

Comportamiento del suicidio en Antioquia 1998-2000

RUBÉN DARÍO MANRIQUE H.¹, FRANCISCO LUIS OCHOA J.², LINA MARIA FERNÁNDEZ C.³,
ROBERTO ESCAMILLA P.³, ELIZABETH VÉLEZ L.³

RESUMEN

Casi un millón de personas cometen suicidio en un año en todo el mundo, por lo que hoy en día es considerado como un serio problema de salud pública en muchos países. En Colombia y especialmente en nuestro medio no se conoce su real magnitud y los eventos relacionados. Para describir algunas características del suicidio en Antioquia se realizó un estudio descriptivo, a partir de los datos de mortalidad del DANE entre 1998 y 2000. Se encontró un promedio de 310 suicidios al año, para una tasa de 5.9/100.000 personas, siendo más frecuente en junio y diciembre. El 76% de los casos ocurrieron en hombres, a una edad promedio de 32 años y de 28 años en las mujeres, para ambos grupos el mayor compromiso fue en los menores de 25 años. El 77% de los suicidios ocurrió en el área urbana, mientras que 40% de los mismos ocurrieron en el hogar de la persona. En los hombres, los métodos más usados para quitarse la vida fueron la armas de fuego y el ahorcamiento, y en las mujeres lo fueron el envenenamiento y el ahorcamiento. El 54% de todos los casos se reportaron en 4 municipios del área metropolitana, aunque se observaron importantes diferencias en las tasas de los municipios del Departamento. En conclusión: Se encontró un aumento del número y la tasa de suicidios en Antioquia, especialmente en los jóvenes, lo cual se favorece por la tenencia de armas o la facilidad para la consecución de venenos en ciertos grupos.

PALABRAS CLAVES:

Suicidio
Armas de fuego
Envenenamiento
Incidencia

SUMMARY:

Almost a million of people commit suicide every year in all the world, and nowadays it is considered a serious problem of public health in many countries.

¹ QF. Epidemiólogo División de Investigaciones Facultad de Medicina. CES. rmanrique@ces.edu.co

² MD. Epidemiólogo División de Investigaciones Facultad de Medicina. CES. fochoa@ces.edu.co

³ Estudiante de noveno semestre. Facultad de Medicina. Instituto de Ciencias de la Salud -CES-

In Colombia, specially in our region we dont know its real magnitude and the related events. We make a descriptive study in order to describe some characteristics of suicide in Antioquia, from the DANE data of mortality, between 1998 and 2000. An average of 310 suicides occurred by year, with a rate of 5,9/100,000 persons, being more frequent in June and December. 76% of the cases occurred in men, with mean age of 32 years and 28 years in the women, for both groups the greater commitment was in the minors of 25 years. 77% of the suicides happened in the urban area, whereas 40% of such happened in the house of the person. In men, the methods more frequently used to take off their lifes were firearms and hanging, and poisoning and hanging in the women.

54% of all the cases were reported in 4 municipalities of the metropolitan area, although important differences in the rates were observed between municipalities of the Department. In conclusion: There was an increase in number and rate of suicides in Antioquia, specially in young people, which it is favors by the possession of firearms or the facility for the poison attainment in certain groups.

KEY WORDS:

Suicide

Firearms

Poisoning

Incidence

INTRODUCCION

El suicidio se define como el acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable y que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas (Kaplan, 1996). Para la OMS el suicidio es el resultado de un acto iniciado deliberadamente y ejecutado por un individuo en completo conocimiento o expectativa de

su resultado fatal (WHO, 2000). En el suicidio interviene al menos cuatro factores: primero, ocurre una muerte, segundo, ésta fue producida por el mismo individuo, tercero, la muerte fue intencional y cuarto, se utilizó un agente activo o pasivo para lograrlo (Maris, 2002). Hoy el suicidio es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, pues se estima que durante el año 2000 murieron entre 800.000 y un millón de personas por esta causa, aproximadamente 2200 a 2800 al día (WHO, 2001).

De acuerdo con reportes del CDC (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades) es evidente el aumento sostenido de las tasas de suicidio especialmente en personas jóvenes, puesto que las edades de los suicidas son cada vez menores, si consideramos que para 1970 la edad mediana de personas que cometían suicidio era de 47.2 años, en 1980 fue de 39.9 años (O´Carroll, 2001) y estudios recientes de la OMS indican que en la década de los 90, el promedio de la edad entre quienes murieron por suicidio está alrededor de los 36 años (WHO, WHR, 2001).

Tomando como ejemplo los 53 países para los cuales se tienen datos completos y disponibles, la tasa de suicidio estandarizada por edad para 1996 fue de 15.1 por 100.000 habitantes, la tasa para los hombres fue de 24 por 100.000 habitantes y para las mujeres de 6.8 por 100.000 y la relación hombre a mujer es de 3.5 a 1 (WHO, WHR 2001). Debe tenerse en cuenta que las tasas generales esconden importantes diferencias entre los sexos, grupos de edad, áreas geográficas y tendencias en largos períodos de tiempo. Así, dentro de una tasa general, podría quedar oculto un incremento en la tasa de suicidios masculina por un descenso en la tasa de las mujeres o de un cierto grupo etéreo frente al descenso de otro grupo (adolescentes y ancianos).

La tasa mundial de suicidio aumentó en un 60% en los últimos 45 años, especialmente en ciertos grupos etéreos o sociales; actualmente en muchos países industrializados y algunos en desarrollo el

suicidio es una de las 3 primeras causa de muerte en las personas de 15 a 45 años, (WHO, WHR 2001), aunque esta cifra podría ser mayor pues se debe tener en cuenta el subregistro y la incorrecta calificación del mismo en los registros de defunción. En las diferentes regiones del planeta, ha llamado la atención el incremento de los suicidios en los grupos más jóvenes de la población, cuya tasa se incrementó en un 400% entre 1950 y 1988, pasando de 2.7 por cada 100.000 habitantes a 11.3 por 100.000. (Wunderlich, 2001)

Con respecto a los factores de riesgo que han sido identificados pudiéramos hablar de algunos de tipo intrínseco o no modificables y aquellos de tipo extrínseco o modificables; entre los primeros cabe citar: aspectos genéticos como la deficiencia de ciertos neurotransmisores (Volkow, 1997), los antecedentes familiares y los cambios de índole social y económico, pues en estudios realizados se ha visto la relación entre desempleo, situación social y suicidio; así, una persona desempleada tiene 2 a 3 veces más riesgo de cometer un suicidio que una con empleo (Kposowa, 2001), también los cambios en la problemática social coinciden con aumentos de la tasa en ciertos grupos etáreos o sociales. (Desjarlais, 1997)

Las personas con enfermedad psiquiátrica, especialmente con depresión mayor, tienen una gran predisposición al suicidio; investigaciones que evalúan esta relación, anotan que un 60 a 90% de los suicidas tenían antecedentes de depresión y a su vez, entre los enfermos de depresión hay un riesgo 22 a 36 veces mayor de cometer suicidio que las personas sin esa condición (WHO, 2000). Estudios como los realizados por Beautrais et al, muestran como los trastornos y alteraciones de la salud mental tienen relaciones altamente significantes con el comportamiento suicida de los individuos (Tabla 1).

TABLA 1. Aumento del riesgo para suicidio en algunas enfermedades mentales

Trastorno	Aumento del riesgo (veces)
Fobias sin desorden de pánico	2.8 a 6.7
Desorden de pánico (con y sin agorafobia)	4.7 a 16.8
Desorden bipolar I o II	8.6 a 35
Depresión mayor	19.1 a 38.7
Cualquier desorden mental según DSM-III	23.5 a 53

Fuente: Beautrais 1996.

Otros estudios han evaluado la tentativa previa de suicidio como un factor altamente predictor para la muerte por suicidio (Mann, 2002), así como los estados de soledad también favorecen la ocurrencia del suicidio, mientras que la manifestación o búsqueda de ayuda a un profesional de la salud disminuye el riesgo hasta un 60%. (Swahm, 2001)

Dentro de los aspectos modificables se encuentra el consumo de alcohol y otras drogas (Roy, 2001, 2002) (Preuss, 2003), las cuales también se han asociado con un altísimo riesgo de cometer suicidio, entre 3.5 y 6.7 veces, mientras que entre las personas que tienen consumo de marihuana el riesgo de cometer suicidio es 3.1 a 10.5 (Beautrais, 1996) posiblemente debido a la disminución de los mecanismos psicológicos de barrera y a la modificación de los patrones de la personalidad; situación que se agrava cuando el consumo de sustancias se acompaña de otras comorbilidades como los trastornos mentales, donde el riesgo se eleva enormemente (Volkow, 2001), o en personas con enfermedades graves o severas como en el SIDA. Aunque algunos estudios no encuentran asociación entre la sepositividad para VIH, la presencia

de depresión y la tentativa de suicidio, en pacientes consumidores de drogas intravenosas esta asociación es alta. (Malbergier, 2001)

En aquellos países donde la comercialización y tenencia de armas en el hogar están permitidas, se han visto mayores tasas de suicidio que en aquellos donde no lo permite su sistema legal, esto por cuanto la disponibilidad inmediata y no controlada de las mismas incrementa la posibilidad de que se produzca el suicidio, hasta 4 a 10 veces más con respecto a los que no las tienen. (Borowsky, 2001) (Maris, 2002)

Otros factores que se han identificado en estrecha relación con el suicidio son la disfunción familiar y el abuso en la infancia, varios estudios han mencionado que aquellos individuos cuyas relaciones intra-familiares son inadecuadas, hay ausencia de uno o ambos padres, o con escaso diálogo, tienen una probabilidad más grande de llegar al suicidio. (Mann, 2002)

De otro lado, entre los factores de protección que han sido reconocidos, se describe la adecuada relación familiar y el apoyo del grupo familiar como elementos que favorecen la reducción del riesgo del suicidio desde un 60 a 90% (Borowsky, 2001). Uno de los hallazgos más relevantes del mencionado estudio, es que la presencia de 3 o más factores protectores en un individuo, disminuye entre un 70 a 85% el riesgo de que éste intente suicidarse. Otras investigaciones han concluido que tener adecuadas habilidades sociales, la confianza en sí mismo, la autoestima elevada, la búsqueda de ayuda o consejo, la receptividad hacia las experiencias y las buenas relaciones con los demás también reducen las probabilidades de que un individuo busque acabar con su vida. (OMS, 2001) (Maris, 2002)

Lamentablemente la información completa y veraz sobre el suicidio está apenas disponible en algunos países, de ahí que haya gran dificultad para obtener estadísticas claras que permitan la comparación entre regiones, para el posterior diseño y establecimiento de programas para la prevención del evento. De igual manera, en nuestro medio las in-

vestigaciones sobre el tema son escasas o no recientes (Manrique, 2001) (Areiza, 1983) y apenas comienza a crearse una línea de investigación sobre el mismo, que de cuenta de su importancia dentro de la homeostasis social y de la salud pública; el presente trabajo que caracteriza el fenómeno en Antioquia, se inscribe en ese contexto.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, utilizando las bases de datos del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas -Regional Noroccidental Medellín) de la mortalidad registrada en los años 1998 a 2000, para el Departamento de Antioquia (Colombia). De ella fueron extraídos 934 registros de defunción, correspondientes a las muertes clasificadas como suicidio. Las variables analizadas fueron las características socio - demográficas, la causa básica de muerte según la CIE-10 y la presencia de embarazo al momento de morir. Otras variables fueron descartadas por no encontrarse datos completos, incoherencias en las bases de datos o no ser pertinentes a los objetivos del estudio.

Para el cálculo de las tasas específicas por edad se realizó un ajuste proporcional por grupos etáreos partiendo de los datos de la proyección poblacional para el año 2000, estimados por el DANE.

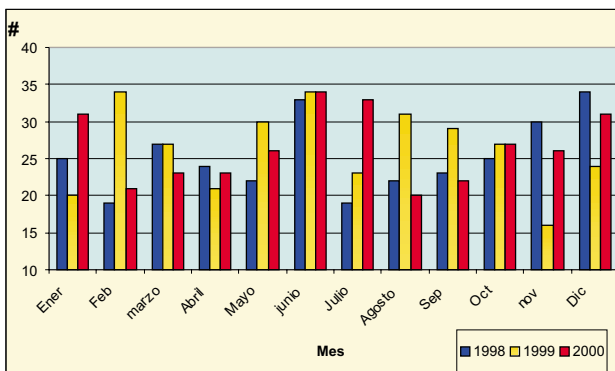
El procesamiento y análisis de los datos se realizó en el programa SPSS 8.0® y Epi Info 6.04, realizando inicialmente un análisis univariado, seguidamente el cruce de algunas variables que se consideraron pertinentes, la obtención de las tasas crudas y específicas y finalmente el análisis exploratorio del comportamiento temporal del fenómeno. En la graficación de los datos se utilizó el Excel.

RESULTADOS

En total se encontró información de 934 registros, distribuidos de manera muy similar en los 3 años

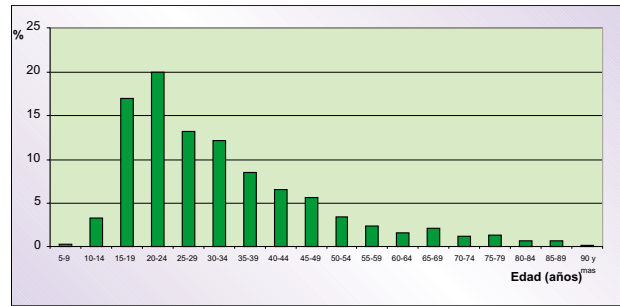
de estudio, en promedio 310 al año: 303 en 1998, 316 en 1999 y 317 en el año 2000. Los valores acumulados por meses muestran que junio y diciembre fueron los meses en que más suicidios se presentaron, con 10.8 y 9.5% respectivamente, aunque la diferencia de frecuencias con los otros meses no puede considerarse elevada o significativa (Gráfico 1). En la distribución por género se encontró 76% de casos en hombres y 24% en mujeres, para una razón de 3.2 hombres por cada mujer.

GRAFICO 1. Comportamiento mensual del suicidio en Antioquia entre 1998 y 2000



Llama la atención que se hayan encontrado 32 casos de suicidio en menores de 15 años, 2 de los cuales se reportaron en menores de 10 años. Para el grupo en general, el promedio de edad fue de 32.2 y mediana de 28 años, entre los hombres fue de 33.6 ± 16.3 años (promedio \pm 1 desviación estándar) y para las mujeres fue de 27.8 ± 12.9 años. Se observa una marcada disminución de la frecuencia del evento conforme va pasando la edad, notándose que menos del 10% de los suicidios ocurren en mayores de 50 años. La distribución de las edades se comporta de manera muy similar para ambos sexos, mostrando una tendencia a la distribución normal con asimetría izquierda y mayor frecuencia del evento entre las personas de 15 a 35 años; así, la mayor proporción de suicidios se presenta en la edad de 20 a 24 años (20%), seguido del grupo de 15 a 19 años (16.8%) y del 25 a 29 años (13%) (Gráfico 2).

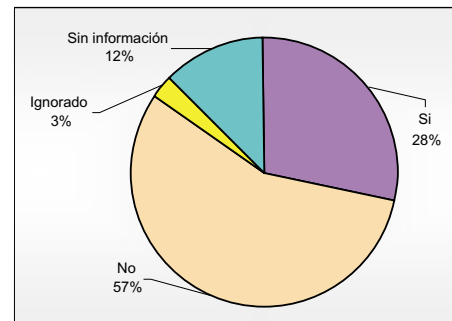
GRAFICO 2. Distribución de la edad de los suicidas. Antioquia 1998-2000



De acuerdo a las tablas de Indicadores Demográficos por departamento, el DANE registró que la esperanza de vida, para el período comprendido entre 1995 y 2000 en el Departamento de Antioquia, era de 61.6 años en los hombres y 74.5 en las mujeres, lo cual implica que en promedio en los hombres se perdieron 19943 años potenciales de vida (AVPP), mientras que en las mujeres fueron 10376 años perdidos, durante el período estudiado.

En cuanto a la distribución geográfica de los suicidios, un 77% de ellos ocurrió en las zonas urbanas, mientras que el 23% restante ocurrió en corregimientos, caseríos o en la zona rural. Con respecto al sitio de fallecimiento se encontró que el 40.5% de los casos ocurrieron en la casa, 35.4% en instituciones de salud (hospitales, clínicas o centros de salud) y una proporción menor (13%) se dio en el sitio de trabajo o en la vía pública. Entre las personas que fallecieron en sitios de salud, se encontró que en el 18% de ellos no se prestó atención médica, bien sea porque llegaron muertos y se reportó su defunción en el sitio de salud o el compromiso y letalidad permitió el traslado a una institución de salud adonde fallecieron (Gráfico 3).

GRAFICO 3. Asistencia médica recibida por los suicidas antes de morir. Antioquia 1998-2000



Cuando se analizó el nivel educativo de las personas, se encontró que en el 60% de ellas no se tenía información, pero al mirar el comportamiento de esta variable sin tener en cuenta la información no registrada, se encuentra que en su mayoría tienen nivel educativo de primaria (45%), seguido de las personas con secundaria (37%) y apenas un 12% para nivel universitario. En 5.8% de los registros se encontró que no tenían ningún nivel educativo.

Una situación muy similar, de falta de información en los registros, se encontró en la variable afiliación al SGSSS, donde no se encontraron datos en el 67.5% de los casos, bien porque se desconocía la afiliación del suicida o se dejó de registrar dicha información. Nuevamente, obviando esta situación, se encontró que un 73% de los suicidas pertenecían directamente al SGSSS a través del régimen contributivo o subsidiado.

Por lo menos el 7% de las mujeres que cometieron suicidio estaban en embarazo y en el 23% de todas las mujeres se desconocía si estaban o no en estado de gravidez. Las mujeres que estaban en embarazo, tenían edades entre los 14 y 43 años y más de la mitad tenían 18 años o menos.

En 95% de los casos de suicidio, la causa de la muerte se determinó mediante necropsia, porcentajes menores se encontraron en otras fuentes de información como la historia clínica, exámenes de laboratorio e interrogatorio a la familia o amigos (Tabla 2).

TABLA 2. Método como se determinó la causa de la muerte en 936 suicidas

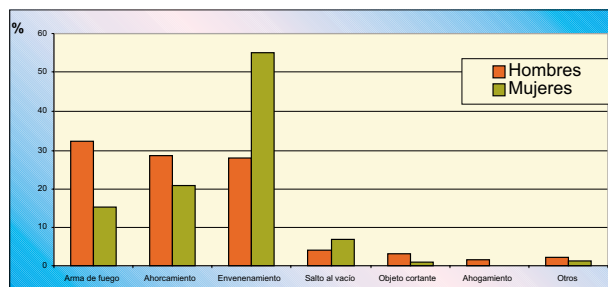
Suicidio en Antioquia 1998-2000

Método	n	%
Necropsia	890	95.1
Historia clínica	22	2.4
Sin dato	15	1.6
Interrogatorio a familia o amigos	8	0.9
Pruebas de laboratorio	1	0.1
Total	936	100

Para todos los grupos, la principal causa básica de muerte fue el envenenamiento con diversas sustancias con 33%, seguido del uso de armas de fuego con 27.7% de los casos, y posteriormente el ahorcamiento con 27% de los casos. Cuando se hace la distribución por género se encuentra que

en los hombres la primera causa se refiere a las armas de fuego con 32%, seguido del ahorcamiento con 28.7% y los diferentes tipos de envenenamiento (28%), mientras que en las mujeres la primera causa se debió al envenenamiento con 55% de todos los casos, seguido del ahorcamiento con 20.7% y el uso de armas de fuego con la mitad de lo encontrado en los hombres (Gráfico 4).

GRAFICO 4. Método empleado para suicidarse. Antioquia 1998-2000



Para el Departamento de Antioquia la tasa de mortalidad por suicidios fue de 5.9 casos por 100.000 personas año, en los hombres se encontró una tasa de 9.3 por cada 100.000 personas año, mientras que para las mujeres fue de 2.7 por cada 100.000 personas (Tabla 3). El mayor riesgo de suicidio se encontró en el grupo de personas entre los 15 y los 30 años de edad, con un importante incremento entre las personas mayores de 60 años.

TABLA 3. Tasas de mortalidad por suicidio específica por edad

Suicidio en Antioquia 1998-2000

Edad	Tasa* específica
5 a 9	0,12
10 a 14	1,87
15 a 19	10,49
20 a 24	13,31
25 a 29	9,45
30 a 34	8,18
35 a 39	6,24
40 a 44	5,76
45 a 49	6,29
50 a 54	4,92
55 a 59	4,88
60 a 64	4,29
65 a 69	6,69
70 a 74	5,23
75 a 79	7,85
80 y mas	8,72

*Tasas por 100.000 personas/año

En lo que respecta a la distribución geográfica de los suicidios ocurridos en el período de estudio, 4 municipios del área metropolitana (Medellín, Bello, Envigado e Itagüí) concentran 54% de todos los casos y como es de esperar en la capital Medellín, ocurre la mayor cantidad de ellos; pero cuando se observa el comportamiento en términos de tasas, se encuentra un comportamiento muy diferente al observado frente al número de casos de la enfermedad. (Tabla 4)

**TABLA 4. Tasas de mortalidad por suicidio según municipio
Suicidio en Antioquia 1998-2000**

Municipio	#	Tasa	Municipio	#	Tasa	Municipio	#	Tasa
Caicedo	5	22,1	Sabanalarga	2	7,4	Guatapé	1	4,6
Armenia	4	20,1	Guarne	7	7,2	Cañasgordas	3	4,5
San José De La Montaña	2	18,1	Venecia	3	7,2	Arboletes	3	4,4
Abriaquí	2	16,6	Fredonia	5	7,2	Entrerriós	1	4,2
Bolívar	14	16,1	Medellín	410	7,0	Caldas	8	4,1
Remedios	8	14,8	Montebello	2	7,0	Bello	42	4,1
Amalfi	8	13,7	Mutatá	3	6,9	Buriticá	1	4,0
Andes	16	13,5	San Rafael	4	6,8	Retiro	2	4,0
Giraldo	2	12,9	Anorí	3	6,7	Sonsón	5	3,8
La Unión	7	12,6	Girardota	7	6,6	Sabaneta	4	3,8
San Vicente	9	12,2	Briceño	2	6,4	Uramita	1	3,8
Urao	14	11,7	Belmira	1	6,4	Yali	1	3,6
Betania	4	11,6	Apartadó	17	6,4	Puerto Berrio	4	3,6
Titiribí	4	11,5	Pueblo Rico	2	6,3	Itagüí	24	3,4
Don Matías	5	11,4	Segovia	7	6,2	Peque	1	3,4
San Pedro	7	11,3	Taraza	5	6,2	Liborina	1	3,2
Nariño	5	11,0	Yolombó	3	6,0	Nechí	1	3,2
Concepción	2	10,9	Betulia	3	5,9	Cocorná	2	3,0
Valdivia	4	10,8	Peñol	3	5,8	La Estrella	4	2,7
Concordia	8	10,8	Dabeiba	5	5,7	Barbosa	3	2,7
Puerto Nare	4	10,1	Jericó	3	5,7	Turbo	9	2,7
Tarso	2	9,4	Envigado	25	5,7	Pto. Triunfo	1	2,7
Yarumal	10	9,4	Copacabana	9	5,6	Frontino	2	2,6
San Jerónimo	3	8,9	Caucasia	10	5,5	Sto. Domingo	1	2,5
Ebéjico	4	8,8	Sopetrán	2	5,4	La Ceja	3	2,3
Santa Rosa de Osos	7	8,8	Argelia	2	5,4	San Luis	1	2,1
Angostura	4	8,8	Yondó	2	5,3	Chigorodó	3	1,9
Heliconia	2	8,7	Guadalupe	1	5,2	Necoclí	2	1,8
Vegachi	4	8,1	Abejorral	4	5,2	San Carlos	1	1,4
Santuario	7	7,9	Angelópolis	1	5,1	Sta. Bárbara	1	1,3
Granada	4	7,5	Marinilla	6	5,1	Amagá	1	1,3
Ituango	9	7,4	Caracolí	1	5,1	El Bagre	2	1,2
Rionegro	19	7,4	San Roque	3	4,9	San Pedro Urabá	1	1,1
Santafé de Antioquia	5	7,4	C. de Viboral	6	4,6	Carepa	1	0,9

Tasa por 100.000 personas/año de exposición.

Se utilizaron proyecciones de población del DANE.

En aquellos municipios que no aparecen en la tabla no se reportaron suicidios durante el período de estudio.

DISCUSION

En el presente trabajo se presenta el comportamiento del suicidio en Antioquia en el período de 1998 a 2000, de acuerdo a la información suministrada por el DANE en los certificados de defunción obtenidos. El número de suicidios y su respectiva tasa encontradas en el Departamento ha venido incrementándose paulatinamente desde 2.5/100.000 personas en 1946 (DSSA, 1997) hasta 5.9/100.000 durante los 3 años estudiados. Diríamos que el Departamento se encuentra en una posición intermedia con respecto a otras latitudes: pues en algunos países como Estados Unidos la tasa es mucho más alta 10.7/100.000, 40/100.000 en algunos de los países de la antigua Unión Soviética, y lugares como Egipto y El Líbano, donde la tasa es de 1 por cada 100.000 personas. (Mann 2002)

A excepción del área rural de China, prácticamente todos los países del mundo reportan tasas de suicidio más elevadas en los hombres que en las mujeres. En su estudio sobre el suicidio en México, Borges y colaboradores encontraron una razón hombre mujer mayor a 5.5 (Borges, 1996) y de 4 a 1 en los Estados Unidos (Maris, 2002) (Mann, 2002), evidenciando el mayor aporte de los hombres en este evento, tal como se encontró en el presente estudio, y que confirma el mayor riesgo de éstos. Por el contrario, en el intento de suicidio, la situación es inversa: las mujeres realizan más intentos que los hombres (Desjarlais, 1997). Estos últimos usan métodos más letales y planean más cuidadosamente el evento, mientras que las mujeres generalmente utilizan métodos menos severos que se traducen en búsqueda de ayuda y de rescate como un medio para llamar la atención al respecto de ciertos problemas. (Mann, 2002)

Tradicionalmente se conoce que los meses de mayo y diciembre son los de más altos índices de suicidio, en nuestro estudio lo fueron junio y diciembre coincidente con el período de finalización de clases (en el grupo de los jóvenes) o de mayor exigencia económica y social (en el grupo de los mayores).

Para el análisis de tendencias en el tiempo y de la calidad del certificado de defunción, debe tenerse en cuenta el posible subregistro del suicidio, por los problemas en la estandarización de quienes elaboran el certificado y su respectivo diligenciamiento, aunado al hecho de que en ocasiones se les presiona para que cambien la causa de muerte por situaciones relacionadas con el estigma y la carga social que implica el suicidio. Un adecuado diligenciamiento de los registros de una manera confiable y oportuna permitirá la comparación de situaciones de un país a otro y el establecimiento de políticas claras y la asignación racional de los recursos. (OMS, 2002)

En nuestro estudio, los jóvenes principalmente entre los 15 y 25 años, tuvieron las tasas más elevadas de suicidio en la población por grupos etáreos. Actualmente los diferentes organismos públicos y privados realizan campañas para prevenir este tipo de evento entre los adolescentes y adultos jóvenes, toda vez que casi todos los países presentan tasas muy elevadas, tal como las reportadas en Sri Lanka en jóvenes de 15 a 24 años en 1989 con 62.3/100.000, Canadá con 15/100.000 y Estados Unidos con 13.3/100.000 (US Task Force, 1996) (Desjarlais, 1997) lo cual además de ser una gran pérdida para el grupo familiar y social, representa enormes costos directos e indirectos. Un llamado de atención para la implementación de programas que eviten el suicidio especialmente en los mayores de 70 años, que si bien representan apenas el 4% de todos los casos, ocupan un importante lugar entre las tasas por edad, con 7 casos por 100.000 personas, aunque no tan altas como las reportadas en otros países: Japón 27.63/100.000, Estados Unidos 18/100.000 y Venezuela 17.3/100.000. (Desjarlais, 1997)

No se conoce con exactitud cuales pueden ser las causas que expliquen las mayores tasas de suicidio en las poblaciones rurales, como se presenta en muchas latitudes (Desjarlais, 1997) y aunque en nuestro estudio las cifras absolutas de casos de suicidio hablan de un problema urbano, las tasas muestran lo contrario: es un problema de los pue-

blos y zonas rurales, las mayores tasas se encontraron en zonas escasamente pobladas urbanísticamente, lo que bien pudiera estar más relacionado con problemas económicos, sociales, demográficos, presión de grupos al margen de la ley, entre otros (situación de pobreza, desempleo, violencia, migración, etc). A nuestro modo de ver, la delicada y poco clara situación de conflicto interno, agrava aun más la ya maltrecha salud mental de los habitantes, propiciando este tipo de conductas.

En el mismo sentido, en un elevado porcentaje de los suicidas se encontró un bajo nivel académico, pues más del 50% tenían primaria o aun eran analfabetas, evidenciando de manera indirecta la deficiente condición social y económica de los mismos, y planteándose que tales aspectos redundan negativamente en la calidad de vida, favoreciendo las conductas suicidas como única alternativa. Autores como Kearney y Miller plantean que el aumento en las tasas de suicidio está relacionado con algunos "cambios sociales destructivos y desestabilizadores", los cuales favorecen la desarticulación familiar, generan estrés y limitan el apoyo que pueda darse. (Dejarlais, 1997) (Jones, 1986)

Al menos 7% de las mujeres que cometieron suicidio estaban en embarazo, cifra que puede ser mucho mayor, pues en muchas mujeres no se reportó información o se desconocía tal situación. En nuestra investigación la mitad de ellas eran menores de edad y prácticamente todas tenían menos de 30 años: población joven que no encuentra el apoyo de la pareja, de la familia, del grupo social y de la legislación colombiana para una salida digna y optar por el suicidio.

En Colombia es obligatorio realizar necropsia a todas las personas que fallecen por causa violenta, con el fin de determinar las causas de la muerte, órganos comprometidos y esperanza de vida (Resolución 4644 de 1982), (Decreto 786 de 1990); en nuestro estudio se encontró que en 5% de los casos de suicidio no se les realizó la necropsia, lo cual pudiera ser causa de problemas de orden legal para quien realiza el certificado de defunción.

En nuestro estudio se encontró que las mujeres emplean el envenenamiento como principal método para quitarse la vida (técnica suaves o no violentas), que es el segundo método empleado por las suicidas en otros estudios (US Task Force, 1996), lo cual se explica por la relativa facilidad con que se consiguen estos productos en el mercado y los rápidos efectos que producen, conocidos por muchas personas. Por el contrario, en los hombres se ve un dominio de las "técnicas duras o violentas" como el uso de armas de fuego y el ahorcamiento, similar a lo reportado por otros autores. (Maris, 2002) (US Task Force, 1996)

En todos los estudios que describen las características del suicidio, se hace hincapié en la relación de este evento con los intentos de suicidio, que además es considerado por muchos como un factor de riesgo per se, planteándose una relación de 10 personas que intentan suicidarse por cada suicida (Mann, 2002). Esto indicaría que en el Departamento se presentaron unos 28.000 casos de intento de suicidio durante el período de estudio, con la consiguiente demanda de atención por el médico general, sicólogo, psiquiatra y demás personal de salud; muchos, sino la mayoría, habiendo pasado por los consultorios y servicios de atención.

En resumen, hay pues un perfil del suicida en Antioquia durante el período de tiempo estudiado: se trata de una persona joven entre 15 y 30 años, con bajo o mediano nivel educativo, residente en zonas marginadas o de conflicto y con situación económica o social deficiente; todos estos elementos, sumados a los factores de riesgo ya descritos, deben alertarnos sobre la posibilidad de un suicidio, y deberían ser evaluados con el paciente en cuestión; ya que los instrumentos diseñados para predecir el suicidio, son en general de baja capacidad predictiva. (US Preventive Task Force, 1996)

AGRADECIMIENTOS:

DANE por las facilidades en la obtención de las bases de datos.

BIBLIOGRAFIA

1. Areiza A, et al. Mortalidad por suicidio en Medellín, desde enero de 1981 a junio de 1983. Estudio descriptivo y estudio de casos y controles. Boletín Epidemiológico de Antioquia. Año XII No. 1, marzo de 1987, Medellín.
2. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder TM, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1009-14.
3. Borges G, Rosovsky H, Gómez C., Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública. México* 1996; 38: 197-206.
4. Borowsky IW, Ireland M, Resnick. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics* 2001 Mar; 107 (3): 485-93.
5. DSSA. Perfil Epidemiológico de Antioquia 1997. Boletín Epidemiológico de Antioquia Año XXII No. 3. Jul –Sept 1997.
6. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Suicidio, en: *Salud Mental en el Mundo problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Capítulo 3, OPS, 1997.
7. Jones RA. *Emily Durkheim: An introduction to four major works*. Beverly Hill, CA: Sage Publications, Inc, 1986. Pp 82-114 en: <http://www.relst.uiuc.edu/durkheim/Summaries/suicide.html#pgfId=931>.
8. Kaplan HI, Sadock BJ; Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría. Capítulo 31: Urgencias psiquiátricas. 7ª edición. Williams and Wilkins. 1996. pp: 823-8.
9. Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psycho Med* 2001 Jan; 31 (1): 127-38.
10. Malbergier A, de Andrade AG. Depressive disorders and suicide attempts in injecting drug users with and without HIV infections. *AIDS Care* 2001 Feb; 13(1): 141-50.
11. Mann J. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Int Med* 2002; 136 (4): 302-11).
12. Manrique R. Características del suicidio en Medellín al final del siglo XX. *Revista CES Medicina* 2000; 14 (1): 53-9.
13. Maris R. Suicide. *Lancet* 2002; 360: 319-26.
14. O'Carroll P, Crosby A, Mercy JA, Lee RK, Simon TR. Interviewing suicide "descendants": a fourth strategy for risk factor assessment. *Suicide and life threatening behavior* 2001; 32 (Supplement): 3-6.
15. OMS. Departamento de Salud Mental y toxicomanías. Trastornos mentales y cerebrales. Prevención del suicidio. Documento WHO/MNH/MBD/00.3 Ginebra 2001.
16. OMS. Informe final de la reunión de Directores de Centros Colaboradores de la OMS para la Familia de Clasificaciones Internacionales. Bethesda, Maryland, EUA; 21-27 de octubre de 2002, en Boletín Epidemiológico OPS, Vol. 23, No. 1 (2002).
17. Preuss UW, Schuckit MA, Smith YL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, et al. Predictors and correlates of suicide attempt over 5 years in 1237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (1): 56-63.
18. Roy A. Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 2001 Aug; 158 (8): 1215-9.
19. Roy A. Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry* 2002 May; 63 (5): 403-7.
20. Swahn MH, Potter LB. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adults. *Suicide and life threatening behavior* 2001; 32(supplement): 21-9.

21. US Preventive Task Force, Guide to clinical preventive services. Washington, DC. US. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996. :
22. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Gatley SJ, Hitzemann R, et al. Decreased striatal dopaminergic responsiveness in detoxified cocaine-dependent subjects. Nature 1997; 386 (6627): 830-3. :
23. Volkow ND. Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. Am J Psychiatry 2001 Aug; 158 (8): 1181-3. :
24. WHO. The WHO Initiative for the prevention of suicide. 2001. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/topics.html. :
25. WHO. Division of mental health. Guidelines for primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Suicide. Doc. WHO/MNH/MND/93.24 page 1. Geneva 2000. :
26. WHO. Choosing to die - a growing epidemic among the young. Bulletin of the World Health Organization 2001, 79 (12): 1175-7. :
27. WHO. World Health Report. Mental health: new understanding, new hope. Chapter 2. Burden of Mental and Behavioural Disorders. Geneva 2001. :
28. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behavior. Acta Psychiatr Scand 2001; 104: 332-9. :

