

Conducta suicida y calidad de vida en Medellín, año 2011: un análisis exploratorio

Suicide behavior and quality of life in Medellín, 2011: An exploratory analysis

| *Comportamento suicida e qualidade de vida em Medellín, 2011: Uma análise exploratória* |

Yolanda Torres de Galvis¹, Andrea Martínez Valencia², María Fernanda López Mendoza²,
Yuliana Luna Ceballos², Carolina Salas Zapata³

¹ Magister Salud Pública. Doctora HC. Jefa Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental. Universidad CES. ytorres@ces.edu.co.

² Estudiantes Facultad de Medicina. Semestre X. Universidad CES.

³ Magister en Epidemiología. Centro de Excelencia en Salud Mental. Universidad CES. csalas@ces.edu.co

Recibido: Noviembre 21 de 2012 Revisado: Enero 25 de 2013 Aceptado: Marzo 13 de 2013

Resumen

Objetivo. En la actualidad no se dispone de información que determine la correlación entre los índices de condiciones de vida incluidos en la encuesta de calidad de vida y la conducta suicida para la población de Medellín, por lo cual el propósito de este artículo fue analizar la correlación entre las tasas de intento suicidio y suicidio y los índices de calidad de vida, en las comunas y corregimientos de la ciudad en el año 2011. **Materiales y métodos.** Se realizó un análisis de fuentes secundarias correspondiente a las tasa de suicidio e intento de suicidio en las comunas y corregimientos de Medellín y los indicadores de calidad de vida en el año 2011. Se llevaron a cabo análisis de correlación de las medidas agrupadas por comuna, con el fin de observar el comportamiento de la conducta suicida y su relación con las medidas de calidad de vida en la ciudad. Para el análisis de la información se utilizó el software estadístico SPSS versión 18. **Resultados.** Se encontró correlación estadísticamente significativa entre la tasa de intento de suicidio y el índice multidimensional de condiciones de vida ($p=0,017$), esta correlación fue negativa y moderada, mientras que no se encontró correlación estadísticamente significativa entre el suicidio consumado y los índices de calidad de vida. **Conclusión.** Se observó un patrón similar a lo reportado por la literatura mundial, en la cual no está clara la asociación entre la calidad de vida, las condiciones de vida y el suicidio, mientras que, respecto al intento de suicidio, se encuentra una correlación estadísticamente significativa con el estrato socioeconómico bajo y las condiciones desfavorables de calidad de vida, medidas en este caso de forma indirecta por medio del índice multidimensional de condiciones de vida.

Palabras clave: Suicidio, calidad de vida, salud pública, salud mental.

Abstract

Objective: At present no information is available to determine the correlation between indices of living conditions in the survey of quality of life and suicidal behavior for the population of Medellín, so the purpose of this article was to analyze the correlation between rates of suicide and suicide attempt rates and quality of life, in the communes and districts of the city in 2011. **Materials and methods:** An analysis of secondary sources corresponding to the rate of suicide and attempted suicide in the communes and districts of Medellín and indicators of quality of life in 2011. Were performed correlation analysis of measures grouped by municipality, in order to observe the behavior of suicidal behavior and its relationship with measures of quality of life in the city. For data analysis we used the SPSS statistical software version 18. **Results:** Statistically significant correlation was found between the rate of attempted suicide and multidimensional index of living conditions ($p = 0.017$), this correlation was negative and moderate, whereas no statistically significant correlation was found between suicide and quality indexes life. **Conclusion:** We observed a similar pattern to that reported by world literature, in which there is no clear association between quality of life, living conditions and suicide, while regarding the attempted suicide, there is a statistically significant correlation with low socioeconomic status and unfavorable terms of quality of life measures in this case, indirectly through multidimensional index of living conditions

Key words: Suicide, Quality of Life, Public Health, Mental Health

Resumo

Objetivo. No momento não há informações disponíveis para determinar a correlação entre os índices de condições de vida na pesquisa de qualidade de vida e comportamento suicida para a população de Medellín, de modo que o objetivo deste artigo foi analisar a correlação entre taxas de suicídio e as taxas de tentativa de suicídio e de qualidade de vida nos municípios e distritos da cidade em 2011. **Materiais e métodos.** Uma análise de fontes secundárias correspondentes à taxa de suicídio e tentativa de suicídio nos municípios e distritos de Medellín e os indicadores de qualidade de vida em 2011. Foram realizadas análises de correlação de medidas agrupadas por município, a fim de observar o comportamento de comportamento suicida e sua relação com medidas de qualidade de vida na cidade. Para análise dos dados utilizou-se o software estatístico SPSS versão 18. **Resultados.** Foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a taxa de tentativa de suicídio e índice multidimensional das condições de vida ($p = 0,017$), essa correlação foi negativa e moderada, ao passo que não houve correlação estatisticamente significativa entre o suicídio e índices de qualidade de vida. **Conclusões.** Observou-se um padrão semelhante ao relatado na literatura mundial, em que não existe uma associação clara entre a qualidade de vida, condições de vida e suicídio, enquanto que em relação à tentativa de suicídio, existe uma correlação estatisticamente significativa com baixo nível socioeconômico e as condições desfavoráveis de medidas de qualidade de vida, neste caso, indiretamente, através de índice multidimensional das condições de vida.

Palavras chave: Suicídio, Qualidade de Vida, Saúde Pública, Saúde Mental

Introducción

Conducta suicida

Se entiende por conducta suicida el proceso continuo que va desde la ideación suicida en sus diferentes expresiones hasta el suicidio propiamente dicho. (1,2) Existen varias definiciones a tener en cuenta:

- Ideación suicida: es el proceso de planeación y deliberación. Se expresa a través de las amenazas por medio de verbalizaciones o escritos.
- Conducta suicida no letal: Son también los intentos o gestos suicidas en donde ya se ha realizado una acción que ha generado daño pero que no ha finalizado con la vida. Cualquier intento de suicidio por leve que parezca es de suma gravedad.
- Suicidio consumado: La muerte se ha logrado, así se cumple la definición clásica de suicidio.
- Comportamiento autodestructivo: Puede ser directo e indirecto. Los gestos, intentos y suicidio consumado son ejemplos de comportamiento autodestructivo directo mientras que el indirecto indica la participación en actividades peligrosas sin que exista una intención consciente de morir.

A pesar de lo amplio que es el concepto de conducta suicida, en este artículo se incluirán solamente el intento de suicidio y el suicidio consumado dentro de esta categoría, dado que son los que presentan mayor cobertura y calidad de la información en la ciudad.

Epidemiología del suicidio en el mundo

El suicidio es una condición preocupante, según el informe mundial sobre la violencia y la salud publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002, el cual muestra que es la principal causa de muerte violenta en el mundo, incluso superando a los

homicidios y muertes relacionadas con la guerra. Según señaló la OMS durante el 2010 al conmemorarse el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, cada 30 segundos se suicida una persona en el mundo y cada día hay un promedio de 3000 que ponen fin a su vida y al menos 20 intentan suicidarse por cada una que lo consigue.

Comportamiento del suicidio en Colombia

En el país, la tasa de suicidio corresponde a un suicidio cada cuatro horas, siendo el principal mecanismo la intoxicación en un 31%, seguido por heridas de arma de fuego y ahorcamiento, convirtiéndose en la cuarta causa de muerte violenta en el país con una frecuencia de 4,10 por cien mil habitantes. (3,4)

Según el informe Forensis para el año 2011 se presentaron 1889 casos por problemas dentro de las relaciones de pareja o con su ex pareja, por desmotivación frente a circunstancias económicas o por la presencia de enfermedades físicas y mentales. De éstas muertes 366(19.38%) eran mujeres y 1.523 (80.62%) correspondían a hombres, ocurriendo la muerte de una mujer por cada cuatro hombres. (5)

El grupo etario que presenta mayores tasas es el de adultos jóvenes de 20 a 34 años de edad (38,86 %), con un predominio del fenómeno en el grupo de 20 a 24 años (16,62 %), seguido con 13,23 % en el grupo de 25 a 29 años, tendencia que ha permanecido estable en los últimos años. (3)

Factores condicionantes

En Colombia, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses existen factores para el comportamiento suicida, como son la historia individual

o familiar de trastornos afectivos, intentos previos, esquizofrenia, abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, sentimientos de desesperanza y pérdida o ruptura afectiva. También, existen ciertas ocupaciones relacionadas con mayores casos de suicidio como es ser estudiante, agricultor, trabajadores forestales y agropecuarios, estar desempleado y ser encargado del hogar.

Además, para el caso de la población adolescente existen factores de riesgo relacionados con el entorno familiar, de los cuales los que presentan mayor asociación con indicadores de suicidio son la presencia de trastornos de personalidad en la madre, el antecedente de madre con ansiedad percibida y madre con antecedente de intento de suicidio. También en cuanto a antecedentes de maltrato físico y consumo de sustancias se encuentran como factores asociados a la conducta suicida el maltrato físico de la madre hacia el hijo como el más importante, seguido del maltrato psicológico generado por el padre hacia el hijo, así como ser testigo de maltrato físico entre los padres. El consumo de cocaína y marihuana se encuentra en los primeros lugares como factores de riesgo asociados a conducta suicida. (6)

La figura 1 muestra los factores de riesgo mas importantes que refiere la literatura internacional, los cuales se agrupan en 4 categorías: sociales, biológicos, individuales y ambientales.

Figura 1. Principales factores de riesgo para la conducta suicida del Municipio de Yondó (Antioquia), 2010



Fuente: Elaboración propia con base en el Protocolo de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Año 2009.

Calidad de vida

La calidad de vida ha venido siendo un tema de gran importancia en los últimos años, dado que es un indicador importante para las políticas actuales de cada gobierno, se trata de un método que intenta evaluar el grado de satisfacción que las personas de un país poseen, y para poderla definir se debe tener en cuenta el hecho de que es una medida subjetiva, la cual se ve influenciada por la percepción individual y cultural.

A través de la historia muchos autores han tratado de buscar la manera de evaluarla por lo cual no existe solo una teoría que la defina dado que ha sido abordada desde múltiples puntos de vista como son: político, económico, psicológico, filosófico y ambiental; muchos de estos modelos han sido criticados porque solo tienen en cuenta aspectos económicos y dejan a un lado aspectos importantes como el desarrollo del individuo. Según la OMS la calidad de vida se define como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.(7)

Otro concepto importante que se debe tener en cuenta es la definición de nivel de vida el cual equivale a la renta per cápita nacional real más otros indicadores cuantitativos en los campos de la salud, de la educación, del empleo y de la vivienda y que además podía incluir todo lo relacionado con la esperanza de vida al nacer, la supervivencia infantil, el grado de alfabetización de la población adulta y la nutrición.(8)

Medición de la calidad de vida

En Colombia se han utilizado varias medidas que tratan de determinar la calidad de vida con base en las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y el ingreso; últimamente se han hecho esfuerzos por incorporar otras medidas multidimensionales como el Índice de Pobreza Multidimensional del Departamento Nacional de Planeación; la medición de calidad de vida de las principales ciudades de Colombia realizada por el Consejo Privado de Competitividad; la MESEP (Misión para el Empalme de las Series de Pobreza, Empleo y Desigualdad) y el Indicador de Calidad de Vida, entre otros. (9)

El índice de calidad de vida (ICV) es una medida que tiene

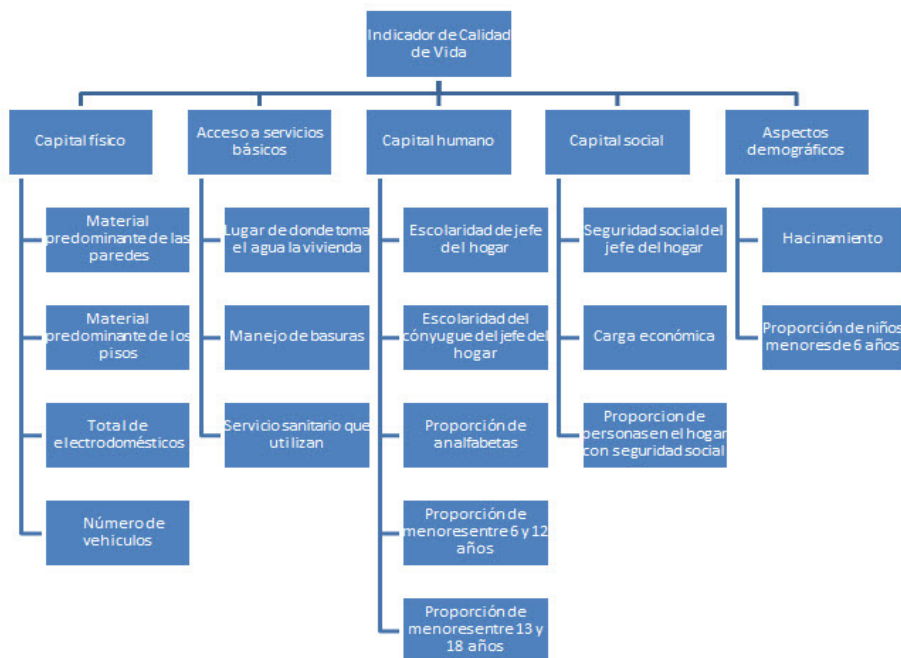
en cuenta el concepto de la multidimensionalidad, “este índice busca dar un paso adelante en la comprensión y en la medición de las dimensiones del bienestar. En el campo de la medición porque combina en una sola medida variables cuantitativas y cualitativas y, en el de las dimensiones porque permite integrar características que no se habían integrado antes, especialmente las relacionadas con el capital humano. En la valoración, porque permite calificar los resultados de las políticas frente a criterios de equidad y logro. El ICV se mide con el fin de conocer la situación actual y la evolución de la comunidad para así focalizar el gasto social de manera más eficaz.” (9)

En Medellín se realizó la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) desde el año 1997 incluyendo registros de población urbana, en el 2001 incluyendo además

población rural y desde el 2004 se realiza anualmente, como Indicador de calidad de vida. Las variables seleccionadas para el cálculo del indicador se escogieron teniendo en cuenta las que la teoría y la práctica han encontrado más relacionadas con el estándar de vida de la población. (10)

Se presentan cinco clases de variables: (i) variables que miden capital físico a través de las características de la vivienda y el equipamiento, (ii) variables de infraestructura mediante acceso a servicios básicos de la vivienda, (iii) variables de capital humano medido por las características de educación, (iv) variables de capital social básico medido por la seguridad social y la carga económica y (v) aspectos demográficos, como muestra la figura 2.

Figura 2. Variables de la Encuesta de Calidad de Vida



El indicador de calidad de vida se destaca por incluir diversas dimensiones que afectan el bienestar de las personas, esta es la tendencia de medición de este tipo de indicadores a nivel internacional. Los resultados muestran un comportamiento acorde con el presentado en otras variables como el Producto Interno Bruto (PIB), la tasa de desempleo, la tasa de ocupación, entre otras. La crisis económica mundial que tuvo origen en el año 2008 ocasionó un retroceso en los avances que se habían presentado en el período 2004 – 2007,

sin embargo en 2010 el indicador recuperó la senda de crecimiento. A pesar de que se han presentado avances significativos en la equidad, aún persisten las desigualdades entre comunas, estratos y los niveles urbano y rural, este es uno de los grandes retos que debe afrontar la ciudad.(10)

El propósito de éste artículo es analizar la posible correlación entre las tasas de intento suicidio y los índices de calidad de vida y el multidimensional de

condiciones de vida, en las comunas y corregimientos de la ciudad de Medellín en el año 2011.

Materiales y métodos

Se realizó un análisis de fuentes secundarias correspondiente a las tasa de suicidio e intento de suicidio en las comunas y corregimientos de Medellín y los indicadores de calidad de vida para la ciudad, incluyendo en esta categoría el índice de condiciones de vida y el índice multidimensional de condiciones de vida, información correspondiente al año 2011. Se realizó un análisis descriptivo del comportamiento de las tasas de suicidio e intento de suicidio en medellín, al igual que los indicadores de condiciones de vida y el indicador multidimensional de calidad de vida. Posteriormente, se realizaron análisis de correlación de las medidas agrupadas por comuna, con el fin de observar el comportameiemento de la conducta suicida y su relación con las medidas de calidad de vida de la ciudad. Para el análisis de la información se utilizó el software estadístico SPSS versión 18.

Resultados

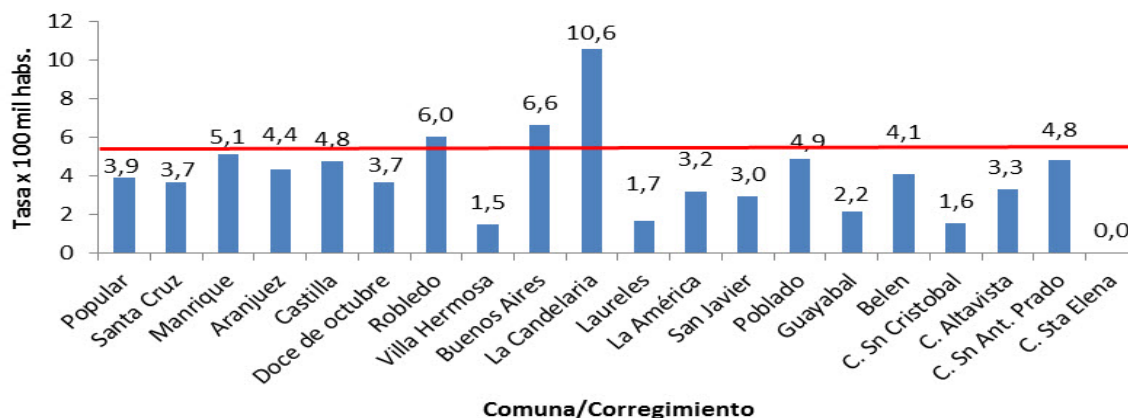
Con el fin de observar si las variables cuantitativas procedían de una población con distribución normal, se realizó la prueba de Shapiro-Wilk, la cual mostró que

la tasas de intento de suicidio (valor $p=0,147$), suicidio (valor $p=0,118$) y el índice de condiciones de vida (valor $p=0,999$) cumplían con el criterio de normalidad. Contrariamente, se observó que la información del índice multidimensional de condiciones de vida (valor $p=0,023$) no procedía de una población con distribución normal. Por lo anterior, se calculó la prueba paramétrica de correlación de Pearson para las variables provenientes de una población con distribución normal y las prueba no paramétrica de correlación de Spearman cuando una o ambas variables analizadas no cumplían con dicho criterio de normalidad. Se omitió el Corregimiento Palmitas debido a falta de información.

En la figura 3 se observan las tasa de suicidio para las comunas de Medellín en el año 2011, la cual muestra que la tasa promedio municipal fue de 4,7 defunciones por cien mil habitantes, encontrando comunas como Manrique, Castilla, Robledo, Buenos Aires, La Candelaria, Poblado y el Corregimiento San Antonio de Prado con tasas mayores a la municipal.

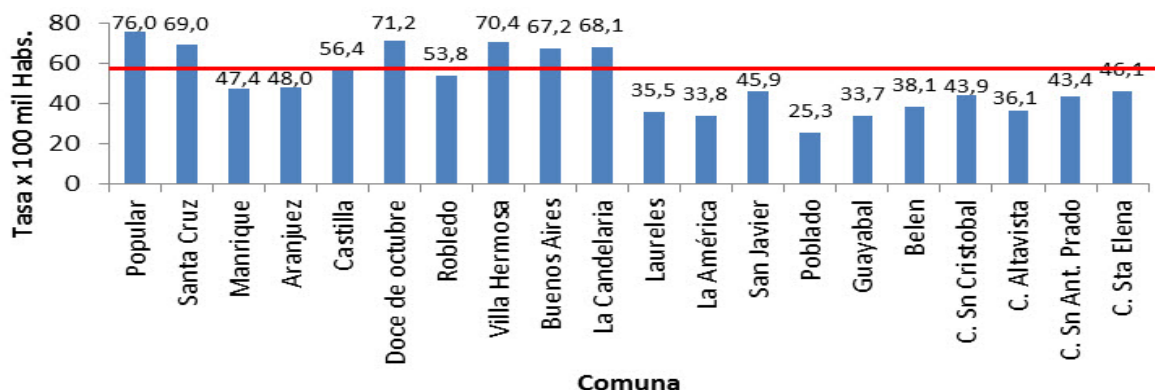
La figura 4 muestra las tasas de intento de suicidio en las comunas de Medellín, la cual presenta una tasa municipal de 58 intentos por cada cien mil habitanes; sobresalen las comunas: Popular, Santa Cruz, Doce de octubre, Villa Hermosa, Buenos Aires y La Candelaria por tener tasas mayores a la municipal.

Figura 3. Distribución de las tasas de suicidio en las comunas de Medellín respecto a la tasa municipal. Año 2011.



---Tasa municipal = 4,7 defunciones x cien mil habitantes para Medellín en el año 2011. (Por lugar de residencia).
Fuente: Informe vigilancia en Salud Pública de los eventos priorizados en salud mental. Secretaría de Salud de Medellín, año 2011.

Figura 4. Distribución de las tasas de intento de suicidio en las comunas de Medellín respecto a la tasa municipal. Año 2011. .



----Tasa municipal = 58 intentos x cien mil habitantes para Medellín en el año 2011. (Por lugar de residencia).
Fuente: Informe vigilancia en Salud Pública de los eventos priorizados en salud mental. Secretaría de Salud de Medellín, año 2011.

En cuanto al índice de condiciones de vida y el índice multidimensional de condiciones de vida en las comunas de Medellín, se observa en la tabla 1 que el primero osciló en el año 2011 entre 68 y 93 puntos, mientras

que el segundo estuvo entre 32 y 76, siendo las comunas Poblado, Laureles, La América y Belén las que presentaron mejores condiciones de vida para dicho periodo en ambos índices.

Tabla 1. Índice de condiciones de vida (ICV) e índice multidimensional de condiciones de vida (IMCV) en las comunas de Medellín. Año 2011.

Comuna	ICV	IMCV
Popular	76	32,1
Doce de Octubre	81,6	38,6
Villa Hermosa	79,5	36,6
Santa Cruz	79,2	36,4
La Candelaria	87	56,2
Buenos Aires	85	48,9
Castilla	84,6	47,7
Robledo	83,6	43,8
Aranjuez	82,7	41,5
Manrique	78,3	35,8
Correg. Santa Elena	75,4	44
San Javier	80,8	37,2
Correg. San Cristobal	74	37,9
Correg. San Antonio de Prado	80,2	42,6
Belén	88,2	57,2
Correg. Altavista	68,3	34
Laureles	91,2	70,9
La América	89,3	62,2
Guayabal	85,4	50,6
Poblado	93,3	76,6

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. Medellín 2011 expandida.

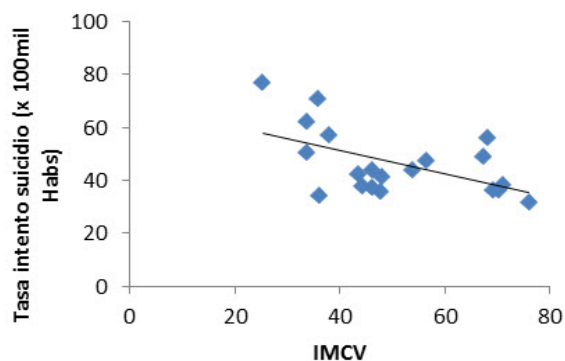
La tabla 2 muestra los resultados de la prueba de correlación, indicando que se encontró correlación estadísticamente significativa entre la tasa de intento de suicidio y el índice multidimensional de condiciones de vida, esta correlación fue negativa y moderada, tal como se observa en la figura 5.

Tabla 2. Coeficientes de correlación entre las tasas de intento de suicidio y suicidio y los índices de condiciones de vida e índice multidimensional de condiciones de vida. Medellín, año 2011.

	Índice de Calidad de Vida (ICV)	Índice Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV)
Tasa de suicidio	0,314* (p=0,178)	0,153** (p=0,520)
Tasa de intento de suicidio	-0,267* (valor p=0,255)	-0,528** (p=0,017)***

* Correlación de Pearson.
 ** Correlación de Spearman.
 *** Correlación significativa a un nivel de 0,05.

Tabla 5. Correlación entre la tasa de intento de suicidio y el Índice Multidimensional de Condiciones de Vida (IMCV). Medellín, 2011.



Discusión

Los resultados obtenidos en este análisis exploratorio son congruentes con la literatura disponible sobre el tema, en la que se afirma que el intento de suicidio está asociado a condiciones económicas o de vida desfavorables, encontrando en la mayoría de los

estudios que en los adultos de países de América Latina, el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos se asocia con mayor riesgo de intento de suicidio. (11,12) Por otro lado, no se encontró correlación entre la tasa de suicidio y el índice de condiciones de vida, similar a lo encontrado en otros estudios, los cuales no reportan relación entre estatus socioeconómico y suicidio mientras que otros reportan altos factores de riesgo como el nivel bajo de educación, ingresos, posición laboral, desempleo o resultados mixtos dependiendo del indicador socioeconómico o el sexo.

Algunos otros factores son el área de residencia, más que por la situación geográfica, por las características socioeconómicas. Varios mecanismos se han descrito que pueden influir en estos factores. Es posible también que las personas de clase baja viviendo en zonas desfavorecidas puedan reducir su riesgo beneficiándose de forma desproporcionada de la infraestructura social y material (por ejemplo, los servicios públicos, oportunidades de trabajo) de estas áreas. Mientras que la desventaja individual combinada con un ambiente poco favorecido pueden aumentar el riesgo para los que viven en zonas desfavorecidas.(13)

Otra posibilidad es que la relación entre la desventaja individual y el suicidio podría ser más débil en áreas desfavorecidas. La teoría de Durkheim de la integración social y la de Gibbs y Martin sobre teoría de la integración de estatus, que proponen que las personas derivan beneficios mentales, emocionales y físicos cuando interactúan, conectan y validan con el otro dentro de la comunidad, soporta esta teoría. Estos procesos pueden ser mayores en las zonas desfavorecidas donde los individuos pueden sentirse más conectados con otros residentes que tienen desventajas más similares a ellos (disminuye el aislamiento, la depresión y el riesgo de suicidio), en comparación con las zonas más favorecidas económicamente donde las diferencias entre clases sociales puede ser mayores (aumento del riesgo de suicidio). Alternativamente, la relación entre las desventajas individuales y el suicidio puede ser la misma entre áreas de clase socioeconómica alta y poco favorecidas, sugiriendo una pequeña influencia de las características de la zona en el riesgo de suicidio.

Otros estudios reportan evidencia contraria a lo encontrado en este análisis, como en un estudio realizado en Canadá, el cual mostró que las personas que se suicidaron tendían a ser de bajos ingresos y a vivir en zonas con altas carencias sociales y materiales; sin embargo, en este análisis no se encontró correlación entre las tasa de suicidio y las condiciones de vida. (13) Es importante aclarar que la mayor parte de la literatura apunta a la relación entre el suicidio y el desarrollo

económico, aunque en este análisis solo se encontró correlación entre el intento de suicidio y las condiciones de vida, mas no con el suicidio consumado como tal. A finales del siglo XIX, la historia de Francia se caracterizó por un gran desarrollo económico, el cual fue acompañado por una de las más altas las tasas de suicidio jamás observada. Según Durkheim “la pobreza protege contra el suicidio”. Este hallazgo plantea la hipótesis de que el desarrollo económico podría estar relacionado con el individualismo, al aislamiento social y el suicidio. (14)

Un estudio con datos de 1960 a 1999 incluyó información de 21 países agrupados en tres categorías de acuerdo con el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, los resultados mostraron especialmente que los países con mayores ingresos presentaron mayor proporción de suicidio que los países más pobres. (15)

También se encuentra soporte teórico con diferentes puntos de vista, como es el caso de un análisis descriptivo, temporal y espacial que se realizó con respecto a los niveles de ingresos y el suicidio en las diferentes regiones de Brasil. Los resultados mostraron una asociación variada, que se asemeja al patrón observado en todo el mundo. Se observaron mayores tasas de suicidio en las zonas más ricas de Brasil y la ciudad de Sao Paulo y en las zonas más pobres del Estado de Sao Paulo. Los hallazgos sugieren que los ingresos económicos y el suicidio en Brasil están relacionados, aunque las características socioeconómicas regionales podrían actuar como variable moderadora. (16)

El nivel socioeconómico(17,18), la tasa de desempleo(19–21) y el nivel de desarrollo de los países (22,23), son variables fundamentales para el análisis del tema del suicidio, aunque la literatura refiere evidencia en distintos sentidos que soporta dicha correlación. Algunos estudios reportan una relación entre el suicidio y la riqueza. En los países desarrollados y ricos (por ejemplo: Estados Unidos, Gran Bretaña, Japón, Francia) se observaba hace algunas décadas que el suicidio era más frecuente en los países pobres, pero actualmente se presenta que las tendencias del suicidio en estos países han ido decreciendo o se han estabilizado. Estos hallazgos son evidencia de que la distribución del suicidio ha ido cambiando a lo largo del espacio y del tiempo. Algunos estudios reportan una relación directa entre el suicidio y los ingresos, mientras que otros observan lo contrario o aún no detectan ninguna asociación entre ellos. De acuerdo con Susser las características contextuales son fundamentales para entender cómo el contexto afecta la salud de las personas y grupos, dado que las medidas de los atributos individuales no pueden

detectar los procesos que intervienen en las relaciones como la selección, distribución, interacción, adaptación y otras respuestas. (24,25)

Conclusiones y recomendaciones

En este estudio se encontró un patrón similar a lo reportado por la literatura mundial, en la cual no está clara la asociación entre la calidad de vida y el suicidio, mientras que, respecto al intento de suicidio, se encuentra una correlación estadísticamente significativa con el estrato socioeconómico bajo y las condiciones desfavorables de calidad de vida, medidas en este caso de forma indirecta por medio del índice multidimensional de condiciones de vida.

Se encontró en el año 2011 que en las comunas de Medellín el índice de condiciones de vida estaba entre 68 y 93 puntos y el índice multidimensional de condiciones de vida entre 32 y 76; siendo las comunas Poblado, Laureles, La America y Belén las que presentaron mejores condiciones de vida en ese año, para ambos índices.

Es necesaria la realización de estudios mas avanzados que permitan identificar otros factores que afectan la calidad de vida y que pueden aumentar la probabilidad de conducta suicida, de manera que sea un concepto más completo que vaya más allá de las herramientas comunmente utilizadas como es el índice de condiciones de vida, el cual brinda una visión restringida de la calidad de vida, mas enfocada hacia las condiciones materiales de la población.

Para lograr un impacto positivo en las cifras de intento de suicidio, se deben proponer medidas de promoción y prevención a nivel de las comunas de Medellín que tienen condiciones socioeconómicas desfavorables, al igual que se debe mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, ya que posiblemente un factor importante sea la vulnerabilidad a nivel individual a partir del barreras de acceso a los servicios de salud, lo cual, en caso de tener enfermedad psiquiátrica de base, aumenta la probabilidad de un intento de suicidio o un suicidio consumado.

Referencias

1. Gutierrez García A. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*. 2006;29(005):66-74.
2. Pérez Barrero S. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med*. 1999;15(2):196-217.
3. Macana Tuta NL. Comportamiento del suicidio en Colombia. Instituto Colombiano de Medicina

- Legal y Ciencias Forenses; 2011.
4. Aja Eslava L. ¿Qué ha pasado con el suicidio en Colombia en los últimos 13 años? Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2009-2010.
 5. Informe Forensis «Datos para la vida» Año 2011. : Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. julio de 2012;13(1).
 6. Grupo de investigación en salud mental- Universidad CES: Yolanda Torres de Galvis, Dedsy Yajaira Berbesí Fernández, José Bareño Silva, Liliana Patricia Montoya Vélez. Situación de salud mental del adolescente, Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, The Who World Mental Health Survey Consortium. Serie Editorial CES; 2010.
 7. Universidad de Navarra. Instituto Empresa y Humanismo. Bienestar y felicidad, nivel de vida y calidad de vida [Internet]. [citado 15 de junio de 2008]. Recuperado a partir de: www.unav.es/empresayhumanismo/2activ/seminario/miembros/sison/ii16/default.html
 8. Erikson R. Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. Mexico: Fondo de Cultura Económica. 2008;
 9. Castaño, E. Evolución de las condiciones de vida en la ciudad de Medellín basados en la Encuesta de Calidad de Vida 2009. Medellín; 2010.
 10. Departamento Administrativo de Planeación Subdirección de Metroinformación Observatorio de Políticas Públicas Alcaldía de Medellín. Indicador de Calidad de Vida Medellín 2004 – 2010.
 11. Borges G, Rosovsky H, Gil A, Pelcastre B, López JL. Análisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencia. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 1993;4:198-203.
 12. Botega NJ, Berti M, Bosco H, Dalgalarondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27:45-53.4.
 13. Burrows S, Auger N, Gamache P, St-Laurent D, Hamel D. Influence of social and material individual and area deprivation on suicide mortality among 2.7 million Canadians: A prospective study. *BMC Public Health*. 2011;11(1):577.
 14. Rehkopf DH, Buka SL. The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychol Med*. 2006;36(2):145- 157.
 15. Moniruzzaman S, Andersson R. Economic development as a determinant of injury mortality - a longitudinal approach. *Soc Sci Med*. 2008;66(8):1699-708.
 16. Bando DH, Brunoni AR, Benseñor IM, Lotufo PA. Suicide rates and income in São Paulo and Brazil: a temporal and spatial epidemiologic analysis from 1996 to 2008. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):127.
 17. Page A, Morrell S, Taylor R, Carter G, Dudley M. Divergent trends in suicide by socio-economic status in Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. noviembre de 2006;41(11):911-7.
 18. Taylor R, Page A, Morrell S, Harrison J, Carter G. Mental health and socio-economic variations in Australian suicide. *Soc Sci Med*. octubre de 2005;61(7):1551-9.
 19. Morrell SL, Taylor RJ, Kerr CB. Jobless. Unemployment and young people's health. *Med. J. Aust*. 2 de marzo de 1998;168(5):236-40.
 20. Inoue K, Tani H, Kaiya H, Abe S, Nishimura Y, Masaki M, et al. The correlation between unemployment and suicide rates in Japan between 1978 and 2004. *Leg Med (Tokyo)*. mayo de 2007;9(3):139-42.
 21. Iverson L, Andersen O, Andersen PK, Christoffersen K, Keiding N. Unemployment and mortality in Denmark, 1970-80. *British Medical Journal*. 1987;295:879-84.
 22. Burvill PW. Migrant suicide rates in Australia and in country of birth. *Psychol Med*. enero de 1998;28(1):201-8.
 23. Westman J, Sundquist J, Johansson LM, Johansson S-E, Sundquist K. Country of birth and suicide: a follow-up study of a national cohort in Sweden. *Arch Suicide Res*. 2006;10(3):239-48.
 24. Bando DH, Moreira RS, Pereira JC, Barrozo LV. Spatial clusters of suicide in the municipality of São Paulo 1996–2005: an ecological study. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):124.
 25. Susser M. The logic in ecological: I. The logic of analysis. *Am J Public Health*. mayo de 1994;84(5):825-9.

| Forma de citar: |

Torres de G Y, Martínez A, López MF, Luna Y, Salas C. Conducta suicida y calidad de vida en Medellín, año 2011: un análisis exploratorio. Rev CES Salud Pública 2013; 4(1): 12-24

