

Diferencias de sexo asociadas al suicidio y años potenciales de vida perdidos: un estudio retrospectivo

Sex differences associated with suicide and potential years of life lost: a retrospective study

Diferenças de sexo associadas ao suicídio e anos potenciais de vida perdidos: um estudo retrospectivo

Viviana Alejandra Arcos Rodríguez¹; Andrés Fernando Suárez Molina²; María Antonella Zambrano León³; Sofía Liseth Tarapuez Cuatin⁴

¹ Magíster en Métodos de Investigación en Educación. Fundación Universitaria San Martín, Colombia. viviana.arcos@sanmartin.edu.co, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1979-0893>

² Magíster en Epidemiología. Instituto Departamental de Salud de Nariño, Colombia. andressuarez@idsn.gov.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4141-8465>

³ Estudiante de Medicina. Fundación Universitaria San Martín, Colombia. 170211181109@est.sanmartin.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8522-4438>

⁴ Estudiante de Medicina. Fundación Universitaria San Martín, Colombia. 170211181101@est.sanmartin.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8736-0348>

Recibido: 18/11/2021. Aprobado: 13/02/2023. Publicado: 31/03/2023

Arcos Rodríguez VA, Suárez Molina AF, Zambrano León MA, Tarapuez Cuatin SL. Diferencias de sexo asociadas al suicidio y años potenciales de vida perdidos: un estudio retrospectivo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2023;41(2):e350940. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e350940>

Resumen

Objetivo: Identificar las diferencias de sexo asociadas a los años potenciales de vida perdidos por suicidio en el departamento de Nariño, periodo 2005-2019. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo observacional y retrospectivo, en el que se analizaron 1686 certificados de defunción por suicidio de hombres y mujeres en el departamento de Nariño, identificados en el Departamento Nacional Administrativo de Estadística. **Resultados:** En el periodo 2005-2019, se observaron 1212 suicidios en hombres y 474 en mujeres. Estas se suicidaron a edades más bajas que aquellos. El 50,5 % de los hombres habían cursado básica primaria, y el 46,0 % de

las mujeres, básica secundaria. El mayor número de casos de suicidios en hombres y mujeres se presentaron en el área urbana (51,2 % y 45,1 % respectivamente). El envenenamiento fue el mecanismo de suicidio más utilizado por las mujeres (66,7 %), y para los hombres, el mayor porcentaje (41,7) correspondió al ahorcamiento. La tendencia anual de muertes por suicidio fue mayor en hombres que en mujeres. En aquellos, la tasa de suicidio se situó por encima de 4,5 suicidios por 100 000 habitantes, mientras que, en ellas, se mantuvo por debajo de 3,0. **Conclusiones:** Hubo un aumento en la tendencia de muertes en el periodo de tiempo analizado y el riesgo de morir

por suicidio en el hombre fue 3,9 veces el riesgo de morir en una mujer. El estudio contempla importantes aspectos para ser abordados en la prevención del suicidio.

-----*Palabras clave:* años potenciales de vida perdidos, mortalidad, sexo, suicidio.

Abstract

Objective: To identify the sex differences associated with the potential years of life lost due to suicide in the department of Nariño, from 2005 to 2019. **Methodology:** Descriptive, observational and retrospective study, in which 1686 death certificates by suicide of men and women in the department of Nariño, identified in the National Administrative Department of Statistics, were analyzed. **Results:** From 2005 to 2019, 1,212 suicide cases of men were observed and 474 of women. Women committed suicide at younger ages than men. 50.5% of the men had completed primary school, and 46.0% of the women, secondary school. The highest number of suicide cases of men and women occurred in the urban area (51.2% and 45.1%

respectively). Poisoning was the suicide mechanism most used by women (66.7%), and for men, the highest percentage (41.7) corresponded to hanging. The annual trend of deaths by suicide was higher in men than in women. For men, the suicide rate was above 4.5 suicides per 100,000 inhabitants, while for women, it remained below 3.0. **Conclusions:** There was an increase in the trend of deaths in the period analyzed and the risk of dying by suicide in men was 3.9 times the risk of dying by suicide in women. The study contemplates important aspects to be addressed in suicide prevention.

-----*Keywords:* potential years of life lost, mortality, sex, suicide.

Resumo

Objetivo: Identificar as diferenças de sexo associadas aos anos potenciais de vida perdidos por suicídio no departamento de Nariño, no período 2005-2019. **Metodologia:** Estudo de tipo descritivo observacional e retrospectivo, em que foram analisados 1686 certificados de óbito por suicídio de homens e mulheres no departamento de Nariño, identificados no Departamento Nacional Administrativo de Estatística. **Resultados:** No período de 2005-2019, observaram-se 1212 suicídios em homens e 474 em mulheres. Elas suicidaram-se em idades menores do que eles. O 50,5% dos homens cursaram o ensino fundamental, e o 46% das mulheres o ensino médio. O maior número de casos de suicídios em homens e mulheres apresentou-se na área urbana (51,2% y 45,1%, respectivamente).

O envenenamento foi o mecanismo de suicídio mais utilizado pelas mulheres (66,7%), e para os homens, a maior percentagem (41,7%) correspondeu ao enforcamento. A tendência anual de mortes por suicídio foi maior em homens do que em mulheres. Neles, a taxa de suicídio esteve por cima de 4,5 suicídios por 100.000 habitantes, enquanto nelas se manteve abaixo de 3,0. **Conclusões:** Houve um aumento na tendência de mortes no período de tempo analisado e o risco de morrer por suicídio no caso dos homens foi 3,9 vezes o risco de morrer de uma mulher. O estudo contempla aspectos importantes a serem abordados na prevenção do suicídio.

-----*Palavras-chave:* anos potenciais de vida perdidos, mortalidade, sexo, suicídio

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “el suicidio es un grave problema de salud pública a nivel mundial” [1, p. 7]. Este fenómeno ha evidenciado un alto impacto social, “con amplios efectos en las familias como en las comunidades” [2].

Considerando lo anterior, es importante situar algunos aspectos epidemiológicos que permiten visibilizar el problema a nivel mundial en torno al suicidio. En este sentido, Fazel y Runeson [3] indican que, a ese nivel, en el año 2016 hubo un estimado de 793 000 muertes por suicidio, representando así una tasa de suicidio global anual estandarizada por edad de 10,5 por 100 000 habitantes. Así mismo, el Ministerio de Salud señala que el

suicidio “se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años” [4].

En Colombia, “se reportaron 19 977 suicidios en el decenio 2008-2017, en los 6 primeros años las tasas oscilaron entre 4.2 y 4.5 por 100 000 habitantes, mientras que durante el período 2014-2017 han mostrado un ascenso constante de 4.3 a 5.7” [5]. Las muertes por lesiones autoinfligidas pasaron de 2118 casos en el 2010 a 2927 en el 2019; en este año murieron 587 mujeres por suicidio [6].

En el perfil epidemiológico de Nariño, realizado para el periodo de 1995 a 2003, se encontró una razón hombre/mujer en suicidios de 2:1, con una mayor frecuencia de casos en el grupo etéreo de 18 a 24 años. La intoxicación fue el mecanismo más utilizado para cometer el hecho, (70%); de estos hechos el 80% ocurrieron en las casas.

En este periodo se encontró una tendencia ascendente, pasando de una tasa de 3 por 100.000 habitantes, en el año 1995, a 7 por 100.000 habitantes, en el 2003; que contrastaba con la tendencia a la disminución en el nivel nacional en el último quinquenio, donde las tasas oscilaban entre 4 y 6 por 100.000 habitantes [sic] [7].

En la ciudad de Pasto, se resalta el estudio desarrollado en menores de 18 años (análisis de datos de 151 pacientes) con intento suicida, hospitalizados entre el 2016 y 2017 [8]. Este estudio indica una prevalencia de 0,8 casos por mil ingresos, la edad promedio fue de 14,7 años y el 74 % (112) fueron niñas. El 61,6 % (58) de la población con intento suicida tenía un ambiente familiar disfuncional, y los problemas académicos y la depresión se presentaron con alta frecuencia.

Desde otra perspectiva, la literatura científica ha reportado diversos factores de riesgo asociados al suicidio. Autores como Fazel y Runeson [3] mencionan como principales factores las características genéticas, psicológicas y de personalidad. En esta misma línea, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) [9] agregan a esta lista los factores sociales y asociados con el sistema de salud, entre ellos: dificultades para acceder a la atención en salud, la negación ante la necesidad de asistencia oportuna, la facilidad en la disposición y el acceso a mecanismos de suicidio y medios de difusión relacionados con este. Cuesta [10], por su parte, refiere que en el fenómeno del suicidio intervienen otros factores, como los sociales, culturales, biológicos y medioambientales.

En concordancia con lo anterior y situándose en el contexto del presente trabajo, las diferencias de sexo como un factor de riesgo asociado al suicidio han sido ampliamente estudiadas. Autores como Lee *et al.* [11] desarrollaron un estudio en adolescentes, siendo uno de sus elementos las diferencias de sexo en el suicidio consumado. En él, se reportaron datos sociodemográficos importantes, describiendo que las mujeres, al momento del suicidio, tenían más probabilidades de ser estudiantes, mientras que los hombres tenían más probabilidades de tener un empleo. Según se reporta en ese estudio, el ahorcamiento fue el método de suicidio más frecuente en las mujeres, mientras que las armas de fuego fueron utilizadas solo por los hombres.

Por su parte, Cha *et al.* señalan que “el comportamiento suicida y la autoagresión deliberada son conductas más comunes en mujeres, pero el suicidio consumado es más común en los hombres” (citados en [11, p. 251]).

Los hallazgos de una revisión sistemática en conducta suicida en adolescentes y jóvenes indican que las mujeres tenían un riesgo dos veces mayor de intentos de suicidio que los hombres, mientras que estos tenían un riesgo tres veces mayor a morir por suicidio que aquellas [12].

Callanan y Davis [13] destacan que los hombres con antecedentes de trastornos depresivos tenían más probabilidades de suicidarse por ahorcamiento, mientras que las mujeres con depresión tenían menos probabilidades de morir por este mecanismo, en comparación con las mujeres sin antecedentes de depresión.

Reconociendo la problemática en torno al suicidio, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia adopta la Política Nacional de Salud Mental [14] y expone que la conducta suicida se instituye como un fenómeno altamente relevante en salud pública, dadas sus implicaciones individuales, familiares y sociales. Por su parte, la OPS propone que las intervenciones para la prevención de la conducta suicida deben abordar los determinantes de la salud mental, entre ellos, el sexo (citada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [15]).

En respuesta a esto, las investigaciones que estudian el suicidio se consideran pertinentes en la medida en que sus hallazgos aportan a las intervenciones públicas. En el mismo sentido, Miranda *et al.* [12] mencionan que los estudios respecto al género y el suicidio son un referente importante que contribuye a mejorar el conocimiento y a optimizar programas de prevención que permitan abordar de forma pertinente esta problemática.

Los estudios relacionados con las diferencias de sexo y suicidio tienen implicaciones para la salud pública, puesto que al comprender esta problemática surge la necesidad de establecer acciones de prevención del suicidio específicas para el sexo [11]. Así mismo, “sirven como pasos iniciales para mejorar el enfoque científico, la base de conocimientos y, en última instancia, la prevención de pensamientos y comportamientos suicidas” [16]. De esta manera, el presente estudio es un referente para la ciudad de Pasto, con aportes relevantes para los actores de la salud pública y la comunidad profesional y científica, quienes puedan dirigir acciones, investigaciones y programas de prevención del suicidio más específicos para el sexo.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y reconociendo que factores sociodemográficos como el sexo vinculado al suicidio cobran gran relevancia, a partir de la pregunta problema: ¿cuáles son las diferencias de sexo asociadas al suicidio en el departamento de Nariño en el periodo 2005-2019?, mediante este trabajo se buscó identificar las diferencias de sexo asociadas a los años potenciales de vida perdidos por suicidio en el departamento de Nariño, en el periodo 2005-2019.

Metodología

El estudio fue desarrollado bajo una metodología cuantitativa, observacional, descriptiva de corte. Se usó el usuario y contraseña asignada por el Ministerio de Salud

y Protección Social de Colombia (Minsalud) a uno de los investigadores, para acceder al cubo de defunciones del Sistema Integrado de Información de la Protección Social del Minsalud. Este cubo permite realizar consultas, en forma de datos tabulados, de la base de datos de los certificados de defunción administrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

En la investigación se incluyeron los registros de defunción con causa básica de muerte: lesiones autoinfligidas intencionalmente, es decir, aquellas con códigos que iban desde X60 a X84, de acuerdo con la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (residencia en el departamento de Nariño y fecha de muerte entre los años 2005 y 2019). De esta consulta se identificaron 1688 casos, y se excluyeron 2 casos que no tenían información de edad o sexo. Los datos fueron consultados el 28 de febrero de 2021.

Las variables incluidas en el análisis fueron: año de ocurrencia de la muerte, sexo, edad, escolaridad, área de residencia, régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud y mecanismo empleado para la lesión autoinfligida.

Inicialmente, se presentó la tendencia anual de las muertes entre hombres y mujeres mediante gráficos de líneas. En cada año, se midió la diferencia entre las muertes de hombres y mujeres a través de la razón de casos; se usó la prueba de diferencia del signo para evaluar estadísticamente la tendencia de los casos y la razón.

Posteriormente, se compararon las variables sociodemográficas entre hombres y mujeres; la edad fue resumida mediante la media, con intervalo de confianza de 95 % y desviación estándar. Se empleó la prueba *t* de Student para comparar estadísticamente las diferencias. Las demás variables fueron resumidas en frecuencias absolutas y relativas.

Además, se evaluó la asociación de las características sociodemográficas y el sexo a través de la prueba chi-cuadrado de Pearson. En los casos en los que más del 20 % de las celdas tenían una frecuencia esperada menor que 5, se utilizó la prueba exacta de Fisher con valor *p* simulado. En todos los casos se consideró 5 % como el umbral de significancia estadística.

Se estimó el riesgo de morir por suicidio en hombres y mujeres mediante el cálculo de tasas de suicidio ajustadas por edad; se empleó el método directo y la población mundial estándar para su ajuste.

Asimismo, se utilizaron las proyecciones de población por grupo de edad y sexo dispuestas por el DANE para el cálculo de las tasas específicas de mortalidad por suicidio. Este es un paso intermedio para el ajuste de las tasas.

La diferencia del riesgo de morir por suicidio entre hombres y mujeres se midió con la razón de tasas ajustadas. Todos los resultados se dispusieron en gráficos de líneas.

Se calcularon los años potenciales de vida perdidos (APVP) y su distribución según el sexo del fallecido, em-

pleando el método de series de esperanza de vida por edad estándar, con el fin de seguir la metodología adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [17].

Los APVP por suicidio se presentaron en un gráfico de líneas, y la distribución porcentual por sexo de los APVP, en barras apiladas.

Para el procesamiento estadístico de la información se utilizó Microsoft Office Excel®, con la licencia de la Fundación Universitaria San Martín, como cliente para la consulta de los datos en el cubo de defunciones y para la proyección de las tablas y las figuras. Las pruebas de asociación se realizaron en el programa de libre distribución R versión 4.1.2. Se empleó el paquete *Alternative Time Series Analysis (aTSA)* de R para la prueba de tendencia. El cálculo de las tasas ajustadas y los APVP se llevó a cabo en el paquete de libre distribución *Epidat 4.2*, a través del módulo de demografía.

La investigación fue aprobada por el Comité de Investigaciones de la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto (Acta PYI2020 del 24 de junio de 2020), considerada bajo la Resolución 8430 de 1993 [18] como una investigación sin riesgo.

Los investigadores no tuvieron acceso a los microdatos de las defunciones, solo a consultas tabuladas, lo que garantiza la confidencialidad de la información.

Resultados

Se analizaron 1686 muertes por suicidio en el departamento de Nariño; de ellos, el 71,9 % se registraron en hombres ($n = 1212$) y el 28,1 % en mujeres ($n = 474$).

La Figura 1 compara la tendencia anual de los suicidios entre hombres y mujeres durante el periodo de estudio y presenta la razón de suicidios entre los grupos estudiados. Se encontró que, durante la ventana de observación, los hombres presentaron sostenidamente más muertes por suicidio que las mujeres; el comportamiento en hombres fue irregular (valor $p = 0,5$); sin embargo, los años 2018 y 2019 presentaron las cifras más altas de suicidios desde 2007. En las mujeres, la tendencia de muerte por suicidio desde el año 2007 es estadísticamente decreciente (valor $p = 0,023$).

La diferencia relativa de las muertes por suicidio entre hombres y mujeres se mantuvo al alza durante el periodo de estudio (valor $p = 0,032$). En este sentido, en el 2005 se registraron 1,7 suicidios en hombres por cada suicidio en mujeres; para 2019, la razón ascendió a 3,9 suicidios en hombres por cada mujer suicida.

También se compararon las características sociodemográficas de los hombres y de las mujeres que se suicidaron; los resultados se presentan en la Tabla 1.

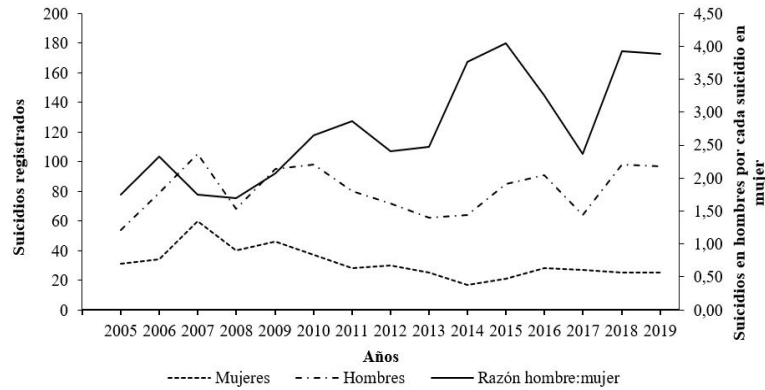


Figura 1. Tendencia anual de las muertes por suicidio según sexo y tendencia de la razón hombre:mujer de suicidios. Nariño, 2005-2019.

Fuente: Elaboración de los autores, a partir de datos consultados en el cubo de defunciones del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Tabla 1. Datos sociodemográficos de hombres y mujeres fallecidos por suicidio

Variable	Categoría	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Valor p – Prueba Chi ²
Total		474 (100)	1212 (100)	
Edad	Promedio (ic 95%) - desviación estándar	26,0 (24,8-27,2) - 13,7	33,9 (33,0-34,8) - 16,3	0,00*
Régimen de afiliación	Contributivo	29 (6,1)	111 (9,2)	0,04
	Subsidiado	233 (49,2)	608 (50,2)	
	Excepción/Especial	4 (0,8)	29 (2,4)	
	Sin información	208 (43,9)	464 (38,2)	
Área de residencia	Urbana	214 (45,1)	620 (51,2)	0,125
	Centro poblado	72 (15,2)	177 (14,6)	
	Rural dispersa	183 (38,6)	406 (33,5)	
	Sin información	5 (1,1)	9 (0,7)	
Nivel educativo	Sin escolaridad	14 (4,7)	27 (3,2)	0,045
	Primaria	129 (43,0)	432 (50,5)	
	Secundaria	138 (46,0)	322 (37,7)	
	Técnica o tecnológica	6 (2,0)	18 (2,1)	
	Profesional o superior	13 (4,3)	56 (6,5)	
	Sin información	174 (36,7)	357 (29,5)	
Mecanismo usado	Envenenamiento	316 (66,7)	477 (39,4)	0,00**
	Ahorcamiento	117 (24,7)	506 (41,7)	
	Disparo arma de fuego	11 (2,3)	160 (13,2)	
	Objeto cortante	5 (1,1)	16 (1,3)	
	Ahogamiento-sumersión	5 (1,1)	7 (0,6)	
	Arrojarse frente a un vehículo	1 (0,2)	3 (0,2)	
	Exposición al humo o material explosivo	1 (0,2)	3 (0,2)	
	Otros medios	5 (1,1)	11 (0,9)	

ic: Intervalo de confianza; * Prueba t -Student; ** Prueba exacta de Fisher, con valor p simulado

Fuente: Elaboración de los autores, a partir de datos consultados en el cubo de defunciones del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Se encontró que las mujeres se suicidaron a edades estadísticamente más bajas que los hombres (valor $p = 0,00$); en este sentido, ellas se suicidaron, en promedio, a los 26 años (desviación estándar 13,7 años), y ellos, a los 33,9 años (desviación estándar 16,3 años).

Con relación al régimen de afiliación, el 50,2 % de los casos de suicidio en hombres pertenecía a régimen subsidiado, y en mujeres, el 49,2 %. El régimen de afiliación y el sexo de los suicidas se asoció estadísticamente (valor $p = 0,04$).

El mayor porcentaje de los suicidios se presentó en personas que residían en el área urbana; para los hombres, el 51,2 %, y en mujeres, 45,1 % respectivamente, aunque no se identificó una asociación estadística entre el área de residencia y el sexo de los suicidas (valor $p = 0,45$).

En cuanto al nivel educativo, el 50,5 % de los hombres habían cursado básica primaria, y el 46,0 % de las mujeres, básica secundaria. La escolaridad y el sexo de los suicidas mostró una asociación estadísticamente significativa (valor $p = 0,045$).

El envenenamiento fue el mecanismo de suicidio más empleado por las mujeres (66,7 %); en contraste, los hombres usaron con mayor frecuencia el ahorcamiento (41,7 %). Las diferencias entre los métodos empleados por hombres y mujeres presentaron significancia estadística (valor $p = 0,00$).

Durante el periodo de estudio, la tasa de suicidio en hombres fue mayor que la tasa en mujeres. En hombres, la tasa de suicidio se situó por encima de 4,5 suicidios por 100 000 habitantes, mientras que en mujeres se mantuvo por debajo de 3,0.

Las diferencias de las tasas ajustadas de suicidio entre hombres y mujeres han aumentado; en el quinquenio 2005-2009, el riesgo de morir por suicidio de los hombres fue 2,1 veces el riesgo de las mujeres; estas brechas se incrementaron, y para el periodo 2015-2019, el riesgo de morir por suicidio en los hombres fue 3,6 veces el riesgo de las mujeres (véase Figura 2).

Se calcularon los APVP por suicidio en Nariño y su distribución según el sexo del fallecido; los resultados se presentan en la Figura 3.

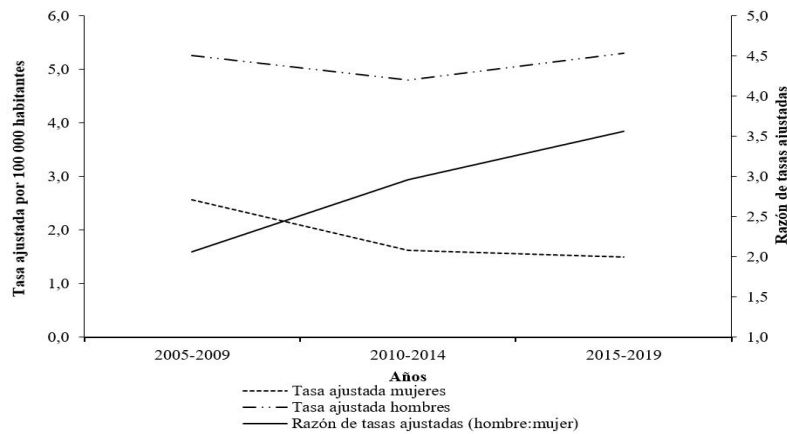


Figura 2. Tasas ajustadas de suicidio y razón de tasas ajustadas en hombres y mujeres. Nariño, 2005-2019.

Fuente: Elaboración de los autores, a partir de datos consultados en el cubo de defunciones del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

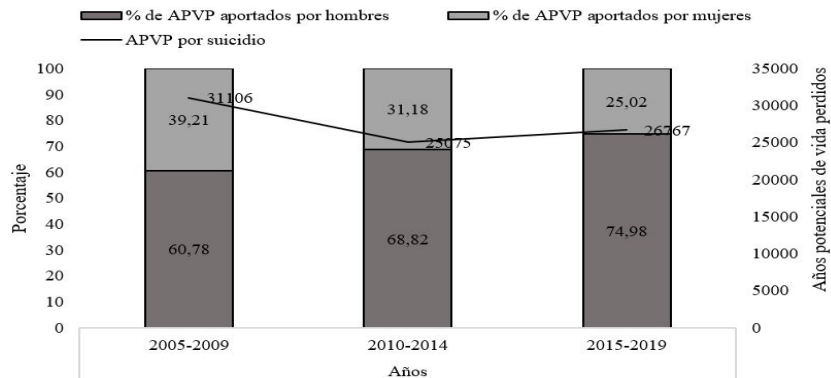


Figura 3. Tendencia de los años potenciales de vida perdidos por suicidio y su distribución por sexo. Nariño, 2005-2019. APVP: años potenciales de vida perdidos.

Fuente: Elaboración de los autores, a partir de datos consultados en el cubo de defunciones del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Entre 2005 y 2009, Nariño perdió 31 106 APVP a causa del suicidio; el 60,8 % de estos años fue aportado por hombres. En el periodo 2010-2014 se redujo la mortalidad prematura por suicidio, alcanzando 25 075 APVP; sin embargo, el porcentaje de años aportados por hombres aumentó a 68,8 %. Finalmente, en el lustro 2015-2019, Nariño perdió 26 767 APVP por suicidio, carga aportada en el 75,0 % por hombres.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue determinar las diferencias de sexo asociadas a la carga de mortalidad por suicidio en el departamento de Nariño, durante el periodo 2005-2019. En cuanto a las implicaciones para la salud pública derivadas de los estudios relacionados con las diferencias de sexo asociadas al suicidio, Lee *et al.* [11] ratifican que sus hallazgos son un camino importante para orientar acciones específicas de prevención y, así mismo, Cha *et al.* mencionan que “ofrecen oportunidades de intervención” [16].

Con relación a las características sociodemográficas de hombres y mujeres que se suicidaron, los resultados de este estudio indican que el porcentaje de suicidios es mayor en hombres que en mujeres; los hombres tienen mayor probabilidad de morir por suicidio que las mujeres [11,16]. En este contexto, se resalta la necesidad de estudiar los grupos de factores de riesgo, con el fin de plantear propuestas de prevención [19] específicas según el sexo.

En el departamento de Nariño, durante el periodo 2005-2019, la mayoría de los casos de suicidio se presentaron en población joven tanto en hombres como en mujeres. Al respecto, Fontanella *et al.* [20] mencionan que el suicidio en jóvenes se ha constituido en un problema de salud pública y Ruch *et al.* [21] indican el aumento de las tasas de suicidio juvenil. La situación descrita da cuenta de la necesidad de gestar estrategias de prevención específicas para la población, como también “se justifica la investigación futura para examinar los factores de riesgo y protección específicos del sexo asociados con el suicidio juvenil y cómo estos determinantes pueden informar las intervenciones” [21].

En lo que se refiere al nivel de escolaridad, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses [22] señala que, en los fallecimientos por suicidio, predomina el bajo nivel de formación, siendo escasa la participación de víctimas con formación superior. En línea con lo anterior, en la presente investigación se destaca que el 50,5 % de los hombres habían cursado primaria y el 46,0 % de las mujeres, secundaria; la formación superior de hombres y mujeres fue muy baja.

En concordancia con lo anterior, la hipótesis del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses [22] indica

que un alto nivel educativo podría constituirse como factor protector, en la medida en que facilita la interacción entre pares; aumenta y fortalece la red de amigos; dota a las personas de herramientas para afrontar situaciones estresantes; le permite, en cierta medida, acceder al mercado laboral y, por ende, satisfacer las necesidades básicas y acceder al sistema de protección social.

Respecto al mecanismo de suicidio, el presente estudio muestra que el envenenamiento fue más utilizado por las mujeres, y en los hombres, el ahorcamiento. Es este un resultado similar al hallado en el estudio de Benavides, Villota y Villalobos [19], que menciona que dentro de los estudios que abordan los suicidios consumados, los principales mecanismos encontrados son los generadores de asfixia, como el ahorcamiento, y en los tóxicos, se encuentra el envenenamiento. Al respecto, Pantoja *et al.* mencionan “que la fácil adquisición de sustancias tóxicas en el mercado y en el hogar generan un riesgo potencial para la población [...] por esto, se hace necesario controlar de una manera estricta este hecho por parte de las autoridades de salud pública” [8].

Con relación a la tasa de suicidio, en los hombres se situó por encima de 4,5 suicidios por 100 000 habitantes, y en las mujeres, por debajo de 3,0. Respecto a las tasas de suicidio por sexo, estudios previos [23,24] señalan que la tasa de suicidio en hombres es mayor que la tasa en mujeres.

Por otro lado, el estudio de Román Moncada y Huaracaya [25] encontró que la tasa de suicidio aumentó de forma significativa durante los años 2017 (1,44 muertes/100 000 hab.) a 2019 (1,95); de forma similar, en el departamento de Nariño, en los años 2017, 2018 y 2019 se registró un incremento importante en el número de casos, pasando de 64 a 99. En el quinquenio 2005-2009, el riesgo de morir por suicidio de los hombres fue 2,1 veces el riesgo de las mujeres. Estas brechas aumentaron, y para el periodo 2015-2019, el riesgo de morir por suicidio en los hombres fue 3,6 veces el riesgo de las mujeres.

Conclusiones

Se concluye que, en el periodo analizado (2005-2019), el riesgo de morir por suicidio muestra una marcada diferencia entre hombres y mujeres, registrando una brecha desfavorable para los hombres y la población joven. Tales resultados pueden generalizarse de acuerdo con las investigaciones presentadas en líneas anteriores.

Este estudio aporta información importante en el marco de las diferencias de sexo asociadas a la carga de mortalidad por suicidio en el departamento de Nariño. No obstante, existen limitaciones a considerar: es probable que existan sesgos de información, debido a la cobertura de la certificación de las muertes, que es de 22,2 % para el departamento de Nariño, a partir de

estimaciones realizadas por el DANE con datos del Censo Nacional de Vivienda de 2018 (DANE, 2018) [26].

En el análisis abordado se identificaron diferencias demográficas de los suicidios entre hombres y mujeres; sin embargo y de acuerdo con el diseño del estudio, no fue posible hacer inferencias estadísticas de orden causal, aspecto relevante para ser considerado en otras investigaciones.

Declaración de fuentes de financiación

Este trabajo fue financiado por la Fundación Universitaria San Martín.

Declaración de conflicto de intereses

Se declara que no existe ningún conflicto de interés con respecto a la investigación, autoría y publicación de este manuscrito.

Declaración de responsabilidad

Se declara que los autores son responsables de la información declarada y de su veracidad.

Declaración de contribución por autores

Viviana Arcos Rodríguez, Andrés Fernando Suarez Molina, Sofía Lisbeth Tarapuez y María Antonella Zambra contribuyeron en la concepción del diseño del artículo y en la interpretación de los datos. Participaron en el diseño del trabajo de investigación y en la revisión crítica de su contenido intelectual. Los autores intervinieron en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y están en la capacidad de responder por todos los aspectos del manuscrito de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas.

Referencias

1. World Health Organization. Suicide in the world. Global health estimates [internet]. 2019 [citado 2023 ene. 23]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>
2. Cerel J, Brown MM, Maple M, et al. How many people are exposed to suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49(2):529-34. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
3. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med* [internet]. 2020 [citado 2022 jul. 23]; 382(3):266-74. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMr1902944>
4. Ministerio de Salud. Boletín de salud mental. Conducta suicida. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [internet]. 2018 [citado 2023 ene. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
5. Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia [internet]. (2018) [citado 2022 nov. 20]. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documentos/20143/262076/Forensis+2017+Interactivo.pdf/0a09fedbf5e8-11f8-71ed-2d3b475e9b82>
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas vitales – EEVV. Cifras definitivas año 2019. Bogotá: Dirección de Censos y Demografía, DANE [internet]. 2020 [citado 2023 ene. 25]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2019.pdf>
7. Peña MP, Ortiz Y, Gutiérrez MI. El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del departamento. *Pensamiento Psicológico* [internet]. 2009 [citado 2022 jul. 23]; 6(13):97-108. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80112469008.pdf>
8. Pantoja F, Rodríguez A, et al. Epidemiología del intento suicida en menores de 18 años atendidos en el Hospital Infantil los Ángeles, Pasto, Colombia. *Univ. Salud.* 2019;21(1):19-26. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.192101.136>
9. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [internet]; 2014 [citado 2023 ene. 23]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=
10. Cuesta-Revé D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Rev Mex Pediatr* [internet]. 2017. [citado 2022 jul. 23]; 84(2):72-77. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediatr/sp-2017/sp172f.pdf>
11. Lee S, Dwyer J, Paul E, et al. Differences by age and sex in adolescent suicide. *Aust N Z J Public Health.* 2019;43(3):248-53. DOI: <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12877>
12. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health.* 2019;64(2):265-83. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
13. Callanan VJ, Davis MS. Gender differences in suicide methods. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47, 857-69. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0393-5>
14. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental. Colombia; 2018.
15. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia. Colombia; 2021.
16. Cha CB, Franz PJ, Guzmán EM, et al. Annual research review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018;59(4):460-82. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
17. Colombia, Ministerio de la Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. [internet]; 2014. [citado 2023 feb. 6]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>
18. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 008430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct. 4).

19. Benavides B, Villota N, Villalobos F. Conducta suicida en Colombia: una revisión sistemática. *Rev. Psicopatol. Psicol. Clin.* 2019;24:181-95. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>
20. Fontanella CA, Warner LA, Steelesmith DL, et al. A national comparison of suicide among medicaid and non-medicaid youth. *Am J Prev Med.* 2019;56(3):447-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.10.008>
21. Ruch DA, Sheftall AH, Schlagbaum P, et al. Trends in suicide among youth aged 10 to 19 years in the United States, 1975 to 2016. *JAMA Netw Open.* 2019;2(5):e193886. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.3886> [Erratum in: *JAMA Netw Open.* 2019;2(6):e197687. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.7687>]
22. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento del suicidio en Colombia. Violencia autoinfligida, desde un enfoque forense. Bogotá; 2015.
23. Medina O, Díaz A, Rozo. A. Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Rev. Fac. Med [internet].* 2015 [citado 2022 jul. 31] 63(3):431-8. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a10.pdf>
24. Vey-Stephenson AZ, Crosby AE, Jack SPD, et al. Suicide trends among and within urbanization levels by sex, race/ethnicity, age group, and mechanism of death - United States, 2001-2015. *MMWR Surveill Summ.* 2017;66(18):1-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6618a1>
25. Román V, Moncada E, Huarcaya J. Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.005>
26. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo nacional de población y vivienda-2018. [internet]; 2018 [citado 2023 ene. 29]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>

