

## Características de los Suicidas en Bogotá:1985-2000

RICARDO SÁNCHEZ<sup>1</sup>, SILVIA OREJARENA<sup>2</sup> y YAHIRA GUZMÁN<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médico. Especialista en Psiquiatría. Especialista en Estadística. M. Sc. Epidemiología Clínica. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

E-mail: rsanchezpe@unal.edu.co

<sup>2</sup> Médica. Especialista en Psiquiatría. Universidad Autónoma de Bucaramanga.

E-mail: sorejarena@unab.edu.co.

<sup>3</sup> Médica. Especialista en Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana, Bogotá.

E-mail: yahira.guzman@unisabana.edu.co

---

Recibido 30 Junio 2004/Enviado para Modificación 26 Agosto 2004/Aceptado 18 Octubre 2004

### RESUMEN

**Objetivos** Establecer tipologías de los suicidas en relación con un grupo de variables descritas como factores de riesgo y describir el comportamiento de dichas tipologías a lo largo del tiempo.

**Métodos** Estudio observacional-analítico con base en registros de necropsia de los casos de suicidio en Bogotá en 1985, 1990, 1995 y 2000. Para determinar las tipologías se utilizó el método de análisis multivariado de correspondencias múltiples.

**Resultados** Se detectaron 171 casos de suicidio en 1985, 222 casos en 1990, 273 en 1995 y 329 en el año 2000. Se evidenció que factores como la comorbilidad física o mental, el uso de sustancias psicoactivas, el acceso a métodos letales, y el poco uso de armas de fuego por parte de las mujeres, son factores constantes en los años estudiados. A su vez, se presentaron cambios en algunas tipologías que se relacionaron con la presencia de adicciones en mujeres y el VIH-SIDA.

**Conclusiones** Aunque existen tipologías de suicidas relativamente constantes a lo largo del período de 15 años, la aparición de cambios en los perfiles epidemiológicos y en los estilos de vida generan modificaciones de tales tipologías. Esto sugiere que los factores de riesgo de suicidio son un elemento dinámico, que se modifica con el tiempo.

**Palabras Claves:** Tendencias, suicidio, factores de riesgo, Bogotá (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

### Characteristics of suicides in Bogotá, 1985-2000

**Objective** To establish how suicide's typologies are related with a group of variables described as risk factors and to describe the stability of these typologies during a period of 15 years.

**Methods** Observational-analytic study based on autopsy registers of suicides in Bogotá in 1985, 1990, 1995 and 2000. In order to determine typologies, the method of multivariate analysis of multiple correspondences was employed.

**Results** 171 cases of suicide were detected in 1985, 222 cases in 1990, 273 in 1995 and 329 in 2000. Physical or mental co-morbidity, the use of psychoactive substances, access to lethal methods of injury, and the rare use of fire weapons by women, were constant factors during the years studied. At the same time, changes in some typologies were related to the presence of addictions in women and to HIV / AIDS.

**Conclusions** Although relatively constant suicide typologies exist during the 15-year period studied, changes in the epidemiological profiles and new life styles generate modifications of these typologies. This suggests that suicide risk factors are a dynamic element that is modified as time passes.

**Key Words:** Suicide, trends, risk factors, social behavior, Bogotá (source: MeSH, NLM).

El suicidio ha sido abordado desde múltiples teorías y modelos sociales que intentan entender la complejidad de tal conducta. Han surgido clasificaciones, tipologías y escalas de valoración que buscan aumentar la probabilidad de predecir y con esto generar medidas para disminuir las muertes por suicidio. Actualmente, los modelos teóricos que se consideran más acertados para explicar la violencia, incluidos los suicidios, son los modelos multidimensionales que para la conducta suicida relacionan factores como la vulnerabilidad biológica, los aspectos socio-ambientales, las experiencias tempranas, la personalidad y la enfermedad mental (1, 2).

Colombia se encuentra entre los países con tasas medias de suicidio, con una frecuencia de 5,02 por 100 mil habitantes, siendo ésta la cuarta causa de muerte violenta en el país (3). Se sabe que a nivel nacional la tasa de suicidios corresponde a un suicidio cada cuatro horas, siendo el principal mecanismo la intoxicación (31 %), seguido por las heridas por arma de fuego (30 %) y el ahorcamiento (27,3 %) (1).

En Bogotá, en el año 2000 se estimó una tasa de suicidio de 5 por 100 mil habitantes por año, encontrándose la mayor tasa en el grupo de hombres de

45 a 49 años, lo cual es concordante con el hallazgo de que progresivamente se ha disminuido la edad de los suicidas; sin embargo, la tasa global de suicidios no ha presentado variaciones (4).

El fenómeno de disminución de la edad de los suicidas se ha evidenciado también en países como Inglaterra, Australia y otros países anglosajones. No obstante, persiste vigente la fuerte asociación de suicidios en el grupo de mayor edad, con enfermedad mental, física o limitaciones funcionales (5). En estos grupos, especialmente si hay asociación con enfermedad mental crónica, es donde se utilizan algunos métodos poco usuales para suicidarse como el uso de armas corto punzantes, la sumersión y la inmolación. Es en este tipo de muertes donde suele existir más dificultad para establecer si es un caso de suicidio, homicidio o de muerte accidental (6-8).

Se ha descrito que los factores asociados a las conductas suicidas se modifican a lo largo del tiempo: en Inglaterra por ejemplo, se evidenció que la tasa de suicidios en niños y adolescentes varones aumentó durante 1970 y 1998. A su vez, en mujeres, esta frecuencia descendió en el mismo grupo de edad. La causa de muerte de los jóvenes suicidas ha variado en el tiempo, observándose que en 1970 la principal causa era la intoxicación; desde 1980 el ahorcamiento se convirtió en la principal causa. El aumento del consumo de alcohol, del desempleo y del acceso a métodos letales en los jóvenes se relacionó con el incremento reciente en la tasa de suicidios en ese país. Otros factores como la asociación de suicidio con enfermedad mental y problemas familiares en este grupo de edad han permanecido estables (9).

No obstante, en todas las poblaciones no se ha observado el mismo fenómeno: en algunos casos se ha encontrado que la tasa de suicidios en adultos jóvenes y adolescentes ha permanecido estable. Esta estabilidad, unida a la reducción de la tasa de los suicidios en personas mayores, se refleja en una reducción en la tasa global de suicidios (10, 11).

Se considera que las tendencias de las conductas suicidas pueden estar influidas por factores psicosociales y cambios en el estilo de vida que, específicamente en las poblaciones jóvenes, podrían correlacionarse con la tasa de trastornos depresivos, los problemas académicos, el desempleo, el uso o abuso de alcohol o de otras drogas, el pobre acceso a tratamientos específicos y el fácil acceso a métodos más letales de suicidio (12-15). Sin embargo, no se ha podido demostrar que la modificación de estos factores sea la causa directa de la variación de la tendencia a largo plazo (10,11,16-18).

En general, la influencia de factores psicosociales como la privación socioeconómica y la fragmentación social se han relacionado con suicidios.

En este sentido, se ha propuesto que el índice de suicidios es un factor asociado indirectamente con el estado socioeconómico de la región, y que por lo tanto puede tomarse como una medida de salud social y psicológica (16,19).

Uno de los factores psicosociales que tradicionalmente se ha reconocido como de importancia en el suicidio es el estado civil: en algunas poblaciones la soltería y la viudez se asocian con un mayor riesgo suicida. En otros grupos poblacionales, entre los que se incluye Bogotá (20), se ha encontrado mayor frecuencia de suicidio entre personas con pareja estable (21, 22). Este hallazgo plantea la hipótesis de que factores relacionados con el estado civil pueden facilitar la aparición de este fenómeno: por ejemplo, en las mujeres casadas se puede hallar una mayor tasa de suicidios que en las solteras, posiblemente por problemas de pareja, de familia y la violencia intrafamiliar (21).

El sistema y la calidad de la salud de la población también se han reconocido como factores que influyen en la tasa de suicidios. Se ha encontrado que el acceso a servicios de salud y a tratamientos, especialmente con antidepresivos y antipsicóticos, reduce la tasa de los suicidios en algunas poblaciones estudiadas (23, 24).

La orientación sexual también se ha relacionado con conductas suicidas, especialmente en jóvenes y adolescentes, posiblemente debido a los síntomas depresivos secundarios al estigma social que implican tales condiciones (25).

En algunos estudios se ha encontrado que hay una mayor proporción de intentos de suicidio y suicidios alrededor o durante los días de fiestas nacionales o religiosas (26). También se ha evidenciado que las poblaciones recluidas, ya sea por detención judicial o por hospitalización, tienen una frecuencia de suicidio mayor que la población general. Se ha encontrado que los adolescentes detenidos tienen en muchos casos trastornos relacionados con sustancias de abuso, depresión, impulsividad, conductas antisociales y violentas, lo cual se adiciona a la hospitalización o a la encarcelación que, por si solos, son factores de riesgo para realizar conductas auto líticas y suicidio (27). El riesgo de suicidio de los pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas es mucho más elevado que el de la población general, llegando incluso algunos estudios a reportar tasas hasta del 13.7 por cada 10 000 pacientes admitidos. También se ha evidenciado que en este grupo poblacional la valoración del riesgo suicida no incluye necesariamente los mismos factores de riesgo que la población no hospitalizada (28). Longitudinalmente se ha encontrado un aumento del riesgo de suicidio posterior al alta de las instituciones psiquiátricas (29), siendo mayor este riesgo en la población femenina durante los primeros veintiocho días de egreso (30).

Otro factor de riesgo psicosocial es el alcoholismo y el abuso de sustancias en general, observándose que los hombres con adicciones tienen cuatro veces más riesgo de morir por suicidio que la población general y las mujeres adictas once veces más riesgo (31). Se ha reportado la presencia de alcohol en alrededor de un tercio de los suicidas y de sustancias de abuso en general (incluyendo el alcohol) hasta en la mitad de los casos (32). Además se ha evidenciado que el estar bajo el efecto del alcohol aumenta el riesgo de usar armas de fuego para cometer suicidios (33).

Se ha afirmado que el acceso al alcohol en adolescentes aumenta no solo la tasa de suicidios sino que también aumenta la tasa de muertes accidentales, especialmente la asociada con accidentes automovilísticos (34).

Los factores de riesgo previamente anotados fueron analizados en este estudio, evaluando la conformación de tipologías generadas a partir de sus patrones de asociación y examinando su comportamiento a lo largo del tiempo en suicidas de Bogotá.

## MÉTODOS

El presente estudio se realizó tomando como base los registros de necropsias efectuadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal de Bogotá en los años 1985, 1990, 1995 y 2000. Del total de necropsias efectuadas en esos años se seleccionaron aquellos casos en los cuales se consignó que la causa de muerte obedeció a una conducta suicida. Para cada uno de los casos que cumplieron este criterio de inclusión se registraron factores como la fecha, la hora y el sitio del hecho, la edad, el sexo, el estado civil, la ocupación, la causa de la muerte, la presencia o no de comorbilidad, la detección de sustancias, el posible motivo, si existía o no nota suicida, los intentos de suicidio previos y el antecedente de adicciones.

Para el análisis de tipologías se utilizó la técnica de Correspondencias Múltiples, por ser un elemento de síntesis y evaluación útil para analizar bases de datos en las cuales se maneja alto número de variables categóricas. Este método facilita ubicar las tendencias más sobresalientes de datos numerosos, jerarquizarlos y eliminar los efectos marginales o puntuales que perturban su apreciación global (35). Para dicho análisis se seleccionan dos grupos de variables: variables activas, que son las que participan en la construcción de los ejes factoriales, y variables suplementarias o ilustrativas, que son variables que permiten enriquecer la interpretación de los ejes factoriales, una vez éstos se han construido (36). Para efectos del presente estudio, todas las

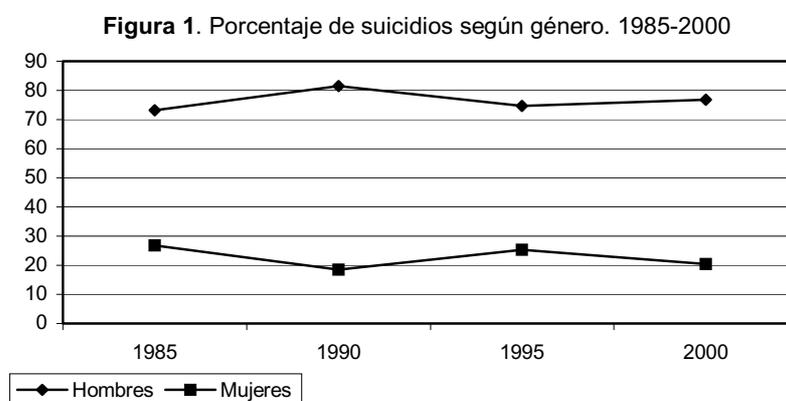
variables analizadas se tomaron como activas, excepto la edad que se manejó como variable ilustrativa. La selección del número de tipologías a analizar se hizo con base en el criterio de mayor cambio de inercia entre factores, para lo cual se recurrió a la inspección de gráficos de sedimentación. Para definir la conformación de los factores se utilizaron los valores correspondientes a las cargas factoriales de cada modalidad en cada eje, el signo de las coordenadas de las modalidades en los planos factoriales y la calidad de representación medida por medio del coseno cuadrado.

El estudio se ajustó a las normas de ética vigentes en el país (37).

## RESULTADOS

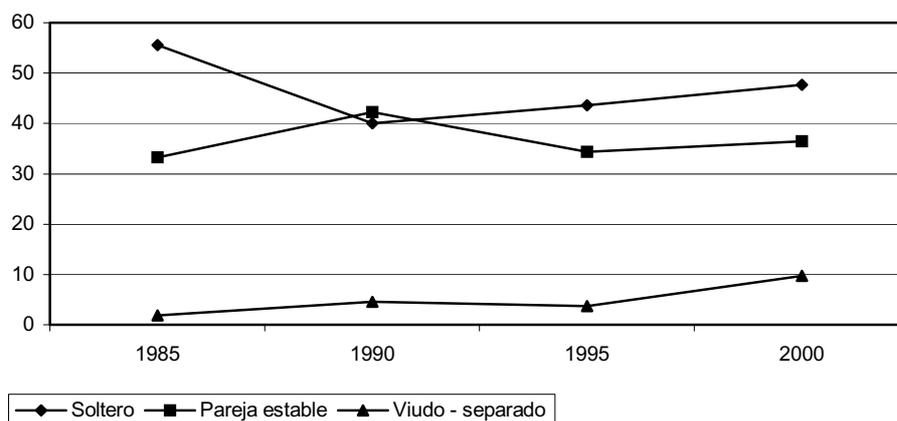
### Análisis descriptivo

En relación con el género, el suicidio fue aproximadamente tres veces más frecuente en los hombres en todos los 4 años analizados (Figura 1). En cuanto a la edad de los suicidas se encontró que el rango para los años analizados fue de 10 a 86 años. Las medias de edad fueron: 33,3 años para 1985, 35,5 años para 1990, 31 años para 1995 y 32,5 años para el año 2000.



El estado civil más frecuente en todos los años estudiados, exceptuando 1990 fue el soltero, seguido por las personas con pareja estable donde se incluyeron los casados y las personas en unión libre. En 1990 el estado civil más frecuente entre los suicidas fue el de personas con pareja estable, seguidos por las personas solteras (Figura 2).

Figura 2. Porcentaje de suicidios según estado civil. 1985-2000



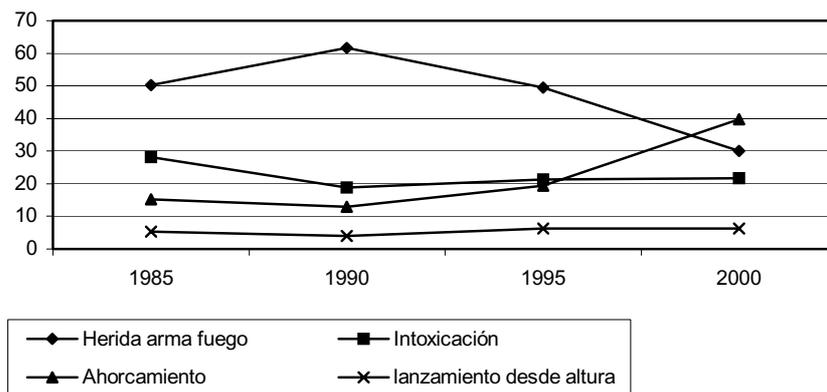
El principal método de suicidio en los primeros tres años estudiados fue el arma de fuego, seguido por la intoxicación y el ahorcamiento. En el año 2000 el principal método fue el ahorcamiento, seguido por el arma de fuego y la intoxicación (Figura 3.)

En relación con la ocupación, la información disponible no es muy específica: en todos los años estudiados los casos más frecuentemente reportados correspondieron a empleados, vendedores, estudiantes y tecnólogos.

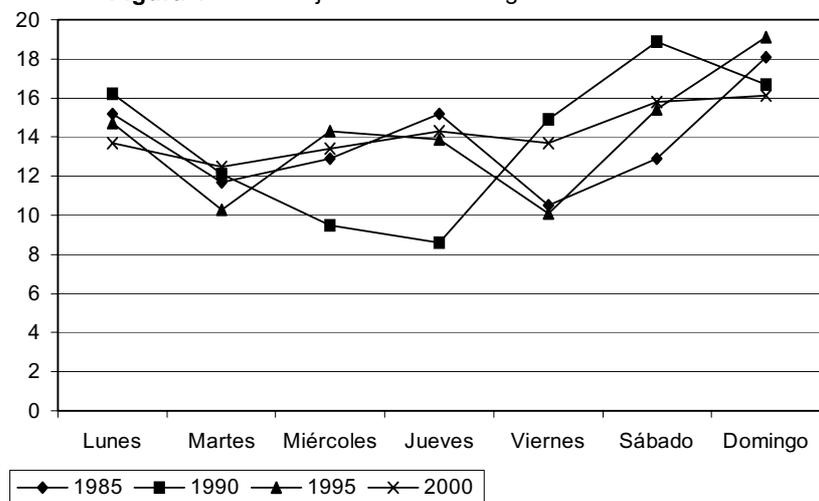
En todos los años estudiados los días preferidos para suicidarse fueron los fines de semana (Figura 4) y el sitio más frecuente donde se consumaba el suicidio era la residencia (aproximadamente en el 70 a 75 % de los casos).

La mayor parte de los suicidas no poseían comorbilidad: en 1985 solo el 14,6 % presentaban alguna comorbilidad, siendo más frecuente las enfermedades cardio pulmonares (44 % de los casos de comorbilidad). En 1990 el 32,4 % poseían comorbilidad siendo en este año más frecuente la enfermedad mental (37,5 % de los casos de comorbilidad). En 1995 el 32,4 % poseían comorbilidad, estando la enfermedad mental presente en el 30,5 % de estos casos. En el 2000, el 10 % de los casos presentaban comorbilidad y de estos el 60,5 % presentaban enfermedad mental.

**Figura 3.** Porcentaje de suicidios según método empleado. 1985-2000



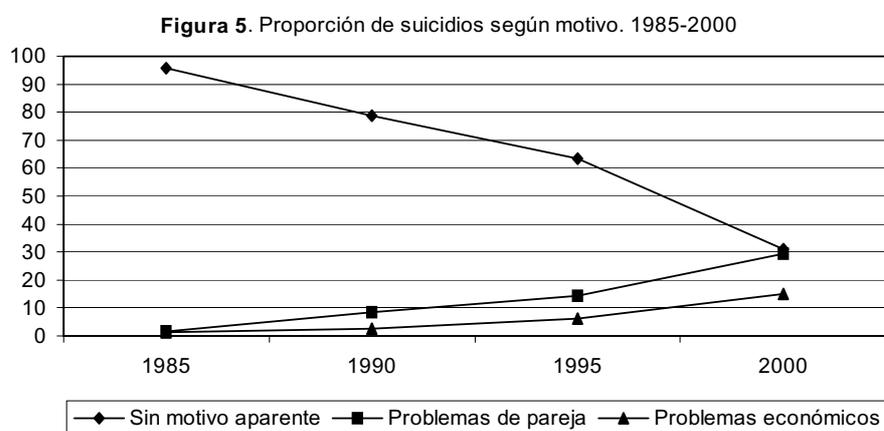
**Figura 4.** Porcentaje de suicidios según día de la semana



Con respecto a la detección de sustancias en la autopsia, en 1985 se reportaron positivas 36,2 % de las muestras, en 1990 43,7 %, en 1995 el 37,7 % y en el 2000 33,4 %, siendo la principal sustancia el alcohol que se detectó en el 76 a 86 % de los casos. Las otras sustancias de abuso se encuentran en cerca del 10 % de los casos, notándose que los dos últimos años estudiados

son los que presentan mayores proporciones de sustancias diferentes al alcohol.

En relación con las motivaciones para suicidarse se encontró que las más frecuentes se relacionaron con problemas de pareja y económicos. Se presentó un incremento progresivo en el reporte de estos motivos, pasando de 1,8 % de los casos en 1985, a un 30 % en el año 2000. Probablemente esto se relacione con defectos del registro ya que se observa una reducción de los casos reportados como sin motivo aparente (Figura 5).



En 1985 se encontró en el 4 % de los casos nota suicida, en 1990 en el 12,6 % de los casos, en 1995 en el 11,7 % y en 2000 en el 18,7 %. En 1985 se encontró en 2,9 % de los casos el antecedente de intento suicida previo, en 1990 en 5,4 %, en 1995 en el 10,6 % y en 2000 20,9 %.

Finalmente, el antecedente de adicción está presente en el 3,5 % de los casos en 1985, en el 6,3 % en 1990, en el 12,4 % en 1995 y en el 18,1 % en el 2000, siendo el alcohol la sustancia más comúnmente reportada en todos los años.

#### Análisis multivariado

Para cada uno de los cuatro años estudiados se efectuó un análisis de correspondencias múltiples donde la edad fue manejada como variable continua ilustrativa. Los resultados fueron los siguientes:

*Año de 1985.* Utilizando los criterios de selección ya mencionados, se encontraron tres factores que recogían la mayor parte de la varianza. La conformación de los factores por las diferentes tipologías se indican a continuación.

- Factor 1: Conformado por el efecto del género y la presencia de comorbilidad. Tiene las siguientes tipologías:

- Hombres enfermos, pensionados o vendedores, que se suicidan estando embriagados los fines de semana usando arma de fuego.
- Mujeres empleadas, sanas, que se suicidan entre semana ahorcándose.

- Factor 2: Caracterizado por el sitio donde se realiza el suicidio (reclusión o sitio de trabajo), y definido por las siguientes tipologías:

- Personas reclusas, con comorbilidad mental o física que cometen suicidios extraños.
- Celadores que se suicidan con arma de fuego en el sitio de trabajo, estando bajo efecto del alcohol.

- Factor 3: Definido por la edad, tiene las siguientes tipologías:

- Adultos mayores con comorbilidad y factores precipitantes, que se suicidan envenenándose.
- Jóvenes militares o estudiantes que no tienen precipitantes conocidos.

*Año de 1990.* Se encontraron tres factores que recogían la mayor parte de la varianza. La conformación de los factores y la caracterización se indica a continuación.

- Factor 1: Caracterizado por el efecto del género, la profesión y la presencia de comorbilidad. Sus tipologías son las siguientes:

- Hombres, vigilantes o militares, sin comorbilidad que se suicidan bajo efecto del alcohol, con arma de fuego.
- Mujeres separadas, profesionales o amas de casa, con comorbilidad física o mental, que se suicidan por problemas económicos o de pareja, lanzándose al vacío o intoxicándose.

- Factor 2: Definido por el tipo de problemas desencadenantes relacionados con fechas especiales. Tiene estas tipologías:

- Personas que se suicidan por problemas de pareja, de orientación sexual o por soledad, escogen el fin de semana para suicidarse, son hombres, empleados no calificados, adictos al alcohol o a la cocaína, con intentos suicidas previos, y realizan la conducta autolítica bajo efectos del alcohol
- Personas que por problemas económicos se suicidan el día de la madre, el día del amor y la amistad o el año nuevo, son mujeres con comorbilidad física o mental que utilizan como método la intoxicación, lanzarse al vacío o el ahorcamiento.

- Factor 3: Relacionado con el efecto de la edad sobre otros factores de riesgo. Está conformado por las siguientes tipologías:

- Hombres de edad avanzada, pensionados, con comorbilidad, que se suicidan por ahorcamiento fines de semana o el día del padre.
- Mujeres jóvenes, solteras, con adicción al alcohol, que se suicidan intoxicándose, entre semana.

*Año de 1995.* Se encontraron tres factores que recogían la mayor parte de la varianza. La estructura de los factores y la caracterización de las tipologías se indican a continuación:

- Factor 1: Definido por el efecto del género, la profesión y la presencia de comorbilidad. Sus tipologías son las siguientes:

- Mujeres dedicadas al hogar o estudiantes, con enfermedad mental o embarazo, se suicidan lanzándose al vacío o ahorcándose por el embarazo.
- Hombres vigilantes o de las fuerzas armadas, adictos a la cocaína y al alcohol que se suicidan en el trabajo o en un bar el fin de semana con arma de fuego, hallándose cocaína y alcohol en sangre. Se suicidan por jugar con el arma, apuestas o por farmacodependencia.

- Factor 2: Conformado por el tipo de problemas desencadenantes de acuerdo al género. Las tipologías que lo definen son las siguientes:

- Hombres sanos, estudiantes que se ahorcan el domingo bajo efecto del alcohol por problemas de pareja o problemas económicos.
- Mujeres que se suicidan por su enfermedad médica, con comorbilidad física, dedicadas al hogar que se suicidan intoxicándose, inmolándose o con arma corto punzante.

- Factor 3: Definido por la edad y la presencia de comorbilidad, conformado por las siguientes tipologías:

- Jóvenes militares, estudiantes o vigilantes que se suicidan por problemas de pareja, en el trabajo o en otro sitio, con arma de fuego.
- Polifarmacodependientes de edad avanzada, con comorbilidad mental o física e intentos previos de suicidio, desempleados, que se suicidan por problemas económicos, ahorcándose o con arma corto punzante, bajo el efecto de cocaína, canabinoides y opiáceos.

*Año de 2000.* La mayoría de la varianza fue explicada por cinco factores que cuya estructura se indica.

- Factor 1: Relacionado con el efecto del género, la comorbilidad y su asociación con precipitantes. Está conformado por las siguientes tipologías:

- Hombres sin comorbilidad, separados, miembros de las fuerzas armadas o vigilantes que se suicidan con arma de fuego, sin motivo aparente, bajo efecto del alcohol.
- Mujeres con comorbilidad física o mental, solteras, que se suicidan ahorcándose por su enfermedad mental o física, problemas familiares, laborales o desempleo.

- Factor 2: Conformado por los desencadenantes y su relación con género. Estructurado por las siguientes tipologías:

- Individuos que se suicidan por problemas económicos, son hombres adictos al alcohol y a los canabinoides, con comorbilidad física e intentos suicidas previos. La conducta autolítica la realizan con ahorcamiento o con arma de fuego, estando bajo el efecto del alcohol o los canabinoides.
- Personas que se suicidan por su enfermedad mental o física, son mujeres estudiantes, que utilizan la intoxicación o el lanzamiento al vacío y escogen para el suicidio días entre semana.

- Factor 3: Conformado por la edad y la presencia de comorbilidad. Lo caracterizan las siguientes tipologías:

- Mujeres de edad avanzada con ocupación hogar o pensionadas, con comorbilidad mental o física, adictas al alcohol, que se suicidan intoxicándose, lanzándose al vacío o con arma corto punzante, por su enfermedad física o mental.

- Hombres jóvenes, solteros que se ahorcan por desempleo o problemas laborales, familiares o de pareja.

- Factor 4: Definido por el efecto de las adicciones en mujeres. Sus tipologías son:

- Hombres vigilantes o trabajadores no calificados, con pareja estable, que se suicidan con arma de fuego, el fin de semana o el año nuevo en un bar por problemas de pareja o económicos, bajo efecto del alcohol.
- Mujeres polifarmacodependientes, desempleadas o delincuentes que se ahorcan por problemas laborales o legales. Se encuentran canabinoides y cocaína en sangre.

- Factor 5: Relacionado con la presencia de Sida. Las tipologías que lo configuran son:

- Personas sin comorbilidad, de sexo femenino, con ocupación hogar o profesionales, adictas al alcohol y con intentos suicidas previos, que se intoxican o se ahorcan.
- Personas con Sida y enfermedad mental, son hombres con acceso a armas de fuego, adictos a los canabinoides, que se suicidan con arma de fuego, en bares, por su condición física o mental, problemas laborales o desempleo. Se encuentran bajo el efecto de canabinoides, opiáceos y cocaína.

## DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que en Bogotá, en todos los años estudiados, los suicidios son más frecuentes en hombres en una relación aproximada de tres hombres por una mujer. Los promedios de edad encontrados en los años estudiados sugieren que el suicidio afecta poblaciones jóvenes, lo cual ya se ha reportado en investigaciones previas con la misma población (38-40).

La principal causa de muerte en todos los años, exceptuando el año 2000, fue por heridas ocasionadas por arma de fuego, seguida por las intoxicaciones. En el año 2000 esta proporción cambia, siendo la principal causa de muerte el ahorcamiento seguido por las heridas por arma de fuego. Este cambio en el método de suicidio posiblemente se relacione con la puesta en marcha de políticas distritales encaminadas a reducir la disponibilidad de armas de fuego para prevenir las muertes violentas.

Cabe también mencionar que, similar a lo reportado en otros estudios (4-6) el porcentaje de suicidios denominados “extraños” como la inmolación, las heridas por armas cortopunzantes y los lanzamientos a autos en movimiento, se encuentran solo en alrededor del 2 % de los suicidios. Llama la atención que, en los años estudiados, no hubo casos de suicidio por sumersión, lo cual puede deberse a la dificultad para utilizar este método en Bogotá o a la posibilidad de que ese tipo de suicidios se clasifiquen como muertes accidentales, indeterminadas u homicidios.

Aunque la mayor cantidad de los suicidios se presenta en personas solteras, el número de personas que tenían alguna relación de pareja (casados o en unión libre) ocupó una proporción importante de los suicidas, superando incluso a los solteros en el año 1990. Esto ha sido descrito por algunos autores que hacen notar que la relación de pareja conlleva una serie de factores de riesgo adicionales para suicidarse (20, 21).

En los diferentes años analizados se observó una tendencia a presentarse un mayor número de suicidios los fines de semana, situación que puede relacionarse con el mayor consumo de alcohol en estos días.

En relación con la comorbilidad, se encontró una representación importante de las enfermedades mentales, aunque este fenómeno puede estar subregistrado, dado que en la medición de esta variable no se utilizó una técnica suficientemente válida, como pueden serlo las autopsias psicológicas.

En el presente estudio se destaca la importancia del uso de sustancias psicoactivas como factor asociado al suicidio: en todos los años evaluados, cerca de una tercera parte de los casos tuvo hallazgos positivos de estas sustancias.

Llamó la atención el reporte cada vez mayor de motivos para suicidarse, de intentos de suicidio previo y de antecedente de adicciones: suponemos que esto obedece a un método de recolección de antecedentes y de registro más adecuado por parte de los investigadores judiciales. Consideramos este aspecto de gran valor ya que el papel de los investigadores judiciales tiene importancia, no solo en lo relacionado con los aspectos legales, sino en lo relacionado con investigaciones en otros ámbitos que tienen impacto en la salud pública.

Con respecto a las tipologías encontradas en el presente estudio, se evidencia que la influencia de comorbilidad física o mental, así como el acceso a métodos letales, son factores que se presentan de manera consistente en las diferentes tipologías que se develan en los años estudiados. Otro elemento que se presenta con regularidad en las diferentes tipologías, es que las muje-

res usan poco las armas de fuego para suicidarse y que el estado civil no se relaciona con una tipología en particular. A su vez, la edad se encontró como un factor importante en la medida que se relaciona con mayor probabilidad de presentar comorbilidad física o mental. Una tipología que llama la atención es la relacionada con género, comorbilidad y fechas especiales: los hombres con comorbilidad se suicidan el día del padre y las mujeres con comorbilidad se suicidan el día de la madre. Un factor que vale la pena resaltar, ya que ejerce una gran influencia en varias tipologías, es el encontrarse bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva, en especial, alcohol. Esta influencia ya ha sido identificada en múltiples estudios (32,33).

Las tipologías relacionadas con el género femenino presentaron un cambio durante los años estudiados: inicialmente, las mujeres se suicidaban con métodos diferentes a las armas de fuego, en la residencia, sin encontrarse bajo el efecto de drogas de abuso y entre semana o los días especiales como el día de la madre, del amor y la amistad y el año nuevo; al empezar a evidenciarse una asociación entre el género femenino y las adicciones esto se empieza a modificar. La aparición de la asociación entre suicidio y adicciones se evidencia en el año 2000: las mujeres se suicidan más estando bajo efecto de sustancias y presentan comorbilidad.

Las tipologías de los hombres, en cambio, presentan en todos los años una fuerte asociación entre la disponibilidad de armas de fuego, principalmente por las características de su trabajo (celadores, militares), los factores precipitantes y el suicidio.

Como factores que muestran estabilidad para conformar tipologías a lo largo de los años estudiados se encuentran:

- Género masculino, ingestión de alcohol y uso de armas de fuego. Algunas profesiones aparecen como factores de riesgo al facilitar el acceso a las armas (Celadores y militares)
- Mayor edad y comorbilidad por enfermedad física o mental.
- Género femenino y uso de métodos de suicidio diferentes a las armas de fuego.
- Desencadenantes relacionados con problemas económicos, laborales o de pareja, más establemente presentes en hombres.

Como factores que parecen relacionarse con el surgimiento de nuevas tipologías a lo largo del tiempo pueden anotarse los siguientes:

- Adicciones a sustancias diferentes del alcohol, especialmente en mujeres.

▪ Comorbilidad con SIDA.

El presente estudio es el primero con estas características que se realiza en el país. No encontramos antecedentes que muestren que la metodología de correspondencias múltiples se utilice en análisis que impliquen seguimiento en el tiempo, por lo cual este trabajo hace un aporte novedoso en este campo. Los hallazgos están a favor de que el suicidio es una conducta multicausal y consecuentemente multidimensional, y que, aunque tiene cierta estabilidad temporal, es un fenómeno dinámico, razón por la cual cualquier estrategia orientada a prevenir esta conducta debe abarcar factores tanto individuales como sociales y ambientales ♦

**Agradecimientos.** A la Universidad Nacional de Colombia. Apoyo DINAIN # 809216.

#### REFERENCIAS

1. Cocha A. Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica*. 2002;22:347-361.
2. Forensis. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá, DC; 2001.
3. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Semana Epidemiológica # 26; Junio 25 a Julio 1 de 2000.
4. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y, Forero J. Suicidio en Bogotá: Un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. *Biomédica*. 2002;22:417-424.
5. Chiu H, Chan S, Lam L. Suicide in the elderly. *Current Opinion in Psychiatry*. 2001;14 (4): 395-399.
6. Byard R, Klitte Á, Gilbert J, James R. Clinicopathologic Features of Fatal Self-Inflicted Incised and Stab Wounds: A 20-Year Study. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2002; 23(1):15-18.
7. Byard R, Houldsworth G, James R, Gilbert J. Characteristic Features of Suicidal Drowning: A 20-Year Study. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2001; 22(2):134-138.
8. Prosser D. Suicides by Burning in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;168(2):175-182.
9. McClure G. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. *The British Journal of Psychiatry*. 2000; 178:469-474.
10. Allebeck P, Brandt L, Nordström P, Åsgård U. Are suicide trends among the young reversing?: Age period and cohort analyses of suicide rates in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996;93(1):43-48.
11. Tőero K, Nagy Á, Sawaguchi T, Sawaguchi A, Sótonyi P. Characteristics of suicide among children and adolescents in Budapest. *Pediatrics International*. 2001;43(4):368-371.
12. Garland A, Zigler E. Adolescent Suicide Prevention: Current Research and Social Policy Implications. *American Psychologist*. 1993;48(2):169-182 .

13. Page A, Fragar L. Suicide in Australian farming, 1988–1997. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2002;36(1):81–85.
14. Shenassa E, Catlin S, Buka S. Lethality of firearms relative to other suicide methods: a population based study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003; 57(2):120-124.
15. Brent D. Firearms and Suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001;932:235-240.
16. Gunnell D, Lopatzidis A, Dorling D, Wehner H, Southall H, Frankel S. Suicide and unemployment in young people: Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *The British Journal of Psychiatry*. 1999; 175(9):263-270.
17. Värnik A, Wasserman D, Dankowicz M, Eklund, G. Age-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 98(394):20-25.
18. Kalediene R. Time trends in suicide mortality in Lithuania *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999; 99(6):419-422.
19. Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychological Medicine*. 2001; 31(5):827-836.
20. Morales M, Jiménez I. El suicidio desde la perspectiva forense. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1996; 25(1): 29-37.
21. Nachman R, Yanai O, Goldin L, Swartz M, Barak Y, Hiss Jehuda. Suicide in Israel: 1985–1997. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 2002; 27(6):423-428 .
22. Khan M, Reza H. The Pattern of Suicide in Pakistan. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2000;21(1):31–35.
23. Isacson G. Suicide prevention-a medical breakthrough? . *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102(2):113-117.
24. Hall W, Mant A, Mitchell P, Rendle V, Hickie I, McManus P. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *British Medical Journal*. 2000;326(7397):1008.
25. Russell S, Joyner K. Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence from a National Study. *American Journal of Public Health*. 2001;91(8):1276-1281.
26. Jessen G, Jensen B, Arensman E. Attempted suicide and major public holidays in Europe: findings from the WHO/WURO Multicentre Study in Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;99:412–418.
27. Sanislow C, Grilo C, Fehon D, Axelrod S, McGlashan T. Correlates of Suicide Risk in Juvenile Detainees and Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42(2):234-240.
28. Powell J, Geddes J, Hawton K. Suicide in Psychiatric hospital inpatients. *The British Journal of Psychiatry*. 2000; 176:266-272.
29. Lawrence D, D'Arcy C, Holman J, Jablensky A, Fuller S, Stoney A. Increasing rates of suicide in Western Australian psychiatric patients: a record linkage study *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;104(6):443-451.

30. Geddes J, Juszcak Ed. Period trends in rate of suicide in first 28 days after discharge from psychiatric hospital in Scotland, 1968-92. *British Medical Journal*. 1995;311(7001):357-360.
31. Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C, Corkery J. Suicide among drug addicts in the UK. *The British Journal of Psychiatry*. 1999;175(9):277-282.
32. Rich C, Dhossche D, Ghani S, Isacson G. Suicide Methods and Presence of Intoxicating Abusable Substances: Some Clinical and Public Health Implications. *Annals of Clinical Psychiatry*. 1998;10(4):169-175.
33. Kohlmeier R, McMahan C, DiMaio V. Suicide by Firearms: A 15-year Experience. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2001;22(4):337-340.
34. Birckmayer J, Hemenway D. Minimum-Age Drinking Laws and Youth Suicide, 1970-1990. *American Journal of Public Health*. 1999;.89(9):1365-1368.
35. Escofier B, Pages J. Análisis factoriales simples y múltiples. Objetivos, métodos, interpretación. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco; 1990. p. 49.
36. Lebart L, Morineau A, Piron M. *Statistique exploratoire multidimensionnelle*. Paris: Dunod; 1995. p. 108.
37. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de Octubre 4 de 1993. Dirección de desarrollo científico y tecnológico. Bogotá, DC; 1993.
38. Sánchez R, Guzmán Y, Orejarena S. Características de la edad en suicidas de Bogotá durante 1999 y 2000. *Acta Médica Colombiana*. 2000; 27:115-118.
39. WHO. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours-SUPRE\_MISS: Components and Instruments. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization; 2000. p. 1.
40. Jenkins ER, Geiffiths S, Wylie I, Hawton K, Morgan G, Tylee A. The prevention of suicide. *BMJ*. 1994; 309:886.

