

EL SUICIDIO

Por el Dr. José Angel Saviñón Tirado

INTRODUCCION

El suicidio constituye hoy en día un grave problema de salud pública y uno de los temas más importantes de investigación en la Psiquiatría actual. Superado parcialmente el *tabú* con que fué rodeado durante siglos, hoy es un tema cada vez más estudiado y analizado. No obstante, existen todavía muchas interrogantes y expectativas en el tema que vamos a tratar.

Para dar una idea de su importancia y según datos de la Organización Mundial de la Salud, el suicidio constituye la tercera causa de muerte en países muy tecnificados (Suecia, República Federal Alemana, Suiza, Dinamarca, Cánada), y sólo es superado, en muchos de estos países, por enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes.

En los Estados Unidos constituye la undécima causa de muerte. Según Chapman "si todos los suicidios fuesen realmente incluidos como tales y no indulgentemente anotados como accidentes para evitar ciertas molestias a la familia, llegaría, indudablemente a un 9no. lugar."

Esto sin contar con el hecho de que muchos suicidios son planeados por sus protagonistas de manera que aparenten accidentes, lo que haría aumentar las cifras que manejamos en la actualidad.

En Japón, en 1981, hubo 20,434 suicidios

reportados, y un 63,3 o/o correspondió a personas de sexo masculino.

La O.M.S. considera que mil personas se suicidan diariamente.

Estamos entonces ante un gran problema que reviste un enfoque pluridimensional y que ya en nuestro país comienza a ser un tema preocupante sobre el cuál se hacen estudios serios.

HISTORIA

En la antigüedad (según cita del Dr. Juan Isidro Jiménez Grullón), el suicidio fué defendido por la escuela estoica; pero esta defensa se limitaba a los casos en los cuales el individuo se veía imposibilitado de actuar de acuerdo con él mismo en el ámbito social que lo rodeaba. El propio Séneca, que fué uno de los representantes del nuevo estoicismo, (el romano) se suicidó porque Nerón su ex-discípulo le ordenó que lo hiciera. Luego, durante la Edad Media, imperó el concepto, esencialmente cristiano de que el quitarse la vida cerraba al alma, liberada del cuerpo, las puertas del Paraíso. Con variantes este criterio se impuso en la Edad Moderna. Para Cervantes "la mayor cobardía del mundo era matarse," y para Rousseau "el suicidio era una muerte vergonzosa. Napoleón decía: "El suicidio es un delito; nunca puede ser heroísmo, ¿Qué valor tiene el que tiembla ante un revés de la fortuna?" El movimiento romántico con Chateaubriand a la cabeza, se solidarizó con esta tesis. En la Biblia encontramos también casos de suicidio, entre los cuales destacamos el de Saúl, primer rey de Israel. La remoción de las columnas por Sansón, se ha interpretado como un acto suicida. Alejandro Magno se suicidó envenenándose. Cleopatra reina de Egipto se

suicidó mediante la mordedura de un áspid cuando se enteró de la derrota de Marco Antonio en la batalla de Aecio quién a su vez se eliminó del mundo de los vivos.

Para Ortega y Gasset “el hombre es el único sér que tiene el privilegio de poder elegir el modo de morir.” La mayor parte de los animales pueden matar, pero sólo el ser humano puede decidir matarse a sí mismo. La ley común en Inglaterra expropiaba los bienes del suicida en el nombre de la Corona. “Se decía que no podía uno suicidarse so pena de ser considerado como criminal, si fallaba, y un loco si tenía éxito.” Otros castigos por intentar o lograr el suicidio eran: el rechazo social, la excomunión y la negativa del sacramento de los santos óleos, lo mismo que del sepelio en Campo Santo. En el siglo XIX se relacionaba la causa de muchos suicidios con la lectura de noveluchas o historias sentimentales y románticas como es el caso de Werther.

Los suicidios individuales o en grupo fueron muy frecuentes en la época de la colonización; hay documentos que señalan que los indígenas estaban asaz desesperados por una situación, que no sólo constituía un trabajo excesivo en beneficio de otros, sino también por el cambio brusco de muchos elementos de su cultura. El suicidio entre ellos revistió niveles alarmantes y contribuyó a su desaparición de la isla. Para el cronista Oviedo el suicidio entre los nativos no era más que una evidencia de la degeneración indígena.

Todavía persisten mitos, errores y cuentos de viejas que han sido acumulados a través de los tiempos en la literatura acerca del suicidio. Entre estos podemos citar siguiendo al Dr. Romera:

1. El suicidio es un acto de cobardía

2. El suicidio es heredado
3. El suicidio es un acto relacionado con las fases de la luna y otras influencias cósmicas
4. El suicidio es siempre producto de un acto de locura
5. Quién habla de suicidarse nunca comete el acto
6. El suicidio sólo afecta "cierta clase de gente"...y así sucesivamente.

CONCEPTO, DEFINICION INTENTOS Y SUICIDIOS CONSUMADOS

El vocablo suicidio viene del latín SUI (sí mismo) y CIDIUM (muerte) esto es: "muerte a sí mismo". Porot lo define como el acto de darse la muerte uno mismo. Las ideas de autodestrucción igual que los intentos de suicidio se han considerado signos psico-patológicos, siguiendo la psiquiatría clásica.

Junto con la idea de suicidio vamos a encontrar, con mucha frecuencia, sentimientos de culpa, autoagresión, desprecio o a veces el anhelo de reunirse con alguna persona muerta; si tales ideas no son transitorias y adquieren carácter obsesivo entramos entonces en el terreno de lo patológico. El comité de Nomenclatura y Clasificación, reunido en Filadelfia (1971) distinguió últimamente tres amplias categorías de conductas suicidas:

- a— *suicidio completo* es un acto voluntario, auto-infligido, de amenaza vital, que termina con la muerte.
- b— *intento suicida*, es el mismo tipo de acto que ocasiona injuria física, pero no la muerte.
- c— *ideas suicidas*, incluyen ideas y actos suicidas que indican una pérdida del deseo de vivir, pero

que no producen injurias físicas. Porot nos habla del suicidio no patológico, y explica que el respeto a la vida es función de una serie de consideraciones morales, religiosas y sociales. Hay sujetos que sacrifican su vida a un ideal religioso, a un sentimiento de honor, a un deber social. La muerte voluntaria suele ir asociada, en semejantes casos, a la idea del sacrificio. En estas circunstancias, el individuo puede llegar a esa determinación porque representa la única salida posible y deseable a una situación grave. También cabe incluir en este grupo el suicidio de ciertos enfermos que, sabiéndose condenados por una enfermedad terminal abrevian voluntariamente sus días o reclaman tal solución a sus médicos o allegados, lo cuál plantea el tan discutido problema de la entanasia.

A finales de siglo, un sociólogo francés, Emile Durkheim, hizo contribuciones muy importantes al tema del suicidio. Planteó que este es un fenómeno sociológico, en relación progresiva con el grado de civilización (es más frecuente en las ciudades que en los medios rurales), y dividió los suicidios en tres categorías sociales: egoísta, altruista y anónimo. El *suicidio egoísta* comprendía el de aquellas personas que se suponía que no habían estado sólidamente integradas a ningún grupo social. Podía utilizarse la integración familiar o la falta de ella para explicar por qué los no casados eran más vulnerables al suicidio que los casados, y por qué los matrimonios con niños era el grupo más protegido.

Las comunidades rurales tienen una mayor integración social que las urbanas y por tanto hay menos suicidios. El protestantismo es una religión menos coherente que el catolicismo, y, por esto, los protestantes presentan una tasa de suicidio más

elevada que los católicos.

El *suicidio altruista* representaba el grupo cuya tendencia al suicidio procedía de su excesiva integración en un grupo. Durkheim pensaba en el tipo de suicidio que podía haberse esperado de algunas clases de la sociedad japonesa.

El *suicidio anómico* se produce cuando un trastorno en el equilibrio de la integración de la persona con la sociedad le deja sin sus normas de conducta habituales. La anomía podría explicar la mayor incidencia de suicidios entre los divorciados en comparación con la de los casados, y la mayor vulnerabilidad de los que han sufrido cambios drásticos en su situación económica.

Según Durkheim el aumento de suicidio anómico y egoísta era el responsable del aumento de sus tasas de incidencia en Europa. Con el desarrollo científico e industrial, la familia, el Estado y la Iglesia ya no representan las fuerzas para la integración social que habían sido, y no se ha encontrado nada para sustituírlas. El suicidio, lo mismo que el crimen, la neurosis y el alcoholismo, es un factor que mide la presión y las tensiones sociales.

El proceso del suicidio según Poldinger comprende tres etapas en su desarrollo.

1. *Etapas de consideración.* Durante este período el suicidio se presenta en el sujeto como una vía de escape a reales o aparentes problemas. Ciertas influencias sugestivas (familia, vecindad, lecturas, películas), pueden provocar el estímulo inicial sobre todo si a causa de los factores psicodinámicos predispuestos se inhibe la agresión y se internalizan los sentimientos agresivos. A menudo esta situación se agrava por el aislamiento social.

2. *Etapa ambivalente.* Se caracteriza por la ambivalencia, la indecisión y los conflictos internos entre tendencias destructivas y constructivas. Suele manifestarse por medios de amenazas directas de matarse, las cuales deben ser tomadas como llamadas de ayuda, válvulas de escape o búsqueda de contacto.

3. *Etapa de decisión.* En este período se prestará atención especialmente a signos indirectos, alusiones encubiertas; la investigación puede descubrir actividades preparatorias o ideas claramente concebidas de cómo va a ser el suicidio. Un signo de maduración del intento suicida es cuando una persona ansiosa y agitada, se vuelve tranquila de pronto y presenta una fachada de compostura.

Siguiendo a Giner (Psiquiatría de Lopez Ibor-Aliño 1982), podemos dividir las formas de suicidio en *activa* y *pasivo*, En la primera (*suicidio activo*) el individuo hace algo directamente sobre su integridad física con intenciones autoagresivas. La agresividad intropunitiva es, por tanto, lo más característico de esta forma de suicidio. Dentro de ella, hemos incluido la acción suicida y las automutilaciones. En la primera la autoagresión muestra una tensión hacia el ser físico; en las automutilaciones; la intencionalidad es de muerte parcial de uno de los órganos. Dentro de la acción suicida nos encontramos con diferentes formas de conducta, como el *suicidio consumado*, el *suicidio frustrado*, la *tentativa de suicidio* y el *gesto suicida*.

El *suicidio consumado* responde en realidad a los resultados del acto, o sea la muerte, más que a la forma.

El suicidio consumado es lo nuclear de la conducta suicida hasta el punto de que sólo él preocupaba a los diversos autores, hasta hace muy

pocos años cuando se empezó a interesar y a estudiar el suicidio de un modo más amplio.

Por supuesto que es en el suicidio consumado en donde los factores agresivos (intrapunitivos, sobre todo), dinamizantes del suicidio, juegan un papel más importante.

En aquellos casos en que junto a la intención suicida surgen mecanismos de defensa ante la muerte, y dejan en general una mayor posibilidad de intervención al azar en forma de ayuda externa de manera tal que, como resultado, el suicidio no es consumado, lo llamamos *suicidio frustrado*.

El resultado es aún más claro en la tentativa de suicidios. En estos individuos, más que la búsqueda de la muerte, existe una intención de "no me importa si vivo o muero." Es en este tipo de suicidio donde más se destaca la necesidad de ayuda y comunicación.

Por último, y también dentro del marco de suicidio activo, nos encontramos con el *gesto suicida*. En estos casos el sujeto no expone seriamente su vida sinó que más bien juega con la posibilidad de exponerla. En estos la agresividad intropunitiva, es menos manifiesta que la extropunitiva. Se destaca el efecto de llamar la atención, que, al combinarse, significa un auténtico chantaje a las personas allegadas, con la posibilidad de darse muerte, aunqu esta posibilidad sea vista por el propio individuo como remota. Dentro del *suicidio activo* se incluye también la *automutilación*. Para Mennínger (1947) la automutilación tiene el significado de una muerte parcial. Para Rojo (1971), el suicidio no es obligatoriamente una cuestión "de todo o nada," sinó que puede delimitarse a un órgano.

Siguiendo con Giner vamos a enfocar el suicidio pasivo. Podemos dividirlo en conductas

de riesgo y conductas agravantes. En las primeras (conductas de riesgo) el individuo busca intencionalmente las situaciones peligrosas a sabiendas de su peligrosidad; son sujetos que no se atreven a matarse directamente, pero sí a colocarse en circunstancias en que la muerte le llegue en forma indirecta. Toxicomanía suicida es un ejemplo claro de conductas de riesgo. El individuo empieza a beber o a tomar drogas de forma descontrolada. Esta conducta puede llevarlo a la muerte directamente o bien ser favorecida por el alcohol o las drogas. De esta manera, la relación entre el alcohol y las conductas arriesgadas, sobre todo con automóviles, son de gran interés.

En segundo lugar tenemos las *conductas agravantes*. Entendemos por conductas agravantes aquellas posturas de ciertos enfermos somáticos que hacen precisamente todo lo opuesto a las indicaciones médicas.

Sería el caso de pacientes con *cirrosis* que siguen bebiendo incluso más que antes. Otra forma de suicidio pasivo es el desinterés por vivir. Sucede cuando el individuo se encuentra privado de un campo con amplitud idónea para realizar sus proyectos. Jores (1961), lo compara con lo que sucede a los animales cuando disponen de un espacio inferior al de sus necesidades.

Muchos médicos forenses han especulado con que el 10 o/o y quizás hasta el 30 o/o de las muertes en accidentes automovilístico de un sólo vehículo son deliberadas (MD en Español noviembre 1977-Crisis de Desesperación

EPIDEMIOLOGIA

Las estadísticas nos indican que existe un incremento, a nivel mundial, de las tasas de

suicidios. Muy pocos países pueden decir que han disminuído esta tasa. Burvill (1980) en un estudio hecho del suicidio en Australia de 1910 a 1977 encuentra una disminución, la cuál atribuye, entre otras cosas, a los modernos tratamientos psiquiátricos (sobre todo en las depresiones).

FRECUENCIA DEL SUICIDIO SEGUN EL SEXO

La mayoría de los países reporta un mayor porcentaje de suicidios consumados en el hombre que en la mujer; mientras la frecuencia de intentos de suicidio es a veces cuatro veces mayor en la mujer que en el hombre. En la ciudad de Sto. Dgo. trabajos realizados, indican un predominio del sexo masculino con un 69.2 o/o en el período 1977-1981 (Félix, Mella y García). En los Estados Unidos, más de la mitad de suicidios masculinos y una cuarta parte de los femeninos se llevan a cabo con armas de fuego. El envenenamiento es utilizado por una tercera parte de las mujeres que se suicidan. Según Rojas ("Estudios sobre el suicidio") después de citar estudios en varios países concluye "en líneas generales, podemos afirmar que se suicidan tres veces más hombres que mujeres."

Parece ser que las manifestaciones autoagresivas presentan una evidente mayor gravedad. En una investigación hecha en España por el mismo autor, el 77.7 o/o de los suicidios consumados corresponde a hombres.

Las explicaciones posibles acerca de la discrepancia en el sexo son las de que las mujeres se hallan más protegidas en nuestra sociedad y que el cuidado de la salud mental se halla más disponible para ellas, mientras que los varones se supone que "no deben llorar pidiendo auxilio."

FRECUENCIA SEGUN LA EDAD

En Estados Unidos el patrón del suicidio (según Salomón) lo constituye el medro del mismo a medida que aumenta la edad. El suicidio es raro en los jóvenes, que fluctúan entre las edades de 5-14 años. La tasa en 1960 fue 0.3 por 100,000.

En adolescentes de 15-19 años hay una elevación notoria y el suicidio ocupa la 3ra causa de muerte más frecuente en esta edad. En los estudiantes universitarios es la segunda causa de muerte (después de los accidentes), y la tasa en los varones es el doble de la femenina.

La tasa aumenta con la edad, de manera que a una población de habitantes con 85 o más años de edad, la frecuencia global es de 26 por 100,000. Para varones blancos de más de 85 años de edad, la frecuencia es casi de 70 por 100,000.

Rojas se inclina también hacia esa vertiente y nos dice "a medida que avanza la edad, existe mayor riesgo de suicidio." Advierte que "las cifras de intentos de suicidio entre los jóvenes han aumentado llamativamente." Alonso Fernández nos dice "la incidencia de los actos suicidas se incrementa progresivamente en el mundo, sobre todo entre los adolescentes y los jóvenes de los países occidentales más tecnificados. Termina concluyendo que la cultura occidental es muy generadora de suicidios."

Hay en general preocupación por el incremento de suicidios consumados entre adolescentes, y se analizan sus posibles causas. En la ciudad de Santo Domingo el grupo de edad 15-24 años fué el que más suicidios aportó (31.6 o/o) en el período 1977-1981 (Feliz, Mella y García).

FRECUENCIA SEGUN LA CATEGORIA SOCIAL Y ECONOMICA

Parece haber en países desarrollados una relación directa entre el suicidio y la categoría social. En el ejército americano (Salomón 1976), la tasa de suicidio es más elevada entre los oficiales. En la sociedad norteamericana los blancos se suicidan más que los negros y los profesionales más que los jornaleros. Mientras más elevada es la escala social mayor es la susceptibilidad al suicidio, (según cita del Dr. Lino Romero). Entre las profesiones, según estadísticas de países desarrollados, los médicos y odontólogos ofrecen unas de las tasas más altas y dentro de los primeros lugares, psiquiatras y anesthesiólogos.

Las especialidades que registran menor número son: Pediatría, Dermatología Cirugía y Patología. La proporción de suicidio entre psicólogas es mayor que entre psicólogos. La tasa más alta de suicidios consumados en la Sociedad Americana fue reportada por la Sociedad Química Americana. (Un 11 o/o de las muertes reportadas.)

Concluye el Dr. Romero diciendo: "hasta hoy nadie ha podido explicar la vulnerabilidad de los psiquiatras al suicidio" Con el fin de explicar el grave asunto se han anunciado varios postulados sin que en realidad, ninguno sea enteramente satisfactorio. Entre dichos postulados se encuentran los siguientes:

1. El trabajo del psiquiatra se caracteriza por una larga e intensa relación con sus pacientes y los trastornos psicopatológicos que estos representan.
2. Los psiquiatras piensan en el suicidio más que los otros médicos porque trabajan constantemente con un gran número de pacientes

suicidas.

3. Es posible que muchos de los médicos que escogen psiquiatría como especialidad sean víctimas de problemas emocionales o vulnerable a los mismos.

4. Es probable que muchos psiquiatras se nieguen a reconocer sus problemas y por "impropio orgullo" no soliciten ayuda profesional como lo harían con sus dolencias físicas.

Reconociendo el serio problema que confronta la profesión médica y sobre todo el psiquiatra, la Asociación Americana de Psiquiatría ha creado un Grupo de Trabajo con el firme propósito de estudiar a fondo el suicidio entre médicos y en particular entre psiquiatras."

Con respecto al suicidio y las variables económicas podemos decir que el descenso de las finanzas se halla asociada con un aumento de los suicidios en especial en las clases socioeconómicas elevadas, en donde las pérdidas son máximas.

FRECUENCIA SEGUN LA GRATIFICACION OBTENIDA EN EL TRABAJO

Según Rojas, (1978), el sujeto que se ve por muy distintas circunstancias obligado a realizar un trabajo que no es el más adecuado para él, o que es más o menos neutro en este sentido, lo ha vivido como frustrante, por las circunstancias adversas y peculiares en la que este se ve envuelto. Es un factor acumulativo que puede permanecer oculto durante mucho tiempo, pero que en determinado momento de crisis hace irrupción saliendo de su escondite y planteando a esa existencia serios problemas. Podemos concluir según el planteamiento de Rojas en que esta situación poco gratificante puede convertir a estas personas

en sujetos con alto riesgo de suicidio. Ampliando podemos decir que hay personas que tienen un umbral de resistencia a las frustraciones muy pequeño. Otras por el contrario tienen más capacidad de sufrimiento frente a ellas. Estas del primer grupo ofrecen una vulnerabilidad especial ante el suicidio.

HERENCIA

Hace pocas décadas se insistía sobre el factor hereditario del suicidio y se llegó inclusive a hablar de familias suicidas. Los factores predisponentes a la depresión endógena es algo que no se discute, sin embargo se tiende a dar más importancia en los últimos tiempos al factor identificación sobre todo en personas que anteriormente se catalogaban como de alto riesgo de suicidio debido a su árbol geneológico. Si ha habido muchos suicidios en la familia, el factor identificación es por lo general más importante que la herencia.

INFLUENCIA DE LA CULTURA Y LA RELIGION

Según Solomon (1976), los países católicos generalmente tienen menor frecuencia de suicidios que los no católicos Irlanda presenta una tasa de suicidios de 2.5 por 100,000. En los Estados Unidos la tasa de suicidios es más elevada entre los protestantes que entre los demás grupos religiosos (paradójicamente, Austria, un país católico, tiene una de las tasas más elevadas de suicidio a nivel mundial).

En cuanto al factor migratorio, el suicidio es más frecuente entre la población que emigra que entre los nativos. La frecuencia cada vez más alta

de suicidios en los adolescentes ha sido atribuida a inquietud social, cambios de valores, deterioro de la estructura familiar, abuso de narcóticos y alcohol y falta de personas e instituciones en quienes confiar.

La mayoría de los adolescentes que cometieron suicidios había experimentado frecuentes o inesperadas separaciones de sus padres durante su primera infancia.

Rojas en su libro "Estudios sobre el suicidio," nos dice "Con el desarrollo técnico, industrial y científico y la pérdida de la fuerza de unión que han tenido hasta entonces la familia, la patria y las creencias religiosas ha ocurrido un cambio en las orientación cultural de nuestros días, de tal manera que se han dejado unos valores sin que estos sean sustituidos por otros, ya que en sentido estricto ni la técnica, ni la ciencia, ni el desarrollo industrial son valores en sí mismos."

Las dimensiones culturales en el problema del suicidio ofrecen una enorme riqueza de matices y elementos; hay toda una epidemiología sociocultural del suicidio. Así, hacia el año 1970, era Suecia el país que arrojaba el mayor número de suicidios en Europa. Hoy, por el contrario, lo es la católica Austria, habiendo pasado Suecia a un cuarto o quinto lugar. Stenger (citado por la Enciclopedia Latinoamericana de Psiquiatría), dice que ninguna causa única o grupo de causas puede dar cuentas de las tasas de suicidio. Dicho autor enumeró su correlación positiva con los siguientes factores: sexo masculino, edad avanzada, viudez, soltería y divorcio, carencia de hijos, alta densidad de población, residencia en grandes ciudades, crisis económica, alcoholismo, historia de un amor roto en la infancia, desorden mental y enfermedad física.

Entre los factores inversamente relacionados con las tasas de suicidio menciona sexo femenino, juventud, baja densidad de población (aunque no debe ser demasiado baja), ocupación rural, religiosidad, estado matrimonial, gran número de hijos, pertenencias a las clases socio-económicas más bajas, guerras.

SUICIDIO EN LA REPUBLICA DOMINICANA

Según el Dr. Cassá "la historia del suicidio en la República Dominicana se remonta a los suicidios colectivos de los aborígenes ante el acoso de los españoles. Guaroa, cacique de Batoruco, eligió el suicidio antes que la esclavitud." Héroe de la restauración, literatos, poetas, políticos han terminado sus vidas en suicidios consumados. Lamentablemente el tabú y el concepto de la época medieval de considerar el suicidio como algo vergonzoso, es posible que arroje como resultado cifras por debajo de las reales. No es un secreto para nadie que muchos de los pacientes con intentos de suicidio en nuestro país son diagnosticados como Intoxicación Medicamentosa o con términos similares en lugar de Intento de suicidio o suicidio consumado. De tal magnitud es considerado el intento suicida que en muchos países todo paciente con intento suicidio es referido a la consulta psiquiátrica, ya que esta se ha considerado una de las medidas más eficaces para disminuir el incremento de suicidios consumados. No obstante en nuestro medio se han hecho pequeños intentos de abordar el problema. Uno de estos fué realizado por el Dr. José Mieses egresado de la tercera promoción de psiquiatras del Padre Billini, para optar por su título de especialista en

psiquiatría, bajo el título "Suicidio consumado, Intentos y amenazas en el Hospital Psiquiátrico."

Los trabajos que merecen especial atención dentro de esta área, y que los considero como los pioneros y fuentes importantes de referencias son; el primero presentado y publicado en el libro del 1er Congreso Dominicano de Psiquiatría titulado "El suicidio en la República Dominicana" por los Dres. Gallardo y Ernesto Cabrera, y el 2do de reciente publicación en la Revista Médica Dominicana titulado "Suicidio en Santo Domingo," por los Dres. César Mella y Rafael García. Creo que es imposible abordar el suicidio en nuestro país sin analizar estos dos trabajos.

Refiriendome al trabajo de los Dres. Cabrera y Gallardo que abarca los casos registrados de suicidio desde el año 1966- al 1974, tomando como fuente los datos registrados por la Policía Nacional en ese mismo período, y en el cuál no fueron incluidos lo que los autores llaman "cifras oscuras," la investigación detecta 1,499 casos. Es lamentable que en la mayoría de los casos la profesión de los pacientes no constaba en los registros, al igual que los motivos del suicidio, ("estos eran desconocidos"). No obstante creemos importantes algunas conclusiones en cuanto a los suicidios consumados en ese período

1. Mayor frecuencia entre los hombres
2. Mayor frecuencia entre los solteros.
3. El Distrito Nacional ofreció la 2da tasa más elevada, siendo superada sólo por la provincia Altagracia.

El segundo trabajo citado (Félix, Mella y García) nos informa que es a partir de 1966 cuando el suicidio se incrementa de forma importante en nuestro país.

En el período 1977-1981, las tasas de suicidio exhiben una tendencia al aumento, con su máximo en el año 1981, donde sube de 2.94 y en el año anterior (1980) a 4.12". "Aunque la bibliografía internacional revela que el índice de suicidios aumenta con los grupos de mayor edad de la población, en el quinquenio 1977-1981 el grupo de mayor relevancia fué el de 15-24 años con 31.6 o/o. Le sigue en frecuencia el grupo de 25-34 años con 22.2 o/o. Conclusión: más del 50 o/o de los suicidios en estos últimos años en nuestro país se producen en edades de 15-34 años en plena etapa productiva. En todos los años estudiados predominó el sexo masculino, resultando ser un 69.2 o/o en todo el quinquenio.

En general, el ahorcamiento y el envenenamiento fueron los métodos más empleados (27.5 o/o y 27.1 o/o respectivamente), y le siguieron las armas de fuego y la precipitación desde lugares elevados. El 60 o/o de los envenenamientos fueron protagonizados por mujeres.

En relación con el mes de ocurrencia tenemos a Julio (10.3 o/o) siguiendole enero, abril y octubre con 9.2 o/o cada uno.

El día en que ocurrieron más suicidios fué el Lunes con 21.4 o/o, le siguió el viernes con 15.6 o/o. Llama la atención que los picos semanales se producen inmediatamente antes del sábado y no domingo.

Prometemos nuevos aportes a tan sugestivo tema