

Jesús David Suescún Arregoces¹,
Carmen Caballero- Domínguez²,
Carlos Fuentes López³,
Guillermo Ceballos Ospino⁴
*Parques Nacionales - Colombia,
Universidad del Magdalena- Colombia*

El presente estudio busca describir la mortalidad por suicidio en relación a variables como edad, género, estado civil, método, hora, día, etapa evolutiva y ocupación de los individuos en las ciudades de Santa Marta y Bucaramanga durante los años 2010 a 2014. Se analizó un total de 208 suicidios, 89 de los cuales se reportaron en Santa Marta, Magdalena, y 119, en Bucaramanga, Santander. De la misma forma, se destaca que del número total de casos, el 84% corresponde a hombres, y el 16%, a mujeres. Se hizo un análisis descriptivo retrospectivo de los datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Así mismo, se utilizó la prueba X² de Pearson para determinar la asociación entre las variables relacionadas. Dentro de los principales resultados, y en relación a los suicidios consumados, se observa una proporción mayor en hombres (84%) que en mujeres (16%). Además, el comportamiento de las frecuencias de suicidio por año muestra un patrón de estabilidad de 22.1% para los años 2010 y 2011, periodo a partir del cual comienza a descender levemente, hasta alcanzar un 16.3% de muertes por conducta suicida en el año 2014. Se concluye que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el género y el método utilizado para suicidarse. Respecto al día y la hora, se halló que los fines de semana y los jueves son los días en los que aumenta la frecuencia de suicidios, generalmente en las primeras doce horas del día. Finalmente, se resalta que del número total de suicidios consumados, el 41% correspondía a individuos solteros y el 45% no realizaba tareas profesionales.

Palabras clave: Suicidio, género, características sociodemográficas, Bucaramanga, Santa Marta.

The current study aims to describe mortality by suicide in relation to variables such as age, gender, marital status, method, time, day, evolutionary stage, and occupation of individuals in the cities of Santa Marta and Bucaramanga during the period 2010-2014. A total of 208 suicides were analyzed. 89 cases were reported in Santa Marta, Magdalena, and 119 cases, in Bucaramanga, Santander. In the same way, it is highlighted that 84% of cases occurred in men and 16%, in women. A retrospective descriptive analysis of the data provided by the National

Recibido: 15 de julio de 2016

Aceptado: 16-01-2017

1. Investigador de Parques Nacionales de Colombia.
2. Psicólogo e Investigador Universidad del Magdalena
3. Semillerista del Grupo de Psicología y Salud de la Universidad del Magdalena
4. Psicólogo e investigador Universidad del Magdalena, correspondencia guillermoceballos@gmail.com
Agradecimientos al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, a la subdirección de Servicios Forenses y al grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia por el Suministro de los datos para el desarrollo del presente estudio.

Institute of Forensic Medicine and Forensic Sciences was done. Besides, Pearson's X test was used to determine the association between gender and method used, day and time of death. Among the main results -and in relation to completed suicides-, there is a higher proportion of men (84%), compared to women (16%). In addition, the behavior of suicide frequencies per year shows a stable pattern of 22.1% for the 2010 and 2011. Then, it begins to decline slightly, reaching 16.3% of deaths due to suicidal behavior in 2014. Among the main conclusions, it was found that

there is not a statistically significant association between gender and the method used to commit suicide. Regarding the day and hour, it was concluded that weekends and Thursdays are the days when the frequency of suicides increases, especially during the first 12 hours of day. Finally, it is highlighted that 41% of the suicide victims were single and 45% did not perform professional tasks.

Keywords: Gender, Sociodemographic Characteristics,, Bucaramanga, Santa Marta.

El suicidio es uno de los temas que ha despertado mayor interés y que también ha sido objeto de estudio a lo largo de los años, en especial en las ciencias sociales, debido a que es considerado como un problema de salud pública mundial (Saravia, 2014). Este fenómeno es de tal importancia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 66ª Asamblea Mundial de Salud, efectuada en el año 2013, elaboró su primer plan de acción sobre salud mental de toda su historia. La prevención del suicidio hace parte del plan, cuyo propósito fundamental es tratar de reducir la tasa de suicidio en un 10% para el año 2020 (Mental health, 2013).

Se debe resaltar que el suicidio se considera como “el acto por el cual un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”. (OMS, 1976. p 22). El suicidio siempre será un evento espantoso; por lo general, no es muy frecuente, pero cada caso constituye una compleja historia individual, situación que lleva a la familia y los amigos de las víctimas a formarse una visión general del suicidio que resulta bastante difícil y dolorosa (Dorling, & Gunnell, 2003). Este fenómeno, como vemos, representa una experiencia cargada de sentimientos y emociones negativas, tanto para el núcleo familiar como social de la víctima.

Además, al hablar de suicidio, es necesario tener en cuenta dos conceptos básicos, la ideación y el comportamiento suicida. La primera se entiende como el deseo, el pensamiento o plan que se realiza acerca del acto suicida, o bien la cognición orientada a imágenes autodestructivas o a la pérdida del sentido de la vida (Sánchez, Cáceres & Gómez, 2002). El segundo “se entiende como un proceso que se presenta de forma gradual y que puede manifestarse de diversas formas, entre las que se encuentran el deseo o la manifestación de morir, la imagen de muerte y el intento

suicida...” Salazar, 2012. p 696). Además, según Mardomingo (1994), este comportamiento abarca el suicidio consumado, el intento suicida, las amenazas suicidas y la ideación suicida con ideas y pensamientos específicos.

Por otra parte, los estudios del comportamiento suicida se han venido presentando teniendo en cuenta factores multicausales, tales como la pobreza, el desempleo (Arroyave, Burdorf, Cardona, & Avendano, 2014; Ceccherini-Nelli, & Priebe, 2011; Rehkopf, & Buka, 2006), la pérdida de seres queridos, la discusión, o la ruptura de relaciones y los problemas jurídicos o laborales (Tuesca, & Navarro, 2003), los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso del alcohol y los estupefacientes (Ceballos, 2004), los maltratos en la infancia y el aislamiento social (Eckersley & Dear, 2002). Determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también influyen en un gran número de suicidios (Echeverry, Aristizábal, Barraza, Aristizábal, Martínez, & Montoya 2010; Palacio, et al. 2007; Organización Panamericana de la Salud, 2010). Igualmente, las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio (Echeverry, et al. 2010; Ortega, Manrique, Tovilla, López, & Cuartas, 2014). Otro aspecto que incide en el suicidio y el género son los estilos de afrontamiento y el apoyo social, ya que existen diferencias de género halladas en investigaciones sobre conductas de búsqueda de ayuda. Muchos estudios sugieren que las mujeres buscan más ayuda que los hombres para intentar resolver sus problemas, lo cual puede explicarse por el rol que juega el género masculino en nuestra sociedad (Larkin, 2010).

En cuanto al método de suicidio, los resultados de las investigaciones, a nivel mundial y en Colombia, muestran que los hombres utilizan métodos más letales, como ahorcarse o dispararse, mientras que las mujeres se inclinan más

por el envenenamiento (Aja, 2009; Beautrais, 2006; Ellis, & Lamis, 2007; Medina, Mendoza, & Muñoz, 2009; Nordentoft & Branner, 2008; Organización Panamericana de la Salud, 2010; Payne, Swami, & Stanistreet, 2008). Esto también puede estar relacionado con los estereotipos asignados al género masculino, que se caracteriza por la prerrogativa de fortaleza, vigorosidad y, principalmente, por la expresión de emociones como la rabia y la agresión. En contraposición, al género femenino se le relaciona con características como la fragilidad, la expresividad, la emocionalidad y la orientación hacia la familia.

Asimismo, en lo que concierne a la relación entre el género y a la conducta suicida, se ha observado que los hombres consuman más los suicidios que las mujeres (Aja, 2009; Canetto, & Sakinofsky, 1998; Charry, 2009; González, et al., 2010; Pycha, et al., 2009). Igualmente, en los países europeos y los de habla inglesa se observa una relación hombre mujer de 3-4:1; en los países asiáticos, esta relación es de 2:1, o llega a igualarse, y únicamente en China las mujeres se suicidan el doble que los hombres (Hawton, 2000). Acorde a lo anterior, se puede deducir que los hombres optan por conductas suicidas más efectivas que las mujeres y; por lo general, la tasa de suicidio de las mujeres siempre es menor que en los hombres.

Con relación al estado civil de las personas que han consumado suicidio, el hecho de estar soltero, viudo o separado, ha sido considerado como un factor predisponente en diversas investigaciones (González, et al. 2010; Jacobs, et al., 2003; Payne et al., 2008; Wyder, Ward, & De Leo, 2009). Sin embargo, en el estudio de González et al. (2010), en la ciudad de Medellín, este hecho solo se asoció a los hombres. Esto se explicaría por la red de apoyo que presentan las mujeres, quienes por su rol social pueden solicitar ayuda más fácilmente en su entorno. Esta conducta está más restringida para los hombres, quienes no se consideran como personas débiles y; por ende, se asume que pueden solucionar sus problemas solos (Wyder, et al. 2009). No obstante, cabe mencionar que los problemas interpersonales parecen tener mayor influencia en las mujeres que en los hombres, lo cual podría desencadenar en un suicidio (Hawton, 2000; Payne, et al. 2008).

En Colombia, según la información del Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses (Cifuentes, 2014), el suicidio se convirtió en la cuarta forma de violencia en 2013, con una tasa de mortalidad de 3,84 por cada 100.000 habitantes. La relación entre géneros es de 4 a 1 a "favor" de los hombres; es decir, por cada mujer que se suicida,

cuatro hombres lo hacen. Ahora bien, Ramírez y Naranjo (2014) resaltan que, en relación a la edad, las tasas más altas de suicidio se presentaron en los siguientes rangos etarios: 18-19 años (6,74%), 20-24 años (6,54%), 25-29 años (5,63%), 30-34 años (5,55%) y en el grupo correspondiente a los 70-74 años (5,43%). El mayor número de casos se registró en el grupo quinquenal correspondiente a los 20-24 años (276 casos que equivalen al 15,25%), seguido del grupo de 25-29 años (215 casos, que corresponden al 11,88%). Con respecto al nivel educativo, el 85,21% (499) de las personas que cometieron suicidio contaban con grado de escolaridad hasta básica secundaria. Respecto al estado civil, el 48,08% (537) eran solteros. Además, el mecanismo causal más utilizado por ambos sexos fue el ahorcamiento, con un total de 957 casos (53%).

Así mismo, las razones para cometer suicidio fueron las siguientes: Los celos, la desconfianza y la infidelidad, con un 30,12%. Por otra parte, los fines de semana, sábados y domingos, son los días en donde se registraron más casos de suicidio, seguidos del día jueves. El rango de horas en que se presentaron los suicidios fue el siguiente: entre las 9:00 a.m. y las 6:00 p.m. ocurren el 44,5% de los suicidios, con mayor frecuencia entre las 3:00 y 6:00 p.m. (15,9%). En contraposición, la menor cantidad de suicidios se presentan en la madrugada (12:00 a 3:00 a. m.). La información suministrada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses también muestra que la conducta suicida en Colombia no ha sufrido cambios significativos durante la última década (Cifuentes, 2014).

Sin embargo, se ha logrado identificar un incremento del suicidio en los últimos años, especialmente en los adolescentes. Esto lo ha convertido en la tercera causa de muerte (Cervantes & Melo, 2008). Respecto a las tasas de suicidio de adolescentes en Colombia, estas también presentan un incremento en los últimos años. Según los resultados obtenidos por el Estudio Nacional de Salud Mental, se pudo determinar que el suicidio se encuentra entre las principales causas de muertes de jóvenes entre edades comprendidas entre los 12 y los 15 años. Es importante resaltar que la tendencia de suicidios entre adolescentes y adultos jóvenes va en crecimiento a nivel mundial (McKenzie, et al., 2005; Saman, Walsh, Borowko, & Odoi, 2008).

Finalmente, se destaca que el objetivo del presente estudio fue describir la mortalidad del suicidio en relación a variables como edad, género, estado civil, método, hora, día y ocupación de los individuos en las ciudades de Santa Marta y Bucaramanga durante los años 2010 a 2014.

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa observacional y descriptiva de las características de las personas residentes en las ciudades de Santa Marta y Bucaramanga, cuya causa de defunción fue el suicidio entre los años 2010 y 2014. Con datos de información secundarios sobre los casos de suicidio consumado, suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Subdirección de Servicios Forenses y el Grupo *Centro de Referencia Nacional sobre Violencia*, se logró establecer un total de 208 casos de suicidio en las ciudades de Santa Marta y Bucaramanga durante el periodo 2010–2014.

Cabe destacar que los estudios observacionales retrospectivos son aquellos en los que tanto la exposición como el evento de investigación ocurrieron antes de dar inicio al estudio. Por ello, el seguimiento se hace desde el pasado hasta el presente (Manterola, & Otzen, 2014). Las variables analizadas fueron las características sociodemográficas (género, edad, estado civil, ocupación, método utilizado, día y hora de fallecimiento) en las ciudades de Santa Marta, Magdalena, y Bucaramanga, Santander. Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado para establecer si existía una correlación significativa entre la variable género y el método utilizado, la edad y la hora del suicidio.

Es importante elucidar que la elección de las ciudades (Santa Marta y Bucaramanga) obedece en primer lugar al interés de los autores por realizar un trabajo conjunto entre investigadores que se encuentran radicados en las dos ciudades; este aspecto, sin duda, enriquece el caleidoscopio interpretativo del fenómeno.

De la misma manera, la facilidad para acceder a la información jugó un papel protagónico para realizar dicha elección. Finalmente, se resalta que durante el periodo 2010-2014, intervalo de tiempo seleccionado, las ciudades tuvieron un incremento porcentualmente parecido en relación al crecimiento poblacional, el porcentaje de distribución de la población por sexo, edad y niveles de escolaridad de las personas residentes (Dane, 2010).

En Colombia, el número de casos para este mismo período (2010 – 2014) fue de 9342. Luego del análisis de los datos se logró identificar que de los 208 suicidios consumados que se registraron durante los años 2010-2014, 89 se

presentaron en la ciudad de Santa Marta, Magdalena, y 119 casos en Bucaramanga, Santander. Asimismo, se halló que el 66% de estos suicidios se presentó en individuos entre los diez y los ochenta años de edad.

El comportamiento de las frecuencias por año muestra un patrón de estabilidad de 22% para los años 2010 y 2011, a partir de los cuales comienza a descender levemente, hasta alcanzar un 16% de muertes por comportamiento suicida en el año 2014 (Ver figura 1). Es importante destacar que las mayores proporciones de suicidios consumados se encuentran en los siguientes rangos etarios: el 47% entre los 20 y 39 años, el 24% entre los 55 y 80 años, el 20% entre los 40 y 49 años y el 9% entre los 10 a 19 años (Ver figura 2). Respecto al género, el conglomerado de datos sobre suicidios consumados en estas dos ciudades colombianas señalaron la existencia de una proporción mayor en sujetos de género masculino (84%), en comparación a los de género femenino (16%).

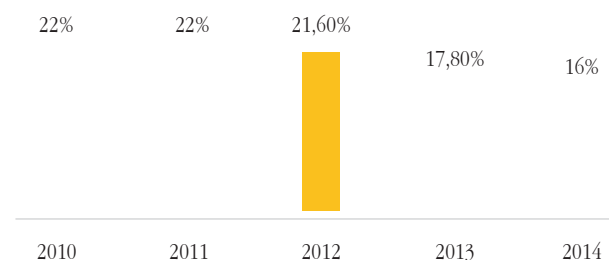


Figura 1. Suicidios Consumados 2010-2014: Santa Marta- Bucaramanga, construida según los datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.

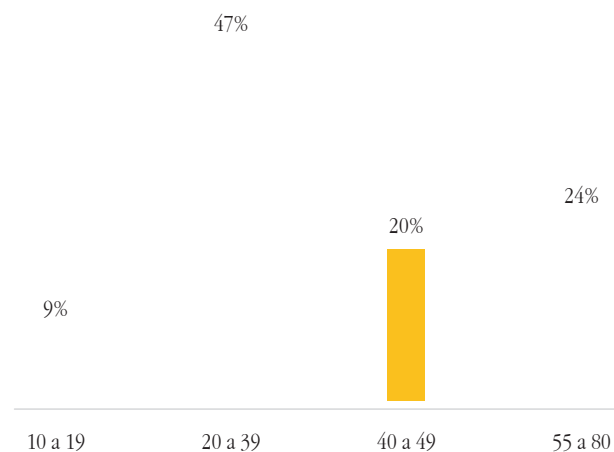


Figura 2. Suicidios Consumados 2010-2014, según el rango de edad, construida según los datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.

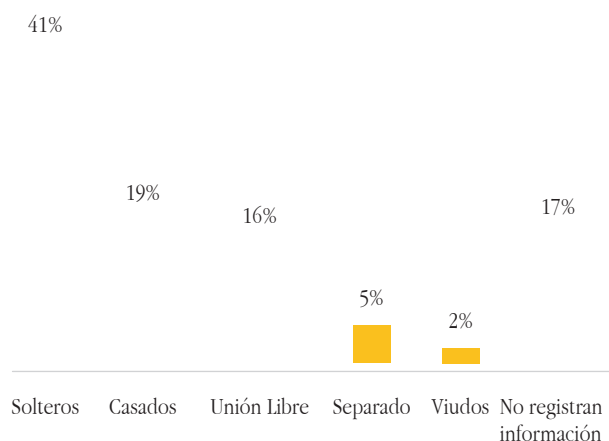


Figura 3. Suicidios Consumados 2010-2014, según estado civil, construida según los datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.

Por otra parte, y según el estado civil, las cifras de suicidio consumados indican que 86 de estos individuos eran solteros (41%), 39 estaban casados (19%), 34 vivían en unión libre (16%), diez se habían separado de su pareja (5%), y solo cuatro personas eran viudas (2%). Cabe mencionar que 35 sujetos (17%) no tenían registro de esta información (Ver figura 3).

Por otra parte, y en relación a la ocupación, se identificó que estos individuos se desempeñaban en diferentes ocupaciones: 93 desarrollaban actividades no profesionales (46%) y diez, actividades profesionales-universitarias (5%); además, los registros señalaron sujetos dedicados a ocupaciones específicas, las cuales se relacionan a continuación: un policía (0,5%), un recluso (0,5%), un habitante de la calle (0,5%), 3 soldados (1%), 3 universitarios (1%), 3 recicladores (1%), 8 pensionados (4%), 11 desempleados (5%) y 11 estudiantes (5%). No obstante, 63 de los sujetos (30%) no tenían reporte de esta información.

Por otra parte, para la muestra retrospectiva, los suicidios se distinguieron por ser llevados a cabo por diversos métodos: 116 personas recurrieron al ahorcamiento (56%), 37 utilizaron un arma de fuego (18%), 27 optaron por intoxicación o envenenamiento (13%), 23 eligieron la caída de altura (11%), tres usaron un arma corto-punzante (1%), una eligió la quemadura de fuego (0,5%) y una, la sofocación por falta de oxígeno (0,5%). En relación a la variable día de realización del suicidio, los datos permiten identificar una alta frecuencia de decesos, representada en 46 casos, el día domingo, lo que corresponde al 22%.

El día sábado registró una frecuencia de 34 suicidios, lo cual equivale al 16%, mientras que se reportaron 33 casos el día jueves, lo que corresponde al 16%; es decir, los fines y mediados de semana son los días con mayor frecuencia de suicidio. Dicha frecuencia fue menor los días lunes, martes, viernes y miércoles, con un total de 28, 23, 24 y 20 suicidios, respectivamente. La suma de estos casos equivale al 45% restante del total de suicidios. Por otra parte, cabe mencionar que no se tiene información de la hora de defunción de 88 de los casos, lo que corresponde al 42%. Sin embargo, se halló que 46 suicidios (22%) ocurrieron entre las 00:00 y las 5:59; 39 (14%), entre las 6:00 y las 11:59; 22 (11%) entre las 12:00 y las 17:59, y las 18:00 y las 23:59, respectivamente. Lo anterior indica que existe la tendencia de realizar el acto suicida en las primeras doce horas del día.

En relación con el género y el método de autolesión se encontró que la mayoría de los hombres realizaron el suicidio a través de procedimientos más violentos como el ahorcamiento, que se aplicó en 97 casos, y el uso de un arma de fuego, método seleccionado por 35 hombres.

El ahorcamiento también fue utilizado por 19 mujeres, pero estas también optaron por la intoxicación por envenenamiento en seis ocasiones. No obstante, la selección de un modo o procedimiento de autolesión no estuvo relacionada con el ser hombre o mujer ($\chi^2=10,525$ $_{Gl=6}$ $_{Sig=0,104}$), pues no se halló una asociación estadísticamente significativa entre el género y el método (ver tabla 1).

Ahora bien, la distribución de los casos de acuerdo a la etapa del desarrollo humano mostró que del 84% del total de decesos de sujetos masculinos, 74 casos eran adultos jóvenes (36%); 67 estaban en la adultez intermedia (32%); 22, en la adultez tardía (11%) y 12, en la adolescencia (6%). Mientras tanto, en lo que atañe a las mujeres, 11 de ellas se encontraban en la adultez joven o intermedia (5%); 7, en la adolescencia (3%); y 4, en la adultez tardía (2%). La interacción entre estas dos variables en la muestra general no demostró asociación significativa ($\chi^2=6,994$ $_{Gl=3}$ $_{Sig=0,072}$), lo que pone de manifiesto que el hecho de idear, planear y ejecutar la conducta suicida no está relacionada estadísticamente en esta muestra con alguna vulnerabilidad de género en las etapas del desarrollo humano (Ver Tabla 2).

De la misma manera, el análisis de frecuencias demuestra que, para el género masculino, la hora del deceso tiende a ocurrir entre las 00:00 y las 5:59. Esto fue lo que se registró en 42 casos, equivalentes al 20%. En este mismo orden de ideas, 25 suicidios ocurrieron entre las 6:00 y las 11:59, lo

que corresponde al 12%; así mismo, 19 casos tuvieron lugar entre las 12:00 y las 17:59, lo que representa el 9%. Finalmente, 18 suicidios acaecieron entre las 18:00 y las 23:59. En cuanto al género femenino, cinco casos (2%) cometieron

suicidio entre las 6:00 y las 11:59; cuatro casos (2%), entre las 00:00 y las 5:59, y entre las 18:00 y las 23:59, respectivamente; y tres casos (1%) se registraron entre las 12 a.m. y las 17:59 p.m. Cabe anotar que de 88 de los casos de suicidio (42%),

Tabla 1

Género y Método: Suicidios consumados 2011-2014

Masculino	F	97	18	3	21	35	0	1
	%	83,6	78,3	100,0	77,8	94,6	0,0	100,0
Femenino	F	19	5	0	6	2	1	0
	%	16,4	21,7	0,0	22,2	5,4%	100,0	0,0
Total		116	23	3	27	37	1	1

Nota. Tabla construida según los datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.

Tabla 2

Género y Etapa Evolutiva: Suicidios consumados 2011-2014

Masculino	F	12	74	67	22
	%	5,8	35,6	32,2	10,6
Femenino	F	7	11	11	4
	%	3,4	5,3	5,3	1,9
Total	F	19	85	78	26
	%	9,1	40,9	37,5	12,5

Nota. Datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.

Tabla 3

Género y Hora: Suicidios consumados 2010-2014

Masculino	F	42	25	19	18	71
	%	20,2	12,0%	9,1%	8,7%	34,1%
Femenino	F	4	5	3	4	17
	%	1,9	2,4%	1,4%	1,9%	8,2%
Total	F	46	30	22	22	88
	%	22,1	14,4	10,6%	10,6%	42,3%

Nota. Tabla construida según los datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.

Tabla 4

Asociaciones en Santa Marta-Bucaramanga: Suicidios consumados 2011-2014

	Chi2	3,129	4,833
Género-Hora	Gl	4	4
	Sg	0,536	0,305
Género-Etapa Evolutiva	Chi2	9,866	0,879
	Gl	3	3
	Sg	0,020	0,879
Género-Año	Chi2	2,763	0,591
	Gl	4	4
	Sg	0,598	0,964

Nota. Tabla construida por los investigadores con los datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.

en ambos géneros, no se tiene información con respecto a la hora del acto suicida. En fin, la hora de la comisión del suicidio y el género no tuvo asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=2,742$ $Gl=4$ $Sig=0,602$) (Ver Tabla 3).

A continuación se presentan las asociaciones propuestas a partir del análisis de los datos obtenidos. En este sentido, se encontró que el género y la hora del deceso no se encuentran asociados significativamente en los grupos de suicidios de las ciudades exploradas; esto mismo ocurre con respecto al género y el año. Sin embargo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el ser hombre o mujer y la etapa evolutiva de la víctima en la ciudad de Bucaramanga; sin embargo, dicha interacción de los datos no se aprecia en lo que atañe a la ciudad de Santa Marta (Ver tabla 4).

En el período estudiado se nota un descenso en la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes en los últimos años, pasando de 22 a 16 para el año 2014. Si bien el rango de edad en que se presentan los suicidios para ambas ciudades se encuentra comprendido entre los 10 y 80 años o más, el mayor porcentaje de suicidios se ubica en las personas

entre los 20 y los 39 años (47%), entre los 55 y los 80 años (24%), entre los 40 y los 49 años (20%), y entre los 55 y los 80 años (24%). Estos resultados son comparables a lo hallado en Colombia (Cifuentes, 2014; Posada-Villa, Rodríguez, Duque & Garzón, 2007).

Respecto al género, la proporción de suicidios en cada una de las dos ciudades estudiadas es de 5:1; es decir que por una mujer que se suicida, lo hacen 5 hombres, lo cual es mayor que la situación que se presentaba para el país en el año 2014. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estos resultados corresponden a un periodo de cinco años, lo cual puede explicar este incremento en la proporción con respecto a Colombia. No obstante, estos resultados ratifican lo encontrado en otros estudios epidemiológicos realizados en diferentes países; los hombres son mayoritariamente quienes más se suicidan (Aja, 2009; Canetto, & Sakinofsky, 1998; Charry, 2009; González, et al., 2010; Pycha, et al., 2009), exceptuando a China, único país en el cual el fenómeno se presenta más en las mujeres (Hawton, 2000).

Por otra parte, los datos encontrados muestran una constante muy parecida al resto del país, aunque 7 puntos porcentuales por debajo; se observó que el 41% de los suicidios consumados correspondían a personas solteras al momento de cometer el acto suicida, y en el país el porcentaje es 48%. Estos hallazgos corroboran estudios que plantean que el hecho de estar soltero, viudo o separado, ha sido considerado como un factor predisponente para el

suicidio (González, et al., 2010; Jacobs, et al., 2003; Payne, et al., 2008; Wyder, Ward, & De Leo, 2009). Esto puede deberse a la red de apoyo más restringida que poseen los hombres con respecto a las mujeres (Wyder et al., 2009).

Ahora bien, el método de suicidio más utilizado, en ambas ciudades, es el ahorcamiento con 116 casos (56%), similar a la media nacional, seguido de la utilización de arma de fuego con un 18%. No obstante, este método es más común en los hombres que en las mujeres. Luego, aparece la intoxicación o envenenamiento, con un 11% de los casos, pero este medio es más común en las mujeres que en los hombres. No obstante, se debe resaltar que la selección de un modo o procedimiento de autolesión no estuvo relacionado con el ser hombre o mujer ($\chi^2 = 10,525$ $Gl = 6$ $Sig = 0,104$). Así bien, no se identificó asociación estadísticamente significativa entre el género y el método de suicidio $\chi^2 (6, n=208) = 10,5249, p=0,1042$. En este sentido, se corrobora que los hombres utilizan modos de suicidio más letales, como ahorcarse o dispararse, mientras que las mujeres utilizan más el envenenamiento (Aja, 2009; Beautrais, 2006; Ellis, & Lamis, 2007; Medina, Mendoza, & Muñoz, 2009; Nordentoft & Branner, 2008; Organización Panamericana de la Salud, 2010; Payne, Swami, & Stanistreet, 2008). Los resultados planteados pueden estar relacionados con el papel que juega el género masculino en nuestra sociedad, lo que exige que el hombre tener mayor fortaleza y vigor, aunado al hecho de poder expresar emociones de rabia y agresión, mientras que el rol del género femenino se caracteriza por la fragilidad, la expresividad, la emocionalidad y la orientación hacia la familia (Nordentoft & Branner, 2008; Payne, Swami, & Stanistreet, 2008).

En relación a la ocupación, en ambas ciudades estudiadas, el suicidio se presenta mayoritariamente en sujetos que no poseen estudios profesionales universitarios. De los 208 casos, solo 10, equivalentes al 5%, eran universitarios y cometieron suicidio. Este aspecto puede relacionarse de alguna manera con los planteamientos de Boxer, Burnett, & Swanson, (1995), quienes encontraron que estar desempleado y sin seguridad laboral se asocia con el suicidio. Sin embargo, se debe resaltar que no es posible afirmar que el nivel educativo se convierta en un factor protector; según la Organización Mundial de la Salud (2006), el riesgo de suicidio se relaciona más con estrés en el trabajo y las ocupaciones con altas tasas de suicidio incluyen médicos, abogados, maestros, consejeros y secretarios, agricultores (que tienen altas tasas de depresión, ambientes de trabajo peligrosos, estrés laboral debido a presiones económicas y

aislamiento social, acceso a grandes cantidades de pesticidas y acceso limitado a los servicios de emergencia) y algunos oficiales de policía (como aquellos que están jubilados o quienes sufren los efectos de algún trauma psicológico).

Al hablar de sobre la hora del acto suicida se destaca que entre las 00:00 horas y las 05:59 se presenta el mayor número de casos (22%), seguido de las 06:00 am a las 12:00 a.m., con un 14% para ambas ciudades. Esto indica que existe una tendencia a llevar a cabo la ejecución del acto en las primeras 12 horas del día. No obstante, no se identificó asociación estadísticamente significativa entre el género y un rango específico de las horas del deceso $\chi^2 (4, n=208) = 2,7422, p=0.6018$.

Referente al género y la etapa evolutiva, no se identificó asociación estadísticamente significativa entre el género y la etapa del desarrollo humano $\chi^2 (3, n=208) = 6.9939, p=0.0721$. El hecho de idear, planear y ejecutar la conducta suicida no se relaciona estadísticamente en esta muestra con alguna vulnerabilidad de género en las etapas del desarrollo humano.

Por otra parte, es indispensable elucidar que la presente investigación busca contribuir a la comprensión de una problemática que aqueja a la sociedad actual sin discriminación de género, edad, estado civil, o nivel educativo. En ese sentido, los resultados permitirán ir acumulando un conocimiento que con el tiempo y el trabajo académico – investigativo de la comunidad científica permitirá, de alguna manera, generar estrategias de intervención de este fenómeno. Sin embargo, para el análisis de esta problemática, es necesario desarrollar otras investigaciones que tengan en cuenta factores asociados al suicidio, los cuales no fueron incluidos en el presente estudio, tales como drogadicción, la pobreza, la pérdida de seres queridos, discusión, ruptura de relaciones, problemas jurídicos o laborales, o los antecedentes familiares de suicidio. También hay que tener en cuenta algunos trastornos mentales y físicos, como la depresión y la esquizofrenia, o las enfermedades físicas y el dolor incapacitante, respectivamente. Lo anterior obedece a que estos son factores que también pueden incrementar el riesgo de suicidio.

Se concluye que los hombres son la población más vulnerable al suicidio y es preocupante que cada vez sea la población más joven en quienes se presente esta conducta. Además, el análisis realizado permite identificar la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el género y el método utilizado para suicidarse; los hombres

se suicidan con métodos más “drásticos”. Respecto al día y la hora, se concluyó que los fines de semana y los jueves son los días en que aumenta la frecuencia de suicidios, especialmente durante las primeras doce horas del día. Finalmente, se resalta que del número total de suicidios consumados, el 41% correspondía a individuos solteros, y que el 45% de los participantes no desarrollaba tareas profesionales.

- Aja Eslava, L. (2009). *¿Qué ha pasado con el suicidio en Colombia en los últimos 13 años?* Forensis.
- Arroyave, I., Burdorf, A., Cardona, D., & Avendano, M. (2014). Socioeconomic inequalities in premature mortality in Colombia, 1998-2007: The double burden of non-communicable diseases and injuries. *Prev Med*, 64, 41–47.
- Beautrais, A. (2006). Women and Suicidal Behavior. *Crisis*, 27(4), 153–156.
- Boxer, P.A., Burnett, C., & Swanson, N. (1995). Suicide and occupation: a review of the literature. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37(4), 442-452.
- Cabra, O.L., Infante, D.C., & Sossa, F.N. (2010). El suicidio y los factores de riesgo. *Rev.Medica.Sanitas*, 28-35.
- Canetto, S.S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 28(1), 1-23.
- Ceballos, G. (2004). Características de las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante el año 2002: un informe de casos. *Duazary*, 1, 24–28.
- Ceccherini-Nelli, A., & Priebe, S. (2011). Economic factors and suicide rates: associations over time in four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46, 975–982.
- Cervantes, P. W., & Melo, H. E. (2008). El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento. *Duazary*, 148-154.
- Cifuentes, S. (2014). *Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013*. Disponible en <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
- Charry, L. (2009). Caracterización socio demográfica y psicológica de los casos de suicidio y una serie de casos de intento suicida en Popayán en el año 2007. *Colombia Forense*, 38 – 46.
- Dorling, D., & Gunnell, D. (2003). Suicide: the spatial and social components of despair in Britain 1980–2000. *Trans Inst Br Geogr NS*, 28, 442– 460.
- Echeverry, Y., Aristizábal, O., Barraza, F., Aristizábal, A., Martínez, J.L., & Montoya, G.P. (2010). Revisión de aspectos neurobiológicos. *Rev Invest Univ Quindío*, 21, 186–193.
- Eckersley, R., & Dear, K. (2002). Cultural correlates of youth suicide. *Soc Sci Med*, 55, 1891–1904.
- Ellis, J., & Lamis, D. (2007). Adaptive characteristics and suicidal behavior: a gender comparison of young adults. *Death Studies*, 31, 845–854.
- González, A., Rodríguez, A., Aristizábal, A., García, J., Palacio, C., & López, C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 251 – 267.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*, 177, 484-485.
- Jacobs, D.G., Baldessarini, R.J., Conwell, Y., Fawcett, J., Horton, L., Meltzer, H., et al. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviour*. Washington: APA.
- Larkin, A. (2010). An exploration of attitudes toward seeking psychological help: The Predictive Value of Gender, Self-stigma, Public-stigma and Coping Style in an Irish Sample. *Master of Science in Applied Psychology University of Dublin, Trinity College*, 1 – 58.
- Manterola, C., & Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2), 634-645.
- Mardomingo Cruz MJ. (1994). Psicopatología del niño y el adolescente. En: *Suicidio e intento de suicidio*. Ediciones Driz de Sotos, 415-430.
- McKenzie, N., Landau, S., Kapur, N., Meehan, J., Robinson, J., Bickley, H., et al. (2005). Clustering of suicides among people with mental illness. *Br J Psychiatry*, 187, 476-480.
- Medina, O., Mendoza, M. & Muñoz, C. (2009). Prevalencia del suicidio femenino en el Quindío, 1989-2008. *Psicogente*, 12 (22), 358-368.
- Medina-Pérez, O.A., & Rodríguez, J.A. (2012). *Caracterización del suicidio en adultos jóvenes del área metropolitana del departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2011*. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v34n6/tema05.pdf>.
- Mental health action plan 2013–2020. (2013). *Geneva: World Health Organization*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf.
- Milner, A., Spittal, M.J., Pirkis, J., & Lamontagne, A.D. (2013). Suicide by occupation: systematic review and meta-

- analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 203(6), 409-416.
- Nordentoft, M. & Branner, J. (2008). Gender Differences in Suicidal Intent and Choice of Method among Suicide Attempters. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29, 4, 209 – 212.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del suicidio: Un instrumento en el trabajo*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Mortalidad por suicidio en las Américas. *Informe regional*, 1 – 83.
- Ortega, P.A., Manrique, R.D., Tovilla, C.A., López, C., & Cuartas, J.M. (2014). Clinical and epidemiological characteristics of suicides committed in Medellín, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*, 43, 106–112.
- Palacio, C., García, J., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J., et al. (2007). Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case-control study of psychological autopsy in a developing country. *Arch Suicide Res*, 11, 297–308.
- Payne, S., Swami, V., & Stanistreet, D. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *JMH*, 5(1), 23–35.
- Pycha, R., Pompili, M., Innamorati, M., Schwitzer, J., Lester, D., Sani, G., et al. (2009). Sex and ethnic differences among South Tirolese suicides: a psychological autopsy study. *Eur Psychiatry*, 24(1), 47-56.
- Posada-Villa, J., Rodríguez, M., Duque, P., & Garzón, A. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el estudio nacional de salud mental, Colombia 2003 (ENSM). *Nova*, 5(7), 84 – 91.
- Ramírez, L., & Naranjo, C. (2014). Comportamiento del suicidio en el año 2014. Suicidios para la reflexión, Suicidio para la prevención. pp. 91-130. *En Forensis: Datos para la vida* 2014.
- Rehkopf, D.H., & Buka, S.L. (2006). The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychol Med*, 36, 145–157.
- Salazar, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688-721.
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios, prevalencia y factores asociados. *Biomédica*. 22, 407-16
- Saravia, S. (2014). Suicidio: un problema de salud pública. *Rev Neuropsiquiatr*, 77 (4), 199-200.
- Saman, D.M., Walsh, S., Borowko, A., & Odoi. A. (2008). Does place of residence affect risk of suicide? a spatial epidemiologic investigation in Kentucky from 1999 to 2008. *BMC Public Health*, 12, 108. doi: 10.1186 / 1471-2458-12-108
- Tuesca, R., & Navarro, E. (2003). Factores de riesgos asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 17, 19–28.
- Wyder, M., Ward, P., & De Leo, D. (2009). Separation as a suicide risk factor. *J Affect Disord*. 116(3), 208-213.