

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (COLOMBIA) DURANTE LOS AÑOS 2004 – 2010

Daniela Daza Torres, Mailys Martelo Alvarado y Dahana Dominguez Daconte

RESUMEN

El suicidio es un problema de salud pública que cada día va en avance en todo el mundo, y Colombia, como la ciudad de Santa Marta, no son ajenas a este fenómeno; por ello que el objetivo fue conocer la epidemiología del mismo durante el periodo de años comprendido entre 2004 y 2010. Los datos fueron conseguidos de la información suministrada por el instituto Colombiano de Medicina y Ciencias Forenses, Regional Costa Norte. Se encontró que 112 personas consumaron el suicidio durante los siete años estudiados. La media de suicidios para el periodo fue de 16 por año; se suicidaron 16 personas de género femenino (15.7%) y un 84.3% por hombres. La edad en que más se cometió suicidio fue la comprendida entre los 20 y 34 años con una prevalencia del 44.6%; el método más utilizado fue el ahorcamiento con un 64%, equivalente a 72 casos; el nivel de escolaridad en que más se presentó fue en quienes habían cursado secundaria completa (15.1%); el estado civil que mayor prevalencia presentó fue el de ser soltero con un 29.4%. El día domingo es donde más se suceden los suicidios con un 18.8% del total y en el mes de marzo con un 13.4%.

Se concluye que la tasa de suicidios se ha venido incrementando en los últimos dos años, pasando de una tasa de 2.4 en el 2009 a 4.0 en el 2010 por cada 100 habitantes. (DUAZARY 2011 No. 2, 159 - 168)

Palabras Clave: Epidemiología, suicidio, tasa, factores sociodemográficos, método.

ABSTRACT

Suicide is a public health problem that every day is in progress worldwide, and Colombia, as the city of Santa Marta, are no strangers to this phenomenon, so that the objective was to study the epidemiology of the same during the period years between 2004 and 2010. Data were obtained from the information provided by the Colombian Institute of Forensic Medicine and Science, North Coast Regional. It was found that 112 people consummated suicide during the seven years studied. The average number of suicides for the period was 16 years, 16 people committed suicide in female (15.7%) and 84.3% for men. The age at which most committed suicide was between 20 and 34 years with a prevalence of 44.6%, the most common method was hanging at 64%, equivalent to 72 cases, the level of schooling that best presented was who had completed full secondary (15.1%), the most prevalent marital status was to be presented with a 29.4% single. On Sunday is where most suicides occur un 18.8% of the total in March with 13.4%.

We conclude that the suicide rate has been increasing over the past two years, from a rate of 2.4 in 2009 to 4.0 in 2010 per 100 inhabitants.

Keywords: Epidemiology, suicide rate, sociodemographic factors, method.

INTRODUCCIÓN

El título del presente trabajo investigativo se determinó llamarlo Epidemiología, atendiendo a que el sujeto de estudio de la misma es un grupo de individuos (colectivo) que comparten alguna(s) característica(s) que los reúne, en el presente caso, quienes consumaron el suicidio.

El suicidio es el acto por el cual una persona se quita la vida voluntariamente¹. Esta problemática resulta de una combinación de factores, entre los cuales tenemos genéticos, psicológicos, sociológicos, biológicos, ambientales y culturales².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)², este fenómeno constituye un problema de salud pública a escala mundial. Solo en el año 2000 se suicidaron aproximadamente 1.000.000 de personas en el mundo, lo que coloca al suicidio entre las primeras causas de muerte en varios países.

Igualmente la OMS² clasifica el nivel de suicidio de acuerdo con la tasa de suicidio. Se consideran tasas bajas por debajo de 5/100.000 habitantes, medias entre 5 - 14, altas entre 15 a 30 y por encima de treinta se denominan muy altas.

Norteamérica y la mayoría de países de Europa, el suicidio ocupa la novena de las causas de mortalidad durante 1993; así mismo, los países con tasas de mortalidad elevada durante ese año fueron: Lituania (36,0), Letonia (34,7) y se destacaban Finlandia y Canadá, con alto número de suicidios en adolescentes, en Hungría el suicidio predomina en ancianos^{3,4}. A pesar de los ingentes esfuerzos en su prevención e investigación, estos índices no bajan significativamente sino que tienden a mantenerse o incluso a aumentar⁴.

En Latinoamérica, la situación no es muy diferente, las tasas oscilan entre niveles de baja y media, pero se producen incrementos progresivos en Cuba, El Salvador, Uruguay y Venezuela³.

En Colombia se considera un problema de salud pública, ya que se sitúa entre las principales causas de muerte, a pesar del subregistro existente frente a este fenómeno por las mismas connotaciones sociales que conlleva para la familia del sujeto. Los métodos o herramientas utilizados para consumir el suicidio, se han modificado con el paso del tiempo; así por ejemplo, en Inglaterra

para los años 70 los jóvenes preferían intoxicarse y para el año de 1980 el método preferido era el ahorcamiento, este método es el más frecuente en la actualidad y es causante de cerca del 50 % de la totalidad de suicidios en la mayoría de los países; otros métodos que con relativa frecuencia se utilizan, son la ingestión de fármacos y las heridas por arma de fuego. Este último varía de acuerdo al sexo; es raro verlo en las mujeres, por el poco acceso que tienen a las armas de fuego, y en cambio es muy utilizado por militares y celadores varones⁵⁻⁸.

En los intentos de suicidio el método más utilizado en ambos géneros es la ingesta de fármacos⁹.

Para otros investigadores¹⁰, manifiesta que en Colombia el 77% de los suicidas pertenecen al género masculino, y por cada mujer que se suicida lo hacen tres hombres. Algunos investigadores señalan que esto puede deberse a que los hombres utilizan medios más letales o violentos en el momento de escoger el método o herramienta para suicidarse, mientras que las mujeres lo intentan más veces, pero con resultados menos letales, debido a los métodos utilizados¹¹.

En Colombia para el año 2009 se suicidaron 1 845 personas; siendo 365 mujeres y 1 480 hombres, con una media de edad para ambos sexos de 36 años. La tasa por 100.000 habitantes fue de 4.1, muy similar con respecto a los años anteriores. Por rangos de edades reporta mayor número de casos es el de 20–24 años. Las tasas más altas se presentaron en los grupos de 20 a 24; 25 a 29 y 70 a 74 años, estas son las edades de mayor riesgo para suicidarse. Por sexo sigue siendo, como en la mayor parte del mundo, con mayor frecuencia en los hombres, por cada cuatro hombres que se quitan la vida, tan sólo una mujer se suicida. En los últimos años, la tasa de suicidios en mayores de los 65 había descendido de manera constante, para el 2009 se incrementó el suicidio en los adolescentes y en mayores de 65 años, lo cual prende la alerta epidemiológica para la atención y prevención del suicidio en estos rangos de edad. En este mismo año, 2009, las características de una persona que llega a suicidarse, son escolaridad básica primaria, y en su mayoría estudiantes, trabajadores forestales y agropecuarios, desempleados y encargados del hogar. En cuanto a diferencias de género, respecto al método utilizado, que las mujeres elijen primero intoxicarse, luego ahorcarse y por último dispararse con un arma de fuego; por su parte los hombres elijen primero ahorcarse, luego dispararse y por último intoxicación con sustancias. La escolaridad señala que los tres datos más altos se encontraron en Básica Primaria, seguida de

Básica Secundaria y Profesional. Los casos con menos frecuencia corresponden a aquellos que tenían una formación tecnológica y especializada.

El estado civil sigue predominando en que las personas solteras son las que se suicidan. El mes en que más suicidios se presentaron fue Junio, seguido por Diciembre y Abril. El día de la semana con mayor número de casos fue el domingo; a partir de este día inicia un descenso sostenido en los suicidios hasta el sábado. En relación con la hora es mínimo el número de casos que se registra entre las 12 de la noche y las seis de la mañana, a partir de esta hora se incrementan hasta llegar al máximo que se presenta entre las seis de la tarde y las 12 de la noche¹².

De otra parte, la literatura científica reporta que el suicidio se incrementa con la edad, siendo raro ver casos en menores de 12 años. No obstante, el intento de suicidio decrece con la edad, siendo menor los intentos de suicidio en los ancianos¹³.

Muchos estudios muestran que el suicidio es un hecho frecuente más en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas¹⁴.

Un estudio encontró que la mayoría de los factores de riesgo encontrados con mayor porcentaje, concuerdan con los reportados en la literatura médica, como son el hecho de vivir sólo, e intoxicación alcohólica previa, mostraron diferencia estadística significativa, en el resto de los factores estudiados no hubo diferencia significativa¹⁵.

Luoma y Pearson⁶, ya habían planteado que los resultados de las investigaciones realizadas durante más de un siglo respaldan la hipótesis de que el matrimonio constituye un factor protector frente al suicidio. Por otra parte, el divorcio se ha asociado a un aumento del riesgo, pero las asociaciones con la soltería y la viudez han sido menos uniformes. Aunque en los viudos y viudas se han registrado tasas de suicidio 8 a 50 veces mayores que en la población general (113 a 660 por 100 000), se ha prestado poca atención a este grupo en alto riesgo.

Sobre el embarazo, Aracena, Benavente y Cameratti¹⁶ consideran que un embarazo prematuro dificulta la vivencia de la adolescente, ya que pone en riesgo el cumplimiento de las metas propias de esta etapa, teniendo que enfrentar una situación en que debe hacerse cargo de tareas propias de la adultez, aun

cuando todavía no haya concluido su propio proceso de desarrollo, hecho que de acuerdo a otros investigadores¹⁷ genera tensión pues la capacidad biológica y psicológica de la joven se ve fuertemente amenazada, más aún si ha sido rechazada por su familia y abandonada por su pareja, por lo que siente desafiadas sus necesidades básicas, estado que puede producir en la adolescente desesperación, miedo, dolor, culpa, ira, pena y angustia, y podría llevarla a la depresión, la cual, según otro autor¹⁸, cuando ésta es prolongada y aguda se acompaña de ideaciones suicidas y, en algunos casos, se llegan hasta la consumación del acto, denotando que existe una relación entre estas dos variables.

De acuerdo con Lara y Letechipía¹⁹, en Latinoamérica existen pocos estudios que evalúen la prevalencia del fenómeno suicida en el periodo perinatal, revelando algunas investigaciones sólo en Brasil y en México, lo cual según Fernández y Merino²⁰ limita las posibilidades de desarrollar estrategias eficaces para prevenir tanto intentos de suicidio como los suicidios consumados. Por tanto, el riesgo entre embarazos no planeados y el suicidio es claro pero muy poco estudiado²¹⁻²⁶.

El objetivo del presente estudio fue conocer la epidemiología del suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante el periodo 2004 – 2010.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, con los datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia, sobre los suicidios conocidos por ellos para la ciudad de Santa Marta durante los años 2004 – 2010, ya que para los años anteriores no cuentan con los mismos en su base de datos.

Para determinar las tasas por año se tuvo en cuenta las proyecciones del DANE para el número de habitantes en la ciudad de Santa Marta. Las variables que se estudiaron, basados en la información suministrada por el INMLCF, las cuales fueron: sexo, edad, mes, día, hora, estado civil, escolaridad y mecanismo utilizado para la consumación del suicidio. Por tanto, estas fueron las variables a las que se sometió este estudio. Debe destacarse que por recomendación del INMLCF, regional Norte los datos por ellos suministrados son de carácter preliminar ya que es información sujeta a cambios por actualización.

RESULTADOS

Los suicidios y las tasas en Colombia del año 2004 a la fecha se muestran a continuación:

AÑO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FRECUENCIA	1817	1786	1751	1771	1841	1845	N/D*
TASA	4.2	4.1	4.0	4.0	4.1	4.1	N/D*

*: No existen datos a la fecha del presente estudio
Fuente: INMLCF/DRIP/SIRDEC, 2010

En la ciudad de Santa Marta durante los años comprendidos entre 2004 y 2010, se reportaron 112 suicidios, para un promedio anual de 16 suicidios; de los cuales 16 correspondieron al sexo femenino (14.2%) y 86 de sexo masculino (76.8%). Lo que equivale a que por cada mujer que se suicida 5.3 hombres lo hacen. Durante los años 2007 y 2008 no se presentó suicidio femenino.

Respecto a la edad, no se presentó suicidio en menores de 15 años durante los años estudiados. Los autores determinaron de manera arbitraria categorías de edad para el número de suicidios, encontrando que para la etapa de la adolescencia tardía (15 y 19 años) se presentaron 9 casos (8.2%); entre los 20 y 34 años, 50 (44.6%) casos; de 35 a 49 años, 28 (25.0) casos; 50 a 64 años, 17 casos (15.1%) y en mayores de 65 años, 8 casos equivalente al 7.1% del total (Ver tabla 1).

Tabla 1. Edad de los que consumaron suicidio 2004 -2010.

RANGO EDAD	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
15 - 19	1	3	1	1	0	0	3	9
20 - 34	5	7	9	5	11	4	9	50
35 - 49	6	3	3	5	4	3	4	28
50 - 64	2	1	5	3	2	3	1	17
65 o más	1	0	0	3	2	1	1	8
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

Durante el periodo de estudio, las mayores frecuencias y porcentaje de suicidios se dieron según el mes: marzo 15 casos (13.4%), diciembre con 13 casos (11.6%), abril, mayo y junio con 10 casos cada uno (8.9%). Los meses con menos decesos por este concepto fueron noviembre con 5 casos (4.5%), febrero con 7 casos (6.2%) y enero con 8 casos (7.1%) (Ver tabla 2).

Tabla 2. Mes en que se consumaron los suicidios.

MES	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
ENE	2	0	2	1	0	1	2	8
FEB	2	1	1	2	0	0	1	7
MAR	1	1	5	4	2	2	0	15
ABR	1	1	1	2	2	2	1	10
MAY	2	0	3	2	1	0	2	10
JUN	0	2	2	1	2	2	1	10
JUL	2	2	0	2	1	2	0	9
AGO	3	2	1	0	2	0	1	9
SEP	0	1	0	0	5	0	3	9
OCT	0	1	0	0	0	0	5	6
NOV	1	1	1	1	0	0	1	5
DIC	1	1	2	2	4	2	1	13
SIN DATOS	0	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

En lo que tiene que ver con el día de la semana en que se presenta el fenómeno se encuentra el día domingo con 21 sucesos (18.8%), lunes y viernes con 19 casos cada uno (17.0%), jueves con 15 (13.3%), sábado con 14 (12.5%) y los días martes y miércoles con 12 casos cada uno (10.7%) (Ver tabla 3).

Tabla 3. Día en que se consumó el suicidio.

DÍA	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
LUNES	3	4	3	3	3	0	3	19
MARTES	3	0	5	2	0	1	1	12
MIÉRCOLES	0	0	4	5	1	0	2	12
JUEVES	2	1	0	2	4	2	4	15
VIERNES	3	5	2	1	2	3	3	19
SÁBADO	2	3	1	3	3	1	1	14
DOMINGO	2	1	3	1	6	4	4	21
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

La hora en que se presentan los suicidios en la ciudad, se encontró que en 56 casos (50%) no se determinó la hora. Entre las 6 de la mañana y las 11 y 59 a.m. se presentaron 28 casos (25%), el resto de hechos se dieron 12 veces entre las 6 de la tarde y las 11 y 59 de la noche (11.0%); entre las 12 del día y las 5 y 59 de la tarde 9 veces (8.0%), y 7 veces entre las 00:00 horas y las 05:59 a.m. (6.2%) (Ver tabla 4).

Tabla 4. Hora en que se consumó el suicidio.

RANGO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
00-05:59	3	1	2	0	1	0	0	7
06-11:59	10	6	4	3	3	1	1	28
12-17:59	0	1	3	1	0	1	3	9
18-23:59	2	2	2	3	1	1	1	12
SIN DATO	0	4	7	10	14	8	13	56
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

El estado civil de las personas que consumaron suicidio durante los años 2004 – 2010, muestra que el 29.4% eran solteros, 10.7% casados, 16% estaban en unión libre, 1.8% estaban separados y de un 42% no se tuvo información (Ver tabla 5).

Tabla 5. Estado civil de quienes consumaron suicidio

ESTADO CIVIL	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
CASADO	3	1	1	3	0	3	1	12
SEPARADO	0	0	0	0	1	1	0	2
SIN INFORMACIÓN	2	2	8	11	18	3	3	47
SOLTERO	3	6	6	2	0	4	12	33
UNIÓN LIBRE	7	5	3	1	0	0	2	18
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

Con respecto a la escolaridad se halló que el 15.1% (17 casos) tenía secundaria completa, un 7.1% cursó hasta básica primaria, un 4.5% eran profesionales (5 casos), con un 1.7% habían cursado secundaria incompleta y otro tanto no tenía ningún estudio, un 0.9% curso hasta nivel preescolar; de 77 casos no se obtuvo información sobre el nivel educativo (69.0%) (Ver tabla 6).

Tabla 6. Nivel de escolaridad de quienes consumaron el suicidio.

ESCOLARIDAD	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
PREESCOLAR	1	0	0	0	0	0	0	1
BÁSICA PRIMARIA	3	0	0	1	0	1	3	8
SECUNDARIA	4	1	1	1	0	1	9	17
SEC. INCOMPLETA	0	2	0	0	0	0	0	2
NINGUNO	1	0	0	0	0	1	0	2
PROFESIONAL	2	1	0	0	0	0	2	5
SIN INFORMACIÓN	4	10	17	15	19	8	4	77
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

El método o mecanismo más utilizado para consumar el suicidio en la ciudad fue el ahorcamiento con 72 casos (64%), el arma de fuego sigue con 20 casos (17.8%), luego con un 11.6% (13 casos) el envenenamiento con sustancias químicas, las caídas de altura en 3 casos (2.6%), y con un caso cada una (.8%) la sobredosis, inmersión o ahogamiento, arma corto punzante y arma cortante (Ver tabla 7).

Tabla 7. Mecanismo utilizado para consumar el suicidio.

MECANISMO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
AHORCAMTO	11	6	10	13	12	7	13	72
ARMA FUEGO	3	3	3	4	4	1	2	20
INTOX O ENVENENAMIENTO AGENTE QUIMICO	0	4	3	0	1	3	2	13
SOBREDOSIS DE PSICOTRÓPICOS	0	1	0	0	0	0	0	1
ARMA CORTANTE	1	0	0	0	0	0	0	1
CAIDA ALTURA	0	0	1	0	1	0	1	3
INMERSIÓN	0	0	1	0	0	0	0	1
CORTO PUNZANTE	0	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

Por último, en la siguiente tabla se presentan las tasas del suicidio por cada 100.000 habitantes por cada año (Ver tabla 8).

Tabla 8. Tasas suicidio por cada 100.000 habitantes.

AÑO	# HABITANTES	# SUICIDIOS	TASA
2004	409.374	15	3.7
2005	415.404	14	3.3
2006	421.603	18	4.2
2007	428.018	17	3.9
2008	434.539	19	4.3
2009	441.198	11	2.4
2010	447.963	18	4.0

Fuente: Para el número de suicidios por año el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011; y para el número de habitantes DANE 2011.

DISCUSIÓN

El presente estudio encontró que en la ciudad de Santa Marta 112 personas consumaron el suicidio durante los siete años estudiados (2004 – 2010). La media de suicidios para el periodo fue de 16 por año; se suicidaron 16 personas de género femenino (15.7%) y un 84.3% por hombres. La edad en que más se cometió suicidio fue la comprendida entre los 20 y 34 años con una prevalencia del 44.6%; el método más utilizado fue el ahorcamiento con un 64%, equivalente a 72 casos; el nivel de escolaridad en que más se presentó fue en quienes habían cursado secundaria completa (15.1%); el estado civil que mayor prevalencia presentó fue el de ser soltero con un 29.4%. El día domingo es donde más se suceden los suicidios con un 18.8% del total y en el mes de marzo con un 13.4%.

Acorde con la clasificación de la OMS² para el nivel de suicidio lo considera bajo cuando es menor de 5 por cada 100.000 habitantes, por tanto, en la ciudad se catalogaría bajo debido a que su mayor tasa en los siete años de estudio nunca fue superior a 4.3 en el año 2008, y de 4.0 para el año 2010. Sin embargo, la tasa es muy similar a la que presenta en país en los últimos años que es de 4.1. Así mismo, Diekstray Gulbinat³, manifiestan que en Latinoamérica predominan tasas bajas y medias. No obstante, esto no significa que se dejen de lado los programas de prevención del suicidio y la promoción de una vida saludable, debido a que se trata de seres humanos, aunado al hecho de la productividad que deja de producirse en la ciudad por los años potencialmente perdidos por quienes lo consuman.

Los rangos de edad en que más se pierde la vida por suicidios lo constituyeron entre los 20 y 34 años, seguido de quienes tenían entre 35 y 49 años, con 50 y 28 casos respectivamente. En Colombia para el último año de reporte (2009), igualmente se presenta entre los 20 y los 25 años¹². A diferencia de los datos reportados en Colombia, en la ciudad de Santa Marta los suicidios en los mayores de 65 años son muy pocos, lo cual corrobora lo hallado en otros estudios²⁷.

Debe llamar la atención el hecho que en la ciudad se reportaron 3 casos de suicidio en menores de 19 años para el año 2010, lo cual no venía sucediendo desde el año 2005, lo cual indica que esta franja etaria debe ser sujeto de campañas y programas de prevención del suicidio, lo cual debe efectuarse en los colegios de secundaria y en las universidades. Los datos del presente estudio corroboran la literatura científica existente que señala que el suicidio se incrementa con la edad, siendo raro ver casos en menores de 12 años. No obstante, el intento de suicidio decrece con la edad, siendo menor los intentos de suicidio en los ancianos¹³.

Al igual que en el país y en otras latitudes, los suicidios en la ciudad se presentan con mucha mayor frecuencia en hombres que en mujeres en una relación de 5:1, es decir, por cada mujer que se suicida en Santa Marta 5.3 hombres lo hacen. Para otro investigadores¹¹, esto puede deberse a que los hombres utilizan medios más letales o violentos en el momento de escoger el método o herramienta para suicidarse, mientras que las mujeres lo intentan más veces, pero con resultados

menos letales, debido a los métodos utilizados; otros estudios presentan resultados similares^{14,28}.

Acorde al mes, el presente estudio muestra que para el período de estudio los suicidios se dieron más en mes de marzo 15 casos (13.4%) y diciembre con 13 casos (11.6%), abril, mayo y junio con 10 casos cada uno (8.9%), muy similar a lo reportado en Colombia para el año 2009 en los meses de junio, diciembre y abril¹².

En lo que tiene que ver con el día de la semana en que se presenta el fenómeno esta investigación halló el día domingo con 21 sucesos (18.8%), lunes y viernes con 19 casos cada uno (17.0%), lo cual es similar a lo presentado en el país, en especial al día domingo¹².

Con relación a la hora de cometer suicidio, en Colombia, es mínimo el número de casos que se registra entre las 12 de la noche y las seis de la mañana, a partir de esta hora se incrementan hasta llegar al máximo que se presenta entre las seis de la tarde y las 12 de la noche¹², lo cual concuerda con los datos hallados en el presente estudio para la ciudad de Santa Marta.

Para el presente estudio se halló que el estado civil de las personas que consumaron suicidio durante los años 2004 - 2010, con mayor porcentaje fue el 29.4% quienes eran solteros, lo cual concuerda con los datos del ICMLCF¹² para nuestro país Colombia, además de los estudios efectuados por otros investigadores^{6,12}.

Igualmente, los datos hallados respecto a la escolaridad de quienes consumaron suicidio concuerdan con los datos reportados en el país¹², la cual señala que el mayor porcentaje se presenta en aquellas personas que tenían cursado secundaria completa y básica primaria; muy pocos casos eran profesionales. Acá vale aclarar que en un 69%, porcentaje bastante alto y significativo en la ciudad de Santa Marta no se pudo conocer el dato de la escolaridad.

En Santa Marta el método o mecanismo más utilizado para consumar el suicidio fue el ahorcamiento con 72 casos (64%), el arma de fuego sigue con 20 casos (17.8%), luego con un 11.6% (13 casos) el envenenamiento con sustancias químicas, las caídas de altura en 3 casos (2.6%), y con un caso cada una (.8%) la sobredosis, inmersión o ahogamiento, arma corto punzante y arma cortante. Estos datos son coherentes con lo hallado en Colombia¹², e incluso en muchas otras partes del mundo⁵⁻⁸.

En la ciudad no se reportaron casos de suicidio en adolescentes con embarazos no planeados, pero en el mundo se encuentran datos sobre el alto riesgo en esta población^{16,18-,25}.

El hecho de conocer las características de una persona suicida en los ejes sociodemográficos, tipificación del hecho, temporalidad y espacialidad, ayuda al estudio epidemiológico y permite proyectar campañas de prevención o intervención sobre la población que se detecte con mayor riesgo¹².

Se concluye que la tasa de suicidios se ha venido incrementando en los últimos dos años, pasando de una tasa de 2.4 en el 2009 a 4.0 en el 2010 por cada 100 habitantes.

Agradecimientos: Las autoras agradecen a ICMLCF zona Norte por el suministro de los datos del suicidio en el período de estudio. Igualmente a la psicóloga Jenniffer Del Toro por sus valiosos aportes en la revisión del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan HI, Sadock BJ. editors. *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 8a. Ed. Baltimore. 1998: Williams, Wilkins: 551-59.
2. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio recurso para consejeros*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2006.
3. Diekstra RWF, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *Rapp Trimest Statist Sat Mond*. 1993; 46: 52-68.
4. Sánchez M. El suicidio ha crecido cuatro veces en cinco años en los hombres. *El País* 5 de marzo. 2002; p. 36 (col. 1-4).
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, D.F. 2006.
6. Luoma JB, Pearson JL. Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *Am J Public Health*. 2002; 92: 1518-522.
7. Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2004; 16(2):102-09.
8. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. Características de los Suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Rev. Salud Pública*. 2004; 6(3):217-34.
9. Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago MM, Ayala-Aguilera JP. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil. 2003-2005. *Rev. Salud Pública*. 2007; 9 (2): 230-40.

10. Alejo H, González J, Hernández W. Conducta suicida según ciclo vital. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (s.f.); 107-19.
11. Medina O, Cardona D, Rátiva S. Caracterización del suicidio en Armenia - Colombia en el periodo 2004-2008.2009; Recuperado el 15 de julio de 2011, de www.cotecnova.edu.co/.../CARACTERIZACION%20DEL%20SUICIDIO%20EN%20ARMENIA.doc
12. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2010; Recuperado junio 20 de 2011 de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2009/Suicidio.pdf>
13. National Center of Health Statistics. Advance report of final mortality statistics. 1996;(supl 3).
14. Garcia-Marco R, Rodríguez-Pulido L. Epidemiology of suicide. En A. Seva (Ed.), *The European Handbook of Psychiatry and Mental health*. Barcelona. 1991.
15. Tuesca R, Navarro E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio Salud Uninorte. 2003; 17: 19-8.
16. Salvarrieta L, Aracena M, Ramírez P, Reyes L, Yovane C, Orozco A, Lesmes C, Krause M. Autoconcepto y proyecto de vida: percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. *Revista de psicología*. 2005; 14 (1): 141-52.
17. Martínez P, Waysel K. Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e investigación en psicología*. 2009; 14(2): 261-74.
18. Chávez A, Gutiérrez R. Antecedentes psicosociales que influyen en la ocurrencia del embarazo en las adolescentes. *Universidad de Guanajuato*. 2007;7(3):49-6.
19. Lara A, Letechipía G. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Mental*.2009; 32(5): 381-87.
20. Fernández N, Merino H. Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico En adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2001; 6(2): 121-27.
21. Khlat M, Ronsman C. For deaths of women in the causes of maternal deaths in Matlab, Bangladesh(1976–1986). *American Journal of Epidemiology*. 1987; 151(3):300-06.
22. Langer A. El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002; 11(3): 192-205.
23. Sein A. Acute suicidal self-poisonings during pregnancy. *Prezegla D Lekarski*. 2005; 62(6):34-435.
24. Marzuk P, Tardiff K, Leon A, Hirsch C, Portera L. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry*. 1997; 154:122-23.
25. Palacio A, García J, Zapata C, López G, Ortiz J, López M, Posada C. Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case-control study of psychological autopsy in a developing country. *Arch Suicide Res*. 2005;11(3): 297-08.
26. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of post partum depression - a meta- analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996; 8:37-54.
27. Mella R, González L, D'Appolonio J, Maldonado I, Fuenzalida A, Díaz A. Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhē*. 2004;13(1): 79-89.
28. Sarró B, De la Cruz B. *Los suicidios*. Barcelona, Martínez Roca.1991.