



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

González, Andrea; Rodríguez Betancur, Ángela; Aristizábal, Alejandro; García Valencia, Jenny;
Palacio, Carlos; López Jaramillo, Carlos

Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39, núm. 2, 2010, pp. 251-267

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica

Andrea González¹
Ángela Rodríguez Betancur¹
Alejandro Aristizábal¹
Jenny García Valencia²
Carlos Palacio²
Carlos López Jaramillo³

Resumen

Objetivo: Identificar diferencias en las características sociodemográficas y clínicas entre hombres y mujeres suicidas en una muestra de Antioquia (Colombia). *Método:* Se estudiaron mediante autopsia psicológica 144 sujetos que se habían suicidado entre 2006 y 2007. Se determinaron las diferencias entre suicidas por sexos y las características que se asociaron de manera independiente con ser hombre o mujer. *Resultados:* Se identificaron diferencias significativas independientes del sexo. La manera de muerte con arma de fuego, vivir solo y suicidio bajo efectos del alcohol se asociaron con el sexo masculino; mientras, el suicidio en casa y dejar una nota previa se asociaron con el sexo femenino. *Conclusiones:* El presente estudio, realizado en población antioqueña, identificó diferencias en variables sociodemográficas, clínicas y características del acto suicida entre hombres y mujeres. A pesar de las limitaciones, los presentes hallazgos apuntan hacia la posibilidad de realizar intervenciones de salud mental de prevención del suicidio de mayor especificidad teniendo en cuenta el sexo de la población.

Palabras clave: suicidio, distribución por sexo, autopsia.

Title: Suicide and Gender in Antioquia (Colombia): A Psychological Autopsy Study

Abstract

Objective: To identify differences in the socio-demographic and clinical characteristics between suicidal men and women in a sample from Antioquia (Colombia). *Method:* 144 subjects who committed suicide between 2006 and 2007 were studied by means of a psychological autopsy. Gender differences and characteristics associated independently to being a man or a woman were determined. *Results:* Significant differences independent of sex were identified. Death by firearm, living alone and suicide under the effects of alcohol intoxication were associated with the male gender, whereas suicide at home and leaving a note were associated with the female

¹ Médico(a) residente de tercer año de Psiquiatría, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia

² Médico(a) psiquiatra. Docente Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

³ Médico psiquiatra. Docente. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia. Coordinador Grupo de Investigación en Psiquiatría. Medellín, Colombia.

gender. *Conclusions:* The present study identified differences in socio-demographic and clinical variables, and characteristics of the suicide act, between men and women. In spite of its limitations, the present findings point towards the possibility of carrying out more specific actions in suicide prevention by taking gender into account.

Key words: Suicide, sex distribution, autopsy.

Introducción

Los estudios epidemiológicos sobre conducta suicida en diferentes países coinciden en una mayor prevalencia de suicidios consumados en el género masculino, en comparación con el femenino (1,2). En Europa y en los países de habla inglesa la relación hombre mujer es 3-4:1; en los países asiáticos la relación es 2:1, o llega a igualarse, y sólo en China la proporción de mujeres que llegan a suicidarse es el doble que la de hombres (3). Una tendencia similar ha sido observada en Colombia. Según el informe de Medicina Legal, en 2008 de un total de 1.841 autopsias directas e indirectas practicadas a sujetos con manera de muerte probable suicidio, 1.503 (81,64%) correspondieron a hombres, y 338 (18,35%), a mujeres; es decir, en este año la relación de suicidio hombre-mujer en Colombia fue de 4:1 (4).

Debido a la mayor ocurrencia de suicidio en el género masculino, la mayoría de estudios sobre factores de riesgo para conducta suicida se han realizado en poblaciones con una mayor prevalencia de hombres

(5). Por lo anterior, se desconoce si los diferentes factores de riesgo asociados a conducta suicida descritos hasta el momento pueden extrapolarse a las mujeres. De igual forma, se desconocen los factores o comportamientos que determinan la menor prevalencia de suicidio en las mujeres (3).

El reconocimiento de las diferencias en las características de las poblaciones suicidas de hombres y mujeres y los posibles efectos de éstas sobre las tasas de suicidio por género adquieren especial importancia, en la medida en que sirven como base de formulación de diferentes estrategias de prevención e intervención precoz, que permitan incidir sobre la prevalencia del suicidio. A pesar de esto, son relativamente pocos los análisis que han estudiado las relaciones del género con el suicidio, y no conocemos ninguno que haya sido realizado en Colombia. Por lo anterior, decidimos realizar un estudio que tiene por objetivo identificar las diferencias en características sociodemográficas y clínicas entre hombres y mujeres suicidas en una muestra evaluada mediante autopsia psicológica en Antioquia (Colombia).

Métodos

Este estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal. Se estudió a sujetos cuya manera de muerte fue suicidio en Antioquia, excepto Medellín, entre 2006 y 2007, y en

los municipios del área metropolitana en 2006. Se hizo un muestreo por conveniencia, con base en los registros enviados por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, de los individuos cuya manera de muerte fue suicidio.

Las principales fuentes de información fueron la comunidad, la familia y los amigos de los casos de suicidio, agentes comunitarios, inspecciones de policía, el Cuerpo Técnico de Investigaciones (CTI) y la unidad de Medicina Legal. Se emplearon registros de historia clínica, certificado de defunción, acta de levantamiento del cadáver, resultado de necropsia y ficha epidemiológica.

A partir de la notificación individual de los certificados de defunción clasificados como muerte por suicidio, una trabajadora social citó a varios familiares o allegados significativos del occiso, con el fin de que un psiquiatra hiciera el proceso de autopsia psicológica, previa firma del consentimiento informado. En caso de que uno de los familiares o allegados significativos fuera menor de edad, y de que su entrevista fuera imprescindible con el fin de obtener la información para realizar la autopsia psicológica, el consentimiento fue firmado por el menor y por su representante legal.

La autopsia psicológica tenía por objeto definir retrospectivamente el diagnóstico del estado de salud mental de la persona fallecida. Este procedimiento se llevó a cabo en un

consultorio del hospital del municipio donde se encontraba la familia del fallecido, por lo que, generalmente, fue necesario el desplazamiento del psiquiatra para hacer las entrevistas. Como se requería información de varias fuentes, inmediatamente se tuvo conocimiento de una muerte por suicidio se hicieron los trámites respectivos (solicitud oficial por escrito), para obtener una copia completa de la historia clínica. La Dirección Seccional de Salud de Antioquia se comprometió a facilitar la consecución de este documento.

En los casos clasificados como muertes indeterminadas o en las que no pudo precisarse la causa de muerte se realizó un seguimiento hasta que se hiciera la necropsia por la entidad competente, y, además, se confirmaron los reportes verbales; todo, para tratar de disminuir al máximo el subregistro. Los datos recolectados en la autopsia psicológica se consignaron en un formulario diseñado para tal fin. Posteriormente, un comité, conformado por dos psiquiatras expertos, una psicóloga, una trabajadora social y una antropóloga, revisó todo el material de cada caso (informe de autopsia psicológica, historia clínica, informe de visita domiciliaria), con el fin de establecer el perfil psicológico de la persona que falleció. El comité se reunió periódicamente para la realización de este análisis. El informe se generó tan pronto como se analizó la muerte y se realizó la visita de retroalimentación.

Los datos se introdujeron en el programa Access y luego se trasladaron al SPSS versión 13.0, para hacer el análisis estadístico. Se realizó limpieza de los datos evaluando frecuencias, promedios y distribución en gráficas.

Se determinó si había diferencias entre suicidas por sexos. Para esto se empleó χ^2 y cálculo de razones de prevalencia, e intervalos de confianza para las variables cualitativas; y para las cuantitativas, U de Mann-Whitney, y que los datos no tuvieran distribución normal, lo cual fue evaluado mediante la prueba de Shapiro-Wilk. El nivel de significación fue de 0,05.

Con el fin de determinar las características que se asociaron de manera independiente a ser de sexo femenino o masculino, se realizó regresión log-binomial, la cual permite determinar razones de prevalencias. Se incluyeron en el modelo las variables que en el análisis bivariado mostraron asociación significativa ($p<0,05$). Para este análisis multivariado se empleó el paquete estadístico STATA 8,2.

Resultados

La mitad de las mujeres tenía menos de 21 años ($Me=21$, $RIC=16-33$) y la mitad de los hombres tenía menos de 32 años ($Me=32$, $RIC=22,5-47,5$). La diferencia de edad entre los dos grupos fue de significancia estadística ($p<0,001$). No se encontró asociación entre escolaridad y sexo ($p=0,09$); la mediana en hombres

fue de 5 años aprobados de educación ($RIC=3-8$), y en mujeres, de 6 ($RIC=3-10,5$).

El total de la muestra fue de 144 sujetos, de los cuales 117 (75,9%) eran hombres, y 37, (24,02%) mujeres. Las mujeres tuvieron una probabilidad mayor de encontrarse subempleadas ($OR=0,13$, $IC\ 95\%:0,25-0,64$, $p=0,01$) y de ser estudiantes ($p=0,001$, $OR=0,05$, $IC\ 95\%:0,01-0,29$). Por otra parte, los hombres vivían solos más asiduamente ($p=0,006$, $IC\ 95\%:1,34-78,65$). No se encontraron diferencias importantes entre los grupos en otras variables sociodemográficas (Tabla 1).

Las mujeres presentaron más historia de intentos de suicidio previos ($OR=0,44$; $IC\ 95\%:0,20-0,28$; $p=0,04$). No se encontraron diferencias significativas por género en otros antecedentes personales y familiares (Tabla 2).

En relación con las características del acto suicida, los hombres con mayor asiduidad habían utilizado un arma de fuego ($OR=9,8$; $IC\ 95\%:2,10-45,67$; $p=0,004$) o el ahorcamiento como métodos de suicido ($OR=2,84$; $IC\ 95\%:1,25-6,50$; $p=0,01$). De igual forma, en los hombres fue más probable el acto suicida bajo los efectos del alcohol ($OR=3,00$; $IC\ 95\%:1,07-5,39$; $p=0,025$). La probabilidad de suicidarse en la casa fue mayor en el grupo de mujeres ($OR=0,13$; $IC\ 95\%:0,04-0,41$; $p <0,0001$) (Tabla 3).

Al estudiar los diagnósticos psiquiátricos hechos mediante autopsia psicológica según sexo de los

Tabla 1. Características sociodemográficas según sexo de los individuos que se suicidaron en Antioquia a quienes se les realizó autopsia psicológica, 2006 y 2007

Característica	Mujeres		Hombres		OR*	IC 95%	p
	Frec.	%	Frec.	%			
Estado civil	Casado y viudo**	7	18,9	31	27,0	—	0,24
	Soltero	16	43,2	53	46,1	0,74	0,27-2,01
	Unión libre	12	32,4	20	17,4	0,37	0,12-0,11
	Separado o divorciado	2	5,4	11	9,6	1,24	0,22-6,09
Empleo	Empleado**	3	8,1	8	32,8	—	0,84
	Trabajador independiente	1	2,7	46	39,7	3,63	0,36-36,35
	Subempleado	5	13,5	8	6,9	0,13	0,25-0,64
	Desempleado	6	16,2	20	17,2	0,26	0,06-1,16
Con quién vivía	Ama de casa	16	43,2	0	—	—	0,99
	Estudiante	6	16,2	4	3,4	0,05	0,01-0,29
	Vivía solo	1	2,7	26	22,2	10,28	1,34-78,65
	Con hijos	18	48,6	59	50,9	1,09	0,52-2,29
Practica la religión	Con hijos menores de 12 años	13	65,0	35	58,3	0,75	0,26-2,16
	Practica la religión	20	54,1	60	52,6	0,94	0,45-1,99
							0,88

*OR=Odds en hombres / Odds en mujeres

** Categoría de referencia

Tabla 2. Antecedentes personales y familiares según sexo de los individuos que se suicidaron en Antioquia a quienes se les realizó autopsia psicológica, 2006 y 2007

Característica	Mujeres		Hombres		OR*	IC 95%	p
	Frec.	%	Frec.	%			
Enfermedad física	13	35,1	48	41,4	1,30	0,60-2,81	0,56
Consulta a médico no psiquiatra en el mes previo	9	25,0	36	32,1	1,42	0,60-3,33	0,53
Diagnóstico previo de enfermedad mental	6	16,2	22	19,1	1,22	0,45-3,28	0,81
Tratamiento psiquiátrico previo	4	11,1	19	16,8	1,61	0,51-5,10	0,59
Abuso físico en la niñez	7	20,0	24	25,3	1,35	0,52-3,49	0,64
Abuso sexual en la niñez	2	5,9	0	0,0	—	—	0,02
Intentos de suicidio previos	15	41,7	28	24,1	0,44	0,20-0,98	0,04
Padres divorciados	12	34,3	28	25,0	0,63	0,28-1,44	0,28
Suicidio en familiares	11	33,3	33	32,4	0,95	0,41-2,20	0,92
Intento de suicidio en familiares	14	43,8	37	36,3	0,73	0,32-1,64	0,53
Antecedentes familiares de enfermedad mental	23	69,7	62	62,6	0,72	0,31-1,69	0,53

*OR=Odds en hombres/Odds en mujeres

Tabla 3. Características del acto suicida según sexo de los individuos que se suicidaron en Antioquia a quienes se les realizó autopsia psicológica, 2006 y 2007

Característica	Mujeres		Hombres		OR*	IC 95%	p
	Frec.	%	Frec.	%			
Método de suicidio	Intoxicación**	21	56,8	30	25,6	—	—
	Ahorcamiento	13	35,1	53	45,3	2,84	1,25 - 6,50
	Arma de fuego	2	5,4	28	23,9	9,80	2,10-45,67
	Otros métodos	1	2,7	6	5,1	4,20	0,470-37,49
Características del acto suicida	Suicidio en casa	33	89,2	62	53,0	0,13	0,04-0,41 <0,0001
	Acto suicida bajo efectos del alcohol	6	16,2	43	36,8	3,00	1,07-5,39 0,025
	Acto suicida bajo efectos de otras sustancias	2	5,4	7	6,0	1,12	0,22-5,66 0,89
	Alguien hubiera podido interrumpir el suicidio	16	43,2	37	32,5	1,58	0,74 -3,38 0,24
	El individuo tomó precauciones contra interrupción de suicidio	29	78,4	90	78,9	1,03	0,41 -2,55 0,94

Continúa

Característica	Mujeres		Hombres		OR*	IC 95%	p
	Frec.	%	Frec.	%			
Aviso a alguien que podía ayudarlo	2	5,4	5	4,5	-	-	-
Hizo contacto con alguien, pero no avisó sobre el suicidio	4	10,8	16	14,5	1,60	0,22-11,49	0,64
No hizo contacto ni le avisó a nadie	31	83,8	89	80,9	1,15	0,21-6,22	0,87
Busqueda de ayuda después de la conducta suicida	Actos finales en anticipación a la muerte (testamento, regalos, seguro de vida)	23	62,2	64	57,7	0,82	0,38-1,77
Preparación activa y extensa del acto suicida	30	85,7	83	76,1	0,53	0,18-1,51	0,34
Comunicación verbal de la intención de suicidarse	24	64,9	69	60,5	0,83	0,38-1,79	0,70
Dejó nota suicida	12	32,4	21	18,9	0,48	0,21-1,12	0,01

*OR=Odds en hombres/ Odds en mujeres

** Categoría de referencia

Tabla 4. Diagnóstico psiquiátrico hecho mediante autopsia psicológica según sexo de los individuos que se suicidaron en Antioquia, 2006 y 2007

Característica	Mujeres		Hombres		OR*	IC 95%	P
	Frec.	%	Frec.	%			
Trastorno psiquiátrico	36	100	114	97,4	1,31	1,20-1,44	1,00
Episodio depresivo mayor	21	58,3	75	64,1	1,27	0,59-2,73	0,55
Trastorno psiquiátrico que no es por uso de sustancias	11	30,6	57	48,7	2,15	0,97-4,78	0,59
Trastorno por uso de sustancias	11	30,6	60	51,3	2,39	1,07-5,30	0,36
Trastorno depresivo mayor episodio único	10	27,8	51	43,6	2,00	0,88-4,54	0,11
Trastorno depresivo mayor recurrente	6	16,7	16	13,7	0,79	0,28-2,20	0,78
Trastorno bipolar I episodio depresivo	2	5,6	3	2,6	0,44	0,72-2,78	0,33
Trastorno bipolar II episodio depresivo	2	5,6	6	5,1	0,91	0,17-4,76	0,92
Trastorno distímico	5	13,9	17	14,5	1,05	0,36-3,09	0,92
Trastorno adaptativo	13	36,1	21	17,9	0,38	0,16-0,88	0,02
Trastorno por uso de sustancias	11	30,6	60	51,3	2,39	1,08-5,30	0,03
Trastorno por uso de alcohol	11	30,6	58	49,6	2,23	1,01-4,95	0,04
Trastorno por uso de Cannabis	3	8,3	11	9,4	1,14	0,30-4,33	0,85
Trastorno por uso de cocaína	1	2,8	15	12,8	5,14	0,65-40,39	0,12
Trastorno de estrés postraumático	0	0	8	6,8	—	—	0,11
Trastorno de personalidad límite	4	11,1	4	3,4	0,28	0,06-1,19	0,89

*OR=Odds en hombres / Odds en mujeres

Tabla 5. Eventos adversos en el año anterior a la muerte según sexo de individuos que se suicidaron en Antioquia a quienes se practicó autopsia psicológica. 2006 -2007

Eventos	Mujeres		Hombres		OR*	IC 95%	p
	Frec.	%	Frec.	%			
Eventos estresantes en el año previo	31	86,1	104	89,7	1,39	0,45-4,27	0,55
Enfermedad grave	6	16,7	35	30,7	2,21	0,84-5,80	0,10
Enfermedad grave de un familiar	2	5,6	4	3,4	0,60	0,10-3,46	0,57
Muerte de alguien cercano	6	16,7	16	13,8	0,88	0,28-2,22	0,66
Conflictos con la pareja	21	58,3	44	37,9	0,43	0,20-0,93	0,03
Dificultades legales	1	2,8	7	6,0	2,24	0,26-18,90	0,44
Problemas académicos o laborales	3	8,3	24	20,7	2,87	0,81-10,16	0,09
Violencia doméstica	9	25,0	16	13,8	0,48	0,19-1,20	0,11
Violencia sexual	2	5,6	4	3,4	0,61	0,11-3,46	0,63
Problemas económicos	13	36,1	56	48,3	1,65	0,76-3,57	0,20
Pérdida del empleo	2	5,6	17	14,7	2,91	0,64-13,29	0,14
Desplazamiento forzado	0	0	4	3,4	2,97	0,15-56,53	0,57
Conflictos armados	0	0	12	10,3	8,88	0,51-153,80	0,14

*OR=Odds en hombres/ Odds en mujeres

Tabla 6. Características asociadas de manera independiente con el sexo en individuos que se suicidaron en Antioquia a quienes se les realizó la autopsia psicológica, 2006-2007

Característica	Error estándar	z	OR	IC 95%	p
Muerte con arma de fuego	0,918	2,40	10,54	1,76-57,28	0,009
Suicidio en casa	0,68	-2,18	0,11	0,030-0,429	0,001
Suicidio bajo efectos del alcohol	0,69	2,40	9,30	2,86-42,80	0,000
Vivir solo	1,13	2,85	17,22	0,074-0,846	0,012
Dejó nota antes del suicidio	0,62	-1,38	0,25	1,87-159,85	0,026

individuos que se suicidaron, se encontró una mayor asociación entre género masculino y trastornos por uso de sustancias ($OR: 2,39; IC 95\% = 1,08-5,30; p=0,02$). Por otra parte, las mujeres fueron diagnosticadas más a menudo con trastorno adaptativo ($OR=38; IC 95\% = 0,16-0,88; p=0,02$) (Tabla 4).

No se hallaron diferencias en el número de eventos estresantes por género en los resultados. La única diferencia por sexos en este aspecto, la única que tuvo significancia estadística, fue la mayor probabilidad de conflictos con la pareja en el grupo de mujeres ($OR: 0,43; IC 95\%: 0,20-0,93; p=0,03$) (Tabla 5).

En el análisis multivariado de regresión log-binomial se encontró que las características asociadas de manera independiente al sexo femenino y masculino fueron: la manera de muerte con arma de fuego ($p=0,009$), el hecho de vivir

solo ($p=0,012$) y el suicidio bajo los efectos del alcohol ($p=0,000$) fueron asociados al sexo masculino; el suicidio en casa ($p=0,001$) y dejar una nota previamente al suicidio ($p=0,026$) se asociaron al sexo femenino (Tabla 6).

Discusión

El presente estudio de autopsia psicológica permitió identificar diferencias significativas en las características demográficas y clínicas, las características del acto suicida y los eventos vitales adversos entre hombres y mujeres que se suicidaron en Antioquia durante 2006 y 2007.

En relación con las características sociodemográficas, al momento del suicidio los hombres se encontraban viviendo solos más a menudo que las mujeres, y vivir en dicha situación se asoció de manera independiente al género. Si bien

vivir en situación de aislamiento se reconoce como un factor de riesgo para el suicidio (6), estudios en otros países señalan que el riesgo que ejercen indicadores de falta de soporte social tales como la separación, el divorcio, la viudez y vivir en situación de aislamiento es mayor en la población masculina, de manera que el matrimonio y la unión parecerían conferir al hombre una vivencia de integración emocional y social que actuarían como un factor protector para el suicidio (7).

Aunque en nuestro estudio el estado civil no mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres, vivir solo fue la variable asociada al género masculino con mayor significación estadística. En nuestra población podrían estar involucrados factores relacionados con las prácticas de socialización ya postulados por autores en otros países occidentales, en las cuales los hombres tienen una red de apoyo social mucho más restringida, dependiente de forma casi exclusiva de la presencia de una compañera, mientras las mujeres cuentan con una red más amplia de familia y amigos para la obtención de soporte emocional y social (8).

En el caso de las mujeres, la situación de aislamiento social podría considerarse como una dimensión de medición más compleja, donde la convivencia con una pareja emocionalmente distante podría llevar a mayor desesperación y vivenciarse como una mayor ausencia de soporte

emocional y social que simplemente vivir solo (9). Dicho mecanismo podría estar implicado en nuestra población, tal como lo sugiere el hallazgo de que los conflictos de pareja durante el año previo al suicidio fueron el único estresante vital significativamente más habitual en las mujeres, en comparación con los hombres.

En otras investigaciones las dificultades en las relaciones interpersonales han mostrado tener mayor impacto en las mujeres que en los hombres. Estas diferencias se han replicado en diversas culturas y etnias, incluyendo a los hispanos, y se ha contemplado que pueden deberse al valor que en estas culturas tienen para la mujer las relaciones de pareja, como una medida de éxito personal (3,7).

Debe señalarse que si bien los trastornos por abuso de sustancias fueron más usuales en los hombres y los trastornos adaptativos lo fueron en las mujeres, ningún trastorno del eje I o II mostró una asociación independiente al género. Por el contrario, en nuestro estudio las diferencias más notables entre hombres y mujeres, las cuales sí se asociaron de manera independiente al género, fueron las características del acto suicida, de tal manera que en los hombres fue significativamente más habitual el uso de armas de fuego como método suicida, y la ejecución del acto bajo estado de embriaguez alcohólica.

La importancia de las características del acto suicida como de-

terminantes de la mayor cantidad de suicidio consumado en hombres en comparación con las mujeres ya ha sido considerada en estudios previos en países occidentales, y los presentes hallazgos sugieren la ocurrencia de un fenómeno similar en nuestra población (3,10).

Uno de los hallazgos más consistentes en los estudios de autopsia psicológica ha sido el uso de métodos más letales por parte de los hombres en comparación con las mujeres (11). La mayor letalidad de un método suicida determina una menor probabilidad de sobrevivir al acto suicida, y desde esta perspectiva las armas de fuego se consideran el método más letal. El uso de métodos más mortíferos imposibilita la detección y atención más rápida, así como la adecuada intervención médica.

Elegir armas de fuego como método de suicidio puede estar relacionado con los roles de género asignados por la cultura, en los cuales el uso de este tipo de armas se asocia de manera preferencial al rol masculino (12). Otros consideran, además, que ciertos factores culturales determinan una mayor accesibilidad de uno u otro género a las armas de fuego. En nuestro país el uso y, probablemente, mayor acceso a las armas de fuego por parte de los hombres puede ejemplificarse en las estadísticas sobre muertes violentas por homicidio. En 2008 el 77,1% de los homicidios tuvieron como mecanismo causal proyectil de arma de fuego, y del total de ho-

micidios según el presunto agresor, 12.899 eran hombres, y sólo 1.139, mujeres (13). Otros mecanismos para considerar serían la mayor consideración estética por parte de las mujeres sobre la manera como quieren ser vistas después de morir (10,12).

Algunas investigaciones, al igual que la nuestra, han reportado una mayor cifra de intoxicación alcohólica al momento del acto suicida en el género masculino (10,12). Una de las principales teorías para explicar la mayor tasa de suicidio en hombres ha sido la mayor incidencia de abuso de alcohol en hombres que en mujeres (2,14). El abuso de alcohol es un factor de riesgo para alcoholismo, y en los hombres se ha reportado una tasa de dependencia al alcohol que es cinco veces la de las mujeres (15,16). Sin embargo, los mecanismos por los cuales el alcohol aumenta el riesgo de suicidio pueden ser variados, e incluyen la cantidad y frecuencia del consumo, el desarrollo de dependencia a la sustancia y el contexto del consumo.

Un estudio que analizó el efecto de diferentes patrones de consumo de alcohol en sujetos de 13 a 34 años con intentos de suicidio de muy alta letalidad reportó que el consumo de alcohol dentro de las 3 horas previas al acto suicida confería el mayor riesgo dentro de todos los patrones de consumo, con un OR 7, y sólo fue seguido de un patrón de dependencia a la sustancia con un OR 2,4 (17).

La asociación del consumo agudo de alcohol a una mayor letalidad de los actos suicidas se ha reportado en sujetos con trastornos del estado de ánimo (18). La relación entre consumo de alcohol y suicidio podría estar mediada por el incremento de la letalidad de los actos suicidas, especialmente, en la población joven, mientras el desarrollo de un patrón de dependencia cobraría mayor importancia en poblaciones de edad mediana.

En nuestro estudio los hombres tuvieron más habitualmente trastornos por abuso de alcohol que las mujeres; sin embargo, la intoxicación aguda con alcohol fue la variable que mostró asociación independiente al género en el análisis de regresión binomial. En los individuos que consumen alcohol a menudo es más probable el uso de éste como parte de la conducta suicida (19), pero, además, una mayor asiduidad de consumo excesivo distingue a aquellos alcohólicos que llegan a suicidarse de quienes, finalmente, no lo hacen (19,20). Nuestros hallazgos resaltan no sólo la mayor presencia de trastornos por abuso de alcohol en los hombres, sino, además, sugieren que en los hombres, a diferencia de las mujeres, la intoxicación aguda con alcohol juega un papel central y proximal en el proceso suicida.

Respecto a la letalidad de los actos suicidas, debemos señalar, igualmente, que vivir solo se ha asociado a una mayor letalidad de los actos, al disminuir la probabilidad de recibir ayuda y asistencia

médica oportunas (21). Así pues, en los hombres la intoxicación aguda con alcohol se sumaría a la elección de armas de fuego como método suicida, y vivir en situación de aislamiento determina actos suicidas de mayor letalidad, en el caso de los hombres comparativamente con las mujeres.

El suicidio en casa y dejar una nota suicida se asociaron de manera independiente al género femenino. En las mujeres también fue más usual una preparación extensa y activa del acto suicida. Estas características sugieren actos suicidas asociados a mayor premeditación en comparación con los hombres.

Las notas suicidas se consideran tradicionalmente un marcador de severidad de un acto de suicidio. Así mismo, de manera consistente, en varios reportes las mujeres han dejado una nota suicida antes de su muerte más a menudo que los hombres (18,22). Las asociaciones a otros factores han sido menos concluyentes, pero, en general, se han encontrado relaciones significativas entre dejar una nota suicida y el método de suicidio. Si bien algunos autores reportan asociación a métodos como armas de fuego, la mayoría de estudios reportan que quienes utilizan métodos violentos menos habitualmente dejan una nota suicida (23) y reportan mayor asociación de notas suicidas a métodos específicos, como intoxicaciones.

Es posible que, tal como sucede en la elección del método, dejar una

nota suicida esté influenciado por factores culturales que determinan el rol de género. Debido a que las mujeres utilizaron métodos menos letales que los hombres, el desenlace fatal de sus actos suicidas estuvo mediado por una mayor planeación de los aspectos relacionados con la manera de morir. Las mujeres suicidas se diferenciarían en este aspecto de la población de mujeres con intentos de suicidio, en las cuales se ha visto menor planeación del acto y mayor impulsividad.

Como limitaciones del presente estudio deben considerarse, en primer lugar, las limitaciones metodológicas propias de los estudios de autopsia psicológica. Estas limitaciones incluyen la posibilidad de información incompleta y sesgada, ya que la información de los casos de suicidio se recoge retrospectivamente y de fuentes indirectas (sobrevivientes). Sin embargo, debe señalarse que la autopsia psicológica se considera un método confiable para diagnósticos psiquiátricos post mortem (24). En segundo lugar se trata, además, de una muestra pequeña y de un estudio descriptivo de corte transversal, lo cual no permite generalizar los resultados a toda la población de suicidas.

Conclusiones

El suicidio es un fenómeno complejo, y en cuya etiología influyen factores biológicos, psicológicos,

culturales y sociales. En los países occidentales la mayor tasa de suicidio en el género masculino en comparación con el femenino ha sido una de los hallazgos más constantes. El estudio de hombres y mujeres que se suicidaron ha permitido establecer diferencias significativas en la influencia de los factores de riesgo para quitarse la vida.

El presente estudio, realizado en población antioqueña, identificó diferencias en variables sociodemográficas, clínicas y características del acto suicida entre hombres y mujeres. A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, los presentes hallazgos apuntan hacia la posibilidad de realizar a futuro intervenciones de salud mental de prevención del suicidio de mayor especificidad, teniendo en cuenta el género de la población.

En el caso de los hombres sería recomendable el énfasis en la preventión, diagnóstico y tratamiento de los trastornos por abuso y dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas. En este sentido, es importante subrayar que no es necesaria la dependencia para ser víctima de los efectos nocivos del consumo de licor, pues la intoxicación aguda con alcohol, independientemente del consumo promedio, parece jugar un papel central en el suicidio de los hombres. En el caso de las mujeres, serían especialmente importantes la detección e intervención precoz de elementos que sugieran planeación suicida y conflictos de pareja.

Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias al apoyo de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y al Grupo de Investigación en Psiquiatría, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Referencias

1. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1998;28(1):1-23.
2. Pycha R, Pompili M, Innamorati M, Schwitzer J, Lester D, Sani G, et al. Sex and ethnic differences among South Tyrolean suicides: a psychological autopsy study. *Eur Psychiatry.* 2009;24(1):47-56.
3. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry.* 2000;177:484-5.
4. Valenzuela D. Suicidio Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal; 2008.
5. McGirr A, Seguin M, Renaud J, Benkelfat C, Alda M, Turecki G. Gender and risk factors for suicide: evidence for heterogeneity in predisposing mechanisms in a psychological autopsy study. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(10):1612-7.
6. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett J, Horton L, Meltzer H, et al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviour. Washington: APA; 2003.
7. Payne S, Swami V, Stanistreet D. The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *J Mens Health.* 2008;5(1):23-35.
8. Wyder M, Ward P, De Leo D. Separation as a suicide risk factor. *J Affect Disord.* 2009;116(3):208-13.
9. Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry.* 1998;39(4):165-75.
10. Varnik A, Kolves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(6):545-51.
11. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry.* 2003;160(6):1093-9.
12. Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2000;30(3):282-8.
13. Bohorquez GA, Vélez MC. Homicidio Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal; 2008.
14. Ross HE. Alcohol and drug abuse in treated alcoholics: a comparison of men and women. *Alcohol Clin Exp Res.* 1989;13(6):810-6.
15. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Suicide and undetermined death in south east Scotland. A case-control study using the psychological autopsy method. *Psychol Med.* 1999;29(5):1141-9.
16. Pirkola SP, Isometsä ET, Heikkinen ME, Henriksson MM, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Female psychoactive substance-dependent suicide victims differ from male--results from a nationwide psychological autopsy study. *Compr Psychiatry.* 1999;40(2):101-7.
17. Powell KE, Kresnow MJ, Mercy JA, Potter LB, Swann AC, Frankowski RF, et al. Alcohol consumption and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav.* 2001;32(1 Suppl):30-41.
18. Sher L, Oquendo MA, Richardson-Vejgaard R, Makhiya NM, Posner K, Mann JJ, et al. Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *J Psychiatr Res.* 2009;43(10):901-5.
19. Duberstein PR, Conwell Y, Cox C. Suicide in widowed persons. A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1998;6(4):328-34.
20. Conner KR, Chiapella P. Alcohol and suicidal behavior: overview of a research workshop. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28(5 Suppl):2S-5S.

21. Dombrovski AY, Szanto K, Duberstein P, Conner KR, Houck PR, Conwell Y. Sex differences in correlates of suicide attempt lethality in late life. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16(11):905-13.
22. Kuwabara H, Shioiri T, Nishimura A, Abe R, Nushida H, Ueno Y, et al. Differences in characteristics between suicide victims who left notes or not. *J Affect Disord*. 2006;94(1-3):145-9.
23. Salib E, Cawley S, Healy R. The significance of suicide notes in the elderly. *Aging Ment Health*. 2002;6(2):186-90.
24. Schneider B, Schnabel A, Sargk D, Maurer K, Weber B, Wetterling T. Detection of alcohol consumption in suicides. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;255(1):1-5.

Conflictos de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 20 de febrero del 2010

Aceptado para publicación: 10 de mayo del 2010

*Correspondencia
Carlos López Jaramillo
Departamento de Psiquiatría
Universidad de Antioquia
Carrera 43A No. 1-50, of. 954
Medellín, Colombia
clopez@medicina.udea.edu.co*