

**CARACTERIZACION DE LOS SUICIDIOS EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS
OCURRIDOS EN BOGOTA: 2003-2007**

IVONNE ANDREA ORDOÑEZ MONAK

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
Bogotá
2009**

**CARACTERIZACION DE LOS SUICIDIOS EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS
OCURRIDOS EN BOGOTA: 2003-2007**

**IVONNE ANDREA ORDOÑEZ MONAK
Código 597357**

**Trabajo de grado presentado para optar al título de Magíster Scientiae en Salud
Pública**

DIRIGIDO POR:

Dr. Saúl Alonso Franco Agudelo

CODIRIGIDO POR

Dr. Jorge Oswaldo González

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
Bogotá
2009**

DEDICATORIA

A cada víctima silenciosa, que se fue dejando tras de sí un lamento insonoro, lamento que ojalá sirva de ayuda para aquellos que no han decidido iniciar todavía un viaje desesperado.

“Creí que mi último viaje tocaba a su fin, gastado todo mi poder; que mi sendero estaba cerrado, que había ya consumido todas mis provisiones, que era el momento de guarecerme en la silenciosa oscuridad.

Pero he visto, que tu voluntad no se acaba nunca en mí. Y cuando las palabras viejas caen secas de mi lengua, viejas melodías estallan en mi corazón, y donde las veredas antiguas se borran, aparece otra tierra maravillosa.”

Ofrenda lírica. Rabindranath Tagore

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento principal siempre será dirigido a Dios, el autor de mi vida y el motor de mis sueños. A mis padres, porque sencillamente sin su amor, apoyo y colaboración muchos de mis logros, incluido este, hubiesen sido inalcanzables. A mis hermanos, porque han sido amigos y compañeros de batalla a través de todo este proyecto. A mi director de tesis, por su paciencia casi infinita, y esa disposición de servicio y entrega que sólo un verdadero maestro puede tener. A mi codirector, por su ayuda incondicional en muchas de las etapas de este trabajo. A el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, por contribuir con el desarrollo científico del país. A cada compañero de trabajo, estudio y personal que en algún momento me dieron palabras de ánimo para seguir adelante. A todos ellos simplemente gracias, sin cada granito de arena, esto no hubiera sido posible.

TABLA DE CONTENIDO

1. DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA.....	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	11
3. OBJETIVOS.....	13
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4. MARCO CONCEPTUAL.....	14
4.1 VIOLENCIA.....	14
4.2 CONCEPTO DE SUICIDIO Y ENFOQUES TEORICOS.....	15
4.2.1 Lo Biológico.....	16
4.2.2 Lo Sociológico.....	18
4.2.3 Lo Psicológico.....	22
4.2.3.1 Lo Psiquiátrico.....	23
4.2.3.2 El Psicoanálisis.....	24
4.2.4 Lo Teológico.....	25
4.3 SUICIDIO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	26
4.4 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA DE TERCERA EDAD.....	29
4.4.1 Dimensiones del envejecimiento.....	31
4.4.2 Factores de Riesgo para Suicidio en el Adulto Mayor.....	33
4.5 CONTEXTO DE BOGOTA.....	34
5. METODOLOGIA.....	35
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	36
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
5.3 UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	36
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	36
5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	36
5.6 DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES.....	37
5.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	37
5.8 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN.....	38
5.9 SESGOS POTENCIALES.....	38
5.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	38
6. RESULTADOS.....	38
6.1 TASAS DE SUICIDIO.....	39
6.2 DATOS DE LA VICTIMA.....	40
6.3 ANTECEDENTES.....	46
6.4 DATOS DE HECHO.....	48
7. DISCUSION.....	55

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
BIBLIOGRAFIA	63
LISTA DE CUADROS	68
LISTA DE FIGURAS	69
ANEXO A. FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS	70

1. DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA

Según la OMS, el suicidio constituye un problema de Salud Pública importante, ya que produce cerca de la mitad de muertes violentas en el mundo (al rededor de 1'000.000 de víctimas en el año 2001), superando de esta manera la suma de víctimas por homicidio (500.000) y por guerra (230.000). Se estima que los intentos de suicidio superan los casos consumados entre 10 y 20 veces, lo que se traduce en un suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada tres, sin contar con el subregistro existente debido a la deficiencia o el no reporte de estos últimos.¹

El mapa de distribución de tasas de suicidio publicado por dicha organización, revela que Colombia se encuentra en la categoría de países con baja incidencia (menos de 6,5 eventos por cada 100.000 habitantes según la clasificación que esta entidad realiza) con una tasa de 5,5/100.000 habitantes para el año 1995².

Un estudio llevado a cabo en Colombia reveló que durante el periodo 1973-1996, la mayor proporción de muertes causadas por suicidio se presentó dentro del grupo de 15-24 años para las mujeres, con picos de 7,8 casos /100.000 habitantes en 1973 y 3,25/100.000 en 1996. En el caso masculino, las tasas más altas fueron comunes a los mayores de 60 años, con picos de 13 casos por 100.000 habitantes en 1976, y 12,6 por 100.000 en 1983. Las tasas de suicidio generales oscilaron entre 4 y 6 por 100.000 habitantes para hombres, entre 1 a 3 por 100.000 para mujeres, y entre 2 a 4 por 100.000 para la población total.³ Hacia finales de los años noventa, hubo un incremento en la tasa de suicidios del país, la cual ascendió hasta 5/100.000 y se mantuvo constante hasta el año 2000. A partir de este año, hubo un descenso gradual que llegó hasta 4/100.000 para el año 2004, y desde entonces se ha mantenido estable^{4 5}.

En el año 2007 se realizaron 1.771 necropsias en el INML y CF, cuya probable manera de muerte fue suicidio. De estos casos, el 80,7% corresponde al género masculino, lo que se traduce en una relación de 4:1 con respecto a las mujeres.

¹ Organización Panamericana de la Salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible [online]. Ginebra, 8 de Septiembre de 2004. En:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

² World Health Organization. World Report on Violence [online]. Ginebra, 2002. En:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

³ GOMEZ-RESTREPO, Carlos, RODRIGUEZ MALAGON, Nelcy, DE ROMERO, Laura C et al. Suicidio y Lesiones Autoinfligidas Colombia, 1973-1996. *Rev.colomb.psiquiater.*, Apr./June 2002, Vol.31, no.2, p.123-136. ISSN 0034-7450.

⁴ GONZALEZ, Jorge Oswaldo. Epidemiología de los Suicidios, Colombia 2007. En: Forensis 2007 Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá.

⁵ AGUIRRE, Katherine y RESTREPO, Jorge. Aproximación de la Situación de Violencia e Inseguridad en Bogotá [online]. Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos CERAC. Bogotá, julio de 2005. En:

<http://www.cerac.org.co/pdf/LASUR-Baja.pdf>

La mayor cantidad de casos se presentaron en las edades comprendidas entre los 20 y 24 años para ambos géneros, con 214 víctimas en hombres y 55 en mujeres. Sin embargo en términos de tasas, es la población masculina comprendida entre los 70 - 74 años, y los 75 - 79 años, la que encabeza la lista con 12,6 y 12,3 casos por 100.000 habitantes respectivamente⁶.

La complejidad del suicidio no sólo radica en la cantidad de víctimas que cobra permanentemente, sino también en las circunstancias que rodean cada evento. Además de las personas que mueren a raíz de un suicidio, muchas otras sobreviven a los intentos de suicidio con graves secuelas permanentes. Por otro lado, detrás de cada víctima fatal, existe una herida que afecta emocionalmente a las personas cercanas (familiares y amigos) en su bienestar, sus roles familiares y su desempeño social⁷. Se suma adicionalmente un impacto económico, cuyos costos están asociados no sólo a la muerte de una persona productiva, sino también a los gastos médicos derivados de las lesiones autoinfligidas⁸.

Se ha sugerido que existen ciertos grupos poblacionales que por sus características particulares, reúnen varios factores de riesgo para el suicidio de forma simultánea, y que, por lo tanto se consideran como grupos de mayor vulnerabilidad. En este sentido vale la pena resaltar que a pesar de la escasa atención que recibe el tema de suicidio en la tercera edad, los ancianos presentan un gran riesgo de cometer suicidio con respecto a otros grupos etéreos.⁹

Según la Organización Mundial de la Salud, en los países desarrollados las tasas de suicidio son más altas en los adultos mayores, y a partir de los 50 años de edad los suicidios son más frecuentes en hombres que en mujeres. Después de los 85 años la tasa de suicidio en hombres es diez veces mayor que la de las mujeres en edades similares. El National Center for Health Statistics, de Estados Unidos, reporta que entre los 60 y 69 años de edad, la proporción de suicidios en hombres en relación con las mujeres es de 4:1. A partir de los 85 años esta proporción se aumenta a 12:1.¹⁰

En Colombia –además de los ya citados-, se han adelantado algunos estudios encaminados a examinar este fenómeno desde la perspectiva de la Salud

⁶ GONZALEZ, Jorge Oswaldo. Epidemiología de los Suicidios, Colombia 2007. En: Forensis 2007 Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá.

⁷ World Health Organization. World Report on Violence [online]. Ginebra, 2002. En: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

⁸ STOUDEMIRE A. *et al.* The economic burden of depression. En: General Hospital Psychiatry. 1986; 8:387-394.

⁹ O'CONNELL, Henry, *et al.* Recent Developments: Suicide in Older People. British Medical Journal 2004;329:895-899

¹⁰ ALARCÓN VELANDIA, Rafael. *et al.* Suicidio y Vejez. En: Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Vol. 19. 2005; 3:840-843

Pública^{11 12 13 14}, la gran mayoría con un enfoque descriptivo, haciendo una caracterización inicial y centrándose principalmente en grupos poblacionales que llaman la atención a la sociedad, ya sea por su aporte en términos económicos o por sus condiciones de vulnerabilidad. Tal es el caso de los menores de edad y adultos jóvenes, cuyas tasas han ido aumentando en el último quinquenio, según los datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF)¹⁵,

Lo anterior refleja que a pesar de que la población masculina mayor de 60 años se presenta como el primer o segundo grupo poblacional (según el año evaluado) con mayor tasa de suicidio entre la población colombiana en el último decenio¹⁶, la documentación y los estudios llevados a cabo hasta el momento no se han particularizado para este grupo etáreo. Esto puede insinuar que el interés de los programas gubernamentales y de los investigadores con respecto al suicidio ha sido orientado hacia la infancia y la juventud, posiblemente por ser sectores cuyos AVPP¹⁷ tienen grandes implicaciones en el sector socioeconómico e influyen de manera importante en el desarrollo del país.

Según el CERAC, en Bogotá, la tasa de suicidios se ha mantenido en un rango del 3 a 6 por cada 100.000 habitantes entre 1997 y 2004, siendo representativa de la tasa de toda la población Colombiana, y además ubicándose dentro de las ciudades con tasas de mortalidad por suicidio bajas, que según la OMS debe ser menor a 6,5 por 100.000 habitantes. Desde 1997 la tasa de suicidios ha disminuido significativamente, con la excepción del aumento que hubo en el 2003. Quienes más cometen suicidio en Bogotá, según el género, son los hombres, ya que de los 335 casos ocurridos en el año 2000 el 79% de los casos fueron hombres y este porcentaje ha tendido a mantenerse constante con una razón de 4:1 entre hombres y mujeres¹⁸.

11 CENDALES, Ricardo, VANEGAS, Claudia, FIERRO, Marco et al. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985 -2002. *Rev Panam Salud Publica*, Oct. 2007, Vol.22, no.4, p.231-238. ISSN 1020-4989

12 GOMEZ-RESTREPO, Carlos, RODRIGUEZ MALAGON, Nelcy, DE ROMERO, Laura C et al. Suicidio y Lesiones Autoinfligidas Colombia, 1973-1996. *Rev. Colombiana de Psiquiatría.*, Abr./Jun 2002, Vol.31, no.2, p.123-136. ISSN 0034-7450

13 GOMEZ-RESTREPO, Carlos, RODRIGUEZ MALAGON, Nelcy, BOHORQUEZ P., Adriana et al. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev. Colombiana de Psiquiatría.*, oct./dic. 2002, Vol.31, no.4, p.283-298. ISSN 0034-7450.

14 PEREZ-OLMOS, Isabel, RODRIGUEZ-SANDOVAL, Esther, DUSSAN-BUITRAGO, Mónica M. et al. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Rev. Salud Pública*, abr./jun. 2007, Vol.9, no.2, p.230-240. ISSN 0124-0064.

15 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis Datos para la vida. 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006. Bogotá.

16 Ibid.

17 Los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), son una medida del impacto de la mortalidad prematura sobre una población INS/CDC, 2004.

18 AGUIRRE AGUIRRE, Katherine y RESTREPO, Jorge. Aproximación de la Situación de Violencia e Inseguridad en Bogotá [online]. Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos CERAC. Bogotá, julio de 2005. En: <http://www.cerac.org.co/pdf/LASUR-Baja.pdf>

Con respecto a los rangos de edad, el comportamiento del suicidio en Bogotá es diferente entre hombres y mujeres, y además varía un poco según el año evaluado. Entre 1996 y 2005, el mayor número de casos en hombres se presentó entre los 18 y 24 años, seguido por el grupo de 25 a 34 años; sin embargo, las tasas por 100.000 habitantes reflejan que el grupo de 70 años o más ocupó el primer lugar con tasas que oscilaron entre el 14,5 y el 25, exceptuando los años 1996 y 2000. Para los casos femeninos, el grupo con mayores tasas de suicidio fue el de 15 a 17 años, exceptuando los años 1997, 2001 y 2004, en los que las mayores tasas las presentó el grupo de 18 a 24 años. Las tasas presentadas por el grupo de 15 a 17 años, oscilaron entre 6,46 y 3,29 por 100.000 habitantes, con tendencia a la disminución¹⁹

¹⁹ Tasas calculadas por la investigadora a partir de los datos suministrados por la División de Referencia e Información Pericial del INML y CF y el DANE.

2. JUSTIFICACIÓN

La identificación de una diferencia significativa entre las tasas de suicidio para la población perteneciente a los adultos mayores y los otros grupos poblacionales – ya sea por edad o sexo-, ha demostrado que los hombres mayores de 60 años son más propensos a cometer suicidio en casi todas las regiones del mundo²⁰. A pesar de esto, el tema ha recibido poca atención, pues las medidas preventivas y asistenciales, investigaciones científicas, y la divulgación en los medios de comunicación se han enfocado hacia grupos más jóvenes, seguramente por presentar mayores cifras absolutas de muertes por suicidio, y por ser el sector más productivo en términos económicos.

La tendencia de crecimiento demográfico, el aumento de la expectativa de vida, y el incremento de las condiciones de riesgo sociales, familiares, económicas y de salud –tanto personales como asistenciales-, hacen prever que en los próximos años tengamos a nivel mundial y nacional un incremento de las tasas de suicidio e intento de suicidio en los adultos mayores.

Aunque se ha descubierto que el fenómeno del suicidio comparte factores de riesgo generales, también se ha demostrado que los factores geográficos, culturales y sociales juegan un papel importante en el desarrollo de dicho fenómeno a nivel de grupos sociales o civilizaciones más localizadas.

En este sentido y teniendo en cuenta que la documentación a nivel nacional es escasa, vale la pena realizar una aproximación a la condición actual del suicidio en la población de adultos mayores, permitiendo de esta manera ampliar el panorama hacia la identificación de posibles factores de riesgo que contribuyan a la formulación de propuestas y el establecimiento de programas para el manejo y la prevención de este fenómeno en dicho grupo poblacional.

De esta manera surge la pregunta de investigación *¿Cuáles son las características epidemiológicas del suicidio en los adultos mayores de 60 años en Bogotá en el periodo 2003-2007?*

La decisión de realizar el estudio en la ciudad de Bogotá radica en la representatividad que como Distrito Capital ofrece debido a: 1. Ser la ciudad con mayor número de habitantes en Colombia. 2. Ser una ciudad pluricultural, en la cual se encuentran presentes personas de diferentes condiciones sociales, étnicas, económicas, culturales y de origen, y 3. Por contar con una base de datos consolidada, debido a mejores condiciones en el procesamiento de datos de defunciones con respecto a otros lugares del país. El periodo de tiempo se escoge

²⁰ World Health Organization. Suicide Prevention (SUPRE) [Online]. En: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en

teniendo en cuenta que a partir del 2003 se encuentran sistematizados los Informes Periciales de necropsia Médico Legal en el INML y CF, y el grupo poblacional se escoge debido al desconocimiento que existe sobre este fenómeno en el mismo.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar, establecer y describir las principales características epidemiológicas del suicidio en adultos mayores de 60 años, en Bogotá, en el periodo 2003-2007.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Describir el comportamiento epidemiológico del suicidio consumado en adultos mayores de 60 años en Bogotá.
- b) Identificar las principales circunstancias del suicidio en adultos mayores de 60 años en Bogotá.
- c) Establecer las posibles razones o motivos, sociales, económicos o psicoemocionales que intervinieron en el suicidio de los casos presentados en Bogotá en este grupo poblacional.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 VIOLENCIA

Podría afirmarse que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad²¹. *“No hay país ni comunidad a salvo de la violencia. Las imágenes y las descripciones de actos violentos invaden los medios de comunicación. Está en nuestras calles y en nuestros hogares, en las escuelas, los lugares de trabajo y otros centros. Es un azote ubicuo que desgarrar el tejido comunitario y amenaza la vida, la salud y la felicidad de todos nosotros”*²²

Partiendo de éste ámbito es necesario plantear diversas definiciones de violencia, dentro de las que encontramos la de Franco (1999) donde *“se entiende por violencia toda forma de interacción humana en la cual, mediante la fuerza, se produce daño a otro para la consecución de un fin”*²³; por otro lado cabe destacar la definición de violencia expresada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*²⁴.

Por lo tanto podemos decir, en primer lugar, que no existe una, sino múltiples violencias, diferenciadas por los actores y sus fines, por el tipo de víctimas escogidas y por las modalidades, intensidades, escenarios y contextos en que se desarrolla. En segundo lugar, encontramos como la violencia es un proceso, un conjunto organizado de pasos hacia la realización de acciones conducentes a fines. Esto quiere decir que hacen parte del acto violento tanto la creación de las condiciones que posibilitan la violencia, como las acciones de preparación y ejecución de dicho acto y sus condiciones inmediatas y mediatas a nivel

²¹ La violencia, un problema de salud mundial. Organización Panamericana de la Salud, 2003. En: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm

²² Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud. Organización Panamericana de la Salud, 2002

²³ Franco, Saúl. El Quinto: No Matar. Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia. Tercer Mundo Editores – IEPRI. Bogotá, 1999

²⁴ La violencia, un problema de salud mundial. Organización Panamericana de la Salud, 2003. En: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm

individual y grupal, por eso se argumenta la naturaleza esencialmente histórica y sociocultural de la violencia.

Es así como la violencia se constituye como un fenómeno de carácter complejo, determinado social y culturalmente, más sin embargo no justificable y de alguna manera prevenible.

4.2 CONCEPTO DE SUICIDIO Y ENFOQUES TEORICOS

Tomando como base la definición de violencia emitida por la OMS, y partiendo del hecho que la violencia puede clasificarse de alguna manera en autoinfligida, interpersonal y colectiva, podemos definir al suicidio como un tipo de violencia autoinfligida que da como resultado la muerte de quien atenta contra su propia integridad. Vale la pena destacar la definición que Emile Durkheim hace desde la perspectiva social en una de las obras clásicas sobre el suicidio como “toda muerte que resulta mediata o inmediata a un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima, quien en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de ella”²⁵.

No es adecuado, por lo tanto, limitar un fenómeno tan complejo a una definición tan general, tal como lo refiere Durkheim, quien afirma que muchos de los significados surgen a partir de las impresiones populares y son amoldados según el caso y la necesidad de discurso de quien lo acuña: *“Como la palabra suicidio surge con frecuencia en el curso de la conversación, pudiera creerse que todo el mundo conoce su significado y que es superfluo definirla. Sin embargo, las palabras del lenguaje usual, y los conceptos que expresan, son siempre ambiguas, y el científico que las emplease tal y como las recibe del uso, sin someterlas a una elaboración ulterior, se expondría a las más graves confusiones”*²⁶.

De esta manera bajo el término “suicidio” se han incorporado muchos hechos que si bien están relacionados con la violencia autoinfligida, pudieran por sus características de ejecución y resultados generar otras definiciones, sin que sea un error o un acierto hacerlo.

Dada la dificultad para llegar un consenso en la definición, pero teniendo en cuenta la necesidad de abordar el suicidio en términos de Salud Pública, en la

²⁵ DURKHEIM, Emile. El Suicidio. Sexta Edición. Ediciones Akal. Madrid, 2003.

²⁶ DURKHEIM, Emile. El Suicidio. Sexta Edición. Ediciones Akal. Madrid, 2003. Capítulo introductorio

décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)²⁷, la OMS propone los siguientes criterios operativos de un suicidio: a) un acto con resultado letal; b) deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto; c) sabiendo o esperando el resultado letal y d) la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.

Para algunos autores suicidio hace referencia únicamente al acto de quitar la propia vida, mientras que otros plantean un concepto más amplio, tal como lo hace R. Montalbán (1998)²⁸, quien se refiere al término de Conducta Suicida como un *continuum* de conductas que incluye no solo al suicidio consumado sino a ideación e intento. El presente proyecto se centrará en el suicidio consumado.

En términos del desarrollo conceptual del suicidio, es importante partir del significado más simple, es decir la etimología de la palabra suicidio. El término suicidio fue acuñado por el filósofo y médico Inglés Thomas Brown en 1642, al realizar una analogía del término homicidio en su obra *Religio Medici*, tomando su etimología de las raíces latinas *sui*, que significa “de sí mismo” y *caedere*, que significa “matar”. Hacia el siglo XVIII se inicia su utilización en España y en 1817 aparece en la quinta edición del diccionario de la Lengua Española²⁹. Con el paso del tiempo y tras el desarrollo cultural del lenguaje y de las lenguas, surgen algunas acepciones para dicho término, tal como lo sugiere la definición que nos da la Real Academia Española en el 2001, en la cual el suicidio no es sólo el quitarse la vida voluntariamente, sino también cualquier acción o conducta que sea perjudicial para quien la está realizando sin que necesariamente se produzca o sea posible –en los sentidos metafóricos- la muerte³⁰.

Entendiendo entonces, que el suicidio puede ser un concepto tan simple como el “matarse a si mismo”, y tan complejo como líneas de pensamiento pueden existir, es importante intentar dar una mirada objetiva a estas perspectivas teóricas que muchos autores han nutrido con el correr de los años. Dichas teorías son: La biológica, la sociológica, la psicológica, la psiquiátrica y la teológica.

4.2.1 Lo Biológico

El determinismo biologista busca hallar en medio de la genética y de la herencia las causas que expliquen al suicidio³¹ haciendo alusión a que únicamente estos

²⁷ World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, WHO, Geneva, 1992

²⁸ ROS MONTALBAN, Salvador, *et al.* La Conducta Suicida. 1ª Edición. Aran Ediciones. Madrid, 1998.

²⁹ TELLEZ, Jorge y FORERO Jorge. Suicidio: neurobiología, factores de riesgo y prevención. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Nuevo Milenio Editores. Bogota, 2006

³⁰ TELLEZ, Jorge y FORERO Jorge. Suicidio: neurobiología, factores de riesgo y prevención. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Nuevo Milenio Editores. Bogota, 2006

³¹ ESTRUCH, Joan y CARDUS Salvador. Los Suicidios. Editorial Herder. Barcelona, 1982

serán los factores determinantes para que se presenten las conductas suicidas. Según Baechler, en las personas depresivas o maniaco depresivas este tipo de conductas se debe a la presencia de un gen del cromosoma sexual X que se transmite hereditariamente y que se hace evidente no sólo en la conducta suicida, sino también en otro tipo de comportamientos criminales en los que se ha encontrado un cromosoma Y suplementario como un elemento relativamente frecuente en los individuos evaluados.

Esta teoría busca enriquecerse basada en el hecho de que es frecuente encontrar casos en que en una misma familia, varios de sus miembros de distintas generaciones, se suicidan y/o tienden a verse afectados por episodios depresivos de características y magnitudes similares, muchas veces sin que el individuo haya podido conocer a su predecesor.

Este tipo de enfoque, si bien puede ser un elemento valioso en el ámbito de la conducta suicida, encuentra su talón de Aquiles en el hecho de que lo que se puede estar transmitiendo de una generación a otra, es la tendencia a padecer enfermedades que están estrechamente relacionadas con el suicidio, como lo es la depresión, sin que necesariamente toda persona que la padezca haya optado por el suicidio como alternativa o salida de su estado de ánimo.

Por otra parte hay algunas enfermedades que se relacionan con la conducta suicida, pero que son propias del envejecimiento o que resultan del desequilibrio provocado por la interacción de fármacos, y que no necesariamente tienen un componente genético inmerso. Tal es el caso de la Senilidad o Demencia Senil, que se define como un deterioro mental y físico irreversible asociado con la vejez³². Este término no es una sólo enfermedad en sí, sino que hace referencia a una gran gama de alteraciones mentales, orgánicas y funcionales que en algunos casos actúan como factores importantes en los actos suicidas, sin que sean la causa única para que se presenten.

Finalmente otro elemento que vale la pena tener en cuenta, es que en algunos casos repetitivos de suicidio en una misma familia, no necesariamente se encuentran lazos sanguíneos directos, como cuando se suicidan ambos conyuges. En este caso se puede pensar que más allá de un factor hereditario, están involucrados comportamientos de imitación y contagio de dichas conductas.

Es indudable que el desarrollo científico en el área de la genética ha abierto muchas puertas a la comprensión de algunos fenómenos que yacían ocultos tras las "paredes cromosomales", pero es inevitable observar que el área biológica es tan sólo uno de los puntos de vista que hay que tener en cuenta para intentar abordar la complejidad del comportamiento humano, sin que el suicidio sea la

³² PAPALIA, Diane y OLDS Sally. Desarrollo Humano. Segunda Edición. Editorial Mc Graw Hill, México 1989.

excepción: *“los estudios genéticos se realizan con frecuencia sobre aquellas enfermedades en las que se fundamenta el suicidio, pero fracasan rotundamente cuando se quiere considerar la suicidabilidad en sí misma”*³³

4.2.2 Lo Sociológico

Esta postura, sin dejar de ser algo determinista, se contrapone un poco a lo biológico y se enriquece a sí misma en la complejidad del ser humano como ente social y además en la amplitud del medio que le rodea. Desde esta perspectiva teórica, el ser humano es susceptible de adquirir comportamientos y aprenderlos, de tal forma que su entorno y su manera de relacionarse con el otro son fundamentales en las actitudes y las decisiones que tome en el transcurso de su vida.

Enfocándolo hacia el suicidio, este puede ser una conducta aprendida, que emerge y se hace efectiva –en términos de letalidad-, dependiendo principalmente de la capacidad de adaptación del individuo a las circunstancias que le rodean, a la habilidad para relacionarse con otros individuos, y a las características del entorno social propiamente dicho. Es por esto que los fenómenos sociales son bidireccionales, no dependen exclusivamente del individuo, ni tampoco exclusivamente del medio social; es así como un individuo “socialmente susceptible” a cometer suicidio se puede ver protegido por un entorno favorable según sus perspectivas y proyectos de vida, mientras que otro, tal vez un poco más estable, puede llegar a su límite de tolerancia ante situaciones extremadamente adversas.

En esta línea de pensamiento se encuentra, quizás, el más grande expositor –o al menos el más conocido- en cuanto al tema del suicidio; no necesariamente por sus aciertos o desaciertos, sino por su rigurosidad en el abordaje de este tema: Emile Durkheim, quien con su teoría de la Causalidad Social afirma que existe un nivel de integración social de los individuos, contrapuesto a una regulación social existente³⁴. Durkheim define el suicidio, en su obra, como “toda muerte que resulta mediata o inmediata a un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima, quien en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de ella”³⁵.

³³ COSTA, Mollinari et al. El Suicidi. Monografies mèdiques No 15. Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya, 1977. Pàg 80.

³⁴ GONZALEZ, Jorge Oswaldo et al. Ideación, Intento y Suicidio en Bogotá: Un estado del arte 2000-2002. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Gobierno. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Bogotá D. C., Agosto 2003.

³⁵ DURKHEIM, Emile. El Suicidio. Sexta Edición. Editorial Akal. Madrid, 2003.

Si la definición dada por Durkheim reúne en gran medida lo que la mayoría de personas conoce sobre el suicidio, surge entonces la pregunta de por qué su obra aparece como un hito en la historia conceptual de este fenómeno. Lo fundamental aquí es observar que el suicida es un ser social que se ha visto permeado por un entorno que le ha facilitado u obstaculizado el desarrollo de sus aspiraciones y su realización como persona; es decir Durkheim nos abre los ojos frente al suicidio como un fenómeno social y no meramente individual: *“Su aporte fundamental es mostrar la incidencia extraordinaria que tiene la sociedad sobre las conciencias individuales. Antes de Durkheim, el suicidio era visto como un fenómeno absolutamente individual, resultado de las decisiones íntimas de la persona. Su genialidad estuvo en mostrar que la sociedad afecta la conciencia individual y las probabilidades de suicidio, de acuerdo con una serie de rasgos como el sexo, el estado civil, la religión, las ocupaciones, etc.”*³⁶

Durkheim afirma que los factores extrasociales -aquellos ajenos a la sociedad- como los psicopáticos, la raza, el clima y los comportamientos de imitación, no son influyentes de manera directa sobre el suicidio, sino que están más bien mediados por la intervención de lo que él denomina los factores sociales. Partiendo de este punto enuncia cuatro tipos de suicidio, basados en los niveles de integración y regulación social: egoísta, altruista, anómico y fatalista.

El suicidio egoísta se da cuando la unión que aferra al hombre a la vida se disipa debido a que sus obligaciones con la sociedad se han vuelto más laxas. De esta manera -afirma Durkheim- los miembros de confesiones religiosas que permiten mayor desarrollo individual y menos cohesión entre sus miembros presentan mayores tasas de suicidio, como sucede con el protestantismo en relación con el catolicismo y el judaísmo. Por otra parte las personas casadas, y con mayor fuerza aquellas que tienen hijos, poseen responsabilidades sociales más definidas, que los hacen menos susceptibles de cometer suicidio con respecto a los viudos o los solteros que han perdido o no han adquirido este tipo de responsabilidades. Finalmente y contrario a lo que se creería, las crisis políticas y sociales ejercen un efecto atenuante sobre los suicidios, debido a que emergen los sentimientos de colectividad y cooperación, patriotismo y labor social.

El suicidio altruista hace referencia a una alta integración social, contraria al caso anterior. En este caso el individuo no se encuentra desligado, sino casi totalmente absorbido por la sociedad, lo que conlleva a sentimientos de lealtad y decisiones que superan lo individual trascendiendo hasta el bien común. Tal es la situación de los hombres que se suicidan al sentirse desvalidos por la vejez o atacados por una grave enfermedad, el de las mujeres que se quitan la vida tras el fallecimiento de sus esposos, o la decisión de quitarse la vida de los servidores o subalternos luego de la muerte de sus jefes o superiores. El suicida de estas

³⁶ URICOECHEA, Fernando. En entrevista realizada sobre el estudio de Emile Durkheim acerca del suicidio. Arias Patiño Henry. UN Contexto. En: http://www.unal.edu.co/uncontexto/inf_especial_004.htm

características no ve la acción de atentar contra si mismo como un derecho sino como una obligación, que si llegara a evadir, sería castigada con la deshonra o con penas religiosas.

A pesar de que es claro que en estos episodios no hay un apego al yo, sino un interés por lo que es la persona en la sociedad, Durkheim aclaró que no todos los suicidios altruistas cumplen con iguales características. Los que se han mencionado previamente hacen parte de decisiones que prácticamente las reglas sociales de un lugar geográfico o una cultura determinada obligan a tomar, por lo que el autor los involucra dentro del **“suicidio altruista obligatorio”**. Hay casos en los que sin embargo la sociedad no ejerce tal presión sobre el individuo, pero este desea demostrar su desapego a la vida y se convierte en una virtud renunciar a ella; tal es el caso del **“suicidio altruista facultativo”**. Existe un último tipo que es el **“suicidio altruista agudo”**, en el que se involucra grandemente el misticismo propio de la religiosidad, que lleva a la persona a buscar quitarse la vida incluso violentamente, aunque las propias normas religiosas le impulsen a lo contrario.

El suicidio anómico tiene similitudes con el suicidio egoista, pero en este caso el objeto de estudio no se encuentra en el grado de integración social que tenga el individuo, sino en el poder que tiene la acción reguladora que ejerce sobre ellos la sociedad. El individuo se traza por naturaleza un límite alcanzable de satisfacción a sus necesidades y de aspiraciones personales, que usualmente se encuentra enmarcado dentro de la esfera materialista y se halla regulado por la condición socioeconómica de la persona, pero que también puede incluir cualquier otra área que intervenga en su bienestar como ser humano. En el momento en que la sociedad limita aún más esas fronteras que el individuo se ha planteado, éste último se ha de sentir cohibido y desorganizado, lo que produce un sentimiento de impotencia y una frustración de no alcanzar las metas propuestas, que puede desembocar en la decisión de quitarse la vida. Es así como Durkheim afirma que la pobreza actúa como un factor protector, en el sentido que, quien ha nacido pobre se ha trazado límites muy cortos y más fácilmente alcanzables, contrario a aquel que ha ambicionado y se ha acostumbrado a cierto estilo de vida y sufre una gran pérdida al sentirse reducido a un nivel inferior. En este caso existe una baja regulación social, no porque la sociedad no influya en el individuo, sino porque cada quien se ha creado un nivel de necesidades particular.

El autor hace referencia además a los suicidios anómicos que no so provocados por crisis económicas, sino aquellos secundarios a la viudez o el divorcio, en el que existe una dificultad para adaptarse a un nuevo ámbito familiar y al cambio de rol al cual se debe adaptar la persona. Dista de otros casos que se han incluido previamente en el suicidio egoista y el suicidio altruista, en que la dificultad se halla ante la nueva situación que ha sido impuesta, y no en un proceso individual que la persona llevaba con anterioridad o por una obligación que se tenga.

El suicidio fatalista actúa, según Durkheim, como el opuesto del suicidio anómico. En este caso existe una regulación social exagerada que prácticamente sume al individuo dentro de la imposibilidad de decidir o actuar. Los casos según el autor son muy escasos, y prácticamente se limitan a situaciones como la esclavitud y el despotismo.

En resumen se puede decir que el aporte principal de Durkheim fue develar la influencia que ejerce la sociedad sobre el individuo, al punto de direccionar sus acciones y sus decisiones. Unos vínculos sociales no sólo estrechos, sino también efectivos apegan al individuo a la vida.

Aunque algunos autores argumentan que la teoría de Durkheim aún es válida, existen sin embargo algunos aspectos que estadística y epidemiológicamente son debatibles y que han provocado la necesidad de abrir el área social ante otras posibilidades o perspectivas teóricas para nutrirse de ellas. Es indudable que la sociedad evoluciona, y de la misma forma han de evolucionar las teorías planteadas en otro momento histórico.

Posterior a Durkheim, aparece su pupilo Maurice Halbwachs (1877-1945), quien en 1930 hace una publicación sobre las causas del suicidio, heredando algunas ideas de Durkheim, pero también criticando otras. Su obra se caracteriza por involucrar la psicología a la sociología, y de esta manera plantea el suicidio desde la perspectiva de la vida social como algo complejo, y desvirtuando la anomia que había propuesto su maestro. No sólo habla de la memoria colectiva y de las clases sociales, sino además pone al día las estadísticas suministradas por Emile, con lo que hace dos afirmaciones importantes: el homicidio y el suicidio tienden a ser opuestos de tal manera que cuando uno aumenta el otro disminuye, existiendo sin embargo una excepción en las guerras de gran magnitud, en las cuales ambos fenómenos tienden a disminuir^{37 38}

Existen otras teorías y modelos que aunque contienen elementos de la psicología, se podrían incluir dentro de la perspectiva social debido a la influencia que existe entre el entorno social y el individuo. Algunas de estas han sido referenciadas por González (2003)³⁹:

- **Teoría de la Internalidad/externalidad de Rotter:** Basada en el aprendizaje social. En esta, una ineficacia en el transcurso de la vida de la persona la lleva al estancamiento y a la absorción de las propias

³⁷ Los homicidios en este caso no incluyen los producidos por los actos bélicos, sino los que son practicados por los civiles entre ellos mismos.

³⁸ LASÉN Díaz, Amparo. Nota de introducción al texto de Maurice Halbwachs. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Revista No. 69. En: http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_069_11.pdf

³⁹ GONZALEZ, Jorge Oswaldo et al. Ideación, Intento y Suicidio en Bogotá: Un estado del arte 2000-2002. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Gobierno. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Bogotá D. C., Agosto 2003.

limitaciones que han sido impuestas por el ambiente. Un individuo desarrolla expectativas a través de sus continuas experiencias de reforzamiento, las cuales afectarán sus conductas futuras. Esto le da importancia a qué tipo de situaciones debería o no estar expuesto un sujeto con el propósito de que alcance un grado de internalidad de sus acciones que le lleve a ser productivo para sí mismo y para otros.

- **Modelo de Aculturación de Berry y Kim:** Se entiende aculturación como el proceso que siguen los pueblos en el fenómeno de incorporación ante el contacto permanente con otra cultura⁴⁰. Este proceso puede propender a situaciones de tensión y condiciones patológicas dentro de las que se incluye el suicidio. Estas reacciones dependen principalmente de las fases de adaptación cultural que pueden surgir: integración entre las culturas, asimilación de la nueva cultura, rechazo ante la nueva cultura y marginalización del grupo cultural nativo hacia el inmigrante.
- **La Teoría de los Constructos personales de Kelly:** Los sujetos tienen una forma característica de adaptarse al medio que los rodea de acuerdo al desarrollo cognoscitivo que poseen, es decir cada individuo hace una interpretación de la realidad que es independiente a ella. El suicidio se da entonces en una depresión extrema por resultarle a la persona el mundo impredecible o extremadamente predecible.
- **Teoría de la Desesperanza Aprendida de Seligman:** La apreciación permanente de la persona, ante la discrepancia entre los objetivos que se ha propuesto y los resultados que ha obtenido, la llevan a sentirse impotente y frustrada. Esto provoca déficits de la personalidad que se manifiestan a través de la depresión que sufre el individuo. En este caso la relación del sujeto con el entorno social se desintegra, causando apatía y desmotivación en el mismo.

4.2.3 Lo Psicológico

La perspectiva Psicológica busca identificar las alteraciones mentales que el individuo ha padecido o padece, y que de alguna manera explican cambios abruptos del comportamiento en el que se es capaz de atentar contra uno mismo. La Psicología es en sí tan compleja, y además es tan difícil desvincularla de otras áreas como la social y la médica, que he preferido hacer una división entre dos vertientes que han marcado alguna diferencia clara en cuanto a sus posturas con respecto al suicidio. Estas son la psiquiatría y el psicoanálisis.

⁴⁰ Gran Enciclopedia Larousse. Editorial Planeta. Barcelona

4.2.3.1 Lo Psiquiátrico

Las teorías modernas de la psiquiatría, en especial las escuelas norteamericanas, siguen una línea de argumentación sobre el suicidio muy parecida a la perspectiva biologista. Es por esto necesario observar las tesis planteadas por la psiquiatría clásica alrededor de este tema.

Aunque existen algunas diferencias de base que hacen compleja la exposición radical de un solo enfoque psiquiátrico para el suicidio, en términos generales la psiquiatría clásica pretende explicar los actos suicidas a partir de la enfermedad mental, particularmente la locura. En su versión más radical la psiquiatría asume que el suicidio es una enfermedad mental, mientras que en su versión más conservadora se presenta al suicidio como una consecuencia de una enfermedad mental⁴¹.

Dos autores del siglo XIX que pertenecen a esta escuela son Pinel y Esquirol, quienes conciben el suicidio como una patología nétamente psiquiátrica⁴². Esquirol afirma que el hombre no se suicida sino en estado de delirio, por lo tanto todo suicida es un alienado. Para otros autores del enfoque psiquiátrico, sin embargo, no todos los suicidas son psicópatas manifiestos, aunque necesariamente en el momento de atentar contra sí mismos se deben hallar en un estado emocional patológico que es transitorio. Incluso Cioran en su obra *Le mauvais demiurge* llegó a afirmar “nadie se mata en un acceso de demencia, sino más bien en un acceso de insoportable lucidez”.

Posterior a ellos, en 1932, aparece la obra *Psicopatología del Suicidio* de Achille-Delmas, quien no sólo apunta a una crítica activa de la postura sociológica y sus métodos estadísticos, sino además asegura que debe existir algún grado de locura para cometer suicidio. Este autor expone dos tipos de personalidades para los suicidas: los ciclotímicos y los hiperemotivos. Los primeros, que constituyen el 90% de los suicidas, son personas melancólicas, angustiadas, depresivas, irritables, inquietas e inseguras de sí mismas. Los segundos, pertenecientes al 10% restante, se caracterizan por reaccionar de forma desproporcionada ante todo tipo de situaciones conflictivas.⁴³ Achille-Delmas asegura que esta proporción se mantiene constante en cualquier población, hecho que ha sido desvirtuado por estudios posteriores.

⁴¹ ESTRUCH, Joan y CARDUS Salvador. Los Suicidios. Editorial Herder. Barcelona, 1982

⁴² GONZALEZ, Jorge Oswaldo et al. Ideación, Intento y Suicidio en Bogotá: Un estado del arte 2000-2002. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Gobierno. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Bogotá D. C., Agosto 2003.

⁴³ ACHILLE-DELMAS. Psycho-pathologie du suicide. Paris. Alcan, 1932. En: <http://www.livres-chapitre.com>

La limitante que existe en estas formas tan radicales de pensamiento es el hecho de lograr diferenciar la barrera entre la salud y la enfermedad mental, entre la normalidad y la anormalidad, entre lo permanente y lo transitorio.

4.2.3.2 El Psicoanálisis

Dentro de la línea de la psiquiatría, surge en 1890 el psicoanálisis, como una vertiente encaminada al tratamiento de las enfermedades mentales a partir del inconsciente. Su más grande expositor, Freud, no ahonda mucho en la temática del suicidio, y dentro de las pocas referencias que hace del mismo expresa que es una forma de castigo que el individuo se impone a sí mismo (*Psicopatología de la vida cotidiana*, 1901). Más adelante, en otra de sus obras (*Duelo y Melancolía*, 1915) afirma que originalmente el impulso suicida, es un impulso homicida que cambia de objetivo, al pasar de un objeto externo hacia el yo.

Posteriormente, pero en esta misma línea de pensamiento, Menninger en 1938 hace una teorización psicoanalítica del suicidio, en la que asegura que en estos casos hay una combinación de tres dimensiones que son: el deseo de morir, el deseo de matar y el deseo de ser matado, en las que se reflejan la necesidad de reposo, la agresividad y el sentimiento de culpa respectivamente. Menninger también habló de las automutilaciones como una especie de suicidio parcial.

Otros aportes complementarios a la teoría psicoanalítica del suicidio son dados por Adler y Jung, quienes resumen esta tendencia de pensamiento en el hecho de que los factores que intervienen en el suicidio son fundamentalmente intrapersonales y no interpersonales como lo aseguraría la perspectiva social.⁴⁴

El psicoanálisis ha sido reevaluado por algunos autores, quienes ponen en tela de juicio la no aplicación del método científico en su ejercicio, y las carencias de fundamentación para someter a los pacientes a este tipo de análisis introspectivo que según sus detractores no arroja resultados fiables ni útiles para el paciente.

Los autores recientes que abordan el área psiquiátrica, se han enfocado principalmente en el comportamiento suicida y otro tipo de comportamientos de autolesión identificados, más que en los estados psicopatológicos como tal. Aparecen entonces nuevos conceptos menos radicales como los de conducta suicida, suicidabilidad, suicidio parcial, suicidio activo y suicidio pasivo, que sin dejar de abordar la salud mental como objeto de estudio, se ven enriquecidos por otros elementos.

⁴⁴ ESTRUCH, Joan y CARDUS Salvador. Los Suicidios. Editorial Herder. Barcelona, 1982

Giner y Leal, en su obra *Tratado de Psiquiatría (1982)*, establecen dos tipos de conducta: la Suicidabilidad Activa y la Pasiva. La primera involucra el suicidio consumado, el suicidio frustrado, la tentativa de suicidio, el gesto suicida y las automutilaciones frecuentes en pacientes esquizofrénicos y con retardo mental. La segunda hace referencia a la búsqueda intencionada de situaciones peligrosas por parte de la persona, dentro de las que se encuentra la toxicomanía suicida y los comportamientos contrarios a las prescripciones médicas formuladas a los pacientes.⁴⁵

4.2.4 Lo Teológico

La perspectiva teológica, debido a su enfoque Divino y espiritual, encuentra una limitante en la exposición de sus teorías por su dificultad de llevarlas a un nivel de demostración científica, o de posicionarlas dentro de ámbitos académicos rigurosos. No por esto es descartable, sobre todo teniendo en cuenta que desde el punto de vista epidemiológico, quienes se ciñen a estas estructuras como un punto clave para sus vidas, son menos susceptibles a cometer suicidio en comparación con las personas que no tienen este tipo de creencias⁴⁶, aunque desde el punto de vista sociológico Durkheim afirmaba lo contrario.

Desde la perspectiva teológica cristiana, el suicidio es considerado un pecado contra Dios, argumento que además es compartido entre la mayoría de religiones monoteístas, incluido el judaísmo y el islamismo⁴⁷, sin embargo este último consiente el suicidio como una manera de autosacrificio en medio de la guerra santa que se libra contra el pueblo judío.

Al hacer un estudio del Antiguo Testamento se hace evidente que los casos de suicidio en el pueblo Judío fueron pocos debido a la actitud de respeto que ellos tienen frente a la voluntad soberana de Dios, a la esperanza de una vida eterna y a su incapacidad y temor de obstaculizar los planes Divinos. A pesar de que en los Diez Mandamientos compartidos por la fe Judaica y Cristiana no se hace explícito el suicidio como un pecado, el término hebreo expresado en el sexto⁴⁸

⁴⁵ GONZALEZ, Jorge Oswaldo et al. Ideación, Intento y Suicidio en Bogotá: Un estado del arte 2000-2002. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Gobierno. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Bogotá D. C., Agosto 2003.

⁴⁶ El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Organización Panamericana de la Salud, 2004. En: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

⁴⁷ TONDO, Leonardo y BALDESSARINI Ross. Suicide: Historical, Descriptive, and Epidemiological Considerations. *Medscape Psychiatry & Mental Health*. En: <http://www.medscape.com/viewarticle/413194>

⁴⁸ Para las religiones Judía y Cristiana Protestante el no matar es el sexto mandamiento, mientras que para los Católicos es contado como el quinto mandamiento.

mandamiento hace alusión a no quitar la vida⁴⁹, sin detallar si la víctima es el otro o es uno mismo. Este argumento fue consolidado por San Agustín y aprobado oficialmente en el segundo Concilio Romano Católico de Orleans en 563 d. C.

La teología Cristiana, tanto en su vertiente Católica como Protestante, condena el suicidio como un acto que está fuera de la moral y la conducta que se debe seguir. Asume que este, junto con otros actos de violencia hacen parte de la expresión de la naturaleza pecadora del ser humano, que sale a flote cuando el individuo no está en una comunión permanente con su Creador, y además se ve tentado por Satanás como representante del mal. Este último pretende que estas expresiones sean cada vez más frecuentes y más intensas, no sólo para hacer más desdichada la vida de la humanidad, sino para impedirle que llegue a obtener la Salvación y la Vida Eterna y sea condenado a una eternidad espiritual en el Infierno.

En cuanto al destino espiritual del suicida, existe sin embargo una discrepancia entre las dos vertientes basada en los principios de salvación –por obras para la Católica y por fe para la Protestante. La primera afirma que quien se suicida está destinado a ir al infierno (incluso en la edad media no eran permitido estos sepelios), mientras que la segunda se mantiene algo reservada asegurando que quien juzga los actos humanos es Dios, y es él quien sabe el verdadero destino de la persona.

Existe también una similitud en cuanto a los suicidios que se presentan en varias generaciones de una misma familia, como lo expone la teoría biológica. Sin embargo la explicación teológica de dicho fenómeno radica en que el suicidio, algunas enfermedades, el madresolterismo, el aborto, las violaciones y el homosexualismo, entre otros fenómenos, funcionan como una maldición que puede ser transmitida de una generación a otra. En varios pasajes bíblicos quienes desobedecían o pecaban acarreaban maldición hasta la tercera o cuarta generación, pero así mismo quienes obedecían eran bendecidos por muchas generaciones.

4.3 SUICIDIO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Aunque el suicidio no es considerado como una enfermedad, si es un acontecimiento trágico que trae inmerso un desenlace fatal y una etiología

⁴⁹ La Santa Biblia. Antiguo y Nuevo Testamento. Versión Reina-Valera 1960. Sociedades Bíblicas Unidas. Exodo 20 y Deuteronomio 5.

compleja⁵⁰; este, al romper súbitamente con el curso normal de la vida de una persona, ocupa un lugar importante dentro de la categorización de muertes violentas.

El suicidio ha despertado una gran preocupación frente al número de víctimas que cobra anualmente; razón por la cual la OMS la describe como una de las principales causas de muerte en el mundo, y así mismo hace un llamado a la necesidad de prevención del mismo⁵¹.

Aunque las publicaciones e investigaciones al respecto se han incrementado en los últimos años, vale la pena resaltar que ya en los años 50's y 60's algunos autores intentaron plantear el tema del suicidio como un problema de Salud Pública. Tal es el caso de Oliven (1954), quien asume la prevención del suicidio como un reto para la Salud Pública, y hace énfasis en que la predicción de los posibles casos es débil y además propone tomar algunas medidas más contundentes, como la generación de "leyes anti-suicidio", el cuidado pertinente de los pacientes psiquiátricos y la disminución de elementos que puedan generar comportamientos de imitación, entre otros⁵². Años más tarde, Dublin (1965) hace una recopilación de textos científicos publicados, de los cuales deduce que, aunque se viene hablando del suicidio como un problema de Salud Pública, y de la prevención como una necesidad claramente establecida, no se han iniciado propuestas serias al respecto en la espera de lograr entender la complejidad de un fenómeno, que según él, difícilmente se logrará cubrir en todas sus dimensiones.⁵³

Según la misma OMS, el comportamiento suicida está determinado por un gran número de motivaciones complejas, tales como la pobreza, el desempleo la pérdida de seres queridos, discusiones, ruptura de relaciones y problemas jurídicos y laborales entre otros. Adicionalmente existen otras situaciones que también son de gran influencia, como los antecedentes familiares de suicidio, el abuso del alcohol y estupefacientes, maltrato infantil, aislamiento social y algunos trastornos mentales. En menor escala, pero con algunos reportes, se ha encontrado que las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante pueden incrementar el riesgo de suicidio.⁵⁴

⁵⁰ KNOX, Kerry. Conwell, Yeates. Caine, Eric. If Suicide is a Public Health problem, What are we doing to prevent it? American Journal of Public Health. Vol 94. No 1, Enero 2004

⁵¹ First ever global report on violence and health released. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Octubre 3, 2002

⁵² Oliven, John F. Suicide Prevention as a Public Health Problem. Am J Public Health Nations Health 1954 44 (11): 1419-1425

⁵³ Dublin, Louis I. Suicide: A Public Health Problem. Am J Public Health Nations Health 1965 55(1): 12-15

⁵⁴ El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Organización Panamericana de la Salud. Ginebra, 8 de Septiembre de 2004. En:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

El suicidio no sigue el comportamiento de una enfermedad o evento fisiopatológico, pero Knox (2004) propone que casos como el de las Enfermedades Cerebro Vasculares –ECV-, son un buen ejemplo a seguir para tratar de hallar una epidemiología del suicidio, en búsqueda de identificar su multicausalidad y de plantear estrategias claras para su prevención. Knox cita el caso de la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, en el que hubo un incremento alarmante de las tasas de suicidio a mediados de los 90's. En este caso la estrategia utilizada fue un "modelo de cambio cultural", en el que se siguió el principio que la mejoría de la salud mental de la comunidad es mucho más efectivo en la prevención del suicidio, que la focalización de las necesidades individuales⁵⁵

A pesar del panorama tan complejo que presenta el comportamiento suicida, según el profesor Lars Mehlum, presidente de la International Association for Suicide Prevention y profesor de la Universidad de Oslo, el suicidio es un fenómeno prevenible y por lo tanto los esfuerzos deben estar encaminados no sólo a su estudio, sino también a su prevención. Dentro de este lineamiento, y con la ayuda de otros expertos a nivel mundial, la OMS ha desarrollado algunas propuestas y material de prevención, que busca incentivar al personal sanitario, docente y funcionarios de distintas instituciones para que actúen como vigías en la identificación temprana de casos de riesgo y agentes motivadores dentro de las campañas y propuestas de prevención.

Dentro de los programas liderados por varias instituciones a nivel mundial, se destaca SUPRE (En inglés sigla de Suicide Prevention) de la Organización Mundial de la Salud, el cual emite periódicamente material de información y capacitación dirigido hacia las personas que de una u otra forma pueden ser partícipes en todo este proceso preventivo. Su fortaleza radica en la promoción de medidas nacionales, comunitarias e individuales de forma simultánea y en el suministro de información veraz con respecto al comportamiento suicida. Según la OMS no es posible prevenir todos los suicidios, pero sí la mayoría, a través de la toma de varias medidas para la reducción del riesgo, entre ellas la reducción del acceso a los medios para suicidarse (pesticidas, medicamentos, armas de fuego, etc.); el tratamiento de las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia; el seguimiento de los pacientes que han cometido intentos de suicidio; el fomento de el manejo de información responsable por parte de los medios de comunicación y la capacitación a los profesionales de la atención primaria de salud.

A un nivel más personal, la OMS afirma: "es importante saber que sólo un escaso número de suicidios se producen sin aviso. La mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones. Por consiguiente, deben tomarse en serio todas las

⁵⁵ Knox, Kerry L., Conwell, Yeates, Caine, Eric D. If Suicide Is a Public Health Problem, What Are We Doing to Prevent It? Am J Public Health 2004 94: 37-45

amenazas de autolesión. Además, la mayoría de las personas que intentan suicidarse son ambivalentes y no buscan exclusivamente la muerte. Muchos suicidios se producen en una fase de mejoría, cuando la persona tiene la energía y la voluntad para convertir sus pensamientos desesperados en una acción destructiva. No obstante, una persona que alguna vez haya tratado de suicidarse no tiene por qué estar necesariamente siempre en riesgo. Los pensamientos suicidas pueden reaparecer, pero no son permanentes y en muchos casos no vuelven a reproducirse”.

4.4 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA DE TERCERA EDAD

Existe para los propósitos de este trabajo, la necesidad de enmarcar el concepto de tercera edad y qué rangos de edad cubre. Aunque para el colectivo no es desconocida la ubicación de quiénes son las personas mayores, los adultos mayores, las personas de edad, la tercera edad, los (as) ancianos (as) y los (as) viejos (as), entre otras formas de categorizar a éste grupo etéreo, es importante establecer a quiénes nos referimos, cuáles son sus características y cuál es el término adecuado para hacerlo, debido a que el envejecimiento es un proceso dinámico, amplio y variante que puede abarcar más de 40 años de la existencia humana⁵⁶.

La concepción de “la vejez” tiene una fuerte influencia cultural y biológica, que ha sido cambiante a través de la historia y se encuentra estrechamente relacionada con la expectativa de vida de la población en una época determinada. Los escritos del Antiguo Testamento bíblico y la Torá, hacen referencia a un periodo de la humanidad aurífero, carente de guerras y enfermedades, en donde se reseñan personajes extremadamente longevos, como es el caso de Matusalén, Noé y Adán, con 969, 950 y 930 años respectivamente⁵⁷. Posterior a los relatos del Éxodo, los personajes referenciados presentan un promedio de vida mucho menor, como por ejemplo Abraham y Sarah, quienes vivieron 170 y 127 años.

“Algunos dicen que no hay pruebas ciertas de ello, otros que la manera de contar los años en ese entonces era distinta de la actual. Lo cierto es que desde que tenemos memoria y conocimiento histórico los seres humanos envejecían más tempranamente que ahora. Los hallazgos arqueológicos del Antiguo Egipto, hace 5.000 años, revelan huellas de patologías de desgaste en edades más jóvenes que las actuales. Las normas sociales de la Esparta del Siglo V antes de Cristo determinaban una expectativa de vida de no más de 30 años. Esta expectativa de vida, en la época del Imperio Romano, era de 21 años. Durante los siglos

⁵⁶ ZETINA, María Guadalupe. Conceptualización del Proceso de Envejecimiento. Papeles de Población, Enero-Marzo, No 019. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México, 1999. En: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/112/11201903.pdf>

⁵⁷ La Santa Biblia. Antiguo Testamento. Versión Reina-Valera 1960. Sociedades Bíblicas Unidas. Génesis.

*siguientes, la duración de la vida mostró avances y retrocesos, en los que influyeron fenómenos naturales no controlados, guerras, enfermedades y normas sociales.*⁵⁸

De acuerdo a las Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento, se ha adoptado el término de Tercera Edad o Adultos Mayores para catalogar a todas aquellas personas que cuenten con 60 años o más. Inclusive, en el rango de las personas de 60 años y más se encuentran subgrupos de edad, con diferencias tan marcadas que justifican la utilización del concepto “cuarta edad” para denominar a aquellas personas mayores de 75 años.⁵⁹ Aunque se cuestiona la conveniencia de poner límites cronológicos para este ciclo vital del ser humano debido al dinamismo e individualidad para cada persona, se hace necesario unificar los criterios de selección de los grupos etéreos para favorecer los estudios estadísticos y contribuir al desarrollo e investigación en el área de la gerontología⁶⁰.

A partir de estos encuentros mundiales, se ha optado por la utilización del término Tercera Edad o Adulto Mayor, en búsqueda de la dignificación de este grupo poblacional, en primer lugar porque existe una diferencia entre lo que es vejez y envejecimiento, y en segundo lugar porque algunos de estos términos no hacen alusión a un avance cronológico, sino a un deterioro funcional.

Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), en América Latina y el Caribe la población de 60 años y más está aumentando sostenidamente en todos los países. Para CELADE, se trata de un proceso generalizado de envejecimiento de las estructuras demográficas que lleva a un aumento tanto en el número de personas adultas mayores como en el peso de esta población en la población total⁶¹.

Esta tendencia demográfica exige, por lo tanto, un fortalecimiento en las políticas públicas encaminadas al bienestar y a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores. Sin embargo, los modelos económicos actuales –por lo menos en el mundo occidental- desvinculan gradualmente a las personas de tercera edad, marginándolos del sector productivo, razón por la cual muchas de estas medidas son obviadas y sus recursos enrutados a sectores menos vulnerables.

⁵⁸ Disertación del Dr. Rene Knopoff, Director de la Escuela de Gerontología de la Universidad Maimónides en el 5º Seminario de Gerontología Jueves 11 de Setiembre Expo Medical Centro Costa Salguero - Buenos Aires. En: http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2008/09/la_explasion_de_la_longevidad.html

⁵⁹ ARANIBAR, Paula. Acercamiento Conceptual a la Situación del Adulto Mayor en América Latina. Serie Población y Desarrollo. No. 1. CELADE-CEPAL. Santiago de Chile, 2001

⁶⁰ ZETINA, María Guadalupe. Conceptualización del Proceso de Envejecimiento. Papeles de Población, Enero-Marzo, No 019. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México, 1999. En: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/112/11201903.pdf>

⁶¹ Los Adultos Mayores en America Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. CELADE-CEPAL. Santiago de Chile, Marzo de 2002. En: www.eclac.cl

4.4.1 Dimensiones del envejecimiento

Para el estudio del Adulto Mayor se hace necesaria la contribución de diferentes disciplinas que abordan diversos enfoques teóricos. Dichos enfoques, aunque pueden contraponerse en determinados casos favorecen el entendimiento del ciclo vital del Adulto Mayor. En aras de sintetizar la dimensión bio-psico-social característica de los seres humanos, se ha optado por agrupar la información en tres esferas: biológica y fisiológica, psicológica y emocional, social y laboral. Vale la pena resaltar que la vejez es un resultado dependiente de los ciclos vitales de la persona (infancia, pubertad, adolescencia y adultez), pero también influenciado por las condiciones socio-culturales, económicas y demográficas que rodean al individuo⁶².

En la dimensión orgánica y fisiológica no cabe duda que el envejecimiento produce cambios que afectan notablemente la estabilidad física de la persona, desmejorando notablemente los procesos de adaptación, supervivencia, movilidad e independencia. La desaparición de tejido magro, que es reemplazado por el graso, origina la disminución de la fuerza y de la agilidad⁶³. Aunque estos cambios no se dan en todos los individuos sincrónicamente, es un proceso normal que ocurre a raíz de un deterioro celular y tisular, que conlleva a la aparición de patologías que son comunes para los mayores de 60 años. Entre ellas se destacan las Enfermedades Cerebro Vasculares, algunos tipos de Cáncer, Enfermedades Respiratorias y Degeneración del sistema nervioso central. Algunas de estas enfermedades pueden evolucionar negativamente, provocando situaciones de parálisis, pérdida de órganos o extremidades, y por lo tanto discapacidad.

La interacción de medicamentos también es un inconveniente, ya que el consumo crónico de los mismos pueden generar nuevas enfermedades como úlceras y gastritis, colitis y daños a nivel renal y hepático. Este círculo vicioso de enfermedad-tratamiento-nueva enfermedad, disminuye notablemente la calidad de vida de los pacientes y obstaculiza en algunos casos la independencia de la persona. La cronicidad de algunas enfermedades, y los altos niveles de dolor que se manejan, pueden actuar en algunos casos como motivaciones para la búsqueda del suicidio en estas personas, aunque se asocie generalmente

⁶² ZETINA, María Guadalupe. Conceptualización del Proceso de Envejecimiento. Papeles de Población, Enero-Marzo, No 019. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México, 1999. En: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/112/11201903.pdf>

⁶³ ALARCON, Rafael. Sobre la Vulnerabilidad del Anciano: Reflexiones mínimas en el marco de los principios bioéticos. Cuadernos De Psiquiatría De Enlace ISSN: 0124-1524, ed: Sociedad Colombiana de Psiquiatría. vol:2 fasc:20 págs: 11 – 15, 2003

depresión en mayor o menor grado⁶⁴.

Desde la perspectiva biológica, algunos autores como Burnet (1982) afirman que la longevidad resulta ser heredada, existiendo dos procesos de envejecimiento: uno primario, que está directamente relacionado con factores genéticos, independientes a estados de estrés, enfermedad, o condiciones sociales, y otro secundario que se refiere a la influencia directa de traumas y enfermedades.⁶⁵ De ahí que el ciclo vital del Adulto Mayor sea el resultado de toda una Historia de Vida, acompañada de los factores que le rigen en el presente. Es probable que esta sea la explicación al hecho que en términos demográficos, las mujeres sean más longevas que los hombres.

En cuanto a los cambios psicológicos y emocionales, es importante destacar que hay algunas enfermedades que parten de cambios fisiológicos, pero que desencadenan todo un proceso mental para el paciente. Aquí van inmersas enfermedades como el Alzheimer y la Demencia Senil, en la que el cambio tisular y celular del sistema nervioso, se ve reflejado en cambios de comportamiento progresivo, inclusive hasta llegar al abandono completo de la realidad. Otro evento importante en este aspecto, es la Depresión, que no se incluye dentro de las enfermedades degenerativas, pero que si es bastante común en los adultos mayores. Es importante destacarla porque es uno de los factores más influyentes para el suicidio en la tercera edad según lo reporta la literatura⁶⁶, y además por ser un fenómeno multicausal y complejo, ya que no sólo tiene un componente fisiológico, sino evidentemente afectivo.

La Depresión puede ser el resultado de la presencia de enfermedades crónicas, o ser el punto de partida para la manifestación de algunos síntomas que suelen confundirse con las mismas: *“Las señales biológicas de la depresión, como el insomnio, pérdida del apetito, peso y energía; los trastornos gastrointestinales, como la pirosis, acidez, digestiones lentas, constipación; los síntomas cardiovasculares, tales como las palpitaciones, precordalgias; los síntomas ostiomio articulares, como las mialgias, artralgias, lumbalgias y dolores de espalda, son comúnmente atribuidos por el anciano a una enfermedad física como se señalaba con anterioridad, y si el médico de atención primaria no está familiarizado con esta forma de presentación del trastorno afectivo en el paciente, una depresión no suicida puede convertirse en suicida”*⁶⁷.

A nivel social y laboral, la tercera edad usualmente coincide con las jubilaciones

⁶⁴ O'CONNELL, Henry, *et al.* Recent Developments: Suicide in Older People. British Medical Journal 2004;329:895-899

⁶⁵ BURNET, Frank. La Entereza de Vivir. Importancia de la Genética en la Vida Humana. Ed. Conacyt y FCE. México, 1982

⁶⁶ ALARCON, Rafael. La Depresión en Ancianos. En: <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?2470>

⁶⁷ PEREZ, Sergio Andrés. El Suicidio, Comportamiento y Prevención. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(2):196-217

de la mayoría de los trabajadores. Esto es importante porque la persona es desvinculada de un rol familiar y comunitario al cual está acostumbrado, disminuyen sus ingresos económicos, y menguan sus motivaciones de vida. Lo anterior sin embargo no es consistente para ambos géneros, debido a que los mayores de hoy, fueron la fuerza laboral de hace algunas décadas, en las cuales el porcentaje masculino de la misma era muy superior al femenino. Por lo tanto muchas mujeres mantienen su rol de ama de casa, pasando de ser madres a ser abuelas, y en este sentido no se ven sometidas al desarraigo del cese laboral.

En el caso de los hombres pertenecientes a países en vía de desarrollo, la situación económica hace que en ocasiones, luego de la jubilación, los pensionados continúen con otras actividades de carácter laboral para asegurar una mejor calidad de vida. De alguna manera esto favorece el reconocimiento del Adulto Mayor como un ser social, y no sencillamente como el “viejo”, el “viudo”, el “enfermo”, etc. La participación social significativa, se relaciona estrechamente con la calidad de vida y la prolongación de su ciclo vital, no sólo en términos cuantitativos –vivir más-, sino en alargar su existencia en condiciones de bienestar –vivir mejor-. Investigaciones de la OMS, han demostrado que las personas que participan en grupos sociales mantienen una mejor calidad de vida, comparadas con las que se mantienen aisladas: *“Los ancianos que no desarrollan actividad alguna, se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos”*⁶⁸

4.4.2 Factores de Riesgo para Suicidio en el Adulto Mayor⁶⁹

De acuerdo a estas dimensiones propias del ciclo vital en la vejez, se han referenciado algunos factores asociados al suicidio en la Tercera y Cuarta Edad. Entre mayor número de factores estén presentes en la persona, mayor será la posibilidad de que se presente el suicidio en el individuo:

Factores médicos:

1. Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes, como la de Parkinson, la demencia de Alzheimer o de otro tipo, las neoplasias, la diabetes mellitus complicada de retinopatía o polineuropatía discapacitante, la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

⁶⁸ KRZEMIEN, Deisy. Calidad de Vida y Participación Social en la Vejez Femenina. En: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/15CalidaddeVidaVejezfemenina.pdf>

⁶⁹ PEREZ, Sergio Andrés. El Suicidio, Comportamiento y Prevención. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(2):196-217

2. La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes.

3. Los tratamientos prodepresivos muy utilizados para contrarrestar patologías que padece el anciano (digitálicos, Propanolol, L. Dopa, Indometacina, etcétera).

4. Las enfermedades prodepresivas, principalmente la arteriosclerosis, demencias, la de Parkinson, entre otras.

Factores psiquiátricos:

Se incluyen las depresiones de cualquier etiología, el abuso de drogas o alcohol, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran desconfianza y agitación, y la confusión mental.

Factores psicológicos:

Los ancianos que sufren de sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, aburridos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a revivir el pasado.

Factores familiares:

1. Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio. La viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, durante el cual puede ocurrir la llamada autodestrucción pasiva, en la que el evento vital doloroso desencadena una depresión y altera además el sistema inmunitario, lo que facilita la patología somática, principalmente las infecciosas.

2. El abuelo "pin-pon" es otra condición de riesgo suicida y se produce con la migración forzada del anciano (le "rotan" entre los familiares).

3. El ingreso en un hogar de ancianos en su etapa de adaptación puede reactivar situaciones de desamparo previas que precipiten un acto autodestructivo.

Factores socio-ambientales:

1. La jubilación.

2. El aislamiento social.

3. La actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia el anciano.

4. La pérdida de prestigio.

4.5 CONTEXTO DE BOGOTA

Bogotá es la capital de Colombia, ubicada en la región andina del país a 2600 metros sobre el nivel del mar; ciudad principal en términos de población y económicos, y sede del Gobierno Nacional. Se caracteriza por ser el centro de convergencia de muchos pobladores de otras regiones del país.

Según datos suministrados por la alcaldía mayor de Bogotá, basados en el Censo del 2005 del DANE, la ciudad cuenta con 6.778.691 habitantes, de los cuales 6.763.325 se encuentran en la cabecera municipal. En cuanto a la población de la Tercera Edad, según las proyecciones del DANE, para el último año de este estudio (2007) habían 263.315 hombres mayores de 60 años (3,88% de la población), y 354.860 mujeres mayores de 60 años (5,23% de la población), para un total de 618.175 habitantes adultos mayores de 60 años (9,12%)

La administración de Bogotá, se encuentra organizada a través de Unidades Administrativas Locales, representadas por veinte Localidades que se rigen a su vez por las siguientes Alcaldías Menores: Una localidad es una división política, administrativa y territorial municipal, con competencias claras y criterios de financiación y aplicación de recursos, creada por el Concejo Municipal a iniciativa del alcalde respectivo, con el fin atender de manera más eficaz las necesidades de esa porción del territorio. Bogotá inició su camino a la definición de sus localidades cuando mediante Acuerdo 26 de 1972 se dividió de acuerdo con la población que tenía en el momento en 18 localidades; más adelante, en 1987 mediante Acuerdo 08 de ese año se dividió en 19 y por último mediante Acuerdo 02 de 1992 en 20 localidades así: 1. Usaquén, 2. Chapinero, 3. Santafé, 4. San Cristóbal, 5. Usme, 6. Tunjuelito, 7. Bosa, 8. Kennedy, 9. Fontibón, 10. Engativa, 11. Suba, 12. Barrios Unidos, 13. Teusaquillo, 14. Mártires, 15. Antonio Nariño, 16. Puente Aranda, 17. Candelaria, 18. Rafael Uribe, 19. Ciudad Bolívar y 20. Sumapaz⁷⁰.

La tasa de suicidios en Bogotá se ha mantenido en un rango del 3 a 6 por cada 100.000 habitantes entre 1997 y 2004; sin embargo, a nivel de localidades las tasas varían notablemente con respecto a este promedio. Según Tellez (2006)⁷¹, en el 2005 las tasas por 100.000 habitantes más altas se observaron en las localidades de Santa Fe (33,6), Candelaria (25,5) y Ciudad Bolívar (20,6), mientras que las localidades con tasas menores fueron Puente Aranda (6,0) y Teusaquillo (4,0). Para el primer semestre del 2007, la lista la encabezaba la localidad de Santa Fe (1,9), seguida de Rafael Uribe (1,8), Barrios Unidos (1,7) y Teusaquillo y Chapinero (1,6).

5. METODOLOGIA

⁷⁰ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. En: <http://www.bogota.gov.co/decide.php?patron=1.0907>

⁷¹ TELLEZ, Jorge y FORERO, Jorge. Suicidio: Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Nuevo Milenio Editores. Bogotá, 2006.

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo retrospectivo que incluye los siguientes componentes.

- Conocer la situación a través de variables (magnitud)
- Primer análisis (caracterización)
- Contribución a la comprensión del fenómeno (tipificación)

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

En este caso el universo estuvo conformado por 104⁷² adultos mayores de 60 años cuya manera probable de muerte fue suicidio cometido en la ciudad de Bogotá entre 2003 y 2007 a quienes se les practicó necropsia medicolegal en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Regional Bogotá.

No se tomó una muestra sino la totalidad de los 104 Informes Periciales de necropsia Médico Legal de adultos mayores de 60 años cuya causa probable de muerte fue suicidio cometido en la ciudad de Bogotá entre 2003 y 2007

5.3 UNIDAD DE OBSERVACIÓN

La unidad de observación fueron los Informes Periciales de necropsia Médico Legal de adultos mayores de 60 años que cometieron suicidio en la ciudad de Bogotá desde 2003 hasta 2007

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adultos mayores de 60 años que cometieron suicidio en la ciudad de Bogotá entre 2003 y 2007.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron aquellos Informes Periciales de necropsia Médico Legal que provenían de personas que cometieron el suicidio fuera del Distrito Capital de Bogotá (dos casos) o cuyo dictamen del perito forense no confirmó el suicidio

⁷² Dato suministrado por la División de Referencia de Información Pericial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

como posible manera de muerte (dos casos). También se considerará como criterio de exclusión casos con reserva sumarial a la fecha. Se excluyeron dos casos adicionales por no encontrarse en el archivo.

5.6 DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES

Por ser un estudio descriptivo no aplica la definición de variables dependientes o independientes, sino variables epidemiológicas que fueron:

DATOS DE LA VICTIMA

Edad, ocupación, nivel educativo, profesión, estado civil, lugar y fecha de nacimiento, lugar de residencia (localidad), raza, contextura, cuidado, antecedentes médicos, sociales o psicológicos de relevancia (enfermedades depresivas, pérdidas económicas, enfermedad crónica o terminal, convivencia etc).

DATOS DEL HECHO

Tiempo: Ocurrencia de los hechos (Año, Mes, Día, Día de la semana y Hora)

Lugar: Lugar de los hechos (Localidad y Barrio), Escenario (Vivienda, sitio de recreación, vía pública, sitio trabajo, vehículo, despoblado, desconocido y otros)

Mecanismo: Ahorcamiento, arma de fuego, arma banca, lanzamiento al vacío, envenenamiento, y otros

MOVILES DEL HECHO

Razones o motivaciones del suicidio (situaciones previas de discusión conyugal, pérdidas de algún tipo, enfermedad física o mental, etc.), elementos de prueba y muestras de laboratorio (alcoholemia, sustancias psicoactivas)

OTROS: Este ítem se incluyó del formulario de recolección de datos, aunque **no constituye una variable epidemiológica**. Hace referencia a la información adicional que se considere importante en términos cualitativos para los objetivos de la investigación.

Como dato de valor adicional, se tuvo en cuenta en cuáles de los casos estudiados se sospecha de homicidio o de muerte accidental.

5.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La selección de las unidades de observación se hizo tomando el universo. Los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento de recolección se conservaron y sistematizaron a través del programa Epi-Info 6.04. Los datos se analizaron mediante tablas de contingencia y se calcularon los estadísticos que aporta la estadística descriptiva.

5.8 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

La recolección de la información se hizo por parte de la investigador en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, a través de la revisión de los Informes Periciales de necropsia Médico Legal. Los datos extraídos se incluyeron en un formato previamente diseñado, el cual contenía las variables necesarias para el análisis de la información.

5.9 SESGOS POTENCIALES

Para evitar el sesgo de selección se utilizaron los criterios de inclusión y de exclusión establecidos en el diseño de la metodología. No hubo inconvenientes en el cálculo de la muestra, pues se tomó el universo.

Para prevenir el sesgo de información el diseño del instrumento de recolección de datos se hizo previamente, teniendo en cuenta los objetivos de observación de la investigación. Para la elaboración de dicho instrumento se hizo una revisión preliminar de algunos Informes Periciales de necropsia Médico Legal de suicidios en Bogotá suministrados por el INML y CF y su aplicación se realizó únicamente por la investigadora principal.

5.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigadora se comprometió a guardar confidencialidad con respecto a los datos tomados de los Informes Periciales de necropsia Médico Legal, garantizando la reserva de identidad de los actores involucrados en el fenómeno de estudio. Además, la investigadora se comprometió a utilizar la información revisada con finalidades exclusivamente académicas. No se hicieron entrevistas a los familiares de las víctimas. Todos los procedimientos se realizaron de acuerdo a lo estipulado **en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.**

6. RESULTADOS

Entre los años 2003 y 2007, en Bogotá se realizaron en el INML y CF, 104 necropsias de adultos y adultas mayores de 60 años, cuya manera probable de muerte fue suicidio. Estos datos corresponden a 11 casos de mujeres y 93 de hombres. Sin embargo, en el momento de aplicar el instrumento de recolección de datos, 6 casos de hombres fueron excluidos del estudio: dos de ellos por no encontrarse en el archivo del Instituto, dos porque los hechos ocurrieron fuera del Distrito Capital, y dos debido a que el dictamen del perito forense fue muerte accidental y no suicidio. El procesamiento de la información se hizo basado en los 98 protocolos que cumplieron los criterios de inclusión.

6.1 TASAS DE SUICIDIO

Del total de casos de suicidio estudiados, el 88.78% correspondió a hombres (87 casos) y el restante 11.22% a mujeres (11 casos), lo que representa una razón de 8 casos de suicidio masculino, por cada suicidio femenino (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1: Suicidio en Adultos Mayores de 60 Años – Bogotá 2003-2007

SUICIDIOS EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS BOGOTA 2003-2007						
ANO	HOMBRES	TASA	MUJERES	TASA	TOTAL	TASA
2003	25	11,45	5	1,68	30	5,81
2004	20	8,77	2	0,64	22	4,09
2005	20	8,40	0	0,00	20	3,57
2006	9	3,59	1	0,30	10	1,70
2007	13	4,94	3	0,85	16	2,59
TOTAL	87		11		98	

El cálculo de las tasas de suicidio para los años de estudio, se realizó basándose en la proyección de población del DANE para la ciudad de Bogotá, centrada en el Censo del 2005. Para los dos géneros, las mayores tasas se presentaron en el año 2003 con valores de 11,45 casos por 100000 habitantes para los hombres, y 1,68 casos por 100000 habitantes para las mujeres. En los hombres la tasa se mantuvo con valores de 8,77 y 8,4/100000 habitantes en el 2004 y 2005 (poco más que el doble de la tasa promedio de suicidios para toda la población colombiana), y descendió notablemente para el año 2006 con una tasa de 3,59/100000 habitantes. En el caso femenino la tasa de suicidios no superó 1 caso por cada 100000 habitantes a partir del 2004, resaltando que en el 2005 no se presentó ningún caso. (Ver Cuadro 1 y Figura 1)

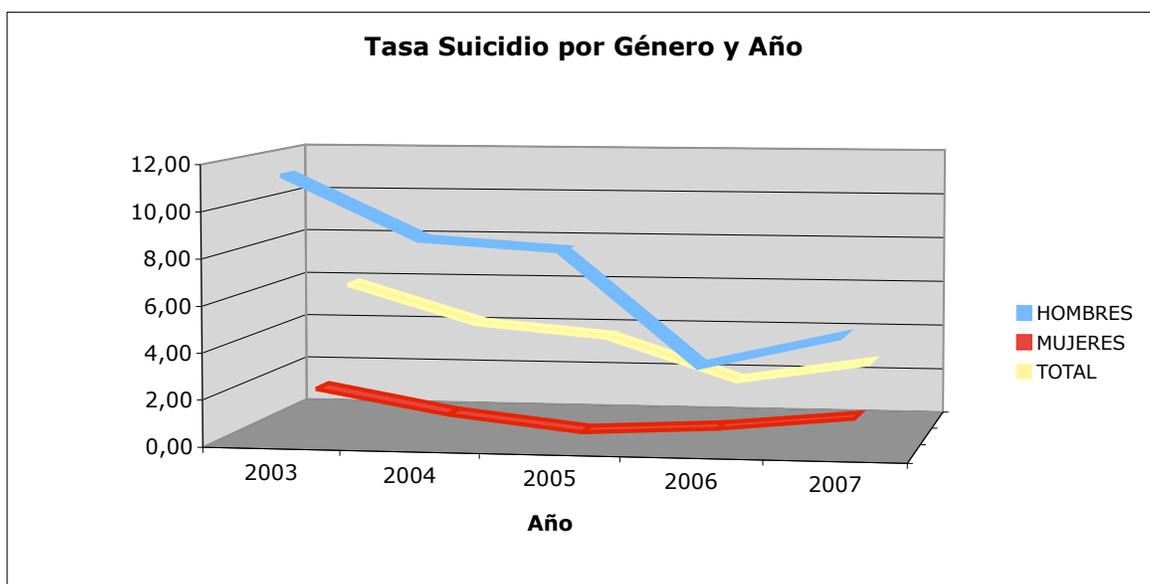


Figura 1. Tasa de Suicidios en Adultos Mayores de 60 años. Bogotá 2003-2007

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Proyección de Población. Censo 2005. DANE

6.2 DATOS DE LA VICTIMA

La procedencia de las víctimas se estableció por el lugar de nacimiento, según el departamento para los Colombianos, y una categoría adicional para los Extranjeros, quienes correspondieron al 2,30% de los casos en hombres. Los nacidos en Bogotá se excluyeron del departamento de Cundinamarca y se ubicaron como un solo grupo. En las mujeres, el departamento de origen que aportó mayores casos de suicidio fue Boyacá con un 27.27%, seguido por Cundinamarca y Bogotá con un 18.18% para los dos lugares. En el caso de los hombres, el departamento que predomina es Cundinamarca con un 29.89%, seguido de Boyacá (20,69%) y Bogotá (13,79%) (Ver Cuadro 2 y Figura 2).

Cuadro 2. Lugar de Nacimiento Víctimas de Suicidio

LUGAR DE NACIMIENTO							
SUICIDIO ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS BOGOTÁ 2003-2007							
MUJERES	2003	2004	2005	2006	2007	Total	%
Antioquia						0	0,00%
Bogotá				1	1	2	18,18%
Boyacá	1				2	3	27,27%
Caldas		1				1	9,09%
Cauca						0	0,00%
C/marca	2					2	18,18%
Huila						0	0,00%
N. Santander						0	0,00%
Nariño		1				1	9,09%
Risaralda						0	0,00%
Santander	1					1	9,09%
Tolima						0	0,00%
Valle	1					1	9,09%
Extranjero						0	0,00%
Sin Dato						0	0,00%
TOTAL						11	100,00%

HOMBRES	2003	2004	2005	2006	2007	Total	%
Antioquia	1				1	2	2,30%
Bogotá	4	3	3		2	12	13,79%
Boyacá	6	4	5	3		18	20,69%
Caldas	2				1	3	3,45%
Cauca	1					1	1,15%
C/marca	7	6	6	1	6	26	29,89%
Huila				1		1	1,15%
N. Santander	1	1	1			3	3,45%
Nariño			1	1		2	2,30%
Risaralda		1				1	1,15%
Santander	1	2	2	1	1	7	8,05%
Tolima		2	2	1	1	6	6,90%
Valle		1				1	1,15%
Extranjero	1				1	2	2,30%
Sin Dato	1					1	2,30%
TOTAL						87	100,00%

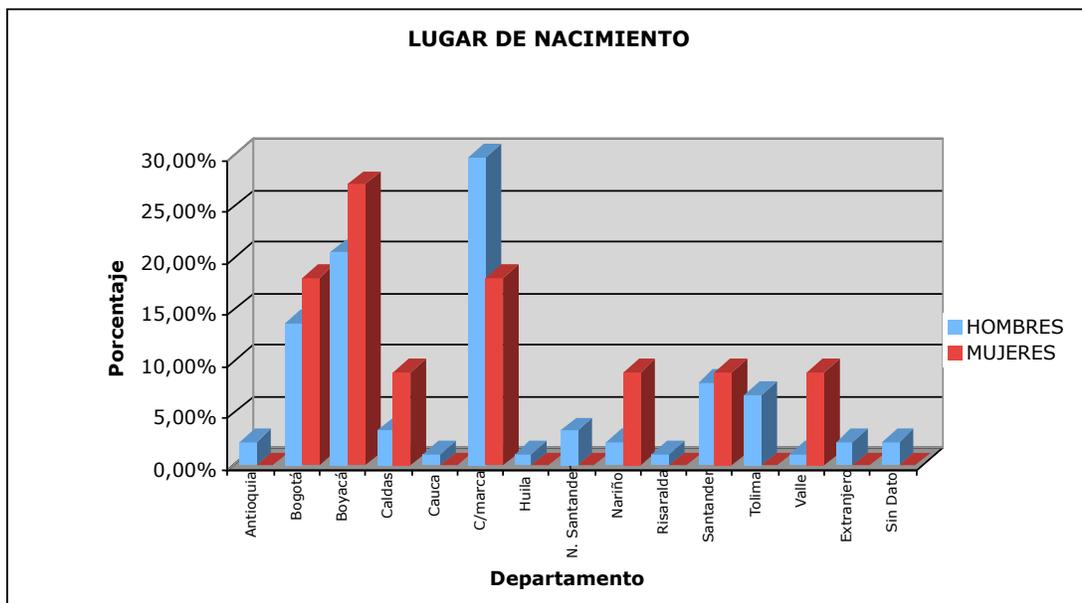


Figura 2. Suicidios Según Lugar de Nacimiento en Adultos Mayores de 60 años. Bogotá 2003-2007

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

El lugar de residencia de las víctimas se clasificó según la Localidad correspondiente a la dirección de las mismas, esto por cuestiones de organización y por facilitar el aporte de elementos de análisis que brinda la información disponible sobre cada Localidad.

En las mujeres, el mayor número de casos (3) residían en la localidad 13 de Bogotá (Teusaquillo) correspondiente a un 27,27%, seguida de la localidad 19 (Ciudad Bolívar) con 2 casos, equivalentes al 18,18%. (Ver Cuadro 3 y Figura 3)

Cuadro 3. Suicidio en Mujeres por Localidad

SUICIDIO SEGÚN GENERO Y LOCALIDAD DE BOGOTA							
MUJERES							
LOCALIDAD	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
1					1	1	9,09%
2						0	0,00%
3						0	0,00%
4						0	0,00%
5						0	0,00%
6						0	0,00%
7					1	1	9,09%
8	1					1	9,09%
9						0	0,00%
10				1		1	9,09%
11						0	0,00%
12						0	0,00%
13	1	1			1	3	27,27%
14	1					1	9,09%
15						0	0,00%
16						0	0,00%
17						0	0,00%
18			1			1	9,09%
19	2					2	18,18%
20						0	0,00%
No Aplica							0,00%
Sin Dato							0,00%
TOTAL	5	2	0	1	3	11	100,00%

Los casos de hombres fueron más frecuentes en la localidad 8 (Kennedy) con 10 casos equivalentes al 11,49%, seguida de las localidades 1 (Usaquén) y 10 (Engativá), con 9 casos para cada una, correspondiente al 10,34%. (Ver Cuadro 4 y Figura 3). Al totalizar los casos de hombres y mujeres, se mantuvo la localidad de Kennedy en primer lugar con un 11,22% (11 casos), seguida de Usaquén y Engativá, con 10 casos cada una, equivalentes al 10,20%. No se reportó ningún caso para residentes de las localidades 3 (Santa Fe) y 20 (Sumapaz). (Ver Figura 4).

Cuadro 4. Suicidio en Hombres por Localidad

SUICIDIO SEGÚN GENERO Y LOCALIDAD DE BOGOTA							
HOMBRES							
LOCALIDAD	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
1	4	1	1	2	1	9	10,34%
2		1	1			2	2,30%
3						0	0,00%
4	2		2			4	4,60%
5		1	1	1	1	4	4,60%
6		1			2	3	3,45%
7					2	2	2,30%
8	1	3	2	1	3	10	11,49%
9	2	1				3	3,45%
10	3	2	1	3		9	10,34%
11	2		4		2	8	9,20%
12	1	1				2	2,30%
13	2	1				3	3,45%
14	1	1	2	1		5	5,75%
15	3	1	1			5	5,75%
16	1	1	2			4	4,60%
17	1					1	1,15%
18	1	2	1		2	6	6,90%
19		1	1			2	2,30%
20						0	0,00%
No Aplica	1	1				2	2,30%
Sin Dato		1	1	1		3	3,45%
TOTAL	25	20	20	9	13	87	100,00%

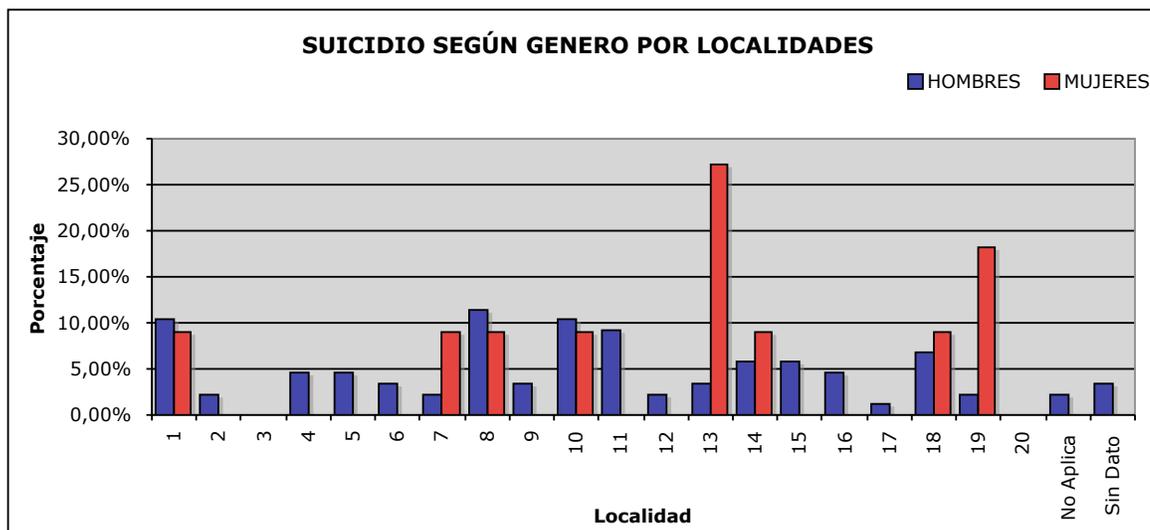


Figura 3. Suicidio según Género por Localidades. Adultos Mayores de 60 años. Bogotá 2003-2007

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

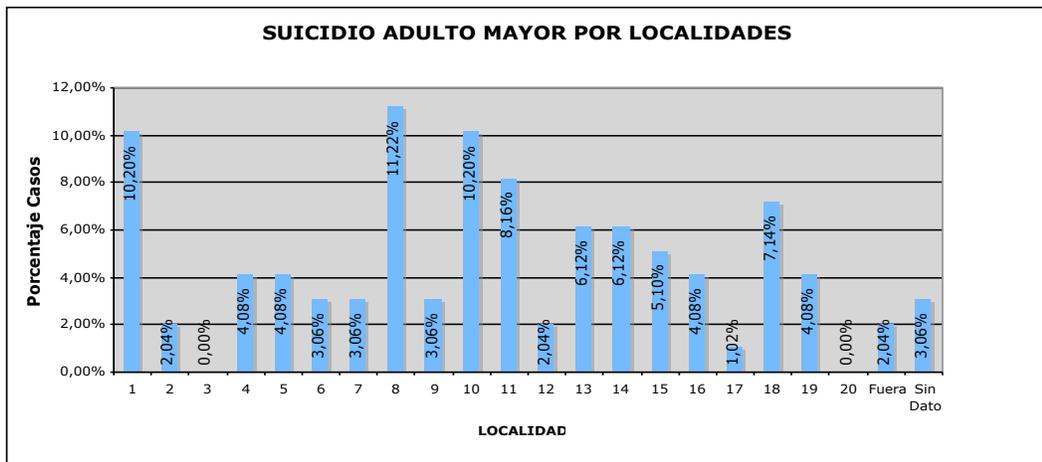


Figura 4. Suicidio Adultos Mayores de 60 Años por Localidades. Bogotá 2003-2007

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

El estado civil de las víctimas de suicidio, se ubica según el género en las siguientes categorías: Para las mujeres: viuda (36,36%), casada (27,27%), soltera (27,27%), sin dato (9,09%). No hubo casos de mujeres separadas o en unión libre. En el caso de los hombres, contrario a lo que refiere la literatura, quienes más se suicidaron fueron los casados (59,26%), seguidos de quienes se encontraban en unión libre (16,05%), viudos (9,88%), solteros (8,64%), separados (6,17%) y sin dato (7,41%). (Ver Figura 5)

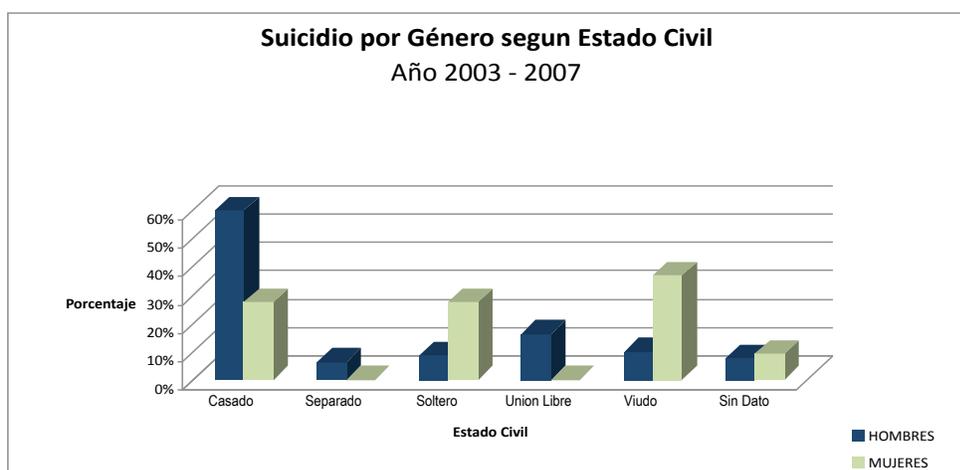


Figura 5. Suicidio por Género según Estado Civil. Adultos Mayores de 60 años. Bogotá 2003-2007

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

En cuanto al nivel educativo, se encontró un alto índice de ausencia de información en los protocolos de necropsia, equivalente al 68,60% para los hombres, y el 72,73% para las mujeres. Con la información disponible, para los casos femeninos las categorías de primaria completa, técnica y superior obtuvieron un valor del 9,09%, con un caso para cada una. En los hombres predominó la educación superior (19,77%), seguida de técnica y primaria completa (4,65% cada categoría), secundaria completa (2,33%) y primaria incompleta (1,16%). (Ver figura 6)

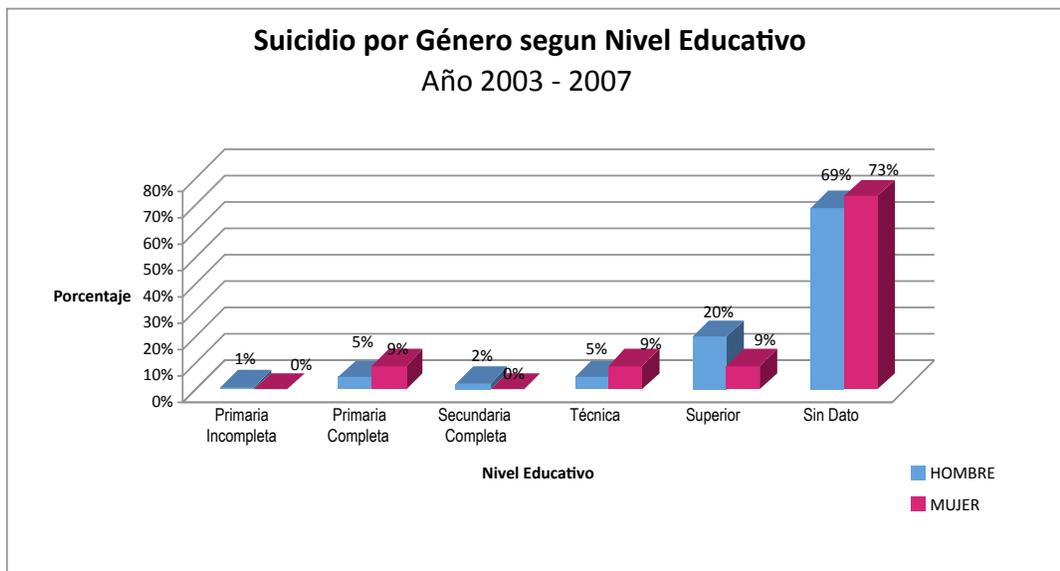


Figura 6. Suicidio por Género según Nivel Educativo. Adultos Mayores de 60 años. Bogotá 2003-2007.

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

De acuerdo a las ocupaciones, en las mujeres únicamente estuvieron presentes las categorías de hogar (54,55%), pensionadas (27,27%) y sin dato (18,18%). Vale la pena resaltar que muchas de las que se denominaron como pensionadas, sucedieron la pensión de sus esposos por viudez y no por receso laboral. En cuanto a los hombres, las ocupaciones más frecuentes fueron pensionado (27,59%), desempleado (20,69%) y comerciante (17,24%). (Ver Cuadro 5 y Figura 7)

Cuadro 5. Ocupación Adultos Hombres Mayores 60 Años

SUICIDIO SEGUN OCUPACION ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS							
BOGOTÁ 2003-2007							
HOMBRES							
OCUPACION	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Agricultor o Ganadero	1		1			2	2%
Comerciante	3	6	2	1	3	15	17%
Conductor		1			1	2	2%
Desempleado	5	4	5	1	3	18	21%
Empleado			1	1	1	3	3%
Hogar			1			1	1%
Independiente	2		2	1	1	6	7%
Mecánico		1				1	1%
Oficios Artísticos o Artesanales	3	1				4	5%
Pensionado	6	5	8	3	2	24	28%
Pensionado Militar	2	1			2	5	6%
Periodista	1					1	1%
Sin Dato	2	1		2		5	6%
TOTAL						87	100%

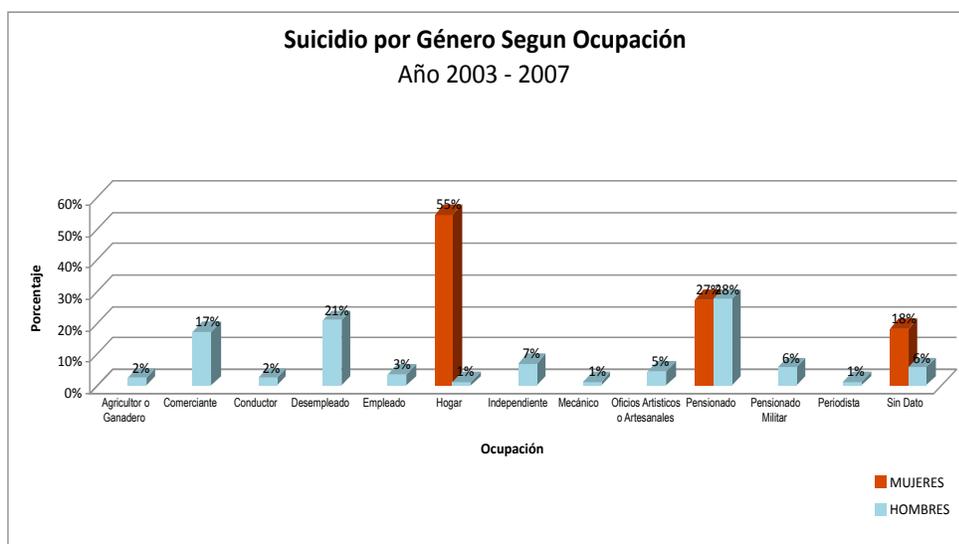


Figura 7. Suicidio por Género Según Ocupación. Adultos Mayores de 60 Años. Bogotá 2003-2007

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

6.3 ANTECEDENTES

En cuanto a los antecedentes de las víctimas incluidas en el estudio, se tomaron en cuenta los antecedentes médicos generales, antecedentes de tratamiento psiquiátrico o psicológico, convivencia e intentos de suicidio.

Para los antecedentes médicos generales, se tomó como referencia de la patología o condición más relevante al momento de haber cometido el suicidio, pues hubo algunos casos en que había presencia de más de una categoría por persona. Los antecedentes se agruparon en Enfermedades Crónicas, Enfermedades Terminales, Presencia de Discapacidad, Alcoholismo, Adicciones, Ninguna (para quienes refirieron buen estado de salud al momento de la muerte), y sin dato. En las mujeres lideró la presencia de enfermedades crónicas, con un 27,27%, seguida de las categorías Sin Dato (45,45%), Ninguna (18,18%) y Enfermedad Terminal (9,09%). En los hombres el mayor porcentaje fue para Enfermedad Crónica (42,53%), seguida de Sin Dato (37,93%), Ninguna (5,75%), Discapacidad y Alcoholismo (4,60%), Enfermedad Terminal (3,45%), y Adicciones (1,15%). (Ver Figura 8)

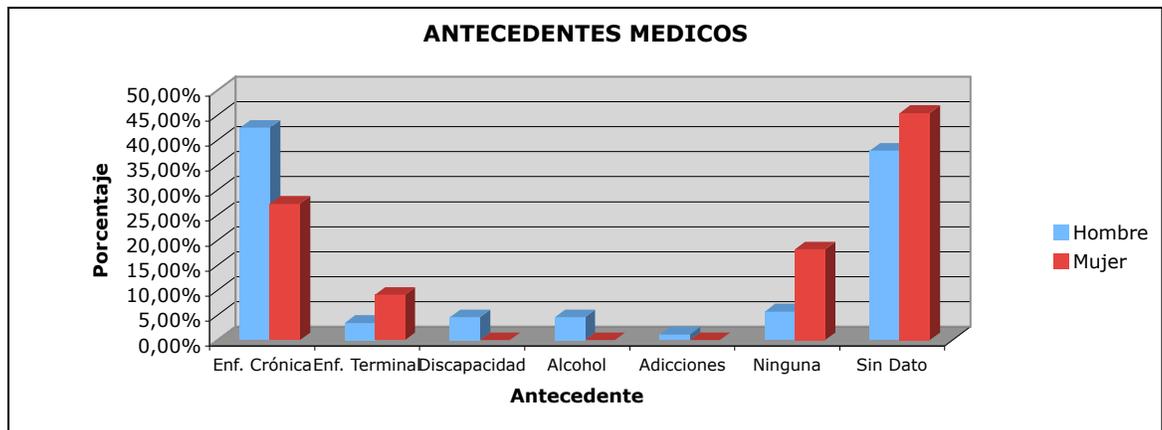


Figura 8. Antecedentes Médicos. Suicidio Adultos Mayores de 60 Años. Bogotá 2003-2007.

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

En cuanto a los antecedentes psicológicos, debido a la ambigüedad de los estados depresivos, se determinó la categoría “Si”, cuando existían reportes de tratamiento previo o actual bajo la supervisión de un especialista o persona externa capacitada en áreas relacionadas, que apuntara a aliviar una dolencia emocional. Se hace claridad que el nombre de la variable es únicamente con propósitos de categorización, y no necesariamente implica una patología de orden mental, sino únicamente el referir haber asistido a un especialista (psicólogo, psiquiatra o afines). Si únicamente se hablaba de estados de aburrimiento sin haber recibido algún tipo de atención o ayuda (psiquiátrica, psicológica, de consejería pastoral, etc) no se consideraba como antecedente. En este sentido, los resultados para las mujeres fue de antecedentes de tratamiento psiquiátrico en un 72,73%, en contraste con un 9,09% que no refirieron antecedentes de este tipo. Para los hombres los antecedentes de tratamiento psiquiátrico fueron del 36,78%,

contra un 12,64% que no los presentaron. En todos los casos positivos, la ayuda provino de servicios de psiquiatría de las EPS a las que se encontraban afiliadas las víctimas. (Ver Cuadro 6)

Cuadro 6. Antecedentes Médicos Adultos Mayores de 60 Años.

SUICIDIO ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS						
ANTECEDENTES TRATAMIENTO PSICOLOGICO						
ANTECEDENTE	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Si	32	36,78%	8	72,73%	40	40,82%
No	11	12,64%	1	9,09%	12	12,24%
Sin Dato	44	50,57%	2	18,18%	46	46,94%
TOTAL	87	100,00%	11	100,00%	98	100,00%

Para los intentos de suicidio, se hizo la clasificación por el número de intentos, y se dejó una categoría adicional en caso de reportarse antecedentes de suicidio en la familia. Los resultados se muestran en el Cuadro 7.

Cuadro 7. Antecedentes de Intento de Suicidio Adultos Mayores de 60 Años.

SUICIDIO ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS						
ANTECEDENTES INTENTOS SUICIDIO						
ANTECEDENTE	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
1	8	9,20%	1	9,09%	9	9,18%
2	0	0,00%	2	18,18%	2	2,04%
3 ó más	3	3,45%	0	0,00%	3	3,06%
No	32	36,78%	4	36,36%	36	36,73%
Familiar	1	1,15%	0	0,00%	1	1,02%
Sin Dato	43	49,43%	4	36,36%	47	47,96%
TOTAL	87	100,00%	11	100,00%	98	100,00%

6.4 DATOS DE HECHO

Los datos del hecho (suicidio), se categorizaron en Mes del Hecho, Día de la Semana, Hora del Día, Tipo de Lugar y Mecanismo. La localidad del hecho únicamente se utilizó como criterio de exclusión, para aquellos casos en que el suicidio fue llevado a cabo fuera de la ciudad de Bogotá, puesto que para fines del estudio se consideró más relevante la localidad de residencia de la víctima. Aunque las motivaciones son variables más relacionadas a la persona, se incluyeron dentro de los datos del hecho, por ser el factor que impulsa la consumación del suicidio.

En la categoría de Mes del Hecho, se tomó en cuenta la fecha en que la víctima atentó contra su vida, y no la fecha de muerte, pues no siempre son coincidentes, ya que en algunos casos la persona continúa con vida en condiciones de hospitalización durante varios días más. Diciembre fue el mes con mayor porcentaje de suicidios para ambos géneros (36,36% para mujeres y 11,49% para hombres). La distribución de los casos en esta categoría se muestra en el Cuadro 8 y la Figura 9.

Cuadro 8. Suicidio Según Mes del Año.

SUICIDIO POR SEGÚN MES DEL HECHO							
MUJERES							
MES	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Ene					1	1	9,09%
Feb						0	0,00%
Mar	1					1	9,09%
Abr						0	0,00%
May	1					1	9,09%
Jun						0	0,00%
Jul						0	0,00%
Ago	2					2	18,18%
Sep				1		1	9,09%
Oct					1	1	9,09%
Nov						0	0,00%
Dic	1	2			1	4	36,36%
Sin Dato		0				0	0,00%
TOTAL						11	100,00%
HOMBRES							
MES	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Ene	1	3			1	5	5,75%
Feb	2	2	1		1	6	6,90%
Mar	2	2	3	2		9	10,34%
Abr	1	2	1	1	1	6	6,90%
May	4	2	1		1	8	9,20%
Jun	4		2	1	2	9	10,34%
Jul	2	2	3	1	1	9	10,34%
Ago	1	1		1	1	4	4,60%
Sep		2	2	2	1	7	8,05%
Oct	3	1	3			7	8,05%
Nov	3		1		1	5	5,75%
Dic	1	3	3	1	2	10	11,49%
Sin Dato		1			1	2	2,30%
TOTAL						87	100,00%



Figura 9. Suicidio Según Mes del Año. Adultos Mayores de 60 Años. Bogotá 2003-2007

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

En cuanto al día de la semana, el domingo y el lunes fueron los dos días más frecuentes para el suicidio en las mujeres, con un 27,27% para cada uno. En cuanto a los hombres el mayor porcentaje de suicidios se dio el lunes 24,14%, los porcentajes correspondientes a los demás días de la semana fueron similares entre sí. Los resultados se muestran en el Cuadro 9 y la Figura 10.

Cuadro 9. Suicidio Según Día de la Semana.

SUICIDIO POR GENERO SEGÚN DIA DE LA SEMANA							
MUJERES							
DIA	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Lunes	1	1			1	3	27,27%
Martes	1					1	9,09%
Miercoles					1	1	9,09%
Jueves	1					1	9,09%
Viernes					1	1	9,09%
Sábado	1					1	9,09%
Domingo	1	1		1		3	27,27%
Sin Dato						0	0,00%
TOTAL						11	100,00%

HOMBRES							
DIA	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Lunes	8	5	5	1	2	21	24,14%
Martes	1	4	3	3	1	12	13,79%
Miercoles	4	5	1		3	13	14,94%
Jueves	4	1	1	3	1	10	11,49%
Viernes	3		2		2	7	8,05%
Sábado	3	1	5	2	1	12	13,79%
Domingo	2	3	3		2	10	11,49%
Sin Dato			1			2	2,30%
TOTAL						87	100,00%

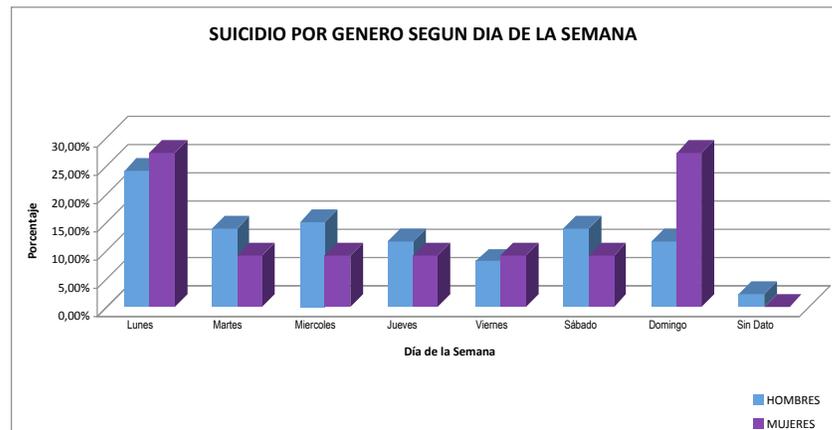


Figura 10. Suicidio Según Día de la Semaa. Adultos Mayores de 60 Años. Bogotá 2003-2007

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

En cuanto a la hora del día en que se cometió el suicidio, se agruparon los datos en cuatro categorías de igual duración que representan cuatro momentos distintivos de las actividades cotidianas. El primer rango se ubicó desde la media

noche hasta las 5:59 horas (madrugada), el segundo rango de las 6:00 hasta las 11:59 horas (mañana), el tercer rango desde las 12:00 hasta las 17:59 horas (tarde), y el último rango desde las 18:00 hasta las 23:59 horas (noche). Las mujeres se suicidaron en mayor cantidad en horas de la mañana (36,36%), seguida la categoría de la noche (18,18%); tanto la madrugada como la tarde para este género presentaron porcentajes del 9,09%. Los hombres en cambio se suicidaron más en horas de la tarde (21,84%), seguida esta categoría por la de la mañana (19,54%), la noche (12,64%) y la madrugada (6,90%). (Ver Figura 11)

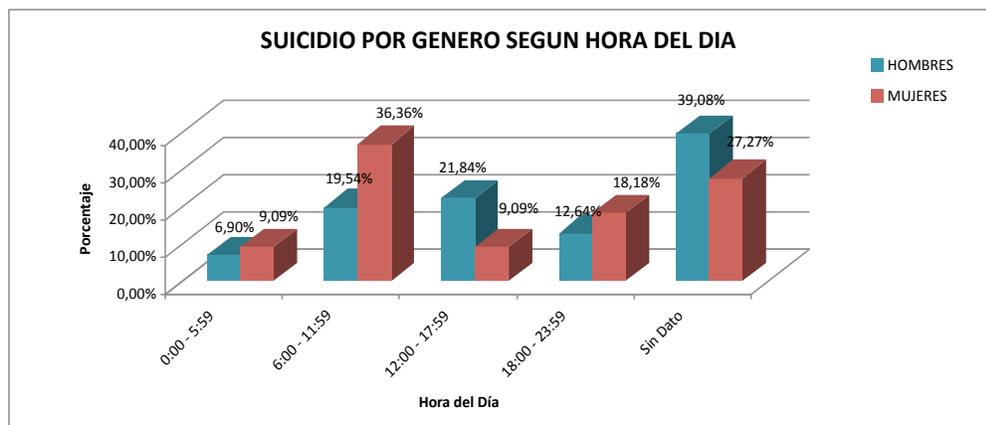


Figura 11. Suicidio Según Hora del Día. Adultos Mayores de 60 Años. Bogotá 2003-2007

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

El mecanismo utilizado para suicidarse, varió de acuerdo al género, pero se mantuvo acorde con lo que reporta la literatura. Mientras que para las mujeres los mecanismos más comunes fueron el ahorcamiento (45,45%) y el lanzamiento de alturas (36,36%), los hombres escogen mayormente las armas de fuego (48,28%) y el ahorcamiento (25,29%). Los otros mecanismos se encuentran especificados por año en el Cuadro 10 y la Figura 12. Es un detalle importante, que dos de los casos de hombres, aunque se catalogaron dentro de la categoría arma de fuego, utilizaron dos métodos para cometer el suicidio, suspendiéndose parcialmente con una soga antes de autoinflingirse la herida fatal con el arma de fuego. De igual manera el caso de hombres que reporta como mecanismo para suicidarse la sumersión, previamente se había realizado incisiones en las muñecas con arma blanca.

Cuadro 10. Suicidio Según Mecanismo o Arma.

SUICIDIO POR GENERO SEGÚN ARMA O MECANISMO							
MUJERES							
MECANISMO	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Ahorcamiento	2	1			2	5	45,45%
Arma Blanca				1		1	9,09%
Arma Fuego	1					1	9,09%
Lanzamiento	2	1			1	4	36,36%
TOTAL						11	100,00%

HOMBRES							
MECANISMO	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Ahorcamiento	6	4	5	2	5	22	25,29%
Arma Blanca	2				2	4	4,60%
Arma Fuego	11	12	10	5	4	42	48,28%
Lanzamiento	3		2	2	1	8	9,20%
Intoxicación	3	3	2		1	9	10,34%
Sumersión			1			1	1,15%
Asfixia		1				1	1,15%
TOTAL						87	100,00%

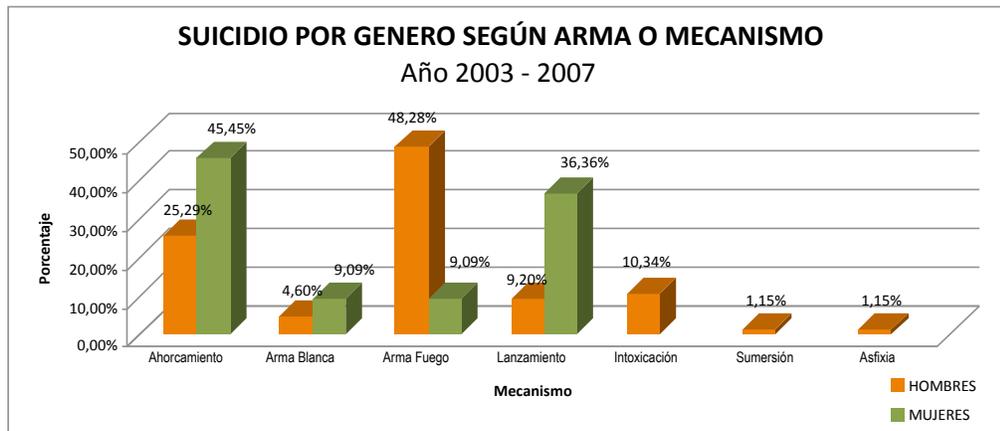


Figura 12. Suicidio Según Arma o Mecanismo. Adultos Mayores de 60 Años. Bogotá 2003-2007

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

El sitio escogido por los Adultos Mayores para cometer suicidio es principalmente la residencia, lugar que representó el 100% de los casos en las mujeres, y el 79,31% de los hombres, aunque de estos últimos hubo uno en particular que no se suicidó en su residencia, sino en la de un familiar. Otros lugares escogidos por los hombres con mucha menor frecuencia, pero que no dejan de ser importantes son el lugar de trabajo (5,75%), la vía pública (4,60%) que en todos los casos resultó ser en las zonas aledañas al lugar de residencia, y los hospitales (3,45%). (Ver Cuadro 11)

Cuadro 11. Suicidio Según el Lugar del Hecho

SUICIDIO POR GENERO SEGÚN TIPO DE LUGAR							
MUJERES							
LUGAR	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Residencia	5	2		1	3	11	100,00%
TOTAL						11	100,00%

HOMBRES							
LUGAR	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Centro Religioso	1					1	1,15%
Desconocido			1			1	1,15%
Establecimiento Público	1					1	1,15%
Hospital			1	1	1	3	3,45%
Institucion Pública	1					1	1,15%
Residencia	19	17	16	7	10	69	79,31%
Sitio Recreación	1					1	1,15%
Sitio Trabajo	1	2			2	5	5,75%
Vía Pública	1		2	1		4	4,60%
Vehículo			1			1	1,15%
TOTAL						87	100,00%

Las motivaciones siguen siendo una variable difícil de determinar, debido a que la información proveniente directamente de la víctima es escasa o prácticamente inexistente (sólo dejaron algún tipo de nota suicida 14 hombres, correspondientes al 14,29% de todos los casos, y el 16,09% de los casos masculinos). Por esta razón se recurrió a tomar información suministrada por los familiares y/o declarantes registrados en los protocolos. En el caso de las mujeres, la principal motivación fue la enfermedad mental (36,36%), seguida de la pérdida de un ser querido (18,18%) que en todos los casos fue el conyuge o un hijo; las enfermedades crónicas, terminales y los problemas económicos, ocuparon un tercer lugar con el 9,09%. En el caso de los hombres, la principal motivación fue la presencia de enfermedades crónicas (28,72%) en donde era frecuente que estuvieran asociadas con discapacidad o pérdida de las funciones; en segundo lugar se encontraban las enfermedades mentales (12,64%) y en tercer lugar los problemas económicos (9,20%). (Ver Cuadro 12 y Figura 13)

Como datos adicionales, en las pruebas de alcoholemia y toxicología realizadas a las víctimas, se encontraron 15 casos de hombres (17,24% de los casos masculinos) que habían ingerido alcohol antes de cometer el suicidio, y 1 caso femenino (9% de los casos de mujeres) en las mismas condiciones. No hubo resultados positivos para la presencia de sustancias psicoactivas.

En los casos masculinos, hubo reporte de dos eventos en que la víctima disparó a una mujer antes de suicidarse; en uno de ellos la agredida era la esposa y en el otro la dueña del establecimiento en donde se encontraba ingiriendo licor; una de ellas falleció. Estas agresiones corresponden al 2,30% del grupo de hombres, y el 2,04% de todos los casos.

Cuadro 12. Suicidio Según las Motivaciones

SUICIDIO POR GENERO SEGÚN MOTIVACIONES							
MUJERES							
MOTIVO	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Cansancio vivir					1	0	0,00%
Económicos					1	1	9,09%
Enf. Crónica	1					1	9,09%
Enf. Mental	1			1	2	4	36,36%
Enf. Terminal		1				1	9,09%
Laborales						0	0,00%
Legales						0	0,00%
Sentimentales						0	0,00%
Soledad						0	0,00%
Pérdida ser querido	1	1				2	18,18%
Extorsion						0	0,00%
Sin Dato	2					2	18,18%
TOTAL						11	100,00%

HOMBRES							
MOTIVO	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Cansancio vivir			1			1	1,15%
Económicos	3	2	2		1	8	9,20%
Enf. Crónica	5	9	6	2	3	25	28,74%
Enf. Mental	6	1			4	11	12,64%
Enf. Terminal		1		1	1	3	3,45%
Laborales	1	1				2	2,30%
Legales	1				1	2	2,30%
Sentimentales	3		1			4	4,60%
Soledad	1					1	1,15%
Pérdida ser querido		1	1		2	4	4,60%
Extorsion					1	1	1,15%
Sin Dato	5	5	9	6		25	28,74%
TOTAL						87	100,00%

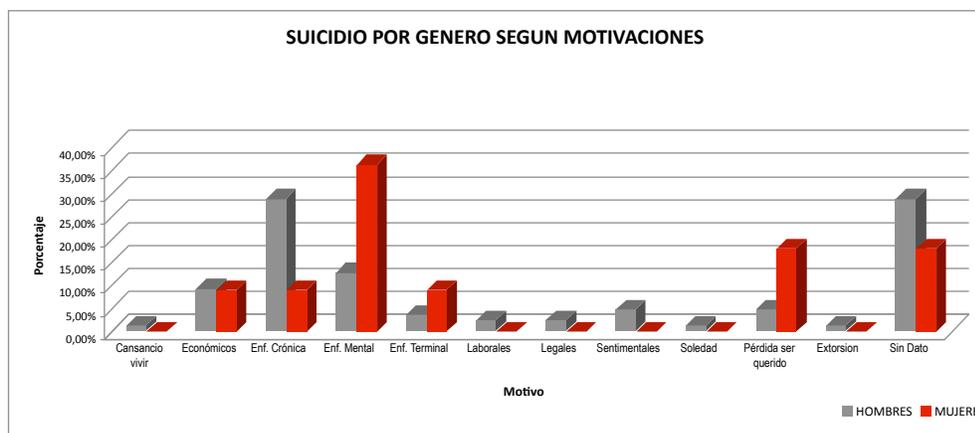


Figura 13. Suicidio Según Motivaciones. Adultos Mayores de 60 Años. Bogotá 2003-2007

Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

7. DISCUSION

Los resultados de este estudio muestran que los Adultos Mayores de 60 años que cometen suicidio en Bogotá, son en su mayoría hombres (88,78%) con respecto a las mujeres (11,22%). Esto equivale a una proporción de cerca de 8 suicidios masculinos, por 1 femenino. Teniendo en cuenta que la razón hombre:mujer se ha mantenido en 4:1 desde el 2003 hasta el 2007 para la población colombiana⁷³, lo que indica que para los Adultos Mayores de 60 años la razón por género se duplica con respecto a los demás grupos etáreos, lo que concuerda con lo reportado por el National Center for Health Statistics, cuyos estudios han revelado que en Estados Unidos la razón hombre:mujer prácticamente se triplica para los casos de tercera y cuarta edad.

Tanto hombres como mujeres provienen principalmete de Bogotá (13,79% y 18,18% respectivamente), Cundinamarca (29,89% y 18,18%) y Boyacá (20,69% y 27,27%) y residen mayormente en las localidades de Kennedy (11,22%), Engativá y Usaquén (10,20% cada una). Sin tener mayores datos, no se puede afirmar que la similitud cultural de los municipios de la región cundiboyacense tengan influencia en el fenómeno del suicidio, o sea una cuestión numérica de población debido a la cercanía de estos departamentos a la cabecera municipal de Bogotá.

Las ocupaciones de las mujeres más frecuentes son el hogar (54,55%) o reciben la pensión de sus conyuges fallecidos (27,27%). Dentro de las tipologías mencionadas por Sánchez y Colaboradores (2004)⁷⁴ en cuanto a los suicidas Bogotanos, se mencionaba como un factor fuertemente relacionado con la ocupación (en este caso las mujeres dedicadas al hogar) la enfermedad mental, lo que es consistente con la presente investigación, pues de los nueve casos de mujeres que tenían estas ocupaciones, seis estaban bajo tratamiento psiquiátrico, dos no tenían información al respecto, y sólo un caso restante no reportó antecedentes psiquiátricos. Este aspecto es importante, ya que dentro de la sociedad bogotana actual, la mujer de tercera edad suele dedicarse principalmente al hogar, y este aspecto por sí solo no demuestra ser un factor de riesgo para suicidio, a menos que esté acompañado de enfermedad mental. Los hombres por su parte son generalmente pensionados (27,59%), o siguen ocupándose laboralmente como empleados (20,69%) o como comerciantes independientes (17,24%). La presencia de actividad laboral en Adultos Mayores con edad de jubilación, suele ser un aspecto más común en países en vías de

⁷³ INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, 2004. En: Revista Forensis 2003, 2004, 2005, 2006, 2007.

⁷⁴ SANCHEZ, Ricardo, OREJARENA, Silvia y GUZMAN, Yahira. Características de los Suicidas en Bogotá: 1985-2000. Revista de Salud Pública. Vol:6. No3. Bogotá, 2004

desarrollo que en países desarrollados⁷⁵, según Krzemien (1999) la actividad y participación social de la población de Tercera Edad disminuye el riesgo de suicidio para este grupo poblacional. Aunque esta investigación demostró que los hombres pensionados se suicidan más que otros grupos, es importante destacar que los empleados y los comerciantes se suicidaron más que los desempleados. En estos casos influyó de manera importante la presencia de enfermedades terminales para los empleados, y las crisis financieras para los comerciantes.

El nivel educativo no fue fácil de determinar, debido a la ausencia de información (72,73% en las mujeres y 68,60% en los hombres), dentro de la cual se determinó que no hay diferencia significativa para los distintos grados de educación en las mujeres (9,09% para primaria completa, técnica y superior), mientras que los hombres suelen tener principalmente educación superior (19,97%), con algunos casos de primaria incompleta (1,16%) completa (4,65%), secundaria (2,33%), y técnica (4,65%). Por la escasez de datos, y la carencia de un patrón de distribución claro de esta variable, no se puede definir el nivel educativo como un factor determinante para el suicidio en los Adultos Mayores.

Contrario a lo que se esperaría, en Bogotá el hombre suicida Adulto Mayor es en su mayoría casado (59,26%) o vive en unión libre (16,05%), mientras que la mayoría de mujeres son viudas (36,36%), sin diferencia significativa entre las casadas o solteras (27,27% cada una). Este fue un hallazgo que contradice lo que generalmente se encuentra en la literatura⁷⁶, pues se esperaría que los mayores índices de suicidio se presentaran en aquellos hombres separados o viudos. Según Morales (1996), esto no es una constante en todas las poblaciones – incluida Bogotá⁷⁷, pues algunos autores afirman que dentro de las relaciones de pareja pueden existir una serie de factores de riesgo adicionales para suicidarse⁷⁸.

Relacionado al estado civil se encuentran las condiciones de convivencia de los y las suicidas mayores de 60 años, en donde los hombres viven usualmente con el núcleo familiar (48,28%), mientras que las mujeres se caracterizan por vivir con otros familiares como uno de los hijos, hermanos(as), cuñados(as), etc (63,64%). Este también es un hallazgo que rompe con el esquema tradicional de los factores de riesgo establecidos para la vejez, en los que se argumenta que la soledad o el aislamiento social incrementan los sentimientos y la ideación suicida en el

⁷⁵ KRZEMIEN, Deisy. Calidad de Vida y Participación Social en la Vejez Femenina. En: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/15CalidaddeVidaVejezfemenina.pdf>

⁷⁶ ALARCÓN VELANDIA, Rafael. *et al.* Suicidio y Vejez. En: Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Vol. 19. 2005; 3:840-843

⁷⁷ MORALES M, JIMENEZ I. El Suicidio desde la perspectiva forense. Revista Colombiana de Psiquiatria. 1996; 25(I): 29-37

⁷⁸ SANCHEZ, Ricardo, OREJARENA, Silvia y GUZMAN, Yahira. Características de los Suicidas en Bogotá: 1985-2000. Revista de Salud Pública. Vol:6. No3. Bogotá, 2004

anciano⁷⁹ Como información importante suministrada por los declarantes de los hombres suicidas que convivían con sus compañeras permanentes e hijos, está el hecho de que generalmente el evento del suicidio llegó a la familia sorpresivamente, que el suicida se quejó previamente de inconformidad por su estado de salud, y que días antes se rehusó a recibir atención médica para sus dolencias ó se encontraba posponiendo alguna cirugía pendiente.

Los hombres en este estudio padecían más de enfermedades crónicas (42,53%) con respecto a las mujeres (27,27%), pues de ellas se refiere en mayor porcentaje la ausencia de alguna patología (18,18%) comparado con el caso masculino (5,75%). Las enfermedades que en los hombres más estados de depresión o desesperación produjeron fueron la EPOC, el dolor moderado o severo secundario a alguna patología, la Diabetes y la pérdida de independencia debido a discapacidad. Esto es concordante con un estudio longitudinal realizado por la Universidad de Toronto, Canadá, que refería que estas enfermedades aumentaban el riesgo de muerte por suicidio entre 2 y 7 veces⁸⁰. La presencia de enfermedades crónicas en los hombres para tomar la decisión de suicidarse fue tan influyente, que prácticamente todos los factores presentes que se consideran como “protectores” (ser casados, vivir con el núcleo familiar, gozar de bienestar económico, etc.) no demostraron ser efectivos. De igual manera varias de las notas suicidas dejadas por las víctimas confirman este sentimiento. Las enfermedades terminales, como el cáncer o el VIH tuvieron esta misma influencia, pero se presentaron en más bajo porcentaje (3,45%).

En contraste con los aspectos físicos, la mujer suicida se caracteriza por tener antecedentes, o padecer algún trastorno de tipo psiquiátrico o psicológico al momento de suicidarse (72,73%), mientras que los hombres refieren estos antecedentes en menor proporción (36,78%). Un poco más de la tercera parte de los y las suicidas no habían hecho intentos previos (36,73%), aunque hay un porcentaje significativo que lo había intentado (9,18%). Los suicidas (hombres y mujeres) que habían manifestado previamente el deseo de quitarse la vida, en todos los casos padecían de trastornos psicológicos y/o psiquiátricos bajo tratamiento médico. De acuerdo a los datos obtenidos a través de los protocolos, y a la información suministrada en las declaraciones de las víctimas femeninas, la presencia de enfermedad mental fue el aspecto más influyente en la decisión de las Adultas Mayores para quitarse la vida, y generalmente fueron estos casos precisamente quienes reportaron intentos previos de suicidio. Respecto a este último punto, en la revisión que hacen Sánchez y Col.⁸¹, citando un estudio de Powell J. y otro de Lawrence D, afirman que longitudinalmente se ha encontrado

⁷⁹ O'CONNELL, Henry, *et al.* Recent Developments: Suicide in Older People. British Medical Journal 2004;329:895-899

⁸⁰ ALARCÓN VELANDIA, Rafael. *et al.* Suicidio y Vejez. *En:* Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Vol. 19. 2005; 3:840-843

⁸¹ SANCHEZ, Ricardo, OREJARENA, Silvia y GUZMAN, Yahira. Características de los Suicidas en Bogotá: 1985-2000. Revista de Salud Pública. Vol:6. No3. Bogotá, 2004

un aumento del riesgo de suicidio posterior a haber sido dado de alta de las instituciones psiquiátricas, siendo mayor dicho riesgo en la población femenina durante los primeros veintiocho días de egreso. Esto fue absolutamente concordante con los casos evaluados en la presente investigación.

Este estudio demostró que el adulto mayor en Bogotá, prefiere quitarse la vida en su lugar de residencia (100% de las mujeres y 79,31% de los hombres). En los reportes realizados por las autoridades pertinentes relacionados a estos casos, se hizo evidente el hecho que el suicida se quede solo o sola por algunas horas al atentar contra su vida, o que lo haga en cuartos aislados o encerrados mientras alguien más se encontraba en el hogar. Únicamente en un caso femenino, la víctima se quitó la vida en frente de un familiar. Los hombres también escogieron el lugar de trabajo, en especial los comerciantes tras una crisis financiera (5,75%), la vía pública, cuando alguien más se encontraba en el hogar (4,60%), o los hospitales cuando padecían una enfermedad terminal (3,45%). Es de suma importancia destacar, que dentro de los datos obtenidos en la variable “tipo de vivienda”, aunque no fueron procesados estadísticamente, no se reportó ningún suicida que habitara en un hogar geriátrico ni público ni privado, lo que podría sugerir que la permanencia del adulto mayor en estos lugares puede ser favorable en términos de protección, cuidado y seguimiento.

El mes del año en que se suicidan las personas también ha demostrado ser un factor más o menos relevante, que si bien no motiva directamente la toma de la decisión, si afecta el estado de ánimo de las personas y exacerba los estados depresivos. En las características de los suicidas estudiadas por Sánchez y Col, las fechas coincidentes o cercanas al día de la madre, el día del padre, Navidad, Año Nuevo, cumpleaños, etc., predisponían la consumación de una idea suicida.⁸² Las mujeres se quitaron la vida principalmente en diciembre (36,36%), agosto (18,18%) y enero (9,09%), y los hombres en diciembre (11,49%), marzo, junio y julio (10,34%). Las mujeres se suicidan más los lunes y los martes (27,27%) y los hombres los lunes (24,14%). En cuanto a la hora del día, las adultas mayores se suicidaron principalmente en las mañanas (36,36%), mientras que el género masculino optó en hacerlo en horas de la tarde (21,84%), aunque también un porcentaje significativo lo hizo en la mañana (19,54%). Estos hallazgos sugieren que para ambos géneros diciembre es un mes de riesgo, ya que coincide con festividades de índole familiar como Navidad y Año Nuevo. Las mujeres no presentaron mayores porcentajes en mayo (mes de la madre), pero los hombre si un porcentaje significativo en junio (mes del padre). En el caso de los hombres que se suicidaron en junio, dos de las declarantes afirmaron que el hecho se realizó posterior a la celebración de esta festividad, y que no notaron nada extraño en el comportamiento de las víctimas.

⁸² SANCHEZ, Ricardo, OREJARENA, Silvia y GUZMAN, Yahira. Características de los Suicidas en Bogotá: 1985-2000. Revista de Salud Pública. Vol:6. No3. Bogotá, 2004

Respecto al mecanismo utilizado por las víctimas para acabar con sus vidas, los hallazgos fueron consistentes con lo reportado en la literatura. Las Adultas mayores se quitaron la vida ahorcándose (45,45%) o lanzándose desde alturas (36,36%), mientras que los hombres prefirieron las armas de fuego (48,28%), o el ahorcamiento (25,29%), y en casos más reducidos el envenenamiento (10,34%). Usualmente el ahorcamiento, el lanzamiento desde alturas y el envenenamiento son los métodos escogidos por las víctimas femeninas, mientras que las armas de fuego en primer lugar, y el ahorcamiento, seguido del envenenamiento suelen ser los métodos más comunes en los hombres. Esta tendencia es general para casi todas las edades. En este sentido vale la pena resaltar que aunque la tenencia de armas es un factor de riesgo importante para cualquier persona, para el hombre de Tercera Edad se ha reportado como un factor de riesgo independiente y altamente influyente en la toma de la decisión fatal⁸³. En todos los casos –a excepción de uno- de suicidio por arma de fuego reportados en la presente investigación, los familiares manifestaron que la víctima era el propietario de la misma.

Lo que motiva a las mujeres de estas edades a quitarse la vida, son los trastornos mentales (36,36%), o la pérdida de un ser querido (18,18%). En los casos de pérdida de un ser querido hubo presencia de depresión tratada con fármacos secundaria al duelo por la pérdida. Los hombres tomaron esta decisión motivados por la presencia de enfermedades crónicas, usualmente discapacitantes (28,74%), enfermedades mentales (12,64%) y pérdidas económicas (9,20%).

Haciendo un análisis de la relación entre variables y factores de riesgo presentes, para el fenómeno del suicidio en el Adulto Mayor, es posible sugerir la identificación de las siguientes tipologías, mirando fundamentalmente el criterio de ocupación, y teniendo en cuenta que se carece de mucha información importante referente a los antecedentes y entorno social de las víctimas:

Mujer ama de casa, que vive con el núcleo familiar, con enfermedad mental presente que decide quitarse la vida lanzándose desde alturas o con arma blanca en su residencia mientras otras personas se encuentran en la casa.

Mujer ama de casa, que vive con algún familiar o sola, con pérdidas recientes (ser querido o económicos) y enfermedad mental secundaria a la pérdida, que decide quitarse la vida ahorcándose o lanzándose desde alturas en su residencia, escogiendo principalmente diciembre.

Hombre pensionado, que vive con el núcleo familiar, en condiciones económicas estables, con enfermedad crónica o discapacitante presente bajo tratamiento médico, que decide quitarse la vida con arma de fuego o ahorcándose,

⁸³ DOMBROVSKY, Alexandre. SZANTO, Katalin. Prevention of Suicide in the Elderly. *Annals of Long-Term Care*. Vol.13. No.12. Diciembre, 2005.

escogiendo principalmente su residencia y el día lunes para hacerlo, motivado por su enfermedad o discapacidad.

Hombre comerciante, estable económicamente, que vive con el núcleo familiar, que tras una pérdida económica o un problema financiero decide quitarse la vida con arma de fuego, escogiendo el lugar de trabajo para hacerlo, motivado por la desesperación que le produjo la pérdida económica.

Hombre desempleado o empleado informal, sin acceso a pensión, que vive sólo o con un familiar en condiciones económicas desfavorables, que decide quitarse la vida por ahorcamiento o envenenamiento, motivado por la soledad o los problemas económicos.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Aunque desde el 2003 se ha evidenciado una disminución en las tasas de suicidio para la población de la Tercera y Cuarta Edad, no deja de ser preocupante las altas tasas de suicidio que se siguen presentando en este grupo etáreo (entre dos y tres veces con respecto a la población general). El suicidio en el Adulto Mayor continúa siendo un fenómeno evidentemente masculino, en una razón hombre:mujer de 8:1, que tiende a incrementarse en la medida que aumenta la edad de los hombres.

Los hallazgos de la presente investigación demuestran que dentro de la complejidad del suicidio en términos de multicausalidad y multidimensionalidad, lo que se denomina como factores de riesgo y factores protectores para el suicidio, son sólo aspectos a tener en cuenta en términos de comprensión del fenómeno y su prevención. Dichos factores se ven potencializados o menguados por otros aspectos individuales, sociales y ambientales que son independientes para cada individuo. De esta manera un solo factor de riesgo puede ser más influyente que múltiples factores protectores en una persona, así como la presencia de múltiples factores de riesgo, verse mitigados por la prevalencia de un sólo factor protector.

La mayor parte de los y las suicidas de Tercera Edad, eran originarios de la región cundiboyacense o de la Ciudad de Bogotá. El contexto socioeconómico de las víctimas no demostró ser un factor relevante en el fenómeno, aunque los problemas financieros suelen aparecer como detonantes de la decisión suicida en algunos casos.

Los antecedentes médicos y psiquiátricos parecen ser los aspectos más influyentes en la decisión de quitarse la vida en el Adulto Mayor en Bogotá. Los hombres se vieron más afectados emocionalmente por la presencia de enfermedades crónicas y discapacitantes, mientras que las mujeres por las pérdidas de seres queridos o enfermedad mental. El común de las víctimas tenían cobertura y acceso permanente a los servicios de salud, por lo que vale la pena cuestionar la efectividad de los mismos en la población de Tercera Edad.

El escenario donde suceden los hechos es predominantemente el lugar de residencia, y los métodos escogidos por las víctimas son similares a los reportados por la literatura en otros países y en el resto de la población colombiana: Arma de fuego, ahorcamiento y envenenamiento para los hombres; Ahorcamiento y lanzamiento de alturas para las mujeres.

Aunque la información obtenida a través de los Informes Periciales de necropsia Médico Legal permitió el desarrollo de esta investigación, continúa siendo una limitante la calidad y cantidad de la misma, por lo que es necesario para futuras

investigaciones tener acceso a otras fuentes -como la información directa suministrada por los familiares de las víctimas- que aportan datos relevantes para tener una mayor riqueza en el análisis y la discusión de este fenómeno.

Con los resultados obtenidos a través de la siguiente investigación, se hace evidente que el suicidio en la población de la tercera edad, principalmente en el género masculino, continúa siendo un problema de Salud Pública, con un impacto y un significado que amerita ser tenido en cuenta para la formulación de políticas públicas, en miras a mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor, y de propender por la integración social de este grupo poblacional.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las víctimas se encontraba bajo cobertura del sistema de salud, vale la pena hacer un análisis de la efectividad del mismo en cuanto a la atención que se brinda al Adulto Mayor. Se hace necesario sugerir el diseño de planes y medidas preventivas para el suicidio, o para la disminución de sus factores de riesgo, en las que se involucre y capacite a todo el personal de salud encargado de la atención de los pacientes de Tercera edad.

BIBLIOGRAFIA

ACHILLE-DELMAS. Psycho-pathologie du suicide. Paris. Alcan, 1932. En: <http://www.livres-chapitre.com>

AGUIRRE, Katherine y RESTREPO, Jorge. Aproximación de la Situación de Violencia e Inseguridad en Bogotá [online]. Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos CERAC. Bogotá, julio de 2005. En: <http://www.cerac.org.co/pdf/LASUR-Baja.pdf>

ALARCON VELANDIA Rafael. La Depresión en Ancianos. En: <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?2470>

ALARCÓN VELANDIA, Rafael. *et al.* Suicidio y Vejez. En: Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. Vol. 19. 2005; 3:840-843

ALARCON VELANDIA, Rafael. Sobre la Vulnerabilidad del Anciano: Reflexiones mínimas en el marco de los principios bioéticos. Cuadernos De Psiquiatria De Enlace ISSN: 0124-1524, ed: Sociedad Colombiana de Psiquiatria. vol:2 fasc:20 págs: 11 – 15, 2003

AMADO L. y Col. Factores relacionados con suicidio en hombres menores de edad. Bogotá D.C. 2003. Boletín CRNV, Vol. 10, Número 2, febrero 2005.

ARANIBAR, Paula. Acercamiento Conceptual a la Situación del Adulto Mayor en América Latina. Serie Población y Desarrollo. No. 1. CELADE-CEPAL. Santiago de Chile, Diciembre de 2001. En: <http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/0/9260/lcl1656p.pdf>

BURNET, Frank. La Entereza de Vivir. Importancia de la Genética en la Vida Humana. Ed. Conacyt y FCE. México, 1982

CENDALES, Ricardo, VANEGAS, Claudia, FIERRO, Marco et al. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985 -2002. *Rev. Panam. Salud Publica*, Oct. 2007, Vol.22, no.4, p.231-238. ISSN 1020-4989

COSTA, Mollinari et al. El Suicidi. Monografies mèdiques No 15. Academia de Ciencias Mèdicas de Catalunya, 1977. Pág 80.

DOMBROVSKY, Alexandre. SZANTO, Katalin. Prevention of Suicide in the Elderly. *Annals of Long-Term Care*. Vol.13. No.12. Diciembre

DUBLIN, Louis I. Suicide: A Public Health Problem. *Am J Public Health Nations Health* 1965 55(1): 12-15

DURKHEIM, Emile. *El Suicidio*. Sexta Edición. Editorial Akal. Madrid, 2003

ESTRUCH, Joan y CARDUS Salvador. *Los Suicidios*. Editorial Herder. Barcelona, 1982

FRANCO, Saúl. *El Quinto: No Matar*. Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia. Tercer Mundo Editores – IEPRI. Bogotá, 1999

GOMEZ-RESTREPO, Carlos, RODRIGUEZ MALAGON, Nelcy, BOHORQUEZ P., Adriana et al. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev. Colombiana de Psiquiatría.*, oct./dic. 2002, Vol.31, no.4, p.283-298. ISSN 0034-7450.

GOMEZ-RESTREPO, Carlos, RODRIGUEZ MALAGON, Nelcy, DE ROMERO, Laura C et al. Suicidio y Lesiones Autoinfligidas Colombia, 1973-1996. *Rev. Colombiana de Psiquiatría.*, Abr./Jun 2002, Vol.31, no.2, p.123-136. ISSN 0034-7450

GONZALEZ, Jorge Oswaldo. *Epidemiología de los Suicidios, Colombia 2007*. En: *Forensis 2007 Datos para la Vida*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá.

GONZÁLEZ, Jorge Oswaldo y Col. Factores psicosociales familiares relacionados con los suicidios de mujeres menores de edad en la ciudad de Bogotá. *Boletín CRNV*, Vol 10, Número 11, noviembre 2005

GONZALEZ, Jorge Oswaldo et al. *Ideación, Intento y Suicidio en Bogotá: Un estado del arte 2000-2002*. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Gobierno. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Bogotá D. C., Agosto 2003.

KNOX, Kerry. *et al*. If Suicide is a Public Health problem, what are we doing to prevent it? *American Journal of Public Health*. Vol 94. No 1, Enero 2004

KRZEMIEN, Deisy. *Calidad de Vida y Participación Social en la Vejez Femenina*. En: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/15CalidaddeVidaVejezfemenina.pdf>

LASEN Díaz, Amparo. Nota de introducción al texto de Maurice Halbwachs. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Revista No. 69. En: http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_069_11.pdf

MORALES M, JIMENEZ I. El Suicidio desde la perspectiva forense. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1996; 25(1): 29-37

O'CONNELL, Henry, *et al.* Recent Developments: Suicide in Older People. *British Medical Journal* 2004;329:895-899

OLIVEN, John F. Suicide Prevention as a Public Health Problem. *Am J Public Health Nations Health* 1954 44 (11): 1419-1425

OSORNO, Diego, ALARCON, Rafael y GARCIA, Luis. Suicidio y Vejez – Conversaciones. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.* Vol. 19 No. 3 / 2005. ISSN 0122-6916

PAPALIA, Diane, OLDS, Sally. *Desarrollo Humano*. 2a Edición. Editorial McGraw Hill. México, 1989.

PEREZ , Sergio Andrés. El Suicidio, Comportamiento y Prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(2):196-217

PEREZ-OLMOS, Isabel, RODRIGUEZ-SANDOVAL, Esther, DUSSAN-BUITRAGO, Mónica M. *et al.* Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Rev. Salud Pública*, abr./jun. 2007, Vol.9, no.2, p.230-240. ISSN 0124-0064.

ROS MONTALBAN, Salvador, *et al.* *La Conducta Suicida*. 1ª Edición. Aran Ediciones. Madrid, 1998.

SANCHEZ, Ricardo, OREJARENA, Silvia y GUZMAN, Yahira. Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Rev. salud pública*, nov. 2004, Vol.6, no.3, p.217-234. ISSN 0124-0064

SANCHEZ PEDRAZA, Ricardo, GUZMAN, Yahira y CACERES RUBIO, Heidy. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Rev Colombiana de Psiquiatría.*, Ene./Mar. 2005, Vol. 34, no.1, p.12-25. ISSN 0034-7450

STOUEMIRE A. *et al.* The economic burden of depression. *En: General Hospital Psychiatry*. 1986; 8:387-394.

TELLEZ, Jorge y FORERO, Jorge. *Suicidio: Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención*. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Nuevo Milenio Editores. Bogotá, 2006.

TONDO, Leonardo y BALDESSARINI Ross. Suicide: Historical, Descriptive, and Epidemiological Considerations. *Medscape Psychiatry & Mental Health*. En: <http://www.medscape.com/viewarticle/413194>

URICOECHEA, Fernando. En entrevista realizada sobre el estudio de Emile Durkheim acerca del suicidio. Arias Patiño Henry. *UN Contexto*. En: http://www.unal.edu.co/uncontexto/inf_especial_004.htm

VINKERS, David *et al.* Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study. *British Medical Journal*. 2004 329: 881.

ZETINA, María Guadalupe. Conceptualización del Proceso de Envejecimiento. *Papeles de Población*, Enero-Marzo, No 019. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México, 1999. En: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/112/11201903.pdf>

Disertación del Dr. Rene Knopoff, Director de la Escuela de Gerontología de la Universidad Maimónides en el 5º Seminario de Gerontología Jueves 11 de Setiembre Expo Medical Centro Costa Salguero - Buenos Aires. En: http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2008/09/la_explosion_de_la_longevidad.html

Los Adultos Mayores en America Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. CELADE-CEPAL. Santiago de Chile, Marzo de 2002. En: www.eclac.cl

Gran Enciclopedia Larousse. Editorial Planeta. Barcelona

La Santa Biblia. Antiguo y Nuevo Testamento. Versión Reina-Valera 1960. Sociedades Bíblicas Unidas. Exodo 20 y Deuteronomio 5.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis Datos para la vida. 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006. Bogotá.

Organización Panamericana de la Salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible [online]. Ginebra, 8 de Septiembre de 2004. En: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial Sobre la Violencia [Online]. 2003. En: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm

World Health Organization. First ever global report on violence and health released. [Online] Ginebra, Suiza. Octubre 3, 2002. En: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr73/en/>

World Health Organization. Suicide Prevention (SUPRE) [Online]. En:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en

World Health Organization. World Report on Violence [online]. Ginebra, 2002.
En:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, WHO, Geneva, 1992

LISTA DE CUADROS

pág

Cuadro 1. Suicidio en Adultos Mayores de 60 Años – Bogotá 2003-2007.....	39
Cuadro 2. Lugar de Nacimiento Víctimas de Suicidio.....	41
Cuadro 3. Suicidio en Mujeres por Localidades.....	42
Cuadro 4. Suicidio en Hombres por Localidades.....	43
Cuadro 5. Ocupación Adultos Hombres Mayores 60 Años.....	46
Cuadro 6. Antecedentes Médicos Adultos Mayores de 60 Años.....	48
Cuadro 7. Antecedentes de Intento de Suicidio.....	48
Cuadro 8. Suicidio Según Mes del Año.....	49
Cuadro 9. Suicidio Según Día de la Semana.....	50
Cuadro 10. Suicidio Según Mecanismo o Arma.....	51
Cuadro 11. Suicidio Según el Lugar del Hecho.....	53
Cuadro 12. Suicidio Según Motivaciones.....	54

LISTA DE FIGURAS

pág

Figura 1. Tasa de Suicidios en Adultos Mayores de 60 Años – Bogotá 2003-2007.....	40
Figura 2. Suicidios Según Lugar de Nacimiento en Adultos Mayores de 60 Años.....	41
Figura 3. Suicidio Según Género por Localidades.....	43
Figura 4. Suicidio Adultos Mayores de 60 Años por Localidades.....	44
Figura 5. Suicidio por Género Según Estado Civil.....	44
Figura 6. Suicidio por Género Según Nivel Educativo.....	45
Figura 7. Suicidio por Género Según Ocupación.....	46
Figura 8. Antecedentes Médicos. Suicidio Adultos Mayores de 60 años.....	47
Figura 9. Suicidio Según Més del Año.....	49
Figura 10. Suicidio Según Día de la Semana.....	50
Figura 11. Suicidio Según Hora del Día.....	51
Figura 12. Suicidio Según Arma o Mecanismo.....	52
Figura 13. Suicidio Según Motivaciones.....	54

ANEXO A. FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 4) CARACTERIZACION DE LOS SUICIDIOS EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS BOGOTA 2003-2007

INFORME PERICIAL DE NECROPSIA NUMERO:		
1. DATOS DE LA VICTIMA		
A. GENERALES		
1.1 Identificación	Tipo: _____	Número _____
1.2. Sexo:	Masculino _____	Femenino _____
1.1 Edad:	Años: _____	
1.2 Lugar de Nacimiento:	_____	
1.3 Fecha de Nacimiento:	Día _____ Mes _____ Año _____	
1.4 Estado Civil:	1.5 Escolaridad:	1.6 Profesion _____
a. Soltero(a)	a. Ninguno	1.7 Ocupación _____
b. Unión Libre	b. Primaria Incompleta	
c. Casado(a)	c. Primaria completa	
d. Separado(a)	d. Secundaria Incompleta	
e. Viudo(a)	e. Secundaria Completa	
f. Divorciado(a)	f. Tecnica	
g. Sin Dato	g. Superior	
	h. Sin dato	
1.8 Lugar de Residencia	a. Dirección _____	
	b. Localidad _____	
	c. Estrato _____	
	d. Tipo _____	
B. EXAMEN DEL CUERPO		
1.9 Raza	1.10 Contextura	1.11 Cuidado
a. Blanco	a. Delgada	a. Cuidado
c. Mestizo	b. Media	b. Descuidado
b. Negro	c. Grande	
d. Amarilla		
e. Indoamericana		
f. Otro _____		
C. ANTECEDENTES		
1.12 Antecedentes Médicos	1.13 Convivencia	1.14 Antecedentes Psicológicos
a. Enfermedad Crónica _____	a. Vivía con la familia	a. Enfermedad Mental Cuál _____
b. Enfermedad Terminal _____	b. Pareja	b. Intentos Previos de Suicidio No. _____
c. Discapacitante _____	c. Otro familiar	c. Pérdidas _____
d. Sin dato	d. Ancianato	d. Sin dato
	e. Solo	
	f. Sin dato	

