

Artículo original

Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010



Doris Cardona Arango^a, Óscar Adolfo Medina-Pérez^{b,*} y Deisy Viviana Cardona Duque^c

^a Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Docente investigador, Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), Medellín, Colombia

^c Docente investigadora, Universidad de San Buenaventura, Seccional Medellín, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de marzo de 2014

Aceptado el 13 de octubre de 2015

On-line el 1 de diciembre de 2015

Palabras clave:

Colombia

Factores de riesgo

Mortalidad

Suicidio

R E S U M E N

Introducción: El suicidio es en todo el mundo un grave problema de salud pública que afecta a todos los grupos poblacionales, sin distinción de edad, sexo o zona de residencia. El objetivo de la presente investigación es caracterizar el suicidio registrado en Colombia entre los años 2000 y 2010, según las variables persona, tiempo y lugar.

Método: Investigación cuantitativa descriptiva, con información de fuente secundaria, a partir de los certificados de defunción de las personas fallecidas por suicidio registrados ante el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Se determinó el comportamiento de las defunciones y de la mortalidad usando en el denominador las proyecciones poblacionales de Colombia y de las regiones Amazonía, Andina, Costa Atlántica, Llanos Orientales y Pacífico, y con ellas se calcularon medidas descriptivas y tasas de mortalidad.

Resultados: Se registraron 24.882 suicidios en los once años estudiados, con un promedio de 6,2 personas por día; en festivos aumentó a 8,0. La edad promedio de los fallecidos fue 34,5 años (36,4 los varones y 27,7 las mujeres); predominaron los fallecimientos de varones (78,1%) y en zonas urbanas (66%). El mayor riesgo de morir por esta causa se presentó en los Llanos Orientales, para adultos jóvenes y adultos mayores y los residentes en la zona rural. **Conclusiones:** Las tasas de suicidio en Colombia presentan una tendencia a la baja, con un promedio de 5,3/100.000 habitantes, y se halló mayor riesgo en los varones (3,7 veces el riesgo de las mujeres adultas jóvenes (9/100.000)). Se registraron más decesos entre los solteros y en los meses de enero y diciembre y los fines de semana.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: oscar.medina@unad.edu.co, omedina1969@yahoo.es (Ó.A. Medina-Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.10.002>

0034-7450/© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Characterisation of Suicide in Colombia, 2000-2010

A B S T R A C T

Keywords:
Colombia
Risk factors
Mortality
Suicide

Introduction: Suicide is a serious public health problem worldwide, affecting all population groups, regardless of age, gender, or area of residence. The aim of this investigation was to characterise the recorded suicides in Colombia, between the years 2000 and 2010, according to the variables of the person, time and place.

Methods: Descriptive quantitative study with information from secondary sources, from the death certificates of deceased people by suicide registered with the National Bureau of Statistics. The behaviour of the deaths and mortality, were determined using the denominator population projections of Colombia and the Amazon, Andean, Atlantic Coast, Eastern Plains and Pacific regions. Descriptive measurements and mortality rates were calculated using these.

Results: A total of 24,882 suicides were recorded in the eleven years studied, with a mean of 6.2 people per day, which increased to 8.0 during holidays. The mean age of death was 34.5 years (men 36.4, women 27.7), with male deaths (78.1%) and urban areas (66%) predominating. The greatest risk of dying from this cause was recorded in the Eastern Plains, in young adults and seniors, and residents in rural areas.

Conclusions: Suicide rates in Colombia show a downward trend, with a mean of 5.3/100,000 inhabitants, and with an increased risk in men (3.7 times the risk in women, in young adults (9/100,000). A higher death rate was recorded in single people in the months of December and January, and at weekends.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El suicidio es una compleja conducta humana que se constituye en un gran reto para la salud pública mundial¹. Actualmente, la muerte por suicidio es la tercera causa de deceso de personas con edades entre 15 y 34 años². Constituyen el grupo poblacional de mayor riesgo los adultos mayores de sexo masculino, pero las tasas de suicidio de jóvenes van en aumento³⁻⁵.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los últimos 45 años las tasas mundiales de suicidio se han incrementado en un 60% y se ubican en 16 casos/100.000 hab. Esta entidad estimó alrededor de 1 millón de víctimas anuales, cifra que puede ascender a 1,5 millones en 2020⁶. Otras investigaciones revelan que, por cada suicidio consumado, 20 personas lo intentan y entre 2 y 4 suicidios se registran con otra causa de muerte⁷.

En Colombia es un problema importante desde hace varias décadas, pues se ha encontrado que entre 1964 y 1967 la tasa aumentó de 8,96 a 12,18/100.000 hab.⁸; ha ocupado los primeros lugares en las causas de muerte violenta desde entonces, especialmente de personas entre 15 y 44 años⁹. Entre 1966 y 1991, se duplicaron las cifras de mujeres y menores de 20 años; se ha observado un incremento sostenido en las cifras totales desde mediados de la década de los ochenta, cuando estos eran el 47%⁸. Para los menores de 16 años en 1989 se registra una cifra de suicidios 4 veces mayor que en 1971 y en los años noventa se agudiza también en varones adultos mayores y en mujeres de 15-24 años⁸. Entre 1985 y 2002, se reporta incremento de los suicidios de varones de 20-29 años

y se mantiene la tasa alta de adultos mayores y mujeres de 10-29 años⁹.

En general, entre 1973 y 1996 se reportó una tasa de suicidios de 2-4 (4-6 varones y 1-3 mujeres)/100.000 hab.¹⁰; se observa una tendencia al aumento del suicidio de mujeres; en la década de los setenta, eran mayores las cifras de varones y hacia mediados de los ochenta se equipararon con las de las mujeres; en 1990 vuelven a ser mayores las cifras de la población masculina⁸, aunque a partir de 1998 se observa un incremento sostenido de los suicidios en ambos sexos⁹.

En 1994 el suicidio se ubicó en el tercer lugar como causa de muerte en población joven y adulta; en 1998 se presentó un incremento del 21%, con un total de 2.046 casos, y en 1999 aumentó a 2.089¹⁰; a partir de ese año, la tasa promedio de suicidio en Colombia ha sido alrededor de 5/100.000 hab., lo que lo sitúa en el cuarto lugar de las causas de muerte violenta y origina la pérdida de 74.793 años de vida potencial¹¹.

Varias son las posibles causas que pueden explicar el suicidio. En el ámbito clínico, se ha encontrado alta asociación con trastornos depresivos, consumo de sustancias psicoactivas y antecedentes familiares de suicidio y abuso sexual¹². Desde una perspectiva epidemiológica, se han señalado factores socioculturales, ambientales y económicos, y sobresalen la baja escolaridad, el desempleo, la soltería y las situaciones estresantes que involucran a toda la comunidad¹³.

Ahora bien, estos factores de riesgo varían según la edad. En población joven el suicidio está más asociado a trastornos como depresión y ansiedad, problemas académicos, desempleo y antecedentes personales y familiares de conducta suicida^{14,15}. En personas de más edad, las motivaciones para cometer suicidio están asociadas a pérdida de familiares

y allegados, dificultades económicas, enfermedades incapacitantes y dolorosas, rechazo social y estrés¹⁶.

Algunos estudios han encontrado mayor prevalencia de suicidios en fines de semana, hecho que puede estar relacionado con el consumo de bebidas alcohólicas¹⁷; también se han evidenciado mayores proporciones en días festivos, sean nacionales o religiosos¹⁸; en población hospitalaria también se han reportado mayores tasas: algunos estudios han encontrado tasas de hasta 13,7/10.000 pacientes admitidos en instituciones psiquiátricas¹⁹.

En cuanto al mecanismo empleado, se ha evidenciado que el medio utilizado tiene estrecha relación con la facilidad de acceso. Ello puede ser la razón de que el método más empleado en el mundo sea el ahorcamiento²⁰, como también de las altas prevalencias de uso de plaguicidas en el sector rural²¹ o el empleo de armas de fuego por personas vinculadas a la Policía o el ejército²².

Debido a la urgencia social y sanitaria que representa el suicidio, se hace necesario promover estudios que aporten a futuros programas de prevención. El objetivo de la presente investigación es caracterizar el suicidio en Colombia entre 2000 y 2010, según las variables persona, tiempo y lugar. Se espera que sirva de referente para conocer cómo se manifiesta el fenómeno y fortalecer estrategias de intervención y mitigación de daños.

Métodos

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa observacional y descriptiva de las características de las personas residentes en Colombia cuya causa de defunción fue el suicidio entre 2000 y 2010. Para su realización se recurrió a información secundaria, constituida por los certificados de defunción con causa básica de muerte, código 100 de la lista 105 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Con dicha información se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, mecanismo de muerte, área de residencia y defunción, sitio en que se cometió el hecho y departamento de residencia. Se utilizó la fecha de defunción para calcular las muertes por día de la semana, mes y año, como también para discriminar si se trataba de un día festivo.

Se construyó la variable zona geográfica así: Amazonía incluyó los departamentos de: Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare, Vaupés; Zona Andina: Antioquia, Bogotá DC, Boyacá, Caldas, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander y Tolima; Costa Atlántica: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, Guajira, Magdalena, Sucre y San Andrés; Llanos Orientales: Arauca, Casanare, Meta, Putumayo y Vichada, y Zona Pacífica: Cauca, Chocó, Nariño y Valle del Cauca.

También se recategorizó la variable edad siguiendo los esquemas de etapas evolutivas propuestas por Papalia²³, quien a su vez se apoya en las revisiones actuales de Hansen²⁴ y Feldman²⁵. Estos autores consideran edades promedio con un intervalo de $\pm 2-5$ años, alrededor de las cuales se dan transiciones en el ciclo vital. De este modo, se consideró niños a quienes tenían entre 0 y 9 años; adolescentes, a los de 10-19 años; adultos jóvenes, a los de 20-34 años (cuando se inicia la estructura de la adultez temprana y se da la transición de

los 30 años); adultos, a los de 35-64 años (etapa en que culmina la adultez temprana, se da la transición de la mitad de la vida y se desarrolla la edad intermedia), y por último, adultos mayores a los de edad ≥ 65 años (época en la cual se da la transición adulta tardía).

Se hizo análisis univariable mediante cálculo de medidas de frecuencias, de tendencia central y de dispersión. Para calcular las tasas de mortalidad, se utilizaron las proyecciones poblacionales del DANE²⁶. En el caso del suicidio de niños, la tasa se expresó cada 10 millones de hab.; para los adolescentes, adultos jóvenes, adultos y adultos mayores, se expresó cada 100.000 hab.

Resultados

Características de las personas fallecidas por suicidio

En los 11 años comprendidos entre 2000 y 2010, se suicidaron en Colombia 24.882 personas. De ellas, el 78,1% eran varones (19.441 decesos). El promedio de edad de los fallecidos era $34,5 \pm 17,6$ años. El 50% de los suicidios fueron cometidos por personas con edades ≤ 31 años, y la edad con más suicidios reportados fue 19 años. Al discriminar por sexo, se encontraron diferencias importantes entre varones y mujeres. Entre los primeros se registró una media de edad de $36,4 \pm 17,9$ años, frente a los $27,7 \pm 14,8$ de las mujeres. El 43,6% de estas personas estaban solteras; los que tenían pareja, casados o en unión libre eran el 39,7% y los demás eran separados o viudos, pero en el 11,2% de los registros no se informó su estado civil. Además, 1 de cada 3 (28,6%) tenía estudios hasta básica primaria y 1 de cada 4 (24,7%) los tenía de secundaria. Cabe resaltar que solo el 5,6% eran técnicos, tecnólogos o profesionales universitarios, pero el subregistro en esta característica fue del 37,6%, lo que impide ser concluyente al respecto.

Características espaciales de los fallecimientos

Se encontró que el 66% de las personas fallecidas por suicidio residían en la cabecera municipal y el 30%, en zona rural; en el 4% no se informó sobre esta condición, pero el 75% se infligió la muerte en la cabecera y los demás, en el área rural. Al relacionar el área de residencia con el área de defunción, se encontró que el 5,4% de los que vivían en zona urbana se suicidaron en el campo; en cambio, el 33% de los que vivían en zona rural se suicidaron en cabecera municipal.

Al examinar el lugar del deceso, resalta que las mujeres tuvieron los porcentajes más altos en hospitales, clínicas o puestos de salud; asimismo, que los varones se suicidaron en mayores proporciones que las mujeres en su sitio de trabajo y en vía pública (tabla 1).

Al indagar por los mecanismos de muerte, resalta el ahorcamiento como el método más empleado (35,4%). Por grupos de edad, los adultos jóvenes mostraron mayores frecuencias que otros grupos y también se evidenciaron diferencias por sexo, menos en el grupo de suicidio infantil (tabla 2).

Por zonas geográficas, sobresale que el mayor número de casos de suicidio se dio entre los residentes en la Zona Andina, con un 60,8% del total de suicidios del país; fue notorio también que el grupo poblacional que registró los porcentajes más

Tabla 1 – Distribución porcentual por sexo y lugar del deceso por suicidio. Colombia, 2000-2010

Lugar del deceso	Total	Varones	Mujeres
Casa	12.265 (49,3)	9.790 (50,4)	2.475 (45,5)
Hospital, clínica o puesto de salud	6.058 (24,3)	3.966 (20,4)	2.092 (38,5)
Lugar trabajo	1.020 (4,1)	981 (5,0)	39 (0,7)
Otro	2.758 (11,1)	2.387 (12,3)	371 (6,8)
Vía pública	2.318 (9,3)	1.938 (10,0)	380 (7,0)

Los valores expresan n (%). Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Tabla 2 – Porcentaje de casos de suicidio por mecanismo de lesión, grupos etarios y sexo. Colombia, 2000-2010

Características	Total	Varones	Mujeres
Mecanismo de muerte			
Ahorcamiento y sofocación	8.819 (35,4)	7.388 (38,0)	1.432 (26,3)
Arma blanca	422 (1,7)	367 (1,9)	55 (1,0)
Arma de fuego y explosivos	6.622 (26,6)	6.059 (31,2)	560 (10,3)
Gases y vapores	69 (0,3)	58 (0,3)	11 (0,2)
Medicamentos, venenos, disolventes, etc.	7.390 (29,7)	4.433 (22,8)	2.955 (54,4)
Otros medios	305 (1,2)	216 (1,1)	89 (1,6)
Salto al vacío	860 (3,5)	635 (3,3)	225 (4,1)
Sumersión	274 (1,1)	206 (1,1)	68 (1,3)
Grupos etarios			
Niños	45 (0,2)	31 (0,2)	14 (0,3)
Adolescentes	4.914 (19,7)	2.822 (14,5)	2.092 (38,5)
Adultos jóvenes	10.093 (40,6)	8.078 (41,6)	2.015 (37,1)
Adultos	7.733 (31,1)	6.601 (34,0)	1.132 (20,8)
Adultos mayores	2.039 (8,2)	1.863 (9,6)	176 (3,2)

Los valores expresan n (%). Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

altos fue el de adultos jóvenes, mientras que los más bajos se dieron en niños. Al revisar los distintos grupos etarios, se encontró que las proporciones más altas de adolescentes se presentaron en Amazonía (30,3%); la de adultos jóvenes, en Pacífico (43,7%); las de adultos (35,3%) y adultos mayores (11,4%), en Costa Atlántica (tabla 3).

Características temporales de los eventos

Al realizar la descripción temporal, se evidencian diferencias marcadas entre años, meses y días de la semana. En años, por ejemplo, las cifras anuales oscilaron entre los 2.118 suicidios en 2010 y los 2.429 en 2001 (aportes del 8,5 y el 9,8% respectivamente). Al revisar el comportamiento mensual, febrero fue el de menor frecuencia (7,2%) frente a enero y diciembre (el 9,1% cada uno).

Se encontró también que en el periodo estudiado se suicidaron en promedio 6,2 personas por día. Al analizar el comportamiento por día de la semana, se notó que los promedios disminuyen a partir del lunes (6,8 suicidios por día) hasta el viernes (5,4): 5,9 en martes, 5,7 en miércoles y 5,5 en jueves, para aumentar luego en sábado (6,2) y domingo (8,0).

Al realizar el análisis del comportamiento de la conducta suicida en días festivos, se encontró que en Colombia, en el periodo estudiado, hubo 763 días festivos, y en ellos se registraron 6.103 muertes por suicidio (promedio, 8,0 suicidios por día, esto es, un aumento del 29% frente al promedio diario general). De hecho, al revisar la fecha en que se presentó el mayor número de suicidios en cada año, se encontró que fue el 1 de enero, a excepción de 2001 y 2004, cuando la cifra más alta se dio el 25 de diciembre; así, el promedio de suicidios el 1 de enero fue 20,3 y el del 25 de diciembre, 14,7.

Tabla 3 – Zona de residencia de las personas fallecidas por suicidio y grupos etarios. Colombia, 2000-2010

Zona de residencia	Sujetos	Niños	Adolescentes	Adultos jóvenes	Adultos	Adultos mayores
Amazonía	458 (1,9)	0	139 (30,3)	189 (41,3)	98 (21,4)	30 (6,6)
Zona Andina	14.937 (60,8)	28 (0,2)	2.897 (19,4)	5.958 (39,9)	4.849 (32,5)	1.189 (8,0)
Costa Atlántica	3.004 (12,2)	4 (0,1)	438 (14,6)	1.148 (38,2)	1.059 (35,3)	343 (11,4)
Llanos Orientales	1.226 (5,0)	1 (0,1)	271 (22,1)	528 (43,1)	319 (26,0)	101 (8,2)
Pacífico	4.950 (20,1)	12 (0,2)	1.130 (22,8)	2.163 (43,7)	1.293 (26,1)	343 (6,9)

Los valores expresan n (%).

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

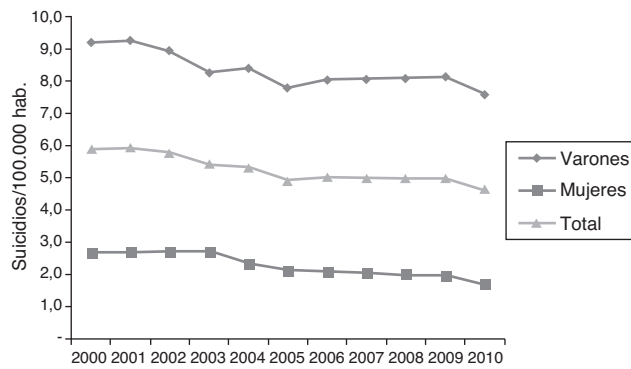


Figura 1 – Distribución de las tasas de suicidios discriminados por año y sexo. Colombia, 2000-2010.
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Al revisar los promedios según el día de la semana, se encontró también un aumento importante, y el más alto se dio en sábado (17,4) y el más bajo, en viernes (5,9). Los demás días presentaron los siguientes promedios: 7,0 el lunes, 11,5 el martes, 10,9 el miércoles, 8,5 el jueves y 8,0 el domingo.

Comportamiento de la mortalidad

En los 11 años estudiados, las tasas de suicidio en Colombia oscilaron entre 6,0/100.000 hab. en 2001 y los 4,7/100.000 hab. en 2010. La tasa promedio del periodo se ubicó en 5,3/100.000 hab. Al discriminar por sexo, el riesgo de los varones fue de 8,4/100.000 y el de las mujeres, 2,3/100.000 hab. Ello significa que el riesgo de que los varones cometan suicidio es 3,7 veces el de las mujeres. Al graficar las tasas por año, se nota una tendencia a la baja (fig. 1).

Se encontró también que el riesgo de fallecer por suicidio en Colombia varió según el grupo etario; los adultos jóvenes tienen la mayor tasa del país (9,0/100.000 hab.) y la más baja corresponde a adolescentes (5,2/100.000 hab.) (fig. 2).

Ahora bien, al discriminar por sexo, se encontró que las tasas masculinas son bimodales, y las mayores tasas se dan entre los 20 y los 29 años y de los 70 años en adelante. Las

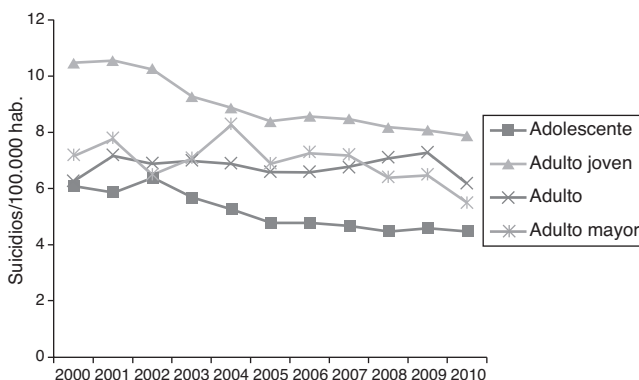


Figura 2 – Distribución de las tasas de suicidios discriminados por año y grupo etario. Colombia, 2000-2010.
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

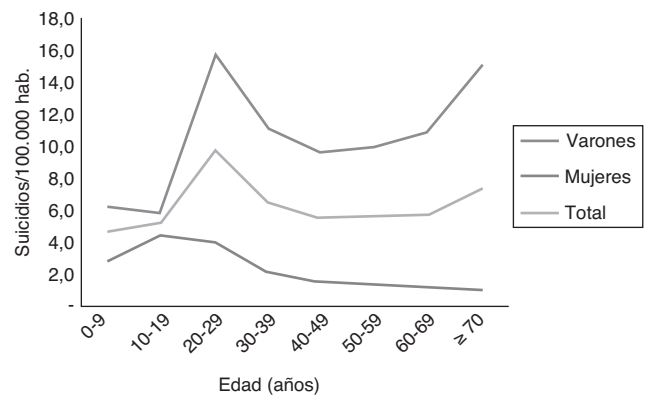


Figura 3 – Distribución de las tasas de suicidio por franja de edad y sexo. Colombia, 2000-2010.
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

mujeres, en cambio, alcanzan las tasas más altas entre los 10 y los 19 años, y a partir de esa edad se evidencia un descenso (fig. 3).

Ahora bien, dicha tasa osciló en las distintas zonas de residencia del país, de la Costa Atlántica (3,0/100.000 hab.) a Llanos Orientales (7,0/100.000 hab.). Por grupos etarios, el riesgo más alto para los adolescentes se encontró en Amazonia (8,3/100.000 hab.); para los adultos jóvenes, adultos y adultos mayores, en Llanos Orientales (11,9, 6,8 y 11,8/100.000 hab. respectivamente) (tabla 4).

Al diferenciar por zona de residencia, se encontró que en el área urbana se registraron 4,7/100.000 hab. y en la rural, 6,2/100.000 hab., es decir, el riesgo de cometer suicidio en el campo es un 32% más alto que en la ciudad.

Discusión

Antes de iniciar la discusión de los resultados, vale la pena resaltar las limitaciones del presente estudio. En primer lugar debe recordarse que los registros de suicidio, si bien fueron suministrados por entidades oficiales, pudieron verse afectados en algunas de sus fases de producción, como recolección, codificación y procesamiento del dato; también por errores de diagnóstico^{27,28}. También debe tenerse en cuenta el subregistro, el cual se estimó del 17,5% en los años 2000-2005²⁹ y del 21,9% en los años 2007-2009³⁰; todo ello afecta a la comparabilidad de los datos con los de otros países y, sobre todo, dificulta conocer la verdadera dimensión del fenómeno en el país.

Entre 2000 y 2010, se encontró una tasa de mortalidad por suicidio en Colombia de 5,3/100.000 hab., que supera las de países como México (4,12/100.000 hab. en 2007)³¹, coloca al país en la franja intermedia y ubica este fenómeno entre las primeras diez causas de muerte³². Esto implica un aumento en los años de vida potencial perdidos (AVPP), que para el 2009 ascendieron a 66.114³³, lo que afecta no solo a las esferas social y sanitaria de Colombia, sino también a su desarrollo. A pesar de ello, al comparar estos datos con las tasas encontradas en la década de los años sesenta, se encuentra un descenso notable, ya que en 1964-1967 se reportaron 11,08 casos/100.000 hab.⁸.

Tabla 4 – Distribución de las tasas de suicidio por zona de residencia y grupo etario. Colombia, 2000-2010

Zona de residencia	Niños/ 10 ⁷ hab.	Adolescentes/ 10 ⁵ hab.	Adultos jóvenes/ 10 ⁵ hab.	Adultos/ 10 ⁵ hab.	Adultos mayores/ 10 ⁵ hab.	Promedio/ 10 ⁵ hab.
Amazonía	—	8,3	11,5	5,8	10,0	6,3
Andina	5,5	5,6	9,5	5,9	6,8	5,6
Costa Atlántica	1,7	2,1	4,9	4,0	6,2	3,0
Llanos Orientales	2,9	6,8	11,9	6,8	11,8	7,0
Pacífico	7,2	6,8	11,1	5,5	6,3	6,0
Total	4,6	5,2	9,0	5,6	6,9	5,3

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Con respecto al periodo comprendido entre los setenta y los noventa, las cifras aumentaron, ya que la tasa promedio osciló entre 2 y 4/100.000 hab.¹⁰. En el periodo estudiado, la tasa tiende a bajar, a diferencia de las décadas anteriores en que hubo fluctuaciones con picos importantes en los ochenta, cuando se inició el ascenso de la cifras, y se mantuvo relativamente estable hasta 1998, cuando nuevamente se reportó un aumento^{8,9}.

Por otro lado, se encontraron diferencias importantes en los distintos grupos etarios, pues las tasas más altas se dieron en adultos jóvenes (9,0 en todo el periodo), semejante a las de décadas anteriores y las de países como Estados Unidos y España^{9,34}. Esto puede estar relacionado con que en esta etapa se debe asumir un papel dentro de la sociedad, aspecto que puede verse obstaculizado por la ausencia de un proyecto de vida y problemas sociales como el consumo de sustancias psicoactivas³⁵. También resaltan las tasas de suicidio de adultos mayores (6,9/100.000 hab. en los 11 años estudiados), aspecto que no es diferente del patrón encontrado entre 1973 y 1996¹⁰; en ellos las cifras pueden relacionarse con procesos de duelo debidos a sucesos como envejecimiento, jubilación, muerte de coetáneos y exclusión social, aspectos que conllevan pérdida de sentido de vida³⁶.

Aunque la tasa de los adolescentes fue una de las más bajas del estudio (5,2/100.000), no se puede desconocer a este grupo poblacional, ya que es posible que los cambios biopsicociales, como la pubertad y la crisis de identidad, influyan notablemente en el aumento del estrés percibido y aumenten el riesgo de suicidio³⁷.

Con referencia al sexo, los varones presentan mayores cifras de muertes ocasionadas intencionalmente, con una tasa de 8,4/100.000 hab. frente a las 2,3/100.000 mujeres. Esta relación 3:1 no ha variado en las últimas décadas, como lo reportan los estudios realizados en Colombia de 1970 a 2002, exceptuando 1989, cuando se igualó el número de casos de varones y mujeres⁸⁻¹⁰. Estas diferencias pueden relacionarse con factores como la letalidad de los medios utilizados para quitarse la vida y expectativas sociales de masculinidad, factores de personalidad como la impulsividad, dificultades en autodirección y sensibilidad a eventos estresantes^{38,39}; algunos estudios indican que los varones impulsivos tienen mayor riesgo de depresión mayor e ideación suicida⁴⁰; es necesario tener en cuenta factores como la baja tolerancia a la frustración y las expectativas sociales, determinadas por el aprendizaje en el contexto sociocultural. Ahora bien, las mujeres realizan intentos de menor gravedad y pueden llegar a recibir atención hospitalaria con mejor pronóstico, lo cual probablemente

explique por qué ellas tienen cifras mayores en contextos clínicos.

Se encontró también que el 43,6% de las personas que cometieron suicidio estaban solteras. La soltería se presenta como probable factor de riesgo, y es necesario tener en cuenta que en las últimas décadas se ha incrementado en un 30% dicha elección en la adultez temprana³⁶, además del conflicto, estrés matrimonial y el divorcio³⁶, factores en los que vale la pena profundizar como condiciones de vulnerabilidad en materia de salud mental que pueden tener efectos coadyuvantes en la conducta suicida, puesto que se ha demostrado que el arraigo y la estabilidad familiar generan redes afectivas y apoyo socioemocional.

Otro aspecto relevante es el nivel educativo, ya que solo el 28,6% tenía estudios primarios; el 24,7%, secundarios y el 5,6%, técnicos o superiores. Algunos estudios mencionan mayores cifras cuanto menor sea el nivel educativo, por lo cual se requiere profundizar en las condiciones que pueden hacer de este un factor protector, ya que no se ha demostrado su contribución *per se*, pero se cree que permite tener mayores estrategias de afrontamiento ante situaciones problemáticas⁴¹.

Igualmente, se obtuvieron cifras más altas de suicidio los fines de semana, lo cual ratifica el informe de 2010 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses⁴², por lo que sería interesante profundizar el estudio de los posibles factores de riesgo incluyendo la relación con el consumo de sustancias psicoactivas, ya que este aumenta en el cese de las actividades laborales y está relacionado con estados alterados de conciencia y disminución de la capacidad de autocontrol^{43,44}.

Es claro que en Colombia se presentan problemas que exponen a sus habitantes a factores de riesgo suicida, tales como guerra civil, oleadas de violencia y agresión, índices de pobreza y desempleo, abuso sexual y violencia intrafamiliar, entre muchos otros fenómenos que requieren especial atención y esfuerzos multisectoriales. En el núcleo de estas variables sociales, deberían centrarse las acciones preventivas pues, como menciona Tello, actualmente el valor de la vida tiene menor relevancia, por las dificultades evidentes en los fundamentos de la sociedad⁴⁵.

Conclusiones

En el periodo comprendido entre los años 2000 y 2010, las tasas de suicidio presentan una tendencia a la baja y oscilan entre 6

y 4,7 casos/100.000 hab., con un promedio de 5,3. Se observa que el 78,1% de los casos corresponde a población masculina, que triplica las cifras de las mujeres con una relación 3,7:1 (8,4 y 2,3/100.000 hab. respectivamente). Los promedios de edad de varones y mujeres fueron 36,4 y 27,7 años. Entre los varones había más adultos jóvenes (41,6%), mientras que entre las mujeres fueron más las adolescentes (38,5%).

De manera general, sobresalen los suicidios de adultos jóvenes (9,0/100.000) y adultos mayores (6,9/100.000), así como de solteros (43,6%) y residentes en Llanos Orientales (7,0/100.000) y Zona Andina (el 60,8% de los casos). Los decesos se registraron más en áreas urbanas (75%), aunque la tasa es más alta en zona rural (6,2/100.000 hab.); se reportaron casos con mayor frecuencia en los meses de enero y diciembre y los fines de semana. El método más utilizado fue el ahorcamiento.

Se recomienda realizar investigaciones conjuntas que permitan tener una visión integral de los hallazgos en materia de suicidio de los investigadores de diferentes entidades; los estudios epidemiológicos son urgencias sociales y mucho más su unificación, de manera que existan esfuerzos mancomunados para la intervención.

Se propone ampliar investigaciones sobre suicidio de adolescentes y adultos mayores en población con intentos de suicidio, en prevalencia y detección temprana de trastornos psiquiátricos (adicciones, personalidad límite, ansiedad y depresión mayor) y cribado de antecedentes familiares. Igualmente, son imprescindibles estudios en materia de posvención.

Se propone trabajar de manera intersectorial para la educación en salud mental, para que se pueda optimizar los servicios y rutas de atención; la inclusión en políticas públicas y medios masivos de comunicación es importante debido a su influencia en la calidad de la atención en salud y en la cognición social respectivamente. Asimismo la creación de programas de prevención ajustados a cada grupo social y etario, dando prioridad a la detección temprana, ya que desde etapas iniciales de la vida existen efectos de potencial riesgo de suicidio.

Es necesario involucrar cada vez más a los sectores educativos y culturales, puesto que se ha comprobado que no son las características intrínsecas de los eventos lo que causa afección, sino su evaluación, aspectos que necesariamente implican las construcciones sociales que se forman a partir del contexto.

El suicidio es previsible y prevenible, la suicidología está influida por factores socioculturales, por que cada lugar requiere desarrollar políticas y programas de prevención del suicidio acordes con el momento y las pautas culturales intervinientes⁴⁶. ¿Cómo se puede actuar desde Latinoamérica y Colombia?

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro Alzate E, Castillo Martínez A. Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;42:29-50.
2. Leal Vidal C, Macedo Gontijo E, Lima L. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Pública.* 2013;29:175-87.
3. Botega N. Comportamento suicida: conhecer pra prevenir. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2009.
4. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr.* 2005;(54):146-54.
5. Pérez-Olmos I, Téllez Cruz D, Vélez Traslaviña ÁL, Ibáñez-Pinilla M. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41:26-47.
6. Prevención del Suicidio (SUPRE). Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2012. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/.
7. Valencia Upegui H, Campo-Cabal G, Borrero Cortés C, García Gallardo Á, Patiño García M. Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle, Cali (1994-2010). *Rev Colomb Psiquiatr.* 2011;40:619-36.
8. Vásquez R, Gómez D. Mortalidad y problemas emocionales: el suicidio en Colombia 20 años después (1970-1990). *Acta Médica Colomb.* 1993;18:113-8.
9. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Rev Panam Salud Pública.* 2007;22:231-8.
10. Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, Romero L, Pinilla C, López GE, Díaz-Granados N, et al. Suicidio y lesiones autoinflingidas Colombia, 1973-1996. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2002;31:91-104.
11. Colombia Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 1999, datos para la vida. 1999.
12. Ayuso-Mateos J, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5:8-23.
13. Medina Pérez O, Cardona Duque D, Rátiva Osorio J. Caracterización del suicidio en Armenia, Colombia, 2004-2008. *Orbis.* 2010;15:76-102.
14. Souza S, Alves S, Silva LA, Cristiane D, Flores S, Nery AA, et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *J Bras Psiquiatr.* 2011;60:294-300.
15. Peña Galbán L, Casas Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Gómez Arencibia T, Gallardo Álvarez M. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Rev Cuba Med Mil.* 2002;31:182-7.
16. Gutiérrez-García A, Contreras C, Orozco-Rodríguez R. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Ment.* 2006;29:66-74.
17. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Rev Salud Pública.* 2004;6:217-34.

18. Jessen G, Jensen B, Arensman E. Attempted suicide and major public holidays in Europe: findings from the WHO/WURO Multicentre Study in Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;99:412-8.
19. Powell J, Geddes J, Hawton K. Suicide in psychiatric hospital inpatients. *Br J Psychiatr*. 2000;(176):266-72.
20. Baader T, Behne P, Molina JL, Gacitúa L, Yáñez L, Urra E, et al. ¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena? Análisis de las tasas de suicidios y sus características sociodemográficas, ocurridas en la provincia de Valdivia, actual Región de Los Ríos, entre los años 1996 a 2008. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2011;49:273-82.
21. García Valencia J, Montoya Montoya G, López Jaramillo C, López Tobón M, Montoya Guerra P, Arango Viana J, et al. Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2011;40:199-214.
22. Miralles Muñoz F, Cano Vindel A. Suicidios en soldados de las fuerzas armadas de España en la última década del servicio militar obligatorio (1991-2001). *Clínica y Salud*. 2009;20:189-96.
23. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. 11.a ed. México: McGraw Hill; 2009.
24. Hansen B. Desarrollo en la edad adulta. Ciudad de México: Manual Moderno; 2003.
25. Feldman R. Desarrollo psicológico a través de la vida. New York: Pearson Education; 2007.
26. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020. Bogotá: Departamento Nacional de Estadística; 2010.
27. Organización Panamericana de la Salud. De datos básicos a índices compuestos: una revisión del análisis de mortalidad. *Bol Epidemiol*. 2002;23:1-6.
28. Organización Panamericana de la Salud. Sobre la estimación de tasas de mortalidad para países de la región de las Américas. *Bol. Epidemiol*. 2003;24:1-16.
29. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2005. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
30. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2011. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
31. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex*. 2010;52:292-304.
32. Forensis 2008: Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2008.
33. Forensis 2009: Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2009.
34. Taborda Ramírez L, Téllez-Vargas J. El suicidio en cifras. Suicidio: neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría; 2006. p. 24-41.
35. Conducta suicida según ciclo vital. Forensis 2003, Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2003. p. 107-19.
36. Feldman R. Desarrollo psicológico a través de la vida. 4.ª ed. México: Prentice Hall; 2007.
37. Hernández-Cervantes Q, Gómez-Maqueo EL. Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Rev Mex Psicol*. 2006;23:45-52.
38. Sánchez Loyo L. Neurobiología del suicidio, estrés y conductas suicidas. En: Galán Cuevas S, Camacho Gutiérrez E, editores. *Estrés y salud: Investigación básica y aplicada*. México: Manual Moderno; 2012. p. 250.
39. Sánchez Pedraza R, Tejada Neira PA, Sabogal Guzmán Y. Muertes violentas intencionalmente producidas en Bogotá, 1997-2005: diferencias según el sexo. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008;37:316-29.
40. González Forteza C, Ramos Lira L, Caballero Gutiérrez MÁ, Wagner Echeagarray FA. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*. 2003;15:524-32.
41. Reyes WG, Alonso A. Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2001;17:155-63.
42. Comportamiento del suicidio en Colombia 2010. Forensis 2010, Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010. p. 212-33.
43. Narváez A, Rosovsky H, López JL. Evaluación del consumo de alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicios de urgencias. *Salud Ment*. 1991;14: 6-12.
44. Razvodovsky YE. Suicidio e intoxicación etílica en Bielorrusia entre 1970 y 2005. *Adicciones*. 2007;19:297-304.
45. Tello J. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2010. Forensis 2010: Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2011.
46. Martínez C. Introducción a la suicidiología: teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires: Lugar; 2007.