que realiza el terapeuta con un sujeto en riesgo de suicidio con el objetivo primordial de comprometerlo a que no se dañe a sí mismo ni intentar el suicidio, responsabilizándolo con su propia vida. Este contrato no garantiza que el sujeto no cometa suicidio, por lo cual se recomienda su utilización solo con aquellos individuos que se encuentren en condiciones evidentes de cumplirlo.

Crisis suicida. Condición o situación en la que, una vez agotados los mecanismos reactivoadaptativos creativos y compensatorios del sujeto, emergen las intenciones suicidas, existiendo la posibilidad que el individuo resuelva o intente resolver la situación problemática mediante la autoagresión. Este tipo de crisis requiere un manejo apropiado del tiempo, ser directivos, y tratar de mantener a la persona con vida como principal objetivo. Su duración es variable, de horas o días, raramente semanas y la resolución puede ser el crecimiento personal con una mejor adaptación para vivir, la resolución con un funcionamiento anómalo que incrementa las posibilidades de una nueva crisis y la realización de un acto suicida.

Daño autoinfligido. Efecto perjudicial que resulta de la realización de un intento suicida o un suicidio. Incluye las consecuencias de actos autodestructivos realizados por el sujeto sin la intención de morir.

Duelo. Manifestación reactiva a la muerte de un ser querido, en la cual sobresale la estigmatización, las ideas suicidas, la culpabilidad, la búsqueda del por qué, el temor ante el arrepentimiento tardío, entre las más frecuentes.

Efecto Werther. Consecuencia que se produce en una persona ante la sugestión en la conducta suicida observada en otra.

Estrategia de prevención del suicidio. Manera de dirigir la prevención del suicidio por parte de instituciones públicas, organizaciones privadas o mediante una labor conjunta entre ambas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido siete principales acciones para disminuir las muertes por suicidio:

- restricción del acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos);
- información responsable por parte de los medios de comunicación;
- las intervenciones escolares;
- introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol;
- identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo;
- capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas;
- seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.

Estresor agudo. Factor precipitante de un acto suicida que en general es común para todos los seres humanos, pero que en determinados individuos puede desencadenar dicho acto. Entre los más frecuentes se pueden citar:

- Conflictos amorosos,
- Castigos o reprimendas de los padres en los adolescentes,
- Pérdida de una relación valiosa

Estresor crónico. Factor que predispone a unos individuos y no a otros a la realización de un acto suicida. Entre estos factores se incluyen:

- Pérdida temprana de los progenitores por muerte,
- Separación o divorcio,
- Dificultades en la comunicación familiar,
- Abuso de sustancias,
- Promiscuidad sexual,
- Dificultades escolares,
- Desajuste conyugal,
- Divorcios,
- Inadaptación laboral,
- Desocupación,
- Enfermedad física dolorosa y discapacitante.

Factor de riesgo. Atributo o característica que confiere a una persona un grado variable de susceptibilidad para ejecutar el acto suicida. Según la OMS se pueden enumerar entre otros:

- Bajo nivel socioeconómico y educativo; pérdida de empleo
- Tensión social;
- Problemas con el funcionamiento de la familia, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo;
- Traumas, tales como abuso físico y sexual;
- Pérdidas personales;
- Trastornos mentales, tales como: depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo y abuso de sustancias;
- Sentimientos de falta de valor o desesperanza;
- Problemas de orientación sexual (tal como homosexualidad);
- Comportamientos idiosincrásicos, es decir, el conjunto de ideas, comportamientos, actitudes particulares o propios de una persona y su forma particular de entender el mundo.
- Lenguaje, comportamientos o actitudes que son particulares de cierta persona o grupo.
- Problemas de juicio, falta de control de los impulsos y comportamientos autodestructivos;
- Poca capacidad para enfrentar problemas;
- Enfermedad física y dolor crónico;
- Exposición al suicidio de otras personas;
- Acceso a medios para hacerse daño;
- Acontecimientos destructivos y violentos (tales como guerras o desastres catastróficos).

Factor protector. Elemento que, para una persona en particular, reduce el riesgo de realización de un acto suicidio, como:

- el apoyo que se reciba en situaciones de crisis,
- el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal,
- el tratamiento de las enfermedades depresivas,
- la adecuada capacidad para resolver problemas,
- la razonable autoestima y autosuficiencia,
- la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, entre otros.

Gesto suicida. Amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización, pero sin llevarla a cabo. Incluye el intento de suicidio sin daño físico de importancia.

Grupo de autoayuda. Conjunto de pacientes que deciden trabajar juntos por el bienestar de todos y buscar solución a los problemas que tienen en común

Grupo de riesgo suicida. Conjunto de personas que presentan algún factor de riesgo para la realización de un acto suicida como pueden ser los deprimidos, los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio, los que han intentado el suicidio, los sujetos en situación de crisis, los sobrevivientes, entre otros. Particularmente las personas con alguna enfermedad mental, en comparación con la población en general, constituyen un importante grupo de riesgo para esta conducta.

Grupo vulnerable. Conjunto de personas que por alguna condición particular tienen más posibilidades de realizar un acto suicida que la población en general.

Hot line. Servicio telefónico mediante el cual, el sujeto que llama tiene necesidad de presentar un problema o situación para ser discutida, analizada, o resuelta por quien la recibe.

Idea (ideación) suicida. Hace referencia a un amplio campo de pensamiento, el cual puede presentarse en alguna de las siguientes formas:

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

Incitación al suicidio. Estimular a otro u otros a realizar un acto suicida. Este acto es objeto de penalización en diversos países, por considerarse un delito contra la integridad de las personas

Intervención. Conjunto de técnicas dirigidas a abortar una crisis suicida

Intención suicida. Deseo deliberado de realizar un acto de suicidio.

Lógica suicida. Características comunes que conforman en conjunto una manera de pensar propia de los individuos suicidas, entre las que sobresale la urgente presión de acabar con la vivencia insoportable de dolor psíquico, la angustia, la desesperanza, la impotencia y el desamparo, restricción de la capacidad de encontrar alternativas no suicidas, fantasías de rescate, entre otras. Comparte muchas características del llamado Síndrome Presuicidal.

Método. Forma a la que se recurre para cometer el acto suicida, siendo las más comunes:

- Asfixia
- Intoxicación
- Herida
- Precipitación, entre otras

Mito. Criterio culturalmente aceptado y entronizado en la población sobre algún aspecto relacionado con la conducta suicida, el cual no refleja su veracidad científica. Entre los más comunes se tienen:

- El que se quiere matar no lo dice.
- El que lo dice no lo hace
- Los que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde.
- Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren
- El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer
- Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.
- Todo el que se suicida está deprimido
- Todo el que se suicida es un enfermo mental.
- El suicidio se hereda.
- El suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso.
- Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.
- El acercarse a una persona en crisis suicida sin la correspondiente preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.
- Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio
- Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.
- El suicida desea morir
- El que intenta el suicidio es un cobarde/el que intenta el suicidio es un valiente
- Los niños no se suicidan

Motivo. Razón esgrimida por quien intenta el suicidio, con el fin de tratar de explicarlo o justificarlo, aunque no necesariamente el supuesto motivo es la causa de acto suicida. En el caso de consumar el suicidio, los familiares son quienes podrían esgrimir dichas razones.

Nota suicida (de despedida). Escrito dejado por la persona suicida que pueden expresar estados de ánimo, opiniones, deseos de morir, las relaciones con las personas significativas, los posibles motivos, etc. No se considera que tenga mayor valor que la comunicación verbal y se ha desestimado su importancia a la hora de aportar datos sobre el suicida.

Pacto suicida. Acuerdo entre dos o más personas para morir juntos al mismo tiempo, usualmente en el mismo lugar y mediante el mismo método. Generalmente se trata de parejas muy vinculadas afectivamente como: cónyuges, familiares o miembros de una misma organización política o secta religiosa.

Perfil suicida. Conjunto de rasgos psicológicos que podrían caracterizar a un suicida potencial, como: impulsividad, pobreza en las relaciones interpersonales y hostilidad, que son rasgos frecuentes, pero no exclusivos de los suicidas. No se ha encontrado un perfil único que sea común a todos.

Persona suicida. Persona que ha atentado contra su vida recientemente o durante el año previo, que tiene ideas suicidas persistentes o está en riesgo de cometer suicidio, sea de forma inmediata o en un futuro.

Plan suicida. Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

Postvención. Apoyo que necesita quien intenta el suicidio y los sobrevivientes de quien se ha suicidado. Es una de las formas de prevenir los daños.

Suicida potencial: Persona que especialmente susceptible a un conjunto de factores de riesgo, los cuales pueden predisponer, precipitar o perpetuar la conducta autodestructiva.

Prevención del suicidio. Conjunto de medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas, sea mediante políticas públicas o programas privados de atención del fenómeno.

Prevención directa. Conjunto de medidas que ayudan a abortar o resolver, mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.

Prevención indirecta. Conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las situaciones de crisis, las enfermedades físicas, así como la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar y que conllevan suicidio.

Prevención general. Conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los personas estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

Primera Ayuda Psicológica. Técnica en la intervención de la crisis suicida cuyo objetivo es brindar asistencia y apoyo a aquellas personas que han estado expuestas recientemente a situaciones de estrés, y que consta de cinco etapas:

- Primera: Establecimiento de contacto con la persona en crisis.
- Segunda: Conocimiento del problema y sus características.
- Tercera: Encontrar posibles soluciones no suicidas.
- Cuarta: Acción concreta
- Quinta: Seguimiento.

Proceso suicida. Periodo transcurrido) desde que el sujeto tuvo el primer pensamiento suicida planificado hasta la realización del intento o el suicidio. El término hace énfasis en el desarrollo a través del tiempo, sugiriendo que el suicidio no es un acto que ocurre por impulso de quien lo comete, sino que es un hecho que tiene una historia previa.

Proyecto suicida. Planificación del suicidio. Es sinónimo de Plan suicida

Recurrente. Persona que ha realizado tres o más intentos de suicidio

Representación suicida. Fantasías suicidas o imágenes mentales en las que la persona se percibe llevando al hecho sus propósitos autodestructivos, sin que exista el contexto suicida para poner en peligro la vida.

Síndrome Presuicidal (pre-suicida). Estado psíquico inmediatamente antes del acto suicida, consistente en la constricción del afecto y el intelecto, inhibición de la agresividad y fantasías suicidas, los cuales se refuerzan entre sí. Este Síndrome no forma parte de enfermedad psiquiátrica alguna, pero es un denominador común de aquellos trastornos que conllevan al suicidio.

Situación suicida. Contexto que conlleva un elevado riesgo de cometer un acto suicida, como es el caso de una persona que haya realizado un intento suicida y actualmente presenta una depresión.

Sobreviviente. Persona allegada que vive después de la muerte de quien ha concretado un suicidio. Puede ser un familiar, un amigo, el médico de asistencia, entre otros.

Suicida. Término de varios significados, entre los cuales se puede incluir comúnmente a una persona que: ha terminado con su vida; ha realizado uno o más intentos de carácter grave de lograr dicho fin; o quien realiza actos que atentan contra su vida, su integridad física, psicológica o su desarrollo social.

Suicidio. Acto mediante el cual una persona utiliza un determinado método para autoagredirse y mediante el cual logra causar su muerte.

Suicidología. Estudio científico de la conducta suicida en sus aspectos preventivos, de intervención y de rehabilitación. Comprende el estudio de los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio, el suicidio y su prevención.

Suicidio colectivo. Acto de suicidio en el cual participa de manera simultánea un grupo de personas, impulsado principalmente por motivaciones religiosas o políticas. Aunque no tiene necesariamente que haberse realizado un pacto suicida explícito, detrás de todo suicidio colectivo existe entre los miembros del grupo en cuestión un acuerdo implícito de morir en caso de presentarse algunas circunstancias consideradas previamente.

Suicidio consumado. Ejecución del acto suicida.

Suicidio doble. Suicidio de dos personas relacionadas entre sí, que pueden o no haber realizado un pacto suicida.

Suicidio frustrado. Acto suicida que no conllevó la muerte de la persona debido a circunstancias fortuitas, casuales o imprevistas.

Suicidio racional. Suicidio que ocurren en ausencia de una enfermedad mental, como supuesta expresión de la libertad del sujeto para elegir su propia muerte, sobre todo en aquellas situaciones en las que la vida no ofrece oportunidad alguna, existiendo elevada intencionalidad y motivaciones racionales que justifican dicho acto. Se considera por diversos autores que es un término ambiguo, poco realista, porque es muy raro que ocurra un suicidio en ausencia de una enfermedad mental o una condición psicopatológica demostrable, como han concluido un gran número de autopsias psicológicas.

Superviviente. Familiares de una persona suicida. También se les conoce como sobrevivientes. Para algunos autores no se refiere solamente a los parientes sino también a los amigos y médicos tratantes, quienes pueden manifestar síntomas similares a los de los familiares frente a un suicidio consumado.

Tasa de suicidio. Relación entre el número anual de suicidios que ocurren en una localidad y la cantidad estimada de habitantes a mitad de año. Para facilitar su interpretación, se multiplica por 100 mil. Puede referirse a toda la población o a una parte específica de ella según grupos de edades o sexos. Es un dato que debe ser tomado con cierta cautela cuando se refiere a poblaciones menores de 100.000 habitantes, y para la realización de acciones preventivas.

Teléfono de la Esperanza/Línea 800/línea de 3 dígitos. Línea telefónica usualmente gratuita a la que pueden llamar las personas cuando se presenta una situación de crisis o emergencia, sea por un caso relacionado con un suicidio, su tentativa u otros aspectos similares.

Tendencia suicida. Actitud de una persona caracterizada por la intención, planificación, posible decisión o impulsos de cometer suicidio.

Tipología suicida. Clasificación de la persona suicida-según las características que le son comunes. Existen muchas clasificaciones:

- Por integración social (Durkheim)
- Según la lógica de la persona suicida (Baechler)
- Según las motivaciones: (Mintz)
- Según la necesidad psicológica insatisfecha (Shneidman), entre otras.

Unidad de suicidología. Servicio destinado a la hospitalización de las personas que hayan realizado una tentativa de suicidio, presenten ideas suicidas o planes suicidas con riesgo elevado de realizarlo. Puede encontrarse ubicada en un Hospital General, adjunta a la sala de Psiquiatría o como parte de una Unidad de Intervención en Crisis.

ANEXO 2

Temas clave para entrevistas a especialistas en temas de suicidio

1. ¿Cómo define usted el suicidio?
2. Según datos de la OMS el suicidio ha incrementado en la población joven. ¿A qué se atribuye el incremento de personas suicidas en edades adolescentes?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo en nuestro país (psicológicos, culturales, económicos, adicciones, otras)?
4. Cuáles son los factores de riesgo que pueden vulnerabilizar a los adolescentes.
5. ¿Cuáles son las señales de alerta?
6. ¿Qué papel juega el entorno inmediato en las ideaciones y actos suicidas?
7. ¿Qué elementos deberían ser contemplados en la Política Pública para la prevención del suicidio?
8. ¿Quién sería el Rector de la Política?
9. ¿cuál debería ser la estrategia de seguimiento y evaluación?
10. Priorización territorial (unidades territoriales)
11. ¿Existe alguna identificación de territorios?
12. ¿Qué territorios tienen un perfil de alto riesgo?
13. ¿Cuál es el papel del Estado y la Sociedad Civil, en la formulación e implementación de políticas para la prevención del suicidio?
14. ¿Podríamos considerar que los medios de comunicación tienen un papel preponderante en el incremento de los índices de suicidio (por su rol difusor o por el abordaje del tema)?
¿Existe algún estudio que haga referencia a este tema?
 - a. Papel difusor
 - b. Abordaje del tema
15. Dado la importancia de los medios de comunicación como formadores de opinión, ¿cree factible el desarrollo de una estrategia de información en y por los medios de comunicación?
Teniendo en cuenta los factores de riesgo y los territorios:
16. ¿Podríamos establecer patrones de personalidad típicos de la persona suicida? ¿Cuáles serían?
17. ¿Qué aspectos debería contemplar un abordaje terapéutico efectivo?

18. ¿Qué tanto difiere ese abordaje efectivo respecto al abordaje (protocolos de referencia e intervención) vigentes?
19. Sensibilización sobre el tema a nivel local y comunitario.
20. Incorporación de la temática en los protocolos de atención de los EBAIS
21. ¿Qué deberían contemplar los programas de atención a y prevención comunitaria e individual, tanto para las personas con intentos suicidas como para los sobrevivientes?
 - a. Línea de 3 dígitos
 - b. Espacio físico
 - c. Personal capacitado
 - d. sostenibilidad
 - e. Sistemas de atención
22. ¿Cuál es el reto que tenemos como sociedad ante las tendencias suicidas principalmente partiendo de experiencias con personas sobrevivientes?

ANEXO 3

Distribución absoluta y tasa del intento de suicidio por año según provincia y cantón de procedencia, 2014-2018 (Tasa por 100.000 habitantes)

Provincia y cantón	2014		2015		2016		2017		2018	
	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa
Costa Rica	1.204	25,2	1.408	29,1	1.339	27	1.261	25,5	2.082	41,6
San José	404	25,6	430	27,0	538	33	503	31,0	917	56,1
San José	23	6,9	34	10,2	61	18	73	21,5	224	65,5
Escazú	10	15,2	8	12,0	3	4	11	16,2	14	20,4
Desamparados	4	1,7	5	2,1	49	21	6	2,5	124	51,5
Puriscal	27	75,3	34	93,7	21	57	16	43,3	14	37,5
Tarrazu	11	62,4	9	50,6	8	45	15	82,9	10	54,8
Aserri	1	1,7	1	1,6	3	5	5	8,1	33	52,8
Mora	9	31,4	10	34,5	14	48	11	37,2	22	73,8
Goicoechea	72	55,0	63	47,7	37	28	32	23,7	111	81,6
Santa Ana	7	12,6	6	10,6	24	42	7	12,0	20	33,9
Alajuelita	23	26,6	9	10,3	32	36	49	54,1	41	44,6
Coronado	60	89,4	55	81,0	70	102	61	87,8	81	115,3
Acosta	7	33,4	7	33,1	14	66	10	46,5	13	60,0
Tibás	4	5,0	4	4,9	2	2	4	4,8	20	23,9
Moravia	22	36,5	27	44,5	24	39	28	45,5	24	38,8
Montes de Oca	15	24,6	18	29,3	29	47	35	56,5	26	41,9
Turrubares	0	0,0	3	46,6	2	31	0	0,0	3	44,8
Dota	15	197,2	15	195,6	15	194	4	51,4	8	102,0
Curridabat	35	46,3	44	57,6	35	45	29	37,3	44	56,2
Pérez Zeledón	47	33,2	59	41,5	85	60	90	63,1	72	50,4
León Cortes	12	93,0	19	145,7	10	76	17	127,4	13	96,3
Alajuela	180	19,0	188	19,6	200	21	170	17,2	286	28,5
Alajuela	1	0,3	13	4,4	53	18	30	9,9	126	41,1
San Ramon	53	60,6	33	37,2	28	31	30	33,0	7	7,6

Provincia y cantón	2014		2015		2016		2017		2018	
	Absoluto	Tasa								
Grecia	21	24,3	19	21,7	14	16	14	15,5	16	17,5
San Mateo	0	0,0	1	14,7	1	15	0	0,0	1	14,3
Atenas	4	14,6	8	28,8	10	36	12	42,2	18	62,6
Naranjo	13	28,5	5	10,8	2	4	2	4,2	11	23,0
Palmares	26	68,4	29	75,2	30	77	25	63,3	32	80,0
Poas	6	19,3	21	66,5	12	37	3	9,2	20	60,5
Orotina	0	0,0	2	9,1	3	13	8	35,1	7	30,3
San Carlos	34	18,7	38	20,6	34	18	35	18,3	28	14,4
Alfaro Ruiz	2	14,9	5	36,9	2	15	3	21,6	4	28,5
Valverde Vega	7	33,8	7	33,4	3	14	1	4,7	5	23,0
Upala	11	22,1	3	5,9	5	10	4	7,7	6	11,4
Los Chiles	2	6,8	2	6,7	1	3	1	3,2	2	6,2
Guatuso	0	0,0	2	11,1	2	11	2	10,8	3	16,0
Cartago	242	46,8	211	40,5	154	29	134	25,3	224	42,0
Cartago	92	58,9	75	47,5	57	36	47	29,3	63	39,0
Paraíso	38	63,5	28	46,3	24	39	14	22,8	48	77,4
La Unión	23	21,9	35	32,9	27	25	8	7,3	45	40,8
Jiménez	4	25,0	5	31,0	2	12	9	55,5	4	24,6
Turrialba	19	25,9	16	21,8	5	7	25	34,0	21	28,5
Alvarado	11	74,8	7	47,1	4	27	5	33,1	6	39,4
Oreamuno	34	71,5	22	45,8	20	41	12	24,6	19	38,6
El Guarco	21	47,9	23	51,9	15	34	14	31,0	18	39,5
Heredia	81	16,8	87	17,7	69	14	81	16,0	191	37,3
Heredia	29	21,7	18	13,3	8	6	1	0,7	51	36,4
Barva	3	7,0	0	0,0	0	0	0	0,0	12	26,2
Santo Domingo	8	17,3	9	19,3	16	34	18	37,8	18	37,4
Santa Barbara	4	10,2	4	10,0	6	15	12	29,2	21	50,4
San Rafael	1	2,0	0	0,0	1	2	0	0,0	20	37,1
San Isidro	9	41,5	4	18,2	6	27	6	26,7	15	65,9
Belén	0	0,0	5	19,8	8	31	13	50,4	4	15,4
Flores	5	21,6	16	68,3	9	38	7	29,1	10	41,1
San Pablo	2	6,7	7	23,2	7	23	18	58,9	14	45,5

Provincia y cantón	2014		2015		2016		2017		2018	
	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa
Sarapiquí	20	28,4	24	33,2	8	11	6	7,8	26	33,0
Guanacaste	92	25,6	88	24,1	52	14	46	12,2	96	25,1
Liberia	32	46,5	27	38,5	8	11	3	4,1	7	9,4
Nicoya	0	0,0	8	14,9	7	13	2	3,6	7	12,6
Santa Cruz	8	13,0	7	11,1	6	9	4	6,1	14	21,0
Bagaces	0	0,0	0	0,0	1	4	3	13,0	3	12,8
Carrillo	2	4,9	9	21,7	3	7	2	4,6	2	4,5
Cañas	20	65,8	17	55,2	14	45	9	28,5	20	62,6
Abangares	8	41,9	10	51,9	6	31	3	15,3	11	55,7
Tilarán	9	43,1	3	14,3	3	14	5	23,4	11	51,2
Nandayure	2	17,4	1	8,6	1	9	1	8,6	2	17,1
La Cruz	11	45,7	4	16,3	2	8	11	43,0	8	30,7
Hojancha	0	0,0	2	25,8	1	13	3	38,2	11	139,2
Puntarenas	79	17,1	189	40,4	164	35	187	38,9	191	39,2
Puntarenas	8	6,2	37	28,4	22	17	21	15,6	29	21,3
Esparza	0	0,0	9	25,4	1	3	0	0,0	1	2,7
Buenos Aires	28	56,7	45	89,9	40	79	54	105,0	59	113,2
Montes de Oro	0	0,0	0	0,0	3	22	2	14,4	3	21,4
Osa	22	73,1	20	66,0	15	49	15	48,9	13	42,2
Quepos	1	3,3	7	22,9	12	39	16	50,6	15	46,7
Golfito	0	0,0	3	7,0	12	28	6	13,6	6	13,5
Coto Brus	3	6,8	15	34,1	15	34	22	49,9	20	45,3
Parrita	4	22,3	5	27,3	8	43	5	26,2	8	41,1
Corredores	8	16,4	33	66,7	18	36	28	55,2	18	35,1
Garabito	5	22,6	15	65,9	18	77	18	74,7	19	76,8
Limón	126	29,4	215	49,6	162	37	140	31,5	177	39,4
Limón	19	19,5	16	16,3	18	18	13	13,2	25	25,2
Pococí	44	31,9	107	76,4	70	49	76	52,7	67	45,7
Siquirres	9	14,5	18	28,7	6	10	3	4,7	15	23,4
Talamanca	18	47,1	35	89,8	23	58	18	44,2	24	57,8
Matina	8	18,6	20	45,9	20	45	6	13,4	15	33,1
Guácimo	28	56,7	19	37,8	25	49	24	45,9	31	58,2

Fuente: Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud-Ministerio de Salud, 2014-2018.

ANEXO 4

Distribución absoluta y porcentual de los suicidios por sexo de la víctima según año, 2014-2018

Año	Hombre		Mujer		Total
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
2014	238	83%	50	17%	288
2015	259	85%	45	15%	304
2016	291	85%	52	15%	343
2017	235	81%	55	19%	290
2018	274	84%	53	16%	327
Total	1.297	84%	255	16%	1.552

Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

ANEXO 5

Distribución absoluta de los suicidios por año según mes, 2014-2018

Mes	Año					Total
	2014	2015	2016	2017	2018	
Enero	24	33	31	36	31	155
Febrero	26	22	29	30	36	143
Marzo	20	26	24	36	33	139
Abril	23	25	27	27	28	130
Mayo	27	24	28	26	34	139
Junio	20	35	24	27	34	140
Julio	20	23	22	20	32	117
Agosto	24	27	35	19	21	126
Septiembre	24	20	31	19	24	118
Octubre	33	21	28	19	27	128
Noviembre	22	22	33	13	11	101
Diciembre	25	26	31	18	16	116
Total	288	304	343	290	327	1.552

Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

ANEXO 6

Distribución absoluta de los suicidios por año según sexo y edad de la víctima, 2014-2018

Sexo y edad	Año					Total
	2014	2015	2016	2017	2018	
Hombre	238	259	291	235	274	1.297
0 a 11	1	1	3	1	3	9
12 a 17	8	14	19	10	4	55
18 a 29	70	69	74	65	68	346
30 a 39	43	47	67	54	70	281
40 a 49	34	46	54	40	55	229
50 a 64	69	57	46	45	52	269
65 o más	13	25	28	20	22	108
Mujer	50	45	52	55	53	255
0 a 11	0	1	0	1	1	3
12 a 17	6	5	2	3	5	21
18 a 29	19	15	11	13	21	79
30 a 39	6	7	17	16	10	56
40 a 49	10	8	10	12	9	49
50 a 64	6	9	11	7	5	38
65 o más	3	0	1	3	2	9
Total	288	304	343	290	327	1.552

Nota: excluye casos con edad desconocida.

Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

ANEXO 7

Distribución absoluta de los suicidios por año según sexo y nacionalidad de la víctima, 2014-2018

Sexo y nacionalidad	Año					Total
	2014	2015	2016	2017	2018	
Hombre	238	259	291	235	274	1.297
Costa Rica	205	236	251	209	236	1.137
Nicaragua	21	7	19	17	20	84
Estados Unidos	7	4	5	4	4	24
Otra	5	12	16	5	14	52
Mujer	50	45	52	55	53	255
Costa Rica	41	39	39	52	49	220
Nicaragua	3	4	5	0	2	14
Estados Unidos	3	1	2	1	2	9
Otra	3	1	6	2	0	12
Total	288	304	343	290	327	1.552

Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

ANEXO 8

Distribución absoluta de los suicidios por año según sexo de la víctima y método empleado, 2014-2018

Sexo y método empleado	Año					Total
	2014	2015	2016	2017	2018	
Hombre	238	259	291	235	274	1.297
Ahorcadura	130	163	193	154	184	824
Intoxicación	47	48	43	34	33	205
Arma de fuego	44	29	37	32	38	180
Precipitación	6	10	9	7	10	36
Otro	11	9	9	8	9	46
Mujer	50	45	52	55	53	255
Ahorcadura	23	32	35	43	40	173
Intoxicación	15	10	9	8	6	48
Arma de fuego	3	2	4	1	1	11
Precipitación	3	1	4	2	4	14
Otro	6	0	0	1	2	9
Total	288	304	343	290	327	1.552

Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

ANEXO 9

Distribución absoluta de los suicidios en hombres¹² por año según edad de la víctima y método empleado, 2014-2018

Edad y método empleado	Año					Total
	2014	2015	2016	2017	2018	
De 0 a 11 años	0	0	2	1	0	3
Ahorcadura	0	0	2	1	0	3
De 12 a 17 años	8	14	19	10	4	55
Ahorcadura	6	10	13	10	2	41
Intoxicación	1	2	2	0	2	7
Arma de fuego	1	2	1	0	0	4
Precipitación	0	0	2	0	0	2
Otro	0	0	1	0	0	1
De 18 a 29 años	70	69	74	65	68	346
Ahorcadura	39	48	50	48	50	235
Intoxicación	18	11	15	7	1	52
Arma de fuego	9	6	6	7	12	40
Precipitación	0	3	3	2	3	11
Otro	4	1	0	1	2	8
De 30 a 39 años	43	47	67	54	70	281
Ahorcadura	26	33	45	39	52	195
Intoxicación	7	7	8	11	9	42
Arma de fuego	8	4	9	3	5	29
Precipitación	2	2	3	0	3	10
Otro	0	1	2	1	1	5
De 40 a 49 años	34	46	54	40	55	195
Ahorcadura	20	26	40	24	30	140
Intoxicación	4	12	5	8	10	39
Arma de fuego	6	4	6	5	9	24
Precipitación	1	2	0	1	2	6
Otro	3	2	3	2	4	14

¹² Este cuadro no se presenta para las víctimas mujeres ya que los datos quedan muy desagregados.

...continuación anexo 9

Edad y método empleado	Año					Total
	2014	2015	2016	2017	2018	
De 50 a 64 años	69	57	46	45	52	200
Ahorcadura	35	35	24	22	33	149
Arma de fuego	14	8	8	11	8	49
Intoxicación	14	10	10	5	8	47
Otro	4	2	3	4	1	14
Precipitación	2	2	1	3	2	10
De 65 años o más	13	25	28	20	22	108
Ahorcadura	3	11	18	10	14	56
Arma de fuego	6	5	7	6	4	28
Intoxicación	3	6	3	3	3	18
Otro	0	3	0	0	1	4
Precipitación	1	0	0	1	0	2
Total	237	258	290	235	271	1.291

Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

ANEXO 10

Distribución absoluta de los suicidios por año según sexo de la víctima y provincia, 2014-2018

Sexo y provincia	Año					Total
	2014	2015	2016	2017	2018	
Hombre	238	259	291	235	274	1.297
San José	62	78	94	78	87	399
Alajuela	47	59	52	48	52	258
Puntarenas	27	29	39	31	31	157
Heredia	20	25	32	21	31	129
Cartago	30	19	32	17	27	125
Guanacaste	21	26	28	23	26	124
Limón	31	23	14	17	20	105
Mujer	50	45	52	55	53	255
San José	17	17	21	21	19	95
Alajuela	7	3	10	10	10	40
Heredia	5	8	5	9	7	34
Cartago	4	4	7	2	6	23
Limón	8	7	4	4	2	25
Puntarenas	6	3	1	5	7	22
Guanacaste	3	3	4	4	2	16
Total	288	304	343	290	327	1.582

Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

ANEXO 11

Distribución porcentual y tasa de los suicidios por sexo de la víctima según provincia, 2014-2018

Provincia	Porcentaje		Tasa por 100 mil habitantes			Relación entre tasas según sexo
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Total	
Alajuela	19,9%	15,7%	10,4	1,7	6,1	6:1
Cartago	9,6%	9,0%	9,5	1,8	5,6	5:1
Guanacaste	9,6%	6,3%	13,1	1,8	7,5	7:1
Heredia	9,9%	13,3%	10,3	2,7	6,5	4:1
Limón	8,1%	9,8%	9,3	2,4	5,9	4:1
Puntarenas	12,1%	8,6%	12,9	1,9	7,5	7:1
San José	30,8%	37,3%	10,0	2,3	6,1	4:1
Total	100,0%	100,0%	10,5	2,1	6,3	5:1

Fuente: Sistema Automatizado de Patología Forense, 2014-2018.

ANEXO 12

Distribución absoluta de los suicidios por sexo de la víctima según provincia y cantón, 2014-2018

Provincia y cantón	Hombre	Mujer	Total
Costa Rica	1.297	255	1.552
San José	399	95	494
San José	100	28	128
Desamparados	51	13	64
Pérez Zeledón	42	7	49
Goicoechea	28	4	32
Tibás	18	10	28
Curridabat	20	7	27
Aserri	21	2	23
Escazú	17	5	22
Moravia	17	3	20
Alajuelita	16	0	16

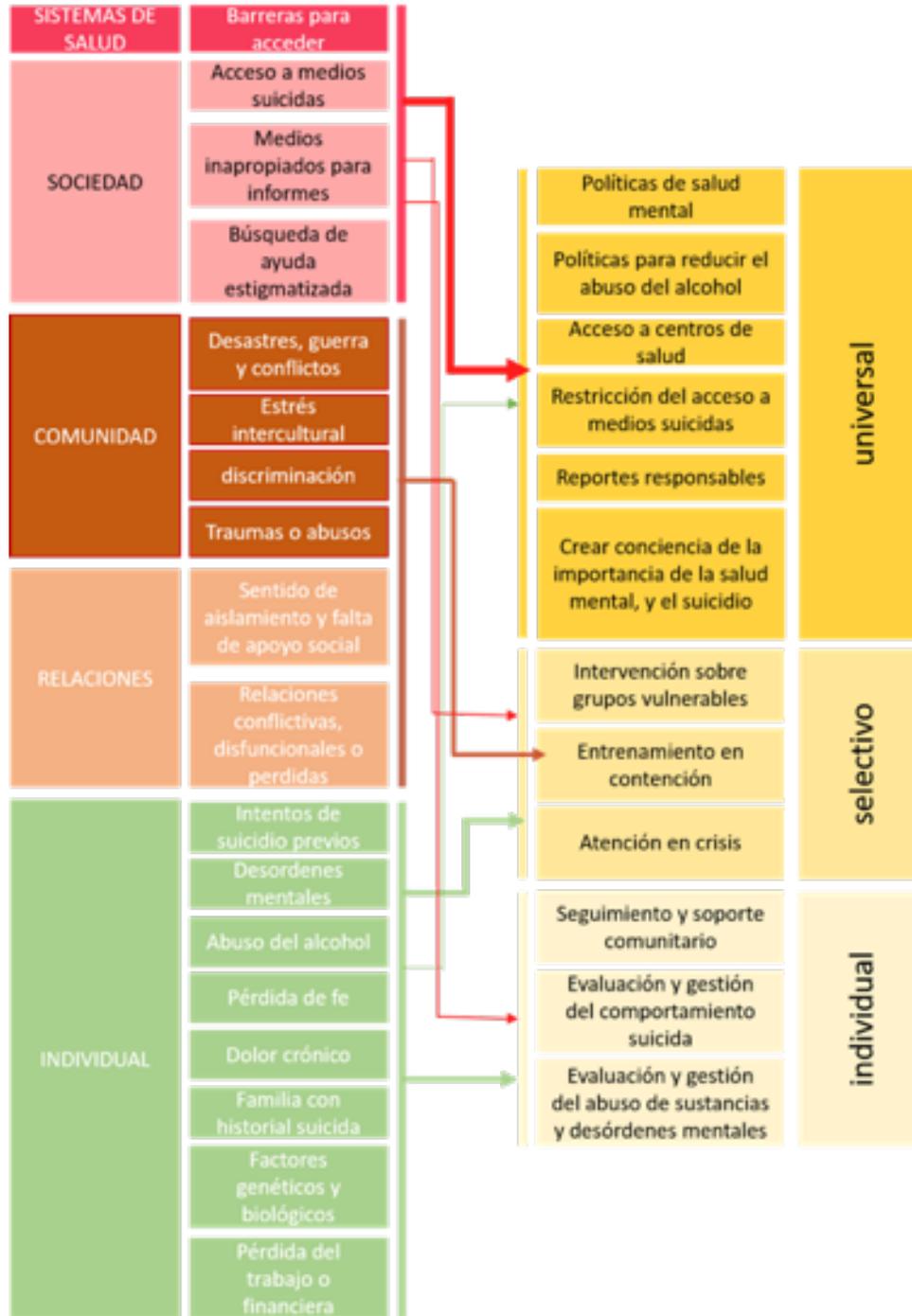
Provincia y cantón	Hombre	Mujer	Total
Montes de Oca	11	5	16
Santa Ana	11	4	15
Puriscal	12	3	15
Mora	10	1	11
Vásquez de Coronado	7	2	9
Acosta	6	0	6
Tarrazú	5	0	5
León Cortés Castro	4	1	5
Dota	3	0	3
Alajuela	258	40	298
Alajuela	73	20	93
San Carlos	39	6	45
Grecia	30	5	35
San Ramón	29	1	30
Upala	18	3	21
Poás	12	1	13
Atenas	12	1	13
Naranjo	11	0	11
Palmares	9	0	9
Los Chiles	7	2	9
Valverde Vega	7	0	7
Alfaro Ruiz	6	0	6
Orotina	5	0	5
Guatuso	0	1	1
Puntarenas	157	22	179
Puntarenas	41	8	49
Coto Brus	21	3	24
Buenos Aires	20	1	21
Golfito	11	2	13
Osa	11	2	13
Corredores	12	1	13
Garabito	10	2	12
Aguirre	9	0	9

Provincia y cantón	Hombre	Mujer	Total
Quepos	6	2	8
Esparza	5	1	6
Parrita	6	0	6
Montes De Oro	5	0	5
Heredia	129	34	163
Heredia	38	12	50
Santo Domingo	18	3	21
Sarapiquí	15	6	21
San Rafael	12	3	15
Santa Bárbara	11	2	13
Belén	8	3	11
San Pablo	10	0	10
Barva	8	2	10
Flores	2	2	4
Desconocido	3	1	4
San Isidro	4	0	4
Cartago	125	23	148
Cartago	43	8	51
La Unión	20	4	24
Paraíso	16	2	18
El Guarco	13	3	16
Turrialba	14	1	15
Oreamuno	13	2	15
Jiménez	4	3	7
Alvarado	2	0	2
Guanacaste	124	16	140
Santa Cruz	33	3	36
Nicoya	21	4	25
Liberia	16	3	19
Carrillo	11	2	13
Tilarán	7	2	9
Hojancha	8	1	9
La Cruz	8	1	9

Provincia y cantón	Hombre	Mujer	Total
Abangares	6	0	6
Cañas	6	0	6
Bagaces	5	0	5
Nandayure	3	0	3
Limón	105	25	130
Pococí	29	6	35
Talamanca	23	6	29
Limón	16	7	23
Siquirres	20	2	22
Matina	10	3	13
Guácimo	7	1	8

Fuente: Sistema Automatizado de Patología, 2014-2018.

Factores de riesgo clave para el suicidio alineados con intervenciones relevantes



Tomado y traducido de: Preventing suicide. A global imperative. OMS 2014. Trad. Propia