

UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Exploración de la Relación entre el Fenómeno del Suicidio en el Adulto Mayor y las Condiciones de Inequidad desde la Perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud. Colombia:2009-2013**

**Ivonne Andrea Ordóñez Monak**

Universidad Nacional de Colombia  
Doctorado Interfacultades en Salud Pública  
Bogotá, Colombia

2021



# **Exploración de la Relación entre el Fenómeno del Suicidio en el Adulto Mayor y las Condiciones de Inequidad desde la Perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud. Colombia:2009-2013**

**Ivonne Andrea Ordóñez Monak**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

**Doctora en Salud Pública**

Director (a):

Ph.D. Javier Hernando Eslava Schmalbach

Codirector (a):

Ph.D., Marisol Moreno Angarita

Línea de Investigación:

Equidad en Salud

Grupos de Investigación:

Equidad en Salud / Discapacidad, Políticas y Justicia Social

Universidad Nacional de Colombia

Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2021



*A Jesús, el autor y consumidor de mi fe.*

*A mis padres y hermanos, mi más grande apoyo en esta tierra.*

*A aquellas voces que se silenciaron antes de tiempo.*

*“Todo lo que te viniere a la mano para hacer, hazlo según tus fuerzas; porque en el Seol, adonde vas, no hay obra, ni trabajo, ni ciencia, ni sabiduría”*

*Salomón (Ecl. 9:10)*



## **Declaración de obra original**

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

---

Ivonne Andrea Ordóñez Monak

Fecha 27/08/2021

## Agradecimientos

Mi principal agradecimiento es a Dios, porque todo lo que soy y todo lo que tengo se lo debo a él. A mis padres, por ser maestros inspiradores de vida; y a mis hermanos, cuñados y sobrinos, por ser alcahuetes de sueños locos. A mi familia espiritual, por su lucha permanente en la batalla de lo invisible. Ellos aportaron toda la fuerza anímica y el amor para poder culminar este sueño.

Al Dr. Javier Eslava Schmalbach, director de la tesis, por haberme abierto las puertas del grupo de investigación de Equidad en Salud, haber creído en mi propuesta de las “inequidades en el suicidio” y haber motivado el desarrollo (en tiempo récord) de competencias en análisis de datos. A la Dra. Marisol Moreno Angarita, codirectora de la tesis, por haber aceptado ser mentora en un momento crucial y haberme orientado con cariño y paciencia (mucho paciencia) en el mundo de los métodos mixtos a través de su vasta experiencia en este campo.

Al Dr. Nelson Ricardo Téllez Rodríguez, médico y patólogo forense, docente de la Universidad Nacional y funcionario del INML y CF, quien, en su pasión por la excelencia y su sentido de responsabilidad social, se puso la camiseta conmigo para ponerle el pecho a las balas de la burocracia. Gracias Dr. Téllez por haber dado la pelea hasta el final.

A Nixon Barbosa Rodríguez, miembro de la Policía Nacional de Colombia y compañero de ruta en gran parte de mis travesías de los últimos años. Gracias por el apoyo moral, la paciencia y los aportes desde la investigación judicial, que me permitieron comprender y analizar en contexto, las dinámicas de varios de los casos del estudio.



A Lenin Monak Salinas, economista, magíster y experto en datos; y Sandra Pardo Vargas Odontóloga, Epidemióloga y Magíster en Bioestadística; por haberme rescatado del limbo estadístico -y anímico- en el que me encontraba en mi último año de doctorado.

A César Alexander Chacón Cardona, PhD en Física y docente de la U. Distrital. Sus consejos sobre “cómo hacer una tesis doctoral y no morir en el intento”, fueron trascendentales para dar pasos más certeros.

A los coordinadores y equipo de apoyo administrativo y financiero del Doctorado Interfacultades en Salud Pública: a los Doctores Martha Lucía Alzate Posada y Mario Esteban Hernández Álvarez, quienes no solo me dieron la bienvenida al programa, sino que siempre buscaron oportunidades y apoyo para mi permanencia en el. A Sandra Patricia Rozo Gómez, por ser mi angelito de la guarda en todos los “chicharrones” que rodearon este proceso; y a Gloria Cucarían Rubiano por su acompañamiento en toda la difícil gestión de recursos para poder llevar a cabo mi tesis.

A todos los compañeros del doctorado que en algún momento se cruzaron en el camino e hicieron este proceso más llevadero: Diana Elizabeth Cuervo Díaz, Gloria Yaneth Pinzón Villate, Sara Julieta Romero Vanegas, Jaime Méndez Castillo, Mauricio Torres Tovar, Luis Edgar Parra y algunos otros que posiblemente se me van de la mente en este instante. Gracias a todos ellos; aún espero todos los brindis y almuerzos que en su momento prometieron.

A los miembros del grupo de Investigación de Equidad en Salud de la Facultad de Medicina, en especial a Nathaly Garzón Orjuela, Betty Soto Mora y la profesora Carol Guarnizo Herreno, por esa manito adicional que requerí en ciertos momentos.

Al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y la Policía Nacional de Colombia, por el apoyo logístico en el desarrollo de gran parte del trabajo de campo.

Un agradecimiento especial a mis evaluadores, los doctores Iván Arroyave Zuluaga, Olivia Horna-Campos y Zulma Urrego-Mendoza. Sus aportes representaron una gran oportunidad de mejora a esta investigación e impulsaron nuevos retos para mi vida académica y profesional.



## Resumen

### **Exploración de la Relación entre el Fenómeno del Suicidio en el Adulto Mayor y las Condiciones de Inequidad desde la Perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud. Colombia:2009-2013**

**Objetivo:** identificar las características, las desigualdades y los posibles elementos explicativos del fenómeno del suicidio en las personas mayores de 60 años en Colombia, desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud. **Metodología:** Estudio exploratorio, multifase. La población fueron las personas mayores de 60 años que cometieron suicidio en Colombia entre el 2009 y el 2013. La primera fase consistió en un análisis cuantitativo descriptivo, mediante medidas de frecuencia, de las variables sociodemográficas cuya fuente de información fueron los expedientes de necropsia del INML y CF. La segunda fase consistió en un análisis de inequidades a través de un estudio transversal, empleando una regresión logística mediante el cálculo de OR, utilizando como fuente de información las EE.VV. del DANE. La tercera fase fue un análisis cualitativo de las narrativas disponibles en los expedientes consultados en los casos de la primera fase. **Resultados:** La caracterización mostró que el suicidio es más frecuente en los hombres que en las mujeres (7,1:1), y las tasas de suicidio aumentan en los hombres con la edad. Hubo diferencias importantes en los métodos de suicidio y motivaciones según el sexo. En lo referente a inequidades, los determinantes que evidenciaron resultados significativos fueron: sexo, zona de residencia, estado civil y régimen de aseguramiento en salud. Los hallazgos cualitativos reforzaron los resultados cuantitativos en lo referente a las desigualdades identificadas en lo referente a protección social, como el aseguramiento y acceso a salud y pensión.

**Palabras clave:** Inequidades en Salud, Adulto Mayor, Suicidio.

## Abstract

### **Exploration of the Relationship between the Phenomenon of Suicide in the Elderly and the Conditions of Inequality from the Perspective of the Social Determinants of Health. Colombia:2009-2013**

**Objective:** To identify the characteristics, inequalities, and possible explanatory elements of suicide in people over 60 years old in Colombia, from the perspective of the Social Determinants of Health. **Methodology:** Exploratory, multiphase study. The population was people over 60 years old who committed suicide in Colombia between 2009 and 2013. The first phase consisted of a descriptive quantitative analysis, using frequency measures of the sociodemographic variables whose source of information was the necropsy records of the INML and CF. The second phase consisted of an analysis of inequities through a cross-sectional study, using a logistic regression by calculating OR, using the EE.VV. of DANE as a source of information. The third phase was a qualitative analysis of the narratives available in the files consulted in the cases of the first phase. **Results:** Characterization showed that suicide is more frequent in men than in women (7.1:1), and suicide rates increase in men with age. There were important differences in suicide methods and motivations by sex. Regarding inequities, the determinants that showed significant results were sex, area of residence, marital status, and health insurance regime. The qualitative findings reinforced the quantitative results regarding the inequalities identified in terms of social protection, such as insurance and access to health and pension.

**Keywords:** Health Inequalities, Elderly, Suicide.

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen .....</b>	<b>XI</b>
<b>Lista de figuras .....</b>	<b>XVI</b>
<b>Lista de tablas .....</b>	<b>XVIII</b>
<b>Lista de Abreviaturas .....</b>	<b>XX</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Planteamiento del Problema: Objetivos, Pregunta de Investigación y Justificación .....</b>	<b>3</b>
1.1 Problema de Investigación.....	3
1.2 Justificación: ¿Por qué Determinantes Sociales del Suicidio en el Adulto Mayor? 9	9
1.3 Objetivos.....	11
1.3.1 Objetivo General.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos .....	12
<b>2 Metodología.....</b>	<b>13</b>
2.1 Enfoque de la Investigación.....	13
2.2 Diseño de la Investigación .....	14
2.2.1 Población, muestra y recolección de datos .....	16
2.2.2 Análisis e Interpretación de los datos .....	17
2.3 Fases del Proyecto .....	20
2.3.1 Fase I.....	20
<b>2.3.1.1 Tipo de estudio .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3.1.2 Población, muestra y criterios de selección .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3.1.3 Fuente de Información y Recolección de Datos .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.1.4 Procesamiento y Plan de Análisis .....</b>	<b>23</b>
2.3.2 Fase II.....	24
<b>2.3.2.1 Tipo de estudio .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3.2.2 Población, muestra y criterios de selección .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.2.3 Fuente de Información y Recolección de Datos .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.2.4 Procesamiento y Plan de Análisis .....</b>	<b>26</b>
2.3.3 Fase III.....	27
<b>2.3.3.1 Perspectiva Metodología .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.3.2 Diseño del estudio .....</b>	<b>28</b>

2.3.3.3	<b>Población, muestra y criterios de selección</b> .....	29
2.3.3.4	<b>Fuente de Información y Recolección de Datos</b> .....	30
2.3.3.5	<b>Procesamiento y Plan de Análisis</b> .....	31
2.4	Consideraciones Éticas.....	33
<b>3</b>	<b>Marco Conceptual</b> .....	<b>35</b>
3.1	Introducción.....	35
3.2	Equidad en Salud y Justicia Social.....	36
3.2.1	Determinantes Sociales de la Salud .....	39
3.2.2	Determinantes Sociales de la Salud Mental .....	44
3.3	Envejecimiento, Vejez y Persona Mayor en Colombia.....	45
3.3.1	Protección Social en la Vejez en Colombia .....	49
3.4	Suicidio y Conducta Suicida .....	51
3.4.1	Enfoque Biológico.....	52
3.4.2	Enfoque Sociológico.....	54
3.4.3	Enfoque Psicológico y Psiquiátrico .....	55
3.4.4	La Conducta Suicida .....	56
<b>4</b>	<b>Epidemiología del Suicidio en las Personas Mayores en Colombia</b> .....	<b>59</b>
4.1	Introducción.....	59
4.2	Resultados.....	60
4.2.1	Tasas según Edad y Sexo .....	60
4.2.2	Tasas Según Lugar .....	62
4.2.3	Frecuencias por Hora, Día y Mes del Hecho.....	66
4.2.4	Frecuencias por Mecanismo y Motivaciones.....	68
4.2.5	Frecuencia por Nivel Educativo, Convivencia y Estado Civil .....	72
<b>5</b>	<b>Desigualdades en el Suicidio de las Personas Mayores</b> .....	<b>77</b>
5.1	Introducción.....	77
5.2	Resultados.....	78
5.2.1	Tasas de Mortalidad por Suicidio.....	78
5.2.2	Tasas de Mortalidad por Suicidio y Muerte Natural.....	82
5.2.3	Determinantes Sociales de la Salud y su Asociación con el tipo de Muerte: Frecuencias y OR de los DSS.....	85
5.2.3.1	<b>Sexo</b> .....	85
5.2.3.2	<b>Edad</b> .....	86
5.2.3.3	<b>Estado Civil</b> .....	87
5.2.3.4	<b>Zona de Residencia</b> .....	88
5.2.3.5	<b>Régimen de Aseguramiento en Salud</b> .....	89
5.2.3.6	<b>Nivel Educativo</b> .....	91
5.2.3.7	<b>Pertenencia Étnica</b> .....	92
5.2.4	Análisis Multivariado.....	94
<b>6</b>	<b>Elementos Explicativos del Suicidio en las Personas Mayores en Colombia</b> ...	<b>97</b>
6.1	Introducción.....	97
6.2	Resultados.....	99
6.2.1	Caracterización de las fuentes.....	100
6.2.2	Género.....	101
6.2.2.1	<b>El Suicidio en las Adultas Mayores</b> .....	103
6.2.2.2	<b>El Suicidio en los Adultos Mayores</b> .....	108
6.2.3	Territorio.....	114
6.2.3.1	<b>El Suicidio en las Zonas Rurales</b> .....	115

---

<b>6.2.3.2</b>	<b>El Suicidio en las Zonas Urbanas</b> .....	119
<b>7</b>	<b>Discusión: Determinantes Sociales del Suicidio en las Personas Mayores en Colombia</b> .....	<b>125</b>
7.1	Edad y Género .....	125
7.2	Territorio .....	131
7.3	Aseguramiento en Salud.....	132
7.4	Educación.....	133
7.5	Pertenencia Étnica .....	134
<b>8</b>	<b>Conclusiones y Recomendaciones</b> .....	<b>135</b>
8.1	Con respecto a la caracterización .....	135
8.2	Con respecto a la identificación de desigualdades o inequidades .....	136
8.3	Con respecto a la identificación de elementos explicativos.....	137
8.4	Recomendaciones Finales.....	138
<b>A.</b>	<b>Anexo: Variables Fase I, definición y naturaleza</b> .....	<b>141</b>
<b>B.</b>	<b>Anexo: Autorizaciones INML y CF</b> .....	<b>147</b>
<b>C.</b>	<b>Anexo: Variables Fase II, definición y naturaleza</b> .....	<b>151</b>
<b>D.</b>	<b>Anexo: Escenario del Hecho Suicida</b> .....	<b>153</b>
<b>E.</b>	<b>Anexo: Distribución de Enfermedades</b> .....	<b>155</b>
<b>F.</b>	<b>Anexo: Tasas de Mortalidad Ajustadas (TMA) Según datos DANE</b> .....	<b>157</b>
<b>G.</b>	<b>Anexo: Estimación de Desigualdades con Modelo de Poisson Robusto</b> .....	<b>159</b>
	<b>Bibliografía</b> .....	<b>165</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1-1:</b> Suicidios Colombia 1999-2019. Tasa por 100.000 habitantes .....	5
<b>Figura 2-1:</b> Diseño Multifase del Estudio .....	15
<b>Figura 2-2:</b> Criterios de definición Categorías Fase 3 con Datos Cualitativos.....	17
<b>Figura 2-3:</b> Diseño Multifase del Estudio .....	18
<b>Figura 2-4:</b> Metodología Fase I de la Investigación.....	24
<b>Figura 2-5:</b> Fase II de la Investigación .....	27
<b>Figura 2-6:</b> Número y tipos de narrativas incorporadas en el análisis de la Fase III	30
<b>Figura 2-7:</b> Fase III de la Investigación .....	33
<b>Figura 3-1:</b> Marco Conceptual de la Investigación .....	35
<b>Figura 3-2:</b> Marco Conceptual Determinantes de las Desigualdades Sociales en Salud - OMS	42
<b>Figura 3-3:</b> Determinantes Estructurales: Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud .....	43
<b>Figura 3-4:</b> Determinantes Intermedios: Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud	43
<b>Figura 3-5:</b> La Conducta Suicida.....	57
<b>Figura 4-1:</b> Tasas Ajustadas de suicidio en mayores de 60 años según sexo. Colombia 2009-2013 .....	61
<b>Figura 4-2:</b> Tasas de suicidio ajustada por sexo y edad, en mayores de 60 años. Colombia 2009-2013 .....	62
<b>Figura 4-3:</b> Tasas de suicidio ajustada por sexo y edad, en mayores de 60 años según zona y año. Colombia 2009-2013.....	63
<b>Figura 4-4:</b> Tasas de suicidio ajustada por sexo y edad, en mayores de 60 años por departamento, Colombia 2009-2013 – Datos INML y CF .....	64
<b>Figura 4-5:</b> Frecuencia de Suicidio por Día de la Semana.....	66
<b>Figura 4-6:</b> Frecuencia de Suicidio por Mes del Año.....	67
<b>Figura 4-7:</b> Frecuencia de Suicidio por Franja Horaria.....	68
<b>Figura 4-8:</b> Mecanismo de Suicidio Según Sexo.....	69
<b>Figura 4-9:</b> Mecanismo de Suicidio Según Zona de Residencia.....	70
<b>Figura 4-10:</b> Motivaciones del Suicidio Según Sexo .....	71
<b>Figura 4-11:</b> Nivel Educativo de los Suicidas según Sexo .....	72
<b>Figura 4-12:</b> Nivel Educativo de los Suicidas según Zona de Residencia.....	73
<b>Figura 4-13:</b> Convivencia de los Suicidas según Sexo.....	74
<b>Figura 4-14:</b> Convivencia de los Suicidas Según Zona de Residencia.....	75



---

<b>Figura 4-15:</b>	Estado Civil de los Suicidas Según Sexo.....	75
<b>Figura 5-1:</b>	Tasas de suicidio en mayores de 60 años por departamento, Colombia 2009-2013 – Datos DANE .....	79
<b>Figura 5-2:</b>	Tasas de suicidio en mayores de 60 años por departamento según sexo, Colombia 2009-2013 – Datos DANE.....	80
<b>Figura 5-3:</b>	Tasas de suicidio en mayores de 60 años por departamento según zona de residencia, Colombia 2009-2013 – Datos DANE.....	81
<b>Figura 6-1:</b>	Determinantes Sociales Seleccionados como Categorías de Análisis para Fase III	100
<b>Figura 8-1:</b>	Conclusiones del Estudio .....	140

## Lista de tablas

	Pág.
<b>Tabla 1-1:</b> Suicidio en Colombia según grupos de edad y sexo. 2019.....	5
<b>Tabla 2-1:</b> Población, muestra, fuente y recolección de datos del estudio.....	16
<b>Tabla 2-2:</b> Síntesis Metodológica del Estudio.....	19
<b>Tabla 3-1:</b> Leyes relacionadas con la Protección Social en la Vejez en Colombia .....	50
<b>Tabla 4-1:</b> Tasas de suicidio ajustada por sexo y edad, en mayores de 60 años por departamento, zona y sexo. Colombia 2009-2013 .....	65
<b>Tabla 4-2:</b> Motivaciones del Suicidio Según Sexo .....	71
<b>Tabla 5-1:</b> Tasa Mortalidad ajustadas por edad y sexo por Suicidio Personas Mayores de 60 años según Sexo y Zona. Colombia 2009-2013.....	82
<b>Tabla 5-2:</b> Tasa ajustada por edad y sexo, por Muerte Natural Personas Mayores de 60 años según Sexo y Zona. Colombia 2009-2013.....	84
<b>Tabla 5-3:</b> Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Sexo. Mayores de 60 años 2009-2013.	85
<b>Tabla 5-4:</b> OR Suicidio por Sexo. Mayores de 60 años 2009-2013.....	86
<b>Tabla 5-5:</b> Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Edad. Mayores de 60 años 2009-2013.	86
<b>Tabla 5-6:</b> OR Suicidio por Edad. Mayores de 60 años 2009-2013. ....	87
<b>Tabla 5-7:</b> Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Estado Civil. Mayores de 60 años 2009-2013.....	88
<b>Tabla 5-8:</b> OR Suicidio por Estado Civil. Mayores de 60 años 2009-2013.....	88
<b>Tabla 5-9:</b> Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Zona de Residencia. Mayores de 60 años 2009-2013.....	89
<b>Tabla 5-10:</b> OR Suicidio por Zona de Residencia. Mayores de 60 años 2009-2013.	89
<b>Tabla 5-11:</b> Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Aseguramiento en Salud. Mayores de 60 años 2009-2013. ....	90
<b>Tabla 5-12:</b> OR Suicidio por Aseguramiento en Salud. Mayores de 60 años 2009-2013.	91
<b>Tabla 5-13:</b> Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Nivel Educativo. Mayores de 60 años 2009-2013.....	91
<b>Tabla 5-14:</b> OR Suicidio por Nivel Educativo. Mayores de 60 años 2009-2013.....	92
<b>Tabla 5-15:</b> Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Pertenencia Étnica. Mayores de 60 años 2009-2013.....	93

<b>Tabla 5-16:</b>	OR Suicidio por Pertenencia Étnica. Mayores de 60 años 2009-2013.	94
<b>Tabla 5-17:</b>	Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural y OR Multivariado. Mayores de 60 años 2009-2013.....	96
<b>Tabla 6-1:</b>	Matriz de Codificación Fase III* .....	101
<b>Tabla 6-2:</b>	Matriz de Frecuencia de Codificación Género .....	103
<b>Tabla 6-3:</b>	Matriz Frecuencia de Codificación Territorio.....	114
<b>Tabla 8-1:</b>	Frecuencia de Enfermedades Reportadas en los Suicidas.....	155
<b>Tabla 8-2:</b>	Frecuencia de Enfermedades Reportadas según Zona de Residencia ....	156
<b>Tabla 8-3:</b>	Tasas Ajustadas de Mortalidad por Suicidio Departamentales en Personas Mayores de 60 años. Colombia 2009-2013 .....	157
<b>Tabla 8-4:</b>	Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Edad. Mayores de 60 años 2009-2013.....	161
<b>Tabla 8-5:</b>	Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Pertenencia Étnica. Mayores de 60 años 2009-2013.....	161
<b>Tabla 8-6:</b>	Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Sexo. Mayores de 60 años 2009-2013.....	161
<b>Tabla 8-7:</b>	Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Nivel Educativo. Mayores de 60 años 2009-2013.....	162
<b>Tabla 8-8:</b>	Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Estado Civil. Mayores de 60 años 2009-2013.....	162
<b>Tabla 8-9:</b>	Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Zona. Mayores de 60 años 2009-2013.....	162
<b>Tabla 8-10:</b>	Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Aseguramiento en Salud. Mayores de 60 años 2009-2013 .....	163

# Lista de Abreviaturas

## Abreviaturas

### Abreviatura Término

---

<i>AVAD o</i>	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
<i>AVISA</i>	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
<i>AVPP</i>	Años de Vida Potencialmente Perdidos
<i>CDSS</i>	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
<i>DANE</i>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<i>DRIP</i>	División de Referencia de Información Pericial
<i>DSS</i>	Determinantes Sociales de la Salud
<i>EE.VV.</i>	Estadísticas Vitales
<i>INML y CF</i>	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
<i>IRR (RTI)</i>	Incidence Rate Ratio (Razón de Tasas de Incidencia)
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>OR</i>	Odds Ratio (Razón de Momios o de Odds)
<i>PR (RP)</i>	Prevalence Ratio (Razón de Prevalencias)
<i>RR (RT)</i>	Rate Ratio (Razón de Tasas)
<i>SIRDEC</i>	Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres

## Introducción

El suicidio en la población adulta mayor es un problema de salud pública que no ha recibido una gran atención desde los sectores académicos y gubernamentales, considerando las altas tasas de mortalidad por suicidio que presenta este grupo etario. Si bien la literatura en el tema ha aumentado en la última década, la misma proviene principalmente de países como China y Corea que ya han empezado a identificar que la transición demográfica hacia el envejecimiento empieza a tener repercusiones importantes en esta problemática, pero en Latinoamérica en general las investigaciones en suicidio se siguen concentrando en poblaciones más jóvenes.

Sobre el suicidio en personas mayores de 60 años, se han identificado algunos factores de riesgo que los estudios epidemiológicos clásicos han aportado a la comprensión del fenómeno, los cuales se han enfocado principalmente a problemas y patologías de salud mental. Sin embargo, el incremento en las cifras ha alertado a las autoridades en salud, cuestionándose si el enfoque preventivo desde dichos factores de riesgo realmente está generando algún impacto real.

Surge en este contexto la necesidad de abordar este fenómeno desde una perspectiva mucho más amplia, en la cual se consideren las circunstancias que rodean a los potenciales suicidas, para lo cual se propone el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como un modelo que puede favorecer el análisis de las inequidades presentes en los adultos mayores que deciden prescindir de su vida.

Como la puesta de los Determinantes Sociales de la Salud Mental, tiene menos de una década de desarrollo, y de manera específica para el suicidio es escasa, se propone esta investigación cuyo objetivo es *identificar las características, las desigualdades y los posibles elementos explicativos del fenómeno del suicidio en las personas mayores de 60 años en Colombia, desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud.*

Para tal fin el presente documento se presenta en cuatro momentos: Uno inicial, en el cual se realiza el planteamiento de la problemática de la investigación con sus respectivos objetivos y justificación; un segundo momento en el cual se describe la ruta metodológica que orientó el estudio; un tercer momento en donde se presentan los resultados para cada objetivo específico como capítulos independientes; y un cuarto momento en donde se integra una discusión y conclusiones generales del estudio con base en los resultados de cada capítulo.

# 1 Planteamiento del Problema: Objetivos, Pregunta de Investigación y Justificación

## 1.1 Problema de Investigación

La violencia en todas sus manifestaciones es un problema de Salud Pública importante, debido a que genera un gran número de muertes o secuelas por discapacidad permanente, que no sólo atentan contra la salud de las poblaciones, sino que tienen repercusiones que ahondan en el tejido social y el desarrollo económico de un país (World Health Organization, 2002). A pesar de que el suicidio<sup>1</sup> no se puede definir como una enfermedad, si es un hecho trágico y fatal con una etiología compleja (Jose M Antón-San-Martín et al., 2013; Knox et al., 2004; Rangel-Garzón et al., 2015); el cual, al interrumpir súbitamente el curso normal de la vida de una persona, ocupa un lugar importante dentro de las muertes violentas y tiene un impacto indiscutible en los Años de Vida Potencialmente Perdidos por muerte prematura (AVPP) y en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD o AVISA) para los casos de supervivientes del suicidio que adquieren una condición de discapacidad.

El suicidio despierta una preocupación por el número de víctimas que cobra anualmente, por lo cual la Organización Mundial de la Salud la refiere como una de las principales

---

<sup>1</sup> En el planteamiento del tema se emplea el término suicidio como un concepto general, con el propósito de referirse al fenómeno de la conducta suicida y sus elementos constitutivos de manera general y no a una acción o momento específico de ella (llámese esta ideación, intento o suicidio consumado). Por tal razón no se hace uso del término “conducta suicida”, aunque este *continuum* esté incluido tácitamente en la problemática descrita.

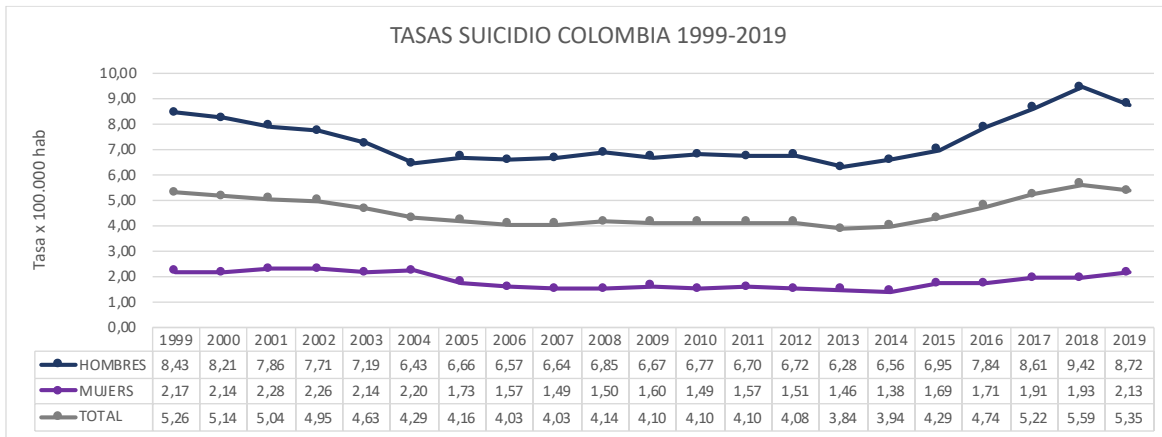
causas de muerte en el mundo, y así mismo ha enfatizado en las últimas dos décadas la necesidad de su prevención (World Health Organization, 2002). Según el último reporte de esta organización, en el 2012 se estimaron 804.000 muertes por suicidio alrededor del mundo, lo que representa una tasa anual estandarizada por edad de 11,4 por 100.000 habitantes: 15,0 para hombres y 8,0 para mujeres (World Health Organization, 2014), y se estima que el intento de suicidio supera el suicidio consumado entre 10 y 20 veces, lo cual se traduce en una muerte por suicidio cada 40 segundos y un caso de intento cada tres segundos (Organización Mundial de la Salud, 2004; World Health Organization, 2014). Para el 2020, se proyecta un aumento del 50% en el suicidio, fenómeno que va a alcanzar los 1,53 millones de muertes (González-Ortiz, 2008).

A pesar de la complejidad del fenómeno, el suicidio se ha considerado como un hecho prevenible (Bastos Figueiredo et al., 2015; World Health Organization, 2012), lo cual genera una necesidad desde las políticas de salud mental que apunten a un verdadero impacto en el estado de salud poblacional. Según la OMS no es posible prevenir todos los suicidios, pero sí la mayoría, a través de la toma de varias medidas para la disminución 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 del manejo de información responsable por parte de los medios de comunicación y la capacitación a los profesionales de la atención primaria de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2004; Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Aunque Colombia no presenta tasas de mortalidad por encima del promedio regional (5,06 casos por 100.000 habitantes comparados con 7,26 para las Américas, y 5,23 para América Latina y el Caribe según el último reporte de mortalidad por suicidio emitido por la Organización Panamericana de la Salud, 2014), y la tendencia ha sido a mantenerse estable en los últimos años desde el 2008 con un incremento desde el 2016 (Figura 1-1), no deja de ser preocupante las altas tasas en ciertos grupos poblacionales como los hombres jóvenes (entre 18 y 29 años), las adolescentes (15 a 19 años), y los hombres adultos mayores de 60 años, las cuales pueden llegar a triplicar el promedio nacional, tal como lo muestra la tabla 1 y se reporta en la literatura (Cifuentes Osorio, 2013; I. A. Ordóñez-Monak et al., 2013).



**Figura 1-1:** Suicidios Colombia 1999-2019. Tasa por 100.000 habitantes



Fuente: Elaboración propia con datos reportados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Tasas calculadas con base en la proyección de poblaciones DANE, 1985-2020.

**Tabla 1-1:** Suicidio en Colombia según grupos de edad y sexo. 2019

Grupo Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*
(05 a 09)	1	0,1	4	0,21	5	0,13
(10 a 14)	71	3,5	52	2,68	123	3,10
(15 a 17)	92	7,3	70	5,79	162	6,58
(18 a 19)	122	14,3	39	4,70	161	9,55
(20 a 24)	300	13,9	80	3,76	380	8,86
(25 a 29)	240	11,7	72	3,48	312	7,59
(30 a 34)	186	10,1	38	1,99	224	5,96
(35 a 39)	161	9,4	39	2,15	200	5,68
(40 a 44)	169	11,4	34	2,09	203	6,52
(45 a 49)	139	10,3	25	1,64	164	5,70
(50 a 54)	153	11,7	21	1,40	174	6,20
(55 a 59)	118	10,1	18	1,32	136	5,38
(60 a 64)	122	12,9	18	1,62	140	6,80
(65 a 69)	82	11,4	12	1,40	94	5,97
(70 a 74)	57	11,0	11	1,76	68	5,96
(75 a 79)	41	12,0	4	0,95	45	5,90
(80 y más)	50	11,9	2	0,36	52	5,35
<b>TOTAL</b>	<b>2.104</b>	<b>9,5</b>	<b>539</b>	<b>2,31</b>	<b>2.643</b>	<b>5,81</b>

\* Tasas por 100.000 habitantes

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. En: Forensis, Datos para la Vida 2019 (2020).

La tendencia al suicidio en los adultos mayores, es un comportamiento generalizado casi a nivel global (Osorno-Chica et al., 2005; Stanley et al., 2016) Si se comparan las tasas de suicidio entre los países, su incremento es proporcional a la tasa promedio de la población independientemente de su valor, es decir, la relación de suicidio en hombres adultos mayores de 60 años suele ser de 3 a 4 veces mayor que el promedio poblacional de un país.

Dado el evidente riesgo de suicidio en este grupo poblacional, la literatura reporta algunos factores de riesgo para los adultos mayores que incluyen enfermedades crónicas y discapacitantes, jubilación, soledad, depresión, pérdidas, falta de pertenencia a grupos sociales, falta de afianzamiento en creencias espirituales y religiosas, entre otras (Dombrovski & Szanto, 2005; NSW Department of Health, 2003; O'Connell et al., 2004; Pérez Barrero, 1999; Steffens, 2007), sin embargo es importante resaltar que no siempre se siguen patrones determinados de comportamiento, y que la presencia o ausencia de estas situaciones no necesariamente son concluyentes a la hora de cometer un suicidio (I. A. Ordóñez-Monak et al., 2013; Peisah et al., 2007). A pesar de estos datos y cifras, el suicidio en las personas mayores sigue siendo un área de poco estudiada en términos de investigación (Alves et al., 2014; Okolie et al., 2017).

Con respecto a las características de las personas mayores, dadas sus condiciones naturales de envejecimiento, es posible determinar sus problemáticas desde tres enfoques: la vulnerabilidad, la dependencia y la desigualdad (Aranibar, 2001). Estas dimensiones no sólo resaltan los cambios fisiológicos propios del adulto mayor, sino que adicionalmente favorecen la comprensión de los aspectos socioculturales que inciden sobre su papel en la sociedad y que directa o indirectamente afectan su calidad de vida.

Aunque las concepciones de vulnerabilidad varían notablemente según los contextos y el objetivo de uso de esta, es posible hallar unos elementos comunes entre diversas teorías: a) se experimenta una desventaja social, b) existen adversidades específicas para contrarrestar los aspectos negativos que afectan el bienestar del individuo y c) hay una incapacidad para aprovechar las oportunidades existentes en el contexto socioeconómico para aumentar el bienestar del individuo. A pesar de que estos elementos pueden ser aplicables a cualquier grupo de personas, en el adulto mayor estas condiciones son diferentes y pueden estar dadas por una mayor exposición a las enfermedades, a la pobreza, a las limitaciones laborales y a la marginación social (Aranibar, 2001).

En cuanto a la dependencia, éste es un concepto que puede ir desde la necesidad individual de la persona adulta mayor de contar con apoyo físico y emocional de otras personas para poder llevar a cabo sus actividades cotidianas, hasta la necesidad de manutención por parte de los cuidadores, o el cubrimiento de necesidades por parte del Estado. Muchos de los factores de riesgo que se han asociado al suicidio en éste grupo poblacional tienen estrecha relación con la vulnerabilidad y dependencia de las personas mayores (Pérez Barrero, 1999).

Para el caso de la desigualdad asociada al bienestar económico la relación con el suicidio no es tan clara. Si bien ya las autoridades en salud a nivel mundial han declarado todas las manifestaciones de violencia como un problema de salud pública claramente argumentado (Franco-Agudelo, 1990) y se ha demostrado que los determinantes sociales que promueven la inequidad, entendida como *“aquellas diferencias en salud innecesarias, evitables y además incorrectas e injustas”* afectan negativamente la salud de las poblaciones (Whitehead, 1992), la relación entre equidad y los diferentes tipos de violencia es variable.

Algunos estudios han buscado determinar si las condiciones de inequidad inciden directamente en la violencia, pero se han centrado principalmente en el homicidio como su principal expositor (Sarmiento & Becerra, 1998). Aunque las condiciones de inequidad, desde el punto de vista de ingreso económico y capacidad adquisitiva parecen no tener una influencia directa en la violencia, si parece serlo desde el enfoque de limitación de la libertad y capacidad de decisión: *“La calidad de vida de que disfruta una persona no es solo cuestión de lo que logra, sino también de cuáles eran las opciones entre las que esa persona tuvo la oportunidad de elegir”* (Sen, 1995). Según lo expuesto por Sarmiento y Becerra (1998), la violencia tiende a reproducirse con más probabilidad en sectores o zonas con altas posibilidades de acumulación económica y con presencia débil del Estado, y no necesariamente en los sectores más deprimidos. Para Botello P (2014) la desigualdad en los ingresos, la pobreza y la violencia se han venido asociando desde lo teórico, pero en lo reportado por la literatura no existe una evidencia causal sólida sobre dicha relación, al menos en los países en desarrollo.

En relación con la inequidad en salud y su rol dentro de la decisión de los suicidas, la literatura es escasa. Las búsquedas realizadas para el marco de referencia de la presente investigación no arrojaron resultados explícitos dentro de la literatura científica y varios de

los hallazgos son contradictorios (Lorant et al., 2021); además las aproximaciones teóricas y de investigación se centran en las disparidades socioeconómicas y su relación con el suicidio, más no en la inequidad desde otros determinantes. Desde este punto de vista, algunas de las investigaciones encuentra una relación directa entre altas tasas de suicidio y altos índices de calidad de vida o de desarrollo humano, por lo menos en datos generales para los países (Khazaei et al., 2017; Roth et al., 2018). Para el caso colombiano se destaca el estudio de (Campo-Arias & Herazo, 2014)

Ya de forma más específica, por lo menos en lo que respecta a los individuos, no se hacen manifiestas las situaciones de pobreza con las decisiones suicidas, más si las pérdidas económicas repentinas, o las crisis económicas y sociales súbitas en algunas regiones (Adelson, 2005; Lorant, 2002; Manzo Guerrero, 2005; Miller et al., 2005). Considerando los estudios más recientes que abordan las inequidades desde el ingreso económico como indicador para evaluar el riesgo de suicidio (Hiyoshi et al., 2018; Kazemi-Galougahi et al., 2018; Lin et al., 2019; Piatkowska, 2020; Tran & Morrison, 2020), al parecer lo que sugiere tener una influencia en el suicidio no son las condiciones de pobreza, sino las desigualdades sociales, por lo que detrás de la Inequidad en Salud y los Determinantes Sociales pueden esconderse muchos aspectos aún invisibles para la explicación, abordaje y prevención del suicidio, y mucho más en las personas adultas mayores.

Según los planteamientos anteriormente descritos, el problema de investigación del presente proyecto se nutre básicamente desde tres vertientes: la primera **desde el punto de vista epidemiológico**, en relación a que las personas mayores continúan presentando altas tasas de suicidio de manera general a nivel global, pero no son un grupo poblacional de interés prioritario en la agenda pública, por lo que todo esfuerzo académico e investigativo por determinar cada vez con mayor claridad las distribuciones, frecuencias y móviles de los suicidas adultos mayores en nuestra región serán aportes significativos a propuestas de intervención más específicas y orientadas a las necesidades reales de este grupo vulnerable. La segunda vertiente es **desde la Inequidad en Salud**, tendencia que desde la postura de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) ha ganado terreno en la orientación de políticas públicas a nivel mundial, pero cuyos estudios en relación con el suicidio son escasos y de desarrollo reciente. Dado que, así como en otros eventos de interés para la salud pública se ha logrado identificar la influencia de los DSS (tanto estructurales como intermedios) con miras a disminuir la morbimortalidad en la población, no sólo es importante, sino también necesario, trascender el enfoque de “factores de

riesgo” para el suicidio, generando una visión menos individualista de este fenómeno. Lo anterior impulsaría la identificación unas condiciones de inequidad desde la justicia social que puedan tener repercusiones en la decisión del suicida, resaltando la responsabilidad que como sociedad tenemos en la aparición del fenómeno, y mitigando el estigma egoísta que se le ha transferido al suicida tras su decisión de acabar con su vida. La tercera vertiente es desde la **Justicia Social**, ya que como se mencionó anteriormente, la población de personas adultas mayores viene en constante crecimiento demográfico, y varios de los países (incluyendo Colombia) no se encuentra preparado ni desde sus políticas sociales, ni desde sus sistemas de salud, para soportar los cambios que se avecinan. Mayores personas de la tercera y cuarta edad implican muy seguramente mayores casos de suicidio, pero también mayores condiciones de inequidad desde las necesidades de cobertura y acceso en salud (sólo por mencionar algunos de los DSS) que al ser insatisfechas pudiesen desencadenar incrementos en las tasas de suicidio para la tercera edad.

Bajo este análisis, surge entonces la siguiente pregunta de investigación: ***¿Cuáles son las características, desigualdades presentes y posibles elementos explicativos en el suicidio de las personas mayores de 60 años en Colombia, desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud?***

## **1.2 Justificación: ¿Por qué Determinantes Sociales del Suicidio en el Adulto Mayor?**

Con frecuencia y desde hace muchas décadas (MacMahon & Pugh, 1975; Rothman, 1976) al suicidio se le ha dado un enfoque epidemiológico clásico, tal como se evidencia en un importante número de estudios y publicaciones, tanto académicas como institucionales que se encuentran disponibles en la literatura (Miranda et al., 2016; Okolie et al., 2017; I. A. Ordóñez-Monak et al., 2013; Sánchez-Medina, 2007; Tellez & Forero, 2006). Esto aunque ha generado aportes significativos en la caracterización, comprensión y prevención del fenómeno a través de la identificación de los factores de riesgo, presenta algunas limitantes teniendo en cuenta que la conducta suicida no siempre sigue patrones determinados de comportamiento, y que la presencia o ausencia de los mismos no

necesariamente son concluyentes a la hora de cometer un suicidio (I. A. Ordóñez-Monak et al., 2013; Peisah et al., 2007).

Por otra parte, la perspectiva de factores de riesgo, además de presentar limitaciones para los retos que plantea la salud pública y la salud global del siglo XXI (Susser, 1998), centra su mirada en el individuo, responsabilizándolo a él y a su estilo de vida, de sus condiciones de salud, y por lo tanto de su decisión de prescindir de la misma. Ante esto surgen varios interrogantes, ¿Es el suicidio un fenómeno influenciado por las condiciones de inequidad?, ¿Dónde queda la responsabilidad del Estado, del Sistema de Salud y de la Sociedad en los casos de suicidio?, ¿Puede la postura de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) desde alguno de sus modelos generar una visión más amplia del fenómeno, y por lo tanto orientar estrategias de prevención más efectivas?

El establecimiento de una diferencia significativa entre las tasas de suicidio para algunos grupos poblacionales, en relación con otros –ya sea por sexo, edad u otras variables-, ha demostrado que existen aspectos que hacen más propensos a algunos individuos a cometer suicidio en casi todas las regiones del mundo (Roth et al., 2018). Aunque la identificación de estas desigualdades puede sugerir la presencia de inequidades en el fenómeno, el tema suele abordarse desde una perspectiva epidemiológica lineal-causal clásica -uni o multicausal (Breilh, 2003; Londoño-Fernández, 2010; MacMahon & Pugh, 1975), pues las medidas que se toman a nivel preventivo y asistencial, el desarrollo académico e investigativo en el tema, y la divulgación en los medios de comunicación se han enfocado hacia los móviles, caracterización de factores de riesgo y caracterización sociodemográfica del fenómeno.

En Colombia, los estudios que se han adelantado también tienden a examinar el fenómeno del suicidio desde este enfoque (Cendales et al., 2007; Gómez-Restrepo et al., 2002, 2007; González-Ortiz, 2008; González et al., 2007; I. A. Ordóñez-Monak et al., 2013; Pérez-Olmos et al., 2007), pero hay escasez estudios específicos que busquen una relación directa entre las condiciones de inequidad o desigualdad a partir de distintos puntos de vista y el suicidio (Dávila-Cervantes & Pardo-Montaño, 2017).

Si bien esta caracterización ha favorecido la identificación de poblaciones en riesgo y se ha hecho evidente que el fenómeno del suicidio comparte factores predisponentes generales que han permitido la orientación de estrategias preventivas de manera más específica, también se ha señalado que los aspectos geográficos, económicos, culturales

y sociales son aspectos relevantes en la manifestación de dicho fenómeno a nivel de grupos, poblaciones o comunidades más localizadas.

Es en este punto que los determinantes sociales, entendidos como “aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2012), entran a jugar un papel importante en la comprensión de un fenómeno tan complejo y multifactorial como el suicidio, permitiendo aproximarse a la posible relación existente con las condiciones de inequidad, ya que ésta última logra ser explicada en gran manera por los determinantes sociales.

Por otra parte, desde la Inequidad en Salud, la postura de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) a partir de sus distintos modelos, ha ganado terreno en la orientación de políticas públicas a nivel mundial y local (Peñaranda C & Otálvaro C, 2013), aunque los estudios en relación al suicidio son escasos. Dado que, así como en otros eventos de interés para la salud pública se ha logrado identificar la influencia de los DSS con miras a disminuir la morbimortalidad en la población, no sólo es importante, sino también necesario, trascender el enfoque de “factores de riesgo” para el suicidio, generando una visión menos individualista de este fenómeno. Lo anterior impulsaría la determinación de condiciones de inequidad desde la justicia social que puedan tener repercusiones en la decisión del suicida, resaltando la responsabilidad que la sociedad tiene en la aparición del fenómeno, y mitigando el estigma egoísta que se le ha transferido a la víctima tras la decisión de acabar con su vida.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

El objetivo de la investigación es identificar las características, las desigualdades y los posibles elementos explicativos del fenómeno del suicidio en las personas mayores de 60 años en Colombia, desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar epidemiológicamente el suicidio en las personas mayores de 60 años en Colombia entre el 2009 y el 2013.
- Identificar desigualdades según las condiciones sociodemográficas y económicas relacionadas con el fenómeno del suicidio a través de los Determinantes Sociales de la Salud en las personas mayores de 60 años que cometieron suicidio en Colombia entre el 2009 y el 2013.
- Establecer elementos explicativos en los que se inscribe el suicidio en personas mayores de 60 años en Colombia desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, para determinar desigualdades que puedan generar inequidades en este fenómeno.



## **2 Metodología**

El presente capítulo explica de manera general el enfoque, diseño y alcance metodológico que se propuso en el estudio con el propósito de dar respuesta a la pregunta de investigación formulada, así como los diseños específicos de cada una de las fases que se tuvieron en cuenta en el proyecto para el desarrollo de cada uno de los objetivos específicos.

En todo caso, es importante aclarar que, la presentación de resultados de cada una de las fases se realizará en capítulos independientes, por lo que en la introducción de cada uno de ellos se presentan de manera resumida la metodología que se empleó.

### **2.1 Enfoque de la Investigación**

El abordaje de los problemas de Salud Pública desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) presenta grandes retos metodológicos, ya que este supera los conceptos de causalidad, considerando las múltiples y complejas relaciones que existen entre los determinantes estructurales e intermedios que finalmente terminan impactando en la equidad en salud y el bienestar de las poblaciones y los individuos (World Health Organization, 2010a).

Es este sentido, la inclusión de metodologías diversas para la investigación de los problemas de salud pública actuales -o más bien el retorno a los modelos naturalistas que originalmente tuvo esta disciplina, permite abordar los problemas de salud desde una perspectiva más flexible y que tenga en cuenta contextos ecosociales más amplios (Padgett, 2012). Sin desconocer los grandes aportes que ha hecho la epidemiología clásica en los logros de la salud pública global del siglo XX, la inclusión de nuevos modelos para comprender la salud de las poblaciones, como los DSS, demanda también la adopción de métodos más integrales.

Esta investigación se propone, entonces, como un ***estudio exploratorio, multifase, con un enfoque que se basa en la complementariedad que ofrece el análisis de múltiples fuentes cuya información comprende datos cuantitativos y cualitativos***. Este tipo de aproximación investigativa emerge en los últimos años con una fuerza promisoría para aportar a los estudios que pretenden identificar desigualdades en salud (Stacciarini & Cook, 2015), en especial en aquellos fenómenos de difícil comprensión como el suicidio, ya que proveen evidencia epidemiológica, pero también elementos de análisis del contexto. Obviamente estas metodologías plantean unas ventajas y unas desventajas frente al acceso a la información, su análisis y su interpretación.

Como consecuencia de la complejidad en este enfoque, y las limitantes en el acceso a la información, a lo largo de la presente investigación se presentaron diversos retos de tipo ético, técnico y procedimental, que implicaron demoras, gestiones burocráticas intensas y ajustes metodológicos sustanciales, que afortunadamente pudieron superarse mediante las fortalezas que implica el diálogo interdisciplinar que fundamentan los estudios en salud pública (Padgett, 2012).

La principal limitante a la que se enfrentó el estudio, fue la imposibilidad de desarrollar la metodología original, que consistía en un método mixto secuencial explicativo (Creswell & Plano Clark, 2011), formado por dos fases iniciales cuantitativas (una descriptiva y otra analítica) y una fase final cualitativa desde la cual se derivaban inferencias que pretendían que el estudio cualitativo con un diseño fenomenológico a través de entrevistas a familiares (Hernández Sampieri et al., 2014) brindara un contexto explicativo de los resultados de la fase cuantitativa. Desafortunadamente, y aunque se contaban con los permisos y procesos de autorización institucionales por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la subdirección de investigación de la entidad decidió prohibir el acceso a los familiares de los casos justo en la etapa de recolección de datos.

Por tal razón, y al no poder mantener la rigurosidad del estudio cualitativo original, se optó por mantener una estructura similar a través de un estudio multifase, que se detalla a continuación.

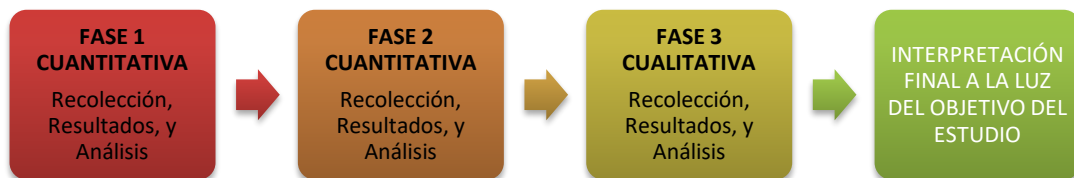
## **2.2 Diseño de la Investigación**

Teniendo en cuenta que el propósito de la presente investigación es lograr una mejor comprensión de los Determinantes Sociales de la Salud en el suicidio de personas

mayores en Colombia, partiendo de los resultados de un análisis cuantitativo y buscando elementos explicativos desde el análisis de la información cualitativa asociada, el diseño seleccionado para dar respuesta a la pregunta de esta investigación fue un **Diseño Multifase o Multietápico**, que es un tipo de metodología mixta en la cual bajo un mismo objetivo general, la investigación se desarrolla en fases o etapas independientes, cada una de ellas con recolección y análisis de resultados propios que se suman en objetivos específicos para el logro del objetivo principal (Creswell & Plano Clark, 2011)

A continuación, se esquematiza el diseño utilizado:

**Figura 2-1:** Diseño Multifase del Estudio



Adaptado de: Creswell, John W. *A Concise Introduction to Mixed Methods Research* (Sage Mixed Methods Research) (p. 39). SAGE Publications.

Según Creswell (2015), el uso de métodos mixtos en la investigación no se limita exclusivamente al diseño de las fases cuantitativas y cualitativas de manera independiente, sino que demanda la aplicación de unos criterios para la recolección, análisis e interpretación de resultados en cada una de sus etapas. Sin embargo, y dadas las limitaciones expuestas previamente, los procedimientos en el diseño multifase se desarrollaron de manera independiente para cada fase, (cuantitativa o cualitativa), para finalmente realizar una interpretación a la luz del objetivo del estudio. Se debe aclarar que el presente modelo no representa la estructura de un modelo multimétodo, concurrente o anidado (es decir, la interpretación de los hallazgos no se realiza en un proceso de integración o triangulación desde las fases metodológicas, sino desde una discusión final una vez se desarrollaron todas las etapas).

Considerando las anteriores recomendaciones, a continuación, se describe cómo se realizó la recolección, el análisis y la integración de los datos en el proyecto, **siguiendo la estructura del diseño multifase**.

### 2.2.1 Población, muestra y recolección de datos

La población seleccionada para la presente investigación fueron las personas mayores de 60 años que cometieron suicidio en Colombia entre el 2009 y el 2013.

En cuanto a la muestra, se consideró el universo de la población para el segmento cuantitativo (Fases 1 y 2) y los casos representativos de la fase 1 que contaran con narrativas forenses y que aportaran a la comprensión de los hallazgos previos para el segmento cualitativo (Fase 3).

Con respecto a la recolección de datos, es importante aclarar que para este estudio el segmento cuantitativo estuvo compuesto por dos fases (Fase 1 y Fase 2), y el análisis de datos cualitativos correspondió a una única fase (Fase 3). Este diseño fue necesario considerando que, aunque la población era la misma (Personas Mayores que cometieron suicidio en Colombia entre el 2009 y el 2013), las fuentes de información utilizadas eran distintas en cada fase cuantitativa (Expedientes Periciales de Necropsia del INML y CF y Estadísticas Vitales del DANE), de acuerdo con las variables necesarias para el desarrollo de los objetivos específicos. Lo anterior se ilustra a continuación:

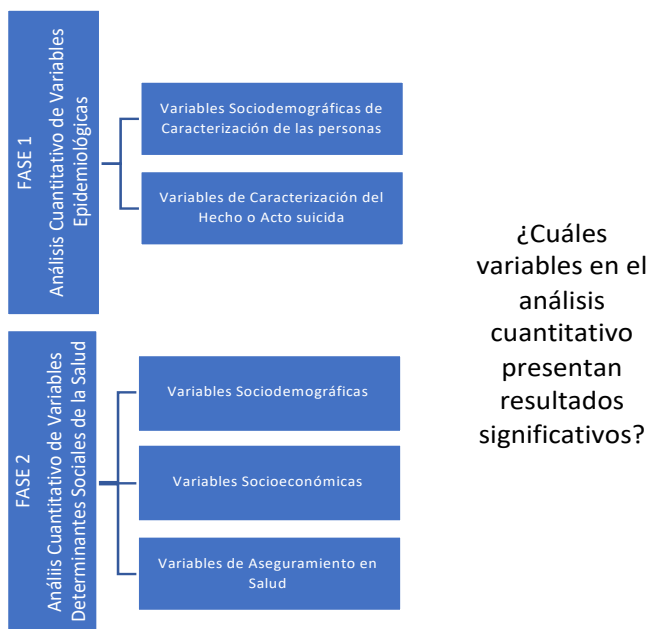
**Tabla 2-1:** Población, muestra, fuente y recolección de datos del estudio

	SEGMENTO CUANTITATIVO		SEGMENTO CUALITATIVO	INTERPRETACIÓN
	FASE 1	FASE 2	FASE 3	
<b>POBLACION</b>	Personas Mayores de 60 años que cometieron suicidio en Colombia entre el 2009 y el 2013			
<b>MUESTRA</b>	Universo (Totalidad de los casos)		Casos representativos	
<b>FUENTE</b>	Expedientes Periciales de Necropsia INML	Estadísticas Vitales DANE	Narrativas Expedientes Periciales de Necropsia INML	
<b>RECOLECCIÓN</b>	Variables Epidemiológicas	Variables Determinantes Sociales de la Salud	Categorías apriorísticas derivadas de Variables Fases 1 y 2	

Fuente: Elaboración Propia

Aunque no es una característica o requisito de los estudios multifase, para el diseño de este estudio los resultados del análisis de las variables de la fase cuantitativa determinaron las categorías apriorísticas del análisis de datos cualitativos de la fase 3. Para este caso particular, la decisión se basó en los hallazgos más significativos en términos estadísticos. Aquellos hallazgos que no fueron significativos o no aportaban al logro de los objetivos del proyecto, fueron descartados como categorías apriorísticas de análisis de los datos cualitativos de la fase 3:

**Figura 2-2:** Criterios de definición Categorías Fase 3 con Datos Cualitativos



Fuente: Elaboración Propia

## 2.2.2 Análisis e Interpretación de los datos

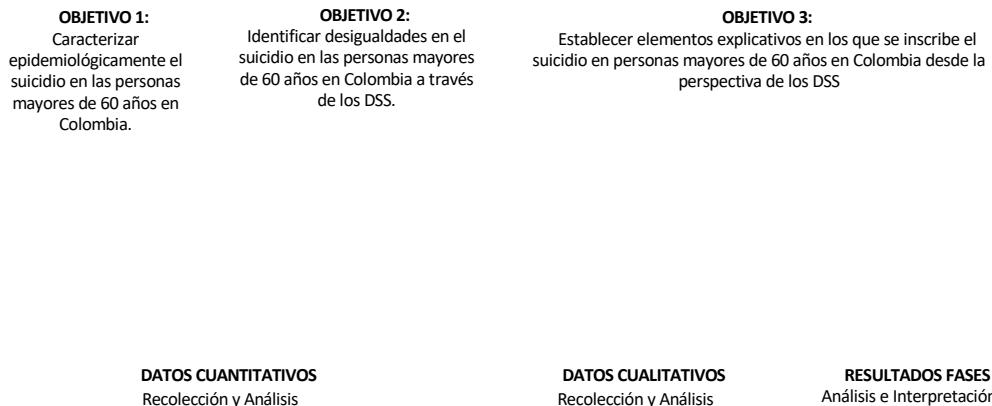
El análisis de datos en las metodologías multifase se desarrolla de manera independiente para cada una de las fases (Creswell, 2015; Creswell & Plano Clark, 2011). De esta manera los datos cuantitativos recolectados en las fases 1 y 2 se analizaron utilizando métodos de estadística descriptiva y los datos cualitativos de la fase 3 a través de un análisis inductivo mediante técnica de análisis de contenido. Según otros autores (Tashakkori et al., 2015; Teddlie et al., 2008) el análisis de datos de métodos mixtos consiste en técnicas analíticas aplicadas tanto a los datos cuantitativos y cualitativos como a la mezcla de las dos formas de datos de forma simultánea. Sin embargo, dadas las

limitaciones previamente propuestas, la fase 3 no se contempla como un estudio cualitativo en todo su rigor, sino que se limita al análisis de datos cualitativos que complementan el análisis cuantitativo previo con el propósito de buscar elementos explicativos al fenómeno. En este sentido, el análisis de las tres fases en esta investigación se concentró en el capítulo final de discusión.

Considerando que más adelante se hará énfasis en los aspectos metodológicos de cada una de las fases cuantitativas y cualitativa de manera independiente y específica, en este apartado únicamente se sintetiza la ruta metodológica a través de todas las fases y se indica cómo se llevó a cabo el análisis del método multifase.

Es importante señalar, que el diseño multifase seleccionado, así como el de cada una de sus fases o etapas, fue direccionado por las preguntas de investigación y los objetivos del estudio como lo recomiendan Onwuegbuzie & Leech (2006). Conocer el **cómo** del suicidio en personas mayores en Colombia (Caracterización), **las circunstancias** (Identificación de desigualdades) y el **por qué** de estos elementos (Elementos explicativos), se plasman en el diseño propuesto (Figura 2-3).

**Figura 2-3:** Diseño Multifase del Estudio



Fuente: Elaboración propia con base en la esquematización propuesta por Creswell (2011)

**Tabla 2-2: Síntesis Metodológica del Estudio**

	SEGMENTO CUANTITATIVO		INTEGRACIÓN	SEGMENTO CUALITATIVO
	FASE 1	FASE 1		FASE 3
<b>PREGUNTA</b>	¿Cómo se presenta el fenómeno del suicidio en las personas mayores de 60 años en Colombia?	¿Cuáles son las circunstancias de desigualdad en las que se presenta el fenómeno del suicidio en las personas mayores de 60 años en Colombia?		¿Cuáles son los elementos explicativos en los que se puede inscribir el suicidio en las personas mayores de 60 años en Colombia desde la perspectiva de los DSS?
<b>OBJETIVO</b>	Caracterizar epidemiológicamente el suicidio en las personas mayores de 60 años en Colombia.	Identificar desigualdades en el suicidio en las personas mayores de 60 años en Colombia a través de los DSS.		Establecer elementos explicativos en los que se inscribe el suicidio en personas mayores de 60 años en Colombia desde la perspectiva de los DSS
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Un estudio epidemiológico cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal de enfoque empírico analítico (Londoño Fernández, 2010), cuya población fue la totalidad de casos de suicidio en personas mayores de 60 años en el periodo comprendido entre 2009 y 2013	Un estudio transversal de asociación o Cross Sectional. (Londoño Fernández, 2010), en el cual el grupo con el desenlace correspondió a muertes por suicidio y el grupo sin desenlace a las muertes naturales, de personas mayores de 60 años fallecidas entre el 2009 y el 2013		Un análisis inductivo de datos cualitativos de los casos de la Fase 1 a través de técnica de análisis de contenido.
1. Captura de Datos	Los datos se capturaron a través de un instrumento de recolección de datos diseñado en Excel, empleando como fuente de información la base de datos de la División de Referencia de Información Pericial (DRIP del INML y CF)  La unidad de observación fueron los Informes Periciales de necropsia Médico Legal de las personas mayores de 60 años que cometieron suicidio en la Colombia desde 2009 hasta 2013.	Los datos se capturaron empleando como fuente de información los Microdatos de las defunciones en las Estadísticas Vitales del DANE de los años 2009 al 2013, los cuales se descargaron del Archivo Nacional de Datos de la Entidad.  La unidad de observación fueron los casos correspondientes a los Certificados de Defunción que nutrieron las EEVV del DANE, de personas mayores de 60 años cuya manera de muerte fue suicidio y muerte natural, en la Colombia desde 2009 hasta 2013.	<i>La recolección de los datos de la Fase I y la Fase III se realizó de manera simultánea al emplear la misma fuente de información, pero no porque corresponda a un segmento de interacción o responda a un diseño concurrente.</i>	Los datos se capturaron a través de un instrumento de recolección de datos diseñado en Excel, empleando como fuente de información la base de datos de la División de Referencia de Información Pericial (DRIP del INML y CF)  La unidad de observación fueron los Informes Periciales de necropsia Médico Legal de personas mayores de 60 años que cometieron suicidio en la Colombia desde 2009 hasta 2013.
2. Organización y clasificación de la Información	La información recopilada constituyó una base de datos en Excel, la cual fue depurada y recategorizada según los objetivos del estudio.  Las variables incluidas en el instrumento de recolección de datos fueron de tipo cuantitativo y se agruparon en: Datos de la Víctima, Datos del Hecho, Móviles del Hecho	Las bases de datos originales se descargaron en formato .dta, las cuales se fusionaron para todo el periodo, y depuraron manteniendo exclusivamente los casos (suicidios) y controles (muerte natural)  Las variables consideradas fueron de Indole Sociodemográfico (Sexo, Edad, Nivel Educativo, etc.)		Las narrativas forenses disponibles en las unidades de observación se transcribieron de manera individual en un archivo de excel, vinculándolas al caso de suicidio correspondiente, en el cual se mantuvieron las variables sociodemográficas principales, preservando el número de identificación del caso de la fase I
3. Procesamiento de la información	La información se almacenó en base de datos de Excel, y se procesó en el software Stata SE16	La información se almacenó en base de datos de Excel, y se procesó en el software Stata SE16		La información se almacenó en base de datos de Excel, y se procesó en el Software Nvivo 12
4. Análisis de la información	El análisis de la información se realizó mediante el cálculo de las principales medidas de frecuencia usadas en Epidemiología (razones, proporciones, tasas de mortalidad específicas, etc.).	El análisis de la información se realizó mediante un estudio transversal de prevalencias por medio del cálculo de los OR a través de regresión logística, empleando como comparador la categoría que la literatura reportaba como menor riesgo para suicidio.		Se realizó un análisis documental a través de análisis de contenido de las narrativas disponibles para cada caso, empleando como categorías apriorísticas las variables Sociodemográficas cuyos resultados fueron estadísticamente significativos en las fases I y II  El aislamiento de la información fue a través de codificación por categorías previamente definidas.
5. Resultados	Tasas y medidas de frecuencia que caracterizan el fenómeno en cuanto a las variables sociodemográficas, de mecanismo, de lugar y de tiempo.	Desigualdades identificadas a través de riesgos para cada DSS		Elementos Explicativos del Suicidio desde la Perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud
6. Interpretación	¿Cómo es la epidemiología del Suicidio en las Personas Mayores de 60 años en Colombia	¿Se identificaron desigualdades en los DSS de los suicidas mayores de 60 años a través del riesgo?	<i>La integración de los resultados de las fases cuantitativa y cualitativa se realizó en la etapa de Discusión de Resultados</i>	¿Pueden estos elementos explicativos mejorar la comprensión del fenómeno según los resultados de las otras fases?
7. Hallazgos	Caracterización	Asociación		Explicación

Fuente: Elaboración propia con base en la esquematización propuesta por Creswell (2011)

## **2.3 Fases del Proyecto**

En el marco del diseño multifase presentado previamente (Figura 2-3), se plantearon tres fases (dos para la etapa cuantitativa y una para la etapa cualitativa) que se exponen a continuación. Para cada una de ellas se explicará de manera específica el tipo de estudio; la población, muestra y los criterios de selección; las fuentes de información y los mecanismos de recolección, procesamiento, análisis e interpretación de datos.

### **2.3.1 Fase I**

A continuación, se describen los aspectos metodológicos de la fase I del proyecto de investigación, la cual hace parte del segmento cuantitativo del diseño multifase previamente expuesto.

#### **2.3.1.1 Tipo de estudio**

La fase I del proyecto consistió en un estudio cuantitativo con enfoque empírico-analítico, de tipo epidemiológico, descriptivo y transversal (Londoño-Fernández, 2010), cuyo objetivo era realizar una caracterización epidemiológica de los suicidios en personas mayores de 60 años en Colombia en el periodo 2009-2013.

#### **2.3.1.2 Población, muestra y criterios de selección**

La población seleccionada en la investigación, y por lo tanto para esta fase, fueron las personas mayores de 60 años que cometieron suicidio en Colombia en el periodo 2009-2013. No se realizó un muestreo sino que se seleccionó el universo, el cual correspondió a la totalidad de los casos que cumplieron los criterios de selección ( $n=1167$ ), es decir los casos, en la base de datos de la División de Referencia de Información Pericial (DRIP) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF) cuya manera de muerte fue suicidio, con edades iguales o mayores de 60 años, y que el acto suicida haya sido cometido entre 2009 y 2013 en el territorio colombiano (lo anterior considerando que el acto suicida y la fecha de muerte pueden ser distintos según la letalidad del método empleado).



El periodo de tiempo se seleccionó teniendo en cuenta varios criterios: La revisión a partir del 2009 se determinó debido a que en este año hubo un cambio en el sistema de registro e información del INML y CF, por lo que emplear casos previos a 2009 implicaría una estructura de las carpetas de los Expedientes Periciales de Necropsia y una presentación de variables disímil entre un periodo y otro. La revisión hasta el 2013 se decidió considerando que en las muertes violentas la determinación forense y/o judicial del tipo de muerte (Ej. Suicidio, homicidio o muerte accidental) puede durar hasta dos años, y fue precisamente en el 2015 cuando el proyecto se inscribió en la convocatoria del Instituto.

El proceso de revisión y aceptación del proyecto por parte del INML y CF se extendió por un año, impidiendo que la recolección de datos y trabajo de campo se llevara a cabo de inmediato y fue necesario esperar hasta el 2016 para realizarlo. Por la logística y trámites de autorización, para esa fecha no era viable ampliar el periodo de tiempo incluyendo años más recientes, ya que eso implicaba iniciar nuevamente los trámites administrativos y aplicar a una nueva convocatoria con el Instituto.

### **2.3.1.3 Fuente de Información y Recolección de Datos**

La fuente de información fue la base de datos y los archivos de la División de Referencia de Información Pericial (DRIP) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF), y la unidad de observación fueron las carpetas de los **Expedientes Periciales de Necropsia Médico Legal** de personas mayores de 60 años que cometieron suicidio en Colombia desde 2009 hasta 2013 con su contenido completo: Acta de Inspección Judicial del Cadáver y la Escena con sus anexos<sup>2</sup>, Informe Pericial de Necropsia Médico Legal y resultados de estudios complementarios.

Para la recolección de datos se elaboró un instrumento consistente en una tabla de Excel que se diseñó previamente con base en los objetivos del estudio, así como las variables utilizadas y disponibles en la base de datos de la DRIP y aquellas incluidas en los formatos que hacen parte de las carpetas de los Expedientes Periciales de Necropsia. La revisión de los formatos y la definición de las variables estuvo acompañada por el co-investigador

---

<sup>2</sup> Es importante mencionar que es en el acta de inspección judicial del cadáver y sus anexos donde se encuentran la mayoría de entrevistas a familiares que fueron empleadas en el análisis cualitativo de la fase 3.

del INML y CF<sup>3</sup>, quien fue el funcionario autorizado por dicha entidad para supervisar las actividades de recolección de datos en los archivos de las distintas regionales y seccionales.

La estructura inicial de las variables se realizó con base en la dispuesto en el Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres – SIRDEC<sup>4</sup>. Una vez definidas las variables, se realizó una prueba piloto del instrumento con 20 casos, con el propósito de verificar si el diseño del instrumento respondía a las necesidades para el logro del primer objetivo específico de la investigación y si la información a recopilar estaba disponible en las carpetas de los Expedientes Periciales de Necropsia.

Las variables se agruparon en: Datos de la Persona, Datos del Hecho y Móviles del Hecho, cuya descripción, operatividad y naturaleza se detalla en el Anexo A.

La recolección de los datos se realizó por parte de la investigadora directamente en los archivos donde reposaban las carpetas de los Expedientes Periciales de Necropsia. Considerando la reserva y custodia de la información, no era posible transportar o digitalizar el contenido de estas carpetas, por lo que la recolección de los datos tuvo que realizarse in situ, dando lectura a cada una de las 1167 carpetas que reposaban en 48 municipios pertenecientes a las 33 seccionales del Instituto. La viabilidad para el acceso a la información se garantizó mediante autorización por parte del Comité de Ética del INML y CF, como resultado de la inscripción del proyecto de la Fase I en la convocatoria interna que dicho instituto realiza anualmente. En el Anexo B se puede apreciar la aprobación del proyecto y el primer cronograma de viajes del trabajo de campo, el cual no incluye los casos de Bogotá, Cundinamarca, Arauca y Huila, debido a que estos no recibieron financiación y tuvieron que desarrollarse en un segundo momento con recursos propios de la investigadora.

Debido a la sensibilidad de los datos personales de los casos, a pesar de que la investigadora tuvo acceso directo a dicha información, se garantizó la custodia y reserva

---

<sup>3</sup> Dr. Nelson Ricardo Téllez Rodríguez, médico cirujano, especialista en patología y profesor asociado al Departamento de Patología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

<sup>4</sup> El uso del SIRDEC está restringido a personal autorizado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. <https://sirdec.medicinalegal.gov.co/sirdec/main/sistema.jsp>

de esta a través de un proceso de anonimización de los registros para su posterior procesamiento y análisis. La información no fue compartida ni almacenada en equipos ajenos al proceso de investigación.

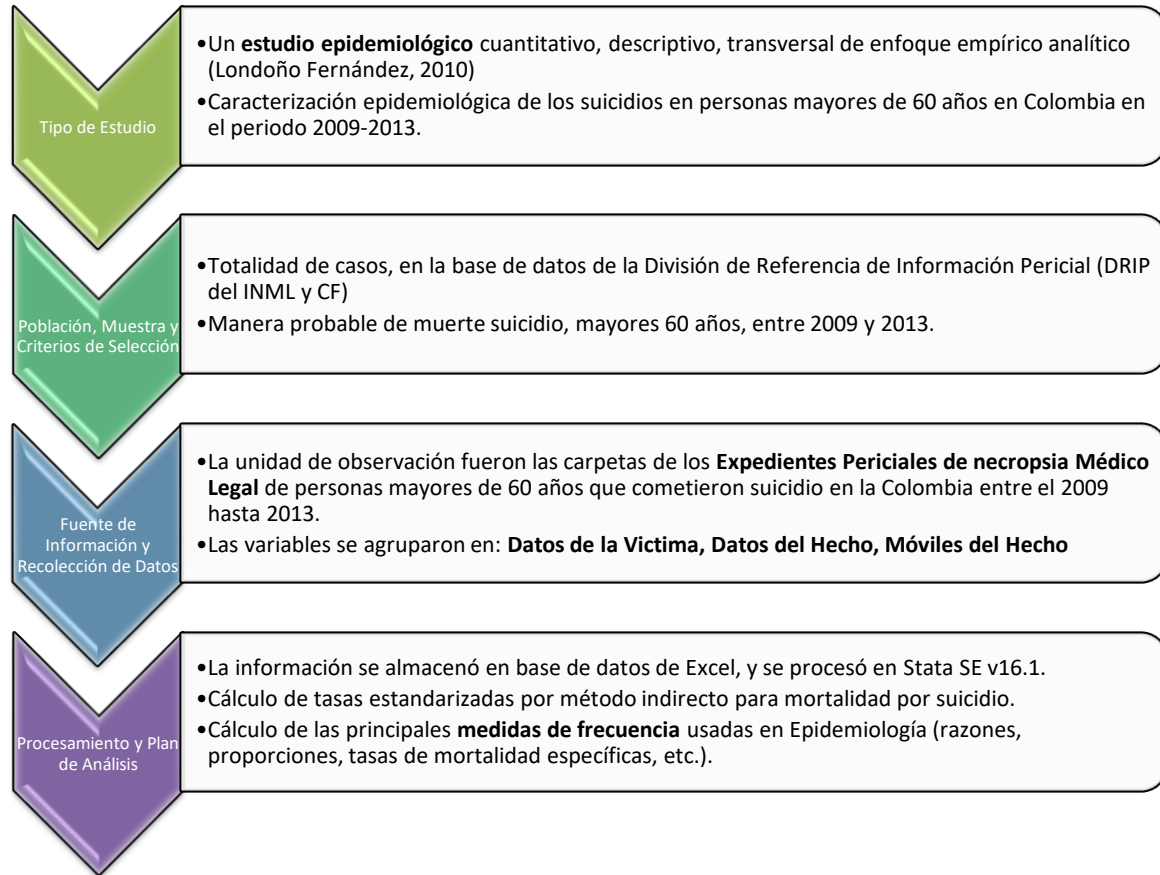
#### **2.3.1.4 Procesamiento y Plan de Análisis**

Una vez recopilados los datos en el instrumento de Excel, se procedió a depurar y recategorizar aquellas variables que presentaban originalmente categorías excesivas, o que eran susceptibles a tener errores de digitación. Las variables que mantuvieron su operatividad de manera igual a lo dispuesto en el SIRDEC, así como aquellas que fueron recategorizadas se especifican en el Anexo A.

Se realizó inicialmente el cálculo de las tasas de suicidio ajustadas por edad y sexo para cada uno de los departamentos de Colombia utilizando el método indirecto de estandarización (Colimon, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2002), empleando como población de referencia las tasas específicas de mortalidad para Colombia, estratificadas por las variables que se querían controlar: edad, sexo (masculino y femenino) y zona (urbano y rural). De igual manera se calcularon las tasas ajustadas para cada año del estudio y para los grupos quinquenales de edad.

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de frecuencias de las variables según su agrupación (datos de la persona, datos del hecho y móviles del hecho), las cuales se calcularon en proporciones y se expresaron en porcentajes. El análisis estadístico se realizó con el software Stata SE v16.1.

En la siguiente figura se resumen los aspectos metodológicos principales de la fase I:

**Figura 2-4:** Metodología Fase I de la Investigación

## 2.3.2 Fase II

A continuación, se describen los aspectos metodológicos de la fase II del proyecto de investigación, la cual hace parte del segmento cuantitativo del diseño de método mixto explicativo secuencial previamente expuesto.

### 2.3.2.1 Tipo de estudio

La fase II del proyecto consistió en un estudio cuantitativo con enfoque empírico-analítico, de tipo transversal de asociación, o también conocido como *Cross Sectional* (Londoño-Fernández, 2010), cuyo objetivo fue identificar desigualdades según las condiciones sociodemográficas y económicas a través de los determinantes sociales de la salud en las

personas mayores de 60 años que cometieron suicidio en Colombia entre el 2009 y el 2013.

### **2.3.2.2 Población, muestra y criterios de selección**

La población seleccionada en la investigación para esta fase, fueron las personas mayores de 60 años que cometieron suicidio (grupo con desenlace positivo) o que fallecieron de muerte natural (grupo con desenlace negativo) en Colombia en el periodo 2009-2013. Se incluyó el universo de fallecidos en el periodo de estudio, el cual correspondió a la totalidad de los casos que cumplieron los criterios de selección (casos-suicidio (n=1271) y controles-muerte natural (n=606.402)). Con respecto a los criterios de selección, se consideraron los registros de personas con edades iguales o mayores a 60 años, cuya manera de muerte figurara en las Estadísticas Vitales (EE.VV.) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- entre 2009 y 2013 como muerte violenta tipo suicidio o muerte no violenta tipo natural (independientemente de la patología asociada). No se realizó muestreo, sino que se tomó el universo de la población.

Se mantuvo el mismo periodo de tiempo seleccionado para la fase I (2009-2013), considerando la necesidad de mantener la misma población de estudio, aunque la información correspondiera a fuentes distintas.

### **2.3.2.3 Fuente de Información y Recolección de Datos**

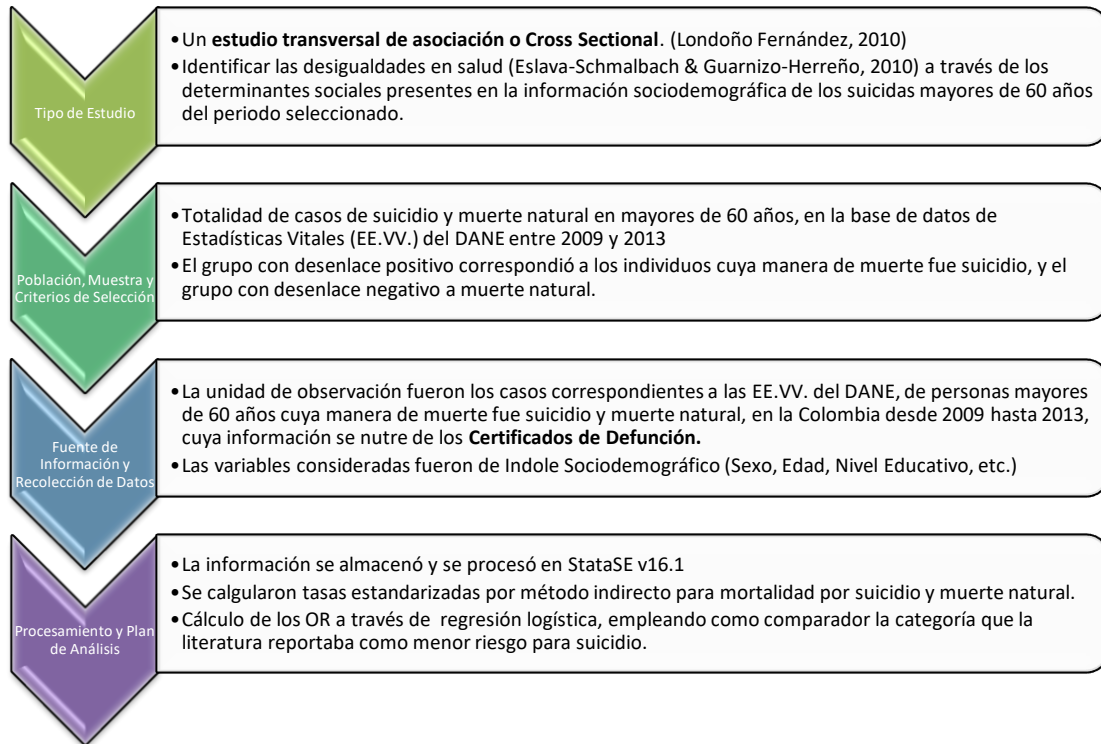
La fuente de información empleada fue la base de datos las EE.VV. del DANE y la unidad de observación fue cada uno de los registros individuales cuya información proviene de los certificados de defunción reportados por las autoridades e instituciones competentes.

La recolección de datos se realizó a través de la descarga directa de las EE.VV. para cada uno de los años del estudio, accediendo a los microdatos del Archivo Nacional de Datos del DANE. Las variables para el estudio se definieron considerando los objetivos e intereses de la investigación, según la información disponible en las bases de datos, y su relación con aspectos socioeconómicos o demográficos que aportaran a un análisis desde los Determinantes Sociales de la Salud. Se consideraron las variables: Edad, Sexo, Departamento y municipio de residencia, Zona de la residencia, Régimen de afiliación al SGSSS, Nivel Educativo, Estado Civil y Pertenencia Étnica. La descripción, operatividad y naturaleza de las variables para la fase II se detalla en el Anexo C.

#### **2.3.2.4 Procesamiento y Plan de Análisis**

Una vez obtenidas las bases de datos (formato .dta) de las EE.VV. para cada uno de los años (2009-2013), las mismas se fusionaron para todo el periodo de estudio del proyecto empleando el software StataSE v16.1. Se depuraron los datos, eliminando todos los registros de personas que fueran menores de 60 años o cuya manera de muerte no se registrara como muerte violenta tipo suicidio o muerte no violenta tipo natural -clasificación del tipo de muerte según el DANE-. Posteriormente se eliminaron las variables que no habían sido seleccionadas como de interés para el estudio.

Se llevaron a cabo dos tipos de análisis en la base definitiva: el cálculo de tasas estandarizadas, en el cual se realizó inicialmente el cálculo de las tasas de suicidio y muerte natural ajustadas por edad y sexo para cada uno de los departamentos de Colombia utilizando el método indirecto de estandarización (Colimon, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2002), empleando como población de referencia las tasas específicas de mortalidad para Colombia, estratificadas por las variables que se querían controlar: edad, sexo (masculino y femenino) y zona (urbano y rural); y un análisis de regresión logística que calculó la razón de odds (odds ratio, OR) para cada una de las variables, comparando el grupo de casos con desenlace positivo (suicidio) y el grupo con desenlace negativo (muerte natural), considerando al suicidio como el desenlace. Adicionalmente, para la regresión logística, fue necesario asignar un valor de cero (0) a la categoría comparadora, considerada como de menor riesgo para el suicidio según lo reportado por la literatura. Finalmente se realizó un análisis multivariado de regresión logística. El análisis se realizó con StataSE v16.1. En la siguiente figura se resumen los aspectos metodológicos principales de la fase II:

**Figura 2-5: Fase II de la Investigación**

### 2.3.3 Fase III

A continuación, se describen los aspectos metodológicos de la fase III del proyecto de investigación, la cual hace parte del segmento cualitativo del diseño de método mixto explicativo secuencial previamente expuesto.

#### 2.3.3.1 Perspectiva Metodología

La fase III de proyecto se circunscribe dentro de análisis inductivo de datos cualitativos a través de análisis de contenido. Por las limitaciones expuestas previamente, no se logró la viabilidad de desarrollar un estudio cualitativo en toda su rigurosidad tal como lo menciona Hernández Sampieri et al. (2014), pues el cambio intempestivo de diseño no permitía “comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto”, es decir, cómo los individuos o participantes perciben subjetivamente su realidad.

Para el caso del suicidio, dicha definición puede verse limitada por el hecho de que el participante (es decir, el suicida) ya no puede hablarnos de manera directa desde su perspectiva, en un ambiente natural y en relación con su contexto; sin embargo, haber contado con entrevistas a familiares hubiese sido deseable para lograr una investigación cualitativa en todo su rigor.

### **2.3.3.2 Diseño del estudio**

Considerando la gran variedad de diseños o tipologías de investigación cualitativa, es importante mencionar que, en lo referente al diseño del estudio, originalmente la fase cualitativa se planteó desde un estudio fenomenológico, que según Hernández Sampieri et al. (2014), al indagar la esencia de las experiencias que varias personas experimentan en común respecto a un fenómeno o proceso, podría ser de gran utilidad para obtener información de dichas experiencias en torno al fenómeno del suicidio a través de categorías que se presentan frecuentemente en estos casos y sus familias. Dicha propuesta se pensó desde la posibilidad de entrevistar a los familiares y allegados de las víctimas de las personas mayores de 60 años que habían cometido suicidio en Colombia, considerando las historias de vida de los suicidas como una manera de poderse acercar a la realidad (Arjona Garrido & Checa Olmos, 1998). Sin embargo, y muy a pesar de que tanto el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, como el comité de ética del INML y CF habían aprobado la ejecución del proyecto desde este diseño, la subdirección de Investigación del Instituto decidió, habiendo ya iniciado la ejecución del trabajo de campo, prohibir cualquier contacto con los familiares o allegados de los casos a estudiar.

En ese sentido, se hizo necesario reevaluar la metodología cualitativa a emplear en la Fase III, de tal manera que se pudiera desarrollar con las narrativas e información que estaban disponibles en las carpetas de los Expedientes Periciales de Necropsia de los casos de la Fase I. Dichas narrativas están compuestas principalmente por las entrevistas que la autoridad competente realiza a los familiares sobre los móviles y las circunstancias en que se desarrolla el suicidio, así como otros aspectos de contexto que pueden ser útiles para comprender los hechos, determinantes y factores que pudieron predisponer o detonar la toma de decisión suicida (condiciones socioeconómicas, de salud y judiciales de la víctima, entre otras) (Urrego Mendoza et al., 2017) y que tienen un gran valor académico y judicial



para la validez de las conclusiones efectuadas para un caso (Arce, 2017). Adicionalmente la carpeta del Expediente Pericial de Necropsia contiene otras narrativas suministradas por el patólogo a cargo y otras autoridades forenses, que desde la perspectiva de la Antropología Forense (Horenstein B., 2008) y el Derecho (Hoces Lomba et al., 2019; Muñoz Sabaté, 2005) proveen con un lenguaje característico del ámbito judicial, información valiosa resultante de la experiencia y pericia de estos profesionales para determinar las circunstancias y móviles del hecho. Este informe se constituye en un dato complementario que **sugiere elementos explicativos** relacionados con el suicidio. Considerando el lenguaje y características de esta información, a estas narrativas contenidas se les denominó **narrativas forenses**.

Considerando entonces el insumo disponible para desarrollar la fase III (cualitativa) del estudio, *se propuso un análisis inductivo de las narrativas forenses disponibles en las carpetas de los casos de la fase I, a través de la técnica de análisis de contenido basado en un diseño narrativo*, que permite emplear historias y documentos relacionados a la historia de vida del individuo, sin que necesariamente él sea quien las comunique (Hernández Sampieri et al., 2014; Mertens, 2014).

### **2.3.3.3 Población, muestra y criterios de selección**

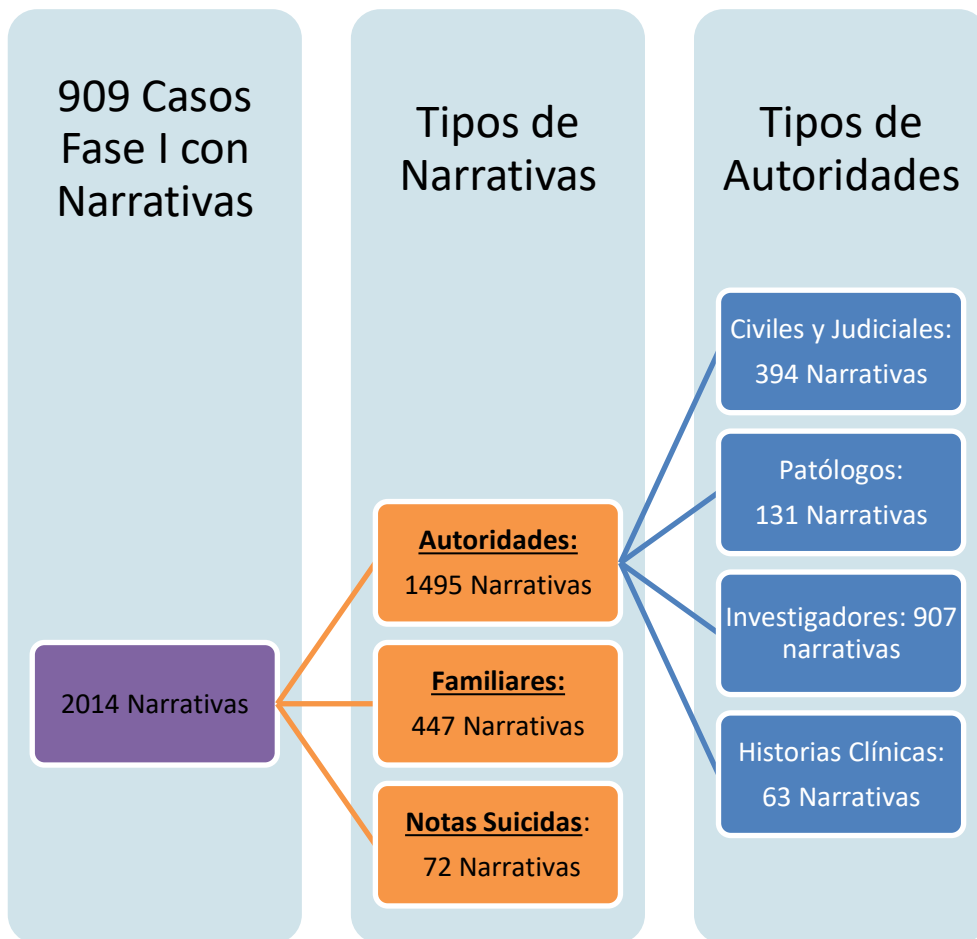
La población seleccionada para la totalidad del estudio, y por lo tanto para esta fase, fueron las personas mayores de 60 años que cometieron suicidio en Colombia entre el 2009 y el 2013.

En cuanto a la muestra, y tal como se mencionó previamente, dado a que el propósito de la fase cualitativa era surtir de elementos explicativos que favorecieran la comprensión de los resultados o predictores más significativos de la fase cuantitativa (Figura 2), era necesario que los participantes o casos de la fase cualitativa hubiesen sido parte de la fase cuantitativa y que la información que suministraran fuera suficiente para desarrollar temas significativos. De acuerdo con lo anterior, se consideraron la totalidad de casos de la Fase I (n=1167) cuyas carpetas de los Expedientes Periciales de Necropsia contaran con narrativas forenses que aportaran a la comprensión de los hallazgos significativos de la fase cuantitativa (909 Expedientes tenían narrativas disponibles)

### 2.3.3.4 Fuente de Información y Recolección de Datos

La fuente de información de la Fase III, fueron los casos de suicidio reportados en la base de datos de la División de Referencia de Información Pericial (DRIP) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF) y la unidad de observación las carpetas de los Expedientes Periciales de Necropsia correspondientes a los casos de suicidio estudiados en la fase I que contenían narrativas forenses. De los 1167 casos de la fase I, 909 carpetas contaban con una o más narrativas (2014 narrativas en total), las cuales se distribuían de la siguiente manera:

**Figura 2-6.** Número y tipos de narrativas incorporadas en el análisis de la Fase III



Fuente: Elaboración Propia

La recolección de los datos se basó en la técnica de análisis documental (Hernández Sampieri et al., 2014; Tolley et al., 2016), y se realizó por parte de la investigadora directamente en los archivos donde reposaban las carpetas de los Expedientes Periciales de Necropsia, de manera simultánea con la recolección de datos de la Fase I, la cual ya se explicó previamente. Esto implicó realizar la transcripción de las narrativas forenses disponibles en todos los casos, dando lectura a cada una de las 1167 carpetas que reposaban en 48 municipios pertenecientes a las 33 seccionales del Instituto. Tal como se explicó en la Fase I, la viabilidad para el acceso a la información se garantizó mediante autorización por parte del comité de ética del INML y CF, y en el Anexo B se puede apreciar todos los soportes de la aprobación del proyecto y el primer cronograma de viajes del trabajo de campo.

Las narrativas forenses se transcribieron en casillas adicionales al instrumento de recolección de la Fase I, con el propósito de asociar cada una de ellas al mismo número de caso asignado a los 1167 individuos, y de esta manera mantener vinculadas las variables cuantitativas y las narrativas de cada uno de los casos.

### **2.3.3.5 Procesamiento y Plan de Análisis**

La técnica de análisis empleada fue el análisis de contenido, que es una de las más empleadas para el análisis de datos textuales, a través de un sistema de códigos y categorías (Padgett, 2012; Saldaña, 2013; Tolley et al., 2016). La utilidad del análisis de contenido para el presente proyecto es que, considerando la gran cantidad de unidades de texto disponibles, favorece su aislamiento y codificación, organizándolas y agrupándolas de acuerdo con las dimensiones y categorías definidas según el diseño multifase explicado inicialmente. De esta manera se simplifica la focalización e interpretación de la información recogida, con el propósito de obtener los elementos más relevantes para el análisis e interpretación.

Para la organización de los datos, la información se almacenó en archivos de Excel vinculados a todos y cada uno de los 1167 casos utilizados en la fase I, de manera anonimizada. Este archivo se depuró, dejando únicamente las variables sociodemográficas y del hecho principales (sexo, edad, fecha y mecanismo del suicidio, motivación del suicidio, zona, municipio y departamento de residencia) de tal manera que se incluyeran como los atributos del caso, junto con las narrativas de cada uno de ellos.

El archivo fue incluido en el software NVivo v.12.6.1, en el cual se llevó a cabo todo el proceso de organización, categorización, precodificación codificación y análisis tal como se explica a continuación:

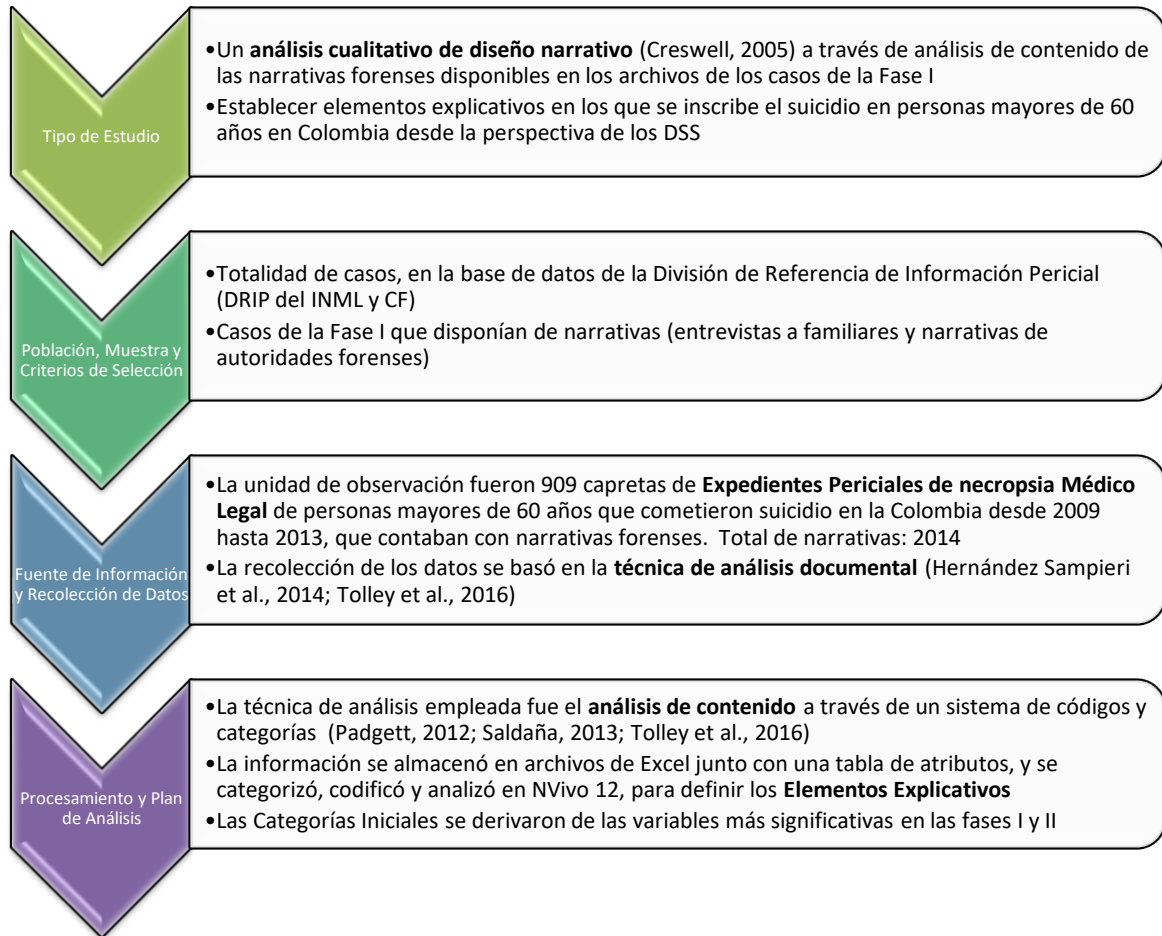
Inicialmente se definieron unas categorías de análisis apriorísticas derivadas de las variables Sociodemográficas o DSS cuyos resultados fueron significativos en las fases 1 y 2 del estudio, proceso de codificación característico de algunos métodos mixtos (Hamui-Sutton, 2013; Saldaña, 2013) que se diferencia de otras metodologías más tradicionales, como la teoría fundamentada, en la que en el procedimiento de interpretación de datos parte de la codificación para la categorización, distinguiendo tres procesos: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva (Cantero, 2014).

Aunque en el presente estudio no se realiza codificación abierta para la definición de categorías, pues se parte de un ejercicio deductivo resultante de la fase cuantitativa y el diseño no corresponde a la Teoría Fundamentada, si se mantiene un proceso de codificación inicial que segmenta las narrativas según las categorías apriorísticas definidas. Esto también se conoce por otros autores como generación de lista de codificación tipo ETIC (Corona & Maldonado, 2018; Given, 2012), en la cual la codificación gira en torno a preguntas de investigación predeterminadas. La información necesaria para responder a la pregunta de investigación es la fuerza guía detrás de la selección de código, cuyo listado es previamente definido por los investigadores.

Una vez realizada la codificación inicial, se procedió a dar lectura interpretativa de cada categoría y relacional entre las categorías, con el propósito de determinar las jerarquías de estas e identificar elementos explicativos del suicidio (que es el objetivo específico que orienta la fase III del proyecto).

En la siguiente figura se resumen los aspectos metodológicos principales de la fase III:

Figura 2-7: Fase III de la Investigación



## 2.4 Consideraciones Éticas

Las fuentes de información empleadas para cumplir con los objetivos de la tesis consistieron en bases de datos y archivos que incorporan datos cuantitativos y cualitativos de índole institucional referente a cada caso de suicidio en adultos mayores en el periodo de estudio. Si bien esto puede contener datos sensibles de identificación personal, se emplearon metodologías de investigación, y técnicas de recolección y análisis de datos de índole documental con carácter retrospectivo, asegurando la anonimización de los registros, por lo que no se recurrió a ningún tipo de intervención o contacto personal con los familiares de los individuos incluidos en el estudio. En este sentido, al no existir

contacto personal ni afectación o modificación de variables biológicas, psicológicas, fisiológicas o sociales de los casos del estudio o sus allegados, esta investigación se define como **sin riesgo**, según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia<sup>5</sup>.

En el procesamiento y custodia de la información, prevaleció el criterio del respeto a la dignidad de las víctimas por suicidio y la protección de sus derechos y la de sus familias, por lo que se firmaron y respetaron acuerdos de confidencialidad entre la Universidad Nacional y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INML y CF, en el cual la recolección, procesamiento y análisis de la información únicamente se llevaría a cabo por parte de la investigadora principal, con el apoyo metodológico o logístico de los tutores institucionales.

El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, y adicionalmente por el comité de ética del INML y CF para el desarrollo de la fase I, en la cual se contó con supervisores asignados por cada institución para su ejecución, cuyas cláusulas de cumplimiento quedaron incluidas en un acuerdo interinstitucional.

Como parte de los compromisos institucionales, se suministraron copia de las bases de datos recolectadas en la fase I al INML y CF y se presentó un producto de investigación que evidenciara la utilidad del estudio en la comprensión y prevención del fenómeno del suicidio en la población adulta mayor.

El uso de las bases de datos de Estadísticas Vitales del DANE no requirió autorización institucional, ya que estas son de consulta pública y se suministran de manera anonimizada. En todo caso, se mantuvieron los principios científicos y éticos en el uso de la información.

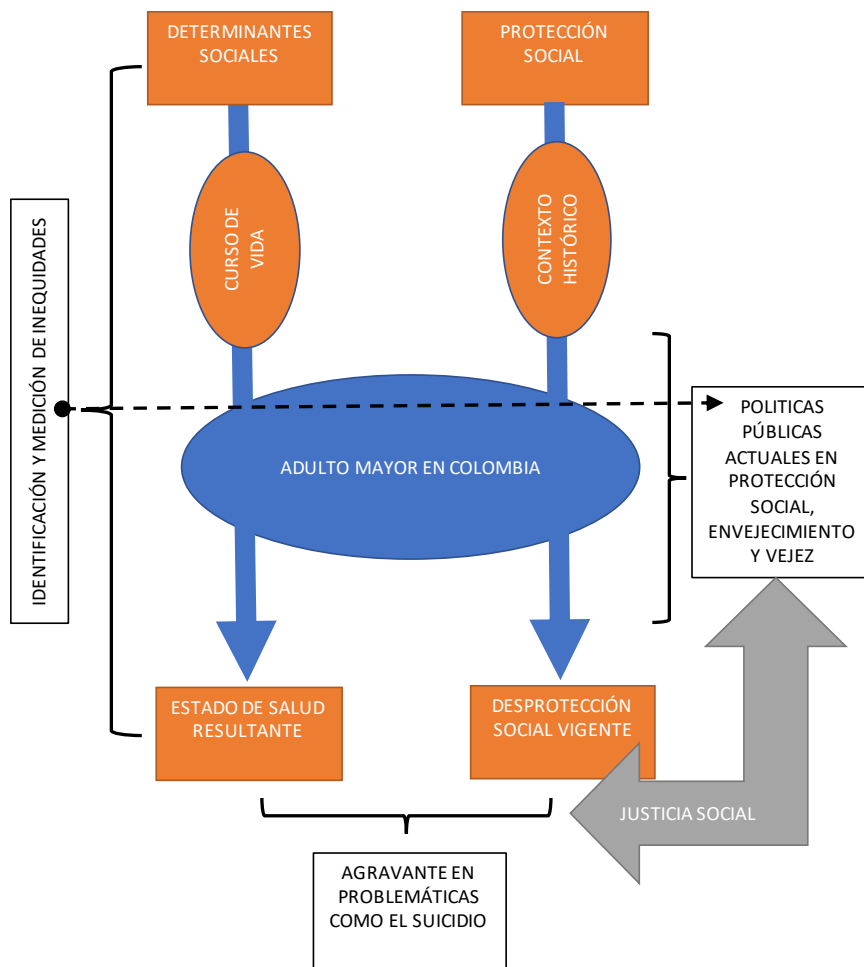
---

<sup>5</sup> Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

# 3 Marco Conceptual

## 3.1 Introducción

Figura 3-1: Marco Conceptual de la Investigación



Fuente: Elaboración Propia

Las temáticas seleccionadas para desarrollar el marco conceptual de esta investigación (Figura 8) se sustentan en el hecho de que los **Determinantes Sociales de la Salud** son un lente de aproximación para identificar las **inequidades** existentes en las poblaciones con miras a la búsqueda de una mayor **equidad y justicia social** sobre la base de políticas sociales redistributivas.

La situación actual de las **personas mayores en Colombia** es la resultante tanto de la influencia de los **Determinantes Sociales de la Salud** en su curso de vida, como de la afectación de las **políticas públicas** relacionadas con la **Protección Social** desde sus procesos históricos, y en torno al **envejecimiento y la vejez** para las políticas vigentes. Este contexto actual de desprotección social de las personas mayores genera inequidades y trae como consecuencias el recrudecimiento de problemáticas y fenómenos importantes en este grupo etario, como lo es el **suicidio**, al que tradicionalmente se le ha atribuido una connotación de responsabilidad personal basada en los factores de riesgo de los individuos, sin tener en cuenta las posibles inequidades sociales subyacentes.

Teniendo en cuenta lo anterior, se desarrollan a continuación los cuatro ejes conceptuales desde los que se ubica la presente investigación: Equidad en Salud y Justicia Social, los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como modelo de aproximación para la identificación de inequidades, Envejecimiento, Vejez y Persona Mayor, y La Protección Social en la Vejez en Colombia.

## **3.2 Equidad en Salud y Justicia Social**

Si bien a través de la historia de la salud pública han existido varios momentos en que se han reconocido las condiciones de desigualdad social como agravantes de las situación de salud de los grupos poblacionales más vulnerables (Braveman et al., 2011; Rosen, 1993), el término “equidad en salud” es relativamente reciente en los ámbitos políticos, académicos y gubernamentales (Eslava-Schmalbach & Buitrago, 2010; López-Pardo, 2007).



La primera gran aproximación de relevancia en el ámbito de la salud y políticas públicas surge en el contexto del acuerdo llevado a cabo en 1980 por los 32 Estados pertenecientes a la regional europea de la Organización Mundial de la Salud, en relación con la adopción de políticas públicas en salud comunes al marco europeo. Allí se acordaron 38 objetivos regionales para el año 2000, de los cuales el primero era concerniente con la disminución de brechas en las condiciones de salud de los países y grupos poblacionales a través de la mejora del estado de salud de los más desfavorecidos. Los restantes 37 objetivos, por lo tanto, subyacían sobre este mismo principio (Whitehead, 1992).

El impulso de esta iniciativa basada en las desigualdades, si bien tuvo su impacto primario en Europa, fue permeando paulatinamente los objetivos y metas en salud pública en otras regiones a nivel mundial como consecuencia de la influencia de la Organización Mundial de la Salud en varios países. En medio de este proceso empieza a surgir la necesidad de conceptualizar la “Inequidad en Salud”, y aunque se reportan varios aportes de distintos autores, ninguno logró tener tanta influencia como la definición acuñada por Margaret Whitehead (1992) en el texto *The concepts and principles of equity in health*, quien afirma que las inequidades en salud son todas “*aquellas diferencias en salud innecesarias, evitables y además incorrectas e injustas*”

Aunque el término propuesto por Whitehead (1992) fue útil en dicho momento para promover el cumplimiento de los objetivos pactados y estimular las discusiones acaecidas en ese entonces, poco a poco fue surgiendo la necesidad de conceptualizar la equidad en salud de una manera más rigurosa, para dar respuesta no sólo a las necesidades prácticas de medición y asignación de recursos en términos de programas de salud en el contexto político, sino adicionalmente para poder enriquecer el debate entre los investigadores de la Organización Mundial de la Salud y las Instituciones Académicas (Braveman, 2003), que surgieron, entre otras cosas, a raíz de las dificultades presentadas por varios países para dar cumplimiento a los objetivos en salud que se habían propuesto para el año 2000.

En este punto, vale la pena resaltar el aporte realizado por Paula Braveman (2003) quien propone que, para fines de operacionalización y medición, la Equidad en Salud se puede definir como la “*Ausencia de disparidades sistemáticas en salud (o en los determinantes sociales estructurales) entre grupos sociales que poseen diferentes niveles de ventajas/desventajas subyacentes (es decir diferentes posiciones sociales dentro de una jerarquía)*”.

Para Braveman las inequidades en salud posicionan sistemáticamente a los grupos que de hecho ya poseen desventajas sociales (como por ejemplo ser pobre, mujer, pertenecer a un determinado grupo racial, etc.) en desventajas adicionales con respecto a su salud. Este concepto evidencia con mayor claridad la relación de la Equidad en Salud con la Justicia Social y con los Determinantes Sociales en Salud (Braveman, 2006), y propone una distinción con los conceptos de Desigualdades en Salud e Inequidades en Salud. La OPS nos aclara en detalle la diferencia básica de estos dos conceptos:

*El concepto de inequidad se ha considerado sinónimo del concepto de desigualdad. Es fundamental diferenciar estos dos conceptos. Mientras desigualdad implica diferencia entre individuos o grupos de población, inequidad representa la calificación de esta diferencia como injusta. No todas las desigualdades son injustas, aunque toda inequidad implica una desigualdad injusta. La definición de justo e injusto es susceptible de diversas interpretaciones. Una de las interpretaciones de «justo» más aceptadas en el área de la salud, es la relacionada a la igualdad de oportunidades de los individuos y grupos sociales, en términos de acceso y utilización de servicios de salud, de acuerdo a las necesidades existentes en los diversos grupos poblacionales, independiente de su capacidad de pago (Organización Panamericana de la Salud, 1999).*

Retomando la idea de desventajas sociales que menciona Braveman (2003) en su definición de Equidad en Salud, es importante identificar la relación existente entre ésta última y la Justicia Social, entendida como un principio ético de distribución de bienestar y trato justo hacia los ciudadanos (Sen, 1982; Rawls, 1993; Dworkin, 2000).

Amartya Sen, por ejemplo, afirma dentro de su postura que *“en cualquier discusión sobre equidad y justicia social, la Enfermedad y la Salud deben figurar como una preocupación mayor”* asegurando que la Equidad en Salud debe ser un aspecto central dentro de la justicia en los asuntos sociales en general (Sen, 2002, p. 659; citado por Venkatapuram, 2011).

Sin el ánimo de ahondar en la discusión de los modelos y teorías del proceso Salud-Enfermedad, en términos generales la mayoría de posturas actuales frente a la salud humana, su bienestar y su longevidad se basan en la interacción de los aspectos biológicos

y genéticos de los individuos con la cobertura de sus necesidades físicas y emocionales a lo largo de la vida; los comportamientos individuales y sus decisiones en cuanto a estilo de vida; y la influencia externa de las condiciones medioambientales y sociales. En este sentido es lógico pensar, que todos estos determinantes que influyen en la salud de un individuo o grupo poblacional, se encuentren inmersos dentro de las dinámicas de una sociedad, y sean altamente influenciados por las políticas públicas (sociales y en salud) existentes (Venkatapuram, 2011).

Por otra parte, se ha documentado que los recientes procesos de globalización económica han favorecido el aumento de las inequidades en salud, como consecuencia de las transformaciones en las relaciones económicas y políticas entre los países más ricos y los más pobres. Este aspecto es de vital importancia para la Salud Pública de hoy, ya que el debate trasciende de la Justicia Social hacia lo que se ha denominado Justicia Global, y se hace evidente la necesidad de manejar las desigualdades en salud, para lo cual en la región de las Américas se han identificado principalmente dos enfoques: el de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, y el enfoque de la determinación social de la salud de la Medicina Social Latinoamericana (Orozco, 2013). Para los objetivos de este proyecto y la metodología seleccionada se contemplará la postura de los Determinantes Sociales de la Salud.

### **3.2.1 Determinantes Sociales de la Salud**

Aunque el impacto de las carencias materiales sobre la salud de las personas se ha reconocido durante siglos, el reconocimiento desde las instituciones gubernamentales y la comunidad académica de que las condiciones de pobreza afectan negativamente la salud de individuos y poblaciones es un evento relativamente reciente a los últimos 30 años. Reflejo de esto es el incremento notorio en la literatura científica al respecto durante las últimas décadas, así como el esfuerzo desde distintos ámbitos no sólo para identificar aquellos aspectos socioeconómicos que influyen en la salud, sino además por comprender cómo son sus dinámicas en miras a tomar acciones que mejoren la salud de los más desfavorecidos a través de la mejora en sus condiciones sociales (Braveman et al., 2011).

Según Braveman et al. (2011) el término Determinantes Sociales de la Salud (DSS) “se utiliza a menudo para referirse ampliamente a cualquier factor no médico que influya en la salud, incluidos los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos relacionados

*con la salud*”, sin embargo su discusión conceptual es mucho más profunda, e incluye la clasificación de dichos determinantes según el nivel de proximidad con la persona, con las vías de causalidad, o el nivel de influencia en la salud. En el contexto académico, el abordaje de los DSS se ha posicionado de manera importante no sólo para explicar las diferenciales que existen entre las diversas comunidades con relación a las condiciones de vida, salud y bienestar, sino también para proponer políticas públicas y estrategias de intervención (Mejía, 2013).

En varios encuentros mundiales como la conferencia de Alma Ata en 1978, o la conferencia de Ottawa en 1986 se afirmó que para alcanzar adecuadas condiciones de salud y bienestar integral, los individuos y poblaciones deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente; así como se consideró a la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, la justicia social, la equidad, un ecosistema estable y la paz, como requisitos y determinantes fundamentales para proteger la salud y llevar una vida digna. Sin embargo, sólo hasta conferencias posteriores como la de Yakarta en 1997 o la de México en el 2000 se establecieron necesidades conceptuales y derroteros más concretos que a través del liderazgo de la Organización Mundial de la Salud, junto con la participación de académicos como Marmot, Wilkinson y Whithead, entre otros, cuyos aportes se vieron reflejados en la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en el 2005 (Mejía, 2013).

De esta manera, y teniendo en cuenta el protagonismo de la OMS dentro de la evolución conceptual de los DSS, y su influencia en los procesos académicos y de políticas públicas relacionados con la prevención de las inequidades en salud, vale la pena retomar la definición establecida por el CDSS:

*“Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”* (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Esta definición se basa en dos pilares principales: el concepto del poder social como elemento fundamental de la dinámica de la estratificación social, y el modelo de la producción social de la enfermedad, concebido por Diderichsen y colaboradores (Diderichsen et al., 2011).

La posición de una persona en la sociedad tiene su origen en diversas circunstancias que la afectan, como los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales. Las inequidades en la salud pueden aparecer cuando estos sistemas dan lugar a *“una distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad”* La estratificación social determina las inequidades en la salud mediante: a) la exposición diferencial a los riesgos para la salud, b) las vulnerabilidades diferenciales en cuanto a condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales, y c) las consecuencias diferenciales —económicas, sociales y sanitarias— de la mala salud para los grupos y los individuos en una posición de mayor o menor ventaja (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

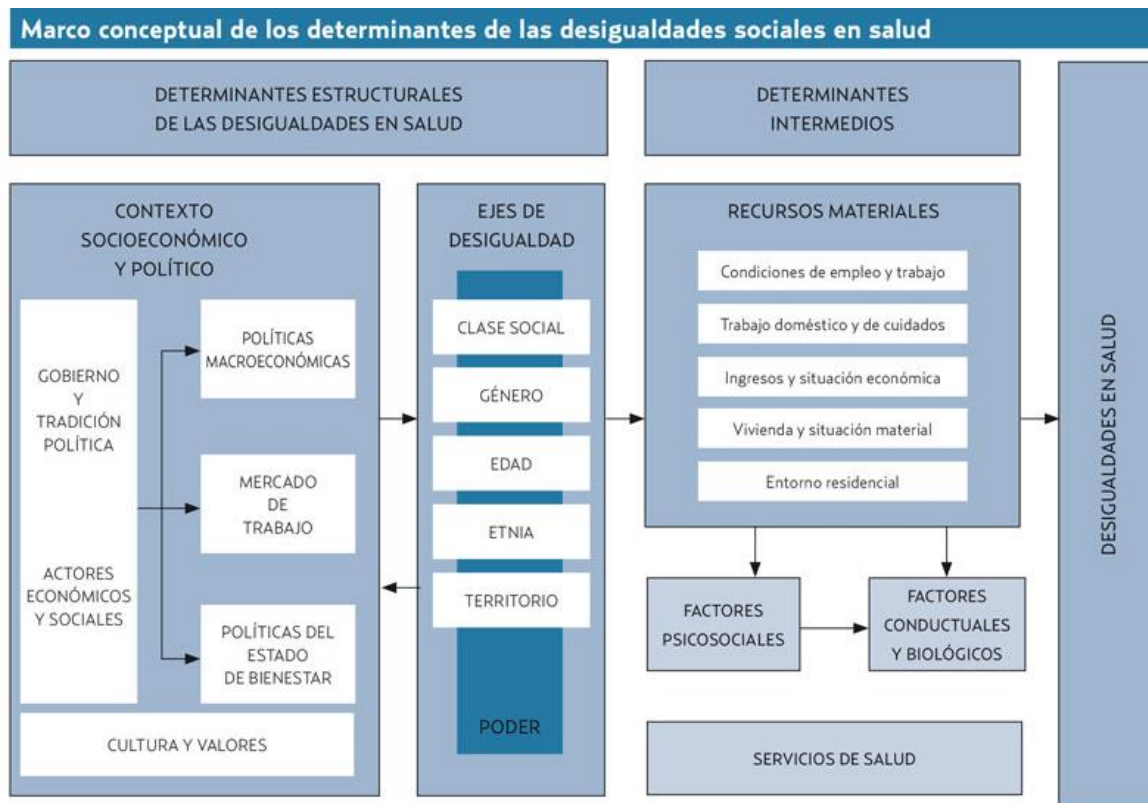
Según el nivel de complejidad, tipo de relaciones e interacciones con los individuos y las poblaciones, vías que generan inequidades en salud, influencia de las políticas públicas y de las decisiones individuales, los DSS se han identificado como estructurales e intermedios.

Los determinantes estructurales incluyen el contexto, los mecanismos estructurales y la posición socioeconómica resultante de los individuos. El contexto socioeconómico y político se considera como la base de los determinantes estructurales, que son aquellos que generan la estratificación social. Dicho contexto incluye todos los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen jerarquías sociales, entre ellos: el mercado de trabajo; el sistema educativo instituciones políticas y otros valores culturales y sociales. Los denominados ejes de desigualdad o estratificadores sociales, son esos mecanismos estructurales que interrelacionan el contexto con la posición socioeconómica de las personas y la definen desde la perspectiva de clase social, jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Los determinantes estructurales se arraigan en las instituciones y políticas pertenecientes al contexto y no tanto a las condiciones individuales. Los estratificadores estructurales más importantes y sus indicadores proxy incluyen: Ingresos, Educación, Ocupación, Clase social, Género, Raza/etnia. (World Health Organization, 2010a). (Figuras 9 y 10).

Los determinantes intermedios incluyen un conjunto de elementos y circunstancias a nivel individual, relacionados con los comportamientos en salud y los factores biológicos y

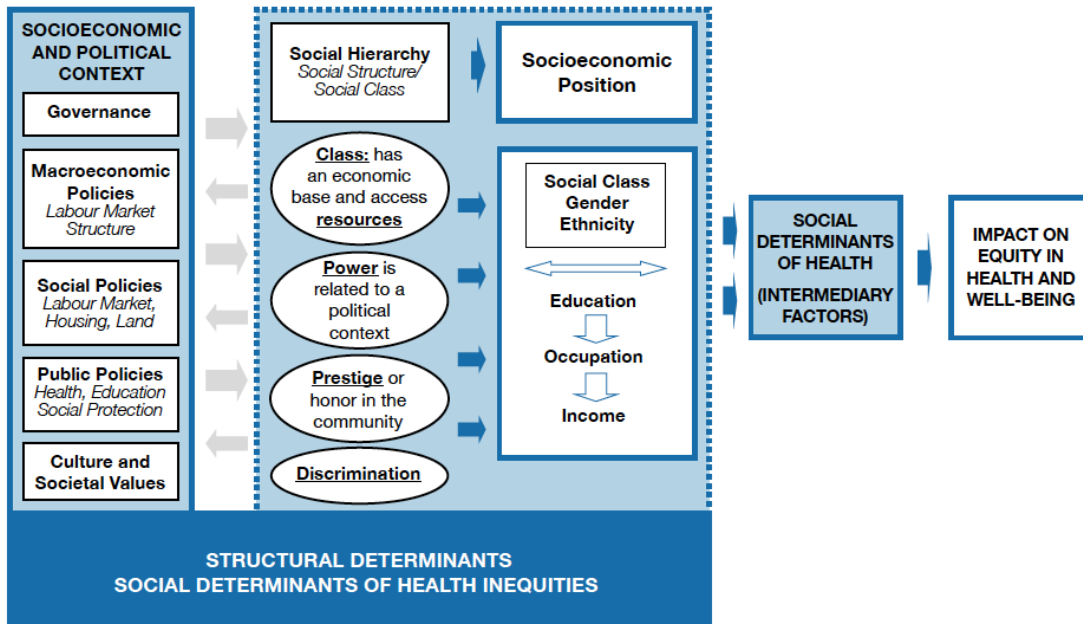
fisiológicos. Si bien operan y se relacionan directamente con el individuo, se encuentran configurados por la estratificación social subyacente, la cual (como ya se mencionó previamente) define ejes de desigualdad que generan las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad de las condiciones que definen la salud. Las principales categorías de determinantes intermediarios de la salud son: circunstancias materiales; circunstancias psicosociales; comportamiento y/o factores biológicos; y el propio sistema de salud como determinante social (World Health Organization, 2010a). (Figuras 3-2 y 3-3).

**Figura 3-2:** Marco Conceptual Determinantes de las Desigualdades Sociales en Salud - OMS



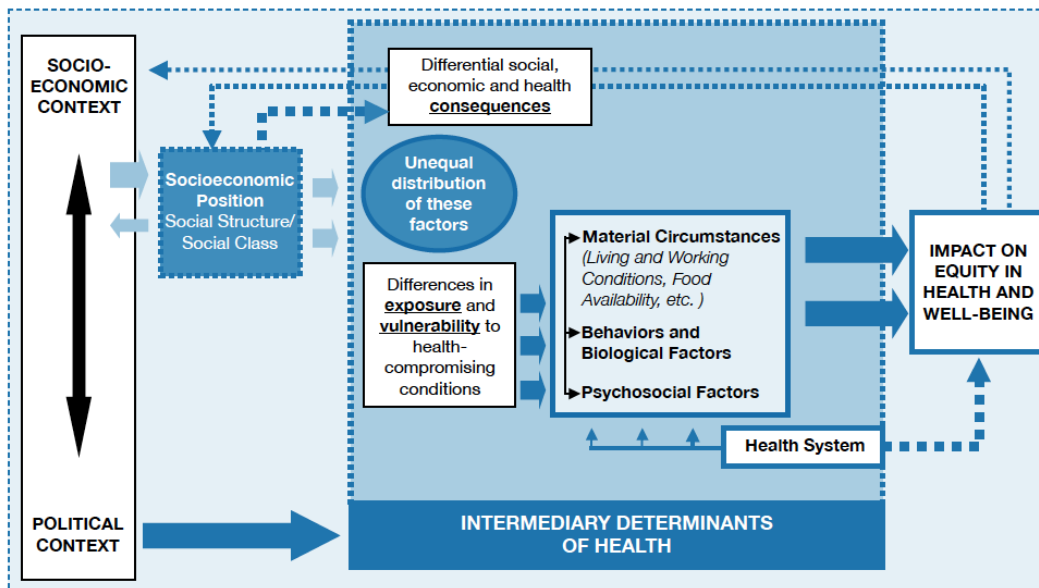
Fuente: Determinantes e Inequidades en Salud. OPS, 2012

**Figura 3-3:** Determinantes Estructurales: Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud



Fuente: A Conceptual Framework for Action on The Social Determinants of Health. OMS, 2010

**Figura 3-4:** Determinantes Intermedios: Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud



Fuente: A Conceptual Framework for Action on The Social Determinants of Health. OMS, 2010

El modelo propuesto por la CDSS presenta una estructura centrada en los determinantes estructurales e intermedios, y su relación con los ejes de desigualdad que desencadenan las desigualdades e inequidades en salud. Sin embargo, actualmente se identifican por lo menos diez modelos explicativos que han surgido de la necesidad de aplicar el análisis de los factores económicos y psicosociales que impactan la salud a los contextos político, económico, social y de bienestar de cada uno de los países (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015):

- Modelo de análisis de campos de la salud (Lalonde, M., 1986).
- Modelo socio-económico (Dahlgren y Whitehead, 1991).
- Modelo de Diderichsen y Hallqvist (1998), posteriormente adaptado por Diderichsen, Evans y Whitehead (2001).
- Modelo explicativo de la selección y las relaciones de causalidad (Mackenbach, 1994).
- Modelo del paradigma eco-epidemiológico o modelo multinivel de los DSS (Marvyn Susser y Ezra Susser, 1996).
- Modelo de inequidades a lo largo del ciclo de vida (Marmot y Wilkinson, 1999)

Considerando la influencia que tiene el modelo de DSS propuesto por la CDSS en la elaboración de políticas públicas en salud en Colombia, como por ejemplo el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ley 1438 de 2011) y el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia. Pacto por la Equidad” (Ley 1955 de 2019), se adoptará este modelo para la perspectiva de análisis de esta investigación.

### **3.2.2 Determinantes Sociales de la Salud Mental**

Aunque tradicionalmente el modelo de los DSS junto con su marco conceptual se ha venido desarrollando de manera intersectorial entre la academia y los tomadores de decisiones, históricamente los resultados en salud se concentraron en condiciones de salud física, relacionadas con los perfiles epidemiológicos, en especial de las zonas o regiones más vulnerables. Sin embargo, a partir de la primera década del siglo XXI, se empezó a considerar la salud mental como un aspecto susceptible de ser evaluado e impactado a



través de modelo de DSS, en especial teniendo en cuenta que este considera los factores psicosociales como determinantes intermedios.

Algunos de los primeros académicos en considerar los DSS desde los estudios de la salud mental fueron Fisher & Baum (2010) y Matlin & Borum (2010) de escuelas de pensamiento neozelandesas, país reconocido por sus altas tasas de suicidio, pero también por su histórico trabajo en la prevención del suicidio. Más adelante algunos académicos e instituciones norteamericanas se unirían a los esfuerzos de fomentar la inclusión de los DSS en el abordaje de la salud mental de poblaciones vulnerables, como por ejemplo migrantes y afrodescendientes, incluyendo problemáticas que aún no se habían considerado desde los DSS como el suicidio (Allen et al., 2014; Compton & Shim, 2015). Posteriormente la OMS en colaboración con la Calouste Gulbenkian Foundation (2014) realizan una publicación oficial sobre los Determinantes Sociales de la Salud Mental, que si bien pretende abordar las circunstancias en que se desarrollan las personas y la comunidades como aspectos que determinan sus estilos de vida e influyen notablemente en su salud mental, aún se queda corta en lo referente al fenómeno del suicidio.

De manera más específica, otros autores han analizado determinantes sociales de forma individual para el suicidio, aunque igualmente desde una perspectiva de evaluación de inequidades, que en últimas es uno de los objetivos del modelo de los DSS. La mayoría de estos estudios se enfocan en la posición socioeconómica de las personas (Borrell et al., 2017; Burrows & Laflamme, 2010; Knipe et al., 2015; Lorant, 2002) aunque aún existen cuestionamientos sobre las dificultades de generar resultados concluyentes de medición de inequidades en un fenómeno tan complejo como el suicidio (Lorant et al., 2021).

### **3.3 Envejecimiento, Vejez y Persona Mayor en Colombia**

El concepto de envejecimiento suele ser bastante malinterpretado o tergiversado al circunscribirlo exclusivamente a la etapa final del ciclo de vida, cuando este hace referencia a un proceso fisiológico continuo que prácticamente inicia desde el mismo instante de la concepción y se desarrolla hasta la muerte (Alvarado García & Salazar Maya, 2014; Zetina Lozano, 1999). En este sentido todos estamos sometidos al envejecimiento, es decir, todo ser humano (y todo ser vivo) sin distinción de edad siempre está envejeciendo.

Considerando que los DSS están presentes en todo el ciclo vital, e influyen directamente en las condiciones de salud de las poblaciones y los individuos, necesariamente estos van a repercutir en el proceso de envejecimiento y su reflejo será cada vez más evidente en las etapas finales del mismo. Si bien todos los modelos de DSS asumen esta postura, su explicación se hace más evidente en el Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson de múltiples influencias en la producción de inequidades en salud durante el curso de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Según lo anterior, se han gestado varias iniciativas a nivel nacional e internacional para que el proceso de envejecimiento sea cada vez más saludable y activo, de tal manera que se puedan garantizar unas mejores condiciones de calidad de vida para las personas en sus últimos años del ciclo vital, pero sobretodo que logren envejecer con el menor impacto posible en el deterioro de su salud, su autonomía y su independencia. Una de estas corrientes – que además se ha incluido en la política pública en varios países de Iberoamérica, es el denominado “envejecimiento activo”, el cual incorpora varios conceptos el enfoque de derechos, la inclusión y la justicia social para velar por procesos de sensibilización de toda la población con el propósito de que asuman en su propio proceso de envejecimiento una participación activa y decidida sobre la vejez que desean (Limón Mendizabal, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (2015) en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud destaca la necesidad de establecer un envejecimiento saludable a través de la incidencia positiva de los DSS de los individuos y las poblaciones, suministrando un marco para la acción sobre el envejecimiento y la salud que incluye el establecimiento de marcos jurídicos y normativos en los países que lo garanticen, la evaluación del impacto de la inequidad en el envejecimiento, la garantía de los derechos de las personas mayores, el rechazo a los estereotipos y las exclusiones del envejecimiento, y la inversión económica y social para lograrlo.

El llamado que hace la OMS se une además, a las necesidades que traen los retos del envejecimiento demográfico, en el que nos proyectamos a ser cada vez más y más longevos. 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 total (CELADE-CEPAL, 2002).

*Entre 2010 y 2030, la cantidad de personas mayores en esta región (América Latina y el Caribe) se duplicará, de 58,57 millones a 119,67 millones, y en 2050 alcanzará la cifra de 195,87 millones. Ese incremento significa que, en 2050, el porcentaje de personas mayores en la región llegará a alrededor del 25% (Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL, s/f-a).*

En este sentido, el envejecimiento no se limita a un proceso biológico y fisiológico, sino que es un conjunto de condiciones ambientales, económicas, políticas y culturales que influyen en el mismo; aunque necesariamente se terminen viendo reflejadas en la salud física y mental de las personas mayores. Es por esto que el tema del envejecimiento no es de interés exclusivo de las ciencias de la salud, sino que se extiende a otros ámbitos como las ciencias sociales, en las cuales también se han desarrollado ciertas teorías al respecto (Robledo Marín & Orejuela Gómez, 2020).

La asunción de que el envejecimiento inicia con la concepción, termina en la vejez y finaliza con la muerte, genera una nueva necesidad conceptual que es la definición de “vejez”. En las búsquedas de referentes conceptuales, este término adquiere múltiples interpretaciones que incluyen el establecimiento de una etapa del ciclo de vida, una construcción socio-antropológica del ser humano, o una condición sin limitación temporal (Martínez Pérez et al., 2018).

Para los fines prácticos del estudio, no se debatirá sobre las distintas posturas de conceptualización sobre la “vejez”, sino que se delimitará su alcance a los parámetros actuales que definen la vejez como la última etapa del ciclo vital. Si bien se ha aclarado que el proceso de envejecimiento es multidimensional, y que la vejez puede llegar a ser un concepto abstracto según la postura adoptada, el interés principal desde este marco conceptual es poner sobre la mesa esta discusión y centrarse en la definición poblacional de vejez que se deriva en el establecimiento de lo que tradicionalmente se conoce como adulto mayor o tercera edad.

Hasta hace relativamente pocos años, era frecuente y aceptado el uso de términos “anciano”, “viejo” o “abuelo”, cuya utilización se empezó a desincentivar considerando su connotación negativa, ya que implícitamente sugerían un envejecimiento inactivo e improductivo, además de designar roles que no todas las personas adultas mayores tienen. Posteriormente en las Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento, se adoptó el término

de Tercera Edad o Adultos Mayores para catalogar a todas aquellas personas que cuenten con 60 años o más. Debido al incremento de la esperanza de vida a nivel global, se sugirió adicionalmente la inclusión de subgrupos con diferencias tan importantes que justifican la utilización del concepto “cuarta edad” para denominar a aquellas personas mayores de 75 años (Aranibar, 2001).

Aunque el término Adulto Mayor sigue siendo aceptado y empleado por varios sectores que trabajan con esta población, en los últimos años algunas organizaciones que desarrollan proyectos y apoyan la formulación de políticas públicas a favor de este sector, han decidido incorporar en término Persona Adulta Mayor, considerando un enfoque más diverso e integral en la concepción de los mayores como sujetos de derecho. A nivel internacional se pueden destacar la Organización Iberoamericana de Seguridad Social - OISS, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, Help Age International y la Organización de los Estados Americanos – OEA. A nivel nacional se destaca la labor de Fundación Saldarriaga Concha, quien también adopta este concepto. El mismo Ministerio de Salud y Protección Social (s/f) define:

*“Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad”.*

Aunque desde múltiples posturas y teorías se considera que no es conveniente el establecimiento de límites cronológicos para la definición de la población adulta mayor, en especial por las recién argumentadas características del envejecimiento, se hace necesario unificar los criterios de selección de los grupos etarios para favorecer los estudios estadísticos y contribuir al desarrollo e investigación en el área de la gerontología (Zetina Lozano, 1999). En ese sentido, para la definición de la población del presente estudio, se asumirá la población adulta mayor como aquella en edades iguales o superiores a los 60 años.

### 3.3.1 Protección Social en la Vejez en Colombia

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25 menciona:

*“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”* (Naciones Unidas, 2015).

Para el logro de este derecho, desde las políticas públicas a nivel global se han propuesto estrategias y modelos de aseguramiento que minimicen el riesgo de pobreza y vulnerabilidad en las condiciones de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez y vejez mencionados en los Derechos Humanos. A estos sistemas de protección se les conoce como Protección Social, y abarca “una variedad de políticas y acciones en diversos ámbitos que deben promover el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) en el mercado laboral, la alimentación, la salud, las pensiones y el cuidado; también debe buscarse el logro de ciertos niveles dignos de ingreso” CEPAL (s/f-b).

En Colombia el sistema de Protección Social se basa en la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993) que fundamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, el cual pretende orientar el aseguramiento en salud de toda la población colombiana, orientar la protección de riesgos en salud de los trabajadores, y dictaminar las generalidades del sistema pensional. Aunque desde entonces se han emanado leyes y decretos que han modificado parcialmente algunos aspectos, la Ley 100 de 1993 continúa en vigencia y la estructura base del SGSSS se mantiene.

De manera formal, el Sistema de Protección Social en Colombia se estableció mediante La Ley 789 de 2002, definiéndolo como “El conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo”.

Aunque a partir del año 2000 se vienen adelantando iniciativas en política pública en Iberoamérica que pretenden mejorar las condiciones de las personas mayores y garantizar unos procesos de envejecimiento activo y saludable, así como garantías de sus derechos

como población vulnerable, en términos de Protección Social en la Vejez en Colombia se pueden mencionar las siguientes leyes:

**Tabla 3-1:** Leyes relacionadas con la Protección Social en la Vejez en Colombia

Ley 1251 de 2008	Dicta disposiciones para proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez.
Ley 1315 de 2009	Dicta disposiciones para garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad, al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social. Determina el trámite y requisitos para la solicitud de instalación y funcionamiento de los centros de protección social y de día y demás instituciones reguladas en esta ley.
Ley 1850 de 2017	Establece medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.
Ley 2055 de 2020	Por medio de la cual se aprueba la «Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores», adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015.

Fuente: Función Pública de Colombia

Actualmente rige en Colombia la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), antecedida por una política para el periodo 2008 a 2013, que en sincronía con iniciativas internacionales como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, “*se estructura con base en la interrelación de seis núcleos conceptuales que implican el compromiso simultáneo tanto del Estado como de la Sociedad y de las Familias: el envejecimiento de la sociedad, los derechos humanos, el envejecimiento activo, la longevidad, la protección social integral y la organización del cuidado*”. Sus principales objetivos son propiciar que las personas adultas mayores alcancen una vejez autónoma, digna e integrada, dentro del marco de la promoción, realización y restitución de los derechos humanos; y crear condiciones para el envejecimiento humano, en condiciones de igualdad, a una vida autónoma, digna, larga y saludable.

Si bien es un avance en términos normativos, aún existen muchas debilidades en torno a los mecanismos para garantizar estos derechos, como, por ejemplo, una mejor sincronía con las políticas laborales y pensionales (Fedesarrollo, 2010), especialmente en un país en donde la cobertura pensional es mínima:

*La cobertura de pensionados es de apenas 23% y se ha mantenido constante desde 2005 con una población de pensionados menor a 1,5 millones de personas. Esta tasa de cobertura contrasta con la de países como Chile donde es de 87,1% (López & Sarmiento, 2019).*

Asumiendo que la Protección Social en la vejez es un determinante relevante en el suicidio de las personas mayores, desde esta perspectiva se incluye el aseguramiento en salud como una variable a considerar en los análisis del estudio.

### **3.4 Suicidio y Conducta Suicida<sup>6</sup>**

Como se mencionó previamente, el suicidio según la OMS es definido como “el acto deliberado de quitarse la vida” (Organización Mundial de la Salud, 2004), pero adicionalmente se puede clasificar como un tipo de violencia autoinfligida que da como resultado la muerte de quien atenta contra su propia vida (I. A. Ordóñez-Monak et al., 2013). Sin embargo, el término suicido implica un reto conceptual, ya que involucra un fenómeno complejo que puede desplazarse desde su significado más simple, es decir la etimología de la palabra suicidio, hasta desarrollos teóricos más complejos, como el abordado por los autores de la “conducta suicida”(I. A. Ordóñez-Monak, 2009).

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 Española. 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

---

<sup>6</sup> Gran parte de este apartado retoma referentes conceptuales realizados por la autora en su tesis de grado de maestría titulado “Caracterización de los suicidios en adultos mayores de 60 años ocurridos en Bogotá: 2003-2007”, así como de la tesis doctoral “Contextos explicativos de los suicidios en Bogotá 1996-2005” presentada por el Dr. Jorge Oswaldo González Ortiz.

necesariamente se produzca o sea posible –en los sentidos metafóricos- la muerte (I. A. Ordóñez-Monak, 2009; Tellez & Forero, 2006)

Uno de los autores más reconocidos por sus obras sobre el suicidio en el siglo XIX fue el sociólogo y filósofo Emile Durkheim, quien desde la perspectiva social afirma en una de sus obras clásicas que el suicidio es “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” (Durkheim, 2003). Sin embargo, en sus desarrollos académicos, resalta la complejidad que puede conllevar tratar de limitar un fenómeno tan complejo a una definición tan general, pues 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 emplee tal y como las recibe del uso, sin someterlas a una elaboración ulterior, se expondría a las más graves confusiones” (Durkheim, 2003).*

Por lo anterior, 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 necesariamente un error o un acierto hacerlo. Existen otras áreas, disciplinas y enfoques teóricos que han realizado desarrollos conceptuales según sus objetos de estudio e intereses de análisis e investigación. A continuación, se sintetizan los enfoques que más desarrollo teórico han presentado desde el ámbito académico:

### **3.4.1 Enfoque Biológico**

Este enfoque, en general, se refiere a la existencia de predisposiciones genéticas y/o alteraciones fisiológicas que pueden llegar a generar estados depresivos o trastornos mentales que conllevan a la toma de decisión suicida. Uno de sus argumentos se basa 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.

*“El determinismo biólogo busca hallar en medio de la genética y de la herencia las causas que expliquen al suicidio (Estruch & Cardús, 1982) haciendo alusión a que únicamente estos 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” (I. A. Ordóñez-Monak, 2009).*

Aunque este enfoque ha aportado elementos importantes desde la perspectiva terapéutica para la prevención del suicidio en términos de identificación de factores genéticos que predispongan la conducta suicida, presenta algunas limitaciones cuando sus postulados se erigen en contextos que desconocen la naturaleza multicausal y multifactorial del suicidio. Por una parte se pueden generar confusiones en torno a enfermedades o padecimientos con una alta probabilidad de transmisión genética, los cuales se encuentran comúnmente relacionados con la conducta suicida; o por otra parte, pueden existir factores psicosociales comunes al entorno familiar que incidan en la presencia de este fenómeno en varios miembros de la familia.

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 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”*(Costa Molinari et al., 1977, p.80).

### 3.4.2 Enfoque 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 existente (González-Ortiz, 1996). 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*”(Durkheim, 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.” (Arias Patiño, 2005).*

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.

### **3.4.3 Enfoque Psicológico y Psiquiátrico**

Aunque es claro que la Psicología y la Psiquiatría tienen objetos de estudio distintos desde su enfoque, en términos generales la salud mental hoy en día recae en gran medida sobre estas dos disciplinas, por lo que el abordaje y prevención del suicidio hace parte de su quehacer vigente.

Ya que la Psicología tiene como objeto de estudio el comportamiento humano de los individuos y su relación con un entorno socialmente construido, su relación con los enfoques sociológicos es bastante estrecha, y refuerza la idea de que el suicidio o el comportamiento suicida es multifactorial e incorpora en su análisis y prevención un número importante de factores psicosociales o del entorno desde la perspectiva de los DSS.

Por otro lado, la Psiquiatría, al ser una especialidad de la Medicina, si bien reconoce gran parte de estos conocimientos sobre el comportamiento humano (los de la Psicología), retoma algunos de los aprendizajes aportados por los enfoques biológicos sobre el suicidio para apoyar el abordaje de la salud mental con terapéuticas farmacológicas.

*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 mental* (Estruch & Cardús, 1982).

Aunque actualmente no es el enfoque más popular dentro de lo que se conoce como disciplinas de la salud mental, al menos desde el punto de vista teórico vale la pena mencionar al psicoanálisis. Este surge en 1890 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 (I. A. Ordóñez-Monak, 2009).

#### **3.4.4 La Conducta Suicida**

Según lo anterior, el término “Suicidio” puede ser un concepto tan simple como el “matarse a si mismo”, y tan complejo como líneas de pensamiento y teorías pueden existir. Considerando la dificultad para llegar a un consenso en su definición, pero teniendo en cuenta la necesidad de abordar este fenómeno desde la Salud Pública, la OMS (World Health Organization, 2010b) en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) 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.

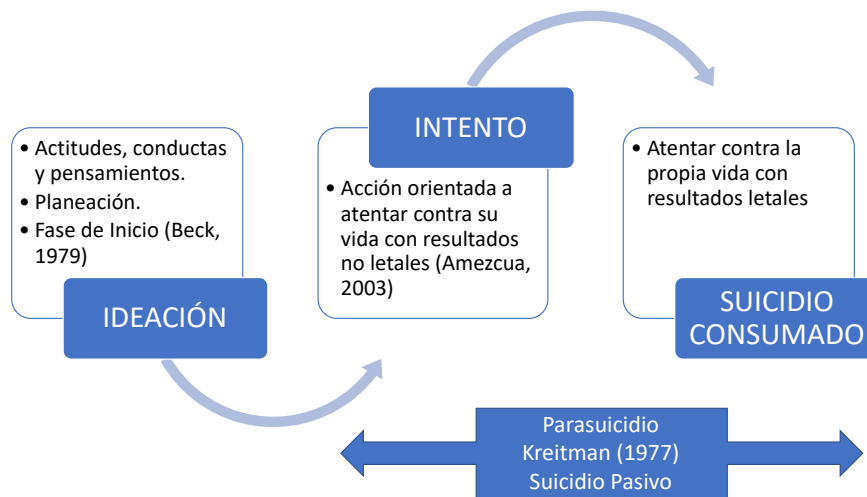
Aún así, estos criterios operativos se enfocan únicamente al acto de quitar la propia vida, y desconoce todo el proceso que precede este momento fatal. Es así como algunos autores han propuesto el concepto de “conducta suicida”, el cual resulta no solo más amplio, sino además más integral desde la perspectiva de la conducta humana. Ros-Montalban (1998) se refiere al término de Conducta Suicida como un *continuum* de conductas que incluye no solo al suicidio consumado sino a ideación e intento.

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la práctica

clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos.

Por tal razón, otros autores, en la misma línea refieren que **el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad,** que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado) (Castilla Sánchez, 2018; Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2017; Mondragón et al., 1998; Ros-Montalban, 1998). En la siguiente figura se integran algunos de los conceptos propuestos por estos autores.

**Figura 3-5:** La Conducta Suicida



**Fuente:** Elaboración Propia con base en Mondragón et al., (1998); Ros-Montalban (1998); Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, (2017) y Castilla Sánchez (2018)

Para fines operativos y metodológicos, y tal como se mencionó en el problema de investigación, este proyecto consideró únicamente el suicidio consumado para su desarrollo.



## **4 Epidemiología del Suicidio en las Personas Mayores en Colombia.**

### **4.1 Introducción**

El suicidio en las personas mayores es un fenómeno con un impacto importante en términos de salud pública, principalmente en los hombres a partir de los 60 años (Conwell, 2014; Deuter et al., 2016; I. A. Ordóñez-Monak et al., 2013; Reyes et al., 2012; Rodríguez-Pagán, 2017; Shah et al., 2016). Las cifras mundiales y locales (Organización Panamericana de la Salud, 2014) muestran que este grupo poblacional presenta tasas de suicidio equiparables con la de los hombres jóvenes y las mujeres adolescentes, consideradas las más altas para la población colombiana. Si bien estas tasas pueden llegar a superar el promedio nacional entre 2 y 3 veces (Montoya Gómez, 2018), los estudios disponibles en Colombia sobre el tema son escasos.

En términos epidemiológicos las principales fuentes de información sobre suicidio para Colombia la constituyen los informes anuales de el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, así como las Estadísticas Vitales del DANE. Sin embargo, en lo relacionado al análisis del suicidio en las personas de la tercera edad, la información pública suministrada tiene varias limitantes: En el primer caso la información suministra los casos y tasas de suicidio por grupos de edad, pero la distribución de otras variables de caracterización (como lugar, mecanismos y motivaciones) no se desagregan por segmentos etarios; para el segundo caso, si bien los microdatos están disponibles, no se encuentran analizados ni procesados de manera estadística para este fenómeno (suicidio en personas mayores o de la tercera edad).

Con respecto a los estudios poblacionales, existen dos que podrían generar una aproximación al tema. La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (Minsalud & Colciencias, 2016), que, aunque realiza un diagnóstico importante en términos de

trastornos, conducta suicida, factores asociados y acceso a los servicios de salud mental, no involucra a los adultos mayores como un grupo etario independiente, sino que analiza los resultados segmentando a todos los adultos a partir de los 45 años como un único grupo. Por otra parte, el Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (Minsalud & Colciencias, 2015), aunque se constituye en un hito histórico en términos de estudios poblacionales dirigidos específicamente a la población adulta mayor, no incluyó aspectos claros de salud mental ni abordó de manera específica el tema del suicidio.

El presente capítulo desarrolla el primer objetivo específico de la investigación, el cual es realizar una caracterización epidemiológica de los suicidios en personas mayores de 60 años en Colombia en el periodo 2009-2013.

## **4.2 Resultados**

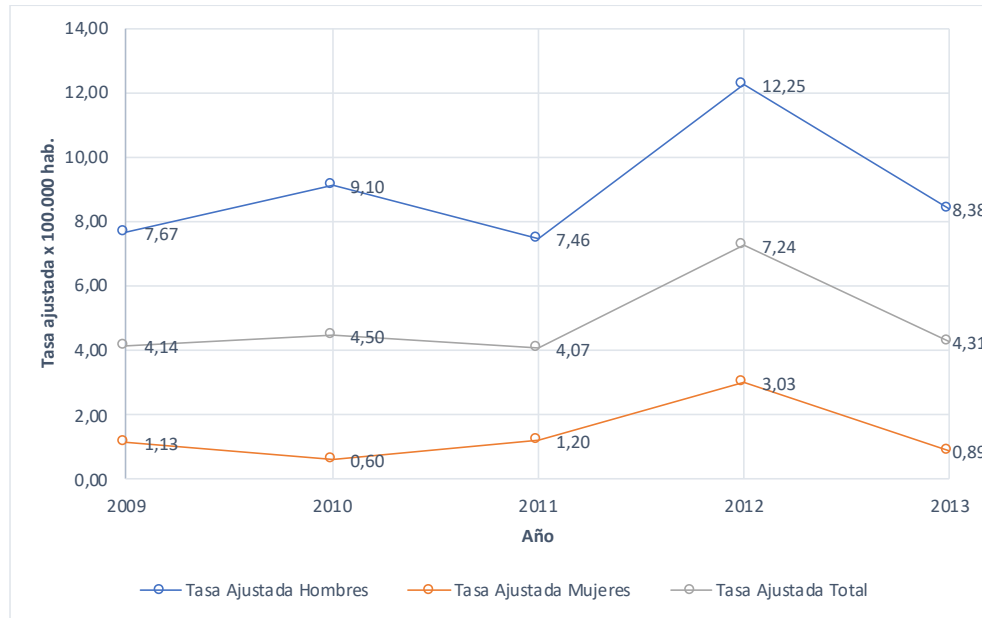
Se revisaron 1167 casos de suicidio en personas de 60 años o más que cometieron suicidio entre el 2009 y el 2013. Según sexo, se presentaron 1023 casos de suicidio en hombres (87,66%) y 144 en mujeres (12,34%), equivalente a una razón de 7,1 casos de suicidio masculino por cada suicidio femenino. Con respecto a la zona de residencia, 916 casos (78,49%) correspondieron a residentes de zonas urbanas, 248 (21,25%) a zonas rurales, y en 3 casos (0,26%) no se pudo establecer este dato.

### **4.2.1 Tasas según Edad y Sexo**

Tal como ocurre con la población en general, para todos los años del estudio las tasas de suicidio en los hombres fueron mayores que para las mujeres por al menos 6,26 puntos porcentuales (para el año 2011). El año en que la diferencia fue mayor (9,21 puntos porcentuales), fue el 2012 año en que se presentaron las tasas más altas de suicidio para los dos grupos. Los valores específicos para cada año y sexo se exponen a continuación:



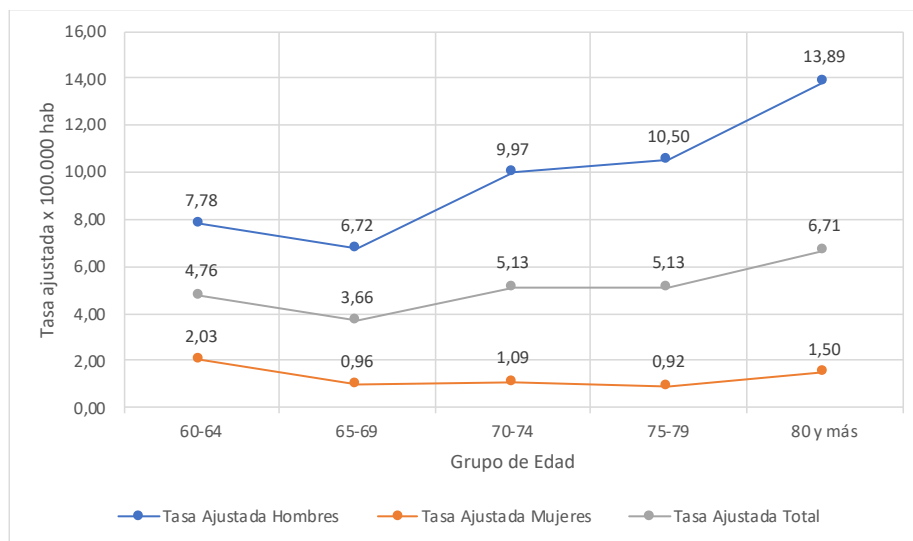
**Figura 4-1:** Tasas Ajustadas de suicidio en mayores de 60 años según sexo. Colombia 2009-2013



Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

Con respecto a la edad por grupos quinquenales, se evidenció un incremento de las tasas de suicidio para los hombres a partir del grupo de 65 a 69 años, comportamiento que no se aprecia en las mujeres a pesar de que existe un leve incremento en el grupo femenino de 80 años y más. Lo anterior refleja que, en la medida que se aumenta la edad, mayor es la diferencia entre las tasas de suicidio entre hombres y mujeres, pues las adultas mayores mantienen sus tasas de suicidio similares independientemente de la edad. Los valores específicos para cada grupo de edad por sexo se exponen a continuación:

**Figura 4-2:** Tasas de suicidio ajustada por sexo y edad, en mayores de 60 años. Colombia 2009-2013



Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

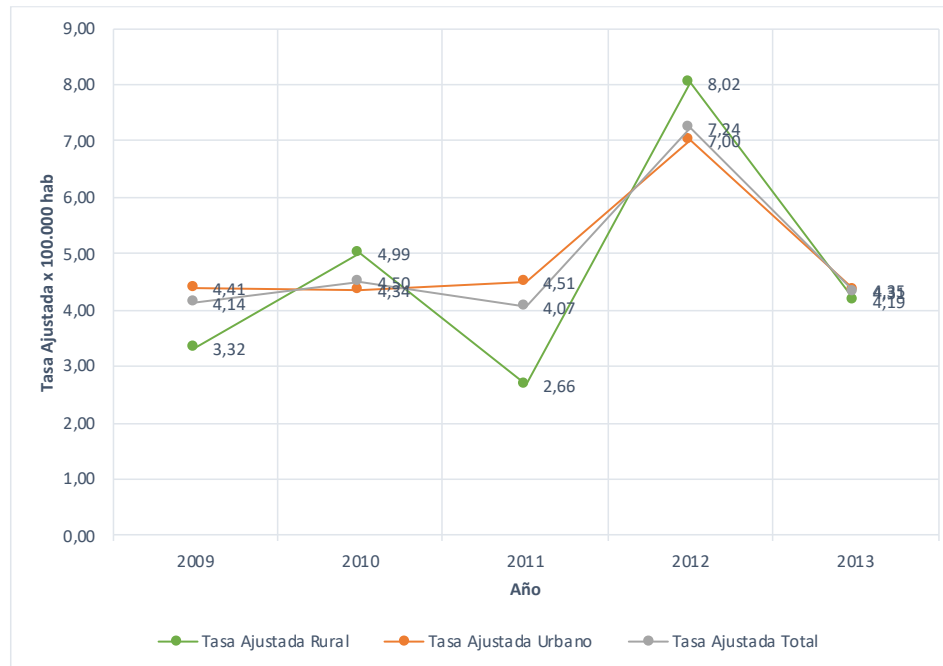
#### 4.2.2 Tasas Según Lugar

Para los resultados del lugar, las tasas se calcularon y ajustaron (por edad, sexo y zona de residencia) considerando dos variables: el departamento de residencia de la persona y la zona donde habitaba (urbano o rural).

Con respecto a las tasas por departamento (Figura 4-4), el departamento que presentó mayores tasas de suicidio fue Arauca, con una tasa de 12,94/100.000 hab., seguido de Sucre (10,60 /100.000 hab.), Quindío (9,89 /100.000 hab.) y Meta (9,63 /100.000 hab.). Hubo 5 departamentos que no presentaron casos de suicidio en mayores de 60 años en el periodo del estudio, que fueron: Amazonas, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Guainía, Vaupés y Vichada.

Al discriminar las tasas por zona de residencia (urbano/rural) para todo el país durante el periodo de estudio (figura 4-3), no se aprecian diferencias consistentes que se mantengan a lo largo del tiempo, sino que, hay mayores tasas en la zona rural con respecto a la urbana para los años 2010 y 2012, mientras que para el 2009, 2011 y 2013 las tasas fueron mayores en la zona urbana.

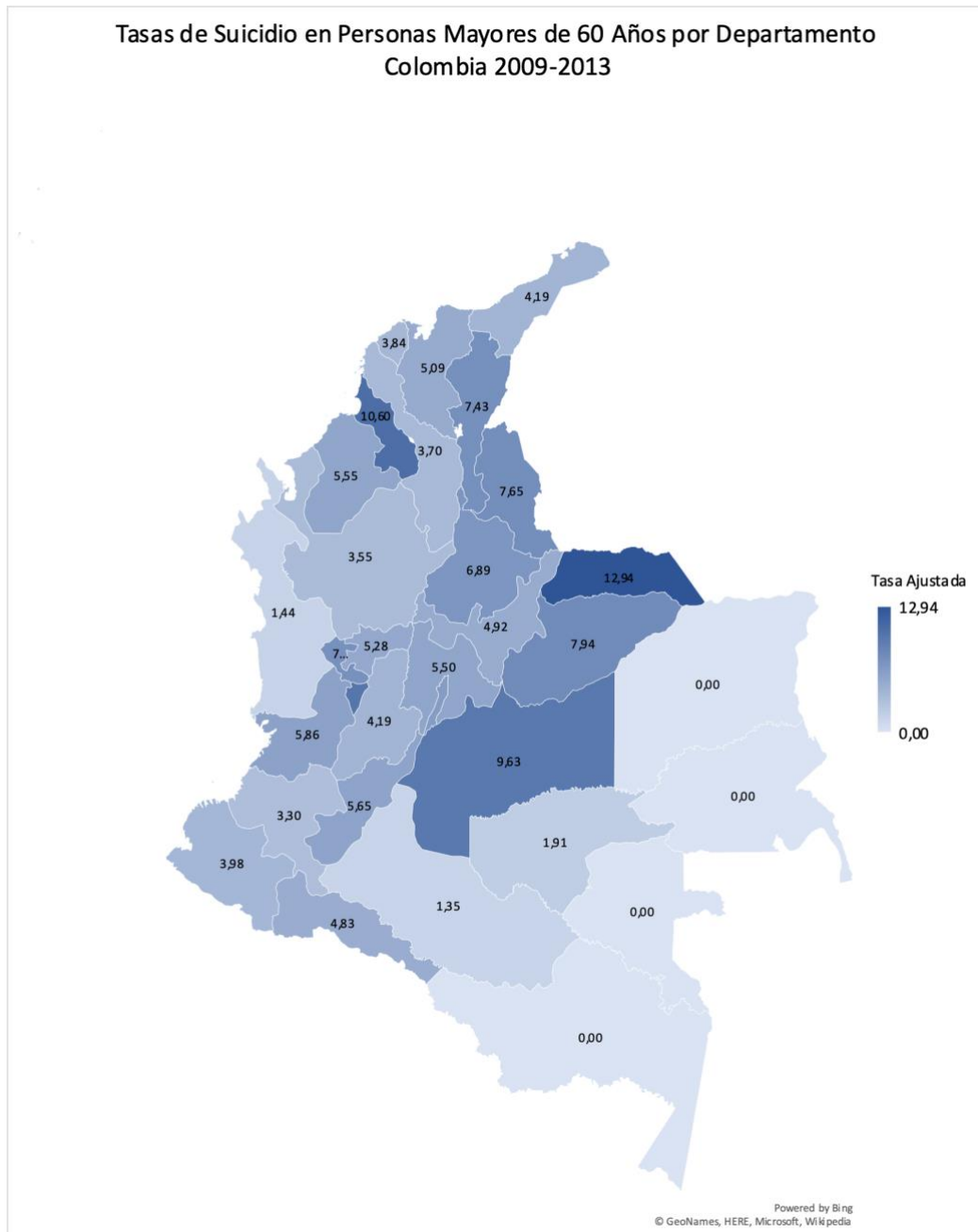
**Figura 4-3:** Tasas de suicidio ajustada por sexo y edad, en mayores de 60 años según zona y año. Colombia 2009-2013



Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

Sin embargo, al discriminar estos datos por departamento (Figura 4-4), zona de residencia y sexo (Tabla 4-1), se develan algunas cifras que llaman la atención. Para el caso de las mujeres, se aprecian tasas muy por encima del resto de departamentos en las mujeres urbanas de Arauca (11,85/100.000 hab.) y las rurales del Guaviare (16,85/100.000 hab.). En el caso de los hombres, las tasas más altas se dieron en la zona rural del Quindío (38,73/100.000 hab.) y Arauca (20,81/100.000 hab.), y en la zona urbana del Meta (23,19/100.000 hab.) y de Sucre (20,03/100.000 hab.). Estos resultados indican que estos grupos son los que aportan peso a la cifra global del departamento.

**Figura 4-4:** Tasas de suicidio ajustada por sexo y edad, en mayores de 60 años por departamento, Colombia 2009-2013 – Datos INML y CF



\* Tasa ajustada por sexo y edad, por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

**Tabla 4-1:** Tasas de suicidio ajustada por sexo y edad, en mayores de 60 años por departamento, zona y sexo. Colombia 2009-2013

Departamento	Hombres				Mujeres			
	Urbano		Rural		Urbano		Rural	
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*
Amazonas	-	-	-	-	-	-	-	-
Antioquia	79	7,44	20	5,35	13	0,89	1	0,28
Arauca	4	15,74	4	20,81	3	11,85	-	-
Archipiélago de San Andrés	-	-	-	-	-	-	-	-
Atlántico	44	9,37	-	-	10	1,74	-	-
Bogotá	137	8,66	1	22,77	26	1,19	-	-
Bolívar	30	9,22	3	2,62	3	0,76	-	-
Boyacá	17	9,54	18	9,21	3	1,24	1	0,55
Caldas	19	10,11	7	7,47	5	2,00	1	1,15
Caquetá	2	4,10	-	-	-	-	-	-
Casanare	5	13,89	3	18,90	1	2,19	-	-
Cauca	7	7,26	11	4,68	1	0,71	-	-
Cesar	19	14,60	5	8,64	5	3,52	-	-
Choco	1	3,38	1	2,56	-	-	-	-
Córdoba	20	12,88	13	6,71	2	1,03	-	-
Cundinamarca	38	9,74	28	11,97	3	0,60	9	4,39
Guainía	-	-	-	-	-	-	-	-
Guaviare	-	-	-	-	-	-	1	16,85
Huila	18	13,07	5	4,45	3	1,80	-	-
La Guajira	7	10,12	2	2,76	1	1,16	-	-
Magdalena	20	11,67	5	6,26	2	1,02	-	-
Meta	31	23,19	6	10,94	2	1,34	-	-
Nariño	13	8,08	9	3,80	3	1,45	4	1,85
Norte de Santander	37	17,02	9	12,33	3	1,07	-	-
Putumayo	2	8,53	1	2,98	1	3,82	-	-
Quindío	16	11,79	9	38,73	4	2,43	-	-
Risaralda	31	16,73	6	9,44	4	1,58	-	-
Santander	54	15,00	16	11,05	5	1,03	1	0,74
Sucre	25	20,03	13	16,74	5	3,46	2	3,26
Tolima	24	9,12	9	5,85	3	1,00	-	-
Valle del Cauca	93	10,05	26	15,98	12	0,99	1	0,68
Vaupés	-	-	-	-	-	-	-	-
Vichada	-	-	-	-	-	-	-	-

\* Tasa ajustada por 100.000 habitantes.

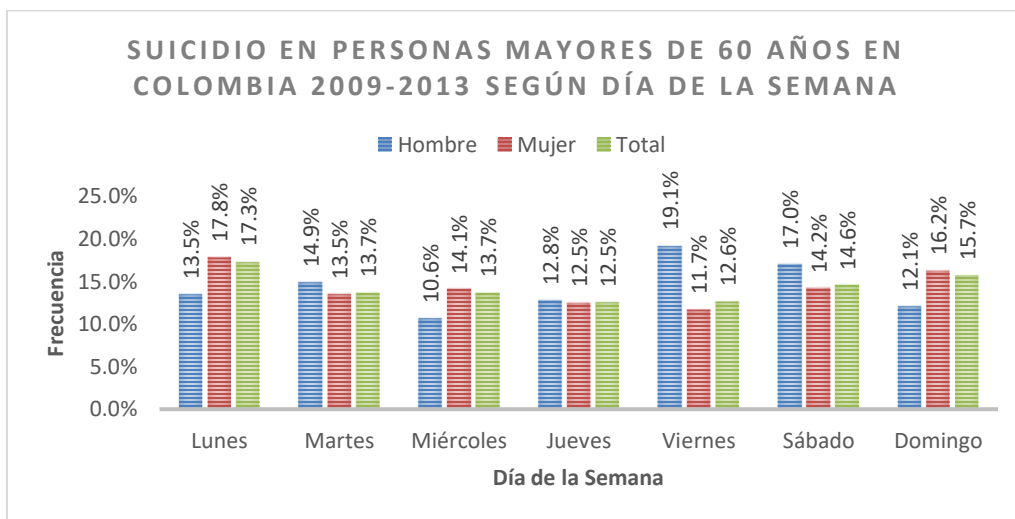
Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

### 4.2.3 Frecuencias por Hora, Día y Mes del Hecho

Con relación al acto suicida, se describen a continuación las frecuencias de las variables de tiempo en las que se presentó el fenómeno.

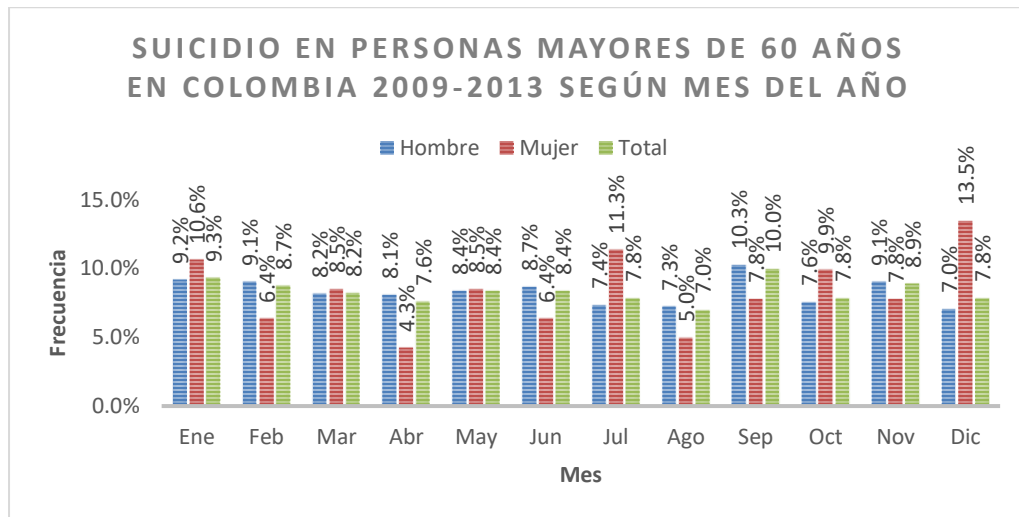
Frente al día de la semana, si bien no hubo diferencias importantes, la mayor frecuencia en los hombres se dio los viernes (19,1% del total de los hombres) y sábados (17,0% del total de los hombres), mientras que en las mujeres fueron los domingos (15,7% del total de las mujeres) y lunes (17,3% del total de las mujeres). La figura 4-5 detalla las frecuencias por día de la semana para las mujeres, para los hombres y para el total de la población.

**Figura 4-5:** Frecuencia de Suicidio por Día de la Semana



Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

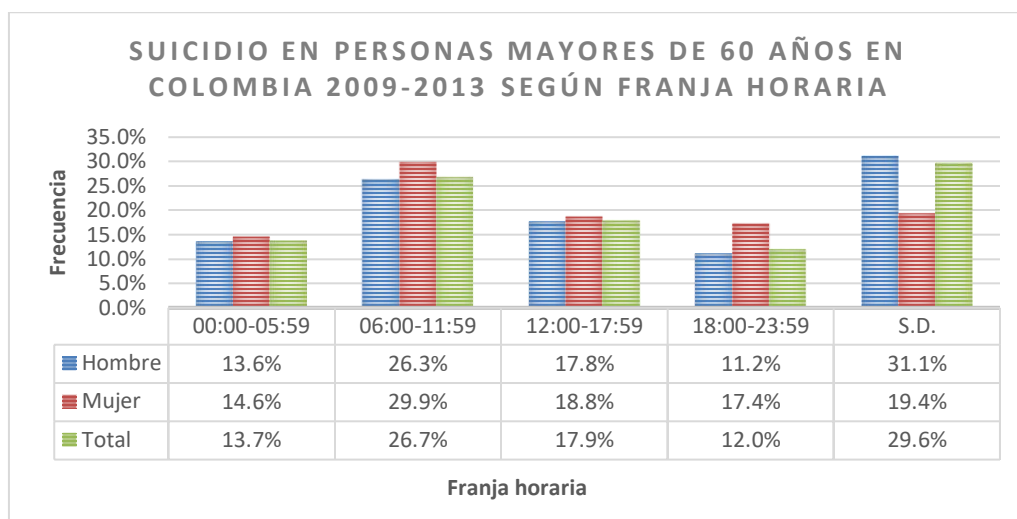
En lo referente al mes del año, para los casos de mujeres se destacaron los meses de diciembre (13,5% del total de las mujeres) y julio (11,3%), mientras que para los hombres el mes de mayor frecuencia fue septiembre (10,3% del total de los hombres), aunque la distribución en los hombres fue más homogénea. La figura 4-6 detalla las frecuencias por mes del año para las mujeres, para los hombres y para el total de la población.

**Figura 4-6:** Frecuencia de Suicidio por Mes del Año

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

La variable hora se categorizó en cuatro franjas horarias de igual duración (6 horas). Es importante mencionar que para esta variable existió un 29,6% de casos en los cuales no fue posible determinar la hora del deceso, debido a que la ventana de muerte fue muy amplia o los fenómenos cadavéricos eran tardíos y no permitían establecer la misma en detalle.

Tanto en hombres (26,3%) como en mujeres (29,9%), las mayores frecuencias se dieron en la franja de las 06:00 a las 11:59 horas. La figura 4-7 detalla las frecuencias por franja horaria para las mujeres, los hombres y para el total de la población.

**Figura 4-7:** Frecuencia de Suicidio por Franja Horaria

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

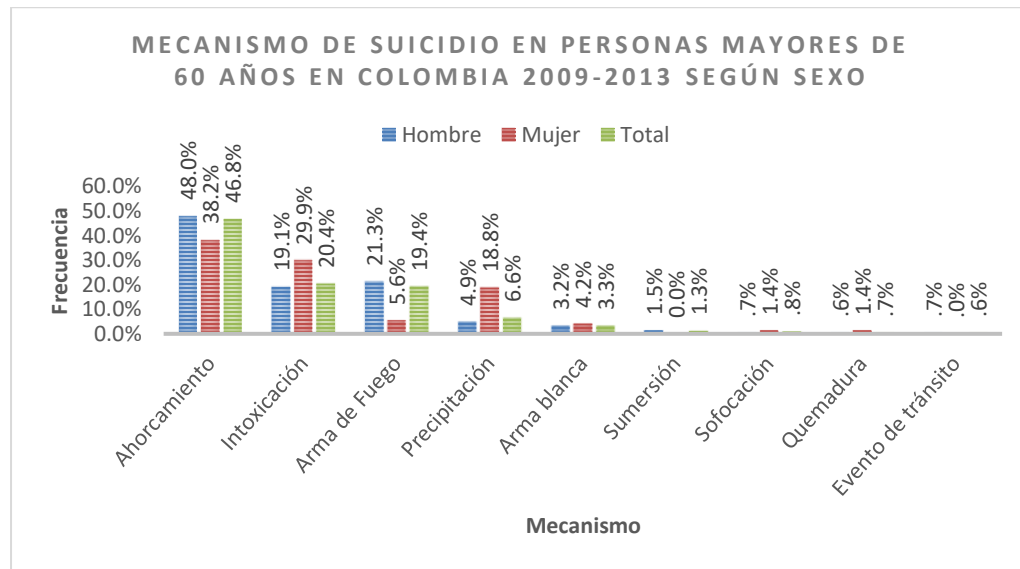
Frente a las variables del hecho, también se consideró el escenario en donde ocurrió el mismo, encontrándose que el 68,1% de los casos (76,4% de las mujeres y 67,0% de los hombres) se llevó a cabo en la vivienda de residencia de la persona. El segundo escenario más frecuente fue el área rural (distinta a la zona de residencia, y que hace referencia a un lugar despoblado alejado de los centros urbanos) con un 9,7% de las mujeres y un 18,1% de los hombres. Debido a la extensión de las categorías, esta variable se discrimina en el Anexo D.

#### 4.2.4 Frecuencias por Mecanismo y Motivaciones

A continuación, se describen los mecanismos utilizados por las personas mayores para consumir el suicidio, así como las motivaciones que los condujeron a tomar la decisión de prescindir de su vida.

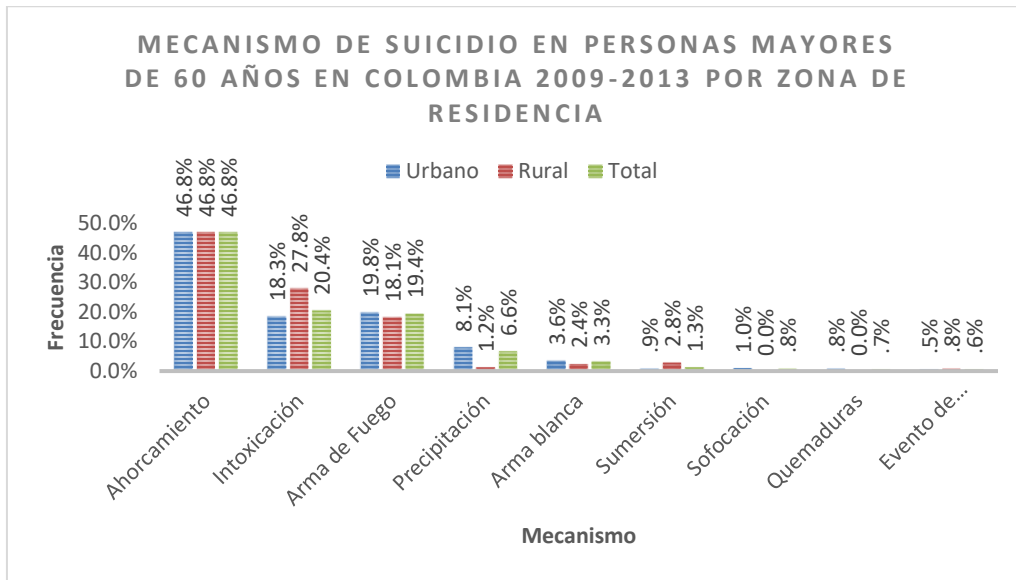
La figura 4-8 describe la frecuencia del mecanismo según el sexo de la persona, que para hombres (48,0%) para mujeres (38,2%) identificó el ahorcamiento como el más frecuente. La intoxicación (29,9%) y la precipitación (18,8%) tuvieron una participación importante en las mujeres y el arma de fuego en los hombres (21,2%). En las mujeres no se presentaron casos de suicidio por sumersión o por evento de tránsito.



**Figura 4-8:** Mecanismo de Suicidio Según Sexo

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

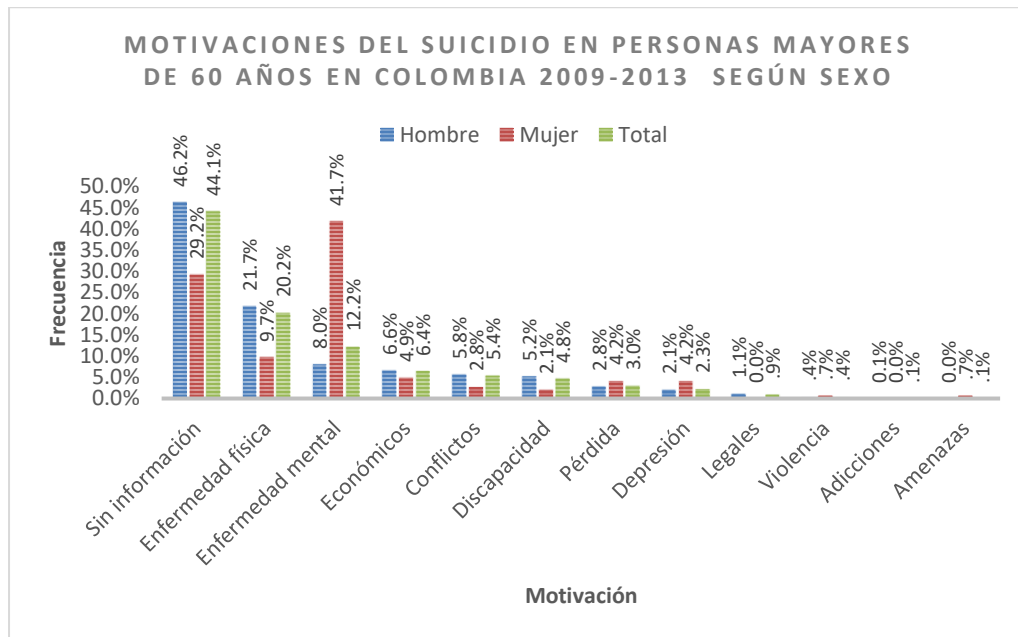
La variable mecanismo también se determinó según la zona de residencia de la persona. La figura 4-9 muestra dicha distribución, en la cual nuevamente el ahorcamiento figura como el mecanismo más frecuente tanto para la zona rural como para la urbana (46,8% en los dos casos). El segundo mecanismo más frecuente para la zona rural fue la intoxicación (27,8%), mientras que para la zona urbana fue el arma de fuego (19,8%). En la zona rural no hubo presencia de casos de suicidio por sofocación o quemadura.

**Figura 4-9:** Mecanismo de Suicidio Según Zona de Residencia

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

La variable motivación hace referencia a la situación principal que influyó en la toma de decisión suicida y se categorizó en 11 opciones. Aunque en algunos casos una persona podía llegar a tener múltiples motivaciones, o una de ella se derivara de otra previa, se seleccionó la más reciente al acto suicida o la que evidentemente tuvo mayor influencia.

La figura 4-10 muestra la distribución de las motivaciones según sexo, evidenciando una pérdida importante de información (44,1%), mayor en hombres (46,2%) que en mujeres (29,2%), la cual resulta lógica ante el hermetismo del suicidio. Fue importante la motivación de salud mental en las mujeres (41,7%) y enfermedad física en los hombres (21,7%), que sin contabilizar los casos en donde no se tenía este dato, representaron el 58,8% y 40,4% respectivamente (Tabla 4-2).

**Figura 4-10: Motivaciones del Suicidio Según Sexo**

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

**Tabla 4-2: Motivaciones del Suicidio Según Sexo**

Motivaciones	Casos Hombres n= 550 n (%)	Casos Mujeres n=102 n (%)	Casos Total n=652 n (%)
Amenazas	0 (0)	1 (1,0)	1 (0,2)
Adicciones	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,2)
Conflictos	59 (10,7)	4 (3,9)	63 (9,7)
Depresión	21 (3,8)	6 (5,9)	27 (4,1)
Discapacidad	53 (9,6)	3 (2,9)	56 (8,6)
Económicos	68 (12,4)	7 (6,9)	75 (11,5)
Enfermedad física	<b>222 (40,4)</b>	14 (13,7)	<b>236 (36,2)</b>
Enfermedad mental	82 (14,9)	<b>60 (58,8)</b>	<b>142 (21,8)</b>
Legales	11 (2,0)	0 (0,0)	11 (1,7)
Pérdida	29 (5,3)	6 (5,9)	35 (5,4)
Violencia	4 (0,7)	1 (1,0)	5 (0,8)

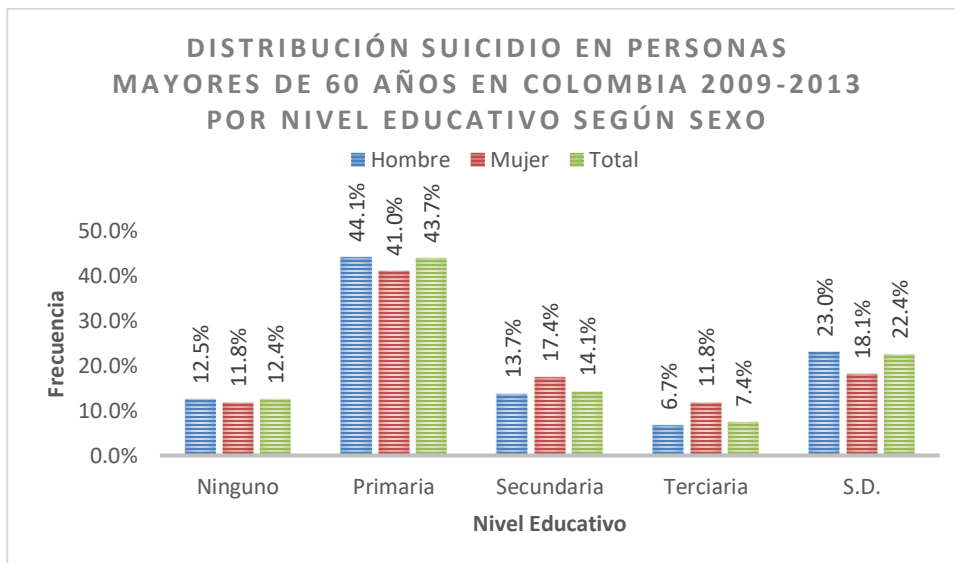
Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

Según lo anterior, la toma de la decisión suicida muchas veces está motivada por enfermedades físicas, especialmente en los hombres, las cuales se caracterizaron por tipo de enfermedad para los casos que reportaron antecedentes médicos de alguna índole. Las enfermedades cardiovasculares y pulmonares lideran la lista (33,5% y 22,9% respectivamente), seguidas por enfermedades genito-urinarias y cáncer. Debido a la pobre calidad de los datos, estas cifras se incluyen con carácter informativo en el Anexo E.

#### 4.2.5 Frecuencia por Nivel Educativo, Convivencia y Estado Civil

La variable nivel educativo, se categorizó en primaria, secundaria, terciaria y sin educación, según el último año cursado registrado. Tanto para hombres como para mujeres la mayor proporción de casos se dio en educación primaria (44,1% y 43,7%), incluso considerando una pérdida de información del 22,4% para toda la población. Este dato únicamente expresa la distribución de los casos por nivel educativo, pero al no tener acceso de distribución poblacional general por nivel educativo, no fue posible realizar cálculos de la tasa de suicidio por nivel educativo. La totalidad de esta distribución con sus respectivos valores según sexo se puede apreciar en la Figura 4-11.

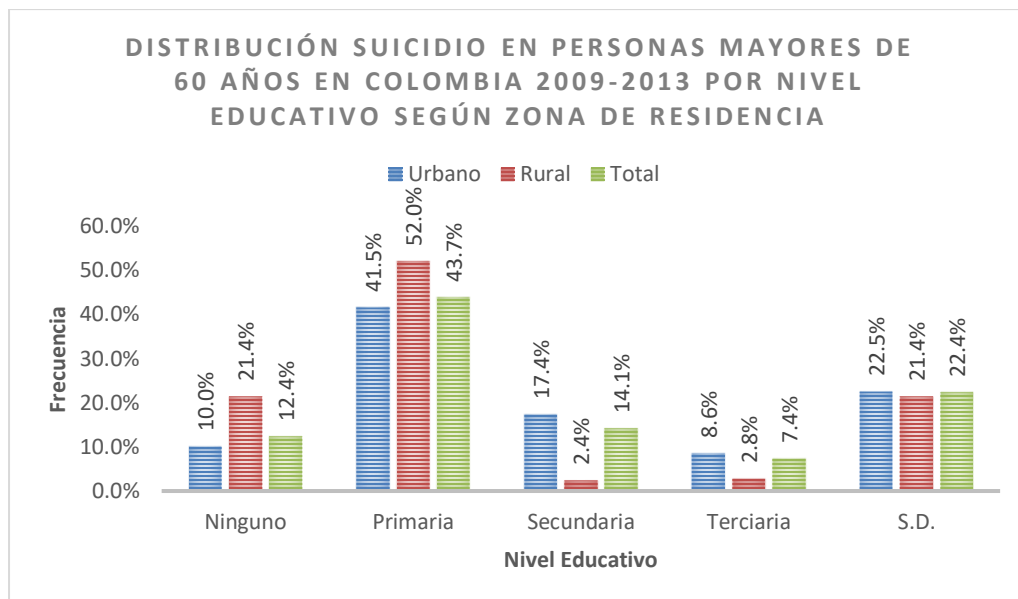
**Figura 4-11:** Nivel Educativo de los Suicidas según Sexo



Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

La zona de residencia se categorizó en rural y urbano, y no siempre coincidía con la zona en la que ocurrió el acto suicida. Teniendo en cuenta que el determinante social que tiene impacto en la calidad de vida es el lugar de residencia, se descartó la zona del hecho como variable de análisis. En la figura 4-12 se puede apreciar esta distribución, en la cual se destaca que el 73,4% de las personas que habitaban en zona rural pertenecían a nivel primaria o sin educación. Considerando el 21,4% de pérdida de información para esta zona, únicamente el 5,2% contaban con educación secundaria o terciaria (que correspondía a profesional o postgradual). Como es lógico, para la zona urbana se encontró una mayor proporción de personas con educación secundaria o terciaria (26%) en comparación con la zona rural y menos proporción de personas sin educación (10%).

**Figura 4-12:** Nivel Educativo de los Suicidas según Zona de Residencia

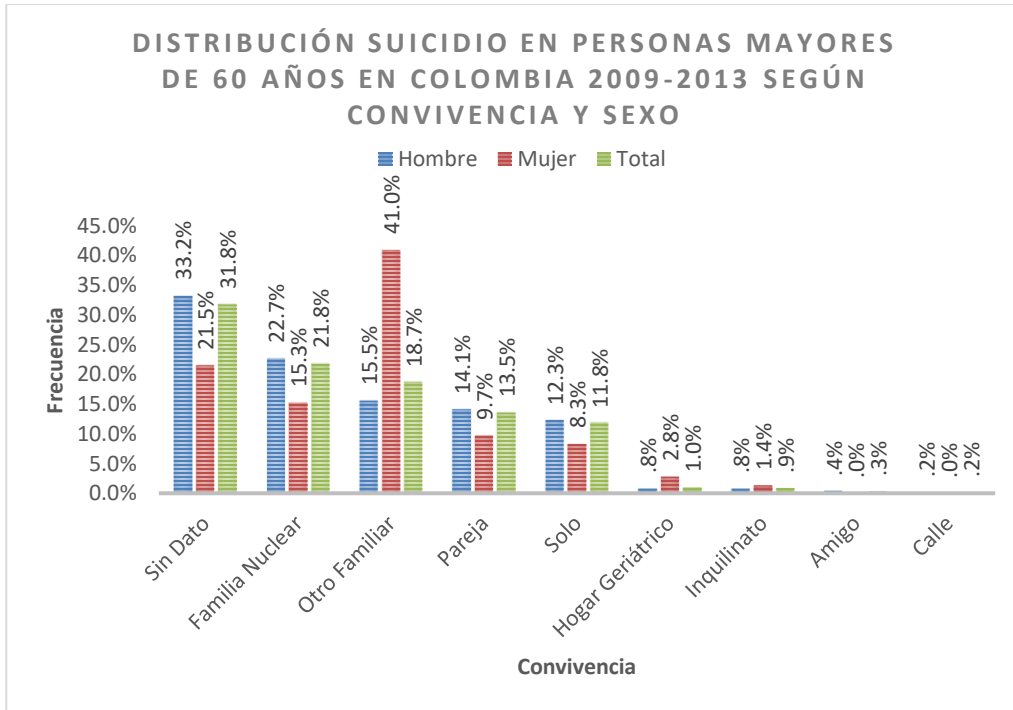


Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

Con respecto a la convivencia, ante las múltiples posibilidades de esta, se plantearon ocho categorías que acogen todas las opciones encontradas. Esta variable tuvo una pérdida de información importante (31,8%), la cual fue mayor en los hombres (33,2%) que en las mujeres (21,5%). Un dato significativo fue que el 41% de las mujeres convivían con otro familiar distinto a su cónyuge o hijos, mientras que para los hombres el mayor valor (22,7%)

correspondió a aquellos que convivían en un núcleo familiar (cónyuge e hijos). En la figura 4-13 se muestran las proporciones para cada una de las categorías según sexo.

**Figura 4-13:** Convivencia de los Suicidas según Sexo

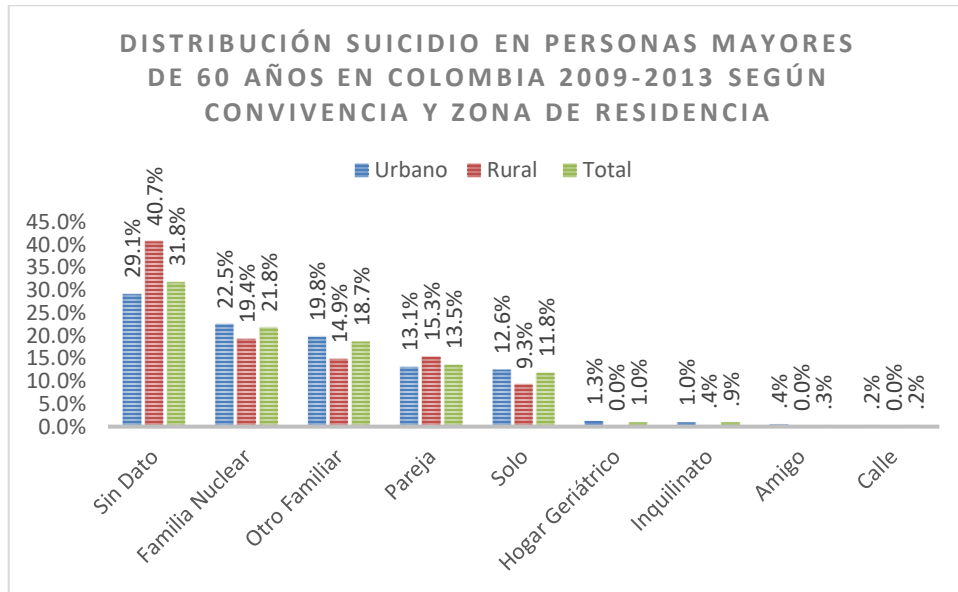


Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

La variable convivencia también se distribuyó según la zona de residencia, sin embargo, esta no presentó diferencias importantes entre lo rural y lo urbano. El único dato llamativo fue la gran pérdida de información para la zona rural, la cual llegó al 40,7%, en contraste con un 29,1% para la zona urbana. Esta información se puede detallar en la figura 4-14.

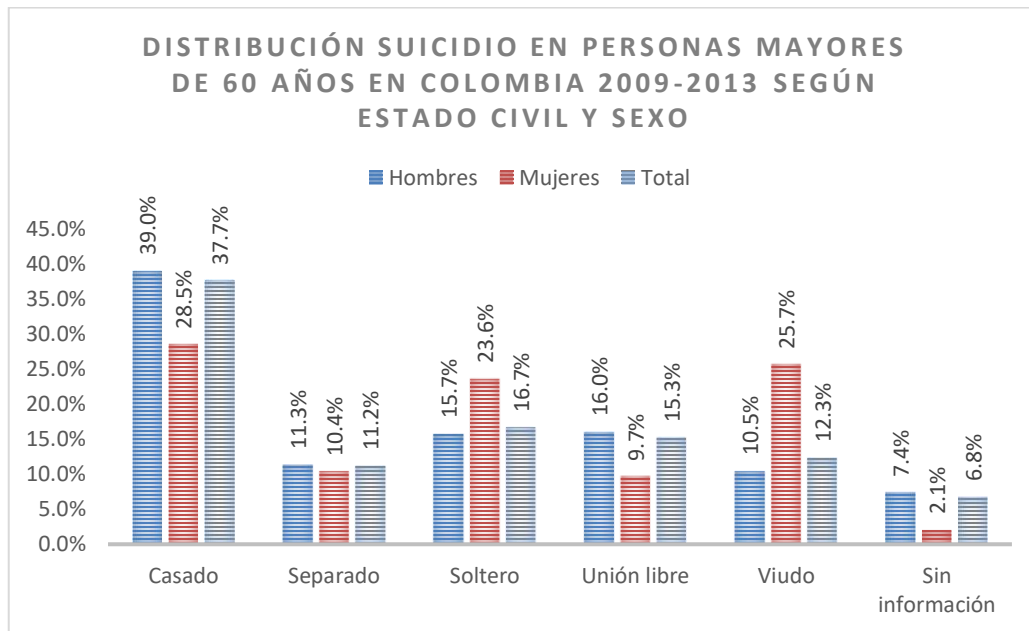
Una variable relacionada con convivencia es el estado civil, que para el caso de este estudio mostró que el estado civil predominante en ambos sexos fue el casado (37,7%), sin embargo, hay unas diferencias llamativas para los otros estados civiles, como el hecho de una mayor frecuencia de ser viudo (25,7%) o soltero (23,6%) en las mujeres en comparación con los hombres (10,5% y 15,7% respectivamente). Las frecuencias para el estado civil según el sexo se aprecian en la figura 4-15.

**Figura 4-14:** Convivencia de los Suicidas Según Zona de Residencia



Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.

**Figura 4-15:** Estado Civil de los Suicidas Según Sexo



Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados del INML y CF y las proyecciones censales del DANE.





# 5 Desigualdades en el Suicidio de las Personas Mayores

## 5.1 Introducción

Desde el punto de vista de la Salud Pública, el suicidio es un tipo de violencia autoinfligida, en la cual la persona o víctima atenta contra su propia vida con el propósito de prescindir de ella (Organización Mundial de la Salud, 2013). Aunque el intento de suicidio se ha incluido dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10, el mismo es un fenómeno complejo que debe considerarse y abordarse desde una perspectiva mucho más integral (Miranda et al., 2016; Okolie et al., 2017). Esta visión se ve reflejada en el hecho de que un número importante de los estudios disponibles sobre el tema se enfocan en análisis de índole epidemiológico que se basan en la identificación y abordaje de factores de riesgo con propósitos diagnósticos, preventivos y terapéuticos (Shah & Zarate-Escudero, 2014; Sinyor et al., 2017).

Si bien, desde el 2010 algunos autores ya empezaban a introducir el tema de los determinantes sociales en la salud mental (Adler Institute on Social Exclusion, 2010; Fisher & Baum, 2010), fue hasta el 2014 que la OMS empezó a considerar su modelo de Determinantes Sociales de la Salud como una herramienta importante para el abordaje de la salud mental:

*La salud mental de una persona y muchos trastornos mentales comunes están configurados por diversos entornos sociales, económicos y físicos que operan en diferentes etapas de la vida. Los factores de riesgo de muchos trastornos mentales comunes están fuertemente asociados con las desigualdades sociales, por lo que cuanto mayor sea la desigualdad, mayor será el riesgo de inequidad (World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014)*

Aún a pesar de este avance, y de publicaciones posteriores (Allen et al., 2014; Carvalho et al., 2020; Compton & Shim, 2015; Shim et al., 2014), el desarrollo académico sobre los determinantes sociales de la salud y las inequidades en el suicidio sigue siendo limitada y mantiene una tendencia a centrarse en la identificación de factores de riesgo de índole individual. Por otra parte, el abordaje del suicidio en las personas mayores o de la tercera edad continúa siendo un tema de poco interés para muchos sectores (Okolie et al., 2017), considerando el bajo impacto que representa la inversión en medidas preventivas en la economía productiva, y, por el contrario, el favorecimiento que el fenómeno trae a la carga pensional y sanitaria de los sistemas de protección social en la mayoría de los países.

El presente capítulo desarrolla el segundo objetivo específico de la investigación, el cual es realizar una identificación de desigualdades a través de los determinantes sociales de la salud en las personas adultas mayores de 60 años que cometieron suicidio en Colombia entre el 2009 y 2013

## **5.2 Resultados**

Según lo referido en la metodología, los resultados se presentarán en dos secciones. Una primera descriptiva, con las tasas de mortalidad por suicidio según sexo y zona de residencia por departamentos, así como las tasas de mortalidad por muerte natural, y posteriormente una segunda sección con la caracterización, los resultados de la regresión logística y el cálculo de OR para cada una de las variables (determinantes sociales) seleccionados.

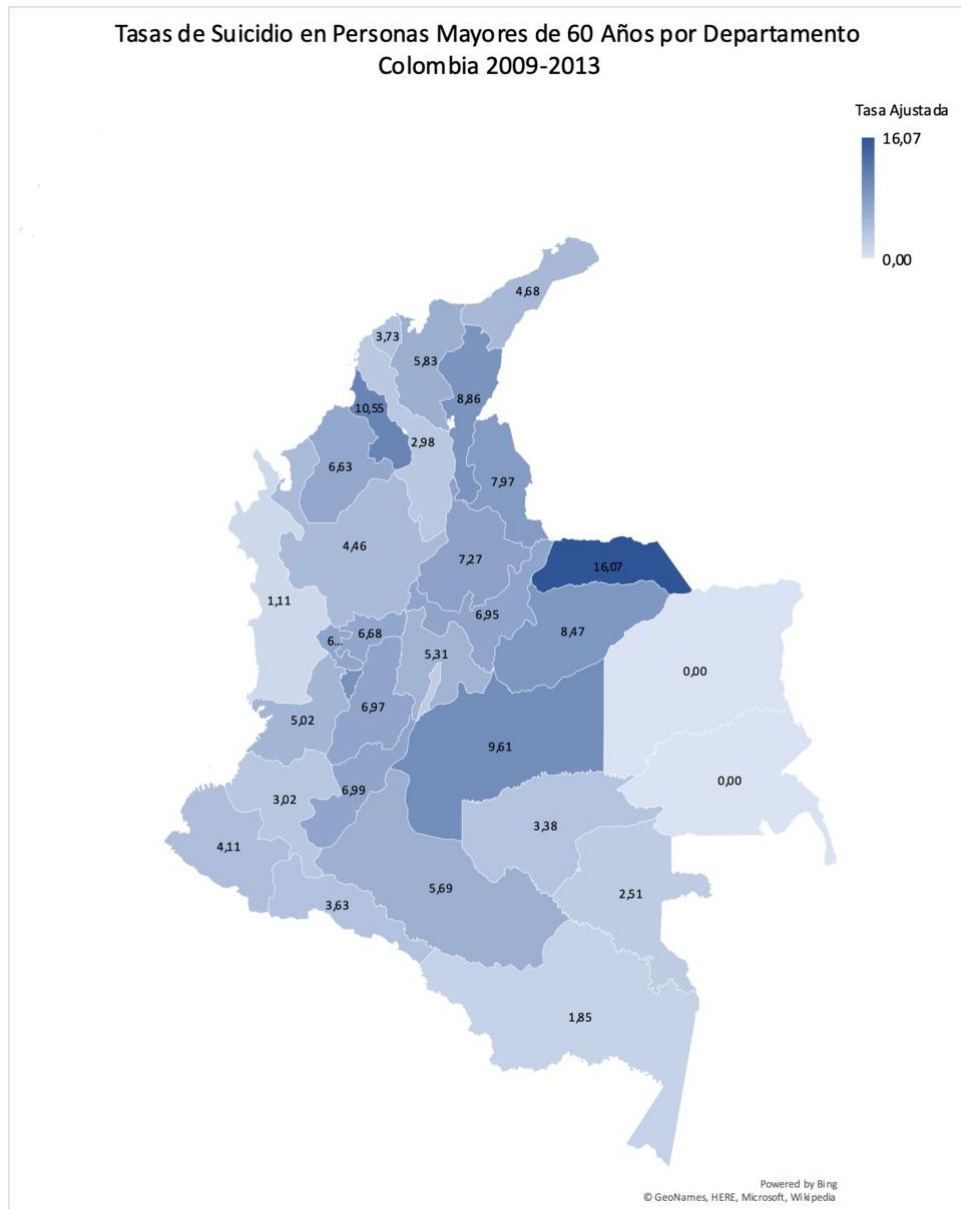
### **5.2.1 Tasas de Mortalidad por Suicidio**

Las EE.VV. del DANE mostraron 1271 casos de muerte por suicidio y 606.402 casos de muerte natural en personas mayores de 60 años entre los años 2009 y 2013 en Colombia. Las tasas de mortalidad por suicidio ajustadas (TMA) por sexo, edad y zona de residencia se presentan a continuación.

En términos de tasas por departamentos (Figura 5-1), el comportamiento fue similar a las evidenciadas con los datos de la fase I cuya fuente fue el INML y CF (Figura 4-4), aunque para los datos de las EE.VV. del DANE los valores fueron mayores debido a que se reportan más casos. Los departamentos de Arauca (16,07), Sucre (10,55), Meta (9,61) y Quindío (9,12), se mantienen como las regiones con mayores TMA x 100.000 habitantes,

mientras que Guainía, Vichada y el Archipiélago de San Andrés y Providencia, no reportaron ningún caso para el periodo de tiempo evaluado. El detalle de las TMA departamentales se aprecia en la Figura 5-1 y en el Anexo F.

**Figura 5-1:** Tasas de suicidio en mayores de 60 años por departamento, Colombia 2009-2013 – Datos DANE

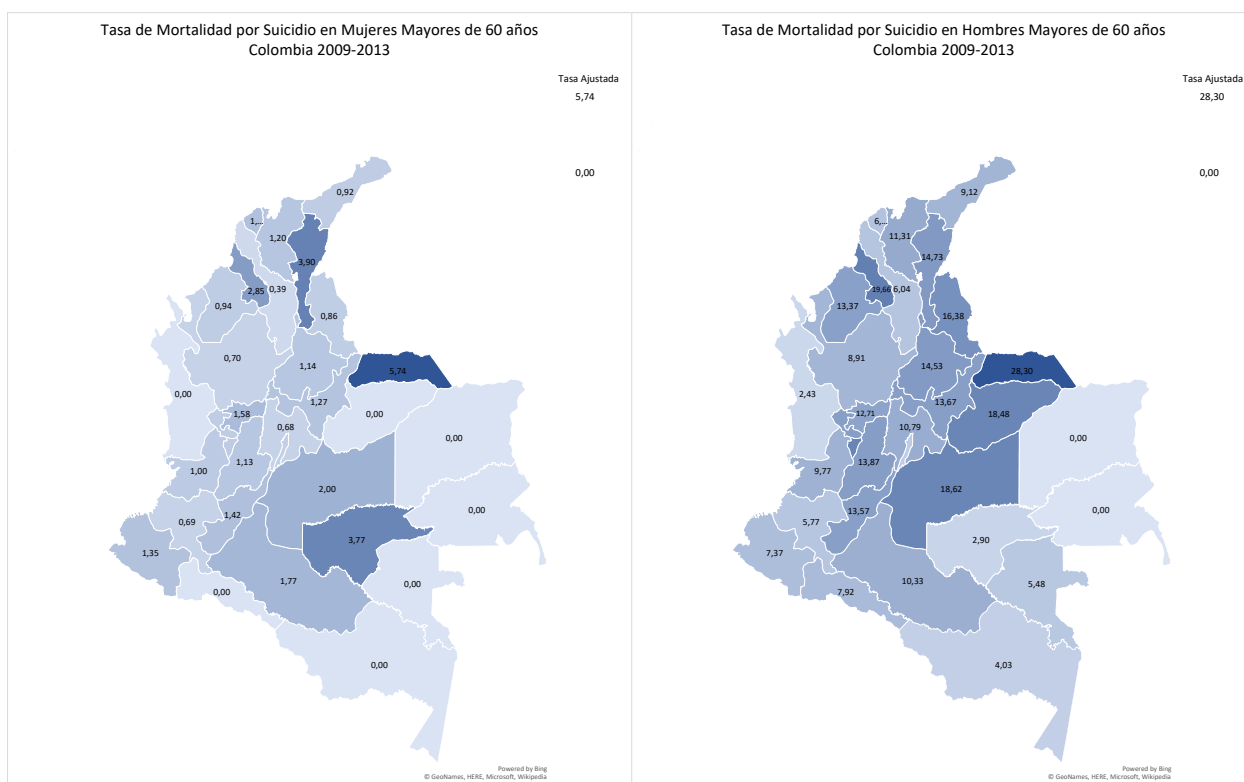


\* Tasa ajustada por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. y proyecciones censales del DANE.

Al realizar la discriminación de las TMA departamentales según sexo, se hace evidente la brecha que existe entre hombres y mujeres mayores de 60 años con respecto al suicidio (Figura 28). En todos los departamentos, a excepción del Guaviare, la tasa en hombres superó entre 2,4 hasta 19,3 veces la tasa femenina. Los departamentos donde hubo mayor razón de tasas de mortalidad (RTM) fueron Quindío (RTM=19,3), Norte de Santander (RTM=19,1), Casanare (RTM=18,5), Cundinamarca (RTM=15,9), Bolívar (RTM=15,3) y Córdoba (14,3). Como se mencionó previamente, los departamentos de Vichada, Guainía y el Archipiélago de San Andrés y Providencia, no reportaron ningún caso para el periodo de tiempo evaluado en los dos sexos, al igual que Amazonas, Casanare, Chocó, Putumayo y Vaupés para los casos femeninos. El detalle de las tasas departamentales por sexo se aprecia en la Figura 5-2 y en el Anexo F.

**Figura 5-2:** Tasas de suicidio en mayores de 60 años por departamento según sexo, Colombia 2009-2013 – Datos DANE



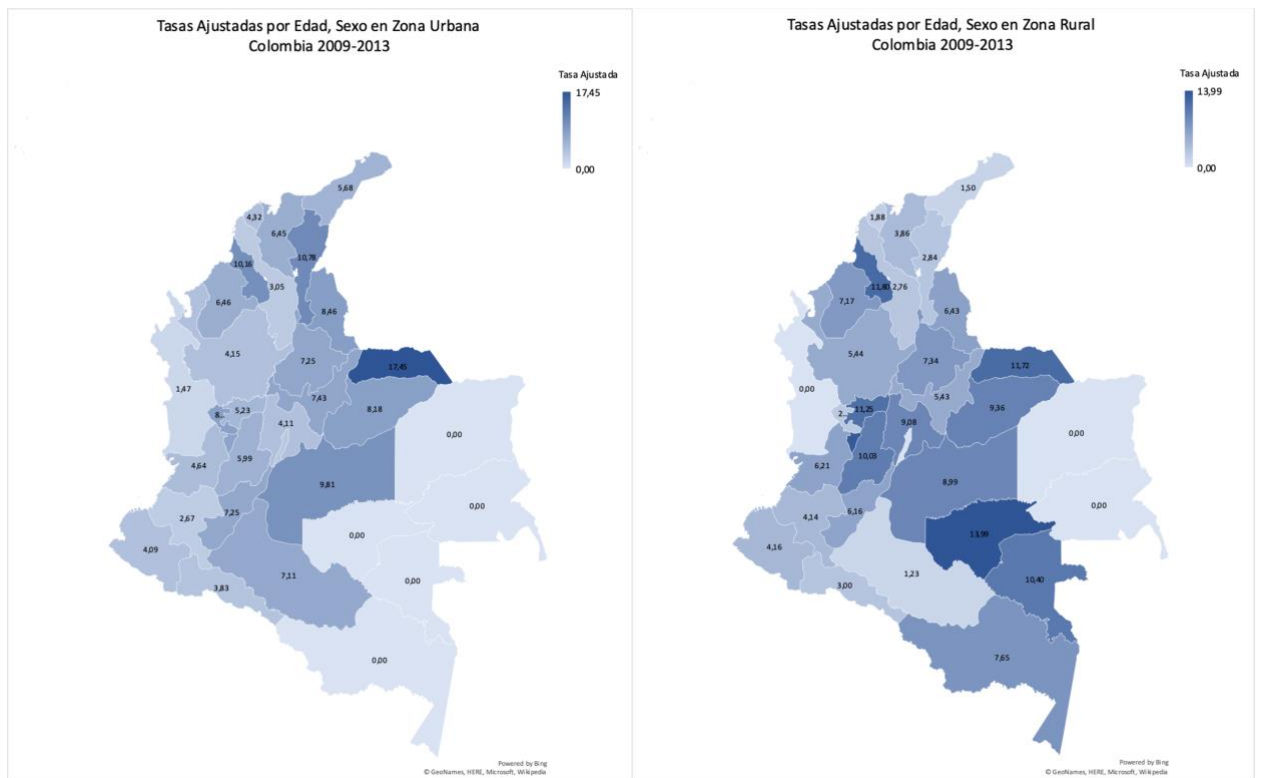
\* Tasa ajustada por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. y proyecciones censales del DANE.

Las TMA departamentales por suicidio según zona de residencia mostraron unas diferencias interesantes por regiones, aunque no tan homogéneas (Figura 5-3), ya que no se presenta una tendencia a mayores tasas en una zona con respecto a otra. Los departamentos que presentaron mayores TMA x 1000.000 habitantes en la zona rural fueron Guaviare (13,99), Quindío (13,50), Sucre (11,80), Arauca (11,72) y Caldas (11,25); mientras que en la zona urbana se destacaron Arauca (17,45), Cesar (10,78) y Sucre (10,16).

El detalle de las TMA por edad y sexo, según la zona de residencia en los departamentos se aprecia en la Figura 5-3 y en el Anexo F.

**Figura 5-3:** Tasas de suicidio en mayores de 60 años por departamento según zona de residencia, Colombia 2009-2013 – Datos DANE



\* Tasa ajustada por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. y proyecciones censales del DANE.

## 5.2.2 Tasas de Mortalidad por Suicidio y Muerte Natural

De igual manera se realizó el cálculo de Las TMA departamentales por suicidio y muerte natural, pero en esta ocasión según zona de residencia y sexo de manera simultánea. Con referencia a las TMA por suicidio (Tabla 5-1), se aprecia un comportamiento similar a los resultados presentados en las Figuras 27, 28 y 29, pero evidenciando con mayor claridad el grupo poblacional que realiza mayor aporte a la tasa departamental. En este sentido, para el caso de la TMA por suicidio, se destacan de manera importante los hombres urbanos de Arauca (30,73), Meta (20,86) y Sucre (19,79); los hombres rurales de Quindío (25,51), Arauca (22,06) y Caldas (21,18); las mujeres urbanas de Arauca (7,25) y Cesar (4,93); y las mujeres rurales del Guaviare (18,09).

**Tabla 5-1:** Tasa Mortalidad ajustadas por edad y sexo por Suicidio Personas Mayores de 60 años según Sexo y Zona. Colombia 2009-2013

Departamento	Hombres				Mujeres			
	Urbano		Rural		Urbano		Rural	
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*
Amazonas	-	-	1	14,40	-	-	-	-
Antioquia	91	8,58	36	9,77	11	0,75	2	0,54
Arauca	8	30,73	4	22,06	2	7,25	-	-
Archipiélago de San Andrés	-	-	-	-	-	-	-	-
Atlántico	36	7,67	1	3,53	10	1,74	-	-
Bogotá	98	6,29	-	-	22	1,00	-	-
Bolívar	21	6,37	6	5,20	2	0,50	-	-
Boyacá	27	15,00	20	10,23	4	1,61	-	-
Caldas	18	9,42	20	21,18	5	2,00	-	-
Caquetá	6	13,45	1	2,32	1	2,23	-	-
Casanare	7	18,82	3	17,62	-	-	-	-
Cauca	5	5,16	17	7,35	1	0,75	1	0,49
Cesar	24	18,38	3	5,34	7	4,93	-	-
Choco	1	3,38	-	-	-	-	-	-
Córdoba	21	13,51	25	12,99	2	1,03	1	0,58
Cundinamarca	36	9,18	35	14,94	1	0,22	5	2,43
Guainía	-	-	-	-	-	-	-	-
Guaviare	-	-	1	10,38	-	-	1	18,09

Huila	20	14,34	13	11,59	3	1,80	-	-
La Guajira	8	11,57	2	2,83	1	1,16	-	-
Magdalena	22	12,88	6	7,26	3	1,51	-	-
Meta	28	20,86	7	12,85	2	1,31	2	4,62
Nariño	13	8,15	13	5,37	2	0,97	6	2,79
Norte de Santander	39	18,04	9	12,10	3	1,08	-	-
Putumayo	2	8,80	2	5,65	-	-	-	-
Quindío	22	16,19	6	25,41	2	1,23	-	-
Risaralda	32	17,27	3	4,67	3	1,20	-	-
Santander	55	15,32	18	12,51	5	1,05	2	1,48
Sucre	25	19,79	15	19,34	4	2,75	2	3,25
Tolima	33	12,48	27	17,45	3	1,00	2	1,61
Valle del Cauca	88	9,49	17	10,49	11	0,90	2	1,35
Vaupés	-	-	1	19,57	-	-	-	-
Vichada	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>786</b>		<b>312</b>		<b>110</b>		<b>26</b>	

\* Tasa ajustada por 100.000 hab

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. y proyecciones censales del DANE.

Para el caso de las TMA por muerte natural, los valores evidencian una tendencia a presentar tasas mucho mas bajas en las zonas rurales para departamentos con mayor presencia de ruralidad, minorías étnicas y población dispersa; mientras que aquellos departamentos con grandes centros urbanos, si bien también son tendientes a tener TMA por muerte natural mas altas en las zonas urbanas que rurales, la diferencia no es tan marcada como en los anteriores. Llama la atención de manera muy especial el valor de TMA atípico que presenta Bogotá para la zona rural en ambos sexos (74.872,86/100.000 habitantes para hombres y 72.991,35/100.000 habitantes para mujeres). El detalle de estos valores se puede apreciar en la Tabla 5-2.

**Tabla 5-2:** Tasa ajustada por edad y sexo, por Muerte Natural Personas Mayores de 60 años según Sexo y Zona. Colombia 2009-2013

Departamento	Hombres				Mujeres			
	Urbano		Rural		Urbano		Rural	
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*
Amazonas	120	5.514,18	37	741,11	106	5.490,96	21	563,89
Antioquia	34.759	3.295,34	7.301	2.083,14	38.951	2.696,26	5.791	1.738,87
Arauca	783	3.316,16	341	1.911,57	651	2.585,98	212	1.609,23
Archipiélago de San Andrés	190	2.170,66	78	1.973,11	181	1.568,13	96	2.679,78
Atlántico	13.917	2.973,39	464	1.787,89	14.893	2.458,14	321	1.519,71
Bogotá	<b>46.157</b>	<b>3.188,00</b>	<b>2.703</b>	<b>74.872,86</b>	<b>51.608</b>	<b>2.588,81</b>	<b>2.235</b>	<b>72.991,35</b>
Bolívar	8.036	2.399,23	1.198	1.052,17	8.145	1.980,56	921	959,43
Boyacá	5.277	2.727,90	5.300	2.494,45	5.767	2.136,58	4.436	2.172,69
Caldas	7.012	3.565,88	2.259	2.332,28	7.318	2.807,13	1.748	1.996,27
Caquetá	1.708	3.679,49	384	893,97	1.357	2.868,18	203	656,41
Casanare	1.029	3.079,15	400	2.569,90	882	2.295,13	240	2.052,82
Cauca	2.905	2.949,89	3.188	1.379,80	3.034	2.191,27	2.769	1.261,25
Cesar	3.918	2.986,54	792	1.482,06	3.582	2.589,40	553	1.415,60
Choco	740	2.267,50	138	316,79	807	1.716,33	121	288,01
Córdoba	5.350	3.196,31	2.689	1.355,37	5.481	2.647,86	2.239	1.314,15
Cundinamarca	9.636	2.412,68	5.981	2.554,41	9.603	1.870,10	4.774	2.312,56
Guainía	54	4.754,80	17	415,81	50	5.994,42	10	298,80
Guaviare	153	2.740,33	86	1.120,19	98	2.073,84	27	565,53
Huila	5.463	3.869,57	2.489	2.218,38	5.468	3.142,97	1.727	1.821,13
La Guajira	1.154	1.628,27	363	530,36	1.039	1.110,97	312	499,57
Magdalena	5.326	2.938,01	1.320	1.599,77	4.995	2.499,10	966	1.495,38
Meta	5.179	3.874,62	1.112	2.133,68	4.201	3.076,83	622	1.675,97
Nariño	4.886	2.893,91	4.252	1.693,88	5.581	2.489,73	4.176	1.807,96
Norte de Santander	8.461	3.802,05	1.275	1.740,11	8.356	3.030,45	909	1.523,80
Putumayo	516	2.230,18	260	725,52	454	1.692,02	193	667,99
Quindío	5.274	3.878,49	549	2.466,73	4.800	2.925,98	372	2.045,32
Risaralda	7.269	3.937,31	1.576	2.499,25	7.412	3.048,89	1.073	1.970,15
Santander	12.778	3.467,95	3.413	2.358,70	13.190	2.592,37	2.538	1.840,07
Sucre	3.241	2.529,58	1.123	1.442,28	3.291	2.223,80	878	1.433,06
Tolima	9.386	3.384,39	3.622	2.314,36	8.811	2.732,17	2.565	2.072,17
Valle del Cauca	31.536	3.351,78	4.304	2.696,49	32.900	2.646,27	3.369	2.322,83



Vaupés	35	2.595,00	35	791,33	27	1.513,36	25	506,19
Vichada	73	2.538,69	15	306,61	58	2.274,80	6	96,45
<b>TOTAL</b>	<b>242.321</b>		<b>59.064</b>		<b>253.097</b>		<b>46.448</b>	

\* Tasa ajustada por 100.000 hab

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. y proyecciones censales del DANE.

### 5.2.3 Determinantes Sociales de la Salud y su Asociación con el tipo de Muerte: Frecuencias y OR de los DSS

A continuación, se muestran los resultados de la distribución (frecuencias) de los casos de muerte por suicidio Vs. Muerte natural, así como el análisis de la asociación o el riesgo de cada uno de los DSS con respecto a la muerte por suicidio. Los DSS analizados fueron sexo, edad, estado civil, zona de residencia, régimen de aseguramiento en salud, nivel educativo y pertenencia étnica.

#### 5.2.3.1 Sexo

Con respecto al sexo, se evidenció una mayor frecuencia y proporción de casos de suicidio en hombres que en mujeres, mientras que las frecuencias por muerte natural fueron homogéneas para ambos sexos (Tabla 5-3).

**Tabla 5-3:** Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Sexo. Mayores de 60 años 2009-2013.

Sexo	Natural		Suicidio		Total
	casos	n [%]	casos	n [%]	
Mujer	301.935	[ 99,95 ]	138	[ 0,05 ]	302.073
Hombre	304.467	[ 99,63 ]	1.133	[ 0,37 ]	305.600
Total	606.402	[ 99,79 ]	1.271	[ 0,21 ]	607.673

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

Se encontró una asociación importante entre el sexo masculino y la muerte por suicidio, evidenciando un riesgo 8,14 veces mayor en hombres en comparación con las mujeres (Tabla 5-4)

**Tabla 5-4:** OR Suicidio por Sexo. Mayores de 60 años 2009-2013.

Sexo	Odds Ratio (IC 95%)	p Valor
Mujer	1,00	
Hombre	8,14 ( 6,82 , 9,72 )	0,001

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

### 5.2.3.2 Edad.

Para la variable edad, se evidenció que en la medida en que se incrementa el grupo quinquenal, se disminuye la proporción de casos de suicidio con respecto a los de muerte natural. Las muertes naturales tuvieron su pico de casos en la población evaluada en las categorías 75-79 años y 80-84 años, mientras que los casos de suicidio disminuyen a mayor edad. Estas cifras se detallan en la Tabla 5-5.

**Tabla 5-5:** Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Edad. Mayores de 60 años 2009-2013.

Edad	Natural		Suicidio		Total
	casos	n [%]	casos	n [%]	
60 - 64 años	57.432	[ 99,37 ]	366	[ 0,63 ]	57.798
65 - 69 años	68.857	[ 99,58 ]	287	[ 0,42 ]	69.144
70 - 74 años	89.647	[ 99,71 ]	260	[ 0,29 ]	89.907
75 - 79 años	106.723	[ 99,85 ]	159	[ 0,15 ]	106.882
80 - 84 años	114.156	[ 99,90 ]	115	[ 0,10 ]	114.271
85 - 89 años	91.061	[ 99,94 ]	54	[ 0,06 ]	91.115
90 - 94 años	54.046	[ 99,96 ]	23	[ 0,04 ]	54.069
95 - 99 años	19.983	[ 99,96 ]	7	[ 0,04 ]	19.99
100 y más años	4.497	[ 100,00 ]	0	[ 0,00 ]	4.497
Total	606.402	[ 99,79 ]	1.271	[ 0,21 ]	607.673

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

El análisis de la edad como factor de riesgo de suicidio en este grupo de sujetos, mostró la edad como un efecto protector de suicidio (Tabla 5-6) y que aumenta con los quinquenios, lo cual es contradictorio con respecto a lo evidenciado en los resultados de tasas de suicidio por grupo de edad. Dicho resultado podría deberse a la presencia del sesgo de prevalencia/incidencia o también llamado sesgo de Neyman (Hill et al., 2003; Swanson et al., 2018), cuyo análisis se ampliará en la discusión de los resultados.

**Tabla 5-6:** OR Suicidio por Edad. Mayores de 60 años 2009-2013.

Edad	Odds Ratio (IC 95%)	p Valor
60 - 64 años	1,00	
65 - 69 años	0,65 ( 0,56 , 0,76 )	0,001
70 - 74 años	0,46 ( 0,39 , 0,53 )	0,001
75 - 79 años	0,23 ( 0,19 , 0,28 )	0,001
80 - 84 años	0,16 ( 0,13 , 0,19 )	0,001
85 - 89 años	0,09 ( 0,07 , 0,12 )	0,001
90 - 94 años	0,07 ( 0,04 , 0,10 )	0,001
95 - 99 años	0,05 ( 0,03 , 0,12 )	0,001
100 y más años	1,00 ( omitido )	

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

### 5.2.3.3 Estado Civil.

Con respecto al estado civil, aunque la mayor cantidad de casos para la población del estudio se dieron en viudo (205.574 casos) y casado (181.425 casos), fueron los separados o divorciados quienes presentaron una mayor proporción de muertes por suicidio con respecto a las muertes naturales de su misma categoría. Esta distribución se aprecia en la Tabla 5-7.

Para la relación del estado civil entre los muertos por suicidio y muerte natural, la categoría de referencia seleccionada fue casado, considerando que tradicionalmente ha sido señalado en los estudios como un factor protector para el suicidio (Carvalho et al., 2020; Crestani et al., 2019). Para esta variable, los dos resultados que mostraron asociación estadísticamente significativa fueron unión libre y separado o divorciado, en las cuales el riesgo de muerte por suicidio fue de 1,45 y 1,73 veces mayor en estos estados civiles en

comparación con los casados. El ser viudo, en cambio, se mostró como un factor protector. Las cifras se detallan en la tabla 5-8.

**Tabla 5-7:** Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Estado Civil. Mayores de 60 años 2009-2013.

Estado Civil	Natural		Suicidio		Total
	casos	n [%]	casos	n [%]	
Casado	180.985	[ 99,76 ]	440	[ 0,24 ]	181.425
Unión libre	52.167	[ 99,65 ]	184	[ 0,35 ]	52.351
Separado_divorciado	23.497	[ 99,57 ]	102	[ 0,43 ]	23.599
Viudo	205.409	[ 99,92 ]	165	[ 0,08 ]	205.574
Soltero	75.385	[ 99,72 ]	209	[ 0,28 ]	75.594
Sin información	68.959	[ 99,75 ]	171	[ 0,25 ]	69.130
Total	606.402	[ 99,79 ]	1.271	[ 0,21 ]	607.673

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

**Tabla 5-8:** OR Suicidio por Estado Civil. Mayores de 60 años 2009-2013.

Estado Civil	Odds Ratio (IC 95%)	p Valor
Casado	1,00	
Unión libre	1,45 ( 1,22 , 1,72 )	0,001
Separado_divorciado	1,79 ( 1,44 , 2,22 )	0,001
Viudo	0,33 ( 0,28 , 0,40 )	0,001
Soltero	1,14 ( 0,97 , 1,34 )	0,118
Sin información	1,02 ( 0,85 , 1,22 )	0,826

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

#### 5.2.3.4 Zona de Residencia

La variable Zona de Residencia se categorizó en Urbana y Rural. Con respecto a las frecuencias de los casos, numéricamente hubo más muertes en la zona urbana que en la rural, pero considerando la proporción de casos de suicidio con respecto a muerte natural para la misma categoría, el mayor valor se dio en los casos en que no se pudo establecer la zona de residencia del occiso (Tabla 5-9).

**Tabla 5-9:** Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Zona de Residencia. Mayores de 60 años 2009-2013.

Zona	Natural		Suicidio		Total
	casos	n [%]	casos	n [%]	
Urbano	495.418	[ 99,82 ]	896	[ 0,18 ]	496.314
Rural	105.512	[ 99,68 ]	338	[ 0,32 ]	105.850
Sin Información	5.472	[ 99,33 ]	37	[ 0,67 ]	5.509
Total	606.402	[ 99,79 ]	1.271	[ 0,21 ]	607.673

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

En el análisis de asociación por zona de residencia, la categoría de referencia fue la zona urbana, bajo la premisa que las condiciones y calidad de vida de las personas mayores en Colombia son mejores en lo urbano que en lo rural. Para esta variable, tanto la zona rural como la categoría “sin información” mostraron asociación estadísticamente significativa, en las cuales el riesgo fue de 1,77 y 3,82 veces mayor en estas zonas de residencia en comparación con los residentes de la zona urbana. Las cifras se detallan en la tabla 5-10.

**Tabla 5-10:** OR Suicidio por Zona de Residencia. Mayores de 60 años 2009-2013.

Zona	Odds Ratio (IC 95%)	p Valor
Urbano	1,00	
Rural	1,77 ( 1,56 , 2,01 )	0,001
Sin Información	3,82 ( 2,72 , 5,36 )	0,001

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

### 5.2.3.5 Régimen de Aseguramiento en Salud

El régimen de aseguramiento en salud se clasificó según lo estipula el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. En relación con las frecuencias (Tabla 5-11), los no asegurados resultaron tener la mayor proporción de muertes por suicidio (2,50%) en comparación con los otros regímenes de aseguramiento, seguido de los no asegurados

(0.60%). Sin embargo, la mayor cantidad de población, tal como sucede en la totalidad de la población colombiana, se concentró en los regímenes contributivo (247.586 personas) y subsidiado (291.893 personas), aunque es de resaltar que la población no asegurada (40.585 personas), superó inclusive a los individuos del régimen de excepción (17.481).

**Tabla 5-11:** Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Aseguramiento en Salud. Mayores de 60 años 2009-2013.

Aseguramiento	Natural		Suicidio		Total
	casos	n [%]	casos	n [%]	
Excepción	17.467	[ 99,92 ]	14	[ 0,08 ]	17.481
Contributivo	247.249	[ 99,86 ]	337	[ 0,14 ]	247.586
Subsidiado	291.406	[ 99,83 ]	487	[ 0,17 ]	291.893
Especial	2.844	[ 99,72 ]	8	[ 0,28 ]	2.852
No Asegurado	40.342	[ 99,40 ]	243	[ 0,60 ]	40.585
Sin Información	7.094	[ 97,50 ]	182	[ 2,50 ]	7.276
Total	606.402	[ 99,79 ]	1.271	[ 0,21 ]	607.673

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

Para el caso del análisis de riesgo según aseguramiento en salud (Tabla 5-12), la categoría de referencia seleccionada fue el régimen de excepción, considerando que en términos de desigualdades y calidad de vida es uno de los grupos que podría llegar a tener condiciones más favorables. En efecto los resultados mostraron un mayor riesgo de muerte por suicidio con respecto a la muerte natural en todos los demás regímenes. Las mayores probabilidades se dieron en los no asegurados (OR=7,52) y los casos en los cuales no se pudo identificar su régimen de afiliación (OR=32,01).

**Tabla 5-12:** OR Suicidio por Aseguramiento en Salud. Mayores de 60 años 2009-2013.

Aseguramiento	Odds Ratio (IC 95%)	p Valor
Excepción	1,00	
Contributivo	1,70 ( 1,00 , 2,90 )	0,052
Subsidiado	2,09 ( 1,23 , 3,55 )	0,007
Especial	3,51 ( 1,47 , 8,37 )	0,005
No Asegurado	7,52 ( 4,38 , 12,88 )	0,001
Sin Información	32,01 ( 18,57 , 55,16 )	0,001

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

### 5.2.3.6 Nivel Educativo

En lo referente al nivel educativo, si bien la mayoría de los casos para los dos tipos de muerte correspondió a primaria (276.446 casos), no fue esta categoría la que aportó una mayor proporción de casos de suicidio con respecto a muerte natural, sino que fue la categoría sin información (0,34%) seguida de educación superior (0,23%). Los resultados detallados se presentan en la tabla 5-13.

**Tabla 5-13:** Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Nivel Educativo. Mayores de 60 años 2009-2013.

Nivel Educativo	Natural		Suicidio		Total
	casos	n [%]	casos	n [%]	
Superior	21.747	[ 99,77 ]	50	[ 0,23 ]	21.797
Primaria	275.984	[ 99,83 ]	462	[ 0,17 ]	276.446
Secundaria	58.419	[ 99,78 ]	128	[ 0,22 ]	58.547
Ninguno	110.181	[ 99,86 ]	149	[ 0,14 ]	110.330
Sin información	140.071	[ 99,66 ]	482	[ 0,34 ]	140.553
Total	606.402	[ 99,79 ]	1.271	[ 0,21 ]	607.673

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

En el análisis de asociación del nivel educativo como factor de riesgo para suicidio en mayores de 60 años (Tabla 5-14), se tomó como categoría de referencia educación Superior, bajo el supuesto teórico de que la educación es un determinante social que mejora generacionalmente las condiciones de vida, y por lo tanto tienen un impacto positivo en la situación de salud de los individuos y las comunidades (Braveman et al., 2011; Kunst et al., 2004; I. Ordóñez-Monak et al., 2020; Stirbu et al., 2010). Los resultados evidencian que, contrario a este supuesto, ningún otro nivel educativo presentó un mayor riesgo de suicidio con respecto a la muerte natural, a excepción de la categoría Sin Información 1,50 más probabilidades de morir por suicidio que los individuos con educación superior.

**Tabla 5-14:** OR Suicidio por Nivel Educativo. Mayores de 60 años 2009-2013.

Nivel Educativo	Odds Ratio (IC 95%)	p Valor
Superior	1,00	
Primaria	0,73 ( 0,54 , 0,98 )	0,033
Secundaria	0,95 ( 0,69 , 1,32 )	0,773
Ninguno	0,59 ( 0,43 , 0,81 )	0,001
Sin información	1,50 ( 1,12 , 2,00 )	0,007

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

### 5.2.3.7 Pertenencia Étnica

La variable Pertenencia Étnica se seleccionó considerando que las minorías étnicas generalmente están caracterizadas por tener una identidad social y cultural que dista de la sociedad dominante, lo cual produce una potencial vulnerabilidad con respecto a las dinámicas de desarrollo y a los estilos de vida que deben asumir (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2010), lo cual puede impactar negativamente sus condiciones sociales, económicas y culturales, y por ende su estado de salud. Es importante aclarar que los nombres de las categorías mantuvieron el nombre original manejado por las EE. VV. del DANE.



La descripción de frecuencias mostrada en la tabla 5-15, permite evidenciar que ninguna de las categorías de minoría étnica presentó una proporción mayor de casos de suicidio con respecto a muerte natural en comparación con las categorías de ninguno o sin información. Aunque la mayoría de los casos de suicidio se presentaron precisamente en estas dos categorías, para las de minoría étnica la que tuvo un mayor aporte fue la pertenencia étnica negro (56 casos).

**Tabla 5-15:** Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural por Pertenencia Étnica. Mayores de 60 años 2009-2013.

Pertenencia Étnica	Natural		Suicidio		Total
	casos	n [%]	casos	n [%]	
Ninguno	542.290	[ 99,80 ]	1.100	[ 0,20 ]	543.390
Indígena	7.060	[ 99,86 ]	10	[ 0,14 ]	7.070
Rom	754	[ 99,87 ]	1	[ 0,13 ]	755
Raizal	651	[ 100,00 ]	0	[ 0,00 ]	651
Palenquero	237	[ 100,00 ]	0	[ 0,00 ]	237
Negro	30.039	[ 99,81 ]	56	[ 0,19 ]	30.095
Sin información	25.371	[ 99,59 ]	104	[ 0,41 ]	25.475
Total	606.402	[ 99,79 ]	1.271	[ 0,21 ]	607.673

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

En lo referente al análisis de asociación para la variable de pertenencia étnica, la categoría de referencia fue ninguna pertenencia étnica, bajo el supuesto teórico previamente mencionado de que las minorías étnicas son más vulnerables en términos de determinantes sociales que las poblaciones no pertenecientes a esta condición. En la tabla 5-16 se muestra que las categorías Raizal y Palenquero fueron omitidos por no haber presentado ningún caso en el periodo de estudio, mientras que las categorías Indígena, Rom y Negro no presentaron ninguna asociación. La única categoría que mostró asociación fue Sin Información, la cual tuvo 2 veces más riesgo de morir por suicidio que por muerte natural.

**Tabla 5-16:** OR Suicidio por Pertenencia Étnica. Mayores de 60 años 2009-2013.

Pertenencia Étnica	Odds Ratio (IC 95%)	p Valor
Ninguno	1,00	
Indígena	0,70 ( 0,37 , 1,30 )	0,259
Rom	0,65 ( 0,09 , 4,65 )	0,671
Raizal	1,00 ( omitido )	
Palenquero	1,00 ( omitido )	
Negro	0,92 ( 0,70 , 1,20 )	0,538
Sin información	2,02 ( 1,65 , 2,47 )	0,000

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

## 5.2.4 Análisis Multivariado

Teniendo en cuenta el comportamiento de las variables, en el cual, se presentaron algunos resultados significativos, pero también unos inesperados para variables que se supondrían de riesgo para suicidio, junto con el hecho de que en la mayoría de las categorías “sin información” se presentaron asociaciones significativas, se procedió a realizar un análisis multivariado con el propósito de ajustar los resultados considerando las posibles relaciones que pueden tener las variables en conjunto.

Uno de los principales cambios en el análisis multivariado (tabla 5-17), se presentó precisamente en los valores de las categorías “sin información”, y en las variables estado civil (OR=0,58) y zona de residencia (OR=0,87), los cuales perdieron asociación. En este análisis las variables pertenencia étnica (OR=1,29) y nivel educativo (OR=1,87), tuvieron leves modificaciones para esta categoría con respecto al análisis univariado. La variable que presentó la mayor variación entre el análisis univariado y el multivariado fue Seguridad Social, pasando de un OR=32,01 a un OR=23,94, que de todas formas resulta un valor bastante alto y significativo en la probabilidad de muerte por suicidio con respecto a muerte natural, para esta categoría en dicha variable.

---

Teniendo en cuenta que en el análisis a través de OR muchas de las categorías que presentaron asociación con valores significativos fueron “sin información”, y considerando la discusión metodológica y conceptual que existe en la literatura (Coutinho et al., 2008; Espelt et al., 2017) y el medio académico con respecto al uso e interpretación del OR en comparación con otras medidas de asociación (como razón de tasas - RR y razón de tasas de incidencia-IRR, o razón de prevalencia-PR), se realizó un cálculo adicional de los determinantes empleando Razón de Tasas de Incidencia (IRR) y omitiendo las categorías “sin información”. Considerando que la sobreestimación entre las dos medidas (OR e IRR) fue mínima, y que las conclusiones del presente capítulo no se modificaban sustancialmente empleando una u otra estimación, los resultados de este nuevo análisis, así como algunas conclusiones frente a dichos hallazgos, no se incluyeron en el capítulo y se detallan en el **Anexo G**.

**Tabla 5-17:** Frecuencia Casos Suicidio y Muerte Natural y OR Multivariado. Mayores de 60 años 2009-2013.

Variable		Natural n=( 606,402) n [%]	Suicidio n=( 1,271) n [%]	Odds Ratio (IC 95%)	p Valor
Sexo	Mujer	301.935 [ 99,95 ]	138 [ 0,05 ]	1,00	
	Hombre	304.467 [ 99,63 ]	1.133 [ 0,37 ]	6,28 ( 5,24 , 7,53 )	0,001
Edad	60 - 64 años	57.432 [ 99,37 ]	366 [ 0,63 ]	1,00	
	65 - 69 años	68.857 [ 99,58 ]	287 [ 0,42 ]	0,70 ( 0,60 , 0,82 )	0,001
	70 - 74 años	89.647 [ 99,71 ]	260 [ 0,29 ]	0,51 ( 0,43 , 0,60 )	0,001
	75 - 79 años	106.723 [ 99,85 ]	159 [ 0,15 ]	0,28 ( 0,23 , 0,34 )	0,001
	80 - 84 años	114.156 [ 99,90 ]	115 [ 0,10 ]	0,20 ( 0,16 , 0,25 )	0,001
	85 - 89 años	91.061 [ 99,94 ]	54 [ 0,06 ]	0,13 ( 0,10 , 0,17 )	0,001
	90 - 94 años	54.046 [ 99,96 ]	23 [ 0,04 ]	0,10 ( 0,06 , 0,15 )	0,001
	95 - 99 años	19.983 [ 99,96 ]	7 [ 0,04 ]	0,08 ( 0,04 , 0,17 )	0,001
100 y más años	4.497 [ 100,00 ]	0 [ 0,00 ]	1,00 ( omitido )		
Estado Civil	Casado	180.985 [ 99,76 ]	440 [ 0,24 ]	1,00	
	Unión libre	52.167 [ 99,65 ]	184 [ 0,35 ]	1,14 ( 0,96 , 1,36 )	0,134
	Separado_divorciado	23.497 [ 99,57 ]	102 [ 0,43 ]	1,53 ( 1,22 , 1,90 )	0,001
	Viudo	205.409 [ 99,92 ]	165 [ 0,08 ]	0,96 ( 0,79 , 1,16 )	0,670
	Soltero	75.385 [ 99,72 ]	209 [ 0,28 ]	1,12 ( 0,94 , 1,33 )	0,211
	Sin información	0 [ 99,75 ]	171 [ 0,25 ]	0,58 ( 0,48 , 0,71 )	0,001
Zona	Urbano	495.418 [ 99,82 ]	896 [ 0,18 ]	1,00	
	Rural	105.512 [ 99,68 ]	338 [ 0,32 ]	1,63 ( 1,43 , 1,87 )	0,001
	Sin Información	5.472 [ 99,33 ]	37 [ 0,67 ]	0,87 ( 0,61 , 1,24 )	0,451
Seguridad Social	Excepción	17.467 [ 99,92 ]	14 [ 0,08 ]	1,00	
	Contributivo	247.249 [ 99,86 ]	337 [ 0,14 ]	1,82 ( 1,07 , 3,11 )	0,028
	Subsidiado	291.406 [ 99,83 ]	487 [ 0,17 ]	1,94 ( 1,13 , 3,32 )	0,016
	Especial	2.844 [ 99,72 ]	8 [ 0,28 ]	3,92 ( 1,64 , 9,38 )	0,002
	No Asegurado	40.342 [ 99,40 ]	243 [ 0,60 ]	6,42 ( 3,72 , 11,07 )	0,001
	Sin Información	7.094 [ 97,50 ]	182 [ 2,50 ]	23,94 ( 13,74 , 41,69 )	0,001
Nivel Educativo	Superior	21.747 [ 99,77 ]	50 [ 0,23 ]	1,00	
	Primaria	275.984 [ 99,83 ]	462 [ 0,17 ]	1,01 ( 0,75 , 1,37 )	0,924
	Secundaria	58.419 [ 99,78 ]	128 [ 0,22 ]	1,23 ( 0,88 , 1,71 )	0,225
	Ninguno	110.181 [ 99,86 ]	149 [ 0,14 ]	0,91 ( 0,65 , 1,27 )	0,573
Sin información	140.071 [ 99,66 ]	482 [ 0,34 ]	1,87 ( 1,37 , 2,55 )	0,001	
Pertenencia Étnica	Ninguno	542.290 [ 99,80 ]	1100 [ 0,20 ]	1,00	
	Indígena	7.060 [ 99,86 ]	10 [ 0,14 ]	0,53 ( 0,28 , 1,00 )	0,049
	Rom	754 [ 99,87 ]	1 [ 0,13 ]	0,54 ( 0,08 , 3,91 )	0,544
	Raizal	651 [ 100,00 ]	0 [ 0,00 ]	1,00 ( omitido )	
	Palenquero	237 [ 100,00 ]	0 [ 0,00 ]	1,00 ( omitido )	
	Negro	30.039 [ 99,81 ]	56 [ 0,19 ]	0,75 ( 0,57 , 0,99 )	0,041
	Sin información	25.371 [ 99,59 ]	104 [ 0,41 ]	1,29 ( 1,04 , 1,59 )	0,018

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

# **6 Elementos Explicativos del Suicidio en las Personas Mayores en Colombia**

## **6.1 Introducción**

El suicidio es un fenómeno que, en términos de acceso y fidelidad de la información, puede generar grandes dificultades para los investigadores y las instituciones encargadas de manejar las cifras oficiales de este. La exactitud de la estimación de las tasas de suicidio es incierta, ya que existe la probabilidad de una clasificación errónea (como la muerte accidental u otras causas) y una tendencia a la falta de información debido a aspectos morales e incluso legales (Gray et al., 2014).

Tal situación se debe, en muchos de los casos, al tabú que aún existe en las familias y allegados de las víctimas en torno al tema, y a la imposibilidad de escuchar las voces de aquellos que han decidido terminar con sus vidas. Si bien en ciertos casos las personas envían señales antes de cometer el acto suicida, o inclusive dejan notas manifestando sus voluntades y motivaciones, las mismas pueden llegar a ser manipuladas u ocultadas. Por otro lado, las cifras y estadísticas se quedan cortas frente a la comprensión de la multidimensionalidad del fenómeno y sus posibles contextos explicativos.

Para el caso del suicidio en las personas mayores, hay un elemento adicional a considerar con respecto a la ausencia o pérdida de información, así como la imposibilidad de una comprensión real del fenómeno desde las cifras oficiales, y es el hecho de que muchos de ellos sufren de algún tipo de abandono (sea este evidente o no) que conlleva a que se sepa poco de la situación y las condiciones que rodean al hecho suicida.

En este sentido, un análisis cualitativo de las narrativas forenses relacionadas con la historia y condiciones de vida de los suicidas genera un valor agregado a la comprensión del fenómeno, así como la identificación de aspectos, determinantes y factores que podrían

llegar a ser intervenidos desde el punto de vista de la prevención y la salud pública (Creswell, 2015; Padgett, 2012; Pluye & Hong, 2014)

El presente capítulo desarrolla el tercer objetivo específico de la investigación, el cual es determinar algunos elementos explicativos suicidio de personas mayores de 60 años en Colombia, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

Se presenta un análisis a través de un método inductivo (Andrade Zamora et al., 2018) empleando las narrativas disponibles en las unidades de observación que fueron los Expedientes Periciales de Necropsia de los casos de la Fase I, con el propósito de analizar a profundidad las características e inequidades identificadas como más relevantes tanto en las Fases I y II desde la perspectiva de los DSS.

La población objeto de estudio, de la misma manera que en las fases I y II, fueron las personas mayores de 60 años que cometieron suicidio en Colombia entre los años 2009 y 2013. Aún a pesar de que desde el enfoque de la investigación cualitativa el muestreo no sigue una lógica de representatividad y significancia estadística, debido a que este capítulo realiza un análisis inductivo, se tomó la decisión de emplear todas las narrativas disponibles de los 1167 casos seleccionados para la Fase I. Lo anterior considerando que, por la reserva y custodia de la información, no era posible transportar o digitalizar el contenido de estas carpetas, sino que se debía realizar la recolección de los datos en el lugar físico del archivo donde reposaban cada una de las 1167 carpetas. Adicionalmente por la limitación de tiempo para acceder a los archivos de cada una de las seccionales del INML y CF, así como la imposibilidad de visitar por más de una vez el lugar, resultaba más viable transcribir toda la información disponible para después realizar el procesamiento y análisis de estas.

Cada unidad de análisis (Expediente Pericial de Necropsia) incluye distintos tipos de documentos que incorporan narrativas forenses (informes periciales, acta de levantamiento, certificado de defunción, necropsia médico legal, pruebas psicológicas y toxicológicas adicionales, entrevistas a familiares y allegados, copias de historia clínica y otras pruebas del proceso de la investigación como notas suicidas) las cuales se recopilaron y transcribieron para cada caso.

Se realizó un análisis de contenido de las narrativas disponibles para cada caso, empleando como categorías preliminares los Determinantes Sociales que tuvieron resultados estadísticamente significativos en las Fases 1 y 2 (Figura 6-1). Adicionalmente se incorporaron y analizaron algunas categorías emergentes que se explican en los resultados, y se reorganizó la jerarquía de los DSS como categorías según el proceso de análisis y codificación de las narrativas (Tabla 6-1).

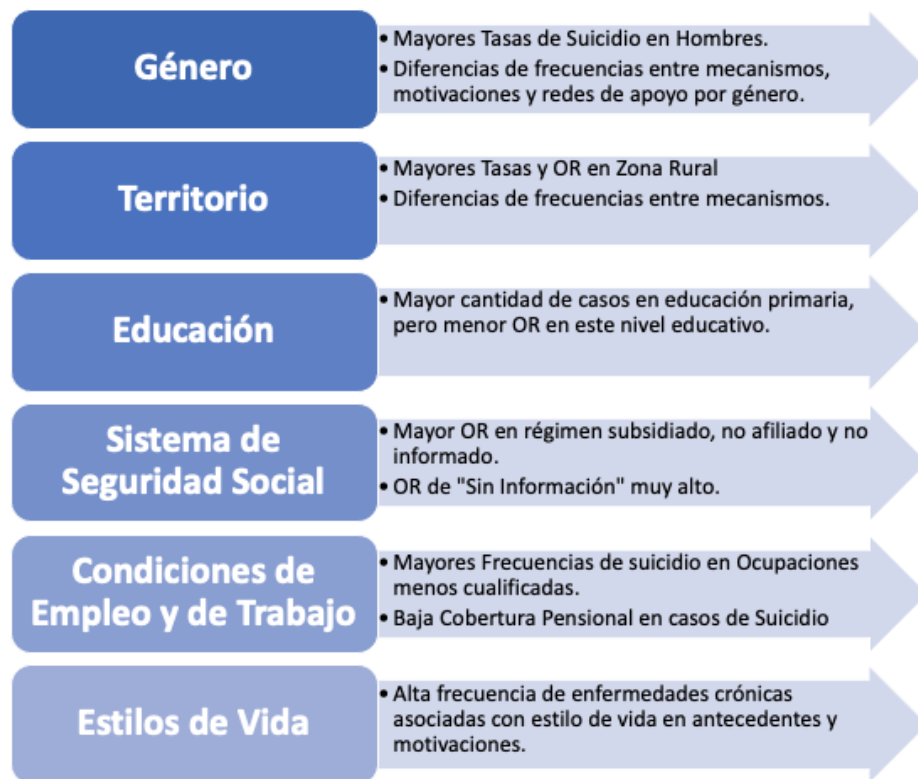
Para el procesamiento de la información se realizó una tabla de caracterización de los casos consistente en un archivo de Excel con las principales variables sociodemográficas para que funcionaran como los atributos del caso, y a cada uno de los 1167 casos de suicidio se le incluyeron las transcripciones de todas las narrativas disponibles. De los 1167 expedientes, 909 contaban con una o más narrativas, cuya distribución ya se explicó en el capítulo de metodología (Figura 2-6).

## 6.2 Resultados

Tal como se mencionó en la metodología, el planteamiento inicial del estudio se propuso como un diseño de métodos mixtos secuencial explicativo, en el cual las categorías de análisis de la fase cualitativa parten de los hallazgos más significativos resultantes de la fase cuantitativa, que en este caso corresponden a el análisis de caracterización del suicidio de la fase 1, y al análisis de los determinantes sociales de la fase 2. Sin embargo, ante la imposibilidad de desarrollar un estudio cualitativo con la debida rigurosidad (lo cual se detallada en el capítulo de limitantes del estudio), se mantuvo el principio de las categorías de análisis con resultados relevantes en las fases 1 y 2 como punto de partida para el análisis de resultados desde un análisis de contenido.

Debido a que dichos resultados ya se expusieron en los respectivos capítulos, a continuación se presenta una figura que sintetiza los hallazgos significativos de estas fases para los DSS que serán objeto de análisis en la fase 3:

**Figura 6-1:** Determinantes Sociales Seleccionados como Categorías de Análisis para Fase III



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados significativos de las Fases 1 y 2 del estudio.

### 6.2.1 Caracterización de las fuentes

De las 909 unidades de observación disponibles (Expedientes Periciales de Necropsia con Narrativas Forenses disponibles), 248 contenían narrativas que suministraban datos relevantes para la categoría Género y 101 para la Categoría Territorio. Las categorías Ocupación, Sistema de Salud y Protección Social y Estilos de Vida se definieron como subcategorías de Territorio, de manera independiente para las zonas rurales y urbanas.

Teniendo en cuenta la metodología de la técnica de análisis propuesta, a continuación se presenta la matriz de codificación de las categorías de análisis (DSS) referidas. Vale la pena resaltar que debido a las relaciones existentes entre algunos DSS, no todos ellos se consideraron como categorías principales sino algunos se establecieron como subcategorías de otros.



**Tabla 6-1:** Matriz de Codificación Fase III\*

UNIDADES DE OBSERVACION	CATEGORIA	SUBCATEGORIA 1	SUBCATEGORIA 2	FRECUENCIA CODIFICACIONES
248	GÉNERO	MUJER	MECANISMO	96
			MOTIVACIONES	91
		HOMBRE	MECANISMO	103
			MOTIVACIONES	193
101	TERRITORIO	URBANO	MECANISMO	29
			SISTEMA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	14
			PERFIL SALUD Y ESTILOS DE VIDA	72
		RURAL	OCUPACIONES	64
			MECANISMO	72
			SISTEMA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	27
			PERFIL SALUD Y ESTILOS DE VIDA	30

\*En azul se resaltan los DSS que se plantearon como categorías de análisis iniciales según los resultados cuantitativos, así como su ubicación jerárquica después de la técnica de análisis aplicada.

Según la matriz de codificación, los resultados de análisis para cada una de las categorías (DSS) referidas con sus subcategorías se exponen a continuación.

### 6.2.2 Género

Una de las categorías que presentó resultados bastante significativos en los análisis cuantitativos fue el género, cuyo hallazgo principal es la diferencia de la magnitud y frecuencia del suicidio, considerando que el suicidio se da en mayor proporción en hombres, con una razón de 7:1, y el análisis multivariado evidenció un valor de OR=6,28,

lo cual sugiere una probabilidad 6,28 veces mayor de cometer suicidio en hombres que en mujeres, con respecto a aquellos que fallecen de muerte natural. De los 1167 casos analizados de donde se sustrajeron las narrativas para el análisis cualitativo, 1023 casos de suicidio fueron hombres (87,66%) y 144 mujeres (12,34%).

Además de las frecuencias de casos de suicidio, las diferencias más importantes que mostraron los datos cuantitativos se orientaron a los mecanismos y motivaciones, teniendo una mayor influencia las enfermedades físicas y discapacidad en los hombres para la toma de decisión suicida, mientras que para las mujeres lo fue la enfermedad física. En cuanto a los mecanismos, si bien el ahorcamiento fue el método más frecuentemente seleccionado por ambos géneros, las armas de fuego resultaron ser el segundo mecanismo más frecuente en los hombres, mientras que en las mujeres lo fue la intoxicación.

La tabla 6-2 muestra la matriz de frecuencia de codificación de la categoría género, en relación con las subcategorías resultantes en el análisis cualitativo, las cuales se amplían y analizan según las dos subcategorías principales: hombre y mujer, cuyas diferencias más evidentes giraron en torno a las motivaciones y mecanismos para cometer suicidio.

**Tabla 6-2:** Matriz de Frecuencia de Codificación Género

UNIDADES DE OBSERVACION	CATEGORIA	SUBCATEGORIA 1	SUBCATEGORIA 2	FRECUENCIA CODIFICACIONES	TENDENCIA
248	GÉNERO	MUJER	MECANISMO	96	Después del ahorcamiento, el envenenamiento resulta ser el segundo mecanismo más frecuente con asociación habitual a problemas de índole psicológico/psiquiátrico.
			MOTIVACIONES	91	Una alta tendencia a motivaciones de índole psicológico o psiquiátrico se derivan de pérdidas, abandono o "invisibilización" en la vejez.
		HOMBRE	MECANISMO	103	Después del ahorcamiento, las armas de fuego resultan ser el segundo mecanismo más frecuente con asociación habitual a enfermedad física, discapacidad, pérdida económica y consumo de alcohol.
			MOTIVACIONES	150	Una alta tendencia a motivaciones de índole físico, pérdida de autonomía e independencia, presencia de dolor.
				4	En casos de motivación por pérdidas económicas el perfil solía ser comerciante independiente, ganadero o similares con uso de arma de fuego
				6	Sin ser la motivación más frecuente, todos los casos de homicidio-suicidio fueron perpetrados por hombres que cometieron previamente feminicidio.
				3	Sin ser la motivación más frecuente, los casos de problemas judiciales se derivaron de problemas de abuso a menores.
				30	Consumo de Alcohol detonante importante y factor de riesgo para enfermedad crónica

### 6.2.2.1 El Suicidio en las Adultas Mayores

Aunque la proporción de mujeres adultas mayores que cometieron suicidio en los casos analizados fue mucho menor que en los hombres (12,34% del total, correspondiente a 144 casos), no deja de ser importante distinguir las particularidades encontradas en los casos femeninos.

En relación a los mecanismos, tal como lo reporta la literatura (Alves et al., 2014; Gómez-Restrepo et al., 2002; I. A. Ordóñez-Monak et al., 2013; Santurtún et al., 2016) el ahorcamiento es el método más frecuente para los dos géneros y no existen diferencias sustanciales entre hombres y mujeres, ya que es accesible a cualquier persona, pues no requiere la compra de elementos o armas adicionales, se puede llevar a cabo en diversos lugares de la casa y no genera mayores sospechas entre los familiares o acompañantes de la víctima por ser silencioso. En general la víctima suele encontrarse una vez se hace sospechosa su ausencia en actividades o espacios habituales:

*“Según el hijo, su madre sufría de los nervios y estaba en tratamiento, por eso se levantaba con frecuencia todas las noches. Sufría del nervio ciático, que caminaba de un lado a otro por el dolor. Anoche como a las 11:30 el hijo que estaba con ella la encontró colgada con una cuerda de nylon con la que estaba colgada una hamaca en el pasillo de la casa. La bajó de ahí y llamó a un tío que vive cerca. La llevaron al CAMU de Santa Teresita pero ya estaba muerta” (Caso #58 – Mujer, 70 años, Soltera, Ama de Casa - Urbano, Lórica-Córdoba – Ahorcamiento motivado por Salud Mental).*

*“Adulta mayor que es encontrada por su hijo suspendida en la cocina con el cordón de la levantadora. Refiere el, así como se encuentra en la epicrisis de la historia clínica, que ella sufría de varios trastornos mentales: Alzheimer, Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión, tratado recientemente con Quetiapina y Clonazepán... La última atención la recibió el 12 de marzo. Su hijo menciona que ella permanecía en un geriátrico cercano al hogar en el día y sólo iba a dormir a la vivienda de noche” (Caso #842 – Mujer, 68 años, Casada, Ama de Casa - Urbano, Bogotá D.C. – Ahorcamiento motivado por Salud Mental).*

El segundo mecanismo más frecuente en las mujeres fue el envenenamiento (29,9%), el cual Santurtún et al. (2016) denomina como un agente no violento que otros autores asocian a la conducta suicida femenina, aunque la mayoría de estudios lo analizan especialmente en mujeres jóvenes (Burstein et al., 2019; Dávila-Cervantes, 2019), donde se afirma que hasta el 71% de los intentos de suicidio por envenenamiento se dan en niñas y mujeres jóvenes.

Para el caso de las adultas mayores, aunque la literatura se concentra más en las cifras y estadísticas que en las posibles explicaciones (Alves et al., 2014; Conejero et al., 2018; Stanley et al., 2016), según las narrativas analizadas, podría sugerirse una relación entre el consumo de medicamentos psiquiátricos para el tratamiento de problemas de salud mental con un mayor riesgo de intoxicación por sobredosis de los mismos (Szücs et al., 2018), o el uso de otras sustancias tóxicas empleadas en las labores domésticas (detergentes, venenos, etc.) en los momentos de crisis depresivas o de ansiedad.

*“Paciente que es encontrada por familiares y que presenta signos de haber ingerido varias sustancias, entre ellas diversos tipos de medicamentos y un sobre de Campeón” (Caso #1073 – Mujer, 61 años, Soltera, Ama de Casa - Urbano, Valledupar. – Intoxicación motivado por Salud Física y Mental).*

*...”es llevada por su esposo a centro hospitalario después de haber ingerido cianuro de potasio (según evidencia encontrada en la escena). Tanto ella como el esposo tenían problemas psiquiátricos y ella se automedicaba” (Caso #1038 – Mujer, 61 años, Casada, Profesional - Urbano, Medellín. – Intoxicación motivado por Salud Mental).*

Vale la pena destacar que hubo una tendencia a que los trastornos depresivos se asociaran a separaciones, pérdidas de seres queridos, o sentimientos de desesperanza por falta de realización en sus historias de vida, por lo que aunque algunas mujeres eran casadas, en general predominaban estados civiles de soltería o viudez, o condiciones de convivencia que implicaran la transferencia continua del cuidado entre los hijos u otros familiares. Adicionalmente en las narraciones, parece haber una predilección por métodos menos violentos por parte de las mujeres mayores como un posible deseo por huir de la realidad en un escenario más pacífico, como si sencillamente desearan “dormirse a la vida”.

*Según entrevista con el compañero permanente, hacia menos de un año había fallecido un hijo de ellos, y ella desde ese momento manifestó no querer seguir viviendo. Previamente se había intentado suicidar (tres intentos)... La sustancia ingerida fue plaguicida. ” (Caso #462 – Mujer, 60 años, Unión Libre, Ama de Casa - Rural, San José del Guaviare. – Intoxicación por Depresión - Pérdida).*

*“Paciente con antecedentes de HTA, enfermedad de Takayasu con compromiso carotideo subclavio coronario con revascularización y al parecer enfermedad inactiva, ahora con intento suicida con acetaminofén, codeína y fluoexetina. Los familiares refieren que se sobredosificó por depresión debido a separación como consecuencia de infidelidad” (Caso #69 – Mujer, 61 años, Separada, Pensionada - Urbano, Medellín. – Intoxicación por Depresión - Abandono).*

El uso de sustancias tóxicas para cometer suicidio evidencia además, una mayor probabilidad de sobrevivir al acto suicida, por lo que en muchos de estos casos los familiares alcanzaban a llevar a la víctima hasta un centro médico, en donde por la severidad del daño físico finalmente fallecían. Según los estudios, el uso de armas blancas e intoxicación es más frecuente en las mujeres que en los hombres (Alves et al., 2014; Conejero et al., 2018; Stanley et al., 2016; Szücs et al., 2018), lo cual podría explicar por qué se concluye que hay una mayor frecuencia de intentos en las mujeres que en los

hombres (Szücs et al., 2018), cuando lo que sucede es que ellas emplean métodos menos letales.

*“Según entrevista con el compañero permanente, hacía menos de un año había fallecido un hijo de ellos, y ella desde ese momento manifestó no querer seguir viviendo. Previamente se había intentado suicidar (tres intentos) ... Ella se encontraba barriendo el día de los hechos, cuando de repente empezó a gritar y quejarse de dolor y vómito. Fue llevada de urgencias pero permaneció varios días hasta que falleció. La sustancia ingerida fue plaguicida, pero no se aclara cual” (Caso #462 – Mujer, 60 años, Unión Libre, Ama de Casa - Rural, San José del Guaviare. – Intoxicación por Depresión - Pérdida).*

*“Mujer adulta mayor quien es llevada a centro hospitalario por ingesta de organofosforado (Nevugón). Fallece luego de nueve días de hospitalización” (Caso #447 – Mujer, 62 años, Casada, Ama de Casa - Rural, Albán-Cundinamarca. – Intoxicación por Conflictos).*

Sin que se haya encontrado alguna referencia en la literatura al respecto, este comportamiento (el uso de métodos como la intoxicación) podría también suponer el lograr la muerte con una menor alteración de la apariencia física, sin embargo esto quedaría descartado al considerar que la precipitación o lanzamiento de alturas fue el tercer método más frecuente (18,8%), por lo que las posibles explicaciones podrían girar más bien en torno a una necesidad específica derivada de la salud mental, ya que para la precipitación se codificaron 24 referencias, de las cuales 22 estaban asociadas a enfermedad psiquiátrica, y las dos restantes a deudas y dolor. Esto corrobora el hallazgo de que de todos los casos de mujeres en los que se contaba con información sobre motivación, el 58,8% se debió a enfermedad mental, mientras que solo el 13,7% se debió a enfermedad física.

*“Ella vivía sola en otra casa, mi hermana y yo la trajimos a vivir aquí a la unidad, hace como un año. Ella tenía trastorno bipolar y estaba medicada por la EPS (copia de la HC tiene como motivo de consulta "me siento más o menos preocupada por todo" y le recetan Paliperidona). Hoy estaba muy ansiosa cuando salimos a almorzar y luego nos vinimos para el apartamento. Luego en la noche de hoy comimos juntas y le dije a eso de las nueve de la noche que se fuera a acostar. Yo me fui para mi apartamento cuando el portero me llamó varias veces por el citófono para ver donde estaba mi mamá. Fue cuando nos dimos cuenta de que había caído del balcón de la habitación donde ella*

*dormía". (Caso #704 – Mujer, 64 años, Separada, Pensionada - Urbano, Cali. – Precipitación por Enfermedad Mental).*

*El esposo narra que el día de los hecho se encontraba en la casa...."En ese momento había dejado a mi esposa acostada porque recién se había tomado la pastilla, pero cuando volví como a medio día ella se había subido a hablar con dos de mis hijas a la terraza del cuarto piso... Me le acerqué y la consentí un rato, y le dije "camine hija para abajo que hace ahí solita" ella me dijo ya me siento bien, déjeme acá un poquito es que abajo me aburro... Yo me bajé para el segundo piso para hablar con mi yerno porque la vi mejorcita la dejé sola. Me alcancé a sentar en el comedor y hablamos con el yerno unas dos palabras cuando escuchamos un golpe duro en el patio del primer piso. Todos bajamos inmediatamente y la encontramos tirada en el patio. Ella sufría de ataques de nervios hacía como nueve años y duró quince días hospitalizada en la clínica psiquiátrica. Allá la atendieron y salió bien, y hace como un año le empezó a dar tembladera y ardor de cuerpo y no podía dormir. Por esto la lleve al hospital Santa Clara donde estaba en control medico mensual y al principio los medicamentos la hacían dormir pero últimamente no le surtía efecto... decía que tenía mucho dolor y ardor en el cuerpo. Hace dos días hablando con mis hijas ellas me decían que alguna vez dijo que mi diosito la perdonara pero que ella ya había intentado quitarse la vida y mi hija me comentó que una vez la había visto intentar cortarse con un cuchillo". (Caso #1062 – Mujer, 60 años, Casada, Ama de Casa - Urbano, Bogotá. – Precipitación por Enfermedad Mental).*

Los casos identificados de muerte diádica, es decir, la muerte de dos o más personas estrechamente vinculadas entre sí (Marcalain et al., 2011) se presentaron principalmente en mujeres, a excepción de los casos de homicidio-suicidio que fueron principalmente perpetrados por hombres. Castellá-García et al. (2013); Marcalain et al. (2011) y Molina Granados (2018) refieren que los suicidios dobles y los pactos suicidas son casos extremadamente raros, y efectivamente en toda la población del estudio, durante el periodo de tiempo seleccionado, únicamente se presentó un caso de muerte diádica en gemelas, y uno de varios miembros de un hogar geriátrico.

*"De acuerdo con el acta de inspección técnica a cadáver, los cuerpos sin vida de dos personas de sexo femenino (gemelas) se encontraron en una residencia ubicada en el barrio XXXX parcialmente suspendidos del cielo raso. En el sitio se encontraron dos botellas de aguardiente Cristal. También se encontró un manuscrito que decía: TOMÉ*

*ESTA DECISIÓN POR LA SITUACIÓN ECONÓMICA. (NOMBRE DEL HIJO) TE QUIERO MUCHO PAPI ESTUDIA MI AMOR CON SACRIFICIO, YA QUE NO HAS PODIDO TRABAJAR POR NO TENER LA LIBRETA MILITAR. ADIÓS MI AMOR. Según lo manifestado por un familiar, la señora XXXX residía en la ciudad de Barranquilla y había llegado a la ciudad de Manizales a visitar a su hermana XXXX y a su señora madre... y desde el jueves no tenían conocimiento del paradero de las hoy occisas" (Casos #753 y 754 – Mujeres Gemelas, 60 años, Separadas, Amas de Casa - Urbano, Manizales y Barranquilla. – Ahorcamiento por problemas económicos – Pacto Suicida).*

*“El caso es un suicidio masivo en hogar geriátrico en el que participan dos hombres y dos mujeres de los internos. Tras una cena de celebración de despedida de fin de año, el primero de enero en horas de la madrugada el personal del geriátrico es notificado de los síntomas de intoxicación de varias personas en el establecimiento, las cuales son atendidas pero finalmente fallecen. En primera instancia se considera como un caso de intoxicación de origen alimenticio por la cena, pero posteriormente tras hacer el levantamiento de los cadáveres, verificar el estado de salud de los demás internos y obtener los estudios de patología, se determina ingesta voluntaria de veneno por parte de las cuatro personas. Por testimonios de compañeros y personal del lugar, pudo haber sido un pacto entre los participantes” (Casos #743, 744, 745 y 746 – Mujer, 88 años, Casada; Hombre, 92 años, Casado; Hombre, 70 años, Soltero; Mujer, 80 años, Soltera. - Institucionalizados - Urbano, Gramalote-Nte. Santander. – Intoxicación – Pacto Suicida).*

### **6.2.2.2 El Suicidio en los Adultos Mayores**

Tal como se mencionó en el Capítulo 1, la proporción de hombres adultos mayores que cometieron suicidio en los casos analizados fue mucho mayor que en las mujeres (87,66% del total, correspondiente a 1023 casos), convirtiendo el suicidio en las personas mayores en un fenómeno predominantemente masculino (Deuter et al., 2016; I. Ordóñez-Monak et al., 2018; I. A. Ordóñez-Monak et al., 2013; Velásquez Suarez, 2013). Lo anterior implica que los aspectos referentes al género masculino se desarrollarán en mayor detalle.

Como primer elemento distintivo, después del ahorcamiento (tema que ya se abordó en el suicidio femenino) el mecanismo más frecuente en los hombres fue el arma de fuego (21,3%), lo cual es afín a lo reportado por otros autores (Alves et al., 2014; Conejero et al., 2018; Stanley et al., 2016; Szücs et al., 2018), quienes concuerdan que el uso de los



métodos violentos es una tendencia más masculina que femenina, que podría sugerir la necesidad de transmitir fortaleza y que no se confunda su decisión suicida con un estado de debilidad.

*“Su compañera sentimental (novia) afirma que el se encontraba hablando en el patio de la residencia con su hermano y cuñada, cuando de repente se alejó del grupo, entró a la habitación y de repente lanzó la expresión "MI HERMANO HOY SE ACABA TODO" y escucharon el disparo” (Caso #373 – Hombre, 65 años, Separado, Operario de Maquinaria - Urbano, Galapa-Atlántico. – Arma de Fuego por Enfermedad Física y Terminal tipo Cáncer).*

*“La persona se dispara hacia las 3 de la mañana cuando su esposa se encontraba durmiendo. Ambos dormían en habitaciones separadas. Ella refiere que hacía dos años el hoy occiso sufría de cáncer en la boca, y le habían realizado múltiples quimioterapias y radioterapias. ...El había manifestado desde hacía diez años estar aburrido de la vida, pero con el cáncer había manifestado verbalmente que se quería pegar un tiro”. (Caso #456 – Hombre, 73 años, Casado, Pensionado - Urbano, Arcabuco-Boyacá. – Arma de Fuego por Enfermedad Física y Terminal tipo Cáncer).*

En el último caso referido, se puede apreciar, además, que el impacto en los hombres de las enfermedades crónicas, terminales y las discapacidades adquiridas en la vejez, resultan difíciles de asimilar y sobrellevar. Esto corrobora el hallazgo de que de todos los casos de hombres en los que se contaba con información sobre motivación, el 50,0% se debió a enfermedad física y discapacidad, mientras que solo el 14,9% se debió a enfermedad mental. En el tema de las motivaciones no hay una distinción clara reportada en la literatura, ya que tradicionalmente se asocian las patologías mentales como la motivación principal para las personas mayores, pero sin una distinción de género explícita (Flynn, 2017; Vogel & Wolfersdorf, 1989), sin embargo ya varios estudios han empezado a mencionar la importancia de las enfermedades física en el suicidio de las personas mayores, asumiéndolo como una problemática que va más allá de la salud mental (Cheung & Sundram, 2017; Erlangsen et al., 2015).

Lo que se aprecia en las narrativas forenses, es una gran incapacidad para tolerar el dolor y el sufrimiento físico por parte de los adultos mayores, en la cual el cansancio por vivir aparece como una constante tras las secuelas cada vez más aparentes del deterioro de

patologías crónicas. Las manifestaciones verbales de las víctimas hacia sus familiares - incluyendo o no el deseo explícito de morir- giran en torno a los nuevos cambios en el estilo de vida por las terapéuticas (uso de oxígeno, toma de medicamentos, uso de sillas de rueda, menor actividad física por problemas respiratorios, etc.), lo cual además se ve asociado a molestias y frustraciones por la pérdida de autonomía e independencia, que se acentúa en los casos donde se adquiere una discapacidad física.

*“El occiso se propina un disparo en su residencia y al parecer es llevado por familiares hasta centro hospitalario donde fallece. Según información obtenida por parte de familiares, manifestaron que el hoy occiso estaba aburrido ya que se encontraba enfermo, sufría de una enfermedad pulmonar, sufría de la tensión y que este manifestaba que estaba aburrido de estas enfermedades que no lo dejaban dormir y que un día de estos se iba a pegar un tiro, así mismo indicaron que tal vez por estas razones tomó esta decisión de propinarse un disparo” (Caso #97 – Hombre, 88 años, Viudo, Sin Ocupación - Urbano, Oiba-Santander. – Arma de Fuego por Enfermedad Física).*

Las discapacidades derivadas de enfermedades crónicas que generaban mayor molestia y frustración en los suicidas se concentraban en pérdida de la movilidad por problemas osteo-articulares, por amputación de extremidades y pérdida de la visión (por ejemplo en los casos de diabetes), así como en disminución de la capacidad respiratoria (EPOC) para desarrollar actividades vigorosas (71% de los casos de discapacidad). Sin embargo, se identificaron siete casos (7) en los que la pérdida o disminución de la función sexual asociada a enfermedades prostáticas (cancerígenas o no) también resultaba ser preocupante para los suicidas, ya que la asociaban a disminución en su virilidad y rol de masculinidad.

*“...Se encontraba en una fiesta y según versiones del hijo había bebido todo el día porque estaban en una fiesta familiar. Cuando ya se iba para la casa le dio las llaves al hijo y le dijo que iba a seguir tomando en la tienda de la vuelta. Cuando regresa a la casa lleva consigo media de aguardiente y le pidió el favor al hijo que lo llevara a cobrar una plata, pero cuando llegó donde la señora la misma se negó a cancelar porque dijo que el arreglo de la lavadora había quedado mal hecho. Luego se bajo del carro y le dijo al hijo que se iba a colgar, entonces el hijo dice que como así, y el padre le dice que el no servía como hombre, y para que estaba en esta vida. El hijo menciona: yo lo tomé como de borrachera, luego más tarde me dan la noticia que se había matado. Cuando se emborrachaba manifestaba que se quería matar, sobretodo después de un problema como hace dos*

*meses que empezó a tener en la próstata donde le hicieron un procedimiento de seis días de hospitalización y que a partir de eso el decía que había quedado impotente” (Caso #436 – Hombre, 60 años, Casado, Ocupaciones Elementales - Urbano, Fusagasugá-C/marca. – Ahorcamiento por Discapacidad Sexual).*

Uno de los aspectos que adicionalmente se asoció a dos de los casos de pérdida de capacidad sexual, fue la presencia de uno de los tipos de muerte diádica mencionadas previamente: el homicidio-suicidio (Molina Granados, 2018). En el estudio se presentaron 18 casos de homicidio suicidio, todos perpetrados por hombres (1,76% de todos los casos en hombres), 12 de ellos atentando previamente contra la vida de una mujer con quienes tenían algún tipo de relación afectiva, ya fuera su actual compañera permanente o como falta de aceptación de situaciones de separación iniciadas por ellas.

*“Mi padre era una persona enferma de cáncer de pene y desde que le descubrieron esta enfermedad, el siempre decía que se iba a matar, y en algunas ocasiones lo intentó; pero el día de ayer se encontraba sólo con mamá en la finca y en horas de la noche posiblemente la atacó con un martillo en la cabeza y la mató, y luego salió al patio y se suicidó ahorcándose... y esta mañana un vecino al pasar por la finca observó al mi señor padre colgado e informó a la policía” (Caso #823 – Hombre, 70 años, Unión Libre, Ocupaciones Agropecuarias - Rural, Montería-Córdoba. – Ahorcamiento por Conflictos Conyugales – Caso Homicidio-Suicidio).*

Además de los vínculos afectivos con las víctimas del homicidio, los suicidas de estas muertes diádicas en más de la mitad de los casos se encontraban bajo el efecto del alcohol en algún grado. La presencia de estos dos elementos en los casos de homicidio-suicidio suelen ser aspectos reportados por distintos estudios (Coello-Hidalgo et al., 2018; Dubugras et al., 2007; Ferreira, 1999; Molina Granados, 2018).

*“Resultado de la prueba de etanol 219MG%. Adulto mayor que en alto estado de alicoramiento dispara a su exesposa en local que es de propiedad de ella y luego se propina un disparo falleciendo en el sitio. El hijo es quien manifiesta cómo fueron los hechos” (Caso #11 – Hombre, 62 años, Separado, Ocupaciones Agropecuarias - Urbano, Bogotá, D.C. – Arma de Fuego por Conflictos Conyugales – Caso Homicidio-Suicidio).*

Como se ha venido mencionando en los distintos hallazgos analizados, la presencia de alcohol parece ser un aspecto relevante en el suicidio de los hombres adultos mayores, no sólo porque era frecuente su consumo en un número importante de casos (lo cual puede generar o agravar las condiciones de salud ya descritas), sino porque estuvo presente en

varios de los actos suicidas llevados a cabo. La alcoholemia positiva en los suicidas no fue algo distintivo en las mujeres, mientras que, si lo fue en los hombres, tanto en actividades recreativas o sociales durante las cuales se tomó la decisión de prescindir de sus vidas, así como en espacios donde su uso se realizó por motivo de un bajo estado de ánimo o como mecanismo para atreverse a llevar a cabo el acto.

Se identificaron algunos casos en que las víctimas vivían solas, debido a su condición de alcoholismo o drogodependencia, lo cual no sólo había afectado notoriamente la salud de estos hombres, sino que además había provocado la desintegración familiar y condiciones de vida desfavorables. La ausencia de estos perfiles en las mujeres podría sugerir que, en la generación perteneciente a la población del estudio, la aceptación del alcohol desde lo cultural en las actividades masculinas es algo bastante frecuente. Para los casos severos de alcoholismo resultaba particularmente difícil determinar si la muerte había sido accidental o efectivamente había sido un suicidio:

*“Informe Toxicológico indica METANOL POSITIVO 125MG%. Paciente adulto mayor quien según entrevistas a los familiares era alcohólico desde hacía mas de 40 años. La esposa en entrevista indica: “el vivía solo porque con el no se podía... el trabajaba moldeando zapatos, pero todo lo que ganaba se lo bebía en trago. El ya era alcohólico hacía mucho tiempo... Según dicen los vecinos, el llevaba tres días encerrado sin comer y solo tomando... yo fui el fin de semana a recoger la ropa para lavarla, pero no abrió, el estuvo todo el tiempo encerrado. Ya el día de hoy los vecinos llamaron a mi hija porque decían que se quejaba de mucho dolor, lo llevamos a la clínica, pero ahí fallece” (Caso #905 – Hombre, 67 años, Casado, Operarios y Artesanos - Urbano, Bogotá, D.C. – Intoxicación sin motivación definida).*

Otras motivaciones menos frecuentes, pero igualmente relevantes en los hombres, fueron las dificultades financieras o las pérdidas económicas. En general, estas situaciones se daban con mayor frecuencia en personas que eran comerciantes, ganaderos o inversionistas de alguna índole con buenas condiciones económicas y cierta calidad de vida. En estos actos suicidas predominaba la tenencia de armas de fuego y su uso para cometer el suicidio. Esta dinámica sugiere lo referido por algunos autores en relación a que es posible que tengan más influencia las pérdidas económicas repentinas que las mismas condiciones de pobreza en el suicidio (Knipe et al., 2015; Piatkowska, 2020), situaciones que al parecer resultan muy difíciles de sobrellevar en la población masculina:

*“El era comerciante. La esposa refiere que su pareja le había dicho que iba a salir a comprar lo que hacía falta para la comida y para el aseo. Ingresó a la habitación a sacar la plata y escuchó el disparo. La esposa manifiesta que el había estado muy aburrido por problemas económicos, ya que no le estaba yendo bien en los negocios y se quejaba de que no sabía de dónde iban a sacar plata para vivir” (Caso #214 – Hombre, 78 años, Casado, Comerciante - Urbano, Alvarado-Tolima – Arma de Fuego por Problemas Financieros).*

Así como los casos de homicidio-suicidio reflejan una situación cultural importante en torno al machismo, se identificaron otras situaciones que evidencia la problemática del abuso a menores y su relación con algunos casos de suicidio. En este sentido se presentaron 11 casos (todos en hombres) en los que la motivación para el suicidio fueron problemas judiciales, de los cuales 4 correspondieron a abuso sexual y/o acoso a menores. En estas situaciones se logra apreciar que en 3 casos los acosos se llevaron a cabo hacia familiares y en el caso restante se denuncia abuso a la hija de una vecina. Para todos los casos las actividades se llevaron a cabo de manera reiterativa, hasta que la víctima lo comunica a sus familiares, frente a lo cual los suicidas permanentemente niegan las acusaciones, cometiendo el acto suicida en momentos posteriores de ser notificados de una denuncia judicial.

*“Mi padre vivía con mi madre en esa casa. El fue encontrado el día de hoy por la señora que ayudaba en la casa, y que se encargaba de mi madre porque ella sufre de artritis y otras cosas y no puede moverse por si sola. La empleada entró al garaje a buscar unos exámenes de mi mamá cuando encontró a mi papá colgado por un cable de una viga... Mi papá tomaba mucho, todos los días... tomaba aguardiente. Se iba a la tienda y siempre llegaba borracho. Nunca había manifestado su intención de suicidarse ni tenía aparentemente causas para hacerlo, pero si hubo un inconveniente hace como una semana o dos que se empezaron a saber cosas como que perseguía a mi hermana, a mi prima, intentaba besarlas... ellas son de 14 y 11 años de edad. De ahí también resultó un antecedente con una prima que ahora tiene como 23 años, quien comentó que había pasado lo mismo con ella hace unos años, entonces mi tía dijo que le iba a poner una demanda por abuso. No se si se alcanzó a instaurar la demanda” ...” El día de ayer 12 de octubre encontramos la casa con el pasador puesto. Timbramos muchas veces con la señora que ayudaba a mis abuelos y entonces como no respondían decidí ingresar por el antejardín cuando encontré a mi abuelo colgado” (Caso #1153 – Hombre, 76 años, Casado, Odontólogo - Urbano, Bogotá D.C. – Ahorcamiento por Problemas Judiciales).*

### 6.2.3 Territorio

El segundo DSS que se consideró en el análisis de las narrativas forenses fue el territorio, por presentar hallazgos interesantes en sus subcategorías, especialmente en lo referente al sistema de salud y protección social entre las zonas rurales y urbanas. También se consideraron algunas diferencias menos contundentes entre los perfiles de envejecimiento, los mecanismos de suicidio y las redes de apoyo de las personas mayores en cada una de estas zonas de residencia.

**Tabla 6-3:** Matriz Frecuencia de Codificación Territorio

UNIDADES DE OBSERVACION	CATEGORIA	SUBCATEGORIA 1	SUBCATEGORIA 2	FRECUENCIA CODIFICACIONES	TENDENCIA
101	TERRITORIO	URBANO	MECANISMO	29	Infraestructura urbana favorece la precipitación como mecanismo de suicidio, incluyendo instituciones de índole hospitalario.
			SISTEMA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	14	Mayor acceso a servicios de salud que en zonas rurales. Se aprecian atenciones previas y posteriores al intento suicida, por lo que el desenlace depende de la fatalidad del mecanismo empleado y no de la falta de atención en salud. Se evidencian atenciones en salud mental altamente medicalizadas pero sin resolución clara o avances satisfactorios.
			PERFIL SALUD	72	Mayor frecuencia de enfermedades crónicas tipo diabetes y cardiovasculares que desencadenan condiciones de discapacidad por amputaciones, accidentes cerebrovasculares, EPOC, que conlleva a toma de decisión suicida. Principalmente en hombres. Para el caso de las mujeres mayor relevancia de salud mental en mujeres sin núcleo familiar vigente.
			OCUPACIONES	64	Poco acceso a pensión, aunque en mayor proporción que en zona rural. Pensionados con estabilidad económica, pero mala salud física que incentiva suicidio. Comerciantes con estabilidad económica, pero pérdidas financieras que incentivan suicidio. Ocupaciones diversas, con predominio de mano de obra no calificada e informalidad que no permite suplir gastos básicos, incluyendo vendedores ambulantes, mendicidad e indigencia. FF.MM. y Personal Médico en algo riesgo.
		RURAL	MECANISMO	72	El acceso a agrotóxicos aumenta el uso de plaguicidas como mecanismo suicida. Culturalmente se aprecia un alto consumo de alcohol en las situaciones de suicidio. Dificultad en acceso a Servicios de Salud
			SISTEMA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	27	Evidente desprotección social en las zonas rurales como consecuencias de historias laborales predominantemente informales (jornaleros), sin acceso a pensión y altas barreras geográficas y económicas para atención en salud.
			PERFIL SALUD	30	Alto deterioro de la salud en la vejez por tipo de labor, estilos de vida y alto consumo de alcohol

### 6.2.3.1 El Suicidio en las Zonas Rurales

El 21,25% de los casos de suicidio (248 casos) se presentó en personas residentes de zonas rurales, lo cual no refleja un menor impacto del suicidio de las personas mayores en la ruralidad (como ya se detalló en el cálculo de tasas de las fases I y II del estudio), sino una distribución afín a la estructura demográfica por esta variable.

Los aspectos más relevantes en el análisis del suicidio de las personas mayores en la zona rural fueron la protección social y el acceso a los servicios de salud en los mayores de 60 años en estas regiones, en donde se identifica una ausencia generalizada del logro de la pensión por las dinámicas laborales predominantemente informales en las labores campesinas.

Con respecto al acceso a los servicios de salud, son evidentes las barreras de acceso en dos sentidos: por una parte, en lo referente a la atención oportuna y seguimiento de las enfermedades físicas y mentales de la población mayor; y, en segundo lugar, a la atención oportuna de los casos de intento suicida. Aunque en las narrativas se evidencia el principio de Universalidad en cuanto a la cobertura del Sistema de Salud Colombiano, es decir, en todos los casos de intentos no letales se recibió algún tipo de atención, si se apreciaron barreras de atención importantes que fueron de oferta de especialidades y servicios (como psiquiatría, psicología, medicina interna, etc.) y de acceso por situaciones geográficas o económicas, lo cual ocasionaba que, aunque se diera atención inicial a la víctima del intento suicida, se requirieran múltiples traslados a otras ciudades (disminuyendo la posibilidad de sobrevida).

*“Según entrevista con el compañero permanente, hacía menos de un año había fallecido un hijo de ellos, y ella desde ese momento manifestó no querer seguir viviendo. Previamente se había intentado suicidar (tres intentos) y además el testigo menciona que le habían remitido para psicología pero que nunca autorizaron la cita. Que el argumento era que no existían esos servicios en la zona rural.” (Caso #462 – Mujer, 60 años, Unión Libre, Ama de Casa - Rural, San José del Guaviare. – Intoxicación por Depresión - Pérdida).*

*“...su madre fue encontrada por su padre y su cuñada en la cocina de la casa caída en el piso, mareada y a un lado de ella una taza con veneno que creen que fue ingerido por ella, ante lo cual es llevada al hospital de Guaitarilla de donde es remitida hacia el hospital San Pedro de Pasto donde fallece” (Caso #1146 – Mujer, 63 años, Casada,*

***Ama de Casa - Rural, Guaitarilla-Nariño. – Intoxicación sin Información del Motivo).***

El tema de la desprotección social en las zonas rurales ya es una problemática que se ha cuestionado desde sectores académicos y sociales a nivel nacional e internacional (Acosta et al., 2016; Scheil-Adlung, 2015), considerando que involucra varios elementos que en estas poblaciones son críticos como la dinámica del trabajo rural y su relación con los modelos de aseguramiento en salud y pensionales, las características demográficas y geográficas, la centralización de los servicios de salud y el riesgo de empobrecimiento – entre otros. Algunos estudios en países con altas tasas de suicidio y extensas zonas rurales como China, han empezado a considerar la ruralidad como una variable significativa en la evaluación y prevención del suicidio en su población, en especial en poblaciones vulnerables como los adultos mayores (Lien et al., 2018; Nie, 2016; Oyama & Sakashita, 2017; Zhong et al., 2016; Zhou et al., 2019).

Considerando que en Colombia el modelo pensional para las personas mayores depende de sus cotizaciones durante la etapa laboral, y que estas son altamente improbables en las condiciones de informalidad en las que se desarrolla el trabajo en el campo, varios casos del estudio evidenciaron el dilema de enfrentarse a la pérdida de su capacidad para trabajar en labores de producción agrícolas y/o ganadera sin la opción de acceder a una pensión por vejez. En las narrativas se evidencian condiciones de salud física y mental agravadas por la falta de oferta de servicios de salud especializados, y la imposibilidad de acceder a los mismos en las ciudades principales como detonante para la toma de decisión suicida:

*“La víctima vivía hacia unos meses en la finca del dueño donde se suicidó. La familia aporta historia clínica psiquiátrica que reporta que hace dos meses presenta tristeza, insomnio mixto, ideas de minusvalía y desesperanza, ideación y actos suicidas. “Me intenté cortar el cuello con el machete al lado del río para que no me encontraran, es que tengo muchos problemas económicos y no me sale nada de trabajo... No quiero vivir”. Paciente con antecedente personal de hernia umbilical no corregida y antecedente familiar de suicidio... marcapasos, ideación suicida elaborada, con estresantes sociales de significancia y escasa red de apoyo. Se sugiere que el paciente sea remitido a Cali para hospitalización y manejo por psiquiatría por alto riesgo de suicidio. Diagnóstico depresivo grave sin síntomas psicóticos” (Caso #415 – Hombre, 60 años, Separado, Jornalero - Rural, Cartago-Valle del Cauca. – Arma Blanca por Salud Mental y problemas Económicos).*



Las dificultades laborales y económicas de las personas mayores en las zonas rurales no se limitaron a la pérdida de capacidad física para el trabajo y a la informalidad, sino que además se extendieron a la falta de oportunidades financieras para solventar las deudas adquiridas por motivos de alimentación o producción, lo cual generaba gran angustia en los suicidas al no vislumbrar otras salidas a su situación:

*“La compañera permanente (41 años) manifiesta: A eso de las 3:25 pm mi esposo llego del pueblo junto con una hija mía, ... yo le pregunté que como le había ido y me respondió que mal. Que la vuelta que había ido a hacer a Buga no le había salido bien. El me dijo me voy a descansar mijá... De repente sentí un sonido de disparo a mi espalda. Ahí mismo volteo a mirar y lo vi ahí tirado con la escopeta empuñada en la mano izquierda... Como he venido diciendo desde el comienzo todos creemos que se mató por las deudas porque repetidamente el comentaba esta situación con sus hijos. También se sentía muy enfermo. El había hecho un préstamo al banco agrario de \$2.400.000 para criar pollos y además tenía deudas de \$200.000 y \$120.000 con unas tiendas de la vereda... mantenía muy triste”*  
**(Caso #718 – Hombre, 64 años, Unión Libre, Agricultor - Rural, Ginebra-Valle. – Arma de Fuego por Problemas Financieros y Enfermedad Física).**

Como agravante de la situación de salud ya descrita, en la que varios fragmentos de historias clínicas reportaban antracosis pulmonar, afecciones osteomusculares, prostáticas, y enfermedades neurodegenerativas como eventos frecuentes en los suicidas, se identificó un alto consumo de alcohol en actividades sociales y familiares. Este aspecto no solo es llamativo en cuanto a que se considera un factor decisivo en la aparición de ciertas patologías (aspecto que ya se mencionó en la categoría “género”) sino que, además, en varios casos influyó en la decisión suicida:

*“...paciente originario del alto Baudó, Chocó. El 3 de noviembre ingiere con fines suicidas cantidad abundante de Gramoxone (Paraquat-bipiridilo), según el hijo debido a que la pareja lo dejó. También ingirió grandes cantidades de alcohol”*  
**(Caso #313 – Hombre, 68 años, Unión Libre, Agricultor - Rural, Alto Baudó-Chocó. – Intoxicación por Conflictos Personales).**

*“...mi padre se encontraba tomando trago hacía 3 días como usualmente lo hacía, cuando venía del pueblo para la casa se recostó a un lado de la carretera y sacó un tarro de herbicida y lo ingirió; cuando botó el tarro un vecino lo vio y se le acercó, mi padre se despidió intento dar un paso y se cayó al suelo”*  
**(Caso #513 – Hombre, 69 años, Soltero, Agricultor - Rural, Pradera-Valle. – Intoxicación por Enfermedad y Conflictos Personales).**

Desde hace varias décadas hay estudios que reportan una estrecha relación entre el consumo de alcohol y la conducta suicida (Mondragón et al., 1998). En un estudio llevado a cabo por Terroba-Garza et al. (2014) en la década de los 80 se encontró que de los 80 casos estudiados, el 55% había tenido algún vínculo con la ingestión de bebidas alcohólicas y el 24% resultaron ser alcohólicos; además se observó que 15 de los casos que tenían algún vínculo con el alcohol se encontraban ebrios en el momento del suicidio. Estudios posteriores indican cifras como alcoholemia positiva en el 36% de los casos de suicidio en hombres y 29% en mujeres, con una mayor asociación a métodos más violentos y letales (Kaplan et al., 2012, 2014; Klimkiewicz et al., 2012). Sin embargo, las estrategias de prevención del suicidio que incluyen el consumo de sustancias psicoactivas o alcohol suelen orientarse a población adolescente y joven, y rara vez consideran las personas mayores.

En este contexto, resulta obvio que el método más frecuente en la zona rural sea la intoxicación, no solo porque se asocia de manera importante al consumo de alcohol, sino además porque es un medio accesible a esta población debido a su amplio uso en las labores agrícolas. Fue llamativo que en varios de estos casos existiera una “negación” al acto suicida, tanto por parte de quien cometía el acto como de sus familiares, en la cual se justificaba su consumo asignándole otros fines o definiéndolo como un consumo accidental (lo cual no resultaría lógico considerando la pericia y familiaridad que el campesino tiene con estas sustancias). Este aspecto podría asociarse a las altas tasas de mortalidad por pesticidas en Colombia (Chaparro-Narváez & Castañeda-Orjuela, 2015), con la dificultad de reconocer si efectivamente son muertes accidentales o son suicidios, subregistro que se aumenta con actitudes de suicidio pasivo por el consumo crónico e intoxicación por alcohol (Gómez-Restrepo et al., 2007):

*“...El hijo manifiesta que su padre el día de los hechos fue llevado de urgencias al centro hospitalario debido a que se había tomado un Nevugón; sin embargo, aclara que el acostumbraba a purgarse con eso, pero al parecer ese día se tomó mas de la dosis” (Caso #233 – Hombre, 78 años, Casado, Agricultor - Rural, Piamonte-Cauca. – Intoxicación sin información de motivación).*

*“... se establece que es una adulta mayor que es ingresada al hospital debido a la ingestión de organofosforado (Nevugón). Aunque ingiere todo el sobre los familiares insisten en que es una ingestión accidental y no voluntaria” (Caso #891 – Mujer, 83 años, Viuda, Ama de Casa - Rural, Tabio-Cundinamarca. – Intoxicación sin información de motivación).*

*“La víctima es ingresada al hospital por fiebre y lesiones en la boca, pero la hija manifiesta que es posible que haya ingerido Gramoxone. Ella misma manifiesta que el paciente sufre de Alzheimer como posible motivación del suicidio” (Caso #184 – Hombre, 79 años, Unión Libre, Agricultor - Rural, Puerto Rico-Meta. – Intoxicación por Enfermedad Mental).*

### **6.2.3.2 El Suicidio en las Zonas Urbanas**

El 78,49% de los casos de suicidio (916 casos) se presentó en residentes de zonas urbanas, lo cual no se debe a un mayor impacto del suicidio en las personas mayores en las ciudades (como ya se detalló en el cálculo de tasas de las fases I y II del estudio), sino una distribución afín a la estructura demográfica por esta variable.

Los aspectos más relevantes en el análisis del suicidio de las personas mayores en la zona urbana fueron la protección social y el acceso a los servicios de salud en los mayores de 60 años de estas regiones, en donde, a diferencia de la zona rural, se identifica un mayor acceso a la pensión por vejez, aunque en proporciones igualmente bajas.

Los perfiles ocupacionales que más frecuentemente accedían a pensión eran los maestros, miembros de la fuerza pública, profesionales de ciencias de la salud, e ingenieros, operarios y personal de servicios generales de entidades gubernamentales. Considerando que estos perfiles contaban con una relativa estabilidad económica para satisfacer sus necesidades básicas, las motivaciones principales que guiaron la toma de decisión suicida fueron la enfermedad física y/o mental, y en pocas ocasiones los conflictos afectivos.

Es importante resaltar a los pensionados de la fuerza pública, que en el estudio correspondieron a 16 casos, todos ellos en la zona urbana, de sexo masculino, y la gran mayoría con uso de arma de fuego. Esto corresponde al 1,4% de todos los casos del estudio, y 1,6% de los casos de hombres, valor que, aunque no lo parezca, es bastante elevado considerando que menos del 1% de la población colombiana son pensionados del régimen de excepción. Estas cifras reflejan la grave problemática de suicidio que existe en este segmento poblacional, ya que tanto personal activo como retirado presentan altas tasas de suicidio y han sido considerados por la OMS como uno de los grupos de mayor riesgo (Friedman, 2014; Ocampo-Ortega, 2020).

A pesar del contexto de conflicto armado, Colombia reporta muy pocos estudios al respecto (Espitia Mancipe. & Rincón Joya, 2017; Moreno Chiquazuque & Porras Palacios, 2012;

Rodríguez Escobar et al., 2013), que se refleja en la poca prevención que se logra apreciar en los casos analizados. Debido a la seguridad económica que les provee la pensión, en estos casos las motivaciones fueron primordialmente enfermedad física o depresión. También fue llamativo que un número importante de ellos dejaran notas suicidas y organizaran asuntos legales previos, como si aún en esta situación quisieran mantener el orden y la estructura de los procesos y protocolos de investigación a los cuales se habían acostumbrado en vida:

*“Militar retirado que sufría de diabetes e hipertensión. Manifiesta la esposa e hija que el no podía dormir bien y se levantaba mucho en las noches. Esa noche se quejó mucho de dolor de estómago y le dijo a la esposa que le frotara aguardiente en el estómago. Hacia la madrugada sienten el disparo y encuentran una nota suicida que dice: “mija perdóneme, hija perdóneme” (Caso #1069 – Hombre, 72 años, Casado, Pensionado Policía - Urbano, Sogamoso-Boyacá. – Arma de Fuego por Enfermedad Física y Dolor).*

*“El hoy occiso era pensionado de la Policía. Era casado y vivía con su esposa... Se reporta una nota suicida en que aclara que los motivos de la decisión son por enfermedad física, y en los antecedentes de salud se informa que presentaba dificultades respiratorias por una patología pulmonar” (Caso #1069 – Hombre, 73 años, Casado, Pensionado Policía - Urbano, Dosquebradas-Risaralda. – Arma de Fuego por Enfermedad Física).*

En lo referente al sistema de salud, en general se aprecia un buen acceso a la atención en salud física, pero una poca efectividad en las intervenciones en salud mental. De manera frecuente, los familiares reportaron que los suicidas habían recibido atención médica general y especializada para el tratamiento de distintas patologías, dentro de las que eran muy comunes las de origen cardiovascular, diabetes, cáncer, afecciones en la próstata, problemas osteo-articulares y enfermedades respiratorias. En los casos que había disponibilidad de información de las historias clínicas, era evidente un estilo de vida poco saludable en varios de ellos, con presencia de sobrepeso u obesidad, consumo de alcohol y cigarrillo, sedentarismo y estrés.

*“Adulto mayor con cáncer en estado terminal y diabetes tipo 2 que se quita la vida por arma blanca aprovechando un descuido de la enfermera que lo cuidaba. ENTREVISTA A LA ENFERMERA: Soy auxiliar de enfermería, desde hace cuatro días fui contratada para la esposa del señor para cuidar de él. El padecía diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y cáncer de estómago, colon y lo estaban atendiendo en la san Ignacio de Bogotá. Ya había sido desahuciado por los médicos debido a la gravedad de sus enfermedades. Hoy a medio*

día después de haberlo sentado en la cama bajé a calentarle el almuerzo y dure en la cocina como 15 minutos... subí con el almuerzo al tercer piso y lo encuentro de pie en el baño apoyando la cabeza en el tanque del baño... al verlo así le hable y lo sostuve y cuando lo sostengo de los brazos se me cae al piso, le tomé signos y no tenía. Avisé a sus nietos que también estaban en la casa. Dentro de la taza había unas tijeras que permanecían al pie del occiso para abrir los medicamentos... el se hizo una herida donde le habían practicado una cirugía para diálisis y el sabía que si se hería ahí se iba a desangrar. El mantenía muy aburrido, pero especialmente ayer y hoy me dijo que estaba muy aburrido y melancólico” **(Caso #166 – Hombre, 66 años, Casado, Profesional - Urbano, Bogotá D.C. – Arma Blanca por Salud Física).**

...”su madre sufría de trastorno obsesivo compulsivo desde hacía 15 años, pero hacía 13 años se había curado y se encontraba en control médico tomando distintos medicamentos. El viernes 9 le había dicho que estaba mirando cosas, alucinaciones, decía que veía montones. Para el domingo 11 de diciembre la llevaron junto con su padre a la clínica y el médico le suministró medicamentos y luego le recetó otros más y que estos medicamentos le producían sueño. Ella se decayó en su estado general y amanecía dormida e inconsciente, ya no se le entendía lo que hablaba, decía incoherencias, decía que no podía pararse, que tenía tembladera y que no podía caminar bien. Ya el día de hoy no se levantó de la cama, y a eso de las 14 horas la levantaron para ir al baño y ella flaqueó las piernas y se desmayó. En ese momento la sujetaron con el padre y la llevaron en una patrulla hasta la clínica donde ingresa sin signos vitales. La historia clínica refiere antecedentes de esquizofrenia paranoide con tratamiento de antipsicóticos” **(Caso #728 – Mujer, 71 años, Casada, Pensionada - Urbano, Popayán. – Intoxicación por Salud Mental y discapacidad física).**

“Ella sufría de ataques de nervios hacía como nueve años y duró quince días hospitalizada en la clínica psiquiátrica. Allá la atendieron y salió bien, y hace como un año le empezó a dar tembladera y ardor de cuerpo y no podía dormir. Por esto la lleve al hospital Santa Clara donde estaba en control medico mensual y al principio los medicamentos la hacían dormir pero últimamente no le surtía efecto... decía que tenía mucho dolor y ardor en el cuerpo. Hace dos días hablando con mis hijas ellas me decían que alguna vez dijo que mi diosito la perdonara pero que ella ya había intentado quitarse la vida y mi hija me comentó que una vez la había visto intentar cortarse con un cuchillo” **(Caso #1062 – Mujer, 60 años, Casada, Ama de Casa - Urbano, Bogotá. – Precipitación por Enfermedad Mental).**

En el tema de ocupaciones existe mucha más diversidad que en la zona rural, en donde las actividades se orientan a la producción agrícola y ganadera; aunque en la zona urbana predominaron actividades informales que no garantizaban un ingreso regular que satisficiera las necesidades básicas de estas personas. Aunque existen varios casos de personas con ingresos formales que lograban acceder a una pensión (como ya se mencionó previamente), o que lograron una renta regular por actividades de comercio o inmobiliarias, el grueso de la población se concentró en situaciones de desprotección, en la que además de no contar con pensión, no podían acceder a un trabajo formal debido a su edad. Fueron comunes actividades de venta ambulante o vigilancia informal, labores de mano de obra no calificada, y en menor proporción mendicidad, indigencia o actividades de reciclaje.

Como un factor agravante de estos perfiles, se encontraba el hecho de que se encontraban separados o divorciados, con la necesidad de vivir solos en habitaciones arrendadas, inquilinatos, e inclusive zonas de invasión. En un número importante de casos las antiguas cónyuges manifestaban que la soledad del suicida se debía a violencia, malos tratos, infidelidad y consumo excesivo de alcohol, por lo que consideraban que su situación era el resultado de sus propias decisiones.

*“... es encontrado suspendido a una viga de su residencia. Según testimonios de la exesposa y el hijo, la víctima vivía sola hacía como 4 años y era una persona muy apartada de la familia. Se dedicaba al reciclaje. Hacía como tres meses había tenido una caída en una de las bodegas donde trabajaba y por ese motivo andaba muy aburrido... pero que ellos no imaginan que hasta el punto de pensar en el suicidio” (Caso #281 – Hombre, 66 años, Separado, Reciclador - Urbano, Bogotá D.C. – Ahorcamiento por Depresión debido a Enfermedad Física).*

*“La persona es encontrada tendida sobre su cama ya con tejidos en descomposición. Los testigos mencionan que vivía solo en esa vivienda, se dedicaba a vender minutos y todo lo que ganaba se lo gastaba en licor. No tenía familiares en Cartagena. En la habitación se encontraron más de 40 botellas vacías de licor, y cajas de cigarrillo vacías. También ropa tirada y en general todo sucio y desordenado” (Caso #106 – Hombre, 61 años, Separado, Vendedor Ambulante - Urbano, Cartagena D.T. – Intoxicación sin Información de Motivo).*

Frente a los mecanismos, además de las particularidades que ya se han mencionado en otros métodos más frecuentes (ahorcamiento, arma de fuego en hombres, intoxicación en mujeres), se resalta la precipitación como un método propio de las construcciones en ciudades, que, si bien no es el más frecuente, es prácticamente inexistente en las zonas rurales.

En este sentido, vale la pena resaltar los casos de suicidio en instituciones hospitalarias (17 casos en todo el estudio), los cuales reflejan no sólo la influencia del dolor y la pérdida de función de las enfermedades físicas como detonante, sino posiblemente la incapacidad del sistema de salud para hacer un abordaje adecuado de los factores de riesgo para el suicidio de las personas mayores desde la atención en salud. También se encuentra como agravante la práctica de cirugías recientes, o la notificación de la necesidad de un nuevo tratamiento o procedimiento quirúrgico, lo cual corrobora una vez mas la fuerte influencia que tiene en los hombres la presencia de enfermedades crónicas o discapacitantes, así como la baja aceptación a las intervenciones médicas, en la toma de decisión suicida:

*“Según testimonio de la esposa, su esposo se encontraba hospitalizado por un dolor en la próstata. Ya había intentado lanzarse de la ventana, pero ella y una enfermera lograron detenerlo. Sin embargo, los enfermeros la sacaron de la habitación diciéndole que ellos controlaban la situación y lo dejaron amarrado, pero al poco tiempo sonó un ruido fuerte porque el se lanzó al vacío. Ella se quejaba de la atención y negligencia que desde el principio había recibido su esposo” (Caso #585 – Hombre, 60 años, Casado, Vendedor - Urbano, Piedecuesta-Santander. – Precipitación por Enfermedad Física).*

*“Paciente adulto mayor que se lanza desde su habitación en la clínica XXX, estando hospitalizado por un cáncer en etapa terminal que comprometía otros órganos (metástasis). Los familiares sin embargo alegan negligencia en el suministro de medicamentos y en la disponibilidad de camas para el adecuado bienestar del señor” (Caso #481 – Hombre, 72 años, Sin Información de Ocupación o Estado Civil - Urbano, Bogotá, D.C. – Precipitación por Enfermedad Física).*

*“El paciente estuvo hospitalizado durante seis días por plastron apendicular, le realizaron apendicetomía laparoscópica, procedimiento que toleró sin complicaciones. Durante los estudios previos a la cirugía, se le diagnostica una masa renal izquierda que amerita más estudios y de acuerdo con lo registrado en la historia clínica se sospechó de una entidad maligna y se le explicó al paciente la posibilidad de una nefrectomía para tratamiento de esta lesión. El occiso manifestó a su hija que en esas condiciones no quería vivir. Un día*

*antes del hecho se pidió interconsulta con psiquiatría por el estado depresivo, pero esta no se llevó a cabo. El día de los hechos la hija sale de la habitación y el paciente aprovecha para lanzarse de la ventana del 4 piso” (Caso #1126 – Hombre, 67 años, Casado, Profesional - Urbano, Cartagena D.T. – Precipitación por Enfermedad Física).*

Los centros hospitalarios, además, resultan ser escenarios escogidos por varios hombres para llevar a cabo el suicidio cuya motivación es la notificación de una enfermedad terminal, como si además de terminar con el sufrimiento que esto les puede traer en un futuro, quisieran dejar en este mismo escenario la causa de su temor. No fueron pocos los casos que cometieron el suicidio con otros mecanismos distintos a la precipitación, pero igualmente al interior del centro hospitalario.

*“La persona es hallada con un cuchillo clavado en el pecho en baño de la IPS XXX en el barrio XXX. Inicialmente no se encuentra identificación. Se encuentran recibos de compras recientes, entre ellos el cuchillo con el que se autolesiona y se provoca la muerte. Los hallazgos de necropsia revelan enfermedad crónica cardiovascular que es corroborada en la investigación como posible motivación para cometer el suicidio. Posteriormente se logra identificar” (Caso #334 – Hombre, 73 años, Casado, Pensionado - Urbano, Cúcuta-Nte .de Santander. – Arma Blanca por Enfermedad Física).*

También se reportó un caso de un profesional de la salud que cometió suicidio en su lugar de trabajo, poniendo en evidencia que no son aislados estos casos en el personal médico según lo reportado en la literatura (Dutheil et al., 2019), aunque es más frecuente la intoxicación y el uso de armas blancas entre el personal de salud que el lanzamiento en alturas (Hawton et al., 2000).

*“El caso es el de un reconocido cirujano que se lanza desde el noveno piso del edificio donde funcionaba su consultorio. Según versiones de familiares y trabajadores hacía poco había sido operado de un carcinoma renal y tenía otros compromisos sistémicos. Estudios histopatológicos además mencionan que tenía enfisema pulmonar, presencia de hematomas de conductos biliares (complejo de Meyenburg), esteatosis focal y en el riñón nefritis crónica intersticial, esclerosis glomerular focal” (Caso #1064 – Hombre, 69 años, Casado, Profesional - Urbano, Bogotá, D.C. – Precipitación por Enfermedad Física).*



## **7 Discusión: Determinantes Sociales del Suicidio en las Personas Mayores en Colombia.**

Con el propósito de facilitar la organización del capítulo de discusión, y con base en el objetivo general de la investigación, esta sección se planteó integrando los resultados de las tres fases en una reflexión por cada Determinante Social que resultó ser importante en la valoración de riesgos y posibles inequidades para el suicidio en las Personas Mayores de 60 años en Colombia.

### **7.1 Edad y Género**

Según lo reportado en la literatura (Conejero et al., 2018; Conwell, 2014; Conwell et al., 2011; Sârbu, 2014), así como en las estadísticas poblacionales de distintos países (Sachs-Ericsson et al., 2016; Shah et al., 2016; Shao et al., 2016; Zhang et al., 2017), las tasas de suicidio en las personas mayores, en general son más altas que los otros grupos de edad (Rostami et al., 2018). Karbeyaz et al. (2017) por su parte refiere que, con algunas variaciones, los estudios epidemiológicos sugieren que los suicidios aumentan con la edad en prácticamente todas las sociedades.

En el presente estudio este comportamiento fue evidente para los hombres adultos mayores, mas no para las mujeres, ya que ellas presentaron tasas muy por debajo al promedio poblacional colombiano, el cual para el periodo del estudio (2009-2013) se mantuvo entre 3,84 y 4,10 muertes/100.000 habitantes para la población general (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, s/f). La razón de 7,1 casos de suicidio masculino por cada suicidio femenino es comparable con la conclusión de Alves et al. (2014), que en una revisión sistemática encontró que todos los estudios reportaron que los hombres de edad avanzada tenían una mayor tasa de muerte por suicidio en comparación con las mujeres de edad avanzada (por encima del 70%).

Aún así, las tasas de suicidio en los hombres adultos mayores colombianos siguen siendo bajas comparadas con otros países, pues estudios como el llevado a cabo por Conejero et al. (2018) reportan tasas de hasta 48.7/100,000 entre los hombres mayores blancos en los EE.UU.; en todo caso el aumento sostenido de las tasas a partir de los 60 años en los hombres colombianos demuestra lo afirmado por Shah et al. (2016) y Karbeyaz et al. (2017) en referencia a que la tasa de mortalidad por suicidio en las personas mayores aumenta sostenidamente con la edad en prácticamente todas las sociedades. Adicionalmente Conejero et al. (2018) menciona que varios estudios han demostrado que aunque las tasas de suicidio aumentan a partir de los 60 años, existe una disminución de los intentos de suicidio durante esta etapa del curso de la vida; sin embargo para este estudio no fue posible determinar la frecuencia de los mismos por la carencia de esta información.

En el cálculo de tasas ajustadas, lo que llama la atención con respecto a la variable Edad, es que en la estimación del riesgo a través del cálculo del OR, por el contrario, los resultados sugieren una mayor probabilidad de suicidio en las edades menores, contradiciendo la información indicada en el cálculo de tasas y lo mencionado por Conejero et al. (2018) y Rostami et al. (2018).

Este resultado contradictorio podría atribuirse al denominado Sesgo de Neymann que es un tipo de sesgo de selección (también conocido como sesgo de prevalencia o de incidencia) que se produce cuando la condición en estudio determina pérdida prematura por fallecimiento de los sujetos afectados por ella (Manterola & Otzen, 2015). Cualquier evento o patología que produzca muertes precoces puede inducir con frecuencia a este sesgo en estudios transversales o de casos y controles si no se considera su presencia en el diseño y la fase de selección del estudio, pues esto implicaría que al momento de inicio del mismo los individuos que han fallecido no pueden incluirse en el grupo de los casos (García Marcos et al., 1999). Si bien existen fórmulas para evitar este sesgo (Hill et al., 2003; Swanson et al., 2018) y estrategias para el diseño de los estudios de casos y controles, para fenómenos como el suicidio en el que se reconoce claramente la pérdida prematura por fallecimiento, pero además, existe una alta mortalidad por dicho evento en edades avanzadas, el cálculo de OR no resultaría en la mejor estrategia de análisis de riesgo para la variable edad, por lo que seguiría siendo aconsejable el manejo de tasas ajustadas. En este estudio se comprueba el efecto del sesgo de Neyman, cuando se

estimaron las tasas ajustadas por sexo y edad (Figura 4-2), y muestra cómo la edad es un factor de riesgo para muerte por suicidio.

A pesar de este aspecto, los estudios transversales y de casos y controles presentan una gran utilidad en la identificación de factores de riesgo para el suicidio, ya que, a excepción de la edad, la mayoría de variables son relativamente comparables, tanto en los casos como en los controles, cuando se aparean por condiciones sociodemográficas (Álvarez Muñoz et al., 2020; José M. Antón-San-Martín et al., 2013). De hecho, en Colombia se reportan varios estudios de valoración del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo con este tipo de estudios, aunque la gran mayoría de ellos en población adolescente (Campo-Arias et al., 2020; Molina & Lechuga, 2003; Morales & Martínez, 2010).

En lo referente a las variables de tiempo del hecho, no hubo diferencias significativas frente al día y mes del año, a pesar de que se aprecia una tendencia a que existan mayores casos de hombres los viernes y sábado, mientras que para las mujeres fueron los días domingo y lunes, comportamiento similar al estudio en Bogotá llevado a cabo por Ordóñez-Monak et al. (2013). Sin que existan herramientas de análisis suficientes para afirmarlo, se podrían generar hipótesis en torno a la influencia de días de mayor actividad de esparcimiento y consumo de alcohol para el caso masculino y de sentimientos de desesperanza o soledad para el caso femenino los días domingo, lunes y el mes de diciembre. En la caracterización de los suicidas bogotanos realizada por Sánchez et al. (2004) se encontró que las fechas coincidentes o cercanas a celebraciones especiales (navidad, año nuevo, día del padre, día de la madre, etc.) predisponían la consumación de una idea suicida. Para el caso de la franja de tiempo, la mayor frecuencia de casos entre las 6:00 y las 11:59 horas, podría relacionarse con la ausencia de cuidadores o moradores habituales en el hogar en dichos horarios; sin embargo, también resulta ser una hipótesis sin posibilidad de confirmación con la información disponible.

Con respecto al mecanismo empleado por los individuos del estudio, los hallazgos son consistentes con lo reportado en la literatura y con el seguimiento que realiza el INML y CF en sus estadísticas anuales. El método más frecuente resultó ser el ahorcamiento para ambos sexos y las dos zonas de residencia (urbana y rural), tal como lo reportan los estudios de Chaparro-Narváez et al. (2019) y Ordóñez Monak et al. (2013). Esto es reportado en otros estudios, en los cuales se afirma que el método más usado para cometer suicidio en las personas mayores es el ahorcamiento (Crestani et al., 2019;

Karbeyaz et al., 2017; Shojaei et al., 2014) con una mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres (Alves et al., 2014).

La selección de armas de fuego como segundo método por parte de los hombres mayores y poco frecuente en las mujeres de este grupo etario, también es un hallazgo que reportan todos los estudios que incluyeron la variable sexo analizados por Alves et al. (2014), con frecuencias entre el 18,7% y el 24,7%, similar al 21,3% encontrado en este estudio. Brito Barrios & Córdoba Pérez (2011) en un estudio llevado a cabo en la ciudad de Santa Marta (Colombia), indican que el 20,8% de los hombres emplearon el arma de fuego como mecanismo para quitarse la vida; aunque estas cifras incluyeron hombres de todas las edades.

El envenenamiento o intoxicación como método preferido de suicidio en las mujeres, no solo las mayores sino de cualquier edad, también es un aspecto ampliamente reportado (Alves et al., 2014; Karbeyaz et al., 2017). Santurtún et al. (2016) lo incluye dentro de la categoría “agentes tóxicos”, indicando que estuvo presente en el 9,8% de todos los suicidios, siendo más usado por las mujeres. Brito Barrios & Córdoba Pérez (2011) también concluyen que la intoxicación es el método más frecuente en las mujeres sin distinción de edad, con una frecuencia del 75% de los casos femeninos estudiados, dato muy superior al presente estudio que mostró un 29,9% de selección en este grupo poblacional. Lo anterior podría sugerir que, el uso de agentes tóxicos en las mujeres, si bien se mantiene a lo largo del curso de vida, parece decrecer en las adultas mayores.

Las motivaciones del suicidio se constituyen en una de las variables más relevantes en términos de insumo para la comprensión del fenómeno y las alternativas de prevención desde la salud pública. Los hallazgos de este estudio sugieren que existen diferencias importantes entre hombres y mujeres en lo referente al motivo o causa que conlleva a la toma de decisión suicida. Para el caso de los hombres, es evidente la influencia de la presencia de enfermedades físicas (ya sea crónicas, terminales y/o discapacitantes), lo cual se ha venido reportando con mayor insistencia en la última década en distintos estudios que mencionan este tipo de enfermedades como un factor de riesgo de alta influencia para el suicidio en los hombres mayores (Diggle-Fox, 2016; dosSantos, 2017; Song & Lee, 2016; Zhu et al., 2018). La segunda motivación del suicidio en hombres fue la salud mental, que también se ha reportado como frecuente y prevalente para este grupo

poblacional, aunque con un menor impacto que la salud física (Oude Voshaar et al., 2016; Quan et al., 2002; Shah et al., 2016; Shao et al., 2016).

En el caso de las mujeres, por el contrario, fueron las enfermedades mentales las que ocuparon un lugar preponderante en las motivaciones para cometer suicidio. Ozaki et al. (2015) realizó una revisión de literatura, en la que efectivamente encontró que la prevalencia de depresión en mujeres es 2,65 veces mayor que en hombres. Autores como Meneghel et al. (2015) han profundizado en las posibles explicaciones de la ideación suicida en las mujeres adultas mayores, encontrando que es el resultado de todo un cúmulo de experiencias a lo largo del curso de vida, que desencadenan que en sus últimos años, a pesar de que se cuente con tiempo para ellas mismas por primera vez, este tiempo se considere como vacío y sin significado, ahondado por el sufrimiento de las pérdidas tanto materiales como simbólicas. Este mismo fenómeno se ha asociado a lo que algunos autores reportan como “síndrome de la abuela esclava” resultante de la sobrecarga del cuidador para las mujeres mayores (García González et al., 2011; Guijarro Morales, 2001; Linde et al., 2008)

Sin embargo, mantener una línea divisoria entre enfermedades físicas y mentales no es algo sencillo, pues si bien para el presente estudio se categorizó la motivación más próxima al hecho suicida, hubo varios casos en que la enfermedad mental se derivó de la condición física previa. Ozaki et al. (2015) confirma en la revisión de la literatura, que la presencia de síntomas depresivos fue mayor entre los mayores de 60 años con mayor número de enfermedades crónicas.

Frente a las diferencias en torno a la convivencia y estado civil en las personas mayores que comenten suicidio, los hallazgos de esta investigación mostraron diferencias similares a las reportadas por Lee et al. (2018) quien refiere en su estudio que el estado civil mostró una influencia diferente en la ideación suicida dependiendo de la edad y el sexo. Si bien los resultados obtenidos en el presente estudio no permiten identificar una asociación o riesgo, si arrojan diferencias importantes entre hombres y mujeres. Para el caso masculino los hallazgos de este estudio mostraron que el estado civil más frecuente fue estar casado y convivir con su núcleo familiar, lo cual parecería contradecir lo que tradicionalmente se reporta en la literatura en torno a que estos aspectos disminuyen el riesgo de cometer suicidio con respecto a los viudos, solteros y divorciados (Conejero et al., 2018; O’Connell et al., 2004); sin embargo en una revisión sistemática realizada por

Carvalho et al. (2020) además de reafirmar que los estudios indican una asociación entre el estado civil y el suicidio, menciona que cinco de ellos confirma que los individuos casados prevalecen, especialmente después de los 80 años, lo cual podría tener múltiples explicaciones que van desde conflictos maritales y sexuales en edades avanzadas, hasta pérdida del rol masculino dentro del ámbito familiar.

En las mujeres del estudio, la dinámica de estado civil y convivencia parece estar más relacionada con aquellas que eran solteras o viudas que convivían con otros familiares, a pesar de que predominaba el estado civil casada. Frente a esto, lo que reporta la literatura es menos específico, ya que la mayoría de las víctimas de suicidio en personas mayores son hombres. Sin embargo, algunos estudios como el de (Crestani et al., 2019) afirman que la viudez resulta ser un factor decisivo para la toma de decisión suicida en las mujeres debido al dolor provocado por la desintegración de la unidad conyugal. Meneghel et al. (2015) identificaron en mujeres adultas mayores que habían cometido suicidio, que la sensación de soledad y vacío, así como la sobrecarga de cuidado (que también es muy frecuente en las mujeres solteras que conviven con otros familiares), también incentivaban la ideación suicida en este tipo de perfiles.

Con respecto al riesgo de suicidio por estado civil, la única categoría que mostró una mayor probabilidad de suicidio fue separado/divorciado (OR=1,53; p=0,000) estado que ya se ha reportado por otros estudios como de mayor riesgo para la población. Park et al. (2018) encontró en un análisis de suicidio por estado civil, que para toda la población la tasa más alta la tenían las personas divorciadas (129,14 x 100.000 hab.), valor que aumentaba significativamente para el caso de los hombres (214,76 x 100.000 hab.). Adicionalmente, en su análisis de regresión logística, el estudio de Park et al. (2018) también encontró una mayor probabilidad de suicidio en los divorciados (OR=5,44; p=0,001) tomando "casado" como categoría de referencia, aunque contrario a la presente investigación, ser soltero también representó un riesgo (OR=4,27; p=0,001), diferencia que puede deberse a que este no era un estudio específico para personas mayores. Otros estudios específicos en personas mayores (Zhou et al., 2019) que más que el estado civil en si mismo, lo que aumenta el riesgo es un estado civil inestable (OR=4,19; p=0,003) en comparación con uno estable, haciendo referencia a vivir solo por condiciones obligadas como abandono y viudez.

## 7.2 Territorio

Las diferencias frente a la zona rural y urbana no fueron consistentes ni significativas para el presente estudio y presentaron grandes variaciones según el departamento. Tampoco se encuentra información concluyente reportada en la literatura. Estudios como el de Kazemi-Galougahi et al. (2018) asocian el aumento en las tasas de suicidio en ciertas zonas rurales de Irán a un menor ingreso económico, mientras que el de Alves et al. (2014) afirma que la falta de diagnóstico o tratamiento de enfermedades psiquiátricas en las personas mayores, más carente en las zonas rurales, podría incrementar las tasas de suicidio. Bush & Qeadan (2019) sugieren que un mayor riesgo de suicidio en las zonas rurales se podría deber a un menor soporte social en estas regiones, sin embargo, su estudio se concentró en población indígena en edades jóvenes. Para el caso colombiano se encontró el estudio de Chaparro-Narváez et al. (2019) que concluye que entre 1979 y 2014 el riesgo de suicidio fue más alto en el área urbana en hombres, en los grupos etarios de 25 a 44 años y de 65 y más años, mientras que el riesgo de suicidio fue mayor en el área rural para los hombres entre los 45 y los 64 años.

La intoxicación en las zonas rurales, junto con la precipitación en las zonas urbanas, fueron los únicos mecanismos que presentaron alguna diferencia importante en relación con la zona de residencia de las personas. Para el tema urbano, existe una relación con el acceso a construcciones de grandes alturas (Brito Barrios & Córdoba Pérez, 2011), mientras que en las zonas rurales la facilidad de acceso a los agro-tóxicos para las labores agrícolas aumenta la probabilidad del empleo de este método de manera voluntaria para todos los grupos etarios (Chaparro-Narváez et al., 2019; Chaparro-Narváez & Castañeda-Orjuela, 2015; Valencia et al., 2011).

El lugar de residencia mostró un riesgo levemente mayor, aunque significativo, para el suicidio en la zona rural en comparación con la zona urbana (OR=1,63; p=0,001). Aunque la dinámica de la ruralidad puede ser cambiante entre países con distintos grados de desarrollo, investigadores de países con altas tasas de suicidio como China y Corea han identificado algunas inequidades para el suicidio entre lo rural y lo urbano. Li & Katikireddi (2019) en una revisión de la literatura y meta-análisis realizado en población china, refirieron que las tasas de suicidio entre las personas mayores en las zonas rurales son más altas que las de las zonas urbanas (OR = 3.35; 95%: IC 2.48 - 4.51). Otros estudios no clasifican el territorio entre urbano y rural, pero analizan el suicidio en las regiones con

base en indicadores socioeconómicos, como el ingreso, para identificar inequidades. Tal es el caso de Kazemi-Galougahi et al. (2018) que asocian el aumento en las tasas de suicidio en ciertas zonas rurales al encontrar una tendencia a su disminución en la medida que la región aumenta el quintil de ingresos. A nivel nacional Chaparro-Narváez et al. (2019) realizaron un estudio que evaluó la tendencia de mortalidad por suicidio en las áreas urbanas y rurales, reportando en sus resultados tasas de suicidio y razones de prevalencia mayores en la zona urbana que en la rural para la población mayor de 65 años (RP=14,34 vs. RP=12,90; P=0001) lo cual contradice los datos de la presente investigación.

### **7.3 Aseguramiento en Salud**

El aseguramiento en salud mostró un mayor riesgo de suicidio para todos los regímenes empleando como comparador el de excepción, siendo significativo en el régimen especial (OR=3,92; P=0,002), los no asegurados (OR=6,42; P=0,000) y aquella población en la que no se pudo identificar su régimen (OR=23,94; P=0,002). Considerando una mayor vulnerabilidad de base en aquellas personas no aseguradas, y por ende unas peores condiciones de salud, resultaría lógico este valor para esta categoría, más no así para el régimen especial (el cual presentó un riesgo mayor inclusive que el régimen subsidiado). Una posible explicación a este resultado, puede deberse a la inclusión de fuerzas militares y de policía en esta categoría, población que en Colombia y otros países presenta tasas de suicidio mucho mayores que el resto de la población para sus miembros activos y personal en retiro (Espitia Mancipe. & Rincón Joya, 2017; Ocampo-Ortega, 2020)

Dadas las especificidades del SGSSS colombiano, no es fácilmente comparable con estudios de otros países, ni tampoco se encontraron estudios a nivel nacional que evaluaran el riesgo de suicidio según el régimen de afiliación. En todo caso, hay estudios sobre suicidio en personas mayores que analizan algunos aspectos de protección social en los que se identifica que la disminución en las oportunidades laborales y el acceso a recursos y servicios, dentro de los que se encuentran la atención en salud en la vejez, pueden aumentar el riesgo de suicidio (Carvalho et al., 2020; Zhou et al., 2019), sobretodo considerando el impacto de la enfermedad crónica en este fenómeno (Alves et al., 2014; Karbeyaz et al., 2017; Ozaki et al., 2015).

Los hallazgos cualitativos sugieren que las problemáticas de atención en salud de las personas mayores en Colombia se concentran más en las barreras de acceso de oferta y



demanda, que, en la propia cobertura en salud, pues según el análisis de las narrativas forenses existe evidencia de un gran número de personas adultas mayores atendidas en los distintos regímenes en salud. Sin embargo, se identifica una gran inequidad en las zonas rurales, donde no existe suficiente oferta de servicios de salud especializada, ya sea física o mental. Si bien no se encontraron estudios en las zonas rurales para el sistema de salud colombiano específicos sobre oferta de servicios especializados (en salud mental, medicina interna u otra especialidad esencial para las personas mayores), se lograron identificar algunos que analizan las brechas de inequidad con respecto a la atención en salud oral entre las zonas rural y urbana, para mujeres en gestación colombianas (Maldonado-Maldonado et al., 2021) y adultos mayores peruanos (Azañedo et al., 2019); en los cuales hubo asociación entre la zona de residencia y una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud oral.

De igual manera las narrativas forenses ponen en cuestionamiento la efectividad de las atenciones en salud mental para la población adulta mayor, las cuales se realizaron primordialmente con atención psiquiátrica, pero con baja presencia de otros profesionales (como psicólogos, trabajadores sociales, etc.) y poco incentivo de redes de apoyo. Varios de los casos no mostraron una efectividad clara para el tratamiento y control de pacientes con enfermedades mentales o neurodegenerativas desde tratamientos farmacológicos. Aunque el abordaje en la salud mental es un proceso complejo, es probable que se deba considerar un abordaje más integral según las necesidades de las personas mayores.

## 7.4 Educación

Aunque algunos estudios han sugerido la educación o logro académico como un posible determinante social que influye en el riesgo de suicidio (Assari et al., 2019; Lageborn et al., 2017; Phillips & Hempstead, 2017; Shah & Bhandarkar, 2009), los hallazgos de este estudio descriptivo frente a nivel educativo presentan una limitante, considerando la ausencia de denominadores para el cálculo de tasas que permitan conocer el impacto real del suicidio por nivel educativo y no meramente una distribución por categorías. En ese sentido no es posible afirmar que una concentración del 43,7% de los casos en nivel primario sea decisivo para concluir que el logro académico se relaciona con una mayor probabilidad o riesgo de suicidio, sino únicamente que la mayoría de los suicidas pertenecían a este nivel de estudios, lo cual puede ser explicado por el hecho de que para

esta generación el acceso a la educación secundaria o superior era aún más limitado que en la actualidad.

El nivel educativo se considera uno de los DSS más importantes en términos de impacto en la calidad de vida de las personas y sus condiciones de salud. Los resultados frente a la valoración del riesgo de suicidio por nivel educativo, sin embargo, no mostraron diferencias significativas entre los distintos niveles educativos de la población del estudio (a excepción de la categoría Sin Información). Tal comportamiento se presentó tanto para el OR crudo como el ajustado. La literatura reporta sin embargo resultados bastante contradictorios, los cuales dependen en gran medida de la fuente utilizada y la metodología empleada. En general, los estudios que emplean bases de datos poblacionales, a través del cálculo de tasas y RR, suelen concluir que en efecto el riesgo de suicidio disminuye a mayor nivel educativo (Kim et al., 2018; H.-Y. Lee et al., 2013; Lorant, 2002; I. Ordóñez-Monak et al., 2020). Por otro lado, estudios que emplearon grupos poblacionales o muestras más reducidas con fuentes de información que permitían identificar o evaluar variables sociales, culturales, medioambientales o intelectuales, mostraron poca evidencia o asociación estadística entre el nivel educativo y el suicidio variables (Assari et al., 2019; Park et al., 2018; Voracek, 2006, 2007). En todo caso, estos estudios no son específicos para población adulta mayor, que para la población analizada en el presente estudio presentaba una mayor proporción de personas con estudios primarios.

## **7.5 Pertenencia Étnica**

La última variable analizada fue la pertenencia étnica, cuyos resultados no mostraron mayores riesgos de suicidio para ninguna categoría con respecto a las personas que no pertenecían a ninguna minoría. Estos resultados son llamativos considerando la vulnerabilidad de las minorías étnicas en Colombia (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2010) y la problemática del suicidio en las poblaciones indígenas que se ha venido reportando desde hace algunos años (Santiago Ramírez et al., 2018; Urrego Mendoza et al., 2017; Vargas-Espíndola et al., 2017), lo cual podría explicarse en el hecho de que este fenómeno suele concentrarse en poblaciones jóvenes, las cuales no hacían parte de la población de estudio de la presente investigación.

## 8 Conclusiones y Recomendaciones

Para facilitar el seguimiento del desarrollo y cumplimiento de los objetivos específicos de la investigación, las conclusiones y recomendaciones se orientaron según la pregunta que orientaba cada uno de ellos:

### 8.1 Con respecto a la caracterización

- Como sucede a nivel global, el suicidio, independientemente del grupo etario, continúa siendo un fenómeno de mayor impacto para los hombres. En todo caso, sí es evidente que las tasas de mortalidad por suicidio tienden a incrementarse con la edad en la población masculina, mientras que en las mujeres se mantienen estables después de los 60 años, lo cual sugiere la necesidad de considerar las diferencias culturales, económicas y de rol social a las cuales se enfrentan ellos en su vejez.
- En el contexto colombiano no se encontraron diferencias consistentes entre las zonas rural y urbana, pero departamentos como Arauca, Quindío, Meta, Sucre y la zona rural del Guaviare, merecen especial atención. Estos resultados corroboran el hecho de que lo geográfico es un concepto que va más allá de lo espacial e incorporan una serie de dinámicas socioeconómicas, culturales, productivas y de orden social, que pueden afectar negativamente la experiencia del envejecimiento y los retos a los que se enfrentan las personas mayores en dichas regiones.
- Los mecanismos empleados por los individuos evaluados mantienen las tendencias que reporta la literatura, frente a que el mecanismo más común es el ahorcamiento para los dos sexos, seguido de arma de fuego en los hombres e intoxicación en las mujeres. Las personas adultas mayores en Colombia tienen predilección por

cometer el acto suicida en sus propias viviendas en horas de la mañana. Aunque el tema se encuentra relativamente documentado en diversos estudios, no deja de ser un tópico de interés para futuras investigaciones que permitan profundizar en la comprensión de los factores que influyen en la selección de un determinado método para prescindir de la vida, ya sea por género, edad, condición social, etc.).

- Las motivaciones, así como algunas variables de estado civil y convivencia, indican la necesidad imperante de abordar el fenómeno del suicidio en la población adulta mayor de 60 años con un enfoque diferencial, ya que los resultados de esta investigación sugieren que las vivencias, problemáticas y resiliencia para enfrentarse a los retos de esta etapa del curso de vida tienen diferencias de género relevantes. Como se ha manifestado en distintos apartados, es urgente que programas de medicina interna, psicología, psiquiatría, gerontología, entre otros, reconozcan estas realidades y generen acciones encaminadas a desarrollar estrategias preventivas eficientes e integrales que no fragmenten el abordaje de la conducta suicida.

## **8.2 Con respecto a la identificación de desigualdades o inequidades**

- En términos de tasas poblacionales, el suicidio en las personas mayores es predominantemente masculino, como sucede con todos los grupos etarios de la población colombiana y global, aunque el departamento del Guaviare fue el único que presentó una tasa mayor para las mujeres que para los hombres. En cuanto a las diferencias por zona rural y urbana, como se mencionó previamente, los resultados fueron diversos, y coincidieron en su mayoría con el grado de desarrollo urbanístico del departamento. El departamento que mostró mayores tasas de suicidio en Colombia para las personas mayores fue Arauca.
- Los DSS que mostraron asociación significativa en el riesgo de morir por suicidio y que sugieren la presencia de desigualdades según las categorías evaluadas fueron sexo (masculino); estado civil (separado o divorciado); zona de residencia (rural); régimen de aseguramiento (especial, no asegurado, o sin información). Esta información debe complementa varios de los resultados descriptivos y los

elementos explicativos suministrados por la información cualitativa, cuyo análisis ya se mencionó en apartados previos.

- La edad mostró resultados contradictorios entre el cálculo de tasas y los OR, indicando mayores tasas de suicidio a edades mayores, pero menor riesgo de morir por suicidio a mayor edad, lo cual se explica por la presencia del sesgo de Neyman. Esto reafirma la necesidad de considerar las metodologías de análisis adecuadas en estudios que evalúen factores de riesgo para fenómenos de salud, según su comportamiento, letalidad, incidencia, etc.

### **8.3 Con respecto a la identificación de elementos explicativos**

Las narrativas analizadas permiten identificar algunos aspectos que amplían la comprensión o explicación de los hallazgos cuantitativos, principalmente en las dos categorías cuyas diferencias fueron más importantes:

- En primer lugar, se expone el género como un determinante que muestra diferencias de motivaciones, mecanismos y entorno (incluidas las redes de apoyo) para hombres y mujeres, resaltando la baja tolerancia y aceptación por parte de los hombres para el manejo de las enfermedades físicas y discapacidades adquiridas durante la vejez, así como el gran impacto de la salud mental en el suicidio de las mujeres adultas mayores. La historia de vida de los suicidas, incluyendo una gran variedad de determinantes sociales que incorporan las condiciones socioeconómicas derivadas de su ocupación, así como los estilos de vida, desencadenan unas situaciones relevantes en torno a la salud física, mental y emocional en la última etapa del ciclo de vida, que influyen de manera directa en la toma de decisión suicida.
- En segundo lugar, se expone el territorio como un determinante social que aumenta las brechas de inequidad entre las zonas rurales y urbanas. Si bien los suicidas de ambas regiones comparten varias circunstancias (como las diferencias de mecanismos y motivaciones por género), se evidencia un panorama de desprotección social en la vejez y barreras de acceso en la atención en salud física

y mental (esta última con serias debilidades de oferta), que se suma a malas condiciones de vida y falta de oportunidades laborales para estas poblaciones.

- Como hallazgos adicionales, emergen las problemáticas del suicidio en las Fuerzas Militares y en el Talento Humano en Salud como poblaciones que de base ya poseen vulnerabilidades y riesgos que se encuentran además reportados en la literatura. No menos importante surge el tema del impacto del consumo y abuso del alcohol relacionado al suicidio, que, aunque documentado de vieja data, no se incluye de manera importante en las estrategias de prevención del suicidio de las personas mayores.

## 8.4 Recomendaciones Finales

Para la realización de futuros estudios en salud pública (no exclusivamente en suicidio) se hace necesario continuar fortaleciendo, actualizando e integrando los sistemas de información en Colombia, de tal manera que se logre una mayor interoperabilidad, uniformidad, complementariedad e integralidad de estos. Como se evidenció en las limitantes para la fase de recolección de la información, aún no existe una plena cultura de la calidad del dato para todos los actores de los sistemas de información, por lo que el suministro del dato es susceptible al criterio del funcionario, profesional o encargado de dicha labor, lo cual puede resultar crítico para

Aunque la sensibilidad de la información de las víctimas por suicidio demanda una garantía de la preservación y adecuada custodia de esta, esto no se debe convertir en una barrera de acceso que limite la posibilidad de desarrollar estudios oportunos y con participación de distintos sectores sociales, pues la riqueza de puntos de vista y aproximaciones es la que nutre la generación de políticas públicas pertinentes a las necesidades de la protección social de las personas mayores.

Si bien son muchos los nuevos interrogantes que para futuras investigaciones abre el estudio, es evidente que el tema del envejecimiento requiere acciones y respuestas urgentes en torno a políticas de protección social, garantía de los derechos de las personas mayores y envejecimiento activo en el marco de la equidad y la justicia social.

Los resultados cuantitativos, pero sobretudo la información cualitativa analizada, pone en evidencia las debilidades en la formación de talento humano en salud, respuesta social y disponibilidad de redes de apoyo para las necesidades en salud física y mental de la

tercera edad en Colombia. Si bien existen acciones asistenciales, preventivas y programas sociales, no son diseñadas de manera específica para este grupo poblacional, o no están siendo efectivas para mitigar y apoyar los retos que implica el envejecimiento de nuestros adultos mayores.

Lo anterior también se convierte en un llamado de atención al Sistema de Salud y demás instituciones (Protección Social, Academia, Investigación, etc.) a:

- a) Reorientar y fortalecer la formación del talento humano en salud, de tal manera que se incorporen competencias y sensibilización sobre las necesidades y demandas particulares que requiere el abordaje de las personas mayores en Colombia.
- b) Velar por el cumplimiento de las políticas públicas de envejecimiento y vejez en Colombia, así como su debida actualización según las orientaciones y acuerdos nacionales e internacionales.
- c) Integrar la política de discapacidad a las políticas de envejecimiento y vejez, considerando la prevalencia de condiciones de discapacidad adquiridas en este grupo etario, pero además identificando el gran impacto que tiene la misma en la conducta suicida de los adultos mayores.
- d) Afianzar y priorizar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como estrategias de Atención Primaria en Salud que incorporen a la población adulta mayor a nivel territorial, considerando sus particularidades geográficas, sociales, culturales, e inclusive las dinámicas económicas en las que se circunscriben los determinantes sociales de determinadas comunidades.
- e) Favorecer las acciones, alianzas y proyectos académicos o de investigación desde las universidades, de tal manera que no solo analicen las problemáticas de la salud física y mental de la población mayor, sino que además las universidades sean aliados estratégicos en las acciones de salud pública basadas en la evidencia.

Las conclusiones se sintetizan en la siguiente figura:

**Figura 8-1:** Conclusiones del Estudio

Obj. 1: Caracterización	Obj. 2: Desigualdades	Obj. 3: Elementos Explicativos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fenómeno Primordialmente Masculino, pero Diferencias por Género en Motivaciones y Mecanismos (<b>Atención Diferencial</b>)</li><li>• Tasas Aumentan con la Edad</li><li>• Departamentos y Poblaciones de Interés especial (<b>Zona Conflicto</b>)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Resultados Significativos para sexo, estado civil, aseguramiento y zona (<b>Sistema de Salud y THS no adaptado</b>)</li><li>• Resultados por Nivel Educativo Contradictorios (<b>Otros Estudios</b>)</li><li>• No hay asociación con Pertenencia étnica (<b>Otros grupos</b>)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Educación y Protección Social altamente relacionado con Ocupación y Condiciones de Vida</li><li>• Diferencias por Género en dinámicas de envejecimiento, roles, realización y estilos de vida.</li><li>• Territorio en Colombia determinante importante (<b>Puerta para nuevos estudios</b>)</li></ul>



## A. Anexo: Variables Fase I, definición y naturaleza

Grupo	Variable	Definición	Operatividad	Naturaleza	Categorizada en SIRDEC
Datos de la Víctima	Departamento	Departamento donde residía la persona	Nombre del Departamento	Categórica nominal politómica	Si
	Municipio	Municipio donde residía la persona	Nombre del Municipio	Categórica nominal politómica	Si
	Zona	Zona geográfica donde residía la persona	Rural y Urbano	Categórica Nominal Dicotómica	Si, pero se recategorizó a estas dos categorías después de recolección de datos
	Edad	Edad de la Persona	Años cumplidos	Cuantitativa Discreta de Razón	Si
	Sexo	Género de la Persona	Masculino o Femenino	Categórica Nominal Dicotómica	Si
	Ancestro Racial	Principales rasgos que constituyen el patrón morfológico con el cual el patólogo definió la pertenencia racial de la persona	Amarillo, Blanco, Mestizo, Negro, Indígena, Mulato, Ninguno Sin Información	Categórica nominal politómica	Si
	Estado Civil	Estado Civil de la persona al momento de la muerte	Soltero, casado, viudo, divorciado, separado	Categórica nominal politómica	Si

	Ocupación	Ocupación de la persona al momento de la muerte	Según las 10 Categorías de Ocupación DANE más otras 6 no contempladas por esta entidad:  Fuerza pública Directores y gerentes Profesionales Técnicos Apoyo administrativo Servicios y comercio Agropecuario calificado Operarios y artesanos Operadores de máquinas Ocupaciones elementales Pensionados Ama de casa Habitante de calle Discapacidad Institucionalizado o Privado de la libertad Sin ocupación Sin Dato	Categoría nominal politómica	No, Múltiples ocupaciones se recategorizaron según ocupaciones DANE y se incluyeron otras adicionales que no considera el DANE
	Escolaridad	Máximo nivel de escolaridad alcanzado por la persona	Primaria, Secundaria, Superior, Sin Estudio, Sin información	Categoría nominal politómica	Si, pero se recategorizó a estas tres categorías después de recolección de datos por utilidad del estudio y comparabilidad con otros estudios reportados.

	Convivencia	Convivencia de la persona al momento de la muerte	Sin Dato Familia Nuclear Otro Familiar Pareja Solo Hogar Geriátrico Inquilinato Amigo Calle	Categórica nominal politómica	No, Múltiples opciones de convivencia que se recategorizaron después de la recolección de datos.
Datos del Hecho	Año	Año en el cual se cometió el acto suicida	2009-2013	Categórica nominal politómica	Si
	Mes	Mes en el cual se cometió el acto suicida	c/u de los 12 meses del año	Categórica nominal politómica	Si
	Día Semana	Día de la semana en el cual se cometió el acto suicida	c/u de los 7 días de la semana	Categórica nominal politómica	Si
	Hora	Franja horaria en la cual se cometió el acto suicida	06:00-11:59 12:00-17:59 18:00-23:59 00:00-05:59	Categórica nominal politómica	Si
	Escenario	Escenario en el cual se cometió el acto suicida	Área comercial Área rural Edificación no residencial Entidad financiera Establecimiento carcelario Establecimiento de hospedaje Establecimiento médico Establecimiento religioso Establecimiento sociocultural Hogares geriátricos Obra en construcción Parqueadero Vehículo Vía pública Vivienda Zona deportiva Sin Dato	Categórica nominal politómica	Si

	Mecanismo	Mecanismo que empleó la persona para cometer el acto suicida	Ahorcamiento Intoxicación Arma de Fuego Precipitación Arma blanca Sumersión Sofocación Quemadura Evento de tránsito	Categórica nominal politómica	Si
Móviles del Hecho	Motivación o razón	Motivación o razón que llevo a la persona a tomar la decisión de cometer el acto suicida	Enfermedad física Enfermedad mental Económicos Conflictos Discapacidad Pérdidas Depresión Legales Violencia Adicciones Amenazas Sin información	Categórica nominal politómica	No, Múltiples motivaciones que se recategorizaron después de la recolección de datos
	Nota Suicida	Existencia de nota suicida	Si - No	Categórica Nominal Dicotómica	No
	Presencia de testigos	Existencia de testigos que presenciaron o estaban en el lugar de los hechos cuando se cometió el acto suicida	Si - No	Categórica Nominal Dicotómica	No
	Homicidio Asociado	Existencia de un homicidio por parte de la persona, previo al acto suicida.			Estas variables se incorporaron en el instrumento de recolección de datos, pero debido a la gran diversidad y perdida de información se reservó la misma como complemento a las narrativas que se
	Antecedentes Médicos	Presencia de Antecedentes Médicos de Relevancia en la persona.			

	Antecedentes Psicológicos	Presencia de Antecedentes Psicológicos de Relevancia en la persona			emplearían en los casos de la Fase III del estudio.
	Antecedentes Discapacidad	Presencia de algún tipo de discapacidad en la persona			
	Presencia Alcohol	Evidencia de consumo de alcohol en el momento de cometer el acto suicida.			
	Presencia otras sustancias	Evidencia de consumo de otras sustancias psicoactivas en el momento de cometer el acto suicida.			
	Evidencia de Maltrato	Evidencia de maltrato físico en la inspección del cadáver.			



## B. Anexo: Autorizaciones INML y CF



1914 - 2014  
Subdirección de Investigación Científica

### MEMORANDO SIC-06

**DE:** SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA  
**PARA:** SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES E INVESTIGADORES EXTERNOS  
**ASUNTO:** PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN APROBADAS CONVOCATORIA I-2015

La Subdirección de Investigación Científica y la Escuela de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, presentan los resultados de la Convocatoria de Investigación I-2015 mediante la cual fueron evaluadas y aprobadas las siguientes propuestas de investigación:

N° PROPUESTA	TÍTULO	INVESTIGADOR PRINCIPAL	REGIONAL
I-2015-01	CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES LETALES PRODUCIDAS POR MINAS ANTIPERSONAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE NECROPSIAS MÉDICO-LEGALES EN COLOMBIA: 2008 A 2013	Yady Jimena Duran Téllez	Regional Bogotá
I-2015-03	TIPIFICACIÓN DE ADN A PARTIR DE MUESTRAS DE SANGRE TOMADA A CUERPOS EN DESCOMPOSICIÓN	Paula Andrea Ortega Segura	Regional Noroccidente
I-2015-05	CARACTERIZACIÓN DE LAS ELECTROUCIONES EN COLOMBIA, 2010-2014	Alberto Tejada Valbuena	Regional Bogotá
I-2015-08	MELANOCITOS UNGULARES	Elga Johanna Vargas Carreño	Regional Bogotá
I-2015-09	EFFECTO DE LOS PROCESOS PREANALITICOS EN LABORATORIO DE PATOLOGÍA Y GENÉTICA, EN LA MORFOLOGÍA CELULAR Y CALIDAD DEL ADN RECUPERADO DE TEJIDOS, FIJADOS Y/O EMBEBIDOS EN PARAFINA	Rosa Romero - Alejandro Sandoval	Regional Sureoccidente
I-2015-10	ANÁLISIS GENÉTICO-POBLACIONAL DE LOS POLIMORFISMOS DE DELECIÓN/INSERCIÓN INCLUIDOS EN EL KIT DIPLEX® DE QIAGEN, EN LAS REGIONES DE LA COSTA CARIBE, COSTA PACÍFICA, ISLA DE SAN ANDRÉS, ORINOQUÍA Y AMAZONÍA COLOMBIANA.	Martha Xiomara Gélvez Mendoza	Regional Bogotá
I-2015-12	EXPLORACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE EL FENÓMENO DEL SUICIDIO EN EL ADULTO MAYOR Y LAS CONDICIONES DE INEQUIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD: COLOMBIA 2009-2013 (FASE 1)	Ivonne Andrea Ordóñez Monak	Regional Bogotá
I-2015-13	DESCRIPCIÓN DE LA AFECTACIÓN PSICOLÓGICA DE LA POBLACIÓN REMITIDA A VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA FORENSE AL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA Y CIENCIAS FORENSES COMO CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SUS POSIBLES VARIABLES	Claudia Alejandra Parra Bustos	Regional Bogotá



Escuela de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Oficio No. 160-EML-SIC-2016.

Bogotá D.C., 02 de marzo de 2016

Doctores  
COMITÉ DE DOCTORADO INTERFACULTADES SALUD PÚBLICA  
Universidad Nacional de Colombia  
Ciudad

Asunto: Proyecto de Investigación.

Cordial Saludo,

En atención a la solicitud de los investigadores del proyecto de investigación titulado "Exploración de la relación entre el fenómeno del suicidio en el adulto mayor y las condiciones de inequidad desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud: Colombia 2009-2013 (Fase 1)", presentado por la doctora Ivonne Andrea Ordóñez Monak y el doctor Nelson Ricardo Téllez Rodríguez, en la Convocatoria de Investigación 1-2015 del INMLCF, comedidamente se informa a la Universidad Nacional que el Proyecto de Investigación se encuentra en ejecución.

En desarrollo del mismo, se avaló y coordinó desde la Escuela de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la visita a las Regionales del Instituto, por parte de la Dra. Ivonne Andrea, con el fin de realizar la recolección de información, con base en el cronograma anexo.

Atentamente,

**LUIS MARIO SEGURA JIMÉNEZ**  
Coordinador Escuela de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Proyecto: Lina Andrea Muñoz Rueda – Profesional Especialización Forense; Ricardo Pardo Castán – Profesional Especializado  
Revisó: Luis Mario Segura Jiménez – Coordinador Escuela Medicina Legal y Ciencias Forenses.



CODIGO VIAJE	SEMANA VISITA	FECHA VISITA	CIUDAD	REGIONAL	SECCIONAL	CASOS
0	30 Febrero - 3 Marzo	2 de Marzo 2016	Soacha	ORIENTE	CUNDINAMARCA	14
		7 Marzo 2016	La Dorada	SUR	TOUMA	5
10	7-12 Marzo	8 y 9 Marzo 2016	Ibagué	SUR	TOUMA	30
		10 Marzo 2016	Espinal	SUR	TOUMA	3
		14 Marzo 2016	Granada	ORIENTE	META	1
12	14-18 Marzo	15 de Marzo 2016	San Martín	ORIENTE	META	2
		16 de Marzo 2016	Acacias	ORIENTE	META	4
		17 y 18 de Marzo 2016	Villavicencio	ORIENTE	META	29
		28 Abril 2016	Tunja	ORIENTE	BOYACA	14
11	28 Marzo - 1 Abril	29 Abril 2016	Duitama	ORIENTE	BOYACA	5
		30 Abril 2016	Sogamoso	ORIENTE	BOYACA	12
		4 Abril 2016	Manizales	OCCIDENTE	CALDAS	15
2	4-8 Abril	5 y 6 Abril 2016	Pereira	OCCIDENTE	RISARALDA	34
		7 Abril 2016	Cartago	OCCIDENTE	RISARALDA	7
		7 y 8 Abril 2016	Armenio	OCCIDENTE	QUIINDIO	30
		11 Abril 2016	Rionegro	NOROCCIDENTE	ANTIOQUIA	3
3	11 - 15 Abril	12 Abril 2016	Caldas	NOROCCIDENTE	ANTIOQUIA	4
		13 - 15 Abril 2016	Medellín, Bello, Envidado, Itagüí	NOROCCIDENTE	ANTIOQUIA	92
		18 y 19 de Abril	Cúcuta	NORORIENTE	NORTE DE SANTANDER	57
4	25 - 29 Abril	25 Abril 2016	Montería	NOROCCIDENTE	CORDOBA	30
		26 Abril 2016	Lorica	NOROCCIDENTE	CORDOBA	6
		27 Abril 2016	Siracolejo	NORTE	SUCRE	27
		28 Abril 2016	Corozal	NORTE	SUCRE	6
		29 Abril 2016	Tolú	NORTE	SUCRE	10
1	2-6 Mayo	2 Mayo 2016	Palmira	SUROCCIDENTE	VALLE DEL CAUCA	15
		3 Mayo 2016	Buga	SUROCCIDENTE	VALLE DEL CAUCA	13
		4 Mayo 2016	Tuluá	SUROCCIDENTE	VALLE DEL CAUCA	15
		5 Mayo 2016	Yumbo (Cali)	SUROCCIDENTE	VALLE DEL CAUCA	2
		5 y 6 Mayo 2016	Cali	SUROCCIDENTE	VALLE DEL CAUCA	66
5	16-20 Mayo	16 Mayo 2016	Santa Marta	NORTE	MAGDALENA	12
		17 y 18 Mayo 2016	Barranquilla	NORTE	ATLANTICO	56
		19 Mayo 2016	Cartagena	NORTE	BOLIVAR	26
8	23-27 Mayo	25 y 26 Mayo 2016	Bucaramanga	NORORIENTE	SANTANDER	53
		27 Mayo	San Gil	NORORIENTE	SANTANDER	6
9	31 Mayo - 3 Junio	31 Mayo 2016	Popayán	SUROCCIDENTE	CAUCA	16
		1 Junio 2016	Pasto	SUROCCIDENTE	NARIÑO	20
		2 Junio 2016	Ipiques	SUROCCIDENTE	NARIÑO	7
6	7-30 Junio	9 y 10 Junio	Valledupar	NORORIENTE	CESAR	23

TOTAL CASOS VIAJES 750



## C. Anexo: Variables Fase II, definición y naturaleza

Variable	Definición	Operatividad	Naturaleza
Manera de Muerte	Manera de muerte con la que se registró el deceso en el certificado de defunción	Violenta tipo Suicidio No Violenta tipo Natural	Catagórica Nominal Dicotómica
Departamento	Departamento donde residía la persona	Nombre del Departamento	Catagórica nominal politómica
Municipio	Municipio donde residía la persona	Nombre del Municipio	Catagórica nominal politómica
Zona	Zona geográfica donde residía la persona	Rural y Urbano	Catagórica Nominal Dicotómica
Edad	Edad de la Persona	Años cumplidos	Cuantitativa Discreta de Razón
Sexo	Género de la Persona	Masculino o Femenino	Catagórica Nominal Dicotómica
Pertenencia Étnica	Identidad Étnica de la persona, consignada en el certificado de defunción, de acuerdo con la cultura, pueblo, rasgos físicos o autorreconocimiento	Indígena Rom Raizal Palenquero Negro Ninguna de las Anteriores Sin Información	Catagórica nominal politómica
Estado Civil	Estado Civil de la persona al momento de la muerte	Casado Unión Libre Separado o Divorciado Viudo Soltero Sin Información	Catagórica nominal politómica

Nivel Educativo	Máximo nivel de escolaridad alcanzado por la persona	Primaria Secundaria Superior Sin Estudio Sin información	Categórica nominal politómica
Año	Año en el cual ocurrió la defunción	2009-2013	Categórica nominal politómica
Mes	Mes en el cual ocurrió la defunción	Enero a Diciembre	Categórica nominal politómica
Seguridad Social	Régimen de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la persona	Excepción Contributivo Subsidiado Especial No Asegurado Sin Información	Categórica nominal politómica

## D. Anexo: Escenario del Hecho Suicida

		Total	
		Recuento	%
F	Área rural	14	9,7%
	Edificación no residencial	1	,7%
	Entidad financiera	1	,7%
	Establecimiento de hospedaje	1	,7%
	Establecimiento médico	2	1,4%
	Establecimiento religioso	1	,7%
	Hogares geriátricos	5	3,5%
	SD	4	2,8%
	Vía pública	5	3,5%
	Vivienda	110	76,4%
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0%</b>
M	Área comercial	9	,9%
	Área rural	185	18,1%
	Edificación no residencial	12	1,2%
	Establecimiento carcelario	5	,5%
	Establecimiento de hospedaje	10	1,0%
	Establecimiento médico	20	2,0%
	Establecimiento sociocultural	4	,4%
	Hogares geriátricos	7	,7%

	Obra en construcción	4	,4%
	Parqueadero	4	,4%
	SD	14	1,4%
	Vehículo	1	,1%
	Vía pública	61	6,0%
	Vivienda	685	67,0%
	Zona deportiva	2	,2%
	<b>Total</b>	<b>1023</b>	<b>100,0%</b>
Total	Área comercial	9	,8%
	Área rural	199	17,1%
	Edificación no residencial	13	1,1%
	Entidad financiera	1	,1%
	Establecimiento carcelario	5	,4%
	Establecimiento de hospedaje	11	,9%
	Establecimiento médico	22	1,9%
	Establecimiento religioso	1	,1%
	Establecimiento sociocultural	4	,3%
	Hogares geriátricos	12	1,0%
	Obra en construcción	4	,3%
	Parqueadero	4	,3%
	SD	18	1,5%
	Vehículo	1	,1%
	Vía pública	66	5,7%
	Vivienda	795	68,1%
	Zona deportiva	2	,2%
	<b>Total</b>	<b>1167</b>	<b>100,0%</b>

## E. Anexo: Distribución de Enfermedades

**Tabla 8-1:** Frecuencia de Enfermedades Reportadas en los Suicidas

Enfermedad	Casos	%
Cardiovascular	334	33,5%
Pulmonar	228	22,9%
Genito-Urinario	89	8,9%
Cáncer	58	5,8%
Renales	51	5,1%
Hepáticas	50	5,0%
Gastrointestinales	39	3,9%
Otras crónicas	34	3,4%
Diabetes	34	3,4%
Neurológicas	22	2,2%
Osteo-Articular y Muscular	21	2,1%
Alérgicas y Dermatológicas	15	1,5%
Hernias	10	1,0%
Organos de los sentidos	7	0,7%
VIH	4	0,4%
<b>Total</b>	<b>996</b>	<b>100,0%</b>

**Tabla 8-2:** Frecuencia de Enfermedades Reportadas según Zona de Residencia

<b>Enfermedad</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbano</b>	<b>Total general</b>
<b>Sin Diagnóstico Médico</b>	46%	27%	31%
<b>Cardiovascular</b>	16%	25%	23%
<b>Pulmonar</b>	13%	16%	16%
<b>Genito-Urinario</b>	6%	6%	6%
<b>Cáncer</b>	2%	4%	4%
<b>Renales</b>	2%	4%	4%
<b>Hepáticas</b>	3%	4%	3%
<b>Gastrointestinales</b>	3%	3%	3%
<b>Otras crónicas</b>	1%	3%	2%
<b>Diabetes</b>	1%	3%	2%
<b>Neurológicas</b>	1%	2%	2%
<b>Osteo-Articular y Muscular</b>	1%	2%	1%
<b>Alérgicas y Dermatológicas</b>	1%	1%	1%
<b>Hernias</b>	2%	0%	1%
<b>Organos de los sentidos</b>	1%	0%	0%
<b>VIH</b>	1%	0%	0%
<b>Total general</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>



## F. Anexo: Tasas de Mortalidad Ajustadas (TMA) Según datos de EE.VV. – DANE

**Tabla 8-3:** Tasas Ajustadas de Mortalidad por Suicidio Departamentales en Personas Mayores de 60 años. Colombia 2009-2013

Departamento	TMA Total	TMA Hombres	TMA Mujeres	TMA Urbano	TMA Rural
Amazonas	1,85	4,03	0,00	0,00	7,65
Antioquia	4,46	8,91	0,70	4,15	5,44
Arauca	<b>16,07</b>	<b>28,30</b>	<b>5,74</b>	<b>17,45</b>	<b>11,72</b>
Archipiélago de San Andrés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Atlántico	3,73	6,51	1,38	4,32	1,88
Bogotá	2,50	4,53	0,79	3,30	0,00
Bolívar	2,98	6,04	0,39	3,05	2,76
Boyacá	6,95	13,67	1,27	7,43	5,43
Caldas	6,68	12,71	1,58	5,23	<b>11,25</b>
Caquetá	5,69	10,33	1,77	7,11	1,23
Casanare	8,47	<b>18,48</b>	0,00	8,18	9,36
Cauca	3,02	5,77	0,69	2,67	4,14
Cesar	8,86	14,73	<b>3,90</b>	<b>10,78</b>	2,84
Chocó	1,11	2,43	0,00	1,47	0,00
Córdoba	6,63	13,37	0,94	6,46	7,17
Cundinamarca	5,31	10,79	0,68	4,11	9,08
Guainía	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Guaviare	3,38	2,90	<b>3,77</b>	0,00	<b>13,99</b>
Huila	6,99	13,57	1,42	7,25	6,16
La Guajira	4,68	9,12	0,92	5,68	1,50
Magdalena	5,83	11,31	1,20	6,45	3,86
Meta	9,61	<b>18,62</b>	2,00	9,81	8,99
Nariño	4,11	7,37	1,35	4,09	4,16
Norte de Santander	7,97	16,38	0,86	8,46	6,43
Putumayo	3,63	7,92	0,00	3,83	3,00
Quindío	9,12	<b>18,77</b>	0,97	7,73	<b>13,50</b>
Risaralda	6,81	13,74	0,95	8,18	2,48
Santander	7,27	14,53	1,14	7,25	7,34
Sucre	<b>10,55</b>	<b>19,66</b>	2,85	<b>10,16</b>	<b>11,80</b>
Tolima	6,97	13,87	1,13	5,99	10,03
Valle del Cauca	5,02	9,77	1,00	4,64	6,21
Vaupés	2,51	5,48	0,00	0,00	10,40
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. y proyecciones censales del DANE.



## **G. Anexo: Estimación de Desigualdades con Modelo de Poisson Robusto**

Como se mencionó en el capítulo 5, existe en la literatura una discusión vigente sobre la pertinencia del uso de OR como medida de asociación en los estudios transversales o *Cross Sectional*, de la cual el presente estudio no estuvo exento.

Aunque las distintas medidas de asociación como la Razón de Prevalencia (PR) o los Odds Ratio (OR) se han usado ampliamente en los estudios transversales, especialmente para identificar factores de riesgo de distintos fenómenos en salud, tradicionalmente la mayoría de estudios de esta índole emplea los OR como medida de asociación, calculada por medio de regresiones logísticas (Espelt et al., 2017)

En todo caso, algunos autores y académicos, entre ellos algunos evaluadores de la presente investigación, han manifestado su preferencia en torno al uso de los PR o los RR para los estudios transversales, en lugar de los OR (Barros & Hiraakata, 2003; Coutinho et al., 2008; Espelt et al., 2017; Nurminen, 1995).

Sin embargo, lo expuesto en la literatura aún continúa siendo contradictorio al respecto, por lo que según lo sugerido por Barros & Hiraakata (2003) y Espelt et al. (2017) en referencia al riesgo de sobreestimación de los OR con respecto a la PR, en especial cuando estos se calculan a través de regresiones log-binomiales en vez de regresiones Cox o de Poisson robustas, se realizó un nuevo cálculo de los DSS analizados en el capítulo 5 a través de un Modelo de Poisson Robusto.

Debido a que el suicidio es un fenómeno incidente y no prevalente, se optó por calcular la asociación a través de una Razón de Tasas de Incidencia (IRR), considerando además lo

mencionado por Espelt et al.(2017) frente a que los PR tienen un mejor desempeño cuando las variables dependientes son dicotómicas, lo cual no es el caso del presente estudio.

Si bien varios de los estudios referenciados (Barros & Hirakata, 2003; Coutinho et al., 2008; Espelt et al., 2017; Nurminen, 1995) indicaban el riesgo de sobreestimación de los OR sobre los PR, con el cálculo de los IRR la sobreestimación de las distintas variables analizadas en el capítulo 5 no superó el 0,5%, por lo que las diferencias entre las dos medidas no fueron significativas. Este resultado puede deberse a que el OR es un buen estimador de la RP cuando la prevalencia es baja, pero sobrestima la RP cuando la prevalencia es moderada o alta (Espelt et al., 2017); y si bien el suicidio es un problema importante de salud pública, su prevalencia (que realmente es una incidencia) se puede considerar como baja con respecto a otros fenómenos de salud pública.

Por lo anterior, no se profundiza en el análisis de los resultados de este nuevo cálculo, ya que son muy similares a los presentados en el capítulo 5 y sus conclusiones son técnicamente iguales.

Por otra parte, y según lo sugerido por los evaluadores, se excluyeron las categorías “sin información”, en virtud de que su significancia no orientaría a alguna acción de salud pública específica.

Frente al análisis de sensibilidad, éste se calculó mediante el AIC como Medida de Bondad de Ajuste en los modelos univariados para cada DSS (Edad, Sexo, Zona, Estado Civil, Nivel Educativo, Aseguramiento y Pertenencia Étnica), excluyéndose la edad y la pertenencia étnica en el modelo univariado, por presentar el sesgo de Neymann y falta de asociación respectivamente.

Las tablas que resumen los resultados (edad y pertenencia étnica para el análisis univariado, y el resto de DSS para el modelo ajustado multivariado) se muestran a continuación:

**Tabla 8-4:** Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Edad. Mayores de 60 años 2009-2013

Edad	Natural n=( 606,402) n [%]	Suicidio n= (1,271) n [%]	IRR (IC 95%)	p Valor
60 - 64 años	57432 [ 99,37 ]	366 [ 0,63 ]	1,00	
65 - 69 años	68857 [ 99,58 ]	287 [ 0,42 ]	0,66 ( 0,56 , 0,76 )	0,001
70 - 74 años	89647 [ 99,71 ]	260 [ 0,29 ]	0,46 ( 0,39 , 0,54 )	0,001
75 - 79 años	106723 [ 99,85 ]	159 [ 0,15 ]	0,23 ( 0,19 , 0,28 )	0,001
80 - 84 años	114156 [ 99,90 ]	115 [ 0,10 ]	0,16 ( 0,13 , 0,20 )	0,001
85 - 89 años	91061 [ 99,94 ]	54 [ 0,06 ]	0,09 ( 0,07 , 0,12 )	0,001
90 - 94 años	54046 [ 99,96 ]	23 [ 0,04 ]	0,07 ( 0,04 , 0,10 )	0,001
95 - 99 años	19983 [ 99,96 ]	7 [ 0,04 ]	0,06 ( 0,03 , 0,12 )	0,001
100 y más años	4497 [ 100,00 ]	0 [ 0,00 ]	( omitido )	

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

**Tabla 8-5:** Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Pertenencia Étnica. Mayores de 60 años 2009-2013

Pertenencia Étnica	Natural n=( 606,402) n [%]	Suicidio n= (1,271) n [%]	IRR (IC 95%)	p Valor
Ninguno	542.290 [ 99,80 ]	1.100 [ 0,20 ]	1,00	
Indígena	7.060 [ 99,86 ]	10 [ 0,14 ]	0,70 ( 0,38 , 1,30 )	0,259
Rom	754 [ 99,87 ]	1 [ 0,13 ]	0,65 ( 0,09 , 4,64 )	0,671
Raizal	651 [ 100,00 ]	0 [ 0,00 ]	( omitido )	
Palenquero	237 [ 100,00 ]	0 [ 0,00 ]	( omitido )	
Negro	30.039 [ 99,81 ]	56 [ 0,19 ]	0,92 ( 0,70 , 1,20 )	0,538

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

**Tabla 8-6:** Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Sexo. Mayores de 60 años 2009-2013

Variable	Natural n=( 606,402) n [%]	Suicidio n= (1,271) n [%]	IRR (IC 95%)	p Valor	
Sexo	Mujer	301.935 [ 99,95 ]	138 [ 0,05 ]	1,00	
	Hombre	304.467 [ 99,63 ]	1.133 [ 0,37 ]	7,15 ( 5,57 , 9,17 )	0,001

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

**Tabla 8-7:** Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Nivel Educativo. Mayores de 60 años 2009-2013

Nivel Educativo	Natural n=( 606,402) n [%]	Suicidio n= (1,271) n [%]	IRR (IC 95%)	p Valor
Ninguno	110.181 [ 99,86 ]	149 [ 0,14 ]	1,00	
Primaria	275.984 [ 99,83 ]	462 [ 0,17 ]	1,70 ( 1,23 , 2,34 )	0,001
Secundaria	58.419 [ 99,78 ]	128 [ 0,22 ]	1,24 ( 1,03 , 1,49 )	0,024
Superior	21.747 [ 99,77 ]	50 [ 0,23 ]	1,62 ( 1,28 , 2,05 )	0,001

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

**Tabla 8-8:** Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Estado Civil. Mayores de 60 años 2009-2013

Variable	Natural n=( 606,402) n [%]	Suicidio n= (1,271) n [%]	IRR (IC 95%)	p Valor	
Estado Civil	Casado	180.985 [ 99,76 ]	440 [ 0,24 ]	1,00	
	Unión libre	52.167 [ 99,65 ]	184 [ 0,35 ]	1,56 ( 1,27 , 1,91 )	0,001
	Separado_divorciado	23.497 [ 99,57 ]	102 [ 0,43 ]	1,97 ( 1,51 , 2,57 )	0,001
	Viudo	205.409 [ 99,92 ]	165 [ 0,08 ]	0,63 ( 0,50 , 0,79 )	0,001
	Soltero	75.385 [ 99,72 ]	209 [ 0,28 ]	1,37 ( 1,10 , 1,71 )	0,005

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

**Tabla 8-9:** Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Zona. Mayores de 60 años 2009-2013

Variable	Natural n=( 606,402) n [%]	Suicidio n= (1,271) n [%]	IRR (IC 95%)	p Valor	
Zona	Urbano	495.418 [ 99,82 ]	896 [ 0,18 ]	1,00	
	Rural	105.512 [ 99,68 ]	338 [ 0,32 ]	2,11 ( 1,78 , 2,50 )	0,001

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.

**Tabla 8-10:** Frecuencia e IRR Casos Suicidio y Muerte Natural por Aseguramiento en Salud. Mayores de 60 años 2009-2013

Variable		Natural n=( 606,402) n [%]	Suicidio n= (1,271) n [%]	IRR (IC 95%)	p Valor
Seguridad Social	Excepción	17.467 [ 99,92 ]	14 [ 0,08 ]	1,00	
	Contributivo	247.249 [ 99,86 ]	337 [ 0,14 ]	2,17 ( 1,12 , 4,22 )	0,022
	Subsidiado	291.406 [ 99,83 ]	487 [ 0,17 ]	2,65 ( 1,36 , 5,16 )	0,004
	Especial	2.844 [ 99,72 ]	8 [ 0,28 ]	4,75 ( 1,69 , 13,42 )	0,003
	No Asegurado	40.342 [ 99,40 ]	243 [ 0,60 ]	7,21 ( 3,64 , 14,28 )	0,001

Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de las EE.VV. del DANE.





## Bibliografía

- Acosta, O. L., Botiva, M. A., Ramírez, J. C., & Uribe, L. (2016). Estudios y Perspectivas: La protección social de la población rural en Colombia. *Cepal, Serie de Estudios y Perspectivas*, 32, 43. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/39659>
- Adelson, N. (2005). The Embodiment of Inequity: Health Disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96(Supl 2), S45–S46.
- Adler Institute on Social Exclusion. (2010). The Social Determinants of Mental Health: From Awareness to Action. En L. C. Todman & S. J. Taylor (Eds.), *Annual Conference of the Adler Institute on Social Exclusion*. CreateSpace.
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392–407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57–62. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Álvarez Muñoz, F. J., Rubio-Aparicio, M., Gurillo Muñoz, P., García Herrero, A. M., Sánchez-Meca, J., & Navarro-Mateu, F. (2020). Suicide and dementia: Systematic review and meta-analysis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(4), 213–227. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.012>
- Alves, V. de M., Maia, A. C. C. de O., & Nardi, A. E. (2014). Suicide among elderly: a systematic review. *Medical Express*, 1(1), 9–13. <https://doi.org/10.5935/medicaexpress.2014.01.03>
- Andrade Zamora, F., Alejo Machado, O., & Armendariz Zambrano, C. R. (2018). Método inductivo y su refutación deductista. *Revista Conrado*, 14(63), 117–122. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442018000300117](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000300117)
- Antón-San-Martín, José M., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M. T., de-Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N., Comino-Ballesteros, R., Perea-Milla, E., Ramos-Medina, V., & López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 810–815. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.175701>
- Antón-San-Martín, Jose M, Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-

- Manzanares, M.-T., de-Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N., Comino-Ballesteros, R., Perea-Milla, E., & Ramos-Medina, V. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 810–815.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.175701>
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina* (Núm. 21; Población y desarrollo). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.
- Arce, R. (2017). Análisis de contenido de las declaraciones de testigos: evaluación de la validez científica y judicial de la hipótesis y la prueba forense. *Acción Psicológica*, 14(2), 171–190. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6317018>
- Arias Patiño, H. (2005). Lazos Sociales Previenen el Suicidio. Entrevista al profesor de Sociología Fernando Uricoechea sobre el estudio de Emile Durkheim acerca del suicidio. *UN Contexto*, 7, 9.
- Arjona Garrido, Á., & Checa Olmos, J. C. (1998). Las historias de vida como método de acercamiento a la realidad social. *Gazeta de Antropología*, 14, Artículo 10.  
<http://digibug.ugr.es/handle/10481/7548>
- Assari, S., Schatten, H. T., Arias, S. A., Miller, I. W., Camargo, C. A., & Boudreaux, E. D. (2019). Higher Educational Attainment is Associated with Lower Risk of a Future Suicide Attempt Among Non-Hispanic Whites but not Non-Hispanic Blacks. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6(5), 1001–1010.  
<https://doi.org/10.1007/s40615-019-00601-z>
- Azañedo, D., Vargas-Fernández, R., & Rojas-Roque, C. (2019). Factores asociados al uso de servicios de salud oral en adultos mayores peruanos: análisis secundario de encuesta poblacional, 2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 553–561. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4724>
- Barros, A. J. D., & Hirakata, V. N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3, 1–13.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
- Bastos Figueiredo, A. E., Silva, R. M. da, Vieira, L. J. E. S., Mangas, R. M. do N., Sousa, G. S. de, Freitas, J. S., Conte, M., & Sougey, E. B. (2015). Is it possible to overcome suicidal ideation and suicide attempts? A study of the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1711–1719. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02102015>
- Borrell, C., Marí-Dell'Olmo, M., Gotsens, M., Calvo, M., Rodríguez-Sanz, M., Bartoll, X., & Esnaola, S. (2017). Socioeconomic inequalities in suicide mortality before and after the economic recession in Spain. *BMC Public Health*, 17(1), 772.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4777-7>
- Botello P, H. A. (2014). Inequidad, violencia y pobreza en los municipios de Colombia. *Perfil de Coyuntura Económica*, 24, 33–48.  
<https://doi.org/10.17533/udea.pece.n24a02>

- Braveman, P. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167–194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual review of public health*, 32, 381–398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Brito Barrios, K., & Córdoba Pérez, F. (2011). Mecanismos utilizados por sujetos que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta entre los años 2004-2010. *Duazary*, 8(1), 20–28. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1663>
- Burrows, S., & Laflamme, L. (2010). Socioeconomic disparities and attempted suicide: State of knowledge and implications for research and prevention. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 17(1), 23–40. <https://doi.org/10.1080/17457300903309231>
- Burstein, B., Agostino, H., & Greenfield, B. (2019). Suicidal Attempts and Ideation among Children and Adolescents in US Emergency Departments, 2007-2015. *JAMA Pediatrics*, 173(6), 598–600. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.0464>
- Bush, A., & Qeadan, F. (2019). Social Support and Its Effects on Attempted Suicide Among American Indian/Alaska Native Youth in New Mexico. *Archives of Suicide Research*, 1–23. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1577779>
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2014). Pobreza, desigualdad y tasa de suicidio en Colombia, 2012. *Duazary*, 11(2), 126–130. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.819>
- Campo-Arias, A., Suárez-Colorado, Y. P., & Caballero-Domínguez, C. C. (2020). Asociación entre el consumo de Cannabis y el riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia. *Biomédica*, 40(3), 569–577. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4988>
- Cantero, D. S. M. (2014). Teoría fundamentada y atlas.ti: Recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electronica de Investigacion Educativa*, 16(1), 104–122. <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/727>
- Carvalho, M. L. de, Costa, A. P. C., Monteiro, C. F. de S., Figueiredo, M. do L. F., Avelino, F. V. S. D., & Rocha, S. S. da. (2020). Suicide in the elderly: approach to social determinants of health in the Dahlgren and Whitehead model. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(suppl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0332>
- Castellá-García, J., Sierra-Navarro, G., Marrón-Moya, T., & Martín-Fumadó, C. (2013). Pacto suicida en gemelos. *Revista Espanola de Medicina Legal*, 39(3), 119–121.

<https://doi.org/10.1016/j.reml.2013.03.003>

- Castilla Sánchez, A. (2018). *Conducta Suicida. Guía de práctica clínica para su prevención y atención*. Editorial Bonaventuriana. <https://psicoclinica.co/conducta-suicida-adolfo-castilla/>
- CELADE-CEPAL. (2002). *Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores*.
- Cendales, R., Vanegas, C., Fierro, M., Córdoba, R., & Olarte, A. (2007). Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(4), 231–238. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892007000900002>
- Chaparro-Narváez, P., & Castañeda-Orjuela, C. (2015). Mortality due to pesticide poisoning in Colombia, 1998-2011. *Biomedica*, 35(3), 90–102. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v35i0.2472>
- Chaparro-Narváez, P., Díaz-Jiménez, D., & Castañeda-Orjuela, C. (2019). Trend in mortality due to suicide in urban and rural areas of Colombia, 1979-2014. *Biomedica*, 39(2), 339–353. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4427>
- Cheung, G., & Sundram, F. (2017). Understanding the Progression from Physical Illness to Suicidal Behavior: A Case Study Based on a Newly Developed Conceptual Model. En *Clinical Gerontologist* (Vol. 40, Número 2). <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1217962>
- Cifuentes Osorio, S. L. (2013). Violencia autoinfligida desde el sistema médico-legal colombiano, 2012. En *Forensis 2012 Datos para la vida* (Vol. 14, Número 1, pp. 323–347). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Coello-Hidalgo, J. E., Tarupi- Montenegro, W. A., & Téllez-Rodríguez, N. R. (2018). Muertes por homicidio-suicidio en Bogotá. *Colombia Forense*, 5(2), 31–40. <https://doi.org/10.16925/2145-9649.2018.02.03>
- Colimon, K.-M. (2018). Fundamentos de Epidemiología. En *Fundamentos de Medicina* (3a ed., p. 590). ECOE Ediciones.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. (s/f-a). *Envejecimiento y derechos humanos: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores | Enfoques*. Recuperado el 6 de abril de 2021, de <https://www.cepal.org/es/enfoques/envejecimiento-derechos-humanos-la-convencion-interamericana-la-proteccion-derechos-humanos>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. (s/f-b). *Protección / seguridad social*. Recuperado el 6 de abril de 2021, de <https://www.cepal.org/es/temas/proteccion-seguridad-social>
- Compton, M. T., & Shim, R. S. (2015). *The Social Determinants of Mental Health* (M. T. Compton & R. S. Shim (eds.); 1 Edition). American Psychiatric Publishing.
- Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 701–712. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>

- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*.
- Conwell, Y. (2014). Suicide Later in Life: Challenges and Priorities for Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), S244–S250. <https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2014.05.040>
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in Older Adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451–468. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>
- Corona, J., & Maldonado, J. (2018). Investigación Cualitativa : Enfoque Emic-Etic. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(4), 1–4. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002018000400022](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000400022)
- Costa Molinari, J. M., Miró Aguadé, E., Gallart Capdevila, J. M., & Pujol Domènech, J. (1977). El suïcidi. En *Monografies mèdiques* (Número 15, p. 80). Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya.
- Coutinho, L. M. S., Scazufca, M., & Menezes, P. R. (2008). Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Revista de Saude Publica*, 42(6), 992–998. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102008000600003>
- Crestani, C., Masotti, V., Corradi, N., Schirripa, M. L., & Cecchi, R. (2019). Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 90(1), 68–76. <https://doi.org/10.23750/ABM.V90I1.6312>
- Creswell, J. W. (2015). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research* (Kindle Edi). SAGE Publications, Inc.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (2nd Editio). SAGE Publications, Inc.
- Dávila-Cervantes, C. A. (2019). Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016. *Universidad y Salud*, 21(3), 235–239. <https://doi.org/10.22267/rus.192103.160>
- Dávila-Cervantes, C. A., & Pardo-Montaño, A. M. (2017). Impacto de factores socioeconómicos en la mortalidad por suicidios en Colombia, 2000-2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 36–51. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgps16-33.ifsm>
- Deuter, K., Procter, N., Evans, D., & Jaworski, K. (2016). Suicide in older people: Revisioning new approaches. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2). <https://doi.org/10.1111/inm.12182>
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2011). The social basis of disparities in healt. En T. Evans (Ed.), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford University Press.
- Diggle-Fox, B. S. (2016). Assessing suicide risk in older adults. *Nurse Practitioner*, 41(10). <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000499551.10701.a3>

- Dombrovski, A. Y., & Szanto, K. (2005). Prevention of Suicide in the Elderly. *Annals of Long-Term Care*, 13(12), 1. <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/5082>
- dosSantos, M. A. (2017). Cancer and suicide among the elderly: psychosocial determinants of risks, psychopathology and opportunities for prevention. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.05882016>
- Dubugras, S., Instituto, S., Martins, C., Alegre, P., Blanca, B., & Guevara Werlang, S. (2007). Homicidio Seguido De Suicidio. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 6(2), 231–244.
- Durkheim, E. (2003). *El Suicidio* (Sexta Edic). Akal.
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J. S., Trousselard, M., Lesage, F. X., & Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(12), e0226361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
- Dworkin, R. (2000). *Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality*. Harvard University Press.
- Erlangsen, A., Stenager, E., & Conwell, Y. (2015). Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(9). <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1051-0>
- Eslava-Schmalbach, J., & Buitrago, G. (2010). Measurement of Inequalities and Inequities in Health. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 771–781. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502010000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Espelt, A., Marí-Dell'olmo, M., Penelo, E., & Bosque-Prous, M. (2017). Estimación de la Razón de Prevalencia con distintos modelos de Regresión: Ejemplo de un estudio internacional en investigación de las adicciones. *Adicciones*, 29(2), 105–112. <https://doi.org/10.20882/adicciones.823>
- Espitia Mancipe., P., & Rincón Joya, G. A. (2017). *La Prevención del Suicidio en las Fuerzas Militares de Colombia: Revisión de la Literatura* [Universidad del Rosario]. <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13702>
- Estruch, J., & Cardús, S. (1982). Los suicidios. En *Biblioteca de psicología*. Herder.
- Fedesarrollo. (2010). *El sistema pensional en Colombia: retos y alternativas para aumentar la cobertura*. [http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/El-sistema-pensional-en-Colombia\\_Retos-y-alternativas-para-aumentar-la-cobertura-12-de-abril-2011.pdf](http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/El-sistema-pensional-en-Colombia_Retos-y-alternativas-para-aumentar-la-cobertura-12-de-abril-2011.pdf)
- Ferreira, G. B. (1999). Clínica victimológica en casos de violencia conyugal: Prevención del suicidio/homicidio. *Rev. argent. clín. psicol.*, 8(3), 211–220.
- Fisher, M., & Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1057–1063. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.509311>

- Flynn, E. (2017). Book Reviews: Rational Suicide in the Elderly: Clinical, Ethical, and Sociocultural Aspects. *International Psychogeriatrics*, 29(6), 1049. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1041610217000357>
- Franco-Agudelo, S. (1990). Violence: A growing public health problem in the Region. *OPS. Boletín Epidemiológico*, 11(2), 1–7. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=8387&indexSearch=ID>
- Friedman, M. J. (2014). Suicide risk among soldiers: early findings from Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA psychiatry*, 71(5), 487–489. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.24>
- García González, J., Rosillo Castro, D., Salazar, I. R., Raygal Fernández, P. J., Lázaro Meca, R. S., & Cánovas Gaspar, J. P. (2011). De hiperfrecuentadora a abuela esclava: Estudio de un caso de sobrecarga del cuidador desde el Síndrome de la Abuela Esclava de Guijarro Morales. *Enfermería Global*. <https://doi.org/10.4321/s1695-61412011000100004>
- García Marcos, L., Guillén Pérez, J., & Orejas Rodríguez-Arango, G. (1999). *Epidemiología y metodología aplicada a la pediatría (V): Sesgos (Vol. 50)*.
- Given, L. (2012). Emic/Etic Distinction. En *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412963909.n130>
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez-Malagón, N., de Romero, L. C., Pinilla, C., López, E., Díaz-Granados, N., & Nossa, N. (2002). Suicidio y lesiones autoinfligidas Colombia, 1973-1996. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(2), 91–104. <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80631203>
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez Malagón, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina García, M. B., & Fernández, C. (2007). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(4), 283–298. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502002000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- González-Ortiz, J. O. (1996). *Contextos explicativos de los suicidios en Bogotá 1996-2005* [Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/11178>
- González-Ortiz, J. O. (2008). Epidemiología de los Suicidios. Colombia, 2007. En *Forensis: Datos para la vida* (pp. 181–204). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- González, Y., Mancipe, M., Quintero, R., Quiñónez, Y., Rubiano, D., Sánchez, S., & González, J. (2007). Factores psicosociales familiares relacionados con los suicidios de mujeres menores de edad en la ciudad de Bogotá. *Centro de Referencia Nacional sobre Violencia*, 10(11), 57–68.
- Gray, D., Coon, H., McGlade, E., Callor, W., Byrd, J., Viskochil, J., Bakian, A., Yurgelun-

- Todd, D., Grey, T., & McMahon, W. (2014). Comparative Analysis of Suicide, Accidental, and Undetermined Cause of Death Classification. *Suicide & life-threatening behavior*, 44(3), 304. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4411039/>
- Guijarro Morales, A. (2001). *El Síndrome de la Abuela Esclava. Pandemia del Siglo XXI*. Grupo Editorial Universitario.
- Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 2(8), 211–216. [https://doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72714-5](https://doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72714-5)
- Hawton, K., Clements, A., Simkin, S., & Malmberg, A. (2000). Doctors who kill themselves: A study of the methods used for suicide. *QJM - Monthly Journal of the Association of Physicians*, 93(6), 351–357. <https://doi.org/10.1093/qjmed/93.6.351>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6a ed.). McGraw-Hill-Interamericana.
- Hill, G., Connelly, J., Hébert, R., Lindsay, J., & Millar, W. (2003). Neyman's bias re-visited. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(4), 293–296. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00571-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00571-1)
- Hiyoshi, A., Kondo, N., & Rostila, M. (2018). Increasing income-based inequality in suicide mortality among working-age women and men, Sweden, 1990-2007: Is there a point of trend change? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(11), 1009–1015. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-210696>
- Hoces Lomba, M. de, Martines Peres, V. (dir. tes. ., & Cortijo Ocaña, A. (codir. tes. . (2019). *Retórica forense y literatura: el orator perfectus y la obra literaria como instrumento de defensa jurídica*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=231134&orden=0&info=link%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=231134>
- Horenstein B., A. (2008). Antropología Forense, identidad y narración. En *Epistemología E Historia De La Ciencia* (Vol. 14, pp. 33–40). <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/3307?show=full>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (s/f). *Forensis Datos para la Vida*. Recuperado el 7 de febrero de 2021, de <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
- Kaplan, M. S., Huguet, N., McFarland, B. H., Caetano, R., Conner, K. R., Giesbrecht, N., & Nolte, K. B. (2014). Use of alcohol before suicide in the United States. *Annals of Epidemiology*, 24(8). <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.05.008>
- Kaplan, M. S., McFarland, B. H., Huguet, N., Conner, K., Caetano, R., Giesbrecht, N., & Nolte, K. B. (2012). Acute alcohol intoxication and suicide: A gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Injury Prevention*, 19(1), 38–43. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2012-040317>
- Karbeyaz, K., Çelikel, A., Emiral, E., & Emiral, G. Ö. (2017). Elderly suicide in Eskisehir, Turkey. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 52, 12–15.



<https://doi.org/10.1016/J.JFLM.2017.06.004>

- Kazemi-Galougahi, M. H., Mansouri, A., Akbarpour, S., Bakhtiyari, M., Sartipi, M., & Moradzadeh, R. (2018). Income-related inequality in completed suicide across the provinces of Iran. *Epidemiology and Health*, *40*, e2018012. <https://doi.org/10.4178/EPIH.E2018012>
- Khazaei, S., Armanmehr, V., Nematollahi, S., Rezaeian, S., & Khazaei, S. (2017). Suicide rate in relation to the Human Development Index and other health related factors: A global ecological study from 91 countries. *Journal of Epidemiology and Global Health*, *7*(2), 131–134. <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2016.12.002>
- Kim, J. W., Jung, H. Y., Won, D. Y., Shin, Y. S., Noh, J. H., & Kang, T. I. (2018). Landscape of Elderly Suicide in South Korea: Its Trend According to Age, Gender, and Educational Attainment. *Omega (United States)*. <https://doi.org/10.1177/0030222818807845>
- Klimkiewicz, A., Ilgen, M. A., Bohnert, A. S. B., Jakubczyk, A., Wojnar, M., & Brower, K. J. (2012). Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. *Alcohol and Alcoholism*, *47*(5), 571–576. <https://doi.org/10.1093/alc/alg069>
- Knipe, D. W., Carroll, R., Thomas, K. H., Pease, A., Gunnell, D., & Metcalfe, C. (2015). Association of socio-economic position and suicide/attempted suicide in low and middle income countries in South and South-East Asia - a systematic review. *BMC public health*, *15*, 1055. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2301-5>
- Knox, K. L., Conwell, Y., & Caine, E. D. (2004). If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *American journal of public health*, *94*(1), 37–45. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1449822&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Kunst, A. E., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Hemström, Ö., Layte, R., Regidor, E., Reid, A., Santana, P., Valkonen, T., & Mackenbach, J. P. (2004). Monitoring of trends in socioeconomic inequalities in mortality: Experiences from a European project. *Demographic Research*, *10*(SUPPL. 2), 229–254. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2004.S2.9>
- Lageborn, C. T., Ljung, R., Vaez, M., & Dahlin, M. (2017). Ongoing university studies and the risk of suicide: a register-based nationwide cohort study of 5 million young and middle-aged individuals in Sweden, 1993–2011. *BMJ Open*, *7*(3). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014264>
- Lee, H.-Y., Hahm, M.-I., Park, E.-C., Agbayewa, M. O., Marion, S. A., Wiggins, S., Andrés, A. R., Collings, S., Qin, P., Chang, S.-S., Gunnell, D., Sterne, J. A. C., Lu, T.-H., Cheng, A. T. A., Chen, Y., Wu, K. C., Yousuf, S., Yip, P. S., Chin, Y. R., ... Sudo, A. (2013). Differential association of socio-economic status with gender- and age-defined suicidal ideation among adult and elderly individuals in South Korea. *Psychiatry research*, *210*(1), 323–328. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.012>

- Lee, H., Seol, K. H., & Kim, J. W. (2018). Age and sex-related differences in risk factors for elderly suicide: Differentiating between suicide ideation and attempts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(2). <https://doi.org/10.1002/gps.4794>
- Li, M., & Katikireddi, S. V. (2019). Urban-rural inequalities in suicide among elderly people in China: A systematic review and meta-analysis. *International Journal for Equity in Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0881-2>
- Lien, S. S., Kosik, R. O., Fan, A. P., Li, W., Jiang, Y., Huang, L., Zhao, X., & Chen, Q. (2018). Injury and suicide in people aged 60 years and over in China: an analysis of nationwide data. *The Lancet*, 392. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32670-9](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32670-9)
- Limón Mendizabal, M. . R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta*, 47(1), 45. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54>
- Lin, C. Y., Hsu, C. Y., Gunnell, D., Chen, Y. Y., & Chang, S. Sen. (2019). Spatial patterning, correlates, and inequality in suicide across 432 neighborhoods in Taipei City, Taiwan. *Social Science and Medicine*, 222, 20–34. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.011>
- Linde, J. M. M., Montes, E. M., Madrid, M. N. R., & Uribe, A. F. (2008). Una forma de esclavitud en pleno siglo XXI: El síndrome de la abuela esclava. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 18(1), 32–35.
- Londoño-Fernández, J. L. (2010). *Metodología de la investigación epidemiológica*. Editorial El Manual Moderno. [http://books.google.com.co/books/about/Metodología\\_de\\_la\\_investigación\\_epidem.html?id=-mQZAAAACAAJ&pgis=1](http://books.google.com.co/books/about/Metodología_de_la_investigación_epidem.html?id=-mQZAAAACAAJ&pgis=1)
- López-Pardo, C. M. (2007). Conceptualización y valoración de la equidad en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- López, M., & Sarmiento, E. (2019). El sistema pensional en Colombia. *Borradores de Economía*, 1078, 49. <https://doi.org/10.32468/be.1078>
- Lorant, V. (2002). *Inequalities and inequities in mental health and care*. <http://dial.academielouvain.be/handle/boreal:19681>
- Lorant, V., Kapadia, D., & Perelman, J. (2021). Socioeconomic disparities in suicide: Causation or confounding? *PLOS ONE*, 16(1), e0243895. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243895>
- MacMahon, B., & Pugh, T. F. (1975). *Principios y métodos de epidemiología* (2a ed.). La Prensa Médica Mexicana.
- Maldonado-Maldonado, L. A., Misnaza-Castrillón, S. P., & Castañeda-Orjuela, C. A. (2021). Inequalities in dental prenatal control in Colombia, an analysis from the IV National Oral Health Study 2013-2014. *Biomedica*, 41(2), 1–28. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5705>

- Manterola, C., & Otzen, T. (2015). Los Sesgos en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*, 33(3), 1156–1164. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022015000300056>
- Manzo Guerrero, G. I. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Cuicuilco*, 12(33), 153–171. <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=35103309>
- Marcalain, E. B., Roig, I. L., Arribas, E. F., & Roca, A. E. (2011). Muerte diádica: Suicidio doble de gemelos. *Revista Española de Medicina Legal*, 37(1), 30–33. [https://doi.org/10.1016/S0377-4732\(11\)70058-X](https://doi.org/10.1016/S0377-4732(11)70058-X)
- Martínez Pérez, T., González Aragón, C., Castellón León, G., & González Aguiar, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Rev. Finlay*, 8(1), 59–65. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342018000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007)
- Matlin, S. L., & Borum, V. (2010). Social Determinants of Suicide. En D. Satcher (Ed.), *The Social Determinants of Mental Health: From Awareness to Action* (1a ed., pp. 29–32). Adler School.
- Mejía, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(Supl 1), 28–36. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028727003>
- Meneghel, S. N., Moura, R., Hesler, L. Z., & Gutierrez, D. M. D. (2015). Suicide attempts by elderly women - from a gender perspective. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1721–1730. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02112015>
- Mertens, D. M. (2014). Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods. *Sage publications. An Introduction to Research*.
- Miller, J. R., Piper, T. M., Ahern, J., Tracy, M., Tardiff, K. J., Vlahov, D., & Galea, S. (2005). Income inequality and risk of suicide in New York City neighborhoods: a multilevel case-control study. *Suicide & life-threatening behavior*, 35(4), 448–459. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.4.448>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud ODES COLOMBIA*. Imprenta Nacional. <http://equity.bvsalud.org/es/2016/04/09/observatorio-para-medicion-de-desigualdades-y-analisis-de-equidad-en-salud-odes-colombia/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s/f). *Envejecimiento y Vejez*. Recuperado el 6 de abril de 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Política-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social, & Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2017). *Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ideación y/o Conducta Suicida* (Primera). [https://homeris.gov.co/wp-content/uploads/GPC\\_C\\_Suicida\\_Profesionales.pdf](https://homeris.gov.co/wp-content/uploads/GPC_C_Suicida_Profesionales.pdf)
- Minsalud, & Colciencias. (2015). *Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) Colombia 2015*.
- Minsalud, & Colciencias. (2016). *Encuesta Nacional de Salud Mental - 2015*.
- Miranda, B. C., Sánchez, M. H., & Pérez, R. M. G. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 15(1).
- Molina Granados, C. A. (2018). *Caracterización epidemiológica de las muertes asociadas al fenómeno homicidio – suicidio en Bogotá del año 2013 al 2018* [Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75820>
- Molina, R. T., & Lechuga, E. N. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 17, 19–28.
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5), 20–27. [http://www.revistasaludmental.com.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/718](http://www.revistasaludmental.com.mx/index.php/salud_mental/article/view/718)
- Montoya Gómez, B. (2018). Comportamiento del suicidio. Colombia, 2017. En N. Lozano Mancera & S. L. Moreno L. (Eds.), *Forensis 2017 Datos para la Vida* (pp. 350–385). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Morales, É. J. M., & Martínez, M. I. G. (2010). Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 291–312. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60252-3](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60252-3)
- Moreno Chiquazuque, S. del P., & Porras Palacios, C. Y. (2012). *Identificación y caracterización de los factores de riesgo presentes en uniformados que han registrado intento de suicidio y orientación de acciones preventivas*. Policía Nacional.
- Muñoz Sabaté, L. (2005). Un acercamiento a la narrativa forense de los abogados. *Revista jurídica de Catalunya*, 104(2), 561–562. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1149171>
- Naciones Unidas. (2015). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. [https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)
- Nie, J. (2016). Erosion of Eldercare in China: a Socio-Ethical Inquiry in Aging, Elderly Suicide and the Government's Responsibilities in the Context of the One-Child Policy. *Ageing International*, 41(4), 350–365. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s12126-016-9261-7>
- NSW Department of Health. (2003). *Suicide Prevention for Older People*. [http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2003/pdf/suicide\\_prevent.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2003/pdf/suicide_prevent.pdf)

- Nurminen, M. (1995). To use or not to use the odds ratio in epidemiologic analyses. *European Journal of Epidemiology*, 11(4), 365–371. <https://doi.org/10.1007/bf01721219>
- O'Connell, H., Chin, A.-V., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: suicide in older people. *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7471), 895–899. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7471.895>
- Ocampo-Ortega, R. (2020). Suicide risk in military. En *Revista Cubana de Medicina Militar* (Vol. 49, Número 1). <http://scielo.sld.cuhttp://www.revmedmilitar.sld.cuBajolicenciaCreativeCommonshttp://scielo.sld.cuhttp://www.revmedmilitar.sld.cu>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2010). Derechos de las minorías: Normas internacionales y orientaciones para su aplicación. En *Naciones Unidas* (Vol. 3). [https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MinorityRights\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MinorityRights_sp.pdf)
- Okolie, C., Dennis, M., Simon Thomas, E., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1801–1824. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001430>
- Onwuegbuzie, A., & Leech, N. (2006). Linking Research Questions to Mixed Methods Data Analysis Procedures 1. *The Qualitative Report*, 11(3). <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol11/iss3/3>
- Ordóñez-Monak, I. A. (2009). *Caracterización de los suicidios en adultos mayores de 60 años ocurridos en Bogotá: 2003-2007*. Universidad Nacional de Colombia.
- Ordóñez-Monak, I. A., Franco-Agudelo, S. A., & González-Ortiz, J. O. (2013). Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(Suplemento 1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.006>
- Ordóñez-Monak, I., Arroyave, I., & Cardona, D. (2020). Educational inequalities in suicide in a middle-income country: A socioeconomic approach of mental health. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/sltb.12704>
- Ordóñez-Monak, I., Téllez-Rodríguez, N., Pardo-Vargas, S., & Eslava-Schmalbach, J. (2018). PW 2642 Socio-demographic characterization of suicide in elderly, colombia: 2009–2013. *Injury Prevention*, A121.1-A121. <https://doi.org/10.1136/injuryprevention-2018-safety.335>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible*. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *OMS | Prevención del suicidio (SUPRE)*. World Health Organization.

[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)

- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Medición de Inequidades en Salud. *Boletín Epidemiológico. OPS*, 20(1). <https://www.paho.org/spanish/sha/bs991ineq.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). La Estandarización: Un Método Epidemiológico Clásico para la Comparación de Tasas. *Boletín Epidemiológico. OPS*, 23(3). [https://www.paho.org/spanish/sha/be\\_v23n3-estandariz.htm](https://www.paho.org/spanish/sha/be_v23n3-estandariz.htm)
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Mortalidad por suicidio en las Américas*. [http://www.paho.org/pan/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=253&Itemid=224](http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224).
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Determinantes e Inequidades en Salud. En *Salud en las Américas* (pp. 12–59). Organización Panamericana de la Salud. [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=163&Itemid=](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=163&Itemid=)
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Mortalidad por Suicidio en las Américas. Informe Regional*.
- Orozco, S. (2013). Justicia global: sus implicaciones para el manejo de las inequidades en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(Supl 1), 65–72.
- Osorno-Chica, D. A., Alarcón-Velandia, R., & García, L. H. (2005). Suicidio y Vejez. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 19(3), 840–843.
- Oude Voshaar, R. C., Van Der Veen, D. C., Hunt, I., & Kapur, N. (2016). Suicide in late-life depression with and without comorbid anxiety disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2). <https://doi.org/10.1002/gps.4304>
- Oyama, H., & Sakashita, T. (2017). Community-based screening intervention for depression affects suicide rates among middle-aged Japanese adults. *Psychological Medicine*, 47(8), 1500–1509.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S0033291717000204>
- Ozaki, Y., Plácido, A., Sposito, B., Ribeiro, D., Bueno, S., & Guariento, M. E. (2015). Depression and chronic diseases in the elderly. *Rev Soc Bras Clin Med*, 13(2), 149–153.
- Padgett, D. K. (2012). *Qualitative and Mixed Methods in Public Health*. SAGE Publications, Inc.
- Park, S. K., Lee, C. K., & Kim, H. (2018). Suicide mortality and marital status for specific ages, genders, and education levels in South Korea: Using a virtually individualized dataset from national aggregate data. *Journal of Affective Disorders*, 237, 87–93.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.003>

- Peisah, C., Snowdon, J., Kril, J., & Rodriguez, M. (2007). Clinicopathological findings of suicide in the elderly: three cases. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(6), 648–658. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.6.648>
- Peñaranda C, F., & Otálvaro C, J. (2013). El debate determinantes-determinación social de la salud: aportes para la renovación de la praxis de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(supl 1), 7–11.
- Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. M., & Ayala-Aguilera, J. P. (2007). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Revista de Salud Pública*, 9(2), 230–240. <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=42219056007>
- Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196–217. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Phillips, J. A., & Hempstead, K. (2017). Differences in U.S. Suicide Rates by Educational Attainment, 2000–2014. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(4), e123–e130. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.010>
- Piatkowska, S. J. (2020). Poverty, Inequality, and Suicide Rates: A Cross-National Assessment of the Durkheim Theory and the Stream Analogy of Lethal Violence. *The Sociological Quarterly*, 61(4), 787–812. <https://doi.org/10.1080/00380253.2020.1715308>
- Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 29–45. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>
- Quan, H., Arboleda-Flórez, J., Fick, G. H., Stuart, H. L., & Love, E. J. (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(4), 190–197. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12027246>
- Rangel-Garzón, C. X., Suárez-Beltrán, M. F., & Escobar-Córdoba, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 707-n/a. <https://search.proquest.com/docview/1755262644?accountid=150292>
- Rawls, J. (1993). *Political Liberalism*. Columbia University Press.
- Reyes, V. de la C. R., Romero, M. A., Arteaga, M. E. R., & Castillo, A. G. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(5), 699–708. <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=180425059017>
- Robledo Marín, C. A., & Orejuela Gómez, J. J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*, 18(1), 95–102. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>

- Rodríguez-Pagán, D. R. (2017). Religión y personas de 60 años o más en Puerto Rico: características sociodemográficas y el estado de salud, 2002-2003 TT - Religion and People Aged 60 Years and Older in Puerto Rico: Sociodemographic Characteristics and Health Status, 2002-2003 [University of Puerto Rico Medical Sciences (Puerto Rico)]. En *ProQuest Dissertations and Theses*.  
<https://search.proquest.com/docview/2092719084?accountid=150292>
- Rodríguez Escobar, A., Medina-Pérez, Ó. A., Rozo David, A. J., & Sánchez García, S. (2013). Ideación suicida y factores asociados en un grupo de policías de Pereira-Colombia. *Agora U.S.B.*, 13(2), 411. <https://doi.org/10.21500/16578031.110>
- Ros-Montalban, S. (1998). *La Conducta Suicida*. Aran Ediciones S.A.
- Rosen, G. (1993). *A History of Public Health*. JHU Press.
- Rostami, M., Younesi, S. J., Shahboulaghi, F. M., Malakouti, S. K., Foroughan, M., Mohammadi Shahboulaghi, F., Malakouti, S. K., & Foroughan, M. (2018). Models of suicide in elderly: a protocol for a systematic review. *BMJ Open*, 8(10), 22087. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022087>
- Roth, G. A., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, H. T., Abebe, M., Abebe, Z., Abeje, A. N., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1736–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
- Rothman, K. (1976). Causes. *Am J Epidemiol*, 104, 587–592.
- Sachs-Ericsson, N., Van Orden, K., & Zarit, S. (2016). Introduction: Suicide and aging: Special issue of Aging & Mental Health. *Aging and Mental Health*, 20(2). <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1099037>
- Saldaña, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. En *SAGE Publications Inc.* (2a ed.). SAGE Publications Inc.
- Sánchez-Medina, G. (2007). *El suicidio y su prevención* (Academia Nacional de Medicina (ed.); Primera Ed). Editorial Kimpres Ltda.
- Sánchez, R., Orejarena, S., & Guzmán, Y. (2004). Characteristics of suicides in Bogotá, 1985-2000. *Revista de Salud Pública*, 6(3), 217–234. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642004000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Santiago Ramírez, O. M., Sebastián Puerto, J. L., Ricardo Rojas, M. V, Catherine Villamizar, J. G., Alejandra Vargas, L. E., Consuelo Urrego, Z. M., Os, R. M., Js, P. L., Mr, R. V, Jc, V. G., La, V. E., & ZC El, U. M. (2018). El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. *Fac. Nac. Salud Pública*, 36(1), 55–65. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n1a07>
- Santurtún, M., Santurtún, A., Agudo, G., & Zarrabeitia, M. T. (2016). Método empleado en las muertes por suicidio en España: Envenenamiento y agentes violentos no tóxicos.



- Cuadernos de Medicina Forense*, 22(3–4), 73–80.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062016000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062016000200003)
- Sârbu, E. A. (2014). Suicide by the Elderly. *Revista de Asistentă Socială*, 2, 103–111.  
<https://search.proquest.com/docview/1548766818?accountid=150292>
- Sarmiento, A., & Becerra, L. M. (1998). *Análisis de las relaciones entre violencia y equidad* (Documento 093; Archivos de Macroeconomía).  
[https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos\\_Economia/93.pdf](https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos_Economia/93.pdf)
- Scheil-Adlung, X. (2015). *Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries*.  
<https://econpapers.repec.org/RePEc:ilo:ilowps:994876213402676>
- Sen, A. (1982). Equality of What? En *Choice, Welfare, and Measurement*. MIT Press.
- Sen, A. (1995). *The Political Economy of Targeting*. 15–18.  
<http://scholar.harvard.edu/sen/publications/political-economy-targeting>
- Shah, A., & Bhandarkar, R. (2009). The relationship between general population suicide rates and educational attainment: a cross-national study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(5), 463–470. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.5.463>
- Shah, A., Bhat, R., Zarate-Escudero, S., Deleo, D., & Erlangsen, A. (2016). Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: The international landscape. *Aging and Mental Health*, 20(2). <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1055552>
- Shah, A., & Zarate-Escudero, S. (2014). Can some aspects of the epidemiology of elderly suicides be applied to dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(2), 185–191.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213001026>
- Shao, Y., Zhu, C., Zhang, Y., Yu, H., Peng, H., Jin, Y., Shi, G., Wang, N., Chen, Z., Chen, Y., & Jiang, Q. (2016). Epidemiology and temporal trend of suicide mortality in the elderly in Jiading, Shanghai, 2003-2013: a descriptive, observational study. *BMJ Open*, 6(8). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012227>
- Shim, R., Koplan, C., Langheim, F. J. P., Manseau, M. W., Powers, R. A., & Compton, M. T. (2014). The Social Determinants of Mental Health: An Overview and Call to Action. *Psychiatric Annals*, 44(1), 22–26. <https://doi.org/10.3928/00485713-20140108-04>
- Shojaei, A., Moradi, S., Alaeddini, F., Khodadoost, M., Barzegar, A., & Khademi, A. (2014). Association between suicide method, and gender, age, and education level in Iran over 2006-2010. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(1), 18–22.  
<https://doi.org/10.1111/appy.12097>
- Sinyor, M., Tse, R., & Pirkis, J. (2017). Global trends in suicide epidemiology. En *Current Opinion in Psychiatry* (Vol. 30, Número 1).  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000296>

- Song, H.-B., & Lee, S.-A. (2016). Socioeconomic and lifestyle factors as risks for suicidal behavior among Korean adults. *Journal of Affective Disorders, 197*, 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.035>
- Stacciarini, J. M. R., & Cook, C. L. (2015). La aplicación efectiva de la investigación usando métodos mixtos. *Enfermería Universitaria, 12*(3), 99–101. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.005>
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Rogers, M. L., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2016). Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging & Mental Health, 20*(2), 113–122. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1012045>
- Steffens, D. C. (2007). Spiritual considerations in suicide and depression among the elderly. *Southern medical journal, 100*(7), 748–749. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17639767>
- Stirbu, I., Kunst, A. E., Bop, M., Leinsalu, M., Regidor, E., Esnaola, S., Cost, G., Martikainen, P., Borrell, C., Deboosere, P., Kalediene, R., Rychtarikova, J., Artnik, B., & Mackenbach, J. P. (2010). Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health, 64*(10), 913–920. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.081737>
- Susser, M. (1998). Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. *Journal of Epidemiology & Community Health, 52*(10), 608–611. <https://doi.org/10.1136/jech.52.10.608>
- Swanson, D. M., Anderson, C. D., & Betensky, R. A. (2018). Hypothesis Tests for Neyman's Bias in Case–Control Studies. *Journal of Applied Statistics, 45*(11), 1956–1977. <https://doi.org/10.1080/02664763.2017.1401053>
- Szücs, A., Szanto, K., Aubry, J. M., & Dombrovski, A. Y. (2018). Personality and suicidal behavior in old age: A systematic literature review. *Frontiers in Psychiatry, 9*(MAY). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00128>
- Tashakkori, A., Teddlie, C., & O'Cathain, A. (2015). Assessing the Quality of Mixed Methods Research: Toward a Comprehensive Framework. En *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. <https://doi.org/10.4135/9781506335193.n21>
- Teddlie, C., Tashakkori, A., & Johnson, B. (2008). Emergent techniques in the gathering and analysis of mixed methods data. En *Handbook of emergent methods*.
- Tellez, J., & Forero, J. (2006). *Suicidio: neurobiología, factores de riesgo y prevención* (Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica (ed.)). Nuevo Milenio Editores.
- Terroba-Garza, G., Saltijeral-M. Ma., T., & Corral, R. Del. (2014). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud Pública de México, 28*(5), 489–494. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/397>
- Tolley, E. E., Ulin, P. R., Mack, N., Robinson, E. T., & Succop, S. M. (2016). *Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research* (Second). Wiley.

- Tran, F., & Morrison, C. (2020). Income inequality and suicide in the United States: A spatial analysis of 1684 U.S. counties using geographically weighted regression. *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology*, 34, 100359. <https://doi.org/10.1016/j.sste.2020.100359>
- Urrego Mendoza, Z. C., Bastidas-Jacanamijoy, M. A., Coral-Palchucán, G. A., & Bastidas-Jacanamijoy, L. O. (2017). Narrativas sobre la conducta suicida en pueblos indígenas colombianos, 1993 – 2013. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(3), 400–409. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/25847>
- Valencia, J. G., Montoya, G. J. M., Jaramillo, C. A. L., Tobon, M. C. L., Guerra, P. M., Viana, J. C. A., & Acosta, C. A. P. (2011). Characteristics of suicides in rural and urban areas in Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 40(2), 199–214. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502011000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
- Vargas-Espíndola, A., Villamizar-Guerrero, J. C., Puerto-López, J. S., Rojas-Villamizar, M. R., Ramírez-Montes, O. S., & Urrego-Mendoza, Z. C. (2017). Suicidal behaviour in indigenous population: State of the art review. En *Revista Facultad de Medicina* (Vol. 65, Número 1, pp. 129–135). Universidad Nacional de Colombia. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54928>
- Velásquez Suarez, J. M. (2013). Suicidio en el anciano. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 43(SUPPL. 1), 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.010>
- Venkatapuram, S. (2011). *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach* (1a ed.). Polity Press.
- Vogel, R., & Wolfersdorf, M. (1989). [The relation between suicide and psychiatric disease in advanced age]. *Z Gerontol.*
- Voracek, M. (2006). Educational Attainment, Intelligence, Interstate Migration, and Suicide Rates in the United States: Rejoinder to Abel and Kruger (2005). *Psychological Reports*, 98(2), 608–610. <http://10.0.9.162/PR0.98.2.608-610>
- Voracek, M. (2007). National intelligence and suicide rate across Europe: An alternative test using educational attainment data. *Psychological Reports*, 101(2), 512–518. <https://doi.org/10.2466/PR0.101.2.512-518>
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 22(3), 429–445. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644507>
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*.
- World Health Organization. (2010a). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2*.
- World Health Organization. (2010b). *International Classification of Diseases (ICD-10)*.

- World Health Organization. (2012). *Public Health Action for the Prevention of Suicide: a framework*.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf)
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)
- World Health Organization, & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social Determinants of Mental Health*.
- Zetina Lozano, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), 23–41. <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=11201903>
- Zhang, W., Ding, H., Su, P., Xu, Q., Du, L., Xie, C., Chen, R., Yang, Y., Jin, C., Duan, G., Li, Y., Gong, L., & Tian, W. (2017). Prevalence and risk factors for attempted suicide in the elderly: a cross-sectional study in Shanghai, China. *International Psychogeriatrics*, 29(5), 709–715.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1041610216002283>
- Zhong, B. L., Chiu, H. F. K., & Conwell, Y. (2016). Rates and characteristics of elderly suicide in China, 2013–14. *Journal of Affective Disorders*, 206, 273–279.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.003>
- Zhou, L., Wang, G., Jia, C., & Ma, Z. (2019). Being left-behind, mental disorder, and elderly suicide in rural China: a case–control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, 49(3), 458.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S003329171800106X>
- Zhu, J., Xu, L., Sun, L., Li, J., Qin, W., Ding, G., Wang, Q., Zhang, J., Xie, S., & Yu, Z. (2018). Chronic Disease, Disability, Psychological Distress and Suicide Ideation among Rural Elderly: Results from a Population Survey in Shandong. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1604.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph15081604>