

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS
DEL SUICIDIO EN PERSONAS DE 60
AÑOS Y MÁS EN COSTA RICA DURANTE
EL PERIODO DE 1990-2014**

Sustentante:

Alina Córdoba Artavia

Tutor:

Dra. Yazlin Alvarado Rodríguez

Julio, 2017

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDOS	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO	ii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
DEDICATORIA.....	vii
AGRADECIMIENTO	viii
RESUMEN	ix
CAPÍTULO I	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1.1 Antecedentes del problema	14
1.1.2 Delimitación del problema.....	16
1.1.3 Justificación	16
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.3.1 Objetivo general.....	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	20
1.4.1 Alcances de la investigación	20
1.4.2 Limitaciones de la investigación	20
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO.....	21
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO	22
2.1.2 Desarrollo del suicidio a nivel mundial	22
2.1.3 Situación de salud de adultos mayores en Costa Rica	29
2.2 CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL	32

2.2.1 Definiciones	32
2.2.2 Clasificación.....	34
2.2.3 Etiopatogenia	34
2.2.4 Epidemiología	38
2.2.5 Distribución mundial.....	41
2.2.6 Manifestaciones clínicas	44
2.2.7 Factores de riesgo	47
2.2.8 Factores protectores	48
2.2.9 Valoración del riesgo suicida	49
2.2.10 Manejo	52
2.2.11 Tratamiento.....	57
2.2.12 Seguimiento	59
2.1.13 Causas de muerte.....	59
2.1.14 Regiones socioeconómicas de Costa Rica.....	61
CAPÍTULO III	63
MARCO METODOLÓGICO	63
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	64
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	65
3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	66
Área de estudio.....	66
Fuentes de información	66
3.3.1 Población	66
3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	67
1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	68
CAPÍTULO IV	71
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	71
CAPÍTULO V	88
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	88
CAPÍTULO VI	99
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	99
6.1 CONCLUSIONES	100
6.2 RECOMENDACIONES	103

BIBLIOGRAFÍA	106
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	111
ANEXOS	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escalas para la evaluación psicométrica de los comportamientos suicidas.....	51
Tabla 2. Ítems para la valoración de pacientes con tentativa de suicidio.....	52
Tabla 3. Criterios para decidir el lugar idóneo de tratamiento del paciente con ideación o comportamiento suicida.....	55
Tabla 4. Mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más en Costa Rica durante el periodo de 1990-2014.....	72
Tabla 5. Mortalidad por suicidio según sexo en personas de 60 años y más en Costa Rica durante el periodo de 1990-2014.....	75
Tabla 6. Mortalidad por suicidio según grupo etario en personas de 60 años y más en Costa Rica en los periodos 1990-2002 y 2003-2014.....	78
Tabla 7. Mortalidad por suicidio según sexo y grupo etario en personas de 60 años y más en Costa Rica en los periodos de 1990-2002 y 2003-2014.....	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más en Costa Rica durante el periodo de 1990-2014.....	74
Figura 2. Mortalidad por suicidio según sexo en personas de 60 años y más en Costa Rica durante el periodo de 1990-2014.....	77
Figura 3. Mortalidad por suicidio según grupo etario en personas de 60 años y más en Costa Rica en los periodos de 1990-2002 y 2003-2014.....	80
Figura 4. Mortalidad por suicidio según sexo y grupo etario en personas de 60 años y más en Costa Rica en los periodos de 1990-2002 y 2003-2014.....	82
Figura 5. Mortalidad por suicidio según región socioeconómica en personas de 60 años y más en Costa Rica en el periodo de 1990-2014 por grupos quinquenales de años.....	84
Figura 6. Mortalidad por suicidio según cantón en personas de 60 años y más en Costa Rica en el periodo de 1990-2014 por grupos quinquenales de años.....	86
Figura 7. Mortalidad por suicidio según método empleado por sexo en personas de 60 años y más en Costa Rica en el periodo de 1990-2014.....	87

DEDICATORIA

A mi familia, quienes con amor y esfuerzo me han permitido llegar a este punto.

AGRADECIMIENTO

A todo el cuerpo docente de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana por enseñarnos con tanto entusiasmo, humildad, sentido de responsabilidad y con la motivación de siempre buscar hacer lo mejor y especialmente a mi tutora, la Dra. Yazlin Alvarado, quien ha sido fundamental y una guía excepcional para el cumplimiento de este trabajo.

RESUMEN

Introducción: la mortalidad por suicidio corresponde a un problema de salud pública a nivel mundial, mucho se ha estudiado y prevenido sobre este tema en la población principalmente joven pero es un problema que ocurre con relativa frecuencia también en la población adulta mayor, por esta razón el presente estudio se dirige a esta población específica. Existe escasa bibliografía sobre el tema en nuestro país por lo que presentar una caracterización epidemiológica sobre el suicidio en este grupo poblacional corresponde a un paso más para el desarrollo de este tema y una contribución para estudios posteriores.

Objetivo general: determinar las características epidemiológicas del suicidio en personas de 60 años y más en Costa Rica durante el periodo de 1990-2014.

Metodología: consiste en un estudio descriptivo utilizando información de las bases de datos del CCP e INEC mediante la elaboración de hojas de recolección de datos sobre las características epidemiológicas de la mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más en Costa Rica durante los años de 1990-2014

Resultados: el promedio de la tasa de mortalidad por suicidio corresponde a 8,5/100 000 habitantes corresponde principalmente al sexo masculino. El grupo etario que se vio más afectado en los hombres fue de 80-84 y 90 años y más mientras que para el sexo femenino el grupo con las tasas más altas fue el de 60-64 y 70-74 años. Dentro de las regiones socioeconómicas la que presenta las tasas más altas del periodo corresponde a la región Brunca, respecto a los cantones donde se presentó una mayor concentración de casos se encontró La

Cruz, Abangares, Zarcerro y San Mateo. El método más utilizado correspondió para el sexo masculino la lesión por arma de fuego mientras que para las mujeres se empleó con mayor frecuencia el ahorcamiento.

Discusión: los resultados demuestran que la población de 60 años y más presenta tasas muy elevadas respecto a las de la población general. Respecto al sexo se mantiene la predominancia en hombres que se presenta en la población general y el mundo. En cuanto a los grupos etarios corresponde al de 60-64 y 80-84 años principalmente. La región socioeconómica más afectada es distinta a la encontrada a la población general donde corresponde a las regiones centrales pero en este estudio dicha región no cuenta con las tasas más altas, esta diferencia se mantiene respecto a los cantones. En cuanto al método empleado los resultados son similares a los de la población general y el mundo siendo las lesiones por armas de fuego y el ahorcamiento los más utilizados.

Conclusiones: se distingue una marcada y preocupante cantidad de casos en ancianos primordialmente hombres; se convierte en una situación de salud urgente a tratar, identificando factores de riesgo que puedan ayudar a prevenir la realización de un acto desesperado.

Palabras clave: suicidio, anciano, adulto mayor.

Abstract

Introduction: suicide mortality is a worldwide public health issue, there has been a lot of studies and prevention about this subject in the young population but is a problem that also occurs with relative frequency in the elderly population, it is why this study is based on that specific population. There is poor bibliography about this subject in our country so presenting an epidemiologic characterization about suicide in this population group sets one more step and a contribution for farther studies.

General objective: establish the epidemiologic characteristics of suicide in persons of 60 years and older in Costa Rica in the period of 1990-2014

Methodology: consists on a descriptive study using the information of the CCP and INEC database and data collection sheets about the epidemiologic characteristics of the suicide mortality in persons of 60 years and older in Costa Rica during the years of 1990-2014

Results: the average mortality rate is 8, 5/100 000 persons, primarily male. The age group more affected was 80-84 and 90 years and more, meanwhile for the women the group with the highest rates was 60-64 and 70-74 years old. Regarding the socioeconomic regions that presents the highest rates of the period we found the Brunca region, according to the cantons, the places with the highest cases concentrations where La Cruz, Abangares, Zarcero and San Mateo. The most common method used was fire arms for men and hanging for the female sex.

Discussion: the results show that the 60 years and older population have higher rates regarding the general population. According the sex the results maintain the predominance of men that we found in the general population and the rest of the world. Regarding the age groups a difference between the general population was found, the most affected groups are the economically active ones but in the population in the study are the ones who are 60-64 and 80-84 years old mostly. Another difference was found according the socioeconomic region, for the general population this correspond to the Central region but for the elderly this region doesn't have the highest rates, this difference between the general population and the elderly it's maintain regarding the cantons. According to the method of suicide the results are similar for the general population and the world where the injuries caused by firearms and hanging are the most used.

Conclusions: even though there isn't a maintain growth in the rates along the period there isn't either a tendency to decrease so the importance we should give to this subject continues, in fact it intensify given the relevance of the results, it shows an important and worrying amount of cases in the elderly especially men, it becomes in a health situation that urgently needs treatment identifying risk factors that can help prevent the execution of such a desperate act.

Key words: suicide, elderly, aged.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

En el mundo, la muerte por suicidio es responsable de un 50% de todas las muertes violentas en el hombre y hasta un 71% en mujeres, siendo en gran parte de regiones la población de 70 años o más quienes acaban con su vida de esta manera, según datos de la OMS⁽¹⁾.

Se han encontrado varias publicaciones relacionadas con suicidio en Costa Rica pero de una manera general, es decir, todos los grupos de edad, gracias a los datos obtenidos por el INEC y los anuarios del Organismo de Investigación Judicial (OIJ).

En el período de 1980-1994, Granados, citado por Sáenz⁽²⁾ registró una tasa promedio anual de suicidios de 4,8/100 000, los grupos de edad que documentaron una mayor cantidad de suicidios fueron de 30-39 años y los mayores de 75 años; un análisis realizado del 2000-2009⁽²⁾ documentó que el grupo mayor de 60 años en dicho período, que fallecieron por suicidio correspondió a un 10,4% del total de muertes por suicidio de un total de 3 112 suicidios en esa primera década del siglo XXI.

En 1991 el Dr. Ugalde Lobo⁽³⁾, especialista en medicina legal realizó un estudio sobre suicidio en personas mayores de 60 años en Costa Rica en el periodo de 1981-1990 utilizando los datos del Departamento de Medicina Legal de este país, posterior a este estudio no se encuentra ninguna publicación en Costa Rica que hable específicamente de este problema en esta población específica.

A nivel internacional, la revisión bibliográfica muestra una variedad de estudios realizados en distintos países.

Estados Unidos en el 2008⁽⁴⁾ realizó un estudio sobre suicidio y conducta suicida para la población en general donde la meta del autor era determinar la prevalencia de este tema a nivel nacional.

En China⁽⁵⁾ se realizó un estudio para determinar la tendencia del suicidio en los adultos mayores en relación a los cambios poblacionales que ha tenido ese país desde 1987 al 2014.

Malasia⁽⁶⁾ realizó un estudio en el 2015 donde se revisaron todos los casos de suicidio para determinar las características epidemiológicas de este problema especialmente en la población adulta mayor.

A nivel de Latinoamérica y el Caribe se encuentra literatura sobre suicidio de países como Brasil⁽⁷⁾ que describe la cantidad de ingresos hospitalarios por intento de suicidio en adultos mayores además de evaluar la fragilidad de los datos encontrados en los sistemas evaluados.

En Colombia y México⁽⁸⁾ se realizó un estudio que analiza el impacto de este problema en la población general para tratar de determinar sus características epidemiológicas.

En Cuba⁽⁹⁾ se realizó una investigación de tipo descriptivo retrospectivo para la caracterización del suicidio en toda la población desde 1987 hasta el 2014, donde se utilizaron todos los registros sobre muertes por suicidio obtenidos del Ministerio

de Salud Pública Nacional donde se utilizaron variables como sexo, edad, color de piel, método utilizado, dentro de otras variables.

1.1.2 Delimitación del problema

La muestra consiste en el número total de muertes por suicidio documentadas desde 1990 hasta el 2014, incluyendo ambos sexos, a partir de los 60 años de edad en todo el territorio costarricense.

1.1.3 Justificación

El suicidio es un acto que va en contra del desarrollo de la medicina, la cual se basa en mejorar la calidad de vida, curar enfermedades para así prevenir la muerte, pero cuando una persona deliberadamente decide acabar con su vida genera un impacto social, emocional y biológico.

La población estudiada es particularmente especial, se trata de personas de 60 años y más, quienes para el 2050 se espera que conforme más de un millón de personas⁽¹⁰⁾, otro factor es la imagen que se tiene de ellos, personas que ya vivieron gran parte de su vida, cumplieron metas, y que de una forma implícita se espera que fallezcan ya sea por causas naturales o por sus enfermedades concomitantes, pero, ¿cuántos de ellos toman la decisión de acabar con su vida? ¿Existen ahora más casos que antes o todo lo contrario?

Determinar el comportamiento y número de suicidios en un período de 24 años, en una población que actualmente está creciendo y se espera que continúe aumentando permite concientizar y tomar medidas para procurar el bienestar de ese grupo etario, de todo un país, reconocer en qué situación se encuentra

nuestra sociedad actualmente, en qué lugar se encuentra el suicidio como causa de muerte, si existe vulnerabilidad en un grupo poblacional imprescindible y tanpreciado como son los adultos mayores, para así protegerlos y prevenir el aumento del número de muertes por esta causa, muertes que pueden evitarse si se tienen los datos para identificar el riesgo.

La falta de estudios enfocados en el suicidio únicamente en adultos mayores es la principal motivación para realizar esta investigación, se sabe que la población adolescente y de adultos jóvenes son el grupo más afectado por esta patología y por lo tanto requiere más estudio, por ser un grupo que se encuentra económicamente activo, cuyo fallecimiento repercute directamente en el desarrollo de un país, pero no se puede dejar de lado la otra cara de la moneda, los adultos mayores son vulnerables, debido a la presencia de patologías crónicas además de su frecuente abandono, por lo que reconocer las características epidemiológicas del suicidio en ellos es de gran interés social.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características epidemiológicas del suicidio en personas de 60 años y más en Costa Rica durante el período de 1990-2014?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar las características epidemiológicas de los suicidios en personas de 60 años y más en Costa Rica en un periodo de 1990-2014.

1.3.2 Objetivos específicos

Describir la mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más según sexo y edad de 1990-2014.

Identificar la mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más según cantón y región socioeconómica.

Caracterizar los suicidios en personas de 60 años y más según método empleado

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

- ✓ Se presentó la evolución y caracterización del tema de suicidio en personas de 60 años y más en Costa Rica en las últimas décadas.
- ✓ Se aportó material bibliográfico sobre el tema que pueda ser utilizado para estudios posteriores.
- ✓ Se logró demostrar que los casos de suicidio en esta población son frecuentes por lo que el trabajar en su prevención debería ser un propósito tanto en la sociedad como a nivel institucional.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

- ✓ Mal estado de los documentos escaneados sobre mortalidad del INEC desde 1990 hasta 1999.
- ✓ Diferencia en los códigos para método empleado a partir del año 1996 cuando se estableció el CIE-10.
- ✓ Ausencia de estudios sobre mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más según regiones socioeconómicas en el país.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

El concepto que se tiene del suicidio ha ido cambiando a lo largo del tiempo, tomando en cuenta que el origen del hombre y el suicidio tienen la misma antigüedad, una manera ordenada de entender su historia es dividiéndolo en los períodos de la humanidad misma.

La evolución de la percepción de este tema se ha visto modificada por las ideas de pensadores, filósofos y por supuesto la religión, pasando de considerarse un acto heroico, noble, a una ofensa a Dios, siendo posteriormente comprendido y tolerado por algunos grupos.

Se incluye también la situación de salud de los adultos mayores en Costa Rica, incluyendo salud mental, la evolución de esta a través de los años y las políticas sobre el tema en Costa Rica.

2.1.2 Desarrollo del suicidio a nivel mundial

Antigüedad

El primer registro escrito que existe es un papiro que tiene más de 4000 años de antigüedad⁽¹¹⁾, se encontró en Egipto y es del año 2000 a.C. llamado “Discusión entre un desesperado y su alma”⁽¹²⁾, trata sobre un hombre que desea morir pero se ve persuadido por su alma para no hacerlo.

Por su parte, en Grecia, se encuentran textos que aluden al suicidio, pero no se utiliza esta palabra como tal, sino que se utilizan expresiones metafóricas.

Otro factor realmente importante era la forma y la causa del acto, por ejemplo el ahorcamiento se consideraba vergonzoso, utilizado para los delincuentes, por lo

que había que ser cuidadoso con la forma en la que se elegía morir, las causas más frecuentes eran honor, vergüenza, dolor.

El suicidio en este período también se utilizó como método de supervivencia, en las aldeas los ancianos, deformes o enfermos se retiraban a morir para que su alimento fuera utilizado por el resto de la comunidad, consistía un acto noble, que aseguraba la permanencia de los fuertes y sanos en la aldea para su desarrollo.

Para los filósofos de la época no se trataba de un acto honorable, sino una ofensa contra el estado la cual ameritaba castigo; Platón lo condena, considerándolo una ofensa a los dioses y un delito contra la sociedad y propone entierro sin honores, en lugares deshabitados y tumbas sin identificación⁽¹³⁾, aunque fue tolerante en algunos casos, por ejemplo, cuando la causa fuera por amor, enfermedad o como forma de autocastigo si la persona había cometido un delito hacia el estado⁽¹¹⁾, Aristóteles lo considera un acto de cobardía y atentado contra el estado, su patria y toda la sociedad, pero lo excusa en enfermedades incurables, angustia insoportable o por vergüenza⁽¹¹⁾, Pitágoras lo consideraba un acto de rebeldía contra Dios⁽¹²⁾, todas estas críticas por parte de estos personajes permite que el suicidio sea un tema de intervención por parte del estado, añadiéndose como tema legislativo y por lo tanto conlleva sus castigos correspondientes.

Así mismo, en Roma, los suicidios se presentaban con frecuencia, se debían generalmente a demencia, edad avanzada; para evitar las complicaciones que esta conlleva, dolor físico, vergüenza, desesperanza, pero se consideraba un privilegio únicamente para los nobles, los esclavos no podían realizarlo e irónicamente se castigaba con su muerte o una disminución en su precio. Hacia el

final del periodo e influido por las ideas del neoplatonismo y el culto precristiano los castigos fueron más severos, era un acto condenable, se le negaba sepultura, el cuerpo sufría toda clase de humillaciones, se destruía su testamento y se le confiscaban los bienes⁽¹³⁾ a aquellos que se atrevieran a quitarse la vida sin razón aparente.

Se marcaron dos etapas para el suicidio en Roma durante este periodo, con Cicerón (106-43aC) era condenado pero se permitía si se trataba de un acto heroico, por amor, abnegación o defensa del honor. La segunda etapa, con Constantino (290-337dC) fue penalizado y se tomaron medidas más estrictas no antes vistas, se realizaban confiscaciones de los bienes de la familia para remunerar al estado por su pérdida, pero se reconoce el concepto de Non compus mentis, “sin control de su mente”⁽¹¹⁾, la cual fue la primera representación legal de un acto cometido por un estado mental alterado, se toleraba en estos casos.

Edad media

Este periodo fue el más sombrío en cuanto a castigos por el acto de suicidio se refiere, pero vale la pena resaltar lo siguiente:

“Fueron las leyes civiles- no las religiosas- las que con su insólito rigor marcaron durante siglos el desafortunado destino de los suicidas”⁽¹²⁾

Atrás quedaron los días donde se consideraba un acto honorable, comprendido o al menos tolerado, no será hasta un siglo después que la sociedad vuelva a tener compasión hacia los suicidas.

San Agustín, apologeta cristiano del siglo IV fue la figura más relevante de este periodo al interpretar el sétimo mandamiento entregado por Dios a Moisés, “No matarás”, para él significaba al no ser continuado por “a tu prójimo” que no se debería tomar la vida de nadie con sus manos, incluyendo la propia o especialmente la propia, debido a que ni la ley divina ni la humana da el derecho de tomar esa decisión⁽¹⁴⁾.

Se presenta entonces una nueva visión respecto al suicidio, con nuevos castigos y señalamientos que afectan tanto al suicida como a su familia; la religión y el criterio de muchos pensadores del periodo van a cambiar el panorama que existía.

En el año 1693, gracias al Concilio de Toledo⁽¹²⁾ se permite la imposición de penas muy severas, dentro de ellas se encuentran la excomunión de los suicidas incluyendo a los fallidos, el hecho de atreverse a intentarlo era suficiente para condenarlo, ya no se justificaba ninguna muerte de este tipo, los hombres suicidas eran colgados y las mujeres quemadas, habían lugares para su entierro, lejos de cualquier ser vivo o muerto, fueron despojados de sus bienes y consistía en una deshonra para la familia.

Por estas actuaciones es que nace la idea de que los cristianos deben aceptar la vida y la muerte como una decisión del mismo Dios, y que ningún hombre puede decidir sobre esto, esta creencia perdura hasta nuestros días, este hecho hace que la religión inflencie en la visión de las personas, los castigos eran severos pero tenían un propósito, evitar que las personas tomaran su vida con sus manos, bajo un régimen de miedo, la historia permite conocer que muchas de las

creencias, de los conceptos que se tienen en la actualidad son resultado de condenas, castigos y temor.

Renacimiento

Hacia los tiempos finales de la edad media se empezó a disminuir la condena para los suicidas, se dio un pequeño destello de tolerancia y comprensión, especialmente para aquellos con alteraciones mentales, las leyes fueron perdiendo dureza poco a poco.

En esta época dio su aparición el racionalismo francés, gracias a este es que se disminuyen las condenas hacia el suicidio, se logra un ambiente de tolerancia y compasión. La iglesia católica se fracciona, a pesar del cambio en la mentalidad hacia el suicidio, las divisiones religiosas mantienen una postura unánime, se sigue considerando como un acto de desafío a Dios, y se mantienen las condenas, al menos morales, hacia los suicidas.

Se da una revisión nueva de los conceptos antiguos grecorromanos, lo que permite que gracias a la influencia del pensamiento francés se logre despenalizar el acto suicida después de la revolución francesa, evidenciado por la falta de leyes penales sobre el suicidio en el código napoleónico⁽¹¹⁾, se observa un resplandor de tolerancia, una nueva conciencia colectiva respecto al suicidio para las épocas que vienen.

Edad moderna y contemporánea

Ya el suicidio no se considera un hecho criminal, por ende deja de ser castigado, los pensamientos de Voltaire y Hume influyen de gran manera considerando que

la libertad humana y el derecho de este a acabar con su vida son pilares fundamentales del desarrollo del hombre, junto a Montesquieu y Rousseau forman las bases filosóficas del derecho de cada persona a decidir su muerte, todo gracias a al surgimiento de la moral laica, el prestigio de la ciencia y la propagación del humanitarismo legal⁽¹³⁾, Voltaire considera el suicidio como un acto que le compete únicamente a la persona dispuesta a cometerlo, defendiéndolo bajo la justificación de que más daño le generan los homicidios de guerra al estado que la muerte de un solo hombre por su propia mano⁽¹²⁾.

El cristianismo durante el siglo XX disminuye sus condenas respecto a los suicidas y acepta que existe un grupo de personas cuya capacidad mental se encuentra alterada y que por consiguiente pudieren cometer este acto sin ser realmente condenados.

Posteriormente, se verá todo un cambio de perspectiva respecto al suicidio, ya las motivaciones son distintas y la investigación se centra en el descubrir por qué una persona se suicida. El psicólogo académico Thomas Joiner, líder en el tema de suicidología nos dice lo siguiente:

“No es suficiente que la persona desee matarse, lo más importante es hacerlo y esto implica ir en contra de uno de los instintos más fuertes y antiguos del ser humano como lo es el instinto de autopreservación”⁽¹¹⁾.

Ya en este periodo se da un cambio de mentalidad, lo que abre puertas para la investigación científica y psicológica respecto al suicidio, se da el advenimiento de distintas teorías que nos permiten llegar a lo que conocemos hoy.

Daray et al⁽¹³⁾ nos muestran el suicidio bajo dos focos, como hecho psicopatológico, donde Esquirol, alumno de Pinel, lo considera bajo las mismas dudas con las que se estudian las enfermedades mentales, y lo relaciona a actos impulsivos, secundario a episodios de delirium, manía, hipocondría, entre otras; para 1983 se considera el suicidio como un síntoma, que podía encontrarse en cualquier otro estado de alteración mental y niegan la existencia del suicidio no patológico.

Fue estudiado también como hecho social, con su más preciada publicación *El Suicidio*, Emil Durkheim en 1897, citado por Daray⁽¹³⁾ en el 2016 da una nueva percepción y expone el término anomia para describir una situación social en la que se ve un individuo cuya integración en sociedad se encuentra severamente afectada, se reconoce el ámbito social como un determinante sumamente relevante e influyente en cada individuo.

Durante los siglos XIX-XX⁽¹²⁾, con el desarrollo de la sociología, el psicoanálisis y la medicina se ha tratado de explicar, clasificar y prevenir el suicidio, se empieza a estudiar la influencia genética, los aspectos individuales y psicológicos, estudiar cada caso individualmente va a permitir el desarrollo de los conocimientos actuales del suicidio.

Actualidad

Se procede con el estudio de la causa y la clasificación del suicidio, en 1954 Henry Ey, citado por Daray et al⁽¹³⁾, lo clasifica en a) raptus suicida, cuando se presentan de forma agresiva y espontánea, b) comportamiento suicida impulsivo, por una

organización alterada de la conciencia, que pasa por impulsos suicidas y c) reacciones suicidas delirantes, cuando existen ideas patológicas.

En 1970 el Comité de Clasificación y Nomenclatura lo cataloga como a) suicidio, b) intento de suicidio y c) ideas suicidas(15), con el fin de lograr una adecuada separación de las acciones, ya que tienen repercusiones a la hora de evaluar a un paciente psiquiátrico. El DSM-IV lo clasifica como síntoma de un trastorno mental, mientras que el DSM-V lo ubica en otro apartado como Trastorno de comportamiento suicida, los criterios toman en cuenta únicamente si hubo o no intento con una perspectiva temporal, incluyendo parámetros de suicidabilidad como lo son letalidad, planificación, intento previo y las comorbilidades del paciente.

2.1.3 Situación de salud de adultos mayores en Costa Rica

Durante las últimas décadas la población mayor de 60 años ha logrado un creciente aumento, originado principalmente por dos factores, el aumento en la esperanza de vida y la disminución en las tasas de natalidad.

Debido a estos factores la población adulta mayor está y seguirá en un constante crecimiento; para el año 1973 se contabilizaban 104.000 personas mayores de 60 años, en el 2012 315.000 personas y según las proyecciones se espera que para el 2050 sean más de un millón de personas⁽¹⁰⁾.

Existen una serie de políticas y programas que tienen como fin la protección y el apoyo para la población adulta mayor, ya que muchas de estas personas viven en condiciones de pobreza, abandono, soledad, violencia, es responsabilidad de la

población y del país vigilar por la seguridad de los adultos mayores, a partir de 1999 se crean una serie de leyes que tienen como fundamento la protección de este grupo etario, para mencionar algunas se encuentran las siguientes, ley N° 7935, Ley Integral de la Persona Adulta Mayor, ley N° 8153 y los Decretos N° 29679-S y N° 30571-S donde se obliga a todos los establecimientos que ofrecen servicios a los adultos mayores habilitarse ante el Ministerio de Salud para autorizarles un financiamiento parcial de los recursos económicos del Estado, Ley N°5662, Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, entre otras; el ente encargado de velar por el cumplimiento de estas leyes es el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

Existen también otras agrupaciones de sociedades civiles y entes del Estado que brindan programas a esta población, algunas de ellas son Asociación Gerontológica Costarricense, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano, Instituto Mixto de Ayuda Social.

En el 2004 el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud realizaron un análisis sobre la situación de salud mental en Costa Rica, lo que permitió reconocer la importancia sobre este tema y la necesidad de tomar medidas para ayudar a esta población, incluyendo así la creación de políticas y otros programas en pro de la salud mental, definida por la OMS en el 2001 como “el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales”⁽¹⁶⁾.

La Caja Costarricense de Seguro Social tiene múltiples programas para la atención de las personas con trastornos de salud mental, tanto la asistencia como la rehabilitación de estos, además, cuenta con programas basados en la promoción de la salud mental.

A finales del año 2002, el Ministerio de Salud, gracias a un proceso de análisis de situación de salud mental implementó la política de salud mental donde se agrupan las siguientes áreas de intervención, fomentar las acciones dirigidas a la promoción de la salud mental, incluyendo prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales en todos los niveles de atención de salud, principalmente el primer nivel y prioritariamente la población infantil y juvenil, se enumeran un conjunto de estrategias y acciones para la mejor atención de la población en tema de salud mental y principalmente la prevención de y control de los factores desencadenantes, permitiendo la realización de planes para la atención integral de la población.

2.2 CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1 Definiciones

La RAE⁽¹⁷⁾ define suicidio como acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien lo realiza, concepto muy general, ya que incluye situaciones en las cuales el sujeto puede no estar consciente de las consecuencias del acto a realizar, lo cual es realmente indispensable para catalogar un acto que culmina en la muerte como suicidio; en el año 1976 la OMS lo define como:

“Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”⁽¹⁸⁾,

Para el 2010 la misma organización lo reformula de la siguiente manera:

“El acto deliberado de quitarse la vida”⁽¹⁹⁾

En ambas definiciones se hace referencia al conocimiento de la persona de que el acto que va a llevar a cabo puede causarle la muerte.

Gutiérrez y cols. lo definen como

“El acto de matarse a sí mismo”⁽²⁰⁾

Pero lejos de ser únicamente un acto, para tratar de comprenderlo y manejarlo se debe abarcar como un conjunto complejo, llamado comportamiento suicida, incluye desde ideación, amenazas, el intento y el hecho consumado, enfrentarlo

desde esta percepción se vuelve fundamental para la prevención de este grave problema de salud pública.

Según las Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales (RTM-3)⁽²¹⁾ cada una de las partes del comportamiento suicida se define de la siguiente manera:

Suicidio: muerte provocada a sí mismo con evidencia de que la persona deseaba morir.

Intento de suicidio: acto con resultado no letal e iniciado deliberadamente por el mismo sujeto que le cause una lesión.

Suicidio frustrado: la interrupción no esperada de la consumación de la muerte de la persona.

Ideación suicida: pensamientos universales sobre su propia muerte, el deseo de morir pero sin planear el acto.

Amenazas suicidas: expresiones verbales o escritas del deseo de morir.

Por otra parte Silverman y cols.⁽²²⁾ realizaron en el 2007 una modificación a la nomenclatura con el fin de mejorar y universalizar los conceptos de comportamiento suicida, de forma más organizada y catalogando el riesgo de llegar al suicidio consumado, basándose en los criterios operacionales para la determinación del suicidio (OCDS por sus siglas en inglés).

Se puede concluir con que la definición de suicidio va mucho más allá del simple acto de matarse, constituye un conjunto de factores determinantes en la realización de éste, todos igual de importantes en el manejo de esta patología.

2.2.2 Clasificación

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), en su quinta edición todavía carece de un código para el comportamiento suicida, se considera como un riesgo asociado de algún otro trastorno psiquiátrico, sin embargo en la sección III del DSM-5⁽²³⁾ llamada Medidas y modelos emergentes se incluye el apartado Condiciones para un mayor estudio donde se encuentra el tema Desordenes de conducta suicida, donde se mencionan datos para su clasificación

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en su publicación de guía de bolsillo con énfasis en la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento⁽²⁴⁾ incluye suicidio dentro de causas externas de mortalidad y morbilidad (V01-Y98), autolesiones intencionales (X60-X84) que incluye envenenamiento o daño autoinfligido y suicidio.

2.2.3 Etiopatogenia

Existen múltiples publicaciones donde se trata de explicar la causa de esta conducta, varias con enfoques distintos, por lo que no existe un consenso que determine una causa específica, probablemente porque no existe y la conducta suicida es resultado de la interacción de varios factores que se presentan a continuación, por este motivo y basado en la literatura se abarca este apartado

bajo tres contextos revisados, el contexto social, el modelo de estrés diátesis y el enfoque neurobiológico de la conducta suicida.

Contexto social

En el año 1987 el autor Emile Durkheim fue el primero en escribir sobre las bases sociales del suicidio, separándolo de la psicología y dándole un enfoque meramente sociológico, no para descubrir por qué una persona cometía este acto si no que su objetivo principal era determinar porque algunos grupos tenían tasas de suicidio más altas que otras, Ritzer nos dice:

“si hay variaciones en la tasa de suicidio de un grupo a otro o de un periodo a otro, Durkheim pensaba que la consecuencia sería consecuencia de variaciones en los factores sociológicos, en especial las corrientes sociales”⁽²⁵⁾

Para lograr comprender la visión del autor es importante exponer los tipos de suicidio que él mismo clasificó.

Suicidio egoísta⁽²⁶⁾: corresponde a aquel que se presenta en grupos con una falta de integración a la sociedad, la cual es considerada como un apoyo colectivo que le permite a la persona sentirse respaldado.

Suicidio altruista⁽²⁵⁾: es el caso contrario al suicidio egoísta, se presenta cuando la integración a un grupo social o de cualquier otro tipo es demasiado fuerte, la persona como individuo deja de existir y le pertenece al grupo, donde los códigos o ideales están por encima de cualquier otro factor.

Suicidio anómico⁽²⁶⁾: se presenta cuando se da una interrupción del orden que impone la sociedad, los individuos quedan prácticamente a la deriva, sin ninguna clase de control, lo que genera una falta de sentido de pertenencia.

Suicidio fatalista⁽²⁵⁾: a diferencia del anómico, que se presenta cuando no hay una regulación social, este tipo ocurre cuando la regulación es extrema, opresiva, que conlleva una forma de buscar la liberación.

Modelo estrés- diátesis

Otra forma de tratar de explicar el comportamiento suicida se basa en la presencia de factores estresores y una predisposición individual no dependiente de algún trastorno mental para este comportamiento, este modelo de estrés diátesis fue presentado por primera vez por John Mann⁽¹³⁾.

El término diátesis se define como la predisposición de un individuo para padecer alguna enfermedad específica⁽²⁰⁾, dentro de los factores estresantes se puede mencionar la reagudización de un trastorno mental, principalmente la depresión o una situación psicosocial aguda⁽¹³⁾, como las experiencias traumáticas. Este modelo comprende entonces que la presencia de un factor estresante genera una ideación suicida en un individuo ya predispuesto por una actitud de desesperanza e impulsividad en algunos casos, ya sean actitudes por alguna enfermedad mental de fondo o no que conllevan al acto suicida.

Neurobiología

Heeringen⁽²⁷⁾ en el 2014 realizó una publicación sobre neurobiología de la suicidalidad donde toma información de múltiples estudios post mortem e in vivo

para demostrar la importancia de esta ciencia para ayudar a prevenir la conducta suicida, lo relaciona fuertemente con el modelo estrés diátesis y considera que la identificación de biomarcadores para riesgo suicida puede ayudar a predecir el riesgo después de exposición a factores estresores. Destaca también la importancia de la herencia en este tema, atribuyéndole un 50%⁽²⁷⁾ del riesgo suicida debido a la diátesis; otro factor de gran importancia son los efectos de la epigenética en los problemas de la niñez, por ejemplo en casos de abuso sexual o físico infiriendo en que estos eventos traumáticos podrían aumentar la conducta suicida.

Dentro de las alteraciones celulares en estudios post mortem en individuos que han fallecido por suicidio, se han encontrado cambios en múltiples tipos de células, neuronas y células de la glia, como astrocitos y oligodendrocitos, la presencia de más neuronas serotoninérgicas y más TPH2 (triptófano hidroxilasa 2, enzima encargada de limitar la velocidad de síntesis de serotonina) y mayor concentración de serotonina. Se observa además una deficiencia de neuronas noradrenérgicas en el locus cerelus.⁽²⁷⁾

Otra publicación del 2015 realizada por María Albert Sogorb⁽²⁸⁾ estudia el sistema endocannabinoide y su relación con la conducta suicida, analizaron la expresión genética del receptor cannabinoide 2 (Rcb2) mediante técnica de PCR en la corteza prefrontal dorsolateral y la amígdala de los individuos suicidas y los controles, de éste estudio podemos extraer las siguientes conclusiones, la expresión génica del receptor endocannabinoide 2 se encuentra reducida de manera significativa en las regiones cerebrales estudiadas de los individuos que

cometieron suicidio; el receptor mencionado desempeña un papel importante en la neurobiología del suicidio; los resultados del estudio señalan al receptor CB2 como una nueva marca terapéutica en el tratamiento de enfermedades mentales que se asocian con riesgo de suicidio; existe una posibilidad terapéutica del sistema endocannabinoide para el tratamiento de patologías psiquiátricas incluyendo el suicidio; gracias al desarrollo de la ciencia y de la medicina la búsqueda de las bases tanto biológicas, sociales, psicológicas y genéticas pueden ser estudiadas para encontrar la manera de luchar contra la conducta suicida y evitar el número desproporcionado de muertes por esta causa.

2.2.4 Epidemiología

Para una mejor visión de la epidemiología del suicidio en Costa Rica se abarca según grupos, ya sea la tasa en general, sexo, edad, estado civil, ubicación geográfica y método empleado, basado en la información de las publicaciones de autores nacionales y los anuarios judiciales del Organismo de Investigación Judicial (OIJ).

Tasas

Durante el periodo de 1980-1994 el autor Granados, citado por Sáenz Rojas⁽²⁾ en el 2011 determina una tasa promedio anual de 4,8/100 000hab; durante los años 1995, 2000, 2001 y 2002 las tasas por cien mil habitantes fueron las siguientes 6.2, 6.3, 4.7 y 6.6 respectivamente, realizado mediante la recopilación de datos de los Anuarios de Estadísticas Policiales del Poder Judicial; en el periodo de 2000-2004, gracias al Anuario Policial 2004 se registró un promedio de 251,8 casos al año⁽²⁹⁾, del 2000-2009 se documentó una tasa de 7,4/100 000hab con un total de

3112 fallecimientos por suicidio durante esta década⁽²⁾, ya para el año 2013 los casos de suicidio aumentaron en 40 casos en comparación al año anterior que tuvo 322 fallecimientos por esta causa, aumentando en solo un año un 12%⁽³⁰⁾

Sexo

Ugalde⁽³⁾ en 1991 realizó un estudio para el periodo de 1981 a 1990 donde investigó 118 autopsias de muerte por suicidio en personas mayores de 60 años, documentó 109 en hombres y únicamente 9 casos en mujeres obteniendo una relación de 12:1, aunque para ese momento la relación era de 5 hombres por cada mujer. Del 2000-2004 se identifica un 87,3% de muertes por suicidio en hombres y un 12,7% en mujeres⁽²⁹⁾, en otra publicación del 2000-2009 se encontró una proporción de 5,95:1 hombres por cada mujer, con una tasa para hombres de 12,5/100 000 y 2,1/100 000 para las mujeres⁽²⁾, específicamente para el año 2002 se obtiene una proporción de 6 hombres por cada mujer, con porcentajes de 88,2% en hombres y 11,8% en mujeres⁽¹⁶⁾. Para el 2013 se presentan 312 casos de suicidio en hombres y 50 mujeres correspondiendo a un 86% y un 14% respectivamente⁽³⁰⁾

Edad

Durante el periodo de 1980-1982 la edad promedio fue de 35 años y de 38 años de 1992-1994, pero es necesario tomar en cuenta la esperanza de vida del periodo, los grupos de edades con la mayor tasa de muerte por suicidio fue de 30-39 años y los mayores de 75 años⁽²⁾. De 1981-1990 específicamente en la población mayor de 60 años se documentó una edad promedio en hombres de 60-69 años y en mujeres de 70 años⁽³⁾, del 2000-2004 predomina el grupo de edad de

20-44 años, aunque se reconoce a la población anciana como grupo de interés que representó un 11,2% de todos los suicidios, se enfatiza en que cometen menos intentos de suicidio que los grupos más jóvenes pero presentan mayor cantidad de suicidios consumados⁽²⁹⁾. Durante el 2000-2009 los grupos con mayor cantidad de suicidios fueron de 20-29 años y 30-39 años, el grupo mayor de 60 años correspondió a un 10,4%, una quinta parte del total de muertes por esta causa⁽²⁾. Para el 2013 el grupo de fallecidos por suicidio de 18-64 años obtuvo un 85% del total, un 9% correspondió a mayores de 64 años con un total de 33 casos⁽³¹⁾.

Ubicación geográfica

De 1980 a 1994 la mayor cantidad de suicidios se dio en San José correspondiendo a un 39%, seguida por Alajuela con un 17% y Limón con un 11%, refiere que la provincia de Limón y Guanacaste presentaron un ascenso leve en los trienios estudiados, dentro de los 10 cantones con la mayor tasa encontramos los siguientes, Dota (13,4%), Tarrazú (12,1%), León Cortés (10,9%), Alvarado (10,1%), Pococí (9,5%), Talamanca (8,1%), Matina (7,9%), Abangares (7,9%), Guácimo (7,3%) y Cañas (7,0%)⁽²⁾, estos cantones presentan una tasa de promedio anual superior al promedio nacional que correspondía a 4,8/100 000.

Método empleado

En el periodo de 1980-1990 los suicidios mediante arma de fuego representaron un 35%, por ahorcamiento 31% e intoxicaciones un 17%⁽³⁾. Del 2000-2004 la mayoría fue debido a asfixia por suspensión correspondiendo a un 35,2%⁽²⁹⁾. Para

el 2013 se observa la suspensión con un 54%, un 23% mediante envenenamiento, 15% por arma de fuego y 4% por precipitación⁽³⁰⁾

2.2.5 Distribución mundial

Según datos de la OMS⁽¹⁾ para el 2012 fallecieron un total de 804 000 personas por suicidio, correspondiendo a una tasa de 11,4/100 000hab, 15,0/100 000 para hombres y 8,0/100 000 para mujeres. Pero estos datos podrían ser aún mayores si se toma en cuenta la limitante de subnotificación debido a que en muchos países esta forma de morir es un tabú y es prohibido en algunos países, además en muchos casos se trata de ocultar la verdadera causa de muerte haciéndolo pasar como un accidente, principalmente en poblaciones más jóvenes.

Los países ricos son los que presentan tasas más altas de mortalidad por suicidio a nivel mundial, específicamente tres veces más alta que países de bajos y medianos recursos donde además se observa una razón hombre mujer menor de 1,5:1 a diferencia de países desarrollados donde la razón es de 3,5:1; el suicidio corresponde a un 50% del total de muertes por causas violentas en hombres y un 71% en mujeres. Las tasas más elevadas se observan en el grupo ≥ 60 años. Dentro de los medios más utilizados se encuentran envenenamiento con plaguicidas, ahorcamiento y armas de fuego⁽¹⁾.

En el 2014 la OPS⁽²⁷⁾ realizó un estudio epidemiológico sobre suicidio en la región de las Américas del 2005-2009, de dicha publicación podemos extraer los siguientes datos, se obtuvieron un total de 65 000 defunciones por suicidio, correspondiendo a una tasa de 7,3/100 000hab en el periodo evaluado, Según tasas por 100 000 habitantes los resultados son los siguientes, , América Latina y

el Caribe 5,2; América del Norte 10,1; América Central, Caribe no hispano y México 5,3; Suramérica 5,2 y el Caribe hispano 7,4. Siendo América del Norte y el Caribe hispano los que cuentan con las tasas más elevadas, mientras que América Latina, Caribe no hispano y Suramérica corresponden a las tasas más bajas.

Refiere que en relación a años anteriores, específicamente a partir de 1990 las tasas de mortalidad por suicidio ajustadas según la edad en las Américas han sido estables, pero en América Latina y el Caribe las tasas correspondientes a totales y por sexo se encuentran en ascenso.

Según sexo se obtuvieron tasas de 11,5/100 000 en el género masculino y de 3,0/100 000 en mujeres, correspondiendo a una razón hombre mujer de 3,8:1, según la edad el grupo ≥ 60 años obtuvo un 19,9% del total de muertes por suicidio, la tasa más elevada se observó en los mayores de 70 años de edad con un 12,4/100 000 a excepción de América del Norte y el Caribe no hispano donde la tasa más elevada se vio en grupos más jóvenes. El método más utilizado fue la asfixia con un 39,7%, por arma de fuego 33,3%, envenenamiento 18,2%, en América del Norte el método que se documentó con mayor frecuencia fue por arma de fuego (47,2%); por sexo, en hombres se utilizó más la asfixia (41,7%), en cambio en mujeres hay diferencia por región, es decir, en América del Norte y el Caribe no hispano se dio el uso de envenenamiento (36,5%), y en América Central, Caribe hispano y México el método más utilizado fue la asfixia (32,1%)⁽³²⁾.

En Estados Unidos se calcula una cifra de 30 000 muertes por suicidio al año⁽³³⁾, para el periodo de 1990-2005 se documentó una tasa de muertes por suicidio de

10,8/100 000 habitantes, en los mayores de 60 años se observó una disminución importante al pasar de 41,4/100 000 en 1990 a 29,5/100 000 en el 2005, respecto a la razón hombre mujer esta varió entre 3:1 y 7,5:1⁽⁴⁾.

En Cuba⁽⁹⁾ durante el periodo de 1987-2014 se documentó el suicidio como la 9° causa de muerte, con un total de 51 113 suicidios y un promedio de 1825 casos al año, en 1987 la tasa fue de 23,9/100 000 y para el 2014 10,8/100 000 correspondiendo a una disminución de 54,8%, las tasas por sexo fueron de 26,7/100 000 y 21,3/100 000 para hombres y mujeres respectivamente a inicios del periodo las cuales para el 2014 fueron de 18,4/100 000 en hombres (una disminución de 31,1%) y 4,7/100 000 en mujeres (disminuyó un 77,9%). El grupo \geq 60 años tuvo la tasa más elevada, correspondiendo a un 34,1% del total, distribuida en 25,2% en el grupo de 60-79 años y 8,9% los de 80 años o más.

En Colombia⁽⁸⁾ en el año 2000 las muertes por suicidio correspondieron a un 1,27% del total, para el 2013 fue de 1,02%, la tasa disminuyó de 6,15 a 4,3 muertes por 100 000 habitantes durante el periodo del 2000 al 2013, la proporción según hombre mujer fue de 3,1:1 en el 2000 a 4,5:1 en el 2013, la tasa de muerte por suicidio en los hombres pasó de 9,7/100 000 a 6,9/100 000 del 2000 al 2013 disminuyendo un 28,2%, en mujeres pasó de 2,7/100 000 a 1,7/100 000, correspondiendo a una disminución de 37,7%

Para México⁽⁸⁾ del 2000 al 2013 se dio un aumento en la proporción de suicidios de 24,1%, según el sexo para el 2000 la razón fue de 5,8:1 y para el 2012 de 4,3:1; según tasa por sexo también se observa un aumento en el número de casos, en hombres para el 2000 la tasa fue de 6,2/100 000hab y en el 2013

8,23/100 000hab, aumentando en un 33,6%, mientras que para las mujeres la tasa por cien mil habitantes pasó de 1,1 a 1,8, aumentando un 67%

En el 2016 China⁽⁵⁾ realizó una investigación sobre la tendencia del suicidio en el contexto de la transformación de este país, tomando datos de 1987 al 2014, se encontró una disminución muy marcada en relación al suicidio en general, pasando de una tasa de muerte por suicidio en 1987 de 17,6/100 000 a 7,46/100 000 en el 2014. La población mayor de 65 años pasó de conformar un 5,55 de la población total de China en 1987 a ser un 10,1% para el 2014; la tasa de suicidio para este grupo en 1987 fue de 76,6/100 000hab y para el 2014 correspondió a 30,2/100 000.

2.2.6 Manifestaciones clínicas

Los adultos mayores nos presentan un panorama algo distinto respecto a la conducta suicida en relación a poblaciones más jóvenes. Están determinados a ponerle un fin a su vida y muchas veces a su sufrimiento, utilizan métodos más letales, debido a menor resiliencia física, mayor aislamiento social y una fuerte convicción⁽³⁴⁾.

Algunas diferencias de las conductas suicidas de los ancianos respecto a otros grupos más jóvenes son las siguientes según Velásquez⁽³⁵⁾:

- Menos intentos suicidas que personas más jóvenes, pero mayor cantidad de suicidios consumados
- Utilización de métodos más letales (ahorcamiento, precipitación, armas de fuego, intoxicaciones)

- Menos señales de aviso
- Mayor planeación que impulsividad en los actos
- Conductas de suicidio pasivo

Se habla también del suicidio pasivo⁽³⁶⁾ que consiste en dejar de alimentarse, rechazar la administración de medicamentos o regímenes de tratamiento, además tomar actitudes que pueden afectar su enfermedad de fondo.

En muchos casos las enfermedades crónicas, incapacitantes, dolorosas son las que desencadenan la conducta suicida, debido a las repercusiones en la vida cotidiana de la persona. Se realizó una revisión sistemática en el 2016 por Mellqvist Fässberg et al.⁽³⁷⁾ para relacionar la conducta suicida en los adultos mayores con enfermedades físicas y discapacidad funcional y se determinó que dentro de las patologías con los resultados más consistentes en esta relación fueron las siguientes, enfermedades malignas, alteraciones neurológicas, alteraciones genitales en hombres, artritis/ artrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades hepáticas

Concluyen con que la conducta suicida nace cuando se amenaza la independencia, sentido de la utilidad, valor, dignidad y/o el placer con la vida.

Dentro de los individuos suicidas un 90-98% padecen un trastorno mental⁽³⁸⁾, principalmente depresión, alcoholismo y esquizofrenia, lo que resalta la importancia de identificar a estos pacientes y tratar de mantener su patología compensada para evitar la posible realización de un suicidio.

El Comité de Expertos de Gerontología de la OMS cataloga la depresión como

“el problema de salud más frecuente de la tercera edad”⁽³⁹⁾

Tomando en cuenta la relación depresión y suicidio es de suma importancia reconocer los casos de depresión en los ancianos, sobre todo porque su manifestación no es la típica, donde lo más importante es identificar los casos y darle el manejo correspondiente, de esta forma muchos de los suicidios en esta población podrían ser evitados.

Una revisión de literatura del 2014 realizada por Souza Minayo y Cavalcante⁽⁴⁰⁾ ubica la depresión como el diagnóstico más común dentro de los adultos mayores que atentaron contra su vida, hasta 2/3⁽³⁵⁾ de los suicidios en los ancianos se asocian a depresión, corresponde a más de la mitad de los casos de suicidio en esta población, dichas cifras son alarmantes si se toma en cuenta lo rápido que podría ser diagnosticar un cuadro depresivo mediante la aplicación de instrumentos o incluso con una historia clínica completa y bien realizada.

Se mencionó previamente que los ancianos presentaban distintas manifestaciones de depresión en relación a la población general, una revisión de la literatura realizada por Peña Solano y cols⁽³⁸⁾. identificó las siguientes manifestaciones, menos ánimo decaído con mayor sintomatología de ansiedad y mayor presencia de quejas somáticas⁽⁴⁰⁾⁽³⁹⁾ que pueden ser muchas veces exageradas con relación a la enfermedad de base, lo que los encajona en el diagnóstico de hipocondría, presentan además mayor insomnio, pérdida del apetito, que ya de por si es un cambio fisiológico del envejecimiento y mayor sintomatología de tipo psicótico⁽⁴⁰⁾⁽³⁹⁾.

2.2.7 Factores de riesgo

El RTM-3⁽²¹⁾ cataloga como población de riesgo a los adultos mayores, debido a que el suicidio en este grupo es más frecuente que en cualquier otra población y menciona como factores de riesgo el tener más de 75 años, presencia de depresión, enfermedades físicas y como causas más frecuentes el dolor crónico y la limitación funcional.

La literatura clasifica los factores de riesgo como fijos y modificables⁽²⁰⁾ que se mencionan a continuación:

Riesgos fijos: intento previo de suicidio, genética, género masculino, edad (extremos de la vida), estado civil (divorcio, viudez), situación económica problemática.

Riesgos modificables: ansiedad, depresión, acceso a medios para la realización del acto suicida, interrupción del tratamiento médico, aislamiento social y enfermedades crónicas.

Se dividen también debido a múltiples diferencias encontradas los factores de riesgo según sexo, se sabe que los hombres se suicidan más que las mujeres pero las mujeres presentan más intentos de suicidio en relación a los hombres, además las mujeres presentan un nivel de letalidad más bajo en los métodos utilizados. Según el género, los factores de riesgo de acuerdo a Souza Minayo y cols.⁽⁴⁰⁾ son los siguientes:

Mujeres: dependencia física y enfermedades degenerativas, alteraciones de la memoria, intentos previos de suicidio, enfermedades físicas crónicas, personalidad neurótica y trastornos de ansiedad.

Hombres: problemas de salud, trastornos de ansiedad, problemas sexuales con la pareja, desacuerdos con los hijos, divorcio, baja autoestima e impotencia sexual

De forma general, los factores de riesgo de suicidio en los adultos mayores son los siguientes según Velásquez⁽³⁵⁾

- Sexo masculino
- Pérdida de pareja y/o seres queridos
- Divorcio, viudez
- Enfermedad crónica terminal, dolorosa e incapacitante
- Uso de algunos psicofármacos como sedantes e hipnóticos
- Intento previo de suicidio
- Alcoholismo
- Aislamiento social
- Vivir solo
- Jubilación
- Dificultades económicas
- Abusos físicos o sexuales

2.2.8 Factores protectores

Los factores protectores en casos de conducta suicida nos permiten reconocer la posibilidad de contención que existe en el ambiente del adulto mayor para prevenir

la consumación o el intento del suicidio, son factores fundamentales en la evaluación del riesgo suicida.

La OMS citado por Bodón y Ríos⁽¹⁹⁾ brinda una lista de factores protectores de suicidio para la población general, donde se encuentran los siguientes: buen nivel de comunicación familiar, apoyo familiar, buenas relaciones interpersonales, buenas habilidades sociales, adecuado nivel de autoestima y confianza en sí mismo, capacidad de autocontrol, receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas, receptividad y flexibilidad hacia conocimientos nuevos e integración y participación social.

2.2.9 Valoración del riesgo suicida

El riesgo suicida se define como:

“La probabilidad de que alguien realice un intento de acabar con su vida”⁽⁴²⁾

Consiste en un paso primordial para el manejo y abordaje de un individuo, para su evaluación se consta de la entrevista clínica, preguntas determinadas e instrumentos que permiten definir el riesgo que posee la persona de cometer suicidio, para así definir el manejo de la situación ya sea de forma hospitalaria o ambulatoria.

La revista Clínica Geriátrica⁽⁴³⁾ cataloga el riesgo de suicidio de la siguiente manera:

Riesgo inminente: si se cree que el individuo podría cometer suicidio en las siguientes 48 horas, si expresa la idea de llevar a cabo la acción, tiene un plan para realizarlo y si consta de medios letales para hacerlo

Riesgo a corto plazo: si se cree que podría suicidarse en cuestión de días a semanas

Riesgo a largo plazo: si tiene suficientes factores de riesgo para una eventual muerte por suicidio.

Es necesario valorar si la situación es de ideación suicida o una tentativa de suicidio, debido a que ambas presentan diferentes factores para determinar el riesgo de consumar el suicidio o repetir el intento. Reconocer la situación ante la que nos enfrentamos permite aclarar el panorama para tomar la mejor medida y evitar la muerte de un individuo, de esta evaluación depende el manejo a seguir.

En un sujeto con ideación suicida siempre hay que profundizar, realizando un adecuado análisis de la situación, todos se encuentran en riesgo, pero existen datos que ayudan a categorizar el nivel de ese riesgo, por ejemplo, un paciente con antecedentes de ideación suicida, que trata de no dar mucha información al respecto, con un plan elaborado para llevarlo a cabo necesita una intervención inmediata⁽²¹⁾.

Por otra parte un individuo que ya ha realizado un intento previo de suicidio tiene más probabilidad de repetirlo, el riesgo de esta repetición también debe ser evaluado, prestando mayor atención a los casos donde se tiene una buena planificación, con un método letal, una mala contención social para así intervenir eficazmente⁽²¹⁾.

Tellez⁽³⁴⁾ presenta un conjunto de situaciones en las cuales es de primordial importancia indagar sobre ideación suicida específicamente en adultos mayores

para determinar el riesgo de suicidio, las cuales son cuando se presenta un trastorno depresivo y antecedentes de intentos de suicidio, pérdidas afectivas y de autonomía o cambio del estatus social, por ejemplo en caso de institucionalización reciente, situaciones que lleven a aislamiento o desarraigo social, enfermedad crónica, dolorosa e incapacitante, tratamiento con fármacos con acción depresogénica, ansiogénica o desinhibidora de la conducta ya que pueden desencadenar la ideación o en el peor de los casos la consumación del suicidio.

Dentro de la valoración del riesgo suicida la aplicación de test permiten aclarar el panorama y presentan una ayuda para el clínico respecto al manejo clasificando el riesgo suicida que tiene un individuo, existen múltiples escalas, para mostrar algunas de ellas se presenta la siguiente tabla:

Tabla N° 1 Escalas para la evaluación psicométrica de los comportamientos suicidas.

Escalas no específicas de suicidio
Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)
Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)
Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)
Escalas específicas de evaluación de comportamiento suicida
Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)
Escala de Ideación Suicida de Paykel (PSS)
International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking (InterSePT)
Escala SAD PERSONS
Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS)
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)
Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)
Escalas de evaluación de los actos suicidas
Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)
Gravedad Médica de la Tentativa (MDS)
Escalas para la evaluación de constructos relacionados con el suicidio
Escala de Desesperanza (HS)
Inventario de razones para vivir (RFL)
Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11)
Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

Historia de agresión de Brown-Goodwin (BGLHA)

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE)

Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁴⁴⁾.

En el 2015 se realizó una revisión de la literatura por Rangel-Garzón y cols. ⁽⁴²⁾ para encontrar un instrumento de evaluación que pudiera ser aplicado por médicos generales en el servicio de urgencias y se determinó que las escalas más útiles para este medio debido a su tiempo de aplicación adecuado en este servicio y la presencia de preguntas sencillas eran la Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI) y Plutchik Suicide Risk Scale.

2.2.10 Manejo

Parte fundamental para definir el manejo nace de la historia clínica, es importante saber el panorama al que nos estamos enfrentando para determinar así las acciones a tomar, a continuación se muestra un ejemplo de las preguntas que se deben realizar en toda valoración de pacientes con tentativa de suicidio según las RTM-3

Tabla N°2. Ítems para la valoración de pacientes con tentativa de suicidio

Datos sociodemográficos	Situación de apoyo familiar y laboral
Motivo de ingreso	a) Acude por iniciativa propia o es llevado por familiares, amigos, conocidos o profesionales como policías o bomberos b) Tentativa de suicidio, método utilizado
Historia corta y exploración psicopatológica	1) Antecedentes psiquiátricos 2) Antecedentes familiares de

	suicidio
Antecedentes suicidas personales	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tentativas de suicidio 2) Número de intentos 3) Tiempo desde el último intento
Características de la tentativa	<ol style="list-style-type: none"> 1) Método 2) Gravedad somática, ya sea leve (primeros auxilios), moderada (24 horas en el servicio de emergencias) o grave (más de 24 horas de hospitalización) 3) Intención letal (gesto, autolesiones, tentativa o suicidio frustrado) 4) Rescatabilidad (pide ayuda, deja pistas, descubrimiento accidental) 5) Tipo e intensidad de acontecimientos vitales asociados al acto suicida 6) Nivel de adaptación social
Orientación diagnóstica	Según criterios del CIE-10 o DSM-V
Tratamiento y recomendaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1) Si requiere psicofármacos, tipo y dosis 2) Seguimiento (hospital o ambulatorio) 3) Informar a la familia y al paciente el riesgo de recidiva del acto de suicidio

Fuente: Elaboración propia con datos de ⁽²¹⁾.

El paso siguiente es la decisión de hospitalizar al paciente o continuar con un seguimiento ambulatorio, que gracias a una buena historia clínica y datos de los familiares y el entorno del paciente se puede decidir, a continuación se muestran las indicaciones para cada uno de los casos según la Guía Práctica de Psiquiatría Médica⁽⁴⁵⁾

Hospitalización

- Intentos previos de alta letalidad
- Plan detallado
- Acceso a medios letales
- No comunicativo
- Pérdida reciente
- Aislamiento social
- Desesperanza
- Historia de conductas impulsivas y de alto riesgo
- Abuso de sustancias
- Trastorno mental sin tratamiento

Manejo ambulatorio

- No intentos previos letales
- Falta de plan
- Tener una familia colaboradora
- No acceso a medios letales
- Comunicativo

- Buen soporte familiar y social

Podemos concluir que para decidir el mejor lugar en el que el paciente puede estar depende de la cantidad de factores de riesgo que se encuentren y de la evaluación de riesgo que se realice; la publicación de Encuentros en Psiquiatría extiende un poco más estos criterios y se exponen a continuación:

Tabla N°3. Criterios para decidir el lugar idóneo de tratamiento del paciente con ideación o comportamiento suicida.

Ingreso recomendable	Seguimiento ambulatorio
<p>En presencia de ideación suicida si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno mental grave y/o psicosis • Tentativa violenta/ casi mortal/ premeditada • Tentativas previas de elevada gravedad médica • Si posible contribución de enfermedad somática (trastorno neurológico agudo, cáncer, VIH) • Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar con tratamiento ambulatorio o de hospital de día • Necesidad de supervisión debido al tipo de exploraciones complementarias/ tratamiento indicado • Apoyo familiar y/o social limitado • Dificultades para acceder a 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con ideación suicida crónica en ausencia de tentativas previas graves • Disponibilidad de apoyo y situación vital estable • Posibilidad de tratamiento ambulatorio adecuado

<p>tratamiento ambulatorio adecuado</p> <p>En ausencia de tentativa/ ideación/ planes suicidas si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tras valoración psiquiátrica existen datos que sugieren elevado riesgo de suicidio e incremento reciente del mismo 	
<p>Ingreso generalmente necesario</p>	<p>Seguimiento ambulatorio recomendado</p>
<p>Tras tentativa suicida si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomó precauciones para evitar ser rescatado/descubierto • Persistencia de plan/ ideación • Lamenta/ rechaza supervivencia • Varón, mayor de 45 años, especialmente si inicio reciente de trastorno mental o ideación suicida • Escaso apoyo familiar y/o social • Impulsividad/ agitación grave • Juicio escaso • Rechazo de ayuda ofrecida • Cambios en el estado mental de etiología orgánica <p>En presencia de ideación suicida si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan específico de elevada letalidad • Tentativas suicidas previas (sobre todo graves y/o violentas) • Intencionalidad de suicidio 	<p>Tras tentativa/ ideación/ planes suicidas si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La intencionalidad suicida es reactiva a eventos precipitantes sobre todo si el punto de vista del paciente sobre la situación ha cambiado desde su llegada a urgencias • Tentativas/ planes de baja letalidad • Disponibilidad de apoyo y situación vital estable • Actitud de cooperación con tratamiento prescrito • No existe descompensación aguda de trastorno mental grave

<p>elevada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descompensación de trastorno mental grave 	
--	--

Fuente: elaboración propia con datos de ⁽⁴⁴⁾.

2.2.11 Tratamiento

No existe actualmente un tratamiento farmacológico específico para la conducta suicida, pero al reconocer que el 90%⁽²¹⁾ de los casos de suicidio se dan en un contexto de trastorno psiquiátrico, gran parte de casos se puede evitar al mantener estos compensados mediante terapia farmacológica.

Psicofarmacología

El manejar los trastornos mentales asociados conforma la base de la terapia farmacológica siempre y cuando se realice el diagnóstico de estas y se le dé un seguimiento.

Los antidepresivos tricíclicos presentan el mayor riesgo de suicidio un mes antes de su inicio y un mes posterior al inicio de la administración, posterior a esto disminuye progresivamente el riesgo⁽⁴⁴⁾; los nuevos antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y venlafaxina presentan el mayor riesgo de suicidio un mes antes del inicio del tratamiento pero se observa que este disminuye a partir del primer mes de tratamiento y persiste durante los 6 meses siguientes⁽⁴⁴⁾, además los ISRS poseen acción sobre la impulsividad y su uso es seguro⁽²¹⁾.

Si se asocia sintomatología psicótica está indicado asociar fármacos antipsicóticos⁽²¹⁾(FAP); según una investigación de tipo retrospectiva los individuos

con terapia FAP que cometieron tentativa de suicidio tomaban medicamentos de primera generación, mientras que la mayoría que no tuvieron intento de suicidio recibían antipsicóticos atípicos⁽⁴⁶⁾.

Terapia electroconvulsiva

Se indica solo en casos de depresión melancólica con ideas suicidas⁽²¹⁾.

Tratamiento de patología médica

Este apartado se vuelve fundamental en el caso de los adultos mayores, cuyas enfermedades crónicas son responsables de dolor y discapacidad física, por lo que se recomienda tomar medidas para aliviar el dolor, mejorar la calidad de vida en la medida de lo posible y compensar su estado físico cuando su patología lo permita.

Tratamiento psicológico

Diversos estudios han demostrado la eficacia de la psicoterapia para el tratamiento de enfermedades mentales con elevado riesgo de suicidio asociado⁽²¹⁾. Además de la contención que le brinda a la persona permite conocer la dinámica familiar y social, si existe apoyo y lo más importante busca una red de soporte para el paciente.

Medidas psicoeducativas y psicosociales

Consiste en los grupos de autoayuda, centros de suicidología y líneas telefónicas de apoyo las 24 horas⁽²¹⁾. La educación a la población es un pilar fundamental para la prevención del suicidio, ya sea actuando directamente en una persona

logrando que busque ayuda o la sensibilización a la sociedad para que sepan reconocer personas en riesgo y sepan de qué manera actuar y ayudar.

2.2.12 Seguimiento

Siempre es necesaria la continuación de las consultas después de una tentativa de suicidio para valorar el riesgo nuevamente, comprobar la continuación y efectividad del tratamiento farmacológico, un 60% de los individuos no realiza seguimiento a más de una semana y un 47% de los casos de suicidio se presentan antes de la primera visita de seguimiento⁽⁴⁴⁾, cifras bastante impactantes, demuestran la necesidad de un buen manejo, además de la evaluación del riesgo y de la aplicación de instrumentos; la variabilidad humana es imposible de predecir, por lo que el seguimiento de los pacientes no se debe tomar por sentado ya que como se mencionó previamente casi la mitad de los casos de suicidios después de la primera valoración se pueden evitar.

El riesgo de recidiva es mayor en los primeros 6 meses de la tentativa de suicidio y disminuye a partir del año⁽²¹⁾, estos periodos tan prolongados de riesgo de recidiva hace que las citas de seguimiento sean de gran importancia, durante este tiempo se pueden tratar de mejorar las relaciones familiares y sociales, buscar soporte en grupos de apoyo, y otras medidas dependientes del estado del paciente.

2.1.13 Causas de muerte

Dado que la investigación se centra en el estudio de una causa de mortalidad es de suma importancia mostrar el panorama tanto nacional como internacional respecto a las causas de muertes y donde se ubica el suicidio dentro de estas.

A nivel nacional, los cinco grandes grupos de mortalidad corresponden a los siguientes durante el periodo del 2000-2011, según el Informe del Estado de la Nación⁽⁴⁷⁾ del 2013:

1. Enfermedades del sistema circulatorio
2. Tumores
3. Causas externas de morbilidad y mortalidad
4. Enfermedades del sistema respiratorio
5. Enfermedades del sistema digestivo

El suicidio se ubica dentro de las causas externas de morbimortalidad que abarca las lesiones no intencionales como accidentes de tránsito y las lesiones intencionales que pueden ser autoinflingidas u ocasionadas por terceros. Por lo que se encuentra en el tercer lugar dentro de los principales grupos de mortalidad.

Específicamente para la población adulta mayor (personas de 65 años y más) el Ministerio de Salud⁽⁴⁸⁾ en el 2011 ubicó la muerte por causas externas en la posición número 13 causante de un total de 476 muertes y una tasa de 1,52 muertes por cien mil habitantes.

A nivel mundial, la OMS⁽⁴⁹⁾ en el año 2016 presentó un reporte sobre las estimaciones de salud global donde ubica el suicidio en el grupo IIIB de enfermedades correspondiente a Lesiones Intencionales. Según este reporte para el año 2000 el suicidio se localiza en la posición número 15 con 748 muertes y con un 1,4% del total de muertes mientras que para el año 2015 se ubicó en la

posición 17 con 788 y el mismo porcentaje del total de muertes (1,4%) con una tasa de 10,7 por cien mil habitantes.

2.1.14 Regiones socioeconómicas de Costa Rica

Parte de la investigación consiste en determinar la mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más en Costa Rica según las regiones socioeconómicas, por lo que se incluye este apartado con información general sobre dichas regiones y sus problemas sociales más relevantes.

Región Central

Corresponde al valle central, está conformada por 45 cantones y representa el 65% de la población del país. Es el centro económico y político nacional y es la región con mayor desarrollo industrial.

Su mayor problemática es el crecimiento sin planificación de la población, además de inmigración, falta o escasez de vivienda, inseguridad y problemas sociales.

Región Brunca

Se ubica en la región sur del país, concentra la mayor población indígena nacional, está conformada por 6 cantones y posee el 7,5% de la población⁽⁵⁰⁾.

Es la región más abandonada por el sector de servicios, su principal problemática es el gran desempleo, narcotráfico y contrabando.

Región Chorotega

Comparte los límites de la provincia de Guanacaste, conformada por 11 cantones, representa el 8% de la población total⁽⁵⁰⁾.

Su mayor problema corresponde a las altas tasas de emigración debido a su golpeada economía, presenta fuerte inmigración interna principalmente al valle central.

Región Pacífico Central

Es la región más pequeña de todo el territorio nacional, conformada por 11 cantones representa el 5% de la población⁽⁵⁰⁾.

Presenta desempleo, problemas en el área de salud por fallas en la recolección de desechos, precarismo urbano, además de delincuencia y narcotráfico.

Región Huetar Norte

Corresponde a la región norte del país, conforma un 5,5% de la población⁽⁵⁰⁾.

Presenta afectación en el sector salud, educación y agropecuario debido a la falta de mantenimiento en la infraestructura; hay además inseguridad, violencia y narcotráfico.

Región Huetar Atlántica

Conocida también como Región Caribe, conformada por 6 cantones representa un 10,3% de la población total⁽⁵⁰⁾.

Presenta excesiva inmigración que genera problemas con drogas y narcotráfico, principalmente es abatida por la inseguridad ciudadana.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio consiste en una investigación con una orientación cuantitativa debido a que se basa en datos numéricos recolectados para contestar las preguntas de investigación, se basa en la medición numérica y la estadística para obtener los resultados, para comprender este tipo de enfoque el autor Vega-Malagón y colaboradores⁽⁵¹⁾ proponen una serie de características:

- Utiliza la recolección y el análisis de datos para intentar responder una o varias preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas con anterioridad.
- Confía en el conteo para establecer patrones de comportamiento en una población.
- Se fundamenta en un esquema deductivo y lógico para generalizar los resultados mediante muestras representativas.
- Elige una idea que convierte posteriormente en una o varias preguntas de investigación.
- Mide y define las variables en un determinado contexto.
- Analiza las mediciones obtenidas por métodos estadísticos.
- Es el enfoque más utilizado en las ciencias exactas y de la salud.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la metodología empleada, esta investigación es de tipo descriptivo porque caracteriza la frecuencia y los distintivos de un problema de salud, específicamente el suicidio, para lograr exponer como se manifiesta y que características presenta, Gómez dice lo siguiente

“Los descriptivos se centran en recolectar datos que muestren como se manifiesta un evento, un fenómeno, hecho, contexto o situación. Esta es su máxima aspiración” ⁽⁵²⁾.

Además se presenta la asociación entre dos o más variables que no tienen relación entre sí.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Área de estudio

Para la realización de esta investigación se utilizan las bases de datos del Centro Centroamericano de Población (CCP) que a su vez obtiene la información del Instituto de Estadística y Censos (INEC), específicamente los datos sobre defunciones por suicidio de personas de 60 años y más en Costa Rica desde el año 1990 al 2014.

Fuentes de información

Primarias: no hay.

Secundarias: consiste en las bases de datos del CCP, libros, artículos y revistas sobre el suicidio y suicidio en adultos mayores, publicaciones sobre tasas de mortalidad por suicidio a nivel nacional y mundial.

3.3.1 Población

Consiste en la población costarricense de 60 años y más cuya defunción fue suicidio durante el periodo de 1990 al 2014.

3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Consiste en un estudio de tipo no experimental debido a que no se manipula ninguna variable, únicamente se observa y describe la evolución de estas en un periodo específico de tiempo.

De tipo descriptivo ya que expone características de un problema mediante variables que no tienen relación entre sí.

La siguiente investigación se clasifica como transversal, se caracteriza por la recolección de información en un período determinado para examinar la relación entre la enfermedad en estudio y la población específica.

Corresponde a un estudio ecológico porque describe una situación de salud y de tipo mixto porque se evalúa esa situación en un ámbito grupal.

1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición instrumental	Dimensión	Fuente de información
Describir la mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más según sexo y edad de 1990-2014	Sexo	Sexo se define como condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas	Hoja de recolección de datos	Masculino y femenino	CCP INEC
	Edad	Edad se define como cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana	Hoja de recolección de datos	60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85-89 90 y más	

Cuantificar la mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más según región socioeconómica y cantón	Región socioeconómica	Corresponde a la subdivisión político-económica en la que se delimita el país	Hoja de recolección de datos	Región Central Región Pacífico Región Central Región Chorotega Región Huetar Norte Región Huetar Atlántica Región Brunca	CCP INEC
	Cantón	Cantón se define como cada una de las divisiones administrativas o territoriales de un Estado o algunos países	Hoja de recolección de datos	Los 81 cantones de Costa Rica divididos en su provincia correspondiente	
Caracterizar los suicidios en personas de 60 años y más según método empleado	Método empleado para suicidio	Método se define como modo de obrar o proceder	Hoja de recolección de datos	Envenenamiento Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación Lesión por arma de	CCP INEC

				fuego Salto desde un lugar elevado Lesión por objeto cortante Ahogamiento y sumersión Lesión por humo, fuego y llamas Otros métodos	
--	--	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla N° 4.
Mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más en Costa Rica durante el periodo de 1990-2014(tasas por 100 000 habitantes).

Año	N° de muertes	Tasa	Cambio porcentual
1990	17	8,0	
1991	13	5,9	-26,3
1992	13	5,7	-3,3
1993	22	9,4	63,7
1994	21	8,7	-7,7
1995	16	6,4	-26,2
1996	22	8,5	33,0
1997	24	9,0	5,4
1998	23	8,3	-7,4
1999	23	8,0	-3,3
2000	29	9,8	21,8
2001	33	10,8	9,9
2002	32	10,1	-5,9
2003	41	12,5	23,8
2004	34	10,0	-19,9
2005	32	9,1	-9,1
2006	32	8,8	-3,7
2007	27	7,1	-18,7
2008	28	7,1	-0,2
2009	35	8,5	20,0

2010	32	7,5	-12,3
2011	44	9,9	31,6
2012	38	8,1	-17,5
2013	48	9,8	20,6
2014	32	6,2	-36,4

Fuente: elaboración propia con información de la base de datos del CCP e INEC, 2017.

En la tabla 4 se muestran las muertes por suicidio en personas de 60 años y más, la tasa correspondiente para cada año de estudio y el cambio porcentual encontrado en cada año en relación al anterior.

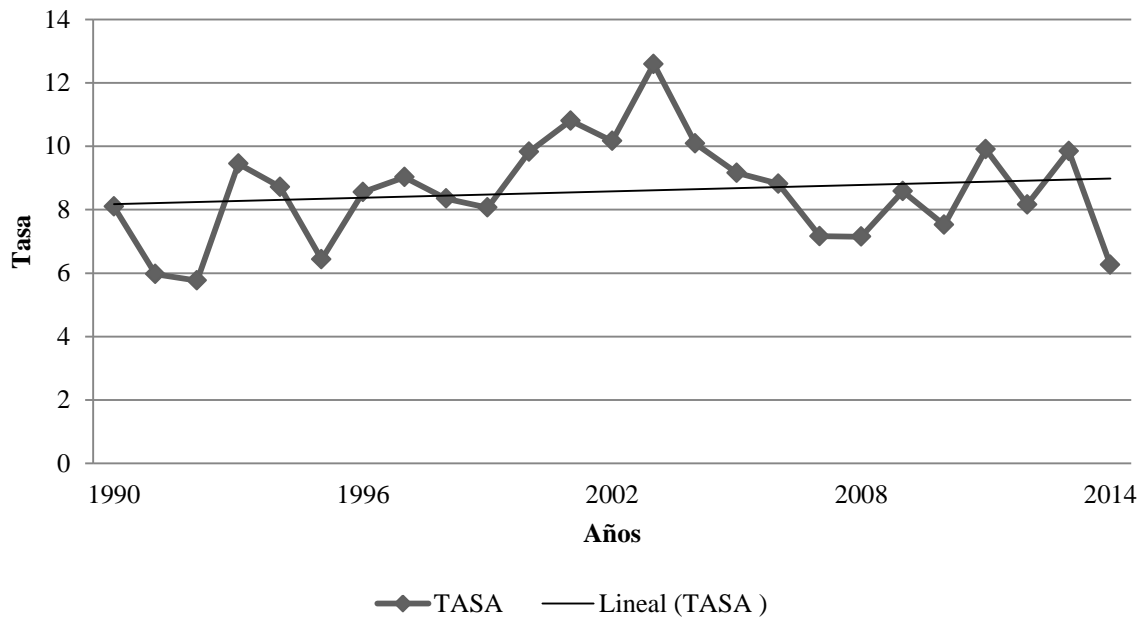
Respecto a las tasas se observa la más elevada en el año 2003 con un total de 12,5 muertes por suicidio en personas de 60 años y más por cada 100 000 habitantes.

Dentro de las tasas más bajas y correspondiendo a los años con la menor cantidad de casos, los años 1991 y 1992 tienen una tasa de 5,9 y 5,7 por cien mil respectivamente.

En relación a los cambios porcentuales se presentó el mayor aumento de todo el periodo estudiado del 63,7% entre 1992 y 1993, el siguiente incremento de mayor relevancia se presentó entre 1995 y 1996 correspondiente a 33%. Por otra parte, en el periodo de 2013 al 2014 se presentó el mayor decremento de un 36,4%, seguido por un 26,3% de 1990 a 1991.

Figura N°1.

Mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más en Costa Rica durante el periodo de 1990-2014(tasas por 100 000 habitantes).



Fuente: elaboración propia con información de bases de datos de CCP e INEC, 2017.

La figura 1 ilustra la información presentada en la tabla 3, se observa un patrón fluctuante durante el periodo estudiado, se muestra que para el año 2003 se ubicó la mayor tasa correspondiente a 12,5 por cien mil habitantes, mientras que la menor corresponde al año 1992 cuando se presentó una tasa de 5,7 por cada cien mil habitantes costarricenses.

Respecto a la línea de tendencia, se observa un leve ascenso mantenido a lo largo del periodo estudiado.

Tabla N° 5.

Mortalidad por suicidio según sexo en personas de 60 años y más en Costa Rica durante el periodo de 1990-2014(tasas por 100 000 habitantes).

Año	Hombres		Mujeres		Razón hombre/mujer
	N° muertes	Tasa	N° muertes	Tasa	
1990	15	14,6	2	1,8	7,5
1991	13	12,2	-	-	-
1992	12	10,9	1	0,8	12
1993	20	17,7	2	1,6	10
1994	19	16,3	2	1,6	9,5
1995	15	12,5	1	0,7	15
1996	20	16,2	2	1,4	10
1997	22	17,2	2	1,4	11
1998	21	15,9	2	1,3	10,5
1999	21	15,4	2	1,3	10,5
2000	25	17,7	4	2,5	6,25
2001	31	21,3	2	1,2	15,5
2002	30	20,0	2	1,2	15
2003	39	25,1	2	1,1	19,5
2004	31	19,3	3	1,6	10,3
2005	31	18,6	1	0,5	31
2006	27	15,6	5	2,6	5,4
2007	23	12,7	4	2,0	5,7
2008	24	12,8	4	1,9	6

2009	33	16,9	2	0,9	16,5
2010	28	13,7	4	1,8	7
2011	36	16,9	8	3,4	4,5
2012	36	16,1	2	0,8	18
2013	45	19,3	3	1,1	15
2014	25	10,2	7	2,6	3,5

Fuente: elaboración propia con información de la base de datos del CCP e INEC, 2017.

La tabla 5 muestra las muertes y las tasas por suicidio en personas de 60 años y más de 1990 al 2014 según el sexo.

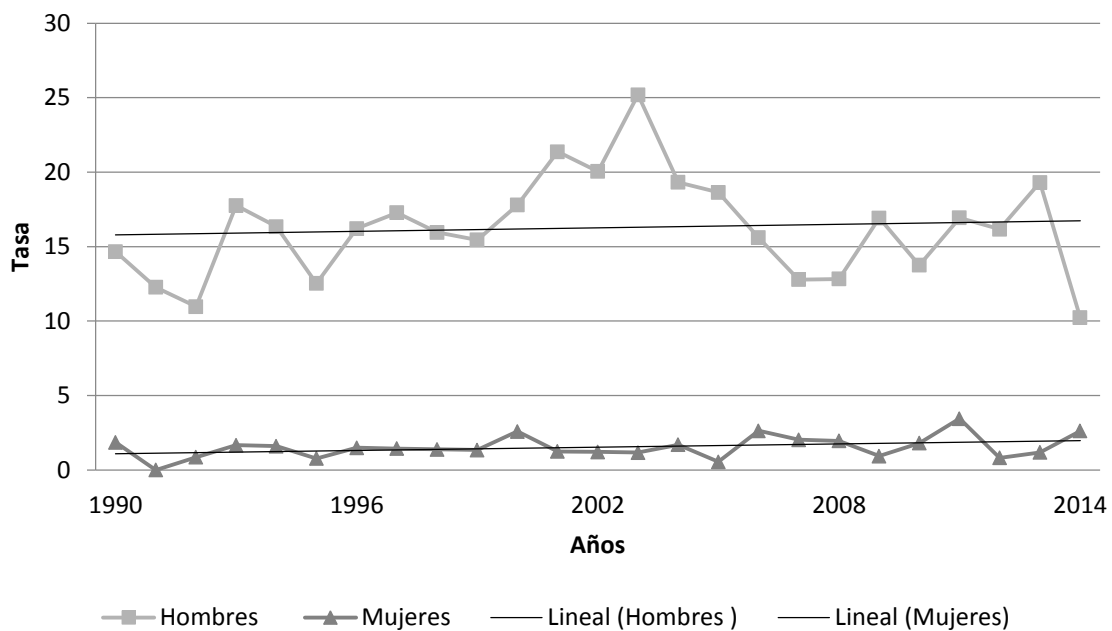
Para el género masculino el año con menor cantidad de casos fue 1991 con 13 muertes por suicidio, mientras que la mayor cantidad se presentó en el 2013 cuando se contabilizaron un total de 45 casos; en relación a las tasas la más bajas se observa que para el año 2014 se presentó la menor, correspondiente a 10,9 por cada cien mil habitantes. Por otra parte, la tasa más alta se encontró en el 2003 con 25 muertes por suicidio por cada cien mil habitantes.

Para el sexo femenino en el año 1991 no se registró ninguna muerte por suicidio en la población en estudio. Mientras que el mayor número de casos se presentó en el 2011 con un total de 8 suicidios, la tasa más elevada para este grupo correspondió al año 2011, siendo el año con mayor cantidad de casos la tasa encontrada corresponde a 3,4 por cien mil habitantes.

En relación a la razón hombre/mujer se identifica como mínimo un total de 3,5 hombres muertos por suicidio por cada mujer fallecida por la misma causa, así mismo el valor máximo encontrado fue de 31 muertes por suicidio en hombres por cada mujer fallecida por la causa.

Figura N°2.

Mortalidad por suicidio según sexo en personas de 60 años y más en Costa Rica durante el periodo de 1990-2014(tasas por 100 000 habitantes).



Fuente: elaboración propia con información de bases de datos de CCP e INEC, 2017.

En la figura 2 se ilustra la información detallada en la tabla 4 sobre mortalidad por suicidio según sexo en la población de 60 años y más.

Se aprecia una diferencia significativa tanto en el número como en el patrón de las gráficas para ambos sexos. Para los hombres costarricenses de 60 años y más

es significativamente mayor la tasa de mortalidad por suicidio en comparación con las mujeres, además se observa una línea más fluctuante para el sexo masculino.

En cuanto a la línea de tendencia para el sexo masculino se observa un ascenso leve pero mantenido, mientras que para el femenino se observa una línea de tendencia más estable, sin cambios en su forma.

Tabla N° 6.

Mortalidad por suicidio según grupo etario en personas de 60 años y más en Costa Rica en los periodos 1990-2002 y 2003-2014(tasas por 100 000 habitantes).

Grupos de edad	1990-2002		2003-2014	
	N° muertes	Tasa	N° muertes	Tasa
60-64	81	7,9	148	9,7
65-69	58	7,0	103	9,0
70-74	56	9,0	61	7,1
75-79	28	6,5	49	7,8
80-84	32	11,5	28	6,8
85-89	9	6,2	12	5,5
90 y más	7	10,6	10	8,3

Fuente: elaboración propia con información de la base de datos del CCP e INEC, 2017.

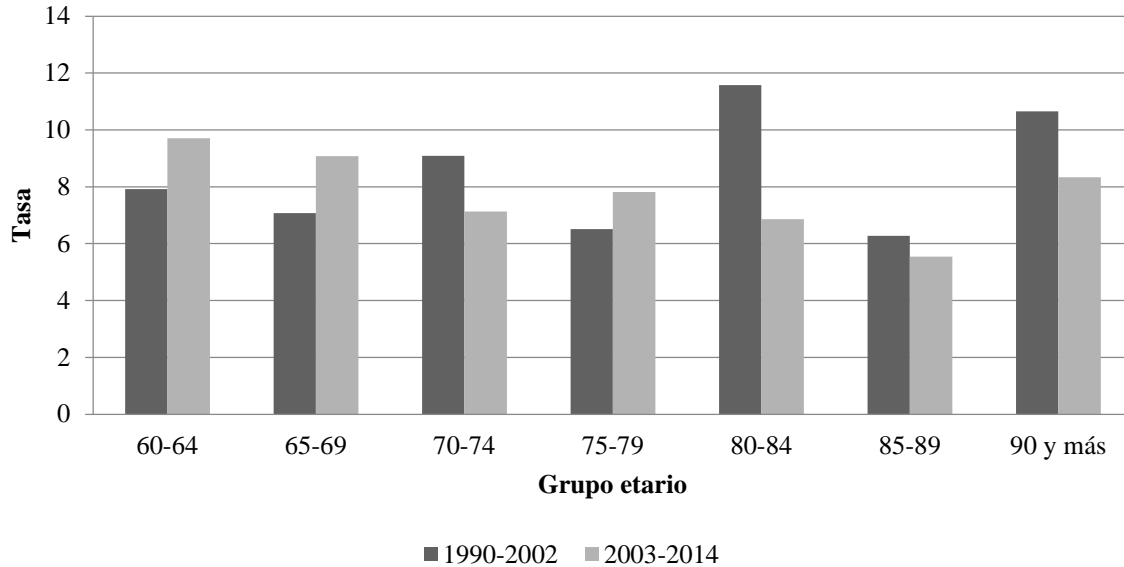
La tabla 6 expone el número de casos y las tasas de las muertes por suicidios en personas de 60 años y más según grupos quinquenales de edades dividido en dos periodos de 13 y 12 años del total de 25 en estudio.

Para el periodo de 1990-2002 el menor número de muertes correspondió al grupo de 90 años y más con 7 casos, por otra parte el grupo con mayor cantidad de casos fue el de 60-64 años con 81 suicidios. En relación a las tasas, la menor se presentó en el grupo de 85-89 años correspondiendo a 6,2 por cada cien mil habitantes del mismo grupo etario, la mayor se ubica en 11,5 por cada cien mil y representa al grupo de 80-84 años.

Respecto al periodo de 2003-2014 la menor cantidad de casos se dio en el grupo de 90 años y más con 10 casos, seguido por el grupo de 85-89 con 12 casos, este último grupo consta de la menor tasa del periodo de 5,5 por cada cien mil. La mayor cantidad de casos y la tasa más alta del periodo corresponden al grupo de 60-64 años con 148 casos y una tasa de 9,7 por cada cien mil habitantes de 60-64 años.

Figura N°3.

Mortalidad por suicidio según grupo etario en personas de 60 años y más en Costa Rica en los periodos 1990-2002 y 2003-2014 (tasas por 100 000 habitantes).



Fuente: elaboración propia con información de bases de datos de CCP e INEC, 2017.

En la figura anterior se observa una discordancia entre los grupos con la tasa más alta para ambos periodos, de 1990-2002 los grupos más afectados fueron los de mayor edad (80-84 y 90 y más) a diferencia del periodo correspondiente al 2003-2014 donde las tasas más altas corresponden a la población más joven de 60-64 años y 65-69 años.

Tabla N° 7

Mortalidad por suicidio según sexo y grupo etario en personas de 60 años y más en Costa Rica en los periodos 1990-2002 y 2003-2014 (tasas por 100 000 habitantes).

Grupos de edad	1990-2002		2003-2014	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
60-64	15,3	0,7	17,3	2,3
65-69	12,9	1,4	16,2	2,2
70-74	16,5	2,1	13,6	1,1
75-79	12,3	1,3	15,6	0,9
80-84	24,4	0,6	12,4	2,2
85-89	12,4	1,2	12,9	-
90 y más	24,5	-	18,8	1,3

Fuente: elaboración propia con información de bases de datos de CCP e INEC, 2017.

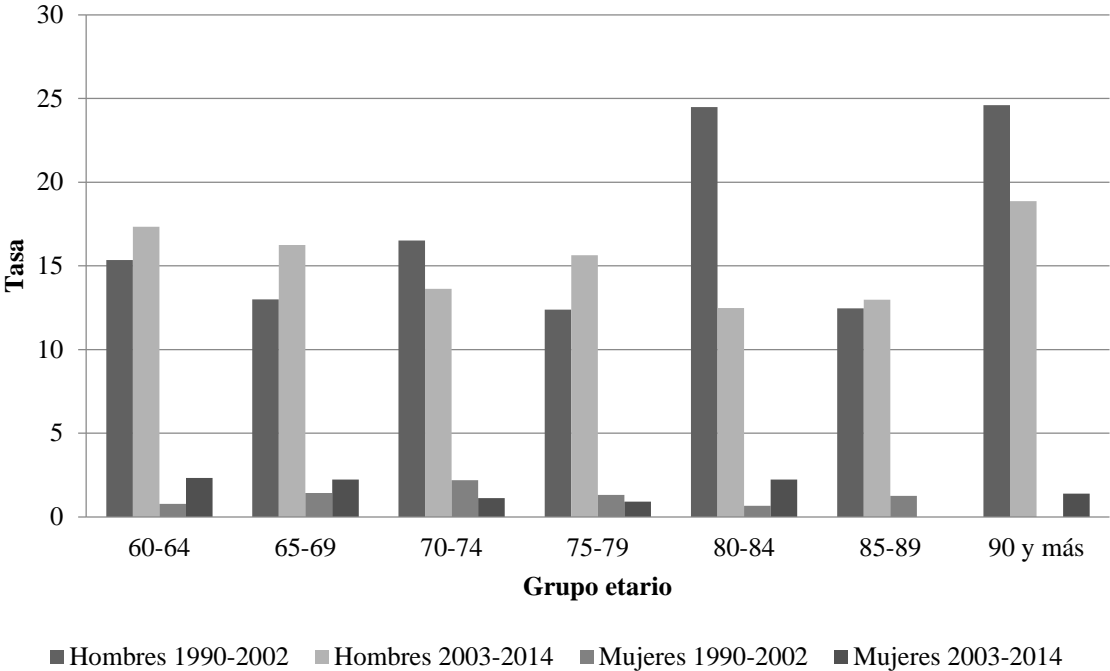
La tabla 7 muestra las tasas de mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más según sexo y grupos quinquenales de edades en dos periodos, 1990-2002 y 2003-2014.

Para el sexo masculino en el primer periodo se representa la menor tasa en el grupo de 75-79 años con 12,3 por cien mil, y la mayor corresponde a 24,5 por cien mil en el grupo de 90 años y más. Respecto al segundo periodo la tasa más baja corresponde a 12,4 en el grupo de 80-84 años de edad y la más alta en el grupo de 90 y más con 18,8 por cada cien mil.

Para el sexo femenino durante los años 1990-2002 no se encontró ninguna muerte por suicidio en el grupo de 90 años y más, mientras que la tasa más alta se presentó en el grupo de 70-74 años con 2,1 por cien mil. Por otra parte, en el segundo periodo correspondiente a 2003-2014 hubo ausencia de casos en el grupo de 85-89 años, y la tasa más alta fue de 2,3 por cien mil en la población de 60-64 años.

Figura N°4.

Mortalidad por suicidio según sexo y grupo etario en personas de 60 años y más en Costa Rica en los periodos 1990-2002 y 2003-2014 (tasas por 100 000 habitantes).



Fuente: elaboración propia con información de bases de datos de CCP e INEC, 2017.

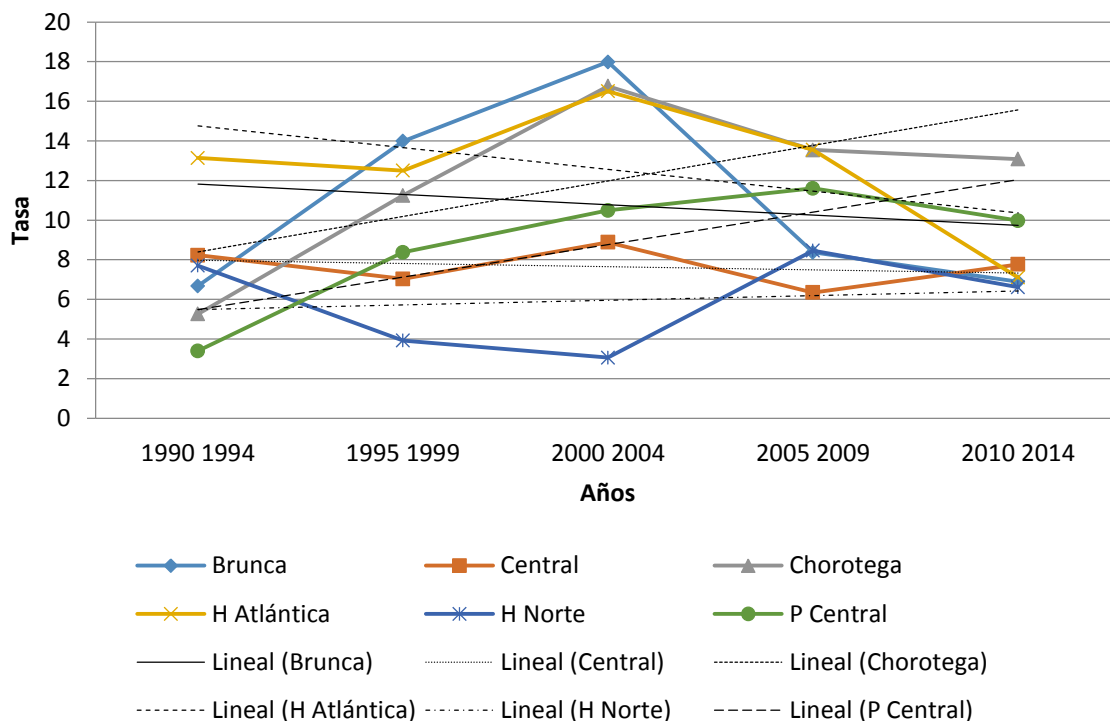
La figura 4 ilustra la información de la tabla 6 sobre mortalidad por suicidio según sexo y grupo etario en personas de 60 años y más.

Se identifica la gran diferencia que existe entre ambos sexos en todos los grupos de edades, manifestándose barras más largas para los hombres y para las mujeres barras muy cortas, en relación a la menor cantidad de casos para este grupo.

Para el sexo masculino el patrón de las tasas se observa muy fluctuante, correspondiendo para ambos periodos en estudio la mayor cantidad de casos en los grupos de 80-84 y 90 años y más; a diferencia de las mujeres donde la tasa se mantiene constante en los diferentes grupos de edades, aunque se determina que para el primer periodo (1990-2002) el grupo de edad más afectado fue el de 70-74 años y para el segundo periodo (2003-2014) fue el de 65-69 años de edad.

Figura N°5.

Mortalidad por suicidio según región socioeconómica en personas de 60 años y más en Costa Rica en el periodo de 1990-2014 por grupos quinquenales de años (tasas por 100 000 habitantes).



Fuente: elaboración propia con información de bases de datos de CCP e INEC, 2017.

La figura 5 muestra la tasa de mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más según la región socioeconómica donde se presentó el hecho dividido en grupos quinquenales de años desde 1990 al 2014.

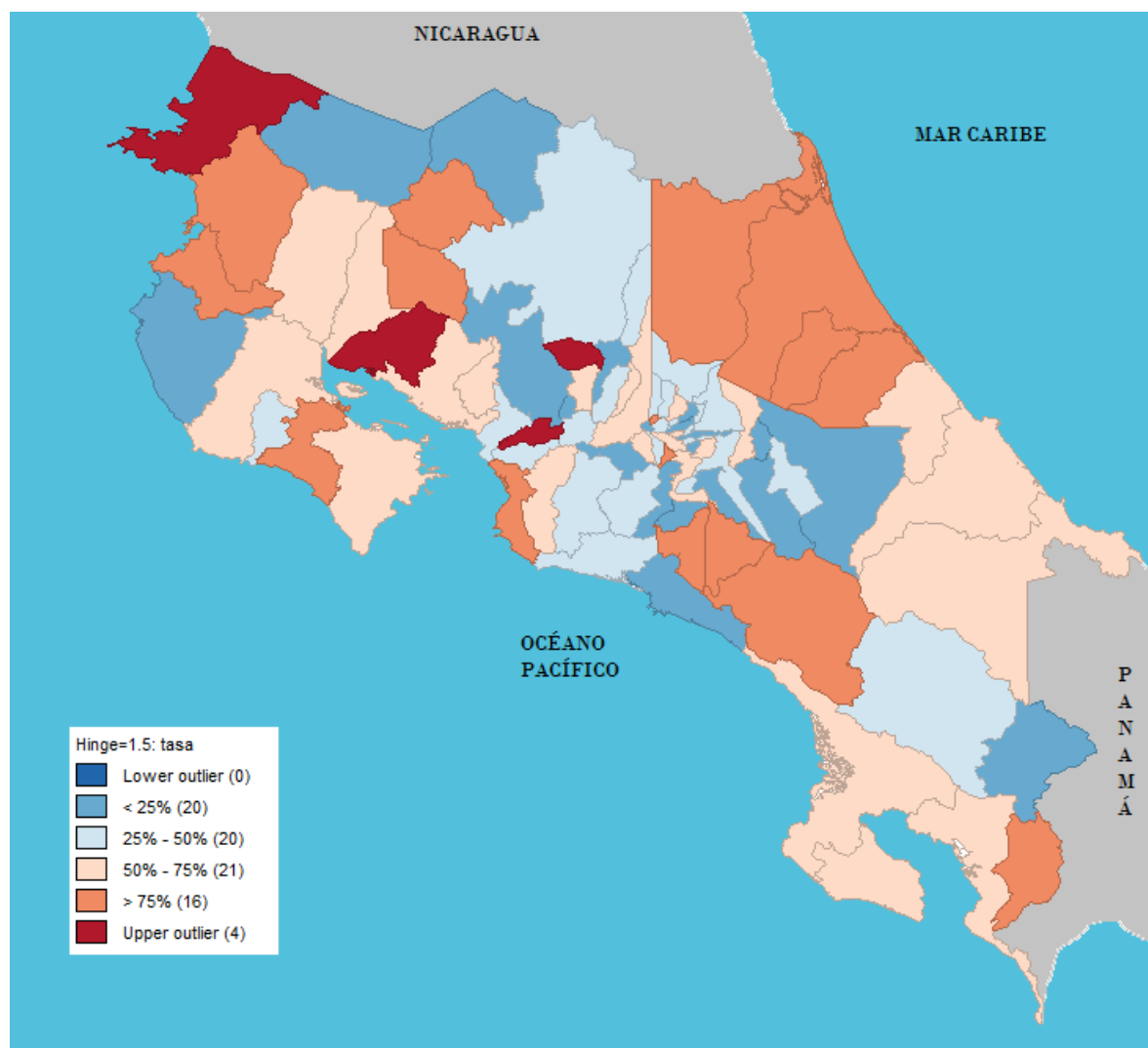
La tasa más alta de todos los periodos corresponde a 17,9 por cien mil en la región Brunca para el tercer quinquenio y la menor tasa registrada corresponde a 3 por cien mil para el mismo quinquenio en la región Huetar Norte.

Respecto a las líneas de tendencia se observan variaciones en cada una de las regiones socioeconómicas. La región Brunca presenta una tendencia descendente durante el periodo. La región Central presenta también un patrón descendente

pero de una forma menos marcada. Respecto a la región Chorotega se presenta un incremento marcado, en cuanto a la región Huetar Atlántica se muestra una tendencia a la disminución de la tasa, la región Huetar Norte muestra un patrón ascendente pero de forma más sutil, que más bien se observa muy estable a través del tiempo y por último la región del Pacífico Central muestra una tendencia al ascenso.

Figura N°6.

Mortalidad por suicidio según cantón en personas de 60 años y más en Costa Rica en el periodo de 1990-2014.

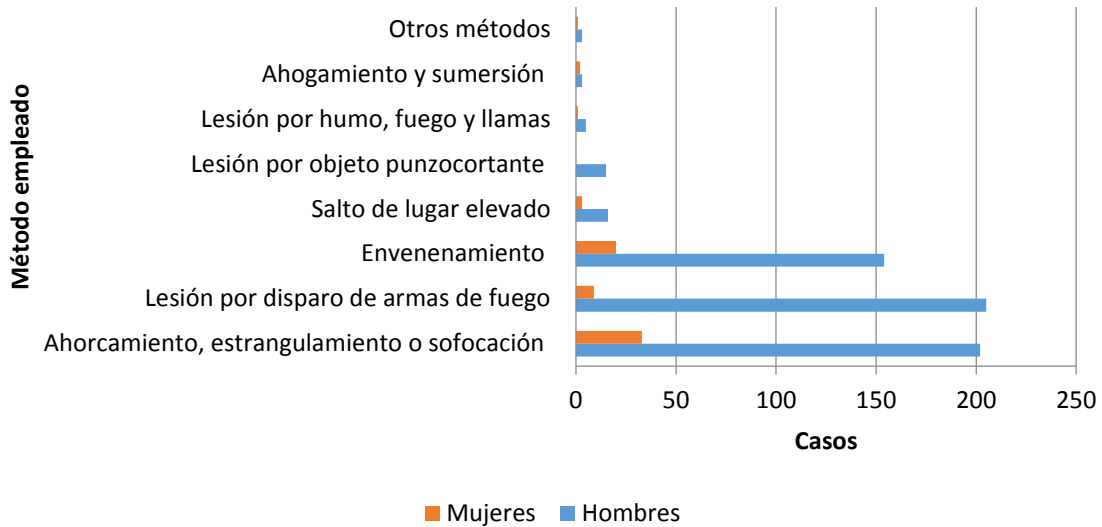


Fuente: elaboración propia con información de bases de datos de CCP e INEC, 2017.

El mapa cantonal de Costa Rica muestra una tendencia variable alrededor del territorio, con 4 cantones en el máximo nivel de concentración en la zona central y norte del país y ninguno en el mínimo, el resto muestra un balance entre los niveles intermedios.

Figura N°7

Mortalidad por suicidio según método empleado por sexo en personas de 60 años y más en Costa Rica en el periodo de 1990-2014.



Fuente: elaboración propia con información de base de datos de CCP e INEC, 2017.

La figura 11 ilustra los casos de suicidio por sexo según el método empleado para el acto, de los cuales el más utilizado globalmente, para ambos sexos corresponde a ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con un total de 235 casos durante los 25 años de estudio, existe una similitud entre ambos sexos en cuanto a los métodos más y menos empleados, a pesar de la diferencia del total de casos entre ellos.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tasa de mortalidad por suicidio en personas de 60 años y más en Costa Rica desde 1990 al 2014 se encuentra entre 5,7 y 12,5/100 000 hab, con un promedio de 8,5 muertes por cien mil habitantes, encontrándose la más alta en el año 2003 de 12,5 por cien mil habitantes y la más baja en el año 1992 que corresponde a 5,7/100 000.

El Dr. Ugalde⁽³⁾ registró una tasa promedio de mortalidad por suicidio en una población de 60 años y más en CR de 7,7/100 000 durante el periodo de 1981-1990, estos resultados aunque son similares muestran un aumento en la tasa en relación a los años estudiados por ambas investigaciones.

Aparte de la información brindada previamente no existen en el país otros estudios dirigidos específicamente a esta población, por lo que es necesario relacionar la tasa con la de la población en general.

Para el periodo de 1980-1994 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 4,8/100 000, significativamente menor a la encontrada en esta investigación, corresponde a poco menos de la mitad de la tasa encontrada para la población adulta mayor en Costa Rica de 1990-2014.

Del periodo de 1990 al 2012 la tasa promedio fue de 7,4/100 000⁽⁵³⁾ con la más alta en el 2006 correspondiente a 8,7/100 000, aunque estos datos son más cercanos a la tasa encontrada en esta investigación siguen siendo menores lo que indica que se presenta una tasa más alta en la población de 60 años y más en comparación a la población general debido a suicidios.

Si se revisan datos internacionales, la OMS⁽¹⁾ para el 2012 documentó una tasa de muertes por suicidio de 11,4/100 000 para la población general la cual es tan elevada como la encontrada en los resultados obtenidos en CR en la población de 60 años y más.

EEUU⁽⁴⁾ presenta una diferencia significativamente mayor, ya que en este país la población mayor de 60 años ha presentado las siguientes tasas, en 1990 41,4/100 000 y en el 2005 29,5/100 000 y según los resultados obtenidos en esta investigación para los mismos años las tasas fueron de 8,0 y 9,1 por cien mil, respectivamente, a pesar de las diferencias poblacionales que existen entre ambos países ambos datos son sumamente elevados.

En China⁽⁵⁾ para el año 2014 se registró una tasa de 30,2 muertes por suicidio en población mayor de 60 años por cien mil habitantes; según los resultados de la investigación la tasa para la misma población en Costa Rica fue de 6,2/100 000 por cien mil habitantes.

En Colombia⁽⁵⁴⁾ la tasa promedio de suicidios en adultos mayores de 60 años del 2003-2007 fue de 7,5/100 000, otro dato particular de esta publicación es que determinó que la tasa más alta fue en el 2003 al igual que la tasa más alta de esta investigación.

La línea de tendencia obtenida muestra un ascenso leve durante el periodo en estudio, la cual se espera que aumente a medida que aumenta también la población adulta mayor del país, a pesar de que el ascenso no es muy marcado se mantiene estable.

Respecto a la mortalidad por suicidio según sexo se muestran resultados alarmantes, siendo los hombres la población más afectada por esta causa.

Se reconoce mundialmente que los hombres presentan más muertes por suicidio que las mujeres.

A nivel mundial para el año 2012 las tasas por sexo fueron las siguientes, hombres 15,0/100 000 y mujeres 8,0/100 000 hab⁽¹⁾ se considera de hecho el sexo masculino como un factor de riesgo para suicidio, lo que se correlaciona con los resultados de la investigación.

El promedio de las tasas de todo el periodo (1990-2014) es para el sexo masculino de 16,2/100 000 y para el femenino de 1,4/100 000.

La razón hombre-mujer corresponde a 9,3:1; la diferencia más grande se presenta en el año 2005 donde la razón hombre-mujer fue de 31:1, es decir que por cada mujer fallecida por suicidio murieron 31 hombres por la misma causa, la menor diferencia se presentó en el 2014 cuando la razón fue 3,5:1.

Para los años 1981-1990 en CR se documentó una razón por sexo de 12:1⁽³⁾, del 2000 al 2009 se mantuvo la mayoría de casos en el sexo masculino con 87,3% y en mujeres 12,7%⁽²⁾.

La línea de tendencia obtenida en el gráfico correspondiente a mortalidad según sexo muestra un ascenso leve en el sexo masculino, mientras que para el sexo femenino la línea se mantiene estable.

Para la población en estudio dividiéndolo por grupos quinquenales de edades hasta 90 años y más, de manera general entre hombres y mujeres para todo el

periodo el grupo con mayor cantidad de casos correspondió al de 60-64 años, al igual que la tasa más alta para el periodo de 2003-2014 que fue de 9,7/100 000 en este grupo de edad, pero la tasa más elevada para el periodo de 1990-2002 se presentó en el grupo de 80-84 años con una tasa de 11,5/100 000 hab.

Por otra parte la tasa más baja de todo el periodo corresponde al grupo de 85-89 años.

Según sexo y grupo etario los resultados son variables, para el periodo de 1990-2002 el grupo con la tasa más alta de mortalidad por suicidio correspondió al de 80-84 años con 24,4/100 000 y con solo una diferencia de 0,1 el de 90 años y más.

Para el sexo femenino de ese mismo periodo el grupo con más cantidad de casos fue el de 70-74 años con una tasa de 2,1/100 000 mientras que el grupo de 90 años y más no presentó ningún caso durante este periodo.

Del 2003-2014 el grupo etario en hombres más afectado por este problema fue el de 90 y más con una tasa de 18,8/100 000 mientras que para las mujeres fue el de 60-64 años con una tasa de 2,3/100 000.

Existe una diferencia con los resultados de la investigación del Dr. Ugalde⁽³⁾ para los años 1981-1990 quien refiere que para el sexo masculino el grupo más afectado es el de 60-69 años mientras que para las mujeres es a partir de los 70 años, números que no se relacionan a los resultados obtenidos.

Un estudio realizado en Manicaragua, Villa Clara, Cuba por Zurbarán et al.⁽⁵⁵⁾ sobre suicidios en la tercera edad de 1992-1999 refiere que el grupo más afectado

fue el de 60-69 años, en hombres la octava década y en el femenino la sexta, dichos resultados se relacionan más aunque no completamente con los obtenidos con esta investigación. Mientras que en Uruguay para el 2014 la edad de mayor incidencia se ubicaba entre los 60 y 70 años⁽⁴⁰⁾.

Los resultados obtenidos sobre la mortalidad por suicidio según región socioeconómica son los siguientes:

La región Brunca es la que presenta la tasa más alta de todo el periodo para el quinquenio de 2000-2004 con una tasa de 17,9/100 000 habitantes, presentó un patrón ascendente hasta el pico antes mencionado donde empieza a presentar una disminución en las tasas de los años siguientes; respecto a la línea de tendencia es de tipo descendente.

La región Central presenta el patrón más estable de todas las regiones, con la tasa más alta en el quinquenio de 2000-2004 con una tasa de 8,8 por cada cien mil; en cuanto a las líneas de tendencia se presenta un decremento pero de forma sutil, no tan marcada como las otras regiones que se encuentran en descenso.

La región Chorotega muestra un ascenso progresivo hasta el quinquenio 2000-2004, a partir de ahí inicia con un descenso discreto pero mantenido, al evaluar las líneas de tendencia se pone en manifiesto un incremento significativo en relación al resto de regiones socioeconómicas.

La región Huetar Atlántica es la segunda región con las tasas más elevadas, también presentó su pico máximo en el quinquenio 2000-2004 pero procede a una disminución marcada hasta el 2010-2014 donde presentó la tasa mínima de

7,10/100 000, la línea de tendencia muestra un descenso durante los años evaluados.

En la región Huetar Norte se observa un patrón descendente desde 1990 hasta el quinquenio de 2000-2004 donde empieza a ascender, aunque corresponde a la región con las tasas más bajas del periodo, la línea de tendencia es la más estable de todas, donde se muestra un ascenso tan sutil que se observa una línea mantenida durante el periodo.

La región Pacífico Central muestra un patrón ascendente prácticamente en la totalidad del periodo a excepción del último donde logra una disminución en su tasa, la línea de tendencia se muestra ascendente.

De forma general, las regiones que se encuentran en descenso según las líneas de tendencia obtenidas son Brunca, Central y Huetar Atlántica. Mientras que las regiones que se encuentran incrementándose de acuerdo a las líneas de tendencia son Chorotega, con el mayor ascenso de todas, Huetar Norte, de forma muy estable y la región Pacífico Central.

Respecto a la población general, estudiada por Brenes⁽⁵³⁾ en los periodos de 1990-2012 existe una diferencia ya que las regiones con las tasas más altas corresponden a la Central y Chorotega, mientras que la región con las tasas más bajas concuerda con los resultados de la investigación la cual es la región Huetar Norte.

A pesar de la falta de literatura que tome en cuenta regiones socioeconómicas respecto al suicidio para adultos mayores e incluso población en general, se

cuenta con datos correspondientes a provincias que pueden ser útiles para comparar los resultados de la investigación.

De 1981-1990 según los resultados se obtuvieron las siguientes tasas por 100 habitantes para la población en general Limón 11, Cartago 7.8, San José 5.7, Heredia 3.7, Alajuela 3.6, Puntarenas 3.3 y Guanacaste 3, donde más del 50% de los casos ocurrieron en la provincia de San José⁽³⁾. Del 2000-2009 se obtuvieron los siguientes datos, San José y Alajuela con casi la mitad de los casos 35,47% y 18,75%⁽²⁾ respectivamente, aunque hay que tener en cuenta que gran parte de la población costarricense en el momento reside en estas dos provincias, para el 2013 los resultados fueron los siguientes, San José 36%, Alajuela 19% y el resto de provincias obtuvieron porcentajes entre 7-11%

Estos datos muestran las diferencias que se encontraron en la investigación respecto al suicidio en adultos mayores en las características epidemiológicas correspondientes a ubicación geográfica en comparación a la población general donde la región más afectada no corresponde a las centrales.

De acuerdo al cantón de residencia, el mapa cantonal (Fig. N° 6) refleja un patrón bastante variable en el territorio nacional, presentando solo 4 cantones con el color más oscuro correspondiente a la mayor concentración de casos de muerte por suicidio correspondiendo a Abangares, La Cruz, Zarcero y San Mateo y ningún cantón con el color azul oscuro que muestra las regiones con 0%.

No se observan regiones completas ni patrones que muestren mayores o menores valores en un solo lugar determinado, si no que se muestra una variabilidad en todo el país.

Aunque sí se observa una mayor concentración de colores más claros (menor valor) en regiones centrales y norte del país, sin estar únicamente ubicados en este lugar, la región sur y sureste del país que corresponde con la región Huetar Atlántica muestra colores en su mayoría intermedios.

Según los datos mostrados en el cartograma los cantones con la mayor concentración corresponden a La Cruz y Abangares de la provincia de Guanacaste y Zarcero y San Mateo de la provincia de Alajuela,

Según estudios nacionales en comparación a la población general los cantones más afectados durante 1980-1994 pertenecían a San José⁽²⁾, mientras que para el 2013 fueron Central, Desamparados y Pérez Zeledón⁽³⁰⁾, estos resultados no se relacionan con los obtenidos en esta investigación.

La investigación concluye con que los métodos empleados de acuerdo al sexo son distintos, en el caso de los hombres el método más empleado corresponde a lesión autoinflingida por arma de fuego responsable de 205 muertes, seguido de ahorcamiento, envenenamiento, salto de lugar elevado, lesión con objeto punzocortante, lesión por humo, fuego y llamas y por último ahogamiento con 3 casos; el método más empleado por las mujeres es el ahorcamiento con 33 casos, seguido por envenenamiento, por arma de fuego, salto de lugar elevado y ahogamiento.

En Costa Rica de 1981-1990⁽³⁾ se documenta que el método más utilizado por personas mayores de 60 años para el suicidio es con arma de fuego, seguido de envenenamiento, esto se correlaciona a los resultados de la investigación pertenecientes al sexo masculino.

En el periodo de 1990-2012⁽⁵³⁾ para la población general los métodos más utilizados por los hombres fue ahorcamiento seguido de envenenamiento y arma de fuego, estos resultados son distintos a los obtenidos, mientras que para las mujeres son envenenamiento y ahorcamiento, también distinto a lo obtenido en la población de 60 años y más.

La OMS⁽¹⁾ muestra datos distintos, donde el método más empleado corresponde a envenenamiento con plaguicidas seguido de ahorcamiento y armas de fuego.

En la región de las Américas los resultados en mujeres en América Central, Caribe hispano y México corresponde con los datos obtenidos, donde el método utilizado para suicidio más usado fue ahorcamiento⁽³²⁾.

En Bogotá del 2003-2007⁽⁵⁴⁾ los datos se relacionan a los del país ya que el método más empleado por los hombres fue con arma de fuego seguido de ahorcamiento y en las mujeres ahorcamiento.

En Cuba se obtiene un resultado distinto en cuanto al sexo femenino, ya que en este país el método más empleado por las mujeres fue lesión autoinflingida por humo, fuego y llamas⁽⁹⁾, pero el más empleado en la población mayor de 60 años fue el ahorcamiento.

Un estudio realizado en Malasia por Rahimi⁽⁶⁾ y cols. concluyó que los adultos mayores utilizan el ahorcamiento para llevar a cabo el suicidio.

Con una perspectiva panorámica se muestra que los casos de suicidio en Costa Rica en la población de 60 años y más durante 25 años estudiados los hombres son los que cometen con mayor frecuencia el acto de suicidio, principalmente grupos de edad más avanzada, específicamente los grupos de 80-84 años y a partir de los 90 años utilizando esencialmente el uso de armas de fuego, en las mujeres la frecuencia es menor, en grupos de edad más bajos en comparación a los hombres, con más casos en los grupos de 60-64 y 70-74 años utilizando el ahorcamiento con mayor frecuencia. Corresponde a los habitantes de la región Brunca las tasas más elevadas y con menos frecuencia de las regiones Pacífico Central, Huetar Norte.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La tasa de mortalidad por suicidio en la población de 60 años y más en el periodo estudiado corresponde de forma promediada a 8,5 por cada cien mil habitantes; mayor al de la población general.
- Se manifiesta un incremento en el número de casos que se espera continúe por lo que el darle la importancia que merece este tema principalmente en esta población se vuelve de vital importancia para el mejoramiento del Sistema de Salud Nacional.
- La línea de tendencia muestra un ascenso leve durante el periodo estudiado
- Los resultados encontrados exponen que el suicidio en la población de 60 años y más se presenta con frecuencia en el país.
- El sexo que afecta con mayor y muy alta frecuencia es el masculino
- Se presenta una razón hombre-mujer promedio de 9.3 hombres fallecidos por esta causa por cada mujer, lo que lo convierte en una enfermedad primordialmente de hombres que amerita una mayor indagación e implementación de medidas para abarcarlo de una mejor manera.
- La línea de tendencia para el sexo masculino se encuentra en ascenso mientras que para el sexo femenino se observa una línea estable a lo largo del tiempo evaluado.
- Respecto al grupo etario, de forma general afecta más a los grupos de 80-84 y 60-64 años, se muestra una variación marcada para todos los grupos,

sin ser particularmente frecuente en un subgrupo dentro de los mayores de 60 años.

- En el sexo masculino se observa una mayor frecuencia en los grupos de 80-84 y 90 años y más, grupos de edad más avanzada
- Para las mujeres se presenta en grupos más jóvenes de 60-64 y 70-74 años.
- La región socioeconómica que presentó las tasas más altas de mortalidad por suicidio en la población estudiada fue la Brunca pero se observa que para los últimos quinquenios se ha presentado una disminución constante; por otra parte la distribución de los cantones es muy variable.
- Las regiones que se encuentran en descenso según las líneas de tendencia obtenidas corresponden a la región Brunca, región Central, de forma sutil y Huetar Atlántica.
- Las regiones con tendencia al ascenso corresponden a la región Chorotega, la más marcada de todas las regiones, Huetar Norte, de manera sutil y mantenida y la región Pacífico Central.
- Según el cartograma presentado hay presencia de colores intermedios, altos y bajos a lo largo del territorio nacional sin demostrar un patrón de riesgo en alguna zona específica.
- Los cantones con valores más altos corresponden a Abangares, La Cruz, Zarcero y San Mateo

- El método empleado más utilizado en los hombres corresponde a la lesión autoinflingida por armas de fuego aunque solo con una pequeña diferencia de 3 casos menos es seguido por ahorcamiento
- El más usado por las mujeres corresponde al ahorcamiento
- Estos resultados presentan la importancia que existe en saber identificar quiénes y cómo se consiguen los medios para llevar a cabo el acto de suicidio, en lo que a armas de fuego se refiere.

6.2 RECOMENDACIONES

- Educar a los pacientes adultos mayores sobre la importancia de identificar factores de riesgo de suicidio, ya sea dedicándole unos minutos durante la consulta para educar o mediante la realización de charlas para las personas adultas mayores de la comunidad donde se exponga la importancia del tema.
- Sensibilizar a los adultos mayores sobre la relación que existe entre enfermedades como depresión y presencia de enfermedades dolorosas y discapacitantes con el suicidio con el fin de prevenirlo.
- Educar a los pacientes de 60 años y más sobre la importancia de un ambiente social, principalmente familiar y comunitario armonioso que actúe como contención en situaciones difíciles.
- Realizar ferias y charlas en la población de 60 años y más para educarlos sobre el suicidio generando un impacto en ellos para tratar de crear conciencia y que los lleven a tomar precauciones.
- Sensibilizar a las familias sobre la prevalencia de suicidio en adultos mayores, identificando factores de riesgo y guiarlos sobre las medidas a tomar en caso de posible situación de riesgo, mediante la realización de charlas educativas a los familiares de los adultos mayores de la comunidad.
- Dar educación sobre la responsabilidad que la familia debe tener con sus miembros de edad más avanzada, informando sobre las leyes existentes sobre la protección al adulto mayor.

- Educar a la población en general respecto a la importancia y la alta frecuencia de suicidio en personas adultas mayores, para prestar más atención y generar alertas en caso de sospecha.
- Tamizar a todos los pacientes adultos mayores en primer nivel de atención en busca de depresión y realizar una identificación de riesgo suicida con aplicación de instrumentos destinados para esto.
- Identificar los casos de adultos mayores de riesgo y buscar una contención ya sea social, psicológica o médica que permita prevenir el acto suicida.
- Educar al personal de salud sobre la relevancia de identificar adultos mayores en riesgo, informando sobre la cantidad de casos y las principales características epidemiológicas.
- Realizar más estudios a nivel nacional destinados a profundizar en las causas de los suicidios en los adultos mayores, para definir los principales riesgos de nuestro medio.
- Estudiar los casos de suicidios en hombres ancianos para identificar porqué presentan un riesgo tan elevado de morir por esta causa y de qué forma consiguen los medios para hacerlo.
- Realizar estudios nacionales sobre suicidio en adultos mayores según regiones socioeconómicas para comparar los resultados de esta investigación.
- Realizar estudios para identificar las razones por las cuales las regiones Brunca, Central y Huetar Atlántica se encuentran con líneas de tendencia

en descenso para tratar de identificar factores que aporten información sobre prevención del suicidio.

- Realizar estudios para identificar las razones por las cuales las regiones Chorotega, Huetar Norte y Pacífico Central se encuentran con tendencia al ascenso, para determinar la presencia o no de factores de riesgo que puedan presentarse en estas regiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Preventing suicide A global imperative [Internet]. World Health Organization; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
2. Rojas MAS. APORTES PARA UNA EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN COSTA RICA: UN ANÁLISIS DE LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO XXI. *Rev Cienc Soc* [Internet]. 2011 [citado 17 de mayo de 2017];0(131-132). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/3893>
3. Ugalde Lobo JG. Suicidio en personas mayores de sesenta años en Costa Rica 1981-1990. *Med Leg Costa Rica*. 1991;8(2):17–21.
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133–154.
5. Zhong B-L, Chiu HF, Conwell Y. Elderly suicide trends in the context of transforming China, 1987–2014. *Sci Rep* [Internet]. 2016 [citado 17 de mayo de 2017];6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123573/>
6. Rahimi R, Ali N, Md Noor S, Mahmood MS, Zainun KA. Suicide in the elderly in Malaysia. *Malays J Pathol*. 2015;37(3):259–263.
7. Pinto LW, Assis SG de. Descriptive study of suicide attempts in the Brazilian elderly population, 2000–2014. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(6):1681–1692.
8. Dávila CA, Pardo AM. Mortalidad por suicidios en Colombia y México: tendencias e impacto entre 2000 y 2013. *Biomédica*. 2016;36(3):415–422.
9. Corona-Miranda B, Alfonso-Sagué K, Hernández-Sánchez M, Lomba-Acevedo P. Epidemiology of Suicide in Cuba, 1987–2014. *MEDICC Rev*. 2016;18(3):15–20.
10. de Población CC, others. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950-2050 [Internet]. INEC; 2013 [citado 13 de junio de 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/handle/123456789/1393>
11. Rivera A, H G. SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. *Rev Médica Paz*. 2015;21(2):91-8.
12. Rocha S, Georgina D. Futuro imperfecto : dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún /. X6H12011 15423 [Internet]. 7 de mayo de 2016 [citado 17 de mayo de 2017]; Disponible en: <http://192.203.177.19:8080/xmlui/handle/123456789/5278>

13. Daray FM, Grendas L, Rebok F. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Rev Fac Cienc Médicas* [Internet]. 13 de octubre de 2016 [citado 17 de mayo de 2017];73(3). Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/12457>
14. Muelas NV, Mangado EO. Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatr Com* [Internet]. 2007 [citado 13 de junio de 2017];11(3). Disponible en: <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/view/235>
15. Barrionuevo J. SUICIDIO E INTENTOS DE SUICIDIO. *Temas Básicos Psicopatología Ataques Pánico Intentos Suicidio Bs Gabas Editor* [Internet]. 2009 [citado 13 de junio de 2017]; Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio_e_intentos.pdf
16. Macanche C, González R, Cruz M. Situación actual de la salud mental en Costa Rica. *Ser Análisis Situac Salud* [Internet]. 2004 [citado 17 de mayo de 2017];(10). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=384397&indexSearch=ID>
17. Real Academia Española. *Diccionario Usual*. [Internet]. [citado 13 de junio de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=suicidio>
18. Jiménez-Ornelas RA, Cardiel-Téllez L. El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles Poblac*. 2013;19(77):205–229.
19. Bodon MC, Ríos MA. Suicidio: Lineamientos generales para la comprensión, detección y prevención. 2016 [citado 17 de mayo de 2017]; Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/suicidio_lineamientos.pdf
20. Gutiérrez-García A, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Ment*. 2006;29(5):66–74.
21. SOLER,P., GASCÓN,J. RECOMENDACIONES TERAPEUTICAS EN LOS TRASTORNOS MENTALES. 3.^a ed. ARS MEDICA; 2006. 694 p.
22. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):248–263.
23. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS*. 5.^a ed. WASHINGTON DC: AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING; 2013. 991 p.

24. Organization WH, others. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 2000 [citado 17 de mayo de 2017]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
25. Ritzer G. Teoría sociológica clásica. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.; 2011. 560 p.
26. Palacio AF. La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Affect Soc* [Internet]. 2010 [citado 17 de mayo de 2017];7(12). Disponible en: <http://rccp.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/6318>
27. van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):63–72.
28. Albert Sogorb M. Neurobiología del sistema endocannabinoide y conducta suicida. 2015 [citado 17 de mayo de 2017]; Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2118/1/TFG%20Albert%20Sogorb,%20Mar%203%20Da%20.pdf>
29. Trejos C, Gerardo J. Aspectos médico legales del suicidio en Costa Rica: Epidemiología del suicidio en Costa Rica, del 2000 al 2004. *Med Leg Costa Rica*. septiembre de 2007;24(2):67-80.
30. DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN SECCIÓN DE ESTADÍSTICA. PERSONAS FALLECIDAS EN COSTA RICA POR SUICIDIO DURANTE EL 2013 [Internet]. ANUARIO POLICIAL 2013; Disponible en: https://www.poder-judicial.go.cr/planificacion/images/documentos/estadisticas/policiales/Anuario_Policial_2013/Elementos/PDFs/09_sumario_suicidios.pdf
31. García HAC. Las muertes violentas en Costa Rica y sus inequidades geográficas. *Poblac Salud En Mesoamérica* [Internet]. 1 de julio de 2013 [citado 17 de mayo de 2017];11(1). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/10531>
32. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS. 2014.
33. NIMH » El Suicidio en los Estados Unidos de América: Preguntas frecuentes [Internet]. [citado 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/el-suicidio-en-los-estados-unidos/index.shtml>
34. Téllez-Vargas J. Suicidio en ancianos. [citado 17 de mayo de 2017]; Disponible en: http://www.academia.edu/download/38029097/SUICIDIO_EN_ANCIANOS_X.pdf
35. Velásquez Suarez JM. Suicidio en el anciano. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;42:80–84.
36. Mitty E, Flores S. Suicide in late life. *Geriatr Nur (Lond)*. 2008;29(3):160–165.

37. Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):166–194.
38. Sarason IG. *Psicopatología: psicología anormal : el problema de la conducta inadaptada*. Pearson Educación; 2006. 710 p.
39. Chong Daniel A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2012;28(2):79–86.
40. Minayo MC de S, Cavalcante FG. Suicide attempts among the elderly: a review of the literature (2002/2013). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1751–1762.
41. Peña-Solano DM, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. Depresión en ancianos. *Rev Fac Med*. 2009;57(4):347–55.
42. Rangel-Garzón CX, Suárez-Beltrán MF, Escobar-Córdoba F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Rev Fac Med*. 2015;63(4):707–716.
43. Hall RC, Hall RC, Chapman MJ. Identifying geriatric patients at risk for suicide and depression. *Clin Geriatr*. 2003;11:36–44.
44. GINER, J., MEDINA, A., GINER, L. ENCUNTROS EN PSIQUIATRIA ASPECTOS SOCIOCULTURALES DEL SUICIDIO: MEDIDAS PREVENTIVAS Y CRISIS ECONÓMICA [Internet]. ENFOQUE EDITORIAL S.C.; Disponible en: <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Encuentros-en-psiquiatr%C3%ADa.-Aspectos-socioculturales-del-suicidio.-Medidas-preventivas-y-crisis-econ%C3%B3mica..pdf>
45. Adán JCM. *Suicidio: asistencia clínica : guía práctica de psiquiatría médica*. Ediciones Díaz de Santos; 2004. 124 p.
46. Martínez-Aguayo JC, Silva H, Arancibia M, Angulo C, Madrid E. Antipsicóticos y suicidio. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2016;54(2):141–150.
47. Rica R-BDC. evolución de la mortalidad y los días de estancia por egresos hospitalarios en el período 2013-2030. *Decimonoveno Inf Estado Nación*. 19:1–26.
48. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. Memoria institucional 2011. Capítulo IV. Análisis y determinantes sociales de la situación de salud. Ministerio de Salud;
49. WHO | Estimates for 2000–2015 [Internet]. WHO. [citado 18 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
50. Regiones socioeconómicas de Costa Rica | Ministerio de Educación Pública [Internet]. [citado 8 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.mep.go.cr/educatico/recurso-interactivo/regiones-socioeconomicas-costarica>

51. Vega-Malagón G, Ávila-Morales J, Vega-Malagón AJ, Camacho-Calderón N, Becerril-Santos A, Leo-Amador GE. Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. Eur Sci J [Internet]. 2014 [citado 31 de mayo de 2017];10(15). Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/c57a7ea845ffe4ed8b39c55daa23d8e9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1576353>

52. Gómez MM. Introducción a la metodología de la investigación científica [Internet]. Editorial Brujas; 2006 [citado 1 de junio de 2017]. Disponible en: https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=9UDXPe4U7aMC&oi=fnd&pg=PA9&dq=G%C3%B3mez+Los+descriptivos+se+centran+en+recolectar+datos+que+muestran+como+se+manifiesta+un+evento,+un+fen%C3%B3meno,+hecho,+contexto+o+situaci%C3%B3n.+Esta+es+su+m%C3%A1xima+aspiraci%C3%B3n%E2%80%9D&ots=b7sKGZmSyO&sig=oVX4VHw3AF63gPlq3CDr-OdH_v8

53. Brenes Álvarez, D. Aspectos epidemiológicos de los suicidios en Costa Rica desde el año 1990 hasta el año 2012 [Internet]. Universidad Hispanoamericana; 2015. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/reader.action?docID=80185089>

54. Ordóñez Monak IA, Agudelo F, Alonso S, González Ortiz JO. Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. Rev Colomb Psiquiatr. 2013;42:56–64.

55. Gutiérrez Zurbarán GT, Gil Rojo I, Jiménez Acosta VA, Lugo Jáuriga B. Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario. Rev Cuba Hig Epidemiol. 2001;39(2):147–151.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

CCP: Centro Centroamericano de Población

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CR: Costa Rica

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEUU: Estados Unidos de América

FAP: Fármaco antipsicótico

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

INHEM: Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología

ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PCR: reacción en cadena de polimerasa

RAE: Real Academia Española

Rcb2: receptor cannabinoide 2

RTM: Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales

TPH2: triptófano hidroxilasa 2

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Alina Córdoba Artavia, cédula de identidad número 3-0471-0900, en condición de egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura titulado “Características epidemiológicas del suicidio en personas de 60 años y más en Costa Rica en el periodo de 1990-2014” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: *“Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que pueden considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”*. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo en fe de lo anterior, en la ciudad de Aranjuez, el día 03 de julio del 2017.



Alina Córdoba Artavia

CARTA DEL TUTOR

San José, 03 de julio de 2017

Señores
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

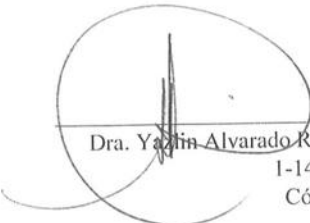
La estudiante Alina Córdoba Artavia, cédula de identidad número 3-0471-0900, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL SUICIDIO EN PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS EN COSTA RICA DURANTE EL PERIODO DE 1990-2014.”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		96%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,


Dra. Yajin Alvarado Rodríguez
1-1472-0916
Cód. 13560

San José, 10 de julio del 2017

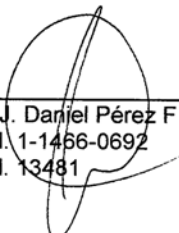
Srs.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimado señor: El estudiante Alina Cordoba Artavia ; cédula de identidad número: 304710900, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL SUICIDIO EN PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS EN COSTA RICA DURANTE EL PERIODO DE 1990-2014"**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,


Dr. J. Daniel Pérez F
Ced. 1-1466-0692
Cod. 13481

LICDA. ELVIA FERNÁNDEZ MORALES
FILÓLOGA UCR
SAN RAMÓN, ALAJUELA TEL. 2-447 1581 8-825- 3794
elviafdz@gmail.com
C.2312338 COL. LIC. Y PROF

CONSTANCIA DE REVISIÓN FILOLÓGICA DE TESIS

La suscrita, Licenciada en Filología Española, ELVIA FERNÁNDEZ MORALES, hace constar que efectuó la revisión filológica del documento denominado, **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL SUICIDIO EN PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS EN COSTA RICA DURANTE EL PERIODO DE 1990-2014**. Este consiste en una TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA. La postulante es ALINA CORDOBA ARTAVIA.

Al respecto, indica que luego de efectuadas las correcciones necesarias, dicho documento se encuentra listo para su presentación y disertación, pues se ajusta a las normas gramaticales y ortográficas establecidas y a la modalidad de discurso, correspondiente a su especialidad.

Dado en San Ramón, Alajuela, Costa Rica, el trece de julio de dos mil diecisiete, a solicitud de la interesada y para los efectos administrativos pertinentes.



DC/Archivo


Licda. Elvia Fernández Morales
Carné COLYPRO 2312338