

Características del Suicidio al final del Siglo XX en Medellín

RUBÉN DARÍO MANRIQUE HERNÁNDEZ.*

RESUMEN

Durante el período comprendido entre enero de 1992 y junio del año 2000 se presentaron en la ciudad de Medellín 940 muertes por suicidio. Aunque se ha registrado un leve aumento de la frecuencia anual, la tasa de mortalidad por suicidio ha permanecido relativamente constante en esta ciudad durante los últimos nueve años.

La frecuencia de suicidio entre los hombres es 3 veces mayor que en las mujeres, la edad de promedio de los hombres fué 33 años y 28 años en las mujeres.

Si bien en el grupo de 15 a 24 años de edad se presenta la mayor proporción de casos de suicidio (37%), debe tenerse en cuenta que el 5% de casos de suicidio en menores de 15 años, entre los cuales aparecen varios casos en menores de 10 años.

Finalmente, la información revisada permitió establecer que en el 60% de los casos de suicidio hubo consumo previo de alguna sustancia psicoactiva incluido el alcohol etílico, y un 28% de consumo simultáneo de algunas de ellas.

* O.F. Epidemiólogo. División de Investigaciones. Facultad de Medicina. Instituto de Ciencias de la Salud. CES. Medellín.

PALABRAS CLAVES

Suicidio
Mortalidad
Muerte Violenta
Epidemiología del suicidio
Alcohol
Drogas

SUMMARY

During the period between January of 1992 and June of year 2000, 940 deaths by suicide appeared in the city of Medellín. Although a slight increase of the annual frequency has been registered, the rate of mortality by suicide has remained relatively constant in this city during last nine years.

The frequency of suicide between the men is 3 times greater than in the women, the age average in the men was 33 years and it was 28 years in the women. Although in the group of 15 to 24 years of age the greater proportion of cases of suicide appears (37%), we must consider that 5% of cases of suicide happened in minors of 15 years, between which they appear several cases in minors of 10 years.

Finally, the reviewed information allowed to establish that in 60% of the cases of suicide there was previous consumption of some psychoactive substance including the alcohol, and a 28% of simultaneous consumption of some of them.

KEY WORDS

Suicide
Mortality
Violent death
Epidemiology of suicide
Alcohol
Drugs.

INTRODUCCIÓN

Cuando se expone o discute sobre el tema de la violencia y su impacto en la salud de la comunidad, la atención de los interlocutores se orienta hacia el homicidio y la accidentalidad en todas sus formas, y ocasionalmente se profundiza sobre el suicidio, pues estas han generado la mayor proporción de pérdidas de vidas humanas en nuestra ciudad en la última década.

Aun así el suicidio se puede incorporar dentro del grupo de los problemas que afectan directamente la salud pública, porque no sólo es un componente latente y permanente del escenario de la violencia en el mundo, y particularmente en Colombia, sino porque refleja un comportamiento humano contrario al sentido natural del instinto de supervivencia, pues mientras una gran mayoría de personas estamos buscando el camino más largo para alcanzar la muerte, otros se empeñan en hallar la línea recta más corta y precisa para llegar a ella.

ANTECEDENTES

Las definiciones del suicidio pueden ser tantas como autores e investigadores pueden haber so-

bre el tema. Su origen etimológico se compone de los términos del latín: sui, "de sí mismo", y caedere, "matar"; en otras palabras el término suicidio significa "matarse a sí mismo". La enciclopedia británica lo describe como el acto humano autoinflingido y autointencionado que busca la cesación de la vida.

"Las expresiones suicidio e intento de suicidio son las más utilizadas dentro de este problema, en el campo de la siquiatría y aún de la medicina general. Se refieren al deseo de buscar la muerte, que en primer caso se consigue y en el segundo no." (Rojas, 1984)

Según Edwin Schneidman, el suicidio es "el acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas". (Kaplan H.I., 1996)

"El término suicidio se aplica a todos aquellos casos de muerte que son el resultado directo o indirecto de un acto positivo o negativo de la misma víctima quien sabe que producirá éste resultado." (Durkheim, 1971)

Para las ciencias médicas, el problema de los actos suicidas ha estado enmarcado dentro de los problemas que involucran alteraciones de la salud mental de individuo, pero ha trascendido como un problema que tiene relación directa con el ambiente sociocultural del ser humano. No en vano otras disciplinas ajenas a la medicina, como la sociología y la antropología, han incursionado en estudios de causalidad del suicidio.

Los suicidios e intentos de suicidio han acompañado a la humanidad en todas sus etapas de desarrollo, y con seguridad, han estado presentes en todas las formas de cultura que la componen. Actualmente se conoce más de este tipo de violencia, de sus posibles factores causales y de los factores de riesgo que lo predisponen o lo desencadenan.

Los factores de riesgo son todos aquellos antecedentes o circunstancias críticas que durante un período o tiempo inmediatamente anterior al suicidio proporcionan un ambiente determinado de tensión que influye directa y significativamente en el estado emocional de cualquier persona, impulsándola a la autodestrucción, entre estos podemos encontrar: trastornos psicopatológicos, que incluyen trastornos del estado de ánimo, alcoholismo y otras adicciones, antecedentes familiares de suicidio consumado o intento de suicidio, rasgos de personalidad, en especial personalidad antisocial y limítrofe, factores psicosociales que incluyen duelo reciente no resuelto, divorcio, ambiente familiar disfuncional y cambios notorios en el estilo de vida, por ejemplo: jubilación, viudez, pérdida del trabajo o del status socioeconómico, entre otras, y la existencia de enfermedades crónico-degenerativas, por ejemplo: epilepsia, cáncer, úlcera gastroduodenal, esclerosis múltiple, VIH en cualquiera de sus etapas. (The New York Hospital, 1999)

De acuerdo con algunos investigadores, entre los grupos de alto riesgo, o sea aquel conjunto de sujetos que están más expuestos o son más vulnerables a presentar ideaciones o intentos suicidas, se encuentran: Adolescentes, adultos mayores, reclusos, enfermos con padecimientos crónico-degenerativos y personas con antecedentes familiares de suicidio.

La noción de suicidio se orienta en la actualidad hacia una triple consideración: el estudio de la situación suicida, la conducta suicida y los aspectos biológicos, y el estudio multifactorial de los posibles determinantes suicidas (agrupados bajo la denominación de factores intrínsecos y factores extrínsecos).

De acuerdo con los registros de la Organización Mundial de la Salud los países latinoamericanos registraron las siguientes tasas de suicidio en la pasada década:

Tabla N°1. Tasas globales de suicidio por sexo en América del Sur. (x 100.000 habitantes)

País	Año	Hombres	Mujeres
Argentina	1993	10.6	2.9
Brazil	1992	5.6	1.6
Chile	1994	10.2	1.4
Colombia	1994	5.5	1.5
Ecuador	1995	6.4	3.2
Paraguay	1994	3.4	1.2
Perú	1989	0.6	0.4
Uruguay	1990	16.6	4.2
Venezuela	1994	8.3	1.9

Fuente : OMS. <http://www.who.int/whosis>

Así mismo, la OMS reporta que para 1999 ocurrieron en el mundo cerca de 893.000 suicidios, cifra muy superior a las 527.000 muertes causadas por otro tipo de violencia (incluido el homicidio) y a las 269.000 muertes causadas por los diferentes conflictos armados (guerras), lo que indica que, al finalizar el siglo XX, el suicidio representó aproximadamente el 53% de todas las muertes causadas intencionalmente en el mundo. Esta proporción de casos de suicidio indica claramente que es indispensable orientar esfuerzos de investigaciones etiológicas que permitan identificar los factores de riesgo sobre los cuales sea posible intervenir en busca de la disminución de la mortalidad por esta causa.

Tabla N° 2. Número de suicidios en las diferentes regiones del mundo en 1999

REGIÓN	TOTAL MUERTES	No. DE SUICIDIOS	OTRAS MUERTES	% SUICIDIO
AFRICA	320000	69000	251000	21,6
LAS AMERICAS	221000	62000	160000	28,1
MEDITERRANEO ORIENTAL	112000	35000	77000	31,3
EUROPA	267000	162000	101000	60,7
SURESTE ASIATICO	308000	171000	137000	55,5
PACIFICO OCCIDENTAL	460000	390000	71000	84,8
TOTAL	1688000	889000	797000	52,7

Fuente : OMS. <http://www.who.int/whosis>

MATERIALES Y MÉTODOS

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en la ciudad de Medellín, cuenta con un Sistema de Información de Patología Forense, en el cual se almacena la información generada por los médicos y patólogos que realizan las necropsias medicolegales. Sobre esta base de datos se hizo una revisión de los registros electrónicos con el fin

de ilustrar la situación y comportamiento de las dos variables de persona más comunes, edad y sexo, así como para evaluar la presencia de alcohol o drogas en las personas fallecidas por esta causa.

La revisión permitió encontrar un total de 940 decesos violentos, ocurridos entre enero del año 1992 y junio del año 2000, en los cuales estaba registrado el suicidio como manera de muerte.

El número de casos de suicidio tuvo un aumento sensible en los años 1998 y 1999 con respecto a la tendencia de los años anteriores, como se describe con la siguiente tabla.

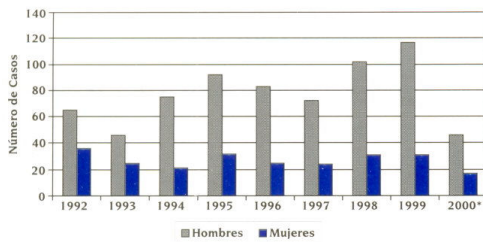
Tabla N° 3. Distribución de frecuencias de casos de suicidio. Medellín. 1992 a 2000

AÑO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE (%)	% ACUMULADO
1992	101	10.7	10.7
1993	71	7.6	18.3
1994	96	10.2	28.5
1995	124	13.2	41.7
1996	108	11.5	53.2
1997	96	10.2	63.4
1998	133	14.1	77.6
1999	148	15.7	93.3
2000*	63	6.7	100.0
Total	940	100.0	

Fuente: Centro Regional de Referencia sobre violencia. Medellín.
* Casos registrados hasta el 30 Junio de 2000.

En cuanto al género, es evidente que en los hombres el suicidio ocurre con mayor frecuencia que en las mujeres, esta diferencia indica que por cada 3 hombres que cometen suicidio hay 1 mujer que lo hace. (Gráfico No. 1)

Gráfico N° 1. Distribución de frecuencias de casos de suicidio. Medellín. 1992 a 2000

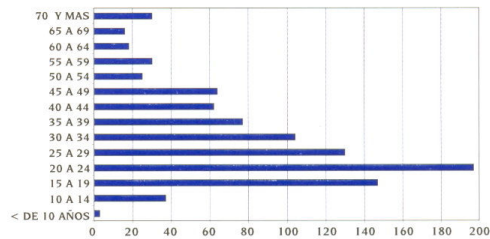


* Casos registrados hasta el 30 Junio de 2000.

Con respecto a los grupos de mayor riesgo, los estudios realizados sobre el tema del suicidio coinciden en concluir que los jóvenes entre 15 y 24 años representan uno de los grupos con mayor incidencia de muertes por suicidio. De acuerdo con los datos obtenidos en un estudio de casos y controles (4) realizados en la ciudad de Medellín entre los años 1981 y 1983, este grupo de edad aportó cerca del 44% de los casos y los menores de 15 años apenas alcanzaron el 3.3%. Los casos acumulados en el período comprendido entre enero de 1992 y junio de 2000 muestran que el grupo de 15 a 24 años aportó el 36.7, llama la atención la aparición de numerosos casos de suicidio en menores de 15 años. (Ver Gráfico No. 2).

Se presentó además un aumento de la proporción de suicidios en el grupo de edad de 25 a 35 años que pasó de 14% en el periodo de 1981 a 1983, al 25% en el último período del siglo XX.

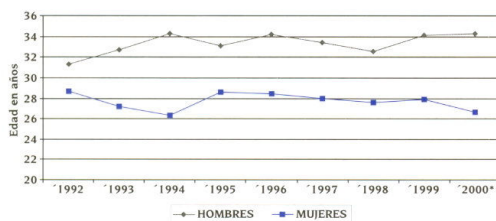
Gráfico N° 2. Distribución de los casos de suicidio por grupos de edad. Medellín. Enero de 1992 a Junio de 2000.



En cuanto al promedio de edad, los hombres presentaron una cifra mayor con respecto a las mujeres durante todo el período evaluado, mientras que la edad promedio de los hombres fue cercana a los 33 años, en las mujeres fue de 28 años aproximadamente, lo que indica que las mujeres se suicidan a edades más tempranas que los hombres. (Gráfico No.3).

En relación con el consumo de alcohol, se encontró que en promedio durante el período evaluado, el 70 % de las personas no tuvieron cifras positivas para alcohol en sangre, del 30% restante, el mayor número de casos se presentó en los que presentaban valores de alcoholemia entre 50 y 150 miligramos de alcohol por ciento. Además, al evaluar la presencia de drogas, en los años 1998 y 1999 y primer semestre del 2000, se encontró que el 60% de las personas fallecidas por suicidio habían consumido al menos una droga de abuso (incluido el alcohol etílico), y se detectó un policonsumo cercano al 28 %, que incluía dos y hasta tres drogas, entre ellas: marihuana, cocaína y benzodiacepinas, en dos casos se detectó el consumo de antidepresivos tricíclicos y alcohol etílico simultáneamente.

Gráfico N° 3. Distribución del promedio de edad según el género. Medellín. Enero de 1992 a Junio de 2000.



CONSIDERACIONES FINALES

EL suicidio representa un problema de salud pública que debe ser estudiado en su multicausalidad, pues su reducción representaría una disminución ostensible de las muertes violentas.

La aparición cada vez más frecuente de casos de suicidio en menores de 10 años, debe ser motivo

de reflexión en las comunidades educativas y al interior de las familias, pues allí deben buscarse las causas que los motivan.

Es necesario realizar estudios que permitan establecer la asociación entre consumos de drogas, no solo del alcohol, con los actos suicidas consumados y con las tentativas de suicidio, pues los datos de los últimos años indican que hay cambios en los perfiles del consumo de las drogas de abuso, especialmente en los jóvenes menores de 25 años.

Se ha formulado la hipótesis de que el deterioro de la situación económica ha sido factor de riesgo para que las personas adultas hayan incrementado la proporción de casos de suicidio, por tanto se deben realizar estudios que permitan comprobarla.

Finalmente, es necesario diseñar y desarrollar programa de vigilancia en salud, orientados a monitorear el problema del suicidio en nuestra ciudad y porque no en las demás ciudades de Colombia, en forma de una red que permita tener información confiable y oportuna para detectar los factores susceptibles de intervención.

BIBLIOGRAFIA

Areiza A. "Mortalidad por Suicidio en Medellín desde Enero de 1981 a Junio de 1983. Estudio Descriptivo y Estudio de Casos y Controles". Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín. 1983.

Centro Nacional de Referencia sobre Violencia. Medicina Legal en Cifras. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá D.C. 1997.

Centro Nacional de Referencia sobre Violencia. Medicina Legal en Cifras. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá D.C. 1998.

Centro Nacional de Referencia sobre Violencia. Medicina Legal en Cifras. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá D.C. 1999.

Durkheim E. "EL SUICIDIO". Schpire Editor, Buenos Aires, 1971. (Obra originalmente publicada como Le Suicide en 1897.)

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. "Sinopsis de Psiquiatría" 7ª. Edición. Editorial Médica Panamericana. Bogotá D.C. 1996

: Organización Mundial de la Salud. Sistema de Información. <http://www.who.int/whosis>

: Rojas E. "Estudios sobre el Suicidio". Salvat Editores. 2a. edición. Barcelona. España. 1984.

: Roy A, editor. "SUICIDE". Editorial Williams and Wilkins. Baltimore. 1986.

: The New York Hospital. Cornell Medical Center. <http://www.noah.cuny.edu/sp/illness/mentalhealth/cornell/suicide/spsuicidemyth.html>

