

COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LA REPUBLICA DOMINICANA DURANTE EL PERIODO 1982-1988

* Dr. César Mella
 ** Dr. Luis Félix
 *** Dra. Mercedes Grullón

MARCO HISTORICO, TEORICO Y CONCEPTUAL

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes y, como tal, plantea un serio problema de salud pública.¹ Deshajes (1947) lo define como "la muerte intencional de sí mismo" y Romero como "el acto deliberado de una persona quitarse voluntariamente la vida".²

La OMS considera que cuanto menos 1,000 personas se suicidan diariamente.³

Es un acto eminentemente humano y su ocurrencia está presente a lo largo de la historia. El Antiguo Testamento cita el suicidio de Saúl, primer rey de Israel. La remoción de las columnas de Sansón presidiario y burlado, se ha interpretado como un acto suicida.⁴ Isócrates, célebre orador ateniense, se dejó morir de hambre después de la batalla de Queronea.⁵ Alejandro Magno se suicidó envenenándose. Séneca el filósofo se dio muerte abriéndose las venas. Cayo Cassio se hizo matar voluntariamente por un liberto. Cleopatra, reina de Egipto, utilizó un áspid, dándole un seno para que allí clavase su ponzoña venenosa, una vez se enteró de la derrota de Marco Antonio en la batalla de

Accio, quien a su vez también se suicidó.⁴

La historia del suicidio en la República Dominicana se remonta a los suicidios colectivos de los aborígenes ante el acoso de los españoles.⁶ Guaroa, cacique de Bahoruco, eligió el suicidio antes que la esclavitud.

Notables hombres de nuestra historia han terminado su vida suicidándose: Deligne, Luperón, Read Cabral; los dos primeros acosados por enfermedades (lepra y cáncer de laringe) y el segundo acosado por la tiranía de Trujillo.

Los aspectos socio-epidemiológicos del suicidio han sido estudiados desde Emile Durkheim⁷ hasta nuestros días, comentándose algunas variables así:

- a) Con frecuencia el suicidio consumado está precedido de uno o varios intentos fallidos (75%). Los intentos frustrados son más frecuentes en el sexo femenino.
- b) El índice de suicidio aumenta con la edad y es excepcional por debajo de los 10 años.
- c) El suicidio es más frecuente entre los solteros, viudos y divorciados que entre los casados en una proporción de 3-4 veces mayor.
- d) Es más frecuente entre profesionales (particularmente entre los médicos) que entre los obreros.
- e) Las tensiones de la vida moderna generan factores desencadenantes. Es más frecuente en los centros urbanos que en las áreas rurales.
- f) Los problemas sentimentales, económicos, psicopatológicos (principalmente las depresiones) se cuentan entre los factores desencadenantes.

(*) Profesor de Psiquiatría Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

(**) Especialista en salud pública.

(***) Médico egresado de la UASD.

- g) Los hombres prefieren medios duros (ahorcamiento, armas de fuego) y las mujeres medios blandos (ingestión de tóxicos y psicofármacos).
- h) Los factores culturales, como la religión, influyen en la tasa de suicidio. Se infiere que en los lugares de creencias religiosas más arraigadas el suicidio es menor.
- i) Las toxicomanías (alcoholismo, farmacodependencia, etc.) contribuyen con su aumento a elevar las tasas de suicidio.

Estudios recientes tratan de desentrañar el comportamiento del suicidio. Burvill⁹ estudió el comportamiento del suicidio en Australia de 1910-1977, encontrando una tendencia a su disminución, la cual atribuye, entre otras cosas, a los modernos tratamientos psiquiátricos (sobre todo en las depresiones). Hollinger,¹⁰ estudiando el comportamiento del suicidio en los Estados Unidos en el período 1900-1975, plantea que el suicidio aumenta en los períodos de crisis económica y disminuyó en ambas guerras mundiales. Faber¹¹ da una tasa de 16 x 100,000 en Francia para 1979, analizando como factores contribuyentes la depresión, las diferencias sociales de standard de vida y la gran congestión urbana de la ciudad de París.

El estudio del suicidio por medio de la revisión de récords policiales ha sido reportado en Inglaterra por Jacobson y Jacobson,¹² que estudiaron un pueblo pequeño llamado Brighton, tomando en cuenta variables como: enfermedades físicas y/o mentales, ambiente familiar, consulta médica, historia previa y hábitos de las víctimas. En Inglaterra también algunos estudios como E. Stengel¹³ han observado cierta tendencia estacional del suicidio, apuntando que las tasas más altas se presentan en la primavera y al principio del verano.

El trabajo pionero acerca del suicidio, que enfoca variables de descripción epidemiológica, fue realizado por Rodríguez y Rodríguez en 1970.⁵

Otra investigación similar a la que presentamos revisó el suicidio en el país durante el período 1977-1981.

A partir de la última publicación citada, varias investigaciones se han realizado, que miden no solamente la presentación del problema a partir de la prevalencia que se obtiene de fuentes secundarias¹⁴ sino que se aproximan al conocimiento del problema que es el medio comunitario,¹⁵ y en determinados grupos de riesgo.¹⁶⁻¹⁷ Se ha analizado inclusive el comportamiento de la idea de intento y el suicidio tanto en la comunidad como en el medio hospitalario.⁴

Otras investigaciones se orientan a los aspectos psicológicos y a la dinámica familiar de los pacientes con idea e intento de suicidio.⁸

Las características de la autodestrucción humana encuentran su máxima exposición en el suicidio y los aspectos relacionados han sido estudiados por autores de la talla de Freud,¹⁸ Durkheim y Halbwache, pero no sino

hasta fechas recientes, cuando en dos estudios empiezan a ponderar las asociaciones de variables epidemiológicas, que pudiesen considerarse predictivas, toda vez que se insiste en la búsqueda de la identificación de un perfil que permitan pautas de intervención sobre todo de tipo preventivo.

El análisis de las cifras globales, reportadas por la Policía Nacional, son las únicas fuentes de registro secundario de que disponemos en la actualidad. La importancia de los factores socioculturales en el suicidio fueron puestas de manifiesto por Durkheim en 1987,⁷ quien afirmó que el suicidio sólo sería explicable por el estado de la sociedad a la que el individuo perteneciera, y que cada sociedad tendría una inducción colectiva al suicidio que influiría sobre el individuo y que podría forzarlo a matarse.

De ese modo, el grupo de estudio ha visto a lo largo de los trabajos publicados en el país, un cambio en el perfil de presentación de algunas variables de importancia, como la que se refiere a los métodos utilizados. Por ejemplo, en la ciudad de Santo Domingo, a partir de 1986, se modificó sensiblemente la forma de suicidio e intento por envenenamiento, a partir de la facilidad con que se consigue un tóxico potente traído al país para ser usado en las tareas agrícolas.¹⁹

Los objetivos giran en torno al establecimiento de las causas que en el plano social determinan las presentaciones del suicidio, para poder analizar las múltiples variables socioepidemiológicas asociadas a esa forma de morir.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir al estudio socioepidemiológico de los suicidios consumados en la República Dominicana en el quinquenio 1982-1988.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer algunas características sociodemográficas del sujeto que se suicida, como edad, sexo y procedencia.

Estudiar los métodos más frecuentes que para suicidarse utilizó el grupo estudiado.

Analizar algunas características temporales del fenómeno como mes, día de la semana y horas en que con más frecuencia se consuma el suicidio.

METODOLOGIA

Presentamos una recolección retrospectiva de información. Se revisaron las fichas de las personas que se suicidaron durante el período connotado y que son registradas por el Departamento de Cartografía y Estadística de la Policía Nacional.

Los datos de 1988 se presentan hasta el mes de mayo de ese año. El grupo consignó las principales variables que

captó la Policía ante esta eventualidad, entre las que destacan: lugar del país, sexo, edad, método utilizado, hora del día, entre otras.

Aplicando el Código de la Clasificación Internacional de la Causa de Muerte, se clasificaron las muertes por suicidio en relación a los métodos y se presentaron los datos en cuadros estadísticos para su análisis secuencial.

RESULTADOS

Los datos obtenidos se presentan a continuación:

—Suicidio según décadas:

(CUADRO 1)

Los datos del cuadro anterior son claros en presentar un aumento bruto en los casos de suicidio, no así en las tasas registradas a partir de la misma fuente secundaria.

—Suicidio según sexo:

(C. 2)

La presentación de tres casos de suicidio en hombres por un caso de suicidio en mujeres, es conocido desde hace tiempo. El año 1987 arroja una cifra interesante de 4:1; el hecho de solamente presentar los primeros cinco meses de 1988 impide seguir la secuencia que discutiremos más

Cuadro 1 MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LA REPUBLICA DOMINICANA 1936-1988

AÑOS (EN DECADAS)	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1936-1945	630	11
1946-1955	677	12
1956-1965	335	6
1966-1975	1,193	21
1977-1981	1,217	21
1982-1988	1,637	29
TOTAL	5,689	100

FUENTE:

ONE y Oficina Nacional de Estadística y Cartografía, Policía Nacional.

(Citado por Félix, Mella y García en Suicidio en Santo Domingo). Rev. Méd. Dom. Vol. 42 (2), mayo-julio, 1982).

Cuadro 2 RAZON DEL SUICIDIO SEGUN SEXO (1982-1988)

RAZON	MASCULINO	FEMENINO
1982	3.3	1
1983	3.6	1
1984	3.3	1
1985	2.8	1
1986	3.3	1
1987	4.0	1
1988	2.0	1
TOTAL	3.5	1

FUENTE: Idem.

adelante.

—Suicidio según grupo de edad y sexo:

(C. 3)

El cuadro anterior presenta los grupos de 15-34 años, como los que presentan el mayor número de casos absolutos. La variación en cuanto la tasa es relevante a partir de los 45 años. La diferencia en el sexo es similar a la que presentamos en los estudios citados.

—Suicidio según método empleado para consumarlo:

(C. 4)

Los datos anteriores son consistentes en su presentación en relación a los estudios citados. Es de interés el alto porcentaje (29.98%) de envenenamiento en hombres.

—Suicidio según meses de ocurrencia:

(C. 5)

No parece existir en esta serie variación en la presentación del evento por mes. Solamente se presentan cifras de los tres primeros meses de 1988. Enero es conocido como un mes importante en relación al suicidio.

—Suicidio según hora de ocurrencia:

(C. 6)

Cuadro 3
PORCENTAJE DE SUICIDIO SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO
(R.D. 1982-1988)

GRUPOS DE EDAD	S E X O				TOTAL	PORCENTAJE
	MASCULINO	PORCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE		
Menores de 15 años	13	1.02	10	2.73	23	1.41
15 - 24	249	19.59	154	42.08	403	24.62
25 - 34	278	21.87	76	20.76	354	21.62
35 - 44	173	13.61	45	12.29	218	13.32
45 - 54	139	10.94	21	5.74	160	9.77
55 y más	243	19.12	36	9.84	279	17.04
Desconocida	176	13.85	24	6.56	200	12.22
TOTAL	1,271	100	366	100	1,637	100

Fuente: Idem.

Cuadro 4
CASOS DE SUICIDIO SEGUN METODO EMPLEADO Y SEXO
(R.D. 1982-1988)

METODO	CODIGO (C.I.E.)	S E X O				TOTAL	%
		MASC.	%	FEM.	%		
Asfixia por ahorcamiento	(E-950-E-950.0)	534	42.01	76	20.76	610	37.26
Envenenamiento	(E-950-E-950.9)	381	29.98	224	61.20	605	36.96
Armas de fuego	(E-955-E-955.9)	207	16.29	14	3.83	221	13.50
Salto de altura	(E-957-E-955.9)	90	7.08	30	8.20	120	7.33
Armas blancas	(E-956)	28	2.20	3	0.82	31	1.89
Ahogamiento (sumersión)	(E-954)	21	1.65	14	3.82	35	2.14
Medios no especificados	(E-958-E-958.9)	10	0.79	5	1.37	15	0.92
TOTAL		1,271	100	366	100	1,637	100

Fuente: Idem.

Estos datos guardan relación con algunos de los trabajos citados¹⁷ en lo referente al horario 7:00 A.M.-12:00 M., como el período donde se presenta el mayor número de casos de suicidio en ambos sexos.

-Suicidio según provincias:

(C. 7)

Este cuadro arroja información poco útil para ser analizada, salvo que no se desglose las tasas por provincias según año. Las provincias creadas recientemente, por lo tanto, presentan bajas cifras de suicidio.

-Tasa de suicidio según años:

(C. 8)

Cuadro 5
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS
DE SUICIDIO SEGUN MES DE OCURRENCIA
(R.D. 1982-1988)

MESES	NUMERO	PORCIENTO
Enero	164	10.02
Febrero	135	8.25
Marzo	153	9.35
Abril	140	8.55
Mayo	134	8.19
Junio	143	8.73
Julio	133	8.12
Agosto	118	7.21
Septiembre	116	7.09
Octubre	132	8.06
Noviembre	123	7.51
Diciembre	146	8.92
TOTAL	1,637	100

Fuente: Idem.

Cuadro 6
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS
DE SUICIDIO SEGUN HORA DE OCURRENCIA
(R.D. 1982-1988)

HORA DE OCURRENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
1:00 A.M.— 6:00 A.M.	194	11.85
7:00 A.M.—12:00 M.	612	37.39
13:00 P.M.—18:00 P.M.	427	26.08
19:00 P.M.—24:00 P.M.	294	17.96
Desconocidos	110	6.72
TOTAL	1,637	100

Fuente: Idem.

Cuadro 7
CASOS DE SUICIDIO SEGUN PROVINCIAS
(R.D. 1982-1988)

PROVINCIAS	NUMERO
Distrito Nacional	477
Santiago	157
Azua	45
Bahoruco	21
Dajabón	7
El Seybo	39
Duarte	63
Espailat	52
Independencia	6
La Altagracia	51
La Romana	39
La Vega	78
María Trinidad Sánchez	37
Monte Cristi	43
Pedernales	2
Peravia	57
Puerto Plata	63
Salcedo	25
Samaná	9
San Cristóbal	78
Sánchez Ramírez	20
San Juan de la Maguana	62
San Pedro de Macorís	39
Santiago Rodríguez	15
Valverde	42
Barahona	37
Elías Piña	9
Monseñor Nouel	25
Monte Plata	26
Hato Mayor	13
TOTAL	1,637

Fuente: Idem.

Cuadro 8
TASA* DE SUICIDIO SEGUN AÑOS
(R.D. 1982--1987)

AÑOS	NUMERO DE CASOS	TASA
1982	245	4.2
1983	251	4.2
1984	265	4.3
1985	264	4.2
1986	270	4.2
1987	277	4.2

Fuente: Idem.

(*) Tasa por 100,000 habitantes.

Prácticamente no ha habido variación en las tasas globales de suicidio en los últimos diez (10) años, sobre todo a partir de registro de fuentes secundarias.

DISCUSION

El aumento de las cifras absolutas de suicidio, que se evidencia desde la década 1936-1945, a todas luces refleja la existencia a lo largo del tiempo de un mejor registro del padecimiento por la Policía Nacional. A partir de los datos históricos que presentamos, no es posible hablar de un aumento en las cifras absolutas de suicidio; sin embargo, cuando empezamos a relacionar tales cifras, con las cifras provenientes de los estudios citados, el aumento en el número de los casos de suicidio es real, observándose un incremento importante en las tasas de suicidio a partir de los 45 años de edad sobre todo en el hombre.

Los datos de 1987 presentan un significativo cambio en la razón del suicidio en torno al sexo (4:1). El grado de magnitud de una cifra a otra en términos socioepidemiológicos casi siempre tiene una explicación, que es coherente con el fenómeno que se investiga y no debido al azar. Haría falta sin embargo detallar aun más las variables asociadas a un caso de ese año, tratando de identificar las relaciones concomitantes existentes.

De todos modos, es conocido el hecho del incremento de las cifras de suicidio en un lugar determinado, a partir de la ocurrencia del evento en el sexo masculino.

Las tasas de suicidios que aparecen en los dominicanos a partir de los 45 años guardan estrecha vinculación con las muertes por todas las causas según grupos de edad. Quedan con esto abiertas grandes opciones investigativas.

Los métodos duros del suicidio (ahorcamiento, armas

de fuego, arma blanca) han sido característicos en el hombre en nuestro país a lo largo de la serie histórica que presentamos. Para 1986 y 1987 hubo un cambio de presentación en el perfil, en la ciudad de Santo Domingo, cuando el suicidio por armas de fuego desplazó al suicidio por ahorcamiento, lo que vendría a estar vinculado a una mayor permisibilidad en la población a obtener un arma de fuego¹⁹

Las cifras de 1982-1988 reflejan un mayor número de casos de envenenamiento en hombres, hecho singular si se analiza el envenenamiento como un método blando, comúnmente más empleado por el sexo femenino. Los últimos tres años nos traen también un cambio en el tóxico que se refiere en los casos de envenenamiento.¹¹

La asociación de la variación estacional del suicidio se conoce perfectamente desde la antigüedad, pero fue Durkheim⁷ el científico social que intentó su explicación probando el método sociológico funcionalista, en su clásico trabajo.

Aunque las cifras aquí presentadas son incompletas para 1988, enero es uno de los meses de mayor riesgo, según los datos de otras investigaciones.

En ambos sexos, y desde 1977,¹⁴ el suicidio es más frecuente en nuestro país, en el horario de las 7 de la mañana a las 12 del mediodía. Varias explicaciones pueden sugerirse: la más socorrida de todas se refiere a que la raza humana no tiende al suicidio en términos filosóficos, aunque sea la única especie que lo hace de manera consciente.

Se ha estudiado bastante la verbalización de los suicidios días antes de cometer el hecho y hasta horas antes, tratando así de que alguien se entere y le sugiera otra cosa, y es precisamente en el horario citado donde se concentran más las personas en los núcleos urbanos y familiares.

La distribución de los casos por provincias reflejan aspectos relevantes, toda vez que no existe el detalle de los casos por año, para analizarlo en función de tasa. De todas formas las cifras de estudios anteriores ubican al Distrito Nacional, Santiago de los Caballeros, La Vega, Monte Cristi y Salcedo como los lugares del país que arrojan tasas importantes.

Finalmente, el subregistro de suicidio puede llegar hasta un 40%, por lo que las tasas de 4 x 100,000 habitantes, que presentamos, no evidencia realmente la presentación del evento desde su vertiente epidemiológica. Las cifras policiales se nutren de los casos provenientes de los extractos socioeconómicos y culturales más bajos de la sociedad, y que llegan a la Morgue y/o Emergencia de los Hospitales Generales del país.

Los casos ocurridos en los sectores medios y altos, y que llegan a las clínicas privadas, pasan sin registrarse la mayoría de las veces.

Estudios particulares ubican la tasa de suicidio en nuestro país en 9 x 100,000 habitantes.¹⁵

Se impone continuar analizando las cifras policiales y sugerirle la adopción de medidas que tiendan a mejorar el sistema de estadísticas oficiales.

RESUMEN

Mediante un estudio retrospectivo por recolección de información acerca del comportamiento del suicidio en el país, fueron analizadas las fichas policiales que registran el evento para el período 1982-1988. Los datos de 1988 se presentan incompletos. La presentación de este estudio se hizo durante el mes de junio de 1988.

El objetivo consistió en dar seguimiento a las fichas policiales consideradas como la mejor fuente secundaria que registró el evento, para compararla con un estudio similar citado en el texto.

Los hallazgos parecen seguir la misma tendencia que el estudio que refiere el período 1977-1981. Sin embargo, se connotan variaciones significativas en relación a los métodos utilizados y al aumento de las cifras absolutas por el sexo masculino.

Se insiste en dar seguimiento a esta investigación y en ofrecer sugerencias al Departamento de Cartografía y Estadística de la Policía para mejorar el dato que se capta y procesa.

BIBLIOGRAFIA

1. Prado, R., y López, Cándido: "Evaluación de factores de riesgo en el intento suicida". Rev. Cub. Adm. en Salud. 6:343-356. Octubre-diciembre, 1980.
2. Romero, Lino: "El suicidio y sus implicaciones médico-sociales". Libro del 1er. Congreso Dominicano de Psiquiatría, pág. 177. Santo Domingo, R.D., 1975.
3. Cuadernos de Salud Pública OMS No. 58: "El suicidio y los intentos de suicidio". Editado: Eileen M. Brooke, OMS. Ginebra, 1976.
4. Mieses M., Dr. José: "Suicidio consumado, intentos y amenazas en el Hospital Psiquiátrico". Tesis de especialidad. Santo Domingo, R.D., 1980 (mimeo).
5. Rodríguez R., Alberto: "El suicidio en la República Dominicana". Publicación oficial de la Oficina de Estadística y Cartografía, P.N. 1970, Santo Domingo, República Dominicana (mimeo).
6. Cassá, Roberto: "Historia social y económica de la República Dominicana", tomo 2, pág. 34, 2da. edición, 1982. República Dominicana.
7. Durkeim, Emile: "El suicidio". París. Librería Félix Alcau, 1987. Francia.
8. Mella, César; Amaro, G., y Pou, C.: "Valoración de 100 pacientes con intento suicida". Rev. Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba. 20:89, 1979.
9. Holinger, P.C.: "The Am. Jour of Psych". 136(9) (1144-1147), septiembre 1979.
10. Holinger, P.C.: "The Am. Jour of Psych". 136(9) (1144-1147), septiembre, 1979.
11. Faber, M.L.: "El suicidio en Francia. Algunas hipótesis". Rev. Salud Mental, Vol. 3, año 3, No. 2, 1980, pág. 60 (extracto del original). "Suicide and life, threatening behavior", 9(3). Otoño, 1979 (154-162).
12. Jacobson, S., y Jacobson, D.M.: "Suicide in Brighton". British Journal of Psychiatry, Vol. 121, No. 563, pág. 369-377. Octubre, 1972.
13. Stengel, Erwing: "Suicide and attempted suicide" (Studies on Social Pathology), Publ. Pelikan Book, 1969, pág. 36.
14. Félix F., Luis; Mella, César; García, Rafael: "Suicidio en Santo Domingo". Rev. Méd. Dom. vol. 42, No. 2, mayo-Julio 1982, pág. 112-120.
- 14a. Mella, César; Félix F., Luis; García, Rafael: "Comportamiento del suicidio en América Latina". Rev. Méd. Dom., vol. 42, No. 4, octubre-diciembre, 1982.
15. Félix F., Luis; Mella, César, et al.: "Prevalencia de suicidio, del intento y de la idea suicida en la ciudad de Salcedo, R.D.". Rev. Dom. Psi. Vol. 2, No. 1, enero-abril 1985. Pág. 28-37.
16. Félix, F., et al.: "Prevalencia suicidio, idea e intento de suicidio en prostitutas seleccionadas de la ciudad de Santo Domingo". Dirección General de Epidemiología. SESPAS (mimeo). 1987.
17. Félix, F.: UNIVE, et al.: "Prevalencia de suicidio, idea e intentos de suicidio en reclusos". Departamento de Salud Pública, UCE (mimeo). 1988.
18. Feedman, Alfred: "Compendio de psiquiatría". Editorial Salvat, S.A., Mallorca, Barcelona, 1975. Pág. 539-543.
19. Félix F., Luis: "Suicidio según métodos en la ciudad de Santo Domingo, 1986". Archivo Epidemiológico. SESPAS. Vol. 1, No. 10. Octubre, 1987.