

INGESTA DE CAUSTICOS: ¿UNA FORMA DE SUICIDIO FEMENINO? ¹

Autoras: *Delgado de Mendoza Ruiz, B;*
Solís Ríos, M. I;
Ripoll Leria, M^a A;
Jurado Cortes, I.

El suicidio es un fenómeno que ha acompañado la historia del hombre. Y aunque en diferentes épocas la explicación de sus causas y la actitud hacia el mismo ha variado, el comportamiento o el acto ha existido en casi todas las culturas. En efecto, las mayores diferencias no se encuentran en los índices de suicidio sino en la perspectiva de valoración y la reacción de la sociedad frente al mismo. En la antigüedad, en países como Japón, China y gran parte de Europa, el suicidio no sólo era frecuente sino que en muchos casos era honroso; en los siglos VII y VIII, la Iglesia (1) empezó a castigar severamente a quienes intentaban suicidarse y en el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino atribuyó el suicidio a una inspiración demoníaca y a un pecado contra Dios. Sólo seis siglos más tarde se haría un importante avance en la materia: hacia 1820, el médico J.P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un "trastorno mental" y en 1838, Esquirol se refirió al acto suicida como a una consecuencia de una crisis de tipo afectiva.¹

Hacia finales del siglo XIX, Morselli (1879) y el sociólogo francés Durkheim (1897) introducen los factores sobre los cuales se basarían los estudios posteriores y las teorías sociológicas sobre el suicidio. En sus textos, Durkheim define el suicidio como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realiza-

do por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado" y concluye que la forma de prevención más eficaz es la promoción del sentido de pertenencia de los individuos a un grupo o a una comunidad.

A pesar de su antigüedad, como ya hemos dicho, la definición de Durkheim (2) sigue siendo relevante: "... se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado." De acuerdo con ésta, detrás de la actuación suicida precede una clara intención de búsqueda de la muerte por medios propios. La magnitud de la intención, si podemos calificarla así, puede ser variable y fluctuante en el tiempo. Esto descarta de pleno ciertas conductas que a veces calificamos como formas de suicidio sin serlo: la práctica de deportes de riesgo, el consumo mismo de sustancias psicoactivas o algún otro tipo de conductas peligrosas o imprudentes en su ejecución. El punto clave es la existencia de una intención o una ideación de muerte propia deseada. Esto también descarta situaciones de suicidio accidentales o suicidios inconscientes.

Algunas veces podemos encontrar casos de muertes en donde puede ser complicado definir con precisión si se trató de un accidente, de un suicidio o de un homicidio por las circunstancias y antecedentes que rodean en el hecho. Es por esta razón que, salvo los casos de muerte natural, cualquier otra tipo de muerte siempre es estudiada por el Ins-

¹ Comunicación presentada en el "XV Congreso Derecho y Salud", celebrado en Oviedo

tituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, sobretodo en aquellos casos en donde se quiere enmascarar un homicidio con visos de accidente o suicidio.

La dimensión del problema en cifras la podríamos definir de la siguiente forma (3): A nivel mundial, las cifras de autolesiones se estiman entre un 3-5 % de la población mayor de 16 años, incluidos los suicidios consumados. La cifra anual en la Unión Europea es de 800-1.000 casos por cada 100.000 habitantes/año. Del 15-30 % de los pacientes que se autolesionan repiten la conducta antes del año, y entre el 1-2 % se suicidarán entre los 5 y 10 años de la tentativa. Diariamente se producen en el mundo de 8.000 a 10.000 intentos de suicidio, de los que 1.000 lo consiguen. Según la OMS, el suicidio sería la décima causa de muerte en los países civilizados.

INTRODUCCION.

Principales factores de riesgo personal y demográfico para el suicidio

- Trastornos psiquiátricos: En más del 90 % de los casos existe enfermedad psiquiátrica concomitante. Por orden de frecuencia tenemos:
- Trastornos del estado anímico: El riesgo de por vida es de un 15-20 %, siendo mayor en la depresión mayor y los cuadros de psicosis maniaco-depresiva (alternancia de periodos de depresión con otros de gran vitalidad, hiperactividad psíquica y motora, y ánimo exaltado). Es menos frecuente en la primera etapa de quejas afectivas.
- Abuso de sustancias psicoactivas: Se denominan así porque producen engañosamente una sensación psíquica muy agradable. Concretamente en el alcoholismo, el segundo diagnóstico psiquiátrico más frecuente, la tasa de suicidios es del 15 %. La incidencia es algo menor en otras toxicomanías (10 %), como el consumo de opiáceos y cocaína.

- Esquizofrenia: Enfermedad mental caracterizada por una alteración profunda del pensamiento, la afectividad y una percepción desorganizada y alterada de la realidad. Existe un riesgo de un 15 %. Se asocia a la actividad alucinatoria (oyen voces que no son reales y que les impulsan al suicidio) y a la depresión. Se da más en jóvenes, en los primeros cuatro años de evolución de la enfermedad y asociado a las repetidas agudizaciones de la misma.
- Trastornos de la personalidad: Como la personalidad borderline, que se caracteriza por disminución del coeficiente intelectual, depresión y abuso de drogas o alcohol.
- Síndromes mentales orgánicos (10 % del número total): Donde se incluyen la demencia y la enfermedad de Parkinson, fundamentalmente.

Historia de intentos y amenazas: Entre el 25 y el 50 % de los actos consumados tienen historia conocida de intentos previos. Existe una tendencia a repetir los mismos gestos suicidas.

Edad: Son grupos de alto riesgo los adolescentes y ancianos. En el varón la frecuencia aumenta con la edad, con una incidencia máxima a los 75 años. Consuman el suicidio 2-3 veces más que las mujeres. En las mujeres la edad de mayor incidencia está entre los 55 y 65 años. Intentan suicidarse 2-3 veces más que los hombres.

ESTUDIOS AL RESPECTO

Un estudio multicéntrico (4) realizado por la Asociación Española de Toxicología (AET) en 1990, a partir de 48 casos de pacientes con causticaciones graves –ingresados en UCIs de cinco hospitales públicos españoles-, verificaba el siguiente perfil: se trata de un paciente varón, de 47 años de edad, que ingiere –con fines suicidas (91,5%) – una única sustancia [con mayor frecuencia salfument (36 casos) y lejía (7 casos)]. A su llegada a urgencias han pasado 6 horas desde la ingesta (35 casos),

presentando vómitos, quemaduras orofaríngeas, dolor abdominal y reacción peritoneal. Se realiza diagnóstico endoscópico en el 43,8% de los casos; se observan lesiones grado III, localizadas sobre estómago (12 casos), esófago (9 casos) y duodeno .

Según los datos estadísticos de los años 1994-2001, recogidos en la Memoria del Servicio de Información Toxicológica (SIT), dependiente del Instituto Nacional de Toxicología, se registran 180,3 consultas telefónicas/100.000 habitantes relacionadas con casos de intoxicación. El 14,67% de esas consultas son hospitalarias y corresponden a productos que tienen características cáusticas, entre los que figuran productos de limpieza ácidos (7,6%) y álcalis (19%), lejía (32,6%), amoníaco (14,6%) y desengrasantes (13,4%).

La etiología médico-legal suicida responde del 6,8% de los casos hospitalarios que se consultan al SIT, destacando, por su mayor empleo, los productos de limpieza que llevan liberadores de cloro.

De la casuística recogida en el SIT en 2002 sobre productos de limpieza, ácidos y álcalis, lejía, amoníaco y desengrasantes que se consultan desde hospitales, se desprende el siguiente perfil de intoxicado: Se ven afectados más hombres (53,2%) que mujeres (46,8%), predominando la etiología accidental (74,8%), seguida por la suicida (13,1%) y la accidental laboral (8,7%); la principal vía de entrada es la oral (80,9%), seguida por la respiratoria (10,9%) y la ocular (3,3%). En el 97,3% de los casos se produce la exposición a un único producto. La edad media del intoxicado es de 24,9 años; la edad media pediátrica (hasta los 14 años) es de 3,4 años, mientras que en adultos es de 44,8 años.

Este perfil parece confirmarse en un estudio realizado en EEUU, en el que se describe que los hombres son más propensos a ingerir sustancias tóxicas con fines suicidas que las mujeres. Más del 70% de todos los suicidios en Estados Unidos son cometidos por hombres. Por raza, los blancos presentan una cifra de 71.4/100,000 para hombres de 85 años en 1994, y los negros 12.7/100,000 en 1994. Sin embargo, los intentos suicidas son más fre-

cuentes en mujeres (5). El método más común informado en los estudios como intento de suicidio es la ingestión de sustancias tóxicas en el 70% o sobredosis, al igual que las drogas o medicamentos (6). Cuando se relaciona el sexo con el tipo de cáustico ingerido se encuentra que las mujeres ingerían frecuentemente lejía (82.7%, 24 pacientes) y los varones ácido clorhídrico o ácido nítrico (62.55%, 10 pacientes). Se puede ver que los varones, por el tipo de sustancia cáustica ingerida (ácido) serían propensos al suicidio. No obstante, el estudio no evaluó ni discriminó la intención de la ingesta cáustica (suicidio, intento de suicidio).

La práctica de la endoscopia es controvertida en caso de pacientes asintomáticos, en relación con el tiempo post-ingesta, tipo de sustancia y extensión de la exposición (7). La exploración endoscópica permite clasificar a los pacientes según su potencial gravedad, estableciendo el tratamiento más conveniente, al tiempo que se disminuye de forma sustancial el coste por proceso al suspender la medicación y hospitalización innecesarias.

La endoscopia se contraindica en una serie de circunstancias, como: obstrucción de la vía aérea superior, signos/síntomas de perforación, paciente inestable, shock y casos con más de 48 horas post-exposición.

Prevención del Suicidio

Creemos que la estrategia de una prevención a todos los niveles, desde una fabricación de seguridad, normas de educación sanitaria, campañas de información específica y directa, así como envasado ideal, inviolable, económico y con poca cantidad de cáustico, es fundamental para la reducción de este tipo de accidentes.

Otro factor de riesgo importante es que los cáusticos son trasvasados o almacenados en envases de bebidas y refrescos. La administración tiene una alta responsabilidad por permitir el uso de propaganda atractiva y por no hacer cumplir o no tener una legislación de fabricación de "seguridad". En

cuanto a las normas de educación sanitaria y prevención, las fundamentales deben ser:

1. Procurar disminuir el número de agentes de este tipo en el hogar y mantenerlos en un armario para tóxicos" cerrado bajo llave.

2. Estas sustancias se guardarán siempre en sus recipientes originales y nunca en frascos, botes y menos en envases que el niño confunda con refrescos y bebidas.

3. Las sustancias cáusticas nunca se almacenarán en las proximidades de los alimentos.

4. Los envases deben disponer de mecanismos seguros que imposibiliten su apertura por niños (envases de seguridad) bien con cierres basados en movimientos de presión y giro simultáneo, tapones de plástico con cierre a presión, etc. Lo ideal sería un envase inviolable, económico y con poca cantidad de tóxico.

5. Los envases deben disponer de un etiquetado claro, con la composición y peligros del producto, así como el tratamiento en caso de ingestión.

Señales de Alarma (8):

Cambio brusco de comportamiento o apariencia (aumento del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, aumento de la agresividad y la irritabilidad, aislamiento, etc.).

- Hablar, escribir y/o hacer chistes alrededor del tema de la muerte y/o el suicidio
- Hacer preparaciones para la muerte (testamento, despedidas, regalar sus cosas, etc.).
- Disminución del desempeño en la escuela o en el trabajo (o ausentismo).
- Pérdida de interés en las cosas que normalmente le importan a esa persona.
- Actitud de desesperanza e impotencia ante la vida.
- Pérdida de un ser querido.
- Cambios bruscos en los patrones de sueño.

- Alcoholismo.
- Estados depresivos severos.
- Intentos previos de suicidio.

Es sobre todo la combinación de factores lo que debe ser interpretado como señal de alarma.

Propuesta de ítems que deberían constar en la valoración de pacientes con tentativa suicida

A. Datos sociodemográficos. Es útil señalar la situación de soporte familiar y laboral, además de los datos generales estandarizados en la hoja de ingreso.

B. Motivo de ingreso:

1. Acude por propia iniciativa o es llevado por familiares, amigos, conocidos o por profesionales (policía, bomberos, etc.). Informan sobre la rescatabilidad.

2. Tentativa de suicidio. Método.

C. Historia breve y exploración psicopatológica:

1. Antecedentes psiquiátricos.

2. Antecedentes familiares de suicidio.

D. Antecedentes suicidas personales:

1. Tentativas de suicidio.

2. Número de intentos.

3. Tiempo transcurrido desde la última tentativa.

E. Características de la tentativa:

1. Método.

2. Gravedad somática:

a) Leve (primeros auxilios).

b) Moderada (24 horas en urgencias).

c) Grave (más de 24 horas de hospitalización).

3. Intención letal (gesto o autolesiones, tentativa o suicidio frustrado)

4. Rescatabilidad (“pide ayuda”, “deja pistas”, “descubrimiento accidental”).

5. Tipo e intensidad de los acontecimientos vitales asociados al acto suicida.

6. Nivel de adaptación social según el Eje V del DSM-IV.

F. Orientación diagnóstica. Criterios CIE-10 y DSM-IV.

G. Tratamiento y recomendaciones:

1. Si precisa psicofármacos, tipo y dosis.

2. Seguimiento. Lugar (hospital, ambulatorio).

3. Informar a la familia y al paciente del riesgo de repetición del acto suicida.

SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO: MARCO LEGAL. CUESTIONES GENERALES DE POLITICA CRIMINAL

El auxilio e inducción al suicidio vienen regulados en el Art. 143 del C Penal (9) que dice en su punto 1: "El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de 4 a 8 años". Igualmente, en su punto 2 dice: "Se impondrá la pena de prisión de 2 a 5 años al que coopere con actos necesarios al suicidio de otra persona". En su apartado 3, dice que: "Será castigado con la pena de prisión de 6 a 10 años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte". Por último, en su apartado 4, dice: "El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo".

Aunque no la cite expresamente (ninguna normativa legal española lo hace), es evidente que el párrafo 4º es el aplicable en el caso de la eutanasia,

y llama la atención que, tal y como está redactado, pena solamente a la eutanasia activa (aquella en la que el actor causa directa y deliberadamente la muerte al enfermo), quedando fuera de un posible castigo la eutanasia pasiva, en la que el actor se limita a la no aplicación de medios extraordinarios para mantener con vida al paciente. La eutanasia pasiva consiste en retirar a un enfermo irreversible los medios necesarios para que pueda sobrevivir, o administrarle un tratamiento que mitigue su dolor pero que puede provocar su muerte.

Pero además, para que el juez estime que se trata de un caso de eutanasia (si no, se trataría de homicidio), *"la enfermedad debe ser incurable, debe estar próxima la muerte de la persona, la acción para causar la muerte debe ser necesaria, con esa acción una tercera persona libera al enfermo de un sufrimiento y, lo más importante, debe existir el consentimiento del enfermo o, si éste estuviere ya inconsciente, el de sus familiares directos"*. En este contexto, hablamos de eutanasia voluntaria cuando la persona afectada la solicita de un modo libre y expreso, y de eutanasia involuntaria cuando se practica a una persona que por su estado es incapaz de otorgar o no su consentimiento.

Por otra parte, es imprescindible siempre la acción de un tercero, pues en caso contrario estaríamos ante un suicidio, no ante una eutanasia. El intento frustrado de suicidio no está penado actualmente en España, ni en ningún otro país. Y en cuanto al consentimiento del enfermo, éste sólo es válido si es reiterado, realizado ante testigos, y el paciente es legalmente mayor de edad y dueño de sus actos. En el caso de una demencia avanzada, lógicamente, sería el familiar directamente responsable (o el tutor legal) quien debería expresar el debido consentimiento.

Que la proximidad de la muerte para la persona en cuestión esté clara, es también necesario para que los jueces estimen que se trata de un caso de eutanasia. Aunque el paciente cumpla con los demás requisitos, si la muerte no estuviese próxima, no se consideraría eutanasia, sino homicidio. Por tanto, el caso real del tetrapléjico gallego Ramón Sampedro,

sobre el que trata la célebre película de Alejandro Amenábar "Mar adentro" (que ha reavivado el tema en España en los últimos meses), no podría ampararse en el supuesto de una eutanasia, y lo que ocurrió fue que la Justicia nunca logró encontrar a la persona que preparó la disolución de cianuro potásico y la puso al alcance de Ramón.

Bajo un enfoque criminológico y ético moral los autores se preguntan si se debe o no castigar este delito, así, ¿se debe sancionar la disponibilidad de la vida? o ¿tiene uno derecho a suicidarse o esta prohibido? Los defensores de la no disponibilidad dicen que es el propio Estado quien debe evitar que se pierda la vida y consideran que si bien no es un acto ilícito esta prohibido, es decir, se prohíbe que una persona se quite la vida, pero no se castiga al que lo intenta y no lo consigue.

Se habla de razones humanitarias y de política criminal (Escuela tradicional). Frente a esta postura tradicional están los que abogan porque el derecho a la vida es propio y disponible de la persona como ser individual. Se cita la Constitución que ampara el trato humano y no degradante. Estos autores se preguntan: ¿si el suicidio es lícito porque el C. Penal castiga a aquellas personas que intervienen en un suicidio si este no está considerado como un acto ilícito? La respuesta que se da es que se castiga no al titular (porque puede tener problemas de estabilidad emocional, enfermedad mental, etc.), sino el que otra persona participe en la muerte de aquella pues sólo tiene el derecho a la disponibilidad el propio titular y nadie más.

El Art. 143 C. Penal castiga la participación de terceros pero hay distinciones, es decir, no se castiga de igual forma al inductor que al cooperante y, menos aun, al que llegare a ejecutar la muerte del otro. Tampoco se castiga este delito como un homicidio simple, sino como un tipo especial y atenuado del mismo según el grado de participación empleado.

CONCEPTO DE SUICIDIO

¿Qué significado etimológico tiene el suicidio?: "matarse así mismo de forma voluntaria. La propia Ley exige que la muerte querida ha de ser de una persona imputable en el sentido de que ha de tener una voluntad válida de morir (capacidad para tomar esa decisión). Esa capacidad no debe estar viciada por ninguna clase de violencia, intimidación o engaño. Además, el sujeto debe ser mayor de edad, no estar incapacitado judicialmente y que no intervenga precio, recompensa o promesa.

La muerte ha de provenir de dolo específico es decir, esperada o directamente querida (ha de conjuntarse la "voluntad" y el "querer") y, además; para que se consume el delito ha de producirse la muerte. Problema de la tentativa de suicidio: ¿cabe aquí la tentativa? El Art. 143 dice que se debe producir el resultado de muerte y la opinión mayoritaria se inclina por excluir la tentativa para los dos supuestos primeros del Art., 143 y castigarla para el supuesto regulado en el apartado 3 del Art., 143.

Como estamos viendo, el concepto de suicidio es complejo, para que se pueda calificar de suicidio tiene que concurrir varios presupuestos:

- 1.- Tiene que haber concepto de muerte.
- 2.- Tiene que haber lucidez de conciencia.
- 3.- Está también el concepto de realización "por sí mismo", pero no está tan claro que forme parte de los presupuestos que definen el suicidio, pues hasta que punto se precisa que sea uno mismo el que lleve a cabo la acción suicida.
- 4.- Tiene que haber intención y deseo de muerte.
- 5.- Hay también otro elemento que es el resultado de muerte. Si no hay muerte, no existe suicidio, sólo cabría hablar en este caso de tentativa de suicidio.

Están las amenazas suicidas, la mayoría de las personas que se suicidan previamente han advertido o avisado de su intención -no es cierta la creencia

errónea de que el que avisa o anuncia su suicidio no lo suele llevar a cabo.

Es muy importante para el criminólogo el tener en cuenta que la persona que tiene estos pensamientos le gusta sacarlos a la luz, hablar de ellos con el profesional, y por consiguiente, cuando se sospeche que la persona los pueda tener, hay que favorecer la comunicación y que nos exprese su pensar, no hay que tener miedo a hablar de ellos, por pensar que podamos provocar el suicidio, porque si realmente la persona no los abriga, no la vamos a inducir al suicidio.

Según estudios (10,11), es en la depresión el trastorno psiquiátrico donde se da con mayor frecuencia el suicidio, y un % muy elevado termina quitándose la vida. Otra enfermedad con porcentajes elevados de suicidio es el alcoholismo.

A veces el suicidio es el único síntoma de la esquizofrenia

En cuanto al estado civil, los solteros, separados y viudos son más propensos al suicidio.

Y la época del año elegida suele ser cuando la depresión es más frecuente: la primavera, el otoño y las épocas o fechas señaladas como navidad, año nuevo y un aniversario importante.

Los **objetivos** que nos planteamos a la hora de realizar nuestro trabajo fueron los siguientes:

- ◆ Determinar el perfil de la persona que acude al Hospital Universitario “Virgen de la Victoria” de Málaga para tratamiento sanitario por ingestión de cáusticos en el año 2005 y su etiología.
- ◆ Precisar la patología psiquiátrica de base, si la hubiese.

MATERIAL Y MÉTODO.

- Registro de endoscopias digestivas y revisión de Historias clínicas
- Estudio descriptivo observacional de corte transversal realizado en el H. U “Virgen de

la Victoria” de Málaga sobre 11 casos de pacientes cuyo motivo de ingreso en urgencias fue de intoxicación por ingesta de cáusticos, en el año 2005, a los que se les realiza endoscopia oral urgente (habiéndose excluido un caso por estar contraindicada la EDA (signos/síntomas de perforación). Las variables estudiadas son: edad, sexo, antecedentes psiquiátricos, época del año y etiología. El programa utilizado para su análisis ha sido Microsoft Excel.

RESULTADOS.

- Todas la ingesta voluntarias de cáusticos se producen en mujeres, un 75% con antecedentes de patología psiquiátrica. (Tabla nº 1).
- El 43% de la población estudiada con antecedentes de depresión, ingería las sustancias voluntariamente, frente a un 57% que lo hacía de forma accidental. (Tabla nº 3).
- Un 75% de los pacientes sin antecedentes psiquiátricos, ingirió de forma accidental las sustancias cáusticas, frente a un 25% que lo hizo voluntariamente. (Tabla nº 4)
- La ingesta voluntaria de cáusticos (con fines autolíticos) en pacientes con trastornos depresivos es un 18% superior a las personas que ingieren estas sustancias y que carecen de antecedentes psiquiátricos. (Tablas nº 3 y 4)

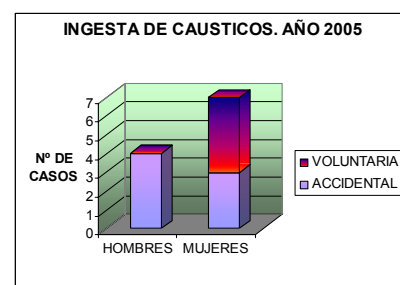


Tabla nº 1

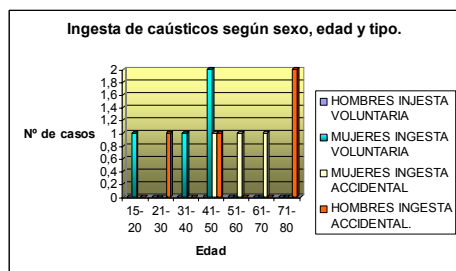


Tabla nº 2

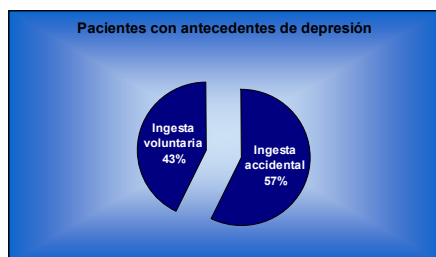


Tabla nº 3



Tabla nº 4

CONCLUSIONES

El perfil de la persona que acude al Hospital Universitario "Virgen de la Victoria" de Málaga, en el año 2005 por ingesta de cáusticos con fines autolíticos es de:

- Mujer, 46 años de edad aproximadamente, con antecedentes de depresión en el 75% de los casos, precisando ingreso hospitalario el 50% de ellas, con una estancia media de 3 meses, las cuales ya habían presentado intentos autolíticos anteriores de diferente naturaleza (ingesta medicamentosa, lesiones incisivas en antebrazos...).

- El perfil de la persona que acude por ingesta de cáusticos accidental, es de:
 - Varón, mayormente entre 71-80 años de edad.
- Es destacable la ausencia de casos autolíticos con fines suicidas en varones, en contradicción con algunos estudios vistos anteriormente. Según estudio de la AET (Asociación Española de Toxicología), en 1990 el perfil de estas personas sería de: Varón de 47 años.
- No existen registros de fallecimientos en el año 2005 por esta causa.
- En un 75%, las épocas del año en las que se producen estos casos son: Navidades- Reyes y primavera. Respondiendo a las épocas registradas en la mayoría de los estudios realizados al respecto, (coincidiendo cuando la depresión es más frecuente).
- En fase subaguda, durante las 3 primeras semanas, es donde se da la mayoría mortalidad y morbilidad. La mayoría de los pacientes que fallecen en este tiempo lo hacen como consecuencia de las complicaciones de la evolución espontánea o de las complicaciones. Las complicaciones respiratorias son también propias de esta fase y una causa frecuente también de fallecimientos son las complicaciones quirúrgicas. A más largo plazo son más raros los fallecimientos directamente relacionados con el tóxico.
- La mortalidad de esta patología ha ido descendiendo en las tres últimas décadas, de 20 al 1%, gracias a la disminución en las concentraciones permitidas para los diferentes productos, los envases de mejor calidad y debidamente rotulados, mejores técnicas de anestesia y cirugía, el mayor apoyo nutricional y mejores antibióticos.
- Los productos ingeridos con fines suicidas fueron: Agua fuerte, lejía, ácido clorhídrico.

- Respecto al ámbito legal, como viene determinado en el Art.143 del C.P sólo castiga la participación de terceros. En el análisis realizado de las historias clínicas no se hace mención a colaboración de terceros en los hechos.

BIBLIOGRAFIA

1. Manuel Antonio Núñez y otros. Suicidio y tentativa de suicidio: Un acercamiento a su génesis psicosocial. http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpZZV_AyFkAePHjoBkW.php#superior
2. Durkheim, Emile. El Suicidio. Madrid: Akal / Universitaria.1985
3. Actitud ante el suicidio y conducta autolesiva. Dr. Jorge Juan Fernández López. <http://www.saludalia.com>
4. E. Mencia. Intoxicación por causticos. Anales.2003.Vol. 26(1):191-208.
5. MOSCICKI EK: Gender defferences in completed and attempted suicides. Ann Epidemiol 1994; 4: 152 – 158
6. SMITH JC. MERCY JA, CONN JM: Marital status and the risk of suicide. Am J. Public health 1998; 78:78-80.
7. Rene Estay G, Gastr Latinoam, 2004; Vol.15, nº 2:75-80.
8. Los jóvenes y la salud: usted puede prevenir el suicidio. http://www.azprevention.org/Downloadable_Documents/depressionsuicideSPA5_21_02.pdf
9. Código Penal. 11ª edición actualizada septiembre 2005. Tecnos. Libro II. Título II
10. Flores sandi, Grettchen. El suicidio en la población femenina en Costa Rica. 1983-1993. *Medicina Legal. Costa Rica*, 1995, vol.11-12, no.2-1, p.29-35.
11. Casado blanco, M. Suicidios en mayores de 65 años en la provincia de Badajoz: análisis médico legal. *Cuad. med. Forense*, abr. 2002, no.28, p.25-32.

