

Informe anual de casos de suicidios del año 2024 y propuesta metodológica de análisis.

Octubre - 2025

Informe anual de casos de suicidios del año 2024 y propuesta metodológica de análisis

Equipo Investigador:

M.Sc. Gloriela Brenes Murillo. Trabajadora Social y Epidemióloga, Ministerio de Salud. (Coordinadora); Dra. Kattia Alfaro Molina. Enfermera especialista en Salud Mental y Psiquiatría, Ministerio de Salud; Dra. Ana Catalina Calderón Jiménez, Psicóloga y Suicidóloga, Ministerio de Salud; Licda. Xiomara López, Estadística, Consejo Persona Joven

Con apoyo técnico de:

Comisión Técnica Interinstitucional sobre Estadísticas de Convivencia y Seguridad Ciudadana (COMESCO); Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud y la Secretaría Técnica de Salud Mental, Ministerio de Salud

Tabla de contenido

1. Capítulo I	5
1.1 Introducción	5
1.2 Justificación	7
1.3 Objetivos Generales	14
1.4 Objetivos Específicos	14
1.5 Alcances y limitaciones	14
1.5.1 Alcances	14
1.5.2 Limitaciones	15
2. Marco Teórico	16
2.1 Comportamiento Suicida	16
2.1.1 Mitos del Suicidio	20
2.1.2 Factores de Riesgo	24
2.1.3 Factores Protectores	30
2.2 El suicidio como problema de salud pública	31
2.3 El suicidio y los determinantes sociales de la salud	33
3.1 Tipo de estudio	34
3.2 Población de estudio	35
3.3 Fuentes de información	35
3.4 Métodos y técnicas de recolección de datos	36
3.5 Operacionalización de Variables o categorías de análisis	36
4. Interpretación y Análisis	39
4.1 Análisis de los determinantes	46
4.1.1 Problemas de Salud Mental	48
4.1.3 Profesiones y ocupaciones	50
4.1.4. Acceso a servicios de salud	51
4.1.5 Método utilizado	53
4.1.6 Otros datos de análisis en población vulnerable	54
5. Conclusiones	56
5.1. Recomendaciones	58
6. Anexos	60

6.1. Glosario de términos	60
6.2 Tablas de variables	64
7. Bibliografía	70

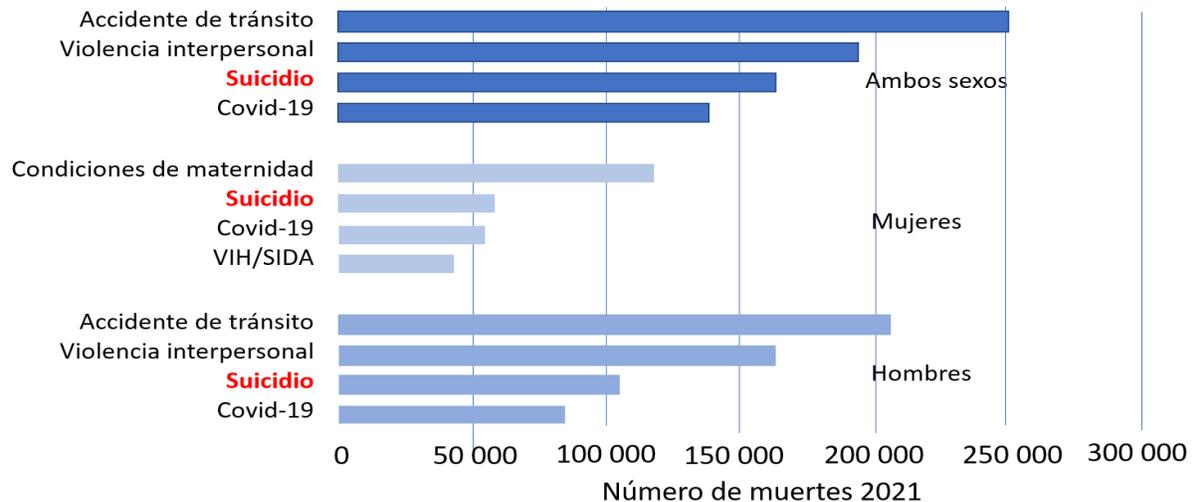
1. Capítulo I

1.1 Introducción

El suicidio, es un fenómeno humano universal que ha estado presente en diferentes épocas históricas, al respecto la OMS en las estimaciones globales de salud, señala que, en el 2021, alrededor de 700.000 personas se suicidaron.

A nivel global, el suicidio fue la tercera causa principal de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de ambos sexos, después de los accidentes de tránsito y la violencia interpersonal (Gráfico 1). En las mujeres, el suicidio fue la segunda causa principal de muerte en este grupo de edad, y en los hombres, la tercera.

Gráfico 1. Las tres principales causas de muerte entre personas de 15 a 29 años, según sexo. Nivel global. Datos 2021



Fuente: Observatorio de la Violencia, con datos de OMS. 2024.

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

Central, el Caribe hispano y México presentaban la razón hombre-mujer, ajustada según la edad, más alta: 4,2.

El mismo informe de estimaciones globales de la OMS (2024), señala que las edades con mayor porcentaje de suicidios son las comprendidas entre los 25 y 44 años con el 36,8% de los casos, en tanto según el método empleado, la asfixia fue la categoría más frecuente con el 39,7% de los casos.

Para el caso de América Latina, el informe previamente comentado expresa que, la media de tasa de suicidios en Latinoamérica fue de 9,8 por cada 100.000 habitantes, lo cual significa alrededor de 65.000 muertes anuales.

Con base en la información de los párrafos anteriores sobre la incidencia del suicidio en el mundo desde el año 2015 se denota que los países están reportando y dando seguimiento al comportamiento de este evento, siendo que en el caso específico de Costa Rica aparece la primera información a partir del año 2020 en donde se refleja la tasa indicada en la Tabla 1. (subrayado y en negrita).

Tabla 1. Países con mayor tasa de suicidios por cada 100 000 habitantes

Año	País	Tasa
2015	Guyana	28,99
	Bolivia	18,56
	Uruguay	16,93
2020	<u>Costa Rica</u>	<u>6,90</u>
	Perú	1,70
2021	Estados Unidos	14,50
	Brasil	7,30
	Argentina	6,29
	Colombia	6,0
2022	Canadá	9,20
2023	México	6,99

Fuente: Observatorio de la Violencia a partir de datos de la Organización Mundial de la Salud, 2024.

A partir de lo anterior se evidencia la importancia de que los países informen y actualicen la información estadística de los suicidios para el análisis epidemiológico y para la toma de decisiones con base en evidencia.

Para lo cual se debe retomar que el comportamiento suicida conlleva una serie de conductas tendientes a aumentar la escala de riesgo por lo que es necesario comprender que el estudio del suicidio no debe centrarse solamente en la muerte de la persona sino también en el momento de su planeación y en los rastros simbólicos, materiales y textuales que ésta dejaba.

De esta manera es necesaria la participación de distintos sectores de la sociedad, del Estado y sus instituciones, por ende, el análisis de los casos de suicidio, permiten la identificación de los factores de riesgo, situaciones críticas, nudos en el abordaje integral, brechas en el conocimiento, articulación, entre otros que permitan la generación de acciones intersectoriales e interinstitucionales dirigidas a los determinantes de la salud mental para aumentar la prevención y fortalecer el bienestar de la salud integral de la población.

1.2 Justificación

El suicidio y las conductas asociadas representan un serio problema de salud pública, implica un gran costo por el sufrimiento personal, familiar, social, económico y sanitario, según la Organización Mundial de la Salud (2025), al año mueren más de 720.000 personas por suicidio, es decir cada 40 segundos una persona se suicida, siendo entonces la tercera causa de muerte entre personas de 15 a 29 años.

Así mismo, por cada persona que muere por suicidio hay 20 que lo intentaron y el 79% de todos los suicidios se produce en países de renta baja a media.

Por otro lado, es necesario dimensionar que todo suicidio genera repercusiones y secuelas en las familias, amigos y comunidades, es una muerte que podría parecer invisible, inexistente, pero conlleva sufrimiento y afectación, al respecto señala Anseán (2014) que

cada acto suicida afecta a 6 personas de su entorno y que ante el suicidio se estima que al menos 7 personas dolientes se encuentren en riesgo.

Es innegable que el suicidio se genera por el dolor emocional, el sufrimiento y la desesperanza agrega además el autor, que la persona suicida quiere dejar de sufrir, no desea morir, sino vivir en una situación diferente.

El comportamiento suicida, según el Reglamento N° 44919-S-MEP-MTSS Reglamento a la Ley Nacional de Salud Mental, publicado el 28 de febrero de 2025, se define como *“la diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y consumir el acto”*, por lo tanto, en esa diversidad de comportamientos se pueden presentar en la mayoría de los casos señales de alerta.

La ideación suicida se entiende como las ideas o pensamiento recurrente sobre quitarse la vida, pero la persona no se ha hecho daño. El intento suicida es un acto en que la inminencia de la consumación del hecho revela su intencionalidad fatal (planeamiento, hacerse daño a través de instrumentos) o su gravedad fáctica (cortarse las venas, ingerir un veneno). Son expresiones de sufrimiento las verbalizaciones o actos que, si llegaran a consumarse, darían lugar a un daño serio o a la muerte de la persona.

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

De esta forma es necesario aumentar la investigación que permita el análisis de la situación, incorporando los precedentes, perfil de quien consumó el acto que incluya sexo, edad, nacionalidad, detonantes, factores de riesgo y protectores, entre otra información que sea clave para vincularla con los determinantes de la salud mental.

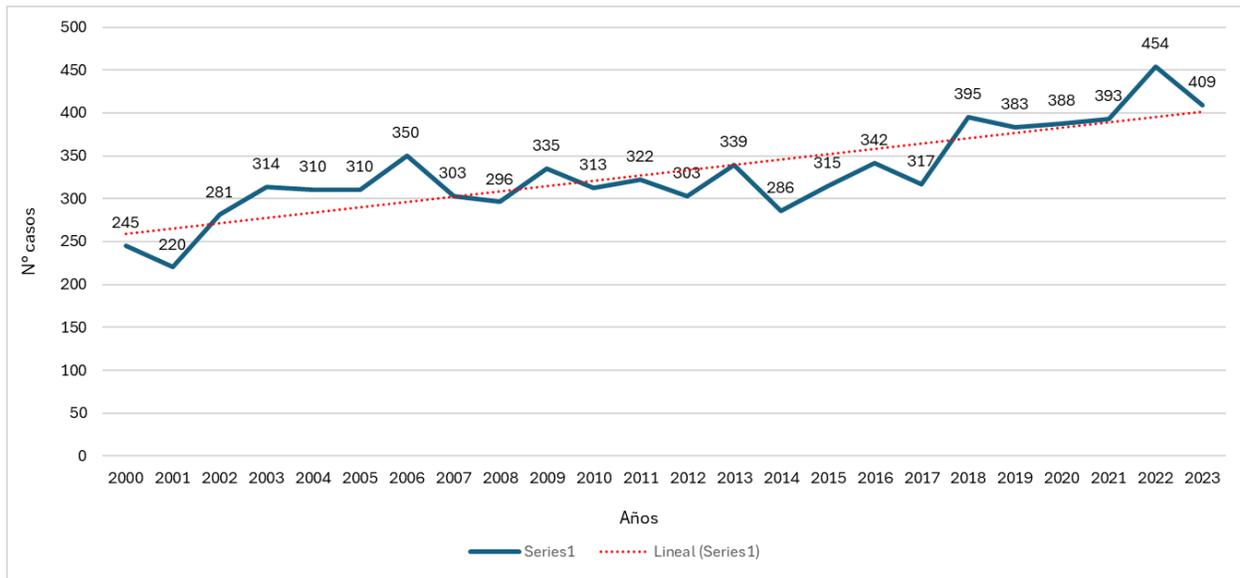
No se puede dejar de lado que el suicidio es un fenómeno universal transmitible por la vía sugestiva, hay una conexión entre la sociedad y el individuo, lo que sucede a nivel psicosocial afecta a la persona, y las decisiones que toma el individuo afectan la sociedad (banda de Moebius), por lo que, cada vez que una persona se suicida se muere una parte de la sociedad, de esta manera la muerte por suicidio deja un mensaje a la comunidad, algo de lo público también fracasó.

Considerando que es función del Estado velar por la salud de la población y que el derecho a la vida es uno de los pilares del sistema de protección a los derechos humanos, siendo que el Ministerio de Salud tiene la competencia de proteger ese derecho, se ha generado una serie de normativas relacionadas con la salud mental y prevención del suicidio, enfocadas en la articulación interinstitucional para el abordaje integral y oportuno de las personas que enfrentan el riesgo suicida, intentos suicidas o se han visto afectados por el suicidio, así como el desarrollo de acciones en prevención y promoción de la salud mental.

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

El suicidio continúa siendo una preocupación significativa de salud pública en Costa Rica, con tendencias que reflejan tanto desafíos persistentes como nuevas dinámicas sociales. A continuación, se ilustra el comportamiento de los suicidios en el período 2003-2023, en donde la tendencia lejos de ser lineal mantiene el patrón de aumento del mundo y de América Latina.

Gráfico 2. Costa Rica: casos de suicidios por año, período 2003-2023

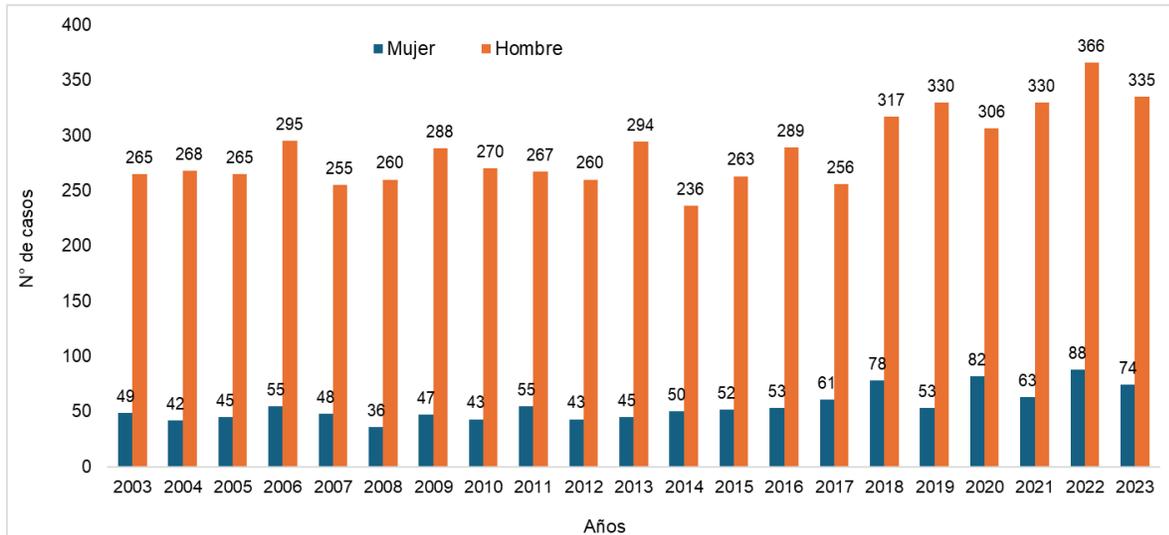


Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2003-2023

Como se observa en el siguiente gráfico entre 2003 y 2023, Costa Rica ha mantenido una tendencia constante en la prevalencia del suicidio entre hombres, quienes representan una mayoría significativa de los casos consumados.

Según datos del Ministerio de Salud, entre 2000 y 2020 se registraron aproximadamente 6.638 muertes por suicidio, de las cuales el 84% correspondieron a hombres y solo el 16% a mujeres, esta disparidad se ha mantenido en años recientes: en 2022, por ejemplo, se alcanzó un récord histórico con 429 suicidios, y la tasa fue cuatro veces mayor en hombres (13,2 por cada 100.000 habitantes) que en mujeres (3,2 por cada 100.000 habitantes).

Gráfico 3. Costa Rica: casos de suicidios por año según sexo, período 2003-2023



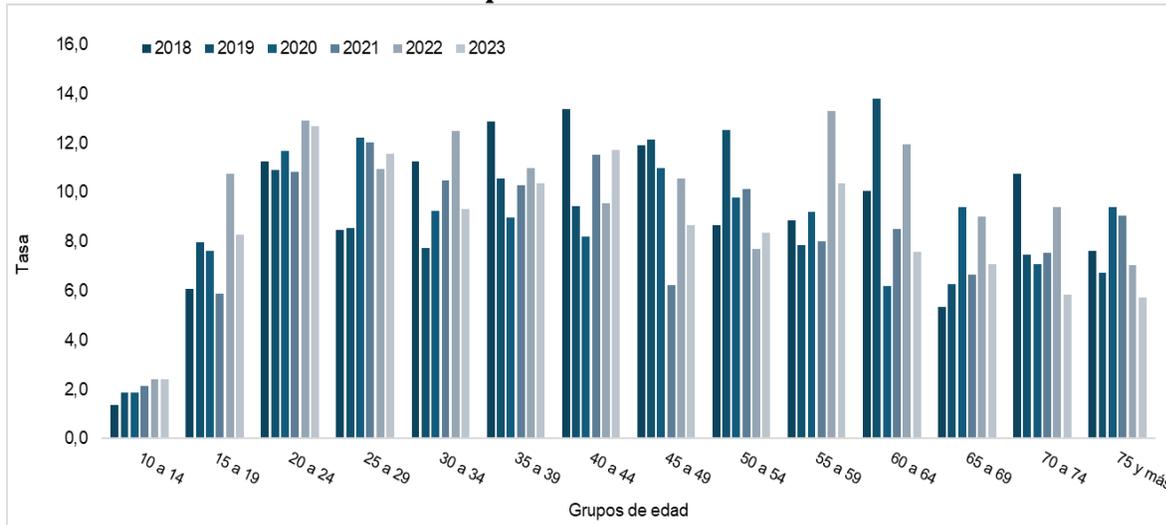
Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2003-2023.

El gráfico 4 muestra cómo varía la incidencia de suicidios entre distintos grupos de edad a lo largo de los años 2018 a 2023, se pueden observar tendencias visuales importantes: El grupo con mayor incidencia en todos los años del período es el comprendido entre los 20 y 39 años, se muestra una tendencia estable o ligeramente creciente, lo que indica que los adultos jóvenes son el grupo más vulnerable.

El grupo de los 40 a 59 años ocupa el segundo lugar en incidencia, donde la tendencia parece estable, aunque con pequeñas fluctuaciones. El grupo de personas de 60 años y más tiene una incidencia menor, pero constante, lo cual puede asociarse con factores como aislamiento, enfermedades crónicas o falta de apoyo social.

Con respecto al grupo entre los 10 y 19 años, aunque es el grupo más joven, muestra una presencia significativa. La tendencia parece ligeramente creciente, lo cual es preocupante por el impacto en adolescentes.

Gráfico 4. Costa Rica: incidencia de casos de suicidios por año según grupos de edad, período 2018-2023



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2018-2023.

La siguiente tabla muestra la incidencia de casos por año según los grupos de edad para Costa Rica, que coincide con los datos internacionales, ya que las edades con las tasas más altas en el período se encuentran en las personas entre los 20 a 49, esto implica una tendencia ascendente dado el crecimiento sostenido desde 2018, con un pico importante en 2022 y 2023 estos dos años marcan los niveles más altos de incidencia, lo que indica una creciente vulnerabilidad en estos grupos de edad.

Tabla 2. Costa Rica: incidencia de casos de suicidios por año según grupos de edad, período 2018-2023 (tasa por 100 000 habitantes).

Grupos de edad	2018	2019	2020	2021	2022	2023
10 a 14	1,4	1,9	1,9	2,1	2,4	2,4
15 a 19	6,1	8,0	7,6	5,9	10,8	8,3
20 a 24	11,2	10,9	11,7	10,8	12,9	12,7
25 a 29	8,5	8,5	12,2	12,0	10,9	11,5
30 a 34	11,2	7,7	9,2	10,5	12,5	9,3
35 a 39	12,9	10,6	9,0	10,3	11,0	10,4
40 a 44	13,4	9,4	8,2	11,5	9,6	11,7

Grupos de edad	2018	2019	2020	2021	2022	2023
45 a 49	11,9	12,1	11,0	6,2	10,6	8,7
50 a 54	8,7	12,5	9,8	10,1	7,7	8,4
55 a 59	8,8	7,9	9,2	8,0	13,3	10,3
60 a 64	10,1	13,8	6,2	8,5	11,9	7,6
65 a 69	5,3	6,3	9,4	6,7	9,0	7,1
70 a 74	10,8	7,5	7,1	7,5	9,4	5,9
75 y más	7,6	6,7	9,4	9,0	7,1	5,7

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2018-2023.

Actualmente, en Costa Rica no se cuenta con estudios específicos que analicen los factores de riesgo y los estresores que inciden en el comportamiento suicida. Esta ausencia de información limita la capacidad de diseñar estrategias efectivas de prevención. Por ello, resulta fundamental identificar dichos factores mediante el análisis de los datos anuales, lo que permitiría reconocer los nudos críticos en el abordaje e intervención por parte de las instituciones involucradas en la atención de casos de suicidio.

En este contexto, y en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las políticas tanto intra como interinstitucionales, se propone una iniciativa orientada a identificar los principales obstáculos que dificultan un abordaje integral y eficaz de las personas atendidas por intentos de suicidio. Esta propuesta busca fortalecer la articulación entre las instituciones responsables, promoviendo una respuesta más coordinada y sensible frente a este fenómeno.

1.3 Objetivos Generales

1. Analizar la influencia de los determinantes de la salud identificados en los casos de suicidio y los factores interinstitucionales en su abordaje técnico, mediante la revisión de bases de datos de muertes por este evento, reportados en Costa Rica anualmente, (en este caso particular se toma como línea base los datos del año 2024).
2. Proponer la investigación y análisis de los casos de suicidios anuales a partir de la creación de una instancia de carácter interinstitucional que aplique la metodología de “*Autopsias Psicosociales*” para el planteamiento de acciones correctivas y preventivas interinstitucionales en el continuum del suicidio.

1.4 Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo y detonantes de los casos de suicidio del 2024 de acuerdo con los informes de la Sección de Patología del Departamento de Ciencias Forenses del OIJ a la luz de los determinantes de la salud asociados a este evento.
- Describir a través del análisis los factores de riesgo asociados a los casos de suicidio del 2024 tomando en consideración los determinantes de la salud.
- Elaborar la propuesta de informes anuales de análisis de casos de suicidios a través de los resultados de las “autopsias psicosociales”, para la toma de decisiones a través de acciones correctivas interinstitucionales.

1.5 Alcances y limitaciones

1.5.1 Alcances

La presente propuesta metodológica pretende mejorar mediante el análisis de los suicidios, el estado de salud de la población propiciando acciones intersectoriales e interinstitucionales dirigidas a la modificación de los determinantes de la salud y a la reducción de inequidades.

Reflejar con base en los datos actualizados de mortalidad por suicidios, la ruta crítica seguida en el abordaje y seguimiento de los casos, con el objetivo de analizar las oportunidades de mejora institucionales que contribuyan a la disminución de los suicidios.

1.5.2 Limitaciones

Con relación a este aspecto es importante tomar en consideración:

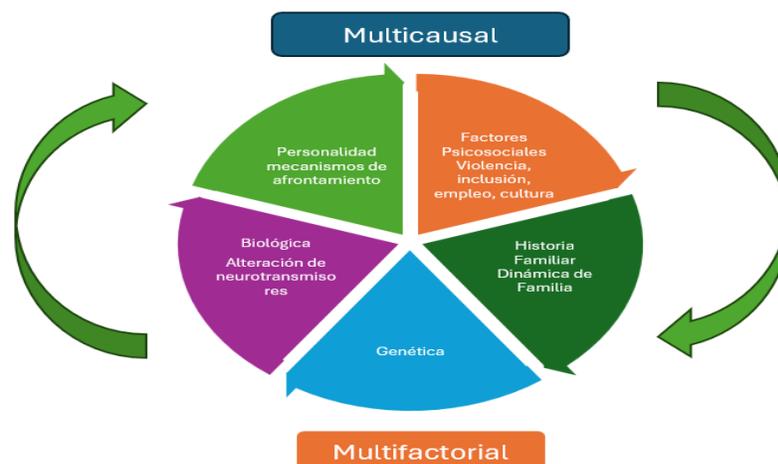
- La disponibilidad de la información de los casos en tiempo y forma.
- La gestión de los datos con las instituciones que generan la información; Poder Judicial y el INEC.
- Dificultades en la identificación de antecedentes, señales o factores de riesgo.
- El estudio se limita a la información de la Sección de Patología del Departamento de Ciencias Forenses del OIJ, aportada por la que incluye los casos que pasan por el peritaje de un médico forense (requieren una autopsia).

2. Marco Teórico

2.1 Comportamiento Suicida

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal, es decir se ve afectado por varios factores interrelacionados, sean personales, psicológicos, biológicos, ambientales y socioculturales que conlleva el involucramiento de distintos determinantes de la salud, por ende, las causas son una combinación de factores, presiones, traumas, entre otros en lugar de un solo factor.

Figura 1. Algunos de los factores multicausales y multifactoriales del comportamiento suicida, 2025



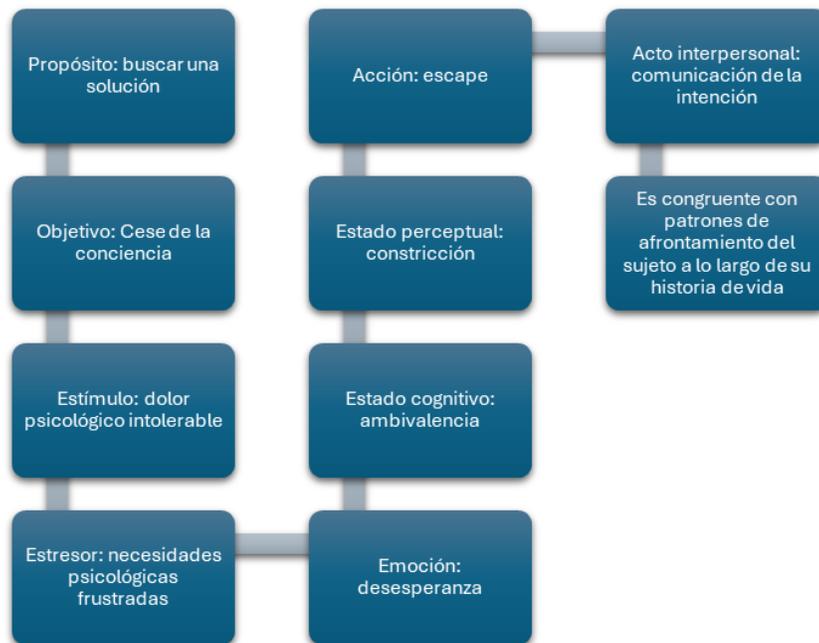
Fuente: Elaboración propia, 2025.

Schneider (1954) citado por Rocamora (2012), describe que la conducta suicida es en primer lugar un acto de vida y no de muerte, pues en el fondo subyace el deseo de vivir, bajo la misma línea Anthony (1991, p. 97), menciona “...el suicidio es más bien temor a vivir y tratar con los problemas de esta vida que deseo de morir. Una crisis suicida muy a menudo ocurre cuando la víctima no tiene esperanzas para el futuro”.

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

Shneidman (1982) citado por Anseán (2014), es conocido como el padre de la suicidología desarrollo una serie de elementos comunes en el acto suicida:

Figura 2. Elementos comunes en el acto suicida, 1982



Fuente: Elaboración propia con base en Shneidman, E.

En el comportamiento suicida se presentan algunas características sociodemográficas que influyen en éste, bajo esta línea los factores sociales y culturales juegan un papel importante en el bienestar, salud mental y en la conducta suicida, pues se pueden percibir elementos de riesgo que se relacionan con roles, estereotipos, expectativas de género, formas de comportarse en diferentes entornos, entre otros. Al respecto Aslán (2014), detalla lo siguiente:

Tabla 3. Perfiles diferenciales del suicidio y el intento de suicidio

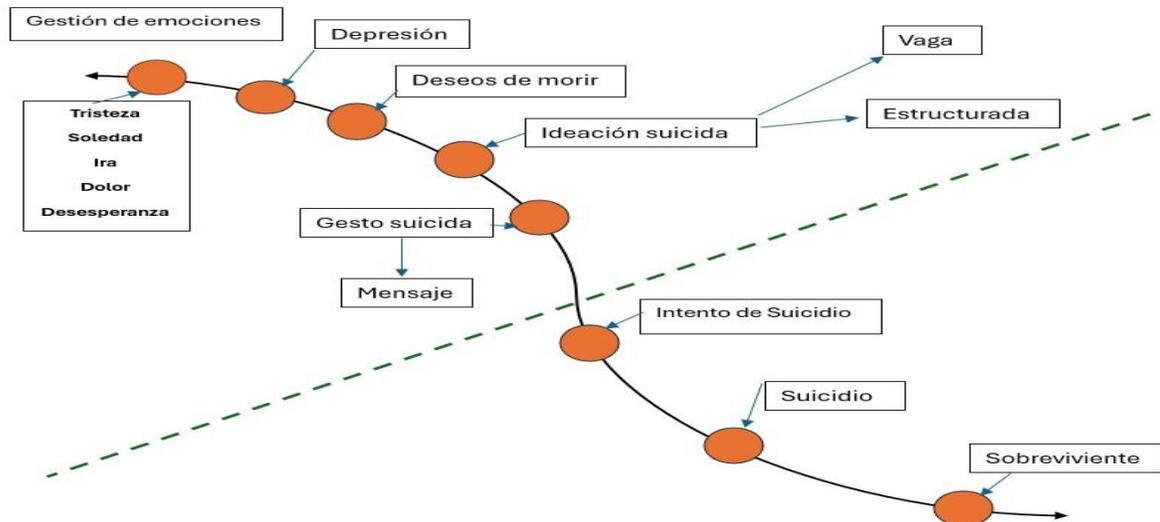
Suicidio	Intento de Suicidio
Hombres	Mujeres
Personas mayores	Personas jóvenes
Acto planificado	Acto impulsivo
Conflicto intrapersonal	Conflicto interpersonal
Método alta letalidad	Método baja letalidad
Escasa posibilidad de rescate	Alta posibilidad de rescate
Factores precipitantes prolongados	Factores precipitantes coyunturales
Pocas señales de alerta	Muchas señales de alerta
Pocos antecedentes suicidas	Varios intentos previos
Hostilidad baja	Hostilidad alta
Menor psicopatología del carácter	Mayor psicopatología del carácter

Fuente: Modificado de Mingote et al. 2004

Agrega el autor que los principales factores de riesgo asociados al suicidio son: edad elevada, sexo masculino, raza blanca, problemas de salud, viudez, falta de soporte social y acceso a armas de fuego.

El comportamiento suicida comprende un amplio abanico de conductas, que va desde la ideación suicida, gestos suicidas, intento de suicidio, suicidio frustrado y consumado.

Figura 3. Continuum del suicidio.



Tomado de Fundación Rescatando Vidas, 2010. Adaptado 2025.

Lo anterior refleja que el suicidio es progresivo, al respecto Martínez (2017) destaca que no es producto de una decisión espontánea, el continuum del suicidio se va gestando en la intimidad del sufrimiento de una persona y se manifiesta a través de indicadores. Agrega, además, que, por medio de los indicadores junto con los factores de riesgo, permiten predecir, prever y prevenir tanto los eventos en curso como nuevos acontecimientos.

En alusión a lo anterior Rocamora (2012), describe que el suicidio es un acto privado que afecta lo público, es decir, sale de los límites de lo individual empujando a diferentes grupos como la familia, escuela, comunidad, centros de trabajo a una experiencia de fragmentación social, situación que puede conllevar a diversas emociones como culpa, vergüenza, estigma, sentimiento de abandono, entre otros que pueden provocar conductas autodestructivas, de esta forma según la Fundación Rescatando Vidas (2010), la alta carga suicida familiar se constituye como un riesgo.

Asimismo, Castelblanco (2020), describe que una inadecuada conexión con la comunidad se convierte también en un riesgo para la salud de los dolientes, de ahí que las comunidades

también son vulnerables ante la pérdida de una persona cercana a su vecindario, barrio o bien que realizara el acto en algún sector de la comunidad.

Refiere Anthony (1991, p. 111), ... *“mientras mayor sea el número de suicidios que ocurren dentro de un cierto período de tiempo, hay mayor probabilidad de que otros respondan a las crisis personales de la misma manera...”*.

Por otro lado, Valdivia (2015) describe que el estigma y el desconocimiento forman factores de riesgo de suma gravedad para prevenir el suicidio, sin dejar de lado que, la estigmatización también afecta a la familia de la víctima.

Al respecto menciona Fonnegra (2001), que aquellos que consideran la idea de suicidarse y los que realizan intentos con éxito o sin él, son vistos de forma negativa por las personas, quienes pueden tener una actitud desde lástima y compasión hasta juicios sobre su decisión. La autora agrega, que este tipo de actitudes subestiman las secuelas emocionales que se pueden derivar de comentarios y explicaciones basadas en desconocimiento.

Por lo tanto, el fallecimiento por esta causa sin duda afecta a las familias, comunidades y países de todas las regiones del mundo identificándose efectos emocionales en los sobrevivientes, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud, por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio. (OMS, 2025).

2.1.1 Mitos del Suicidio

Los mitos del suicidio son creencias erróneas y prejuicios asociados a tabúes y estigmas que pueden impedir que las personas reciban la ayuda que necesitan, lo que dificulta además la prevención y la atención que se requiere. Algunos mitos son los siguientes:

Tabla 4. Algunos mitos y realidades sobre el suicidio.

Mito	Realidad / Evidencia
La persona que se quiere matar no lo dice	<p>Induce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas o amenazan con suicidarse</p> <p>La mayoría de las personas que contemplan el suicidio dan señales de advertencia, ya sea de forma directa o indirecta.</p> <p>Lo que a menudo ocurre es que estos signos no son reconocidos, son minimizados o malinterpretados por su entorno.</p>
A las personas menores de edad no se les debe decir la verdad sobre el suicidio como causa de muerte	Se recomienda compartir la verdadera causa de muerte, tomando en consideración la edad y etapa de desarrollo utilizando un lenguaje apropiado omitiendo el método.
Los noticieros, redes sociales, medios de comunicación locales, entre otros, deben dar detalles del suicidio.	Es importante informar sobre el suicidio de una manera responsable, centrándose en la prevención, la sensibilización y la disponibilidad de recursos de ayuda.
El suicidio es producto de una única causa	No existe un solo evento o circunstancia que, de manera universal, conduzca al suicidio. El suicidio es multifactorial, lo que usualmente se identifica como la causa es el detonante.
Hablar o preguntar sobre suicidio incentiva a realizarlo	La sensación de tristeza y desesperanza puede disminuir al verbalizar cómo se siente la persona, por lo tanto, la escucha es necesaria
Sólo profesionales en salud mental pueden prevenir el suicidio	Cualquier persona puede prevenir el suicidio, se necesita empatía y escucha, y posteriormente buscar ayuda profesional

Mito	Realidad / Evidencia
	Pensar que solo profesionales en salud mental pueden prevenir limita la participación de personas, instituciones y organizaciones, entre otros.
El que lo dice no lo hace	Conduce a minimizar las amenazas o señales de alerta, considerándolas como chantajes, manipulación o alardes
Las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño solo quieren llamar la atención	<p>La American Association of Suicidology (AAS) afirma que “las menciones de suicidio deben interpretarse como una señal de sufrimiento, no como un intento de manipulación”. Desacreditar estos mensajes puede aislar aún más a la persona y aumentar su riesgo.</p> <p>Las amenazas de daño hacia sí mismo se deben tomar en consideración, es una forma de pedir ayuda o de indicar que la situación que atraviesan no la pueden manejar</p>
Los suicidios o tentativas de suicidio pasan sin ninguna advertencia	Hay cambios conductuales, cognitivos y emocionales que se pueden percibir, la mayoría de las personas de forma verbal o conductual han manifestado sus intenciones
Sólo las personas con problemas graves se suicidan, por tanto, los niños y adolescentes no se suicidan	<p>La forma en que una persona menor de edad percibe el mundo depende de su etapa del desarrollo, madurez cognitiva y emocional. A edades más cortas su pensamiento es concreto y no comprenden que la muerte no es reversible.</p> <p>En cualquier etapa del desarrollo se puede presentar el riesgo suicida.</p>

Mito	Realidad / Evidencia
La persona que intenta suicidarse desea morir	El suicidio no es un deseo de morir, sino un deseo de terminar con el dolor emocional
El duelo por suicidio es un proceso similar a los duelos por otros tipos de muerte	Comparte características con otros procesos de duelo – como el dolor, la tristeza, la negación, pero tiene particularidades que lo hacen más complejo y prolongado.
Sólo las personas con problemas mentales y depresión se suicidan	No toda persona con diagnóstico mental o depresión desarrolla riesgo suicida
El suicidio es hereditario.	El suicidio no se hereda, aunque ciertos factores genéticos pueden aumentar la vulnerabilidad a trastornos mentales. No todo suicidio se relaciona con factores hereditarios, la historia familiar es un factor de riesgo importante.
Las personas contentas no se suicidan.	La alegría no es sinónimo de estabilidad emocional, el dolor emocional puede ser difícil de detectar.
Cuando un individuo da señales de mejoría o sobrevive a un intento esta fuera de peligro.	Es uno de los momentos más peligrosos, por lo que se requieren una red de apoyo constante y continuar con la asistencia a las citas y tratamientos respectivos.
Si se reta a una persona en riesgo suicida no lo realiza.	Este tipo de comportamiento es un acto irresponsable pues las personas en riesgo atraviesan un periodo de

Mito	Realidad / Evidencia
	vulnerabilidad con mecanismos de afrontamiento que le dificultan atravesar las situaciones de vida.
Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos.	El suicidio es un acto autoagresivo, cuando la persona antes de suicidarse comete homicidio puede asociarse con otras patologías.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

2.1.2 Factores de Riesgo

Se refiere a cualquier rasgo, característico o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de presentar riesgo suicida.

Los factores de riesgo del comportamiento suicida son diversos y éstos difieren en cada etapa del desarrollo, por ejemplo, la viudez, diagnóstico de enfermedades, aislamiento social y la pensión se convierten en factores para los adultos mayores.

Al respecto, Vega-Piñero et.al citado por Asleán (2014), describe los factores de riesgo asociados al suicidio según nivel de riesgo:

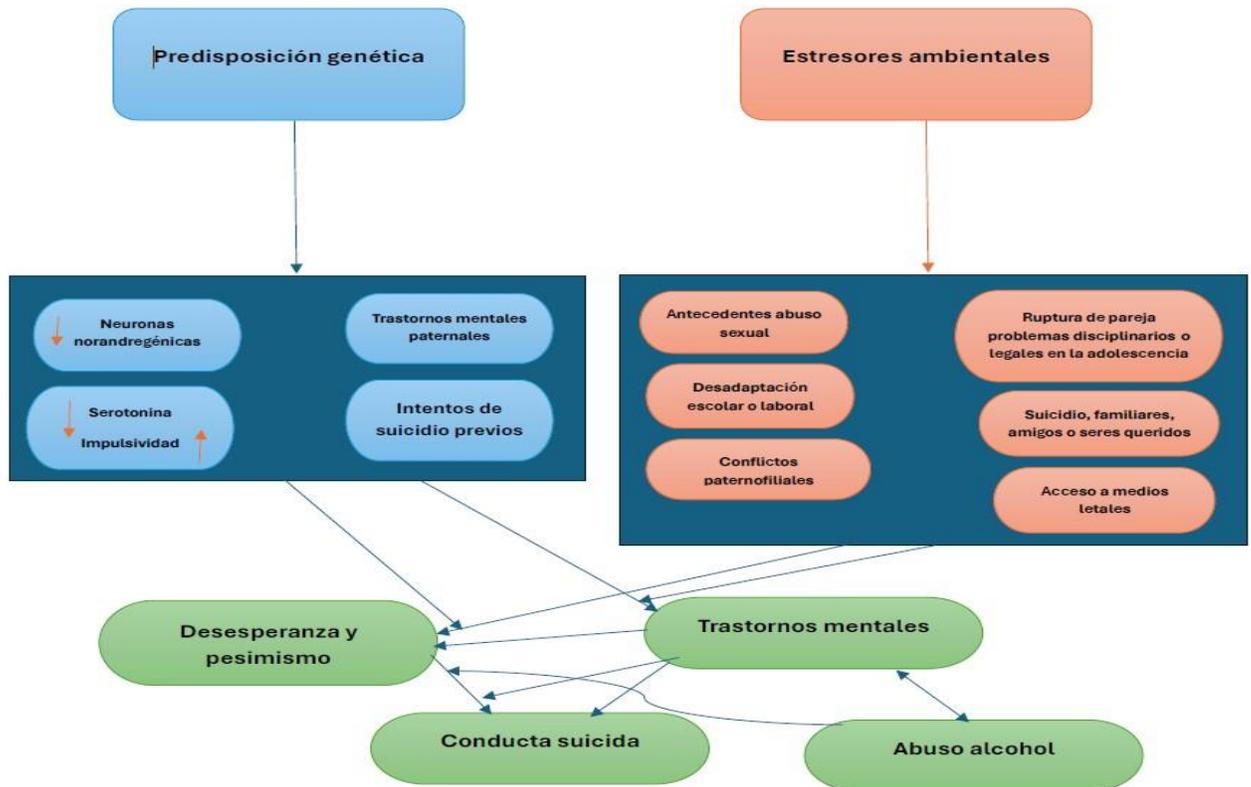
1. Edad mayor a 45 años
2. Alcoholismo
3. Irritación, ira, violencia
4. Conducta suicida previa
5. Sexo: varón
6. Rechazo de ayuda
7. Mayor duración del episodio depresivo
8. Tratamiento psiquiátrico previo
9. Pérdida o separación reciente
10. Depresión

11. Pérdida de salud física
12. Desempleo o jubilación
13. Estado civil: soltera, viudo o divorciado

Valdivia (2015) agrega que la desesperanza es un estado psicológico complejo que se manifiesta con la disminución de la motivación, percepción pesimista, falta de proyectos y además hay distorsión cognitiva como la *visión de túnel*. Además, según el autor las personas con más sensibilidad al estrés y con menor capacidad de adaptación al no encontrar recursos para su regulación, el suicidio tiende a ser común.

Al respecto, Anseán (2014), refiere que algunos modelos de interacción de factores de riesgo suelen basarse en diátesis-estrés, el cual refiere que una predisposición genética (diátesis) influye en la vulnerabilidad y que su interacción con otros factores estresantes vitales puede influir en el riesgo suicida.

Figura 4. Interacción entre factores de riesgo en la conducta suicida, 2014

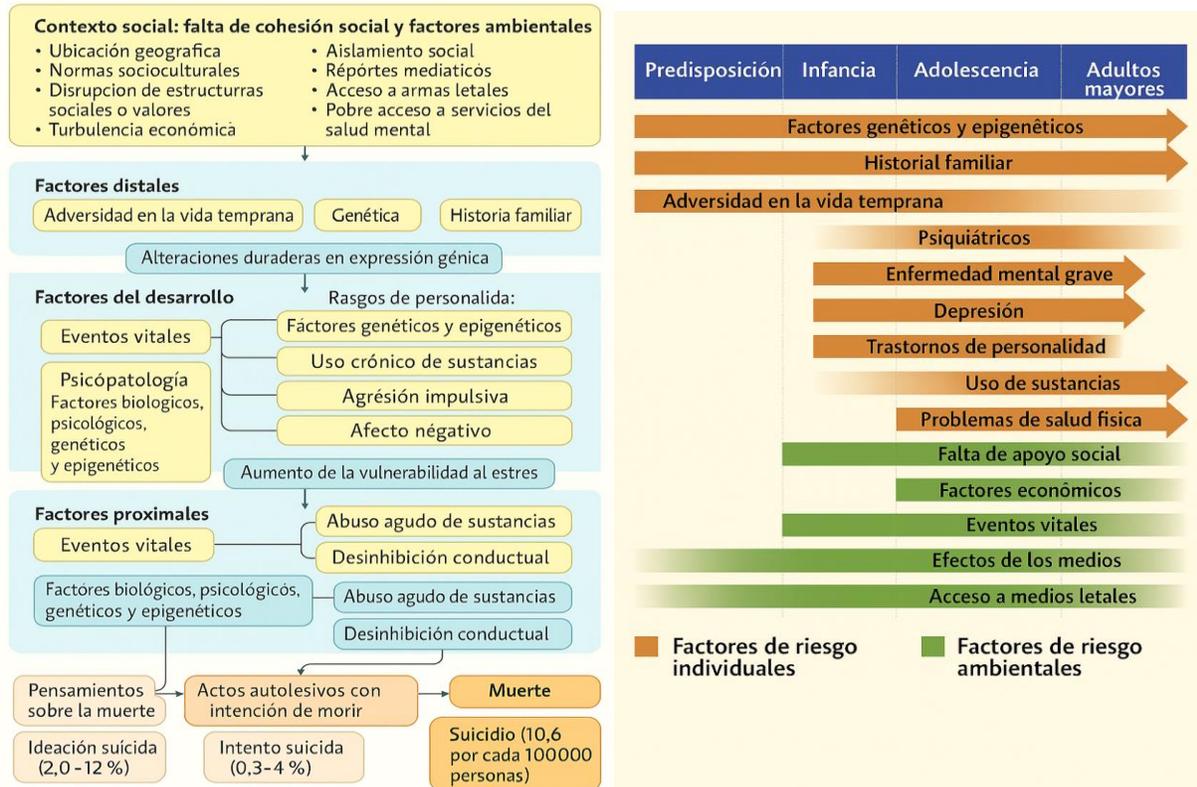


Fuente: Modificado de Pompili, et al 2010.

Por ende, desde el marco bioecológico, se puede analizar a la salud mental tomando en cuenta la interacción de la persona con varios entornos y contextos, desde el nivel individual hasta el social y cultural.

Desde esta perspectiva, el entorno de cada persona es importante para la construcción del bienestar, en el marco social, cultural, ambiental, laboral, educativo se pueden encontrar diversidad de estresores, tal como se refleja en la siguiente imagen donde se observa cómo hay predisposiciones de riesgo desde diversas etapas del desarrollo y como éstos al interactuar con las condiciones individuales y ambientales que rodean al sujeto influyen en el continuum del suicidio.

Figura 5. Suicidio y riesgo suicida



Fuente: Turecki et al. Suicide and suicide risk. Nat Rev Dis Primers. 2019

Tabla 5. Otros factores de riesgo del comportamiento suicida

Biológico- Genético	Personal	Familiar	Psicosociales
<p>Trastornos metabólicos.</p> <p>Factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad.</p> <p>Etapas del desarrollo.</p> <p>Enfermedades terminales.</p> <p>Trastornos psiquiátricos.</p> <p>Alteraciones en el sueño.</p>	<p>Existencia de antecedentes personales de intentos de suicidio en el pasado.</p> <p>Problemas de comunicación o de habilidades sociales.</p> <p>Presencia de psicopatología (esquizofrenia, bipolaridad) y conducta antisocial.</p> <p>Alta reciente de hospitalización psiquiátrica.</p> <p>Abuso de sustancias psicoactivas.</p> <p>Autolesiones (cortes, quemaduras).</p> <p>Personalidad introvertida.</p> <p>Baja tolerancia a la frustración.</p> <p>Elevada autoexigencia personal.</p> <p>Sentimientos de fracaso.</p>	<p>Antecedentes familiares de suicidio.</p> <p>Funcionamiento familiar (roles, responsabilidades, cargas, entre otros).</p> <p>Consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Psicopatología de los padres u otros miembros de la familia.</p> <p>Violencia doméstica.</p> <p>Carencia de cuidados y atención a los miembros de la familia.</p> <p>Falta de tiempo para escuchar y tratar problemas emocionales en la familia.</p> <p>Rigidez familiar.</p> <p>Altos niveles de exigencia y perfeccionismo.</p> <p>Excesivas demandas de los padres.</p>	<p>Tensión Social.</p> <p>Cambio de posición socioeconómica.</p> <p>Problemas con las redes sociales de apoyo.</p> <p>Pérdida de empleo.</p> <p>Catástrofes.</p> <p>Desarraigo.</p> <p>Violencia en diversas manifestaciones que incluye el <i>bullying</i> y acoso laboral y ciberacoso.</p> <p>Pérdida de roles sociales.</p> <p>Falta de valores.</p> <p>Agresividad.</p> <p>Estigma ante situaciones de salud mental y riesgo suicida.</p> <p>Acceso a métodos para hacerse daño.</p> <p>Suicidio de compañeros o miembros de la comunidad.</p> <p>Deserción del sistema educativo.</p>

Biológico- Genético	Personal	Familiar	Psicosociales
	<p>No cumple con las expectativas que tienen de él/ella.</p> <p>Baja autoestima y sentimientos de inferioridad.</p> <p>Sentirse una carga.</p> <p>Sentimientos de indefensión y desesperanza frente a la vida y el futuro.</p> <p>Impulsividad.</p> <p>Víctimas de abuso sexual reciente o en la infancia.</p> <p>Víctima de maltrato físico y psicológico reciente o en la infancia.</p> <p>Autoaceptación y aceptación social de identidad sexual.</p> <p>Duelos.</p> <p>Perfeccionismo.</p> <p>Alteraciones en el sueño.</p> <p>Poca o nula adherencia al tratamiento médico, psicológico y farmacológico.</p>	<p>Secretos familiares (lealtades).</p> <p>Subestimar el malestar emocional de los miembros de la familia.</p> <p>Enfermedades físicas, crónicas y terminales en varios miembros de la familia.</p>	<p>Rechazo y problemas de inclusión en diversos entornos.</p> <p>Poco acceso a servicios de apoyo psicológico y de salud mental.</p> <p>No contar con un sistema de aseguramiento que permita el acceso a servicios de salud.</p> <p>Limitación en acceso y cantidad de espacios para el ocio y la recreación, así como la promoción de actividades culturales, deportivos y artísticas, entre otros.</p>

Fuente: Elaboración propia, 2025

2.1.3 Factores Protectores

Los factores protectores son elementos que facilitan la provisión de recursos positivos para la vida y crecimiento de una persona como el apoyo emocional, económico, educativo, humano.

Son elementos que ofrece protección a la integridad de la persona en diferentes etapas del desarrollo, la Fundación Rescatando Vidas (2010), detalla que promueven la autoestima y eficacia mediante relaciones personales que brinden seguridad y conexión emocional. Algunos factores protectores son los siguientes:

Tabla 6. Otros factores protectores

Familiares	Personales	Culturales y sociodemográficos
<p>Buena relación con los miembros de la familia.</p> <p>Apoyo de la Familia.</p> <p>Paternalidad comprometida y consistente.</p> <p>Factores ambientales adecuados.</p> <p>Manejo adecuado de límites.</p>	<p>Buenas habilidades sociales.</p> <p>Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.</p> <p>Sentido de valor personal</p> <p>Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar.</p> <p>Búsqueda de consejo cuando hay que tomar decisiones importantes.</p> <p>Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas.</p> <p>Receptividad hacia conocimientos nuevos.</p> <p>Habilidad para comunicarse con otras personas.</p>	<p>Integración social (por ejemplo, participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades).</p> <p>Buenas relaciones con sus compañeros.</p> <p>Sociabilidad con colegas, amigos, vecinos, entre otros.</p> <p>Buenas relaciones con profesores y otros adultos.</p> <p>Apoyo de personas relevantes.</p> <p>Redes de apoyo psicológico y social.</p> <p>Valores culturales.</p> <p>Redes de apoyo y recursos culturales.</p>

Familiares	Personales	Culturales y sociodemográficos
	<p>Tener un objetivo en la vida. Creencias religiosas.</p>	<p>Oportunidades de participación en actividades comunitarias.</p> <p>Existencia de programas de promoción de la salud mental y de atención del comportamiento suicida en entornos educativos, laborales, comunitarios, entre otros.</p> <p>Líneas de apoyo accesibles ante crisis suicidas y situaciones relacionadas con salud mental y riesgo suicida.</p> <p>Conexión entre la casa y centro educativo.</p>

Fuente: Elaboración propia, 2025

2.2 El suicidio como problema de salud pública

Según The Lancet (2018), la salud pública debe entenderse como parte de un sistema de salud de alta calidad, centrado en las necesidades de la población y capaz de responder a los desafíos cambiantes del entorno social, económico y sanitario.

En su informe de la Global Health Commission, The Lancet propone que los sistemas de salud deben ser evaluados no solo por su capacidad de atención médica sino también por su habilidad para mejorar la salud de la población, generar confianza social, ofrecer beneficios económicos y responder éticamente a las necesidades de salud (The Lancet Global Health Commission, 2018).

Esta visión amplía el concepto tradicional de salud pública, integrando la calidad asistencial como un derecho humano fundamental y como un componente esencial para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Esta perspectiva es especialmente relevante en el abordaje del suicidio, ya que se trata de un fenómeno complejo influido por múltiples determinantes sociales, económicos y culturales. La falta de acceso a servicios de salud mental de calidad, la estigmatización de los trastornos mentales y la desigualdad en la distribución de recursos sanitarios son factores que limitan la capacidad de los sistemas de salud para prevenir eficazmente el suicidio.

Desde esta óptica, el suicidio no solo representa una tragedia individual, sino también una falla estructural en la respuesta del sistema de salud pública, que debe ser capaz de anticipar, detectar y atender las necesidades emocionales y psicosociales de la población.

En esta línea, el suicidio es un problema de salud pública que debe ser priorizado en función de criterios generales, relevantes para este evento, como son:

1. **Magnitud:** como situación epidemiológica y afectación a grupos vulnerables como adolescentes, jóvenes y adultos mayores.
2. **Impacto:** el suicidio impacta en los planos individual, familiar, comunitario y social, cada dimensión debe recibir una atención y abordaje específicos.
3. **Evitabilidad:** El suicidio es un grave problema de salud pública que puede prevenirse, por lo que requiere políticas públicas que atiendan su abordaje. Si se establecen con claridad los factores que inciden en la determinación y el sostenimiento de un problema, será más posible y eficaz redireccionar los recursos públicos y movilizar el esfuerzo de la sociedad en su conjunto para su abordaje y superación.
4. **Barreras de acceso al derecho a la salud y brechas existentes en el proceso de atención:** La Declaración Universal de los Derechos Humanos define el derecho a la salud como un derecho humano básico y fundamental, que debe ser garantizado por las diversas instituciones del poder público (OMS 2017).

El acceso a este derecho resulta muchas veces vulnerado por barreras que surgen en la implementación y reproducción de diversas prácticas de los actores sociales involucrados.

Asimismo, sobre el suicidio y las autolesiones pesan históricamente la estigmatización y la discriminación, que generan diversos prejuicios a su alrededor, orientando muchas veces estas prácticas. Esto incrementa la vulnerabilidad en las víctimas, colocándolas en un lugar de mayor riesgo (OMS 2016).

La discriminación puede hacer que estas personas no busquen ayuda profesional y no tengan contacto con los servicios de salud, o bien que no se integren de nuevo en su vida social después de haber recibido tratamiento, empeorando así su situación (DNSMyA, 2014:6).

2.3 El suicidio y los determinantes sociales de la salud

Diversas investigaciones científicas han evidenciado que el suicidio no puede ser comprendido únicamente desde una perspectiva clínica o psicopatológica. En cambio, se requiere un enfoque integral que considere los determinantes sociales de la salud, tal como lo propone el modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estudios realizados en América Latina han identificado factores estructurales como el rezago educativo, la desigualdad económica, el consumo de sustancias, y la exposición a violencia, como elementos que aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en adolescentes y jóvenes. Estos factores actúan como determinantes intermedios y estructurales, influyendo en la salud mental y el bienestar emocional de las personas.

Otras investigaciones publicadas en revistas como *Revista de Salud Pública* y *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* destacan que el suicidio debe abordarse desde una perspectiva multinivel, que incluya variables individuales, comunitarias y ecológicas. Se enfatiza que la privación social, el acceso desigual a servicios de salud mental, y el contexto geográfico son factores clave para entender las diferencias en las tasas de suicidio entre regiones y grupos poblacionales.

Este enfoque permite superar la visión reduccionista del suicidio como un problema exclusivamente médico, y lo posiciona como una manifestación de inequidades sociales, lo que exige respuestas desde la salud pública, políticas sociales y estrategias comunitarias.

Lo que es realmente necesario entender es que los modelos teóricos que proponen los diversos autores sugieren incorporar los determinantes sociales de la salud como el rezago educativo, el nivel socioeconómico, el género, el entorno humano, el consumo de sustancias y la exposición a violencia.

Desde esta perspectiva, el suicidio no puede ser entendido solo como una expresión individual de sufrimiento, sino que como manifestación de desigualdades estructurales que afectan la salud mental de la población. En este caso el enfoque de los determinantes sociales permite identificar factores intermedios y estructurales que inciden en la conducta suicida, y que son susceptibles de intervención desde políticas públicas y estrategias comunitarias.

El estudio desde los determinantes es una oportunidad para generar conocimiento, el necesario para plantear intervenciones efectivas por lo que trascender del modelo clínico tradicional hacia una comprensión integral del suicidio como fenómeno social, multifactorial y sobre todo prevenible desde la interdisciplinariedad.

3. Metodología

3.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio utiliza una metodología mixta, ya que combina métodos cuantitativos y cualitativos en sí mismo para obtener una comprensión más completa del comportamiento del suicidio y la ruta crítica seguida por los casos a partir del continuum y en el análisis de las variables.

Es un enfoque mixto porque se hizo una investigación cualitativa al revisar las bases de datos que consolidan las muertes por suicidio investigadas por la Sección de Patología del Departamento de Ciencias Forenses del Poder Judicial y en ellas identificar los determinantes de la salud y los factores interinstitucionales que podría estar asociados con los casos de suicidio.

Según la dimensión temporal, este estudio es descriptivo, debido a que pretende analizar situaciones que sirven para informar sobre los resultados identificados. En el enfoque cuantitativo se revisan estadísticamente los casos de suicidio ocurridos en Costa Rica durante el año 2024 para comprender el comportamiento de este evento, así como la estructuración de los datos analizados mediante estadísticas vitales.

3.2 Población de estudio

La población que contempla el estudio son personas residentes en Costa Rica que fallecieron por suicidio en el año 2024, cuya muerte requirió una investigación forense.

3.3 Fuentes de información

Se realizó una revisión del total de muertes por suicidio registradas en el año 2024, las cuales están contenidas en la base de datos investigadas por la Sección de Patología del Departamento de Ciencias Forenses del Poder Judicial. Estos datos fueron solicitados al Subproceso de Estadística de la Dirección de Planificación del Poder Judicial, mediante un listado generado por las variables a analizar, en ese sentido los datos proceden de fuentes primarias y secundarias.

Las cuales se indican a continuación:

- Las bases de datos de estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Censos para el cálculo de las tasas de mortalidad por suicidio.
- Información del Censo de población más reciente y la distribución de aspectos socio demográficos de Costa Rica.

-Datos sociodemográficos como las proporciones de pertenencia étnica, alfabetización y niveles educativos aprobados, jefatura de hogar femenina, aseguramiento, sexo, entre otras variables nacionales de las estadísticas del INEC.

3.4 Métodos y técnicas de recolección de datos

La información sobre muertes por suicidio fue recuperada de las bases de datos de defunciones por esta causa disponibles en el capítulo de estadísticas vitales del INEC, para el año 2024, que contiene información de las variables independientes (muertes por año, residencia urbana o rural, edad, estado civil, causa de defunción).

Para la descripción de los determinantes de la salud se tuvieron en cuenta los aspectos sociales, conductuales, emocionales, económicos, acceso a servicios y demográficos, entre otros que se recuperaron mediante la base de datos de casos de suicidio del Departamento de Ciencias Forenses del Poder Judicial, el cual cuenta con la información del caso analizado a nivel local.

3.5 Operacionalización de Variables o categorías de análisis

En el proceso de la investigación, se realiza un análisis de los datos enviados al Subproceso de Estadística de la Dirección de Planificación, del Poder Judicial la cual es la fuente de datos de donde con criterio técnico y de experto se seleccionaron las variables que se van a operacionalizar según las categorías de análisis, seleccionadas y que se presentan en la siguiente tabla:

Cabe indicar que el presente estudio tiene como objetivo analizar los casos de suicidio registrados durante el año 2024, con el fin de identificar patrones, factores de riesgo y posibles áreas de intervención en salud pública.

Para ello, se ha seleccionado el software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) como herramienta principal para el procesamiento y análisis de los datos.

Tabla 7. Operacionalización de variables o categorías de análisis, 2024

Variables (o categorías)	Definición conceptual	Definición Instrumental
1.Suicidio	Se define como el acto deliberado de quitarse la vida.	Número de muertes por suicidio/total de muertes por cada cien mil habitantes.
2.Edad	Tiempo que vivió la persona.	Edad en años cumplidos.
3.Estado civil	Situación en la que se encuentra una persona en determinado momento de su vida personal.	Soltera, casada, unión de hecho, viuda, separada, información ignorada
4.Lugar de ocurrencia	Es el lugar geográfico donde ocurrió el evento.	Provincia
5.Ocupación	Es el tipo de trabajo que realiza una persona.	Ama de casa, profesional, técnico, estudiante, entre otros
6.Acceso a servicios de salud	Implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades	Acceso a servicios de salud según necesidades.

Variables (o categorías)	Definición conceptual	Definición Instrumental
	financieras, en especial los grupos en situación de vulnerabilidad.	
7. Factores de riesgo	Se refiere a cualquier rasgo, característico o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de presentar riesgo suicida.	Patología psiquiátrica, uso de sustancias psicoactivas, antecedentes de eventos traumáticos, violencia, problemas legales, intentos de suicidio previos, pedidas significativas, entre otros.
8. Antecedentes personales patológicos	Son aquellos elementos de la historia clínica de una persona que describen su historial médico previo. Toma en cuenta las enfermedades, afecciones o eventos médicos que ha experimentado en el pasado.	Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Asma bronquial, cardiopatía, cáncer.
9. Método utilizado	Mecanismo utilizado por la persona para acabar con su vida.	Suspensión, envenenamiento, exanguinación, precipitación, uso de arma, entre otros.
10. Día y mes de ocurrencia del evento	Día: Período 24 horas Mes: Unidad de tiempo que equivale aproximadamente de 30 o 31 días.	Día de la semana y mes del año.
11. Señales de alerta	Cambios de conducta, emociones y cognitivos previo al suicidio.	Cambio en el aspecto, clínico, rendimiento, funcionalidad, verbalizaciones, donaciones, cambios en testamento, preparación del funeral.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

4. Interpretación y Análisis

El suicidio se constituye en la tercera forma de muerte violenta más común en Costa Rica, representando un 11,4% de las muertes de este tipo registradas en el año 2024, según los datos preliminares emitidos por el INEC. Según Gloria Salazar psiquiatra de la Unidad de Intervención de Crisis del Hospital Nacional de Salud Mental de la CCSS, se pueden mencionar algunos motivos que podrían desencadenar el que una persona tome esta decisión:

1. Violencia en la pareja.
2. Violencia intrafamiliar.
3. Deudas y problemas económicos.
4. Desempleo.
5. Consumo de sustancias psicotrópicas.
6. Consumo de alcohol.

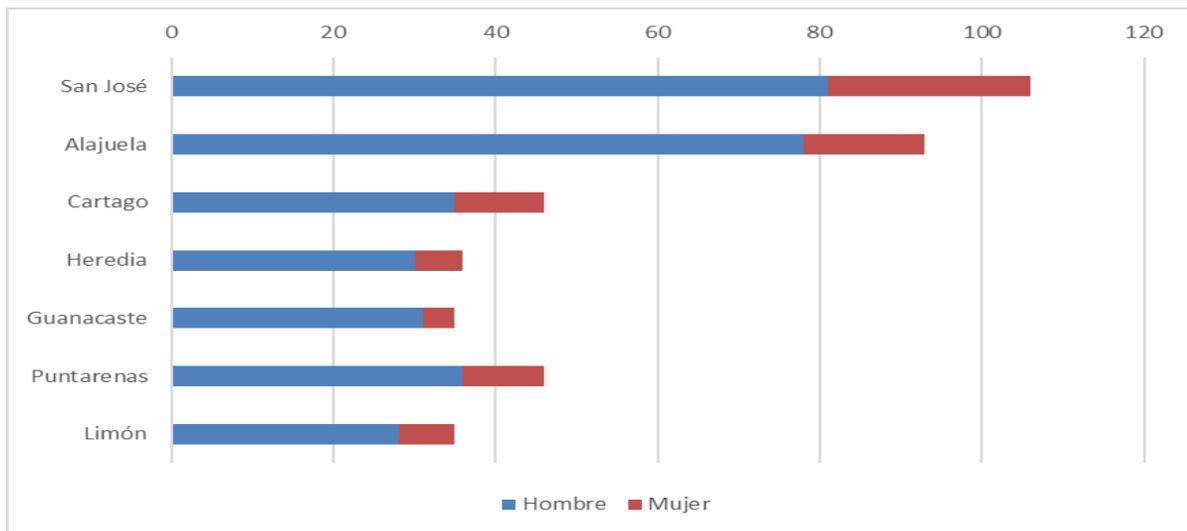
Mientras que algunos síntomas que pueden ser alertas ante un posible suicidio se mencionan: llanto sin razón aparente y de manera espontánea, desmotivación, desinterés, aislamiento, consumo de sustancias ilícitas, fragilidad afectiva, irrupción de proyectos personales, ideas negativas, incapacidad en la toma de decisiones, etc.

Para poder conocer el comportamiento de los suicidios reportados en Costa Rica para el año en mención, es necesario contar con la información cualitativa y cuantitativa necesaria para identificar aquellos patrones y tendencias y conocer los factores de riesgo a los que se vieron expuestos, para proponer un análisis más permanente con miras a disminuir y prevenir los suicidios se presenta un resumen de los suicidios del año 2024.

En cuanto al número de casos registrados por el INEC estos fueron 397, de los cuales 318 corresponde a los hombres y 79 a mujeres, en términos generales hubo 28 casos menos que en el año 2023.

La reducción que experimentó el presente periodo en la cantidad de suicidios en relación con el periodo anterior, aunado al hecho de una población que según las proyecciones de población del INEC está envejeciendo, brinda un escenario en el que lo esperado es un incremento en la tasa total de suicidios. Se puede observar que, según provincia, San José es la que presenta la mayor cantidad de casos, en segundo lugar la provincia de Alajuela y en tercera posición Cartago y Puntarenas.

Gráfico 5. Costa Rica: Casos de suicidio según provincia por sexo. 2024



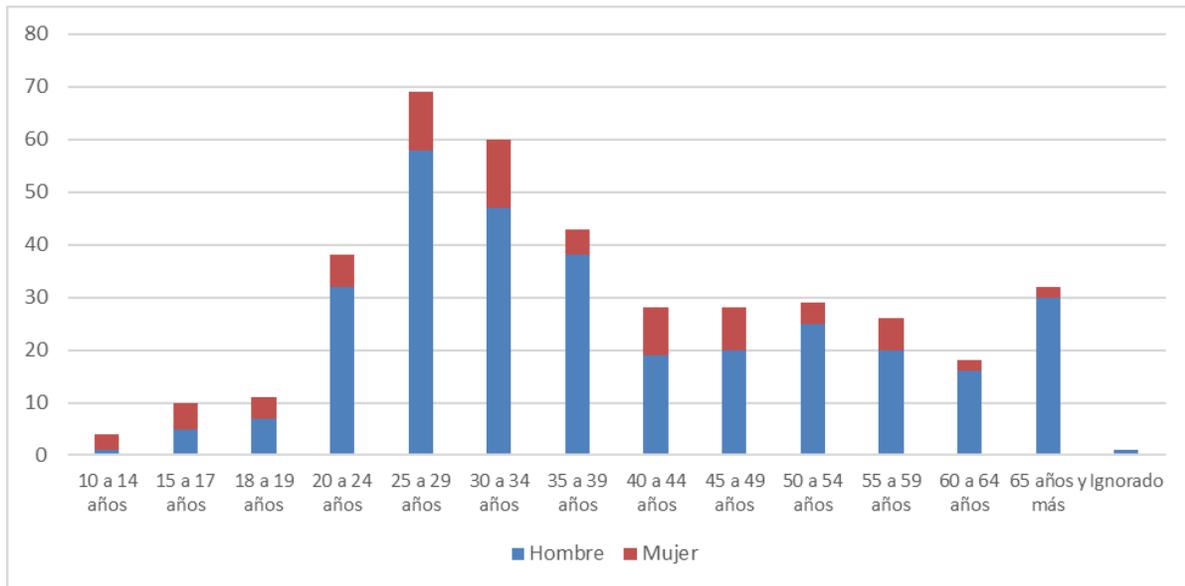
Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024.

Es notorio que, según los registros históricos para este tipo de evento los hombres usan métodos más lesivos para lograr el cometido de suicidarse. El 2024 no fue la excepción y 319 casos de suicidio de los 397 registrados (80,3%) fueron cometidos por hombres. De lo anterior se desprende que existe una marcada diferencia entre la cantidad de suicidios cometidos por hombres con relación a las mujeres.

El siguiente gráfico evidencia que los grupos de edad más afectados son los ubicados entre los 20 y 39 años en ambos sexos. Sin embargo, en términos generales los hombres son quienes más cometen el acto en todos los grupos de edad, destacándose los que están entre los 25 a 29 años como el número mayor de suicidios.

En el caso de las mujeres el grupo de edad más afectado es entre los 30 a 34 años. Cabe destacar que se registran 4 casos en personas menores de 14 años, en donde 3 corresponde al sexo femenino y uno al sexo masculino.

Gráfico 6. Costa Rica: Casos de suicidio según grupo de edad y sexo. 2024



Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

Como es de esperar, las defunciones por suicidios presentes en Costa Rica están compuesta principalmente por personas nacidas en el país, en el 2024 el porcentaje de costarricenses que fallecieron por suicidios alcanzó el 85,1%.

Siendo que Costa Rica se ha convertido en una nación en donde convergen temporal o permanentemente personas de distintas nacionalidades, se convierte en un grupo vulnerable ante los diferentes cambios por su condición migratoria, que podría aumentar el riesgo de comprometer su vida, como se logra visualizar, las tres nacionalidades que más registran personas que cometen suicidios en Costa Rica son por orden de magnitud: Nicaragua, Estados Unidos y Canadá.

Al respecto, Anseán (2014), describe que la emigración se asocia con estrés y de la mano del desarraigo y el aislamiento aumenta el riesgo suicida.

Tabla N° 8. Costa Rica: Casos de suicidio según país de procedencia, 2024

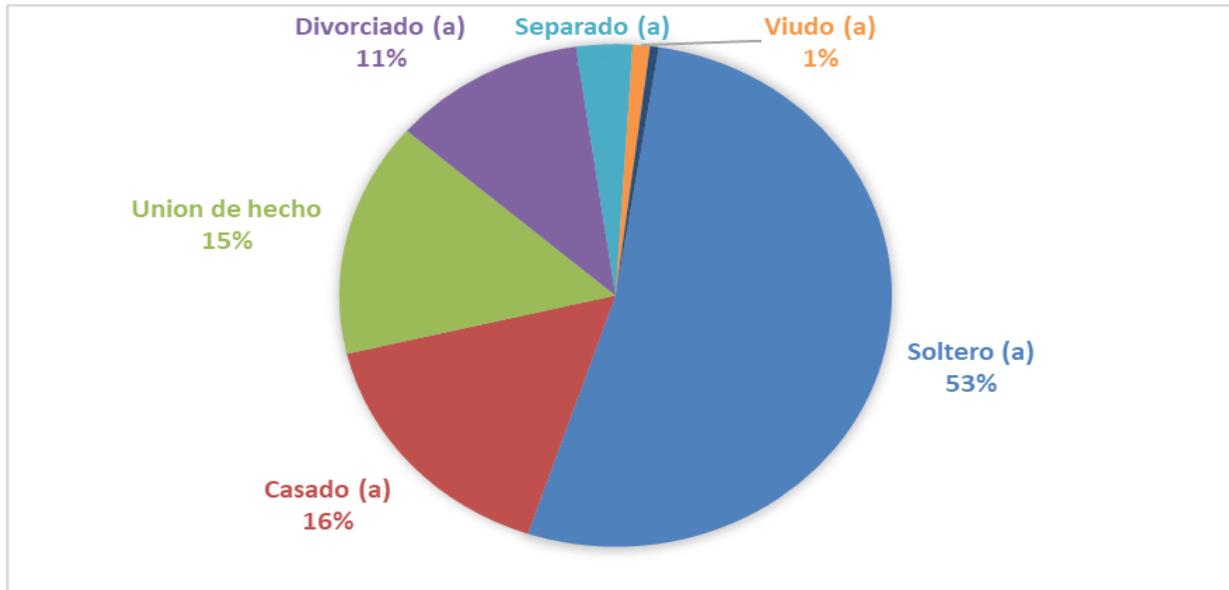
País	Total	Porcentaje
Costa Rica	338	85,1
Nicaragua	42	10,6
Estados Unidos	5	1,3
Canadá	4	1,0
Otro	6	1,5
Ignorado	2	0,5
Total	397	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

La categoría *Soltero* es la que históricamente ha registrado la mayor cantidad de casos de suicidios a nivel nacional, al respecto Durkheim (citado por Anseán, 2014) refiere que el papel de la familia y el estado civil, influye en el desencadenamiento del comportamiento suicida, por ende, aunque esta condición no se constituye en un riesgo por sí misma, se han de considerar los factores psicológicos y sociales que la acompañan, por ejemplo la soledad, falta de apoyo (personal, familiar, económicos, entre otros), falta de sentido de pertenencia, y la presión cultural.

Con base en lo anterior, el gráfico 7, presenta la distribución porcentual para cada una de las categorías definidas respecto al estado civil de las personas que cometieron suicidio en el 2024 en Costa Rica, que evidencia que el grupo de solteros tiene el porcentaje más alto.

Gráfico 7. Costa Rica. Casos de suicidio según estado civil. 2024

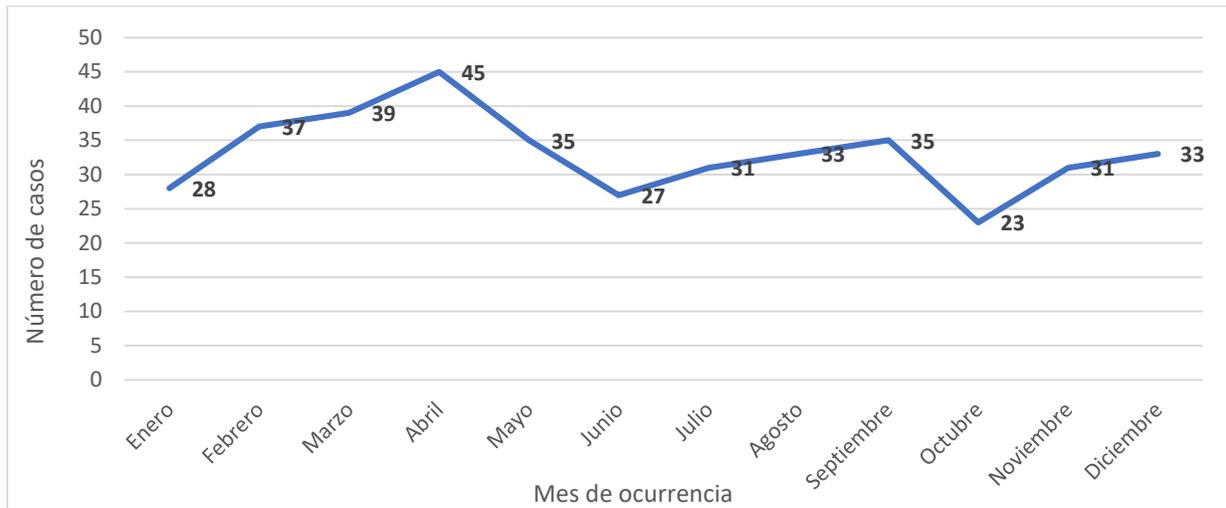


Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

Según estudios nacionales en el primer trimestre del año muchas personas enfrentan presiones financieras tras los gastos de diciembre y enero (como el inicio del curso lectivo, pago de matrículas, útiles escolares, etc.).

Esto puede generar estrés económico, especialmente en hogares con ingresos limitados, lo cual es un factor de riesgo para la salud mental (suicidios, intentos de suicidio, depresión). Lo cual se evidencia en el gráfico siguiente que refleja que la mayor cantidad de casos de suicidio se presentó durante los meses de febrero, marzo y abril del año en mención

Gráfico 8. Costa Rica: Casos de suicidio según mes de ocurrencia. 2024



Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

Por otra parte, al analizar la presencia del evento por día de la semana (ver Gráfico 9) si se puede determinar la existencia de un efecto del “término” e “inicio” de la semana (sábado, domingo y lunes) en el incremento de casos de suicidios. Se observa que el día con mayor cantidad de eventos es el lunes, manteniéndose en toda la serie anual analizada.

En Costa Rica, los fines de semana (especialmente sábado, domingo y lunes) son los días con mayor incidencia de suicidios, y esta tendencia se ha mantenido en distintos periodos analizados por el Ministerio de Salud y el Observatorio de la Violencia.

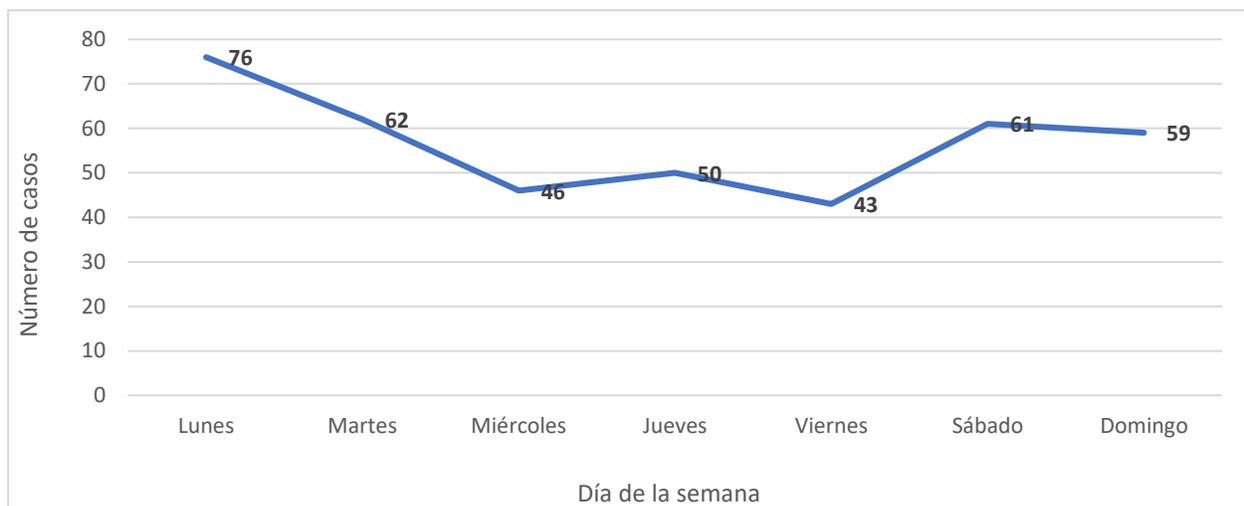
Las razones detrás de este patrón podrían ser:

1. Mayor exposición a la soledad, en vista de que disminuye la interacción social, en especial en las personas que viven solas.
2. Ausencia de actividades estructuradas, lo anterior en vista de que el trabajo ofrece una rutina y contacto social el cual se puede ver comprometido los fines de semana, en especial si la personas no programa actividades en las que pueda interactuar con otros que implique participación comunitaria. Este aspecto puede verse comprometido por el ingreso económico de las personas que podrían limitar su participación en actividades, sociales, recreativas, entre otras.

3. Incremento en el consumo de sustancias psicoactivas, ya que los fines de semana las personas tienden a usar y consumir este tipo de sustancias en particular el alcohol, que afecta la capacidad cognitiva y aumenta la impulsividad.

4. Conflictos familiares o relacionales, los fines de semana los miembros de la familia pasan mayor tiempo juntos, lo cual dependiendo de su dinámica podría exponerlos a una mayor cantidad de conflictos y situaciones detonantes.

Gráfico 9. Costa Rica. Casos de suicidio según día de la semana de ocurrencia. 2024



Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

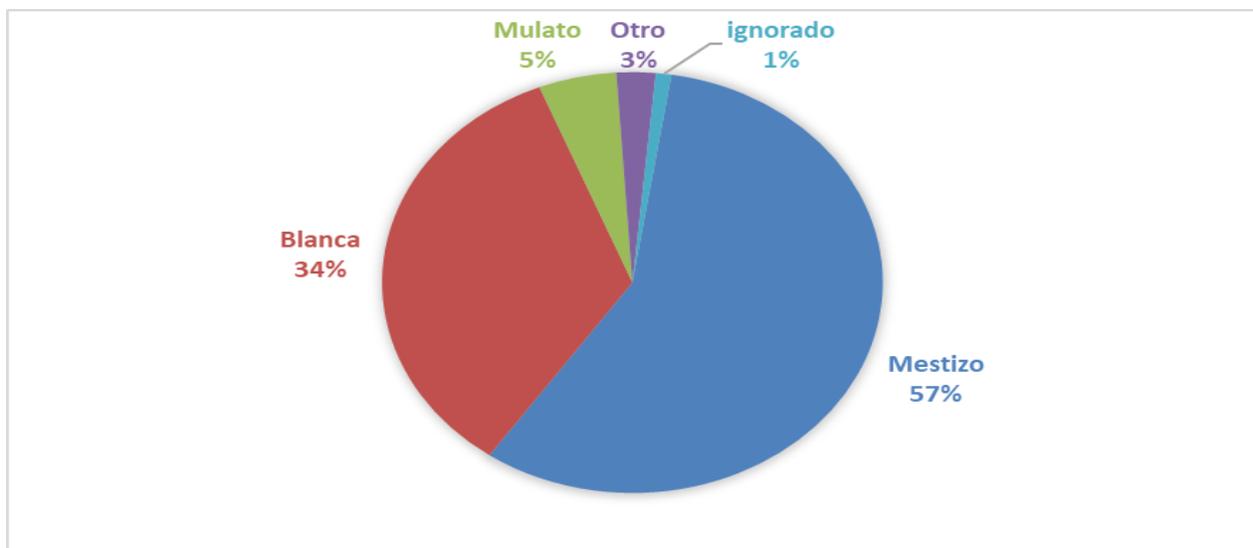
Los grupos étnicos principales de Costa Rica incluyen la población de indígenas (Bribris, Cabécares, Ngöbes, Chorotegas, Huetares, Borucas, Térrabas y Malekus) establecidos en 24 territorios indígenas, ubicados en zonas como Talamanca, Puntarenas, Guanacaste y Alajuela. Aproximadamente 104,143 personas se identifican como indígenas, lo que representa el 2.4% de la población nacional.

Otro grupo étnico de importancia son los afrocaribeños, que se establecieron en Limón y trajeron consigo su cultura y carnaval, así como las personas con ascendencia asiática (principalmente chinos) que llegaron para construir el ferrocarril y dejaron un legado en la gastronomía y el comercio, y la población mestiza o blanca, que es la más grande del país, reconocidas oficialmente.

Considerar la etnia en el análisis de los suicidios del 2024, fue importante porque, aunque se reconoce la vulnerabilidad de estas poblaciones, no existen estadísticas públicas desagregadas y analizadas por etnia sobre suicidios en Costa Rica.

El gráfico 10 presenta a continuación el porcentaje de los casos de suicidio del 2024 según la etnia indicada en el registro forense, en donde el peso porcentual lo tiene la población que se considera mestiza, seguida de la población blanca, los mulatos se ubicaron en una tercera posición y el 3% es la que incluye entre otros a la población indígena y afrodescendiente.

Gráfico 10: Costa Rica, porcentaje de casos de suicidio según etnia, 2024



Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

4.1 Análisis de los determinantes

Al ser el comportamiento suicida un fenómeno multicausal y multifactorial requiere de un análisis que incluya los determinantes de la salud mental, a fin de contar con información que permita fortalecer las intervenciones desde entornos clínicos, laborales, educativos y comunitarios desde ejes de prevención, atención y promoción desde diferentes disciplinas, instituciones y sectores.

Para este efecto la presente investigación seleccionó algunos determinantes de la salud mental descritos en las autopsias psicológicas de los casos de suicidio del año 2024, según la Sección de Patología del Departamento de Ciencias Forenses del Poder Judicial, los cuales guardan una relación directa con el área socio-cultural, el ambiente, aspectos biológicos y el acceso a los servicios mediante la atención institucional, con el objetivo de comprender cómo las respuestas del sector de salud influyen en el abordaje del comportamiento suicida.

Además, esta clasificación permite identificar los factores que inciden en la eficacia de las intervenciones, así como los vacíos y desafíos que enfrentan las instituciones encargadas de brindar atención a personas en situación de riesgo de suicidio. A partir de esta perspectiva, se busca fortalecer las estrategias de prevención, promoción y atención para mejorar la articulación interinstitucional en el abordaje de este fenómeno.

A continuación, se presenta el listado de determinantes sociales identificados en el grupo de análisis, el cual está segregado por sexo, en dicho listado se describen situaciones en salud mental, conductuales, emocionales, socioeconómicas y de servicios de salud que influyen en el continuum del suicidio.

Tabla 9. Costa Rica: porcentaje de los determinantes encontrados, por sexo. 2024.

Determinantes	Hombre	Mujer	Total
Trastorno mental	37,6%	53,8%	40,8%
Historial de intentos de suicidio	21,3%	35,9%	24,2%
Ideación Suicida	21,9%	23,1%	22,2%
Problemas emocionales y conducta	10,0%	11,5%	10,3%
Atención psiquiatría	6,6%	7,7%	6,8%
Terapia psicológica	5,0%	11,5%	6,3%
Sin adherencia al Tratamiento	4,7%	6,4%	5,0%

Determinantes	Hombre	Mujer	Total
Historial de autolesiones	2,2%	11,5%	4,0%
Sin seguimiento de CCSS	0,3%	0,0%	0,3%
No le atendieron en CCSS	0,3%	0,0%	0,3%
En tratamiento con IAFA	0,0%	1,3%	0,3%

Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

4.1.1 Problemas de Salud Mental

Los problemas de salud mental son uno de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento suicida. Trastornos como la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad pueden afectar profundamente la percepción que una persona tiene de sí misma, de su entorno y de su capacidad para enfrentar las dificultades.

Estos padecimientos suelen generar sentimientos de desesperanza, aislamiento, baja autoestima y una percepción distorsionada de la realidad, lo que puede llevar a considerar el suicidio como una salida ante el sufrimiento emocional.

Además, la falta de acceso oportuno a servicios de salud mental, el estigma social que rodea estos trastornos y la escasa articulación entre las instituciones encargadas de brindar atención contribuyen a que muchas personas no reciban el apoyo necesario. Por ello, comprender la relación entre salud mental y suicidio es fundamental para diseñar estrategias de prevención eficaces, que incluyan la detección temprana, el tratamiento adecuado y el acompañamiento psicosocial de las personas en riesgo.

En los casos de suicidio que se analizan en este documento, se logran identificar algunos factores asociados a la salud mental que pudieron influir en que este evento se presentara. En cuanto a los trastornos mentales, se puede apreciar que son las mujeres las que tienden a padecerlos más que los hombres, sin embargo, para ambos sexos es el principal factor de riesgo.

Siendo la depresión mencionada en el 96% de los casos totales. A pesar de que la consumación del acto suicida ocurre más en hombres, las mujeres son las que más lo intentan, aun así, no es descartable el porcentaje de hombres con historial de intentos de suicidio.

Es importante destacar que el consumo de licor y la ideación suicida van de la mano ya que aproximadamente un 22% de las personas indicaban el deseo de atentar con su vida luego de la ingesta de licor. El 22,2% de las personas que cometieron el acto suicida manifestaron en algún momento el deseo de terminar con su vida.

De acuerdo con Martínez (2017), entre el 1% y 2 % de las personas que lo intentaron, se suicidan durante ese primer año y este porcentaje aumenta entre un 10% y un 20% durante el resto de sus vidas, este es un llamado de alerta para la institucionalidad.

Si bien las personas que se suicidan dan indicios, advertencias y a menudo hablan de su muerte, el 14,6% de las personas sobrevivientes al evento, manifestaron no conocer o identificar factores que llevaran a cometer este acto; es importante recalcar que este porcentaje es mayor para los hombres, al respecto Anseán (2014), describe que los roles de género pueden predisponer a hombres y mujeres a padecer de ciertas condiciones en su salud mental, no sólo por lo que se espera del hombre y la mujer, sino por la forma en que maneja su experiencia y vivencias, por lo que, los roles hegemónicos pueden promover la idea de que los hombres son fuertes, exitosos y deben suprimir sus emociones, sin dejar de lado el rol proveedor que se puede comprometer ante la falta de empleo y oportunidades.

4.1.2 Grupos de edad

Los factores de riesgo son similares en todos los grupos de edad, se pueden resaltar algunos aspectos tales como; en el caso de las personas jóvenes (12 a 35 años), el consumo de alcohol y drogas tiene un porcentaje más alto con relación al resto de grupos de edad, al igual que los intentos de suicidio.

Los conflictos o rupturas amorosas es un detonante importante en este grupo de edad. Para las personas adultas mayores (60 años o más) más de la mitad presentó un trastorno mental y el 40% contaba con algún diagnóstico de enfermedad que pudo ser alguno de los

detonantes para cometer el acto suicida. Las deudas o problemas financieros tienen mayor peso entre los adultos con edades entre los 36 a 59 años; y ambos grupos de adultos tienden en mayor medida a dejar algún mensaje de despedida.

4.1.3 Profesiones y ocupaciones

El acto suicida se presenta en todos los estratos sociales, llama la atención que aproximadamente el 39% de las personas tenían ocupaciones que requerían menos competencias, por lo general trabajan desde la informalidad, no cuentan con seguro, y por ende tenían menos posibilidad de contar con un ingreso justo y atención médica, que les permitiera acceder una mejor calidad de vida para ellos y sus familias.

Otro punto para recalcar es que un 15% se encontraba desempleado, con todo lo que esta situación significa a nivel personal y económico para la satisfacción de necesidades básicas, emocionales, de autonomía y de autorrealización. Al respecto Anseán (2014), describe que cuanto más tiempo la persona se encuentre desempleada mayor es el riesgo suicida.

Tabla 10. Costa Rica: Profesiones y ocupaciones de las personas que cometieron el acto suicida.

Profesiones / ocupaciones	Frecuencia	Porcentaje
Ocupaciones elementales	62	15,6
Servicios comercios y mercados	61	15,4
Desempleado	57	14,4
Construcción y afines	39	9,8
Estudiante	33	8,3
Ama de casa	27	6,8
Labores agrícolas/ganaderas/pesquera	26	6,5
Conductores vehículos y operarios maquinaria	26	6,5
Profesional	23	5,8

Profesiones / ocupaciones	Frecuencia	Porcentaje
Oficios técnicos	21	5,3
Pensionado	20	5,0
Ignorado	2	0,5
Total	397	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

4.1.4. Acceso a servicios de salud.

El acceso a los servicios de salud es clave para el mejoramiento del bienestar de la población en general, al respecto según la Encuesta Actualidades 2024, un 86,4% de la población reportó contar con algún tipo de seguro de la CCSS, sin embargo, existen diferencias significativas en función de factores como la edad, nacionalidad, nivel educativo y etnia.

Al parecer, los resultados reflejan que los jóvenes entre 18 y 34 años, las personas extranjeras, quienes poseen menor grado educativo y aquellos que se identifican con un origen étnico distinto al blanco presentan menores niveles de aseguramiento. Los datos de la encuesta indicada reflejan, además que la CCSS sigue siendo la primera opción para recibir atención médica (67,9%), acceder a medicamentos (36,7%) y someterse a cirugías (83,1%) y los casos relacionados con menor nivel educativo y con ingresos inferiores son los que más dependen de sus servicios.

A partir de lo anterior está claro que la CCSS es la principal institución prestadora de servicios que utiliza la población, por otro lado, se podría visibilizar la atención en el sector privado tomando en consideración que si existen compromisos económicos disminuye el acceso a estos servicios.

Con respecto a los casos de la presente investigación se visualiza que algunas personas en riesgo recibieron atención, por ende, el fortalecimiento en este eje es clave, así como en la calidad y seguimiento desde el servicio público y privado. Los casos analizados en la investigación reflejan que un 6,8% se encontraba recibiendo atención en el servicio de psiquiatría, del cual un 7,7% corresponde a mujeres y un 6,6% a los hombres.

En cuanto a la atención psicológica un 6,3% se encontraba en terapia, del cual 11,5% de la población correspondía a mujeres y 5,0% a hombres. En cuanto al servicio de trabajo social, se identificó que un 0,3% tenía atención en ese servicio. Por otro lado, es importante señalar que un 5,0% de los casos presentaron dificultad en la adherencia al tratamiento, y un 3,0% no contaba con atención respectiva ante su situación de riesgo, lo cual llama la atención pues hay una serie de factores que pueden influir en ese estado como el estigma para buscar ayuda, no visualizar las señales de alerta, mitos como por ejemplo asociar el riesgo con manipulación, miedo al internamiento, entre otros.

Bajo la línea de la atención, un 0,3% no recibió seguimientos de parte del centro de salud, aspecto importante de analizar, pues al atender este tipo de situaciones se requiere un sistema de alarma ante las ausencias de asistencia a citas, o bien que, al ser atendidos, las personas usuarias cuenten con las referencias respectivas a los servicios y especialidades con la prioridad oportuna, en especial si se requiere valorar la adherencia a tratamientos farmacológicos.

Como se ha reflejado en los resultados, el comportamiento suicida es multifactorial y multicausal, por lo que, el abordaje interdisciplinario es clave para su valoración integral, tal como se visualiza solo un 1,5% de los casos solo recibió atención médica cuando la incorporación de disciplinas como la psicología, trabajo social, enfermería en salud mental, entre otros pueden ser necesarios para el abordaje de otros factores, sin dejar de lado la participación y articulación de otras instituciones que podrían atender otras causas que influyen en los casos, como la condición socioeconómica.

Anteriormente, se reflejó una cantidad significativa de casos asociados con conducta ética y suicidio, sin embargo, solo un 0,3% se encontraba en tratamiento con el IAFA, bajo esta

línea es necesaria la información que permita analizar si los demás casos se encontraban en tratamiento con otro centro de salud, organización, entre otras.

Tabla 11. Costa Rica: Accesibilidad o no a servicios de salud por sexo, 2024

Servicios	Hombre	Mujer	Total
Atención psiquiatría	6,6%	7,7%	6,8%
Terapia psicológica	5,0%	11,5%	6,3%
Sin adherencia al Tratamiento	4,7%	6,4%	5,0%
Sin atención / tratamiento	2,8%	3,8%	3,0%
Atención medica sin tratamiento	0,9%	3,8%	1,5%
Sin seguimiento de CCSS	0,3%	0,0%	0,3%
No le atendieron en CCSS	0,3%	0,0%	0,3%
En tratamiento con IAFA	0,0%	1,3%	0,3%
Seguimiento trabajo social	0,3%	0,0%	0,3%
Ignorado	0,3%	0,0%	0,3%

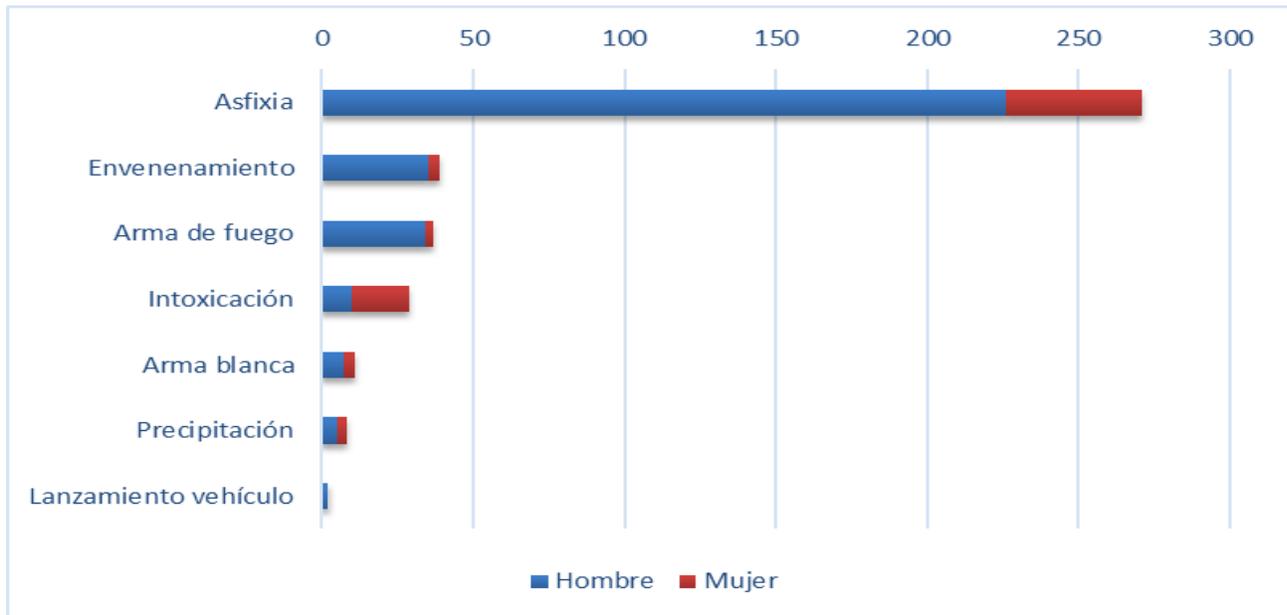
Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

4.1.5 Método utilizado

Con respecto al método empleado, se identifica un total de 10 categorías para clasificarlo. En el gráfico N°11 se puede identificar el detalle de los métodos utilizados por las personas que se suicidaron durante el 2024. La categoría Asfixia por suspensión o ahorcamiento concentra el 67% (266 casos en promedio por año), de la totalidad de métodos empleados para cometer suicidio el cual fue el más utilizado en ambos sexos.

En segundo lugar, en los hombres se registra el envenenamiento, en tercer lugar, el uso de arma de fuego, siendo los más relevantes. En el caso de las mujeres, en segundo lugar, se registra la intoxicación con medicamentos, luego el envenenamiento y el uso de arma blanca.

Gráfico 11. Costa Rica: Casos de suicidios según el método empleado por sexo 2024.



Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

4.1.6 Otros datos de análisis en población vulnerable

En los datos obtenidos con relación a grupos vulnerables, se identificaron personas con antecedentes judiciales, así como población LGTBIQ+, y personas en condición de calle, al respecto se validó revisar los datos indicados en la tabla 12 y considerarlos en el análisis de la información de suicidios del 2024.

En cuanto a las personas con antecedentes judiciales como se evidencia en la tabla indicada tuvieron el porcentaje más alto de estas poblaciones vulnerables, estos casos pueden estar relacionado con factores de estigmatización social, dificultades de reinserción laboral y problemas de salud mental no tratados.

Por otro lado, en cuanto a la población LGTBIQ+ aunque el porcentaje es menor este grupo enfrenta riesgos significativos debido a discriminación, rechazo familiar, y violencia, entre otros. Además de considerar que el subregistro puede influir en esta cifra, ya que no todas las personas se identifican abiertamente, o implica que la persona informante conozca esta situación.

Por último, las personas en condición de calle, este grupo poblacional enfrenta múltiples factores de riesgo como son: aislamiento social, falta de acceso a servicios de salud, y exposición constante a situaciones traumáticas y aunque el porcentaje puede parecer bajo, representa una alta vulnerabilidad relativa considerando el tamaño de esta población.

Es importante tomar en consideración que el suicidio en estas poblaciones no solo afecta al individuo, sino que también refleja fallas estructurales en el sistema de salud, justicia y educación por lo que incluirlas en el análisis permite reconocer las formas que los llevó a tomar tal determinación y actuar para prevenirlo, además considerar a estas poblaciones, es parte del respeto por la dignidad humana y los derechos fundamentales.

Tabla 12. Costa Rica. Porcentaje de casos de suicidios en poblaciones vulnerables por sexo, 2024

Poblaciones	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Antecedentes judiciales	16	5,0%	3	3,8%	19	4,8%
Población LGBTIQ+	5	1,6%	0	0,0%	5	1,3%
Personas en condición de calle	3	0,9%	0	0,0%	3	0,8%

Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

5. Conclusiones

Una vez realizado el análisis de los datos sobre los casos de suicidio del 2024, podemos identificar las siguientes conclusiones:

-El suicidio en Costa Rica es un problema de importancia en salud pública, el cual afecta a un sector importante de la población que se ubica principalmente en personas en edad productiva, lo cual puede tener un impacto socioeconómico en las comunidades.

-El acto suicida se comete mayormente por hombres, lo cual puede asociarse a conceptos de masculinidad, manejo de emociones y capacidad de afrontamiento de situaciones de estrés, frustraciones o pérdidas, esto evidencia el compromiso en la gestión de herramientas emocionales con que se cuenta para el enfrentar el día a día.

-Los métodos utilizados son altamente violentos y efectivos, destaca la asfixia por suspensión en más de la mitad de los casos ocurridos en el 2024.

-Se evidencia una variedad de factores conductuales que afectaron la salud mental de las personas suicidas tales como las adicciones, conflictos legales o situaciones sentimentales que influyeron en la ejecución del suicidio.

-Los resultados reflejan que los casos analizados en su mayoría cuentan con una multicausalidad y multifactorialidad donde se visualizan la intervención de diferentes instituciones que por su naturaleza trabajan con todos estos factores (recreación, educación, fuentes de trabajo, salud, seguridad, gobiernos locales, entre otros), por lo tanto, es necesario el cumplimiento del Reglamento N°44919-S-MEP-MTSS, cuyo objetivo radica en el desarrollo del Modelo de Abordaje Integral de Salud Mental que incluye acciones específicas en promoción, prevención, protección, atención, rehabilitación e inclusión social y laboral, propuesta que será implementada a través de la coordinación intersectorial e interinstitucional, promoviendo un enfoque comunitario que garantice el respeto a los derechos humanos y la dignidad de todas las personas.

-Las personas tienen diferentes historias de vida en la que desarrollan estrategias de afrontamientos más funcionales que otras en donde estas herramientas más la

vulnerabilidad de la persona y la interacción de los determinantes de la salud podrían acelerar el riesgo suicida, lo que implica la necesidad de revisar y mejorar los efectos de estos determinantes.

-La salud mental es un derecho humano fundamental, por lo que se debe construir una cultura del bienestar colectivo, con la participación de varias disciplinas, instituciones y sectores que tomen en cuenta diferentes grupos etarios, sociales y vulnerables entre otros.

-Se identificó que los sistemas de salud u otros servicios institucionales no registran adecuadamente la etnia de las personas, lo que invisibiliza los problemas específicos que enfrentan, pero además no permite tener un dato real por lo que incluir esta variable permite identificar patrones y diseñar políticas más justas en términos de prevención de suicidio y promoción de la salud.

-En la investigación se identificó que algunas personas se encontraban en atención por diferentes disciplinas del área de salud por ende se requiere aumentar la capacitación y mejoramiento de herramientas de abordaje y conocimiento técnico ante este tipo de casos. Así mismo el sector salud debe valorar la implementación de canales de seguimiento para los casos en riesgo suicida que faciliten el acompañamiento, adherencia a los tratamientos que coadyuven en la recuperación y reinserción social.

-Incluir la etnia en los análisis de los suicidios permitirá entre otros detalles, visibilizar desigualdades estructurales que afectan la salud mental, diseñar intervenciones culturalmente pertinentes, respetando cosmovisiones y lenguas originarias, fortalecer la justicia social y mejorar la precisión de las políticas públicas al identificarlos como grupos con mayor riesgo.

-La información revisada y analizada coincide en que los enfoques biomédicos tradicionales resultan insuficientes para comprender y abordar el suicidio. Se requiere una perspectiva integral que incluya variables estructurales, personales, sociales, comunitarias y culturales, entre otros, reconociendo el suicidio como un problema multifactorial y no únicamente como una patología individual.

5.1. Recomendaciones

A continuación, con base en los resultados del análisis se consideran las siguientes recomendaciones:

-Elaborar una metodología que permita realizar un análisis exhaustivo de los diferentes factores que inciden en la ocurrencia de un suicidio, para lo cual se debe establecer un flujo apropiado de información, notificación oportuna y un equipo técnico que realice dicho análisis.

-Que las instituciones prestadoras de salud tomen en consideración la necesidad de contar con una adecuada atención y seguimiento que dan a los casos de personas que atienden con riesgo suicida y a los sobrevivientes.

-La salud mental y la salud física deben de ir de la mano. Es importante la creación de espacios seguros de conversación y educación en las comunidades, que permitan el desarrollo de recursos emocionales sanos.

-Es importante la sensibilización del personal de diversas instituciones que podrían atender e identificar casos con ideación, intento de suicidio o los que realizan acciones autolesivas, sin dejar de lado a la población sobreviviente.

-El autocuidado del personal que atiende a estas poblaciones independientemente de su disciplina es fundamental, por lo cual se deben instaurar espacios de escucha y expresión de sentimientos de forma periódica a fin de permitir que las personas puedan evacuar sus sentimientos en grupos de pares con apoyo de profesionales de la salud mental.

-Promover espacios de educación continua en temas de masculinidad saludable que ayuden a los hombres a expresar sus sentimientos y manejar adecuadamente las situaciones de conflicto. Además de sensibilizar en aspectos importantes personales y relacionales como metas, proyectos y habilidades para la vida, que permitan contar con relaciones interpersonales, familiares, que brinden entornos de seguridad y calidad humana.

-Creación de una instancia de carácter interinstitucional que analice la articulación y rutas de abordaje de los casos de suicidios mediante la elaboración de informes anuales que planteen acciones y medidas para la disminución de los suicidios en Costa Rica

-El suicidio debe ser tratado como una prioridad de salud pública, su prevención requiere un compromiso intersectorial, ético y sostenido, que reconozca la dignidad y el contexto del individuo, sus familiares y personas cercanas.

6. Anexos

6.1. Glosario de términos

-Adherencia al tratamiento: grado en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones acordadas con un profesional de salud.

-Autopsia psicosocial: recurso técnico para la investigación de muertes por suicidio como una problemática social y de salud pública que permita la comprensión de las circunstancias que rodearon el evento, tomando en consideración la diversidad de factores asociados a la esfera íntima y relacional de la persona, así como de tipo macrosocial y comunitario que lo posibilitan, comprendiendo las circunstancias desde una visión integral.

-Comportamiento suicida: diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y consumir un suicidio propiamente dicho. El comportamiento suicida es una continuación de conductas.

-Continuum del suicidio: se refiere a que el suicidio es progresivo, no es un evento aislado o repentino, conlleva una secuencia de pensamientos, emociones y conductas, que se pueden intensificar, aumentando el nivel de riesgo si no se interviene oportunamente.

-Articulación intersectorial: se refiere a la integración coordinada de distintos sectores gubernamentales y sociales para abordar problemas complejos que tienen múltiples causas. No se trata solo de que cada sector cumpla su función, sino de que trabajen conjuntamente y de forma colaborativa para lograr un cambio social significativo. Esta colaboración no es jerárquica ni contractual, sino basada en acuerdos y objetivos comunes.

-Determinantes sociales de la salud: Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen significativamente en su salud, bienestar y calidad de vida

-Estigma: proceso social mediante el cual ciertos individuos son etiquetados, estereotipados, discriminados y excluidos debido a características que se perciben como diferentes o desviadas de las normas sociales, como padecer una enfermedad mental.

-Factores de riesgo: estado, conducta o ambiente social, económico o biológico que causa o está asociado con el aumento de la susceptibilidad a una enfermedad específica, una salud deficiente o una lesión. También incluye aspectos de amenazas naturales o antrópicas.

-Factores de riesgo del comportamiento suicida: entendidos como aquellos que pueden elevar las probabilidades de que una persona pueda realizar un intento suicida, no son factores predictores de un suicidio y cada uno por sí mismo no tiene el peso suficiente para identificarse como un factor causal directo

-Factores protectores: Son aquellos recursos personales, sociales, y del ambiente (biológicos, psicológicos y socioculturales) que promueven el bienestar personal y social, facilitan la realización personal y aumentan la resiliencia o la capacidad para sobreponerse a contratiempos o tragedias.

-Factores protectores ante el riesgo suicida: Son los recursos personales o sociales que atenúan la probabilidad de un suicidio o disminuyen el riesgo suicida. Estos factores protectores pueden deberse a características personales, al entorno familiar o a las características de los sistemas de apoyo social, así como el desarrollo y accesibilidad a los recursos mencionados.

-Fragilidad afectiva: característica de la modernidad líquida, donde las relaciones humanas se vuelven precarias, cambiantes e inciertas, y los vínculos afectivos pierden solidez y compromiso. En este contexto, las personas tienden a evitar relaciones duraderas por miedo al sufrimiento o al compromiso, lo que genera una afectividad frágil y volátil.

-Incidencia: número de casos nuevos de una enfermedad que ocurren en una población a riesgo durante un período determinado, generalmente un año. Es una medida clave para entender la frecuencia con la que aparece una enfermedad y permite estimar el riesgo de que una persona desarrolle dicha condición en ese tiempo.

-Indicadores: Los indicadores de salud son medidas cuantitativas que expresan información sobre aspectos específicos del estado de salud, los servicios sanitarios o los determinantes sociales, permitiendo comparaciones en el tiempo y entre poblaciones.

-Intento de suicidio: Conducta potencialmente lesiva auto infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

-Multisectorial: se refiere a la participación coordinada de diferentes sectores como salud, educación, trabajo, comunitarios, entre otros para abordar la prevención del suicidio.

-Predisposición genética: La predisposición genética se refiere a la mayor probabilidad que tiene un individuo de desarrollar ciertas enfermedades o condiciones psicológicas debido a la herencia de variantes genéticas específicas. Esta predisposición no implica que la persona desarrollará necesariamente la enfermedad, sino que tiene un riesgo aumentado en comparación con quienes no poseen esas variantes.

Desde la psicología y la salud, se entiende que esta predisposición interactúa con factores ambientales y epigenéticos, lo que significa que el entorno puede activar o silenciar genes relacionados con trastornos mentales o físicos.

-Prevalencia: proporción de individuos en una población que presentan una enfermedad o condición específica en un momento determinado o durante un período específico. Es una medida de frecuencia que permite conocer cuán común es una enfermedad en una población, sin distinguir si los casos son nuevos o antiguos.

-Riesgo suicida: grado variable de cometer un acto suicida en el que influyen una combinación de factores psicológicos, sociales, biológicos y conductuales. No es un diagnóstico en sí mismo, sino una condición de alerta clínica y social que requiere atención inmediata y especializada.

-Salud mental: Proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo, caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en contextos familiares, comunitarios, académicos y laborales, y

por el disfrute de la vida en armonía con el ambiente. La salud mental se promueve a través del sistema de salud y según factores biológicos, ambientales, sociales, económicos, culturales y psicológicos.

-Salud pública: conjunto de acciones dirigidas a proteger y mejorar el estado de salud físico, mental y social de la población, mediante el ejercicio de la rectoría del Sistema de Producción Social de la Salud. Estas acciones se desarrollan con enfoque en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación social, bajo principios como la equidad, eficiencia, calidad, transparencia, innovación y respeto a la diversidad.

-Sistemas de salud: conformado por un conjunto de instituciones públicas y privadas que participan en la provisión, financiamiento y regulación de servicios de salud.

-Suicidio: acto mediante el cual una persona se provoca la muerte de manera intencional, y se considera un problema de salud pública que requiere atención integral, intersectorial y comunitaria.

-Trastorno depresivo: conjunto de síntomas que incluyen estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, cambios en el apetito o el sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio. Estos síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas y representar un cambio significativo en el funcionamiento previo del individuo.

-Vulnerabilidad: condición que predispone al individuo o grupo a sufrir daños en su salud, debido a factores personales, sociales, económicos, ambientales o institucionales. Esta condición puede estar relacionada con factores de riesgo que son endógenos (propios del individuo), exógenos (ligados al ambiente), predisponentes (que hacen vulnerable al sujeto) o precipitantes (que inician el fenómeno patológico).

6.2 Tablas de variables

Tabla 1. Costa Rica: porcentaje de los determinantes definidos, por sexo. 2024.

Determinantes	Hombre	Mujer	Total
Trastorno mental	37,6%	53,8%	40,8%
Historial de intentos de suicidio	21,3%	35,9%	24,2%
Consumo de Alcohol	23,8%	16,7%	22,4%
Ideación Suicida	21,9%	23,1%	22,2%
Mensajes de despedida	19,7%	21,8%	20,2%
Consumo de Drogas	17,9%	15,4%	17,4%
Sin factores identificados	16,3%	7,7%	14,6%
Diagnósticos de enfermedad	11,0%	11,5%	11,1%
Deudas/ problemas económicos	12,9%	3,8%	11,1%
Conflictos amorosos	11,0%	10,3%	10,8%
Problemas emocionales y conducta	10,0%	11,5%	10,3%
Ruptura amorosa/ sentimental	9,7%	3,8%	8,6%
Atención psiquiatría	6,6%	7,7%	6,8%
Terapia psicológica	5,0%	11,5%	6,3%
Problemas Familiares	5,0%	6,4%	5,3%
Sin adherencia al Tratamiento	4,7%	6,4%	5,0%
Antecedentes judiciales	5,0%	3,8%	4,8%
Duelo por muerte de familiar	3,8%	6,4%	4,3%
Historial de autolesiones	2,2%	11,5%	4,0%
Desempleo	3,4%	2,6%	3,3%
Sin atención / tratamiento	2,8%	3,8%	3,0%
Violencia Intrafamiliar	2,2%	3,8%	2,5%

Determinantes	Hombre	Mujer	Total
Traumas	2,2%	3,8%	2,5%
Amenaza de muerte	1,6%	2,6%	1,8%
Problemas laborales	1,9%	0,0%	1,5%
Atención médica sin tratamiento	0,9%	3,8%	1,5%
Población LGBTIQ+	1,6%	0,0%	1,3%
Problemas personales	1,6%	0,0%	1,3%
Pérdida de custodia o patria potestad	0,3%	3,8%	1,0%
Abuso Sexual	0,3%	2,6%	0,8%
<i>Bullying</i>	0,9%	0,0%	0,8%
Personas en condición de calle	0,9%	0,0%	0,8%
Embarazo	0,0%	2,6%	0,5%
Sin seguimiento de CCSS	0,3%	0,0%	0,3%
No le atendieron en CCSS	0,3%	0,0%	0,3%
En tratamiento con IAFA	0,0%	1,3%	0,3%
Seguimiento trabajo social	0,3%	0,0%	0,3%
ignorado	0,3%	0,0%	0,3%

Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

Tabla 2. Costa Rica: Determinantes que afectan a la población joven de 12-35 años

Determinantes	Persona Joven	
	N	%
Trastorno mental	77	38,5%
Historial de intentos de suicidio	55	27,5%
Consumo de Alcohol	49	24,5%
Ideación Suicida	49	24,5%
Consumo de Drogas	44	22,0%
Mensajes de despedida	36	18,0%
Conflictos amorosos	29	14,5%
Sin factores identificados	29	14,5%
Ruptura amorosa/ sentimental	24	12,0%
Problemas emocionales y conducta	18	9,0%
Deudas/ problemas económicos	14	7,0%
Problemas Familiares	12	6,0%
Historial de autolesiones	12	6,0%
Antecedentes judiciales	12	6,0%
En terapia psicológica	18	9,0%
En tratamiento psiquiátrico	15	7,5%
Sin adherencia al Tratamiento	9	4,5%
Duelo por muerte de familiar	8	4,0%
Sin atención / tratamiento	7	3,5%
Diagnósticos de enfermedad	6	3,0%
Traumas	6	3,0%
Amenaza de muerte	5	2,5%
Población LGBTIQ+	5	2,5%
Desempleo	4	2,0%
Violencia Intrafamiliar	4	2,0%

Determinantes	Persona Joven	
	N	%
Abuso Sexual	3	1,5%
Problemas laborales	3	1,5%
Atención medica sin tratamiento	3	1,5%
Pérdida de custodia o patria potestad	3	1,5%
<i>Bullying</i>	3	1,5%
Personas en condición de calle	3	1,5%
Problemas personales	3	1,5%
Embarazo	2	1,0%
Sin seguimiento de CCSS	1	0,5%
No le atendieron en CCSS	1	0,5%
ignorado	1	0,5%

Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

Tabla.3 Costa Rica: Determinantes que afectan a la población adulta de 36 a 59 años

Determinantes	Adulto	
	N	%
Trastorno mental	57	39,0%
Historial de intentos de suicidio	34	23,3%
Consumo de Alcohol	32	21,9%
Mensajes de despedida	32	21,9%
Ideación Suicida	28	19,2%
Consumo de Drogas	24	16,4%
Deudas/ problemas económicos	24	16,4%
Sin factores identificados	22	15,1%
Diagnósticos de enfermedad	18	12,3%
Problemas emocionales y conducta	13	8,9%

Determinantes	Adulto	
	N	%
Conflictos amorosos	13	8,9%
En tratamiento psiquiátrico	10	6,8%
Ruptura amorosa/ sentimental	9	6,2%
Desempleo	8	5,5%
Sin adherencia al Tratamiento	7	4,8%
Antecedentes judiciales	7	4,8%
Violencia Intrafamiliar	6	4,1%
Problemas Familiares	5	3,4%
En terapia psicológica	5	3,4%
Duelo por muerte de familiar	4	2,7%
Historial de autolesiones	4	2,7%
Sin atención / tratamiento	3	2,1%
Problemas laborales	3	2,1%
Traumas	3	2,1%
Atención medica sin tratamiento	2	1,4%
Amenaza de muerte	2	1,4%
Pérdida de custodia o patria potestad	1	0,7%
En tratamiento con IAFA	1	0,7%
Problemas personales	1	0,7%
ignorado	0	0,0%

Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

Tabla 4. Costa Rica: Determinantes que afectan a la población adulta mayor de 60 años o más

Determinantes	Adulto Mayor	
	N	%
Trastorno mental	28	56,0%
Diagnósticos de enfermedad	20	40,0%
Mensajes de despedida	12	24,0%
Ideación Suicida	11	22,0%
Problemas emocionales y conducta	10	20,0%
Consumo de Alcohol	8	16,0%
Historial de intentos de suicidio previos	7	14,0%
Deudas/ problemas económicos	6	12,0%
Sin factores identificados	6	12,0%
Duelo por muerte de familiar	5	10,0%
Problemas Familiares	4	8,0%
Sin adherencia al Tratamiento	4	8,0%
Sin atención / tratamiento	2	4,0%
En tratamiento psiquiátrico	2	4,0%
Consumo de Drogas	1	2,0%
Desempleo	1	2,0%
Ruptura amorosa/ sentimental	1	2,0%
Conflictos amorosos	1	2,0%
Atención medica sin tratamiento	1	2,0%
En terapia psicológica	2	4,0%
Traumas	1	2,0%
Seguimiento trabajo social	1	2,0%
Problemas personales	1	2,0%
ignorado	0	0,0%

Fuente: Elaboración propia con datos del OIJ, 2024

7. Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)
2. Anseán, Andoni (Dir). (2014). Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Fundación Salud Mental España, Madrid.
3. Ascencio Chávez, M. R. (2015). Medidas de prevalencia y relación incidencia-prevalencia.
4. Bauman, Z. (2005). Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. Fondo de Cultura Económica.
5. Castelblanco, Sierra; Hugo. (2020). Las 15 Tareas del Duelo. Protocolos para la asesoría y el acompañamiento.
6. Cunill-Grau, N. (2013). *La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual*. Universidad de los Lagos / Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
7. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA). (2014). Abordaje de la problemática del suicidio en el primer nivel de atención para equipos territoriales de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Modelo Comunitario de Atención. Problemática priorizada: suicidio. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
8. Dueñas Amaya, L. J. (2021). Factores de predisposición genéticos y epigenéticos de los trastornos de ansiedad. *Revista Iberoamericana de Psicología*.
9. Fonnegra de Jaramillo, Isa. (2001). De cara a la muerte. Editorial Andrés Bello, Barcelona-Buenos Aires
10. Fundación Rescatando Vidas. (2010). Guía Preventiva del Suicidio. Fundación Rescatando Vidas, San José, Costa Rica
11. Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... & Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. The Lancet Global Health Commission.
12. Martinez, C. (2017). Suicidología comunitaria para América Latina. Teoría y experiencias. Editorial Alfepsi.

13. Martínez, A., & Torres, F. (2023). Suicidio y variables supraindividuales: una perspectiva multinivel. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 16(3), 123–130.
14. Ministerio de Salud de Costa Rica. (s.f.). Misión y Visión. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/ministerio-de-salud/informacion-general/mision-y-vision>.
15. Ministerio de Salud de Costa Rica. (2021). Cuentas de Salud de Costa Rica 2020-2021.
16. Ministerio de Salud de Costa Rica. (s.f.). Normas, protocolos, guías y lineamientos. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos>.
17. Ministerio de Salud de Costa Rica. (2019). Guía metodológica para la elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en Costa Rica.
18. Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública & Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (2025). *Reglamento N° 44919-S-MEP-MTSS: Reglamento a la Ley Nacional de Salud Mental N° 10412 del 29 de noviembre del 2023*. La Gaceta, Alcance No. 28 a la Gaceta No. 40. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/salud-mental-1/normativa/8766-reglamento-a-la-ley-nacional-de-salud-mental-n-10412-del-29-de-noviembre-del-2023/file>
19. Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*.
20. Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OPS.
21. Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Organización Panamericana de la Salud.
22. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 25 de marzo de 2025. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

23. Pérez, J. M. (2024). El suicidio como fenómeno social: una propuesta explicativa desde los determinantes sociales de la salud. *Revista de Salud Pública*, 26(2), 45–58.
24. Rocamora, Bonilla; Alejandro. (2012). *Intervención en crisis en las Conductas Suicidas*, 2º Edición, Desclée de Brouwer
25. Rodríguez, M., & Gómez, L. (2025). Determinantes sociales del suicidio en adolescentes y jóvenes latinoamericanos: una revisión sistemática. *Revista Cuidarte*.
26. Rüsçh, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. *European Psychiatry*, 13(4), 165–176.
27. T. Mitchell Anthony. (1991). *Suicidio: Cómo saber cuándo su adolescente está en peligro*. División de Gospel Light Publications
28. Tizón Jorge. (2004). *Pérdida, Pena, Duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Ediciones Paidós. Barcelona-Buenos Aires.
29. Valvidia Pareja, Álvaro. (2015). *Suicidología: prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. 1a edición. Bogotá: Ediciones de la U
30. Mora Torres, M., Moya Zeledón, D., & Calderón Elizondo, J. (2019). Suicidio en Costa Rica: Análisis de autopsias realizadas en el Departamento de Medicina Legal del 2010 al 2016. *Medicina Legal de Costa Rica*, 36
31. Bonilla-Carrión, R., Evans-Meza, R., & Salvatierra-Durán, R. (2020). Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en Costa Rica, 2013-2017. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 6(2), 53–60.
32. Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Experiencias de las comunidades indígenas sobre el bienestar y la prevención del suicidio*
33. Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Indicadores básicos 2023*. <https://www.paho.org/es/evidencia-e-inteligencia-para-accion-salud/indicadores-basicos-2023>.

34. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2025/2/19/la-ccss-se-mantiene-como-el-pilar-de-la-salud-en-costa-rica.html>.
35. Ministerio de Salud. (2023). Informe sobre comportamiento del suicidio en Costa Rica. Gobierno de Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr>
36. Universidad Estatal a Distancia. (2023). Factores psicosociales asociados al suicidio en jóvenes costarricenses. UNED. <https://www.uned.ac.cr>
37. Universitat Oberta de Catalunya. (s.f.). Estudios de incidencia.
38. Poder Judicial de Costa Rica. (2023). Estadísticas de suicidio por trimestre y día de la semana. <https://www.poder-judicial.go.cr>