

## Artículo original

# Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007<sup>☆</sup>



Ivonne Andrea Ordóñez Monak<sup>a,\*</sup>, Saúl Alonso Franco Agudelo<sup>b</sup>  
y Jorge Oswaldo González Ortiz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Odontóloga, especialista en Pedagogía y Currículo, MSc en Salud Pública, estudiante de Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Médico, MSc en Medicina Social, PhD en Salud Pública, docente investigador Universidades Nacional de Colombia y Santo Tomás, Bogotá, Colombia

<sup>c</sup> Psicólogo, especialista en Epidemiología, especialista en Investigación Criminal, especialista en docencia universitaria, PhD en Salud Pública, director de Investigaciones de la Fundación Universitaria los Libertadores, Bogotá, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 30 de octubre de 2013

Aceptado el 28 de noviembre de 2013

On-line el 1 de abril de 2014

#### Palabras clave:

Suicidio  
Anciano  
Adulto mayor  
Vejez  
Violencia

### R E S U M E N

**Objetivo:** Identificar las principales características epidemiológicas y sociodemográficas de los suicidas adultos mayores de 60 años, en Bogotá, en el periodo comprendido entre 2003 y 2007.

**Metodología:** Estudio descriptivo-retrospectivo, cuya información primaria se obtuvo de los informes periciales de necropsia (n = 98), teniendo en cuenta las variables seleccionadas. Los datos se sistematizaron a través del programa Epi-Info 6.04 y fueron analizados mediante tablas de contingencia.

**Resultados:** Los suicidas de este grupo poblacional son mayoritariamente hombres, que presentan una de las mayores tasas respecto al grueso de la población. Entre las principales motivaciones para el suicidio en este género se reportó el padecimiento de enfermedades crónicas y discapacitantes, mientras que para las mujeres, algún trastorno mental y/o la pérdida de un ser querido. Estar casado y tener una familia no se evidenció como un factor protector. La localidad que presentó la mayor tasa de suicidios fue Los Mártires, y no se encontró una relación directa entre los índices de pobreza por localidad, ni el aseguramiento en salud con el hecho.

**Conclusiones:** Aunque desde el 2003 se ha evidenciado una disminución en las tasas de suicidio para la población mayor de 60 años, el suicidio en el adulto mayor continúa siendo un fenómeno predominantemente masculino y un problema importante de salud pública, cuya complejidad en términos de multicausalidad y multidimensionalidad hace que lo que se denominan factores de riesgo y factores protectores sean solo aspectos a tener en cuenta en términos de comprensión del fenómeno y su prevención.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<sup>☆</sup> Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, 2009.

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [iaordonezm@unal.edu.co](mailto:iaordonezm@unal.edu.co) (I.A. Ordóñez Monak).

## Sociodemographic Characterization of Suicidal Adults Over 60 Years Old: Bogotá 2003-2007

### A B S T R A C T

**Keywords:**  
Suicide  
Aged  
Elderly  
Aging  
Violence

**Objective:** To identify the major epidemiological and sociodemographic characteristics of suicidal adults over 60 years old in Bogotá between the years 2003 and 2007.

**Methodology:** A descriptive-retrospective study was performed, mainly using information obtained from necropsy reports (n = 98), taking into account selected epidemiological variables. The data were systematized using Epi-Info 6.04 software, and were analyzed using contingency tables.

**Results:** Suicide victims of this population group are primarily male, having one of the highest suicide rates with respect to the whole population. The presence of chronic and disabling diseases was reported among the main motivations for suicide in males, while for women it was the presence of a mental disorder and/or loss of a loved one. Having family support did not affect suicide rates. The locality that had the highest suicide rates was the district of Los Mártires, and there was no direct relationship between poverty rates or health insurance and the presence of the phenomenon.

**Conclusions:** Although there has been a decrease in suicide rates for the population over 60 years old since 2003, suicide in elderly people remains a predominantly male phenomenon and an important public health problem. Due to its complexity in terms of multiple causes and multidimensionality, the protective and risk factors are just aspects to consider in terms of understanding the phenomenon and its prevention.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio constituye un problema de salud pública importante, ya que produce cerca de la mitad de muertes violentas en el mundo (alrededor de 1.000.000 de víctimas en el 2001), superando de esta manera la suma de víctimas por homicidio (500.000) y por guerra (230.000). Se estima que los intentos de suicidio superan los casos consumados entre 10 y 20 veces, lo que se traduce en un suicidio cada 40 s y un intento de suicidio cada 3 s, sin contar con el subregistro existente debido a la deficiencia o al no informe de estos últimos<sup>1</sup>. Las autoridades en salud a escala mundial han declarado todas las manifestaciones de violencia como un problema de salud pública claramente argumentado<sup>2</sup> y el suicidio como un fenómeno prevenible<sup>3-6</sup>.

La determinación de las tasas de suicidio entre los diferentes grupos etarios ha demostrado que los hombres mayores de 60 años son más propensos a cometer suicidio en relación con los otros grupos de edad, en casi todas las regiones del mundo. A pesar de esto, el tema ha recibido poca atención, pues las medidas preventivas y asistenciales, las investigaciones científicas y la divulgación en los medios de comunicación se han enfocado hacia grupos más jóvenes, seguramente por presentar mayores cifras absolutas de muertes por suicidio, y por ser el sector más productivo en términos económicos<sup>7,8</sup>.

En Colombia se han adelantado algunos estudios que han hecho aportes significativos para la explicación del fenómeno en la población colombiana<sup>9-15</sup>; sin embargo, no se conoce ningún estudio de caracterización sociodemográfica específico

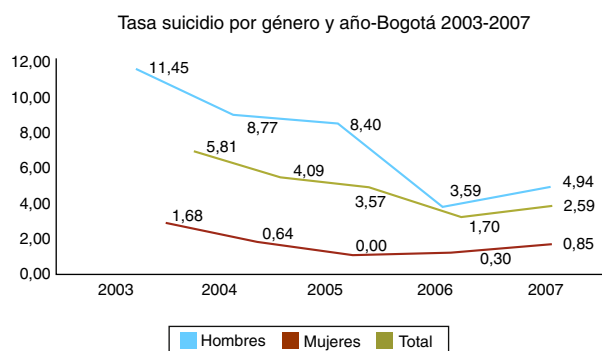
para los adultos mayores, a pesar de que la población masculina mayor de 60 años se presenta como el primer o segundo grupo poblacional (según el año evaluado) con mayor tasa de suicidio entre la población colombiana<sup>13</sup>. Por otra parte, el tema amerita una atención especial en relación con políticas de salud mental y envejecimiento a escala nacional<sup>16</sup>. Ante este panorama, se planteó la necesidad de llevar a cabo un estudio de tipo descriptivo que permitiera realizar una caracterización sociodemográfica del suicidio para este grupo poblacional, determinando su magnitud y comportamiento desde el punto de vista epidemiológico.

## Métodos

### Población y muestra

Se adelantó el estudio en Bogotá, teniendo en cuenta la representatividad que esta ciudad tiene en el sentido pluricultural, al contar con el mayor número de habitantes en Colombia y presentar población de diferentes condiciones sociales, étnicas, económicas, culturales y de origen. El periodo se escogió basado en el hecho de que a partir del 2003 se encuentran sistematizados los informes periciales de necropsia médico-legal en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Se seleccionaron 104 informes periciales de necropsia, correspondientes a los casos informados entre 2003 y 2007, en Bogotá, de adultos mayores de 60 años (11 casos de mujeres y 93 de hombres), cuya manera probable de muerte fue suicidio. Seis casos de hombres fueron excluidos del estudio: 2 de ellos por no encontrarse en el archivo del Instituto, 2 porque los hechos ocurrieron fuera del Distrito Capital de Bogotá y 2



**Figura 1 – Suicidio en adultos mayores de 60 años. Bogotá, 2003-2007.**

más debido a que el dictamen del perito forense fue muerte accidental y no suicidio. El procesamiento de la información se hizo basado en los 98 protocolos que cumplieron los criterios de inclusión.

Se utilizaron como variables las 3 categorías básicas de estos eventos, que incluyen los datos de la víctima (sexo, edad, procedencia, lugar de residencia, ocupación, estado civil, nivel educativo, antecedentes médicos y/o psicológicos de relevancia), los datos del hecho (lugar, tiempo y mecanismo) y los móviles. También, se recolectó información cualitativa producto de las declaraciones de los familiares y de las cartas o notas dejadas por los suicidas. Los datos obtenidos se conservaron y sistematizaron con el programa Epi-Info 6.04, se analizaron mediante tablas de contingencia y se calcularon los datos que aporta la estadística descriptiva.

## Resultados

### Tasas de suicidio

Del total de casos de suicidio estudiados, el 88,78% correspondió a hombres (87) y el restante 11,22%, a mujeres<sup>11</sup>, lo que representa una razón de 8:1. Para los 2 géneros, las mayores tasas se presentaron en el 2003. En los hombres, la tasa se mantuvo con valores de 8,77 y 8,4/100.000 habitantes en el 2004 y 2005, respectivamente (poco más que el doble de la tasa promedio de suicidios para toda la población colombiana), y descendió notablemente para el 2006, con una tasa de 3,59/100.000 habitantes. En el caso de las mujeres, la tasa de suicidios no superó un caso por cada 100.000 habitantes a partir del 2004; se resalta que en el 2005 no se presentó ningún caso (fig. 1).

### Datos de la víctima

La procedencia de las víctimas se determinó según el departamento de nacimiento, con una categoría adicional para los nacidos en Bogotá por ser un Distrito Capital, y otra específica para los extranjeros quienes representaron el 2,30% de los casos en hombres. En las mujeres, el departamento de origen que aportó mayores casos de suicidio fue Boyacá, con un 27,27%, seguido por Cundinamarca y Bogotá, con un 18,18% para los 2 lugares. En el caso de los hombres, el departamento

que predomina es Cundinamarca (con un 29,89%), seguido de Boyacá (20,69%) y Bogotá (13,79%). El lugar de residencia de las víctimas se clasificó según la organización de Bogotá por localidades. Las tasas se ajustaron por densidad demográfica y género, según los datos de proyección de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Los resultados se muestran en la figura 2.

El estado civil de las mujeres fue: viuda (36,36%), casada (27,27%), soltera (27,27%) y sin dato (9,09%). No hubo casos de mujeres separadas o en unión libre. En el caso de los hombres, quienes más se suicidaron fueron los casados (59,26%), seguidos de quienes se encontraban en unión libre (16,05%), viudos (9,88%), solteros (8,64%), separados (6,17%) y sin dato (7,41%).

En cuanto al nivel educativo, se encontró un alto porcentaje de ausencia de información en los protocolos de necropsia, equivalente al 68,60% para los hombres y el 72,73% para las mujeres, por lo cual los datos no resultan estadísticamente significativos. Sin embargo, se puede resaltar que para los casos femeninos las categorías de primaria completa, técnica y superior obtuvieron un valor del 9,09%, con un caso para cada una, mientras que en los hombres predominó la educación superior (19,77%), seguida de técnica y primaria completa (4,65% cada categoría), secundaria completa (2,33%) y primaria incompleta (1,16%).

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

### Antecedentes de la víctima

Para esta categoría se tomaron en cuenta los antecedentes médicos generales, antecedentes de tratamiento psiquiátrico o psicológico, convivencia e intentos de suicidio declarados en el informe pericial de necropsia. Para los antecedentes médicos generales se tomó como referencia la patología o condición más relevante en el momento de haber cometido el suicidio, pues hubo algunos casos en los que había más de una categoría por persona. Los antecedentes se agruparon en enfermedades crónicas, enfermedades terminales, discapacidad, alcoholismo, adicciones, ninguna (para quienes refirieron buen estado de salud en el momento de la muerte) y sin dato. En las mujeres lideró la presencia de enfermedades crónicas (con un 27,27%), seguida de las categorías «sin dato» (45,45%), ninguna (18,18%) y enfermedad terminal (9,09%). En los hombres, el mayor porcentaje fue para enfermedad crónica (42,53%), seguida de «sin dato» (37,93%), ninguna (5,75%), discapacidad y alcoholismo (4,60%), enfermedad terminal (3,45%) y adicciones (1,15%).

En cuanto a los antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos, el nombre de la variable se definió únicamente con propósitos de categorización, debido a la dificultad de diagnóstico por la limitada información. Se determinó la categoría «sí», cuando existían reportes de tratamiento previo o actual bajo la supervisión de un especialista (psicólogo, psiquiatra o afines) al que se consultara para aliviar una dolencia emocional,

Suicidio según género y localidad de Bogotá							
Localidad	Casos hombres	Tasa	Casos mujeres	Tasa	Total casos	%	Tasa
1 Usaquén	9	9,2	1	0,7	10	10,2%	4,1
2 Chapinero	2	5,9	0	0	2	2,0%	2,4
3 Santafé	0	0	0	0	0	0,0%	0
4 San Cristóbal	4	6,1	0	0	4	4,1%	2,6
5 Usme	4	11,9	0	0	4	4,1%	5,2
6 Tunjuelito	3	8,1	0	0	3	3,1%	3,5
7 Bosa	2	3,4	1	1,3	3	3,1%	2,2
8 Kennedy	10	7	1	0,5	11	11,2%	3,3
9 Fontibón	3	6,1	0	0	3	3,1%	2,6
10 Engativa	9	5,8	1	0,5	10	10,2%	2,7
11 Suba	8	5,5	0	0	8	8,2%	2,3
12 Barrios Unidos	2	3,1	0	0	2	2,0%	1,3
13 Teusaquillo	3	7,5	3	5,2	6	6,1%	6,1
14 Los Mártires	5	21,9	1	3,5	6	6,1%	11,6
15 Antonio Nariño	5	21,2	0	0	5	5,1%	9
16 Puente Aranda	4	6,6	0	0	4	4,1%	2,9
17 La Candelaria	1	15,1	0	0	1	1,0%	7,1
18 Rafael Uribe	6	9,5	1	1,2	7	7,1%	4,8
19 Ciudad Bolívar	2	3,1	2	2,4	4	4,1%	2,7
20 Sumapaz	0	0	0	0	0	0,0%	0
Residente otra ciudad	2		0		2	2,0%	
Sin dato	3		0		3	3,1%	
Total	87		11		98	100%	

Figura 2 – Suicidio de adultos mayores de 60 años por localidades. Bogotá, 2003-2007. Fuente: División de Patología Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

y no necesariamente por una patología de orden mental claramente diagnosticada. En este sentido, los resultados para las mujeres fueron de antecedentes de tratamiento psiquiátrico en un 72,73%, en contraste con un 9,09% que no refirieron antecedentes de este tipo. Para los hombres, los antecedentes de tratamiento psiquiátrico fueron del 36,78%, contra un 12,64% que no los presentaron. En el 100% de los casos positivos, la ayuda provino de servicios de psiquiatría de las EPS a las que se encontraban afiliadas las víctimas.

En referencia al aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no existieron datos para el 49% de los casos, pero se evidencia una participación importante del régimen contributivo, con un 40%. Tan solo el 6% de la población estudiada no tenía ningún tipo de afiliación, un 4% pertenecía al régimen subsidiado y el 1% eran usuarios de medicina prepagada. Vale la pena resaltar que todas las víctimas pertenecientes al régimen subsidiado utilizaron el ahorcamiento como mecanismo de suicidio. Para los intentos de suicidio, se hizo la clasificación por el número de intentos y se dejó una categoría adicional en caso de informarse antecedentes de suicidio en la familia. Los resultados de los antecedentes se muestran en la figura 3.

#### Datos del hecho

Los datos del hecho se categorizaron en mes, día de la semana, hora del día, tipo de lugar y mecanismo. Aunque las motivaciones son variables, más relacionadas con la persona, se incluyeron dentro de los datos del hecho por ser el factor que impulsa la consumación del suicidio.

En la categoría *mes del hecho*, diciembre fue la época con mayor porcentaje de suicidios para ambos géneros (36,36% para mujeres y 11,49% para hombres). Otros meses destacados en los hombres fueron marzo, junio y julio (con un 10,34%) y

para las mujeres, agosto (con un 18,18%). Los otros meses no tuvieron valores significativos.

En cuanto al día de la semana, el domingo y el lunes fueron los 2 días más frecuentes para el suicidio en las mujeres, con un 27,27% para cada uno. Para los hombres, el mayor porcentaje de suicidios se dio el lunes, con el 24,14%. Los porcentajes correspondientes a los demás días de la semana fueron similares entre sí.

Para la hora del día en que se cometió el suicidio, se agruparon los datos en 4 categorías de igual duración, que representan 4 momentos distintivos de las actividades cotidianas. El primer rango se ubicó desde la media noche hasta las 5:59 h (madrugada); el segundo rango, de las 6:00 hasta las 11:59 h (mañana); el tercer rango, desde las 12:00 hasta las 17:59 h (tarde), y el último rango, desde las 18:00 hasta las 23:59 h (noche). Las mujeres se suicidaron en mayor cantidad en horas de la mañana (36,36%), seguido de la categoría de la noche (18,18%); tanto la madrugada como la tarde para este género presentaron porcentajes del 9,09%. Los hombres, en cambio, se suicidaron más en horas de la tarde (21,84%), seguida esta categoría por la de la mañana (19,54%), la noche (12,64%) y la madrugada (6,90%).

El mecanismo utilizado para suicidarse varió de acuerdo con el género, pero se mantuvo acorde con lo que informa la literatura<sup>17</sup>. Mientras que para las mujeres los mecanismos más comunes fueron el ahorcamiento (45,45%) y el lanzamiento desde alturas (36,36%), los hombres escogen mayormente las armas de fuego (48,28%) y el ahorcamiento (25,29%). Los otros mecanismos se encuentran especificados por año en la figura 4. Es un detalle importante que 2 de los casos de hombres, aunque se catalogaron dentro de la categoría arma de fuego, utilizaron 2 métodos para cometer el suicidio, suspendiéndose parcialmente con una soga antes de autoinfligirse la herida fatal con el arma de fuego. De igual

Suicidio adultos mayores de 60 años						
Antecedentes médicos						
Antecedente	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
E. Crónica	37	42,5%	3	27,3%	40	40,8%
E. Terminal	3	3,5%	1	9,1%	4	4,1%
Discapacidad	4	4,6%	0	0,0%	4	4,1%
Alcohol	4	4,6%	0	0,0%	4	4,1%
Adicciones	1	1,2%	0	0,0%	1	1,0%
Ninguna	5	5,8%	2	18,2%	7	7,1%
Sin dato	33	37,9%	5	45,5%	38	38,8%
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>98</b>	<b>100,0%</b>
Convivencia						
Antecedente	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Familia	42	48,3%	2	18,2%	44	44,9%
Pareja	10	11,5%	1	9,1%	11	11,2%
Otro familiar	6	6,9%	7	63,6%	13	13,3%
Solo	15	17,2%	1	9,1%	16	16,3%
Sin dato	14	16,1%	0	0,0%	14	14,3%
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>98</b>	<b>100,0%</b>
Antecedentes tratamiento psicológico						
Antecedente	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Sí	32	36,8%	8	72,7%	40	40,8%
No	11	12,6%	1	9,1%	12	12,2%
Sin dato	44	50,6%	2	18,2%	46	46,9%
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>98</b>	<b>100,0%</b>
Antecedentes intentos suicidio						
Antecedente	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
1	8	9,2%	1	9,1%	9	9,2%
2	0	0,0%	2	18,2%	2	2,0%
3 o más	3	3,5%	0	0,0%	3	3,1%
No	32	36,8%	4	36,4%	36	36,7%
Familiar	1	1,2%	0	0,0%	1	1,0%
Sin dato	43	49,4%	4	36,4%	47	48,0%
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>98</b>	<b>100,0%</b>

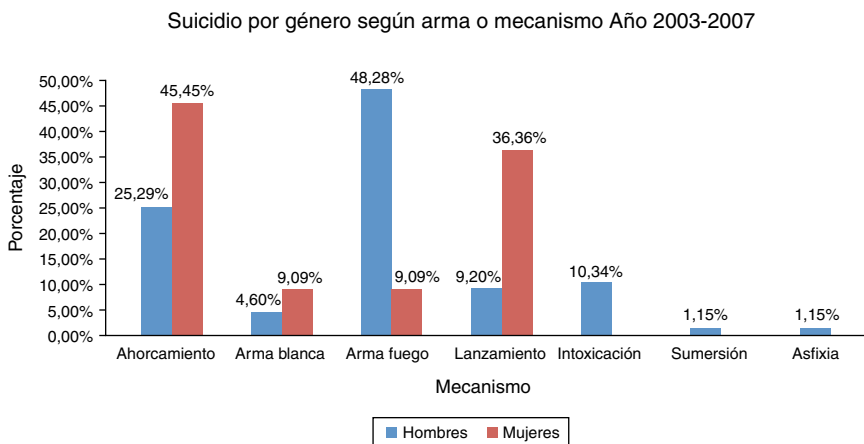
Figura 3 – Antecedentes de suicidio en adultos mayores de 60 años.

manera, el caso del hombre en que se informa como mecanismo para suicidarse la sumersión, previamente se había realizado incisiones en las muñecas con arma blanca.

El sitio escogido por los adultos mayores para cometer suicidio es principalmente la residencia, lugar que representó el 100% de los casos en las mujeres, y el 79,31% de los hombres, aunque de estos últimos hubo uno en particular que no se suicidó en su residencia, sino en la de un familiar. Otros

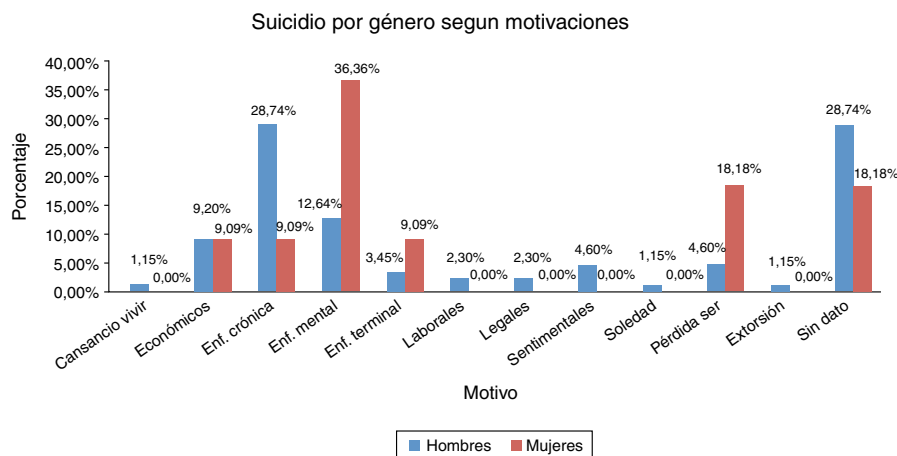
lugares escogidos por los hombres con mucha menor frecuencia, pero que no dejan de ser importantes, son el lugar de trabajo (5,75%), la vía pública (4,60%), que en todos los casos resultó ser en las zonas aledañas al lugar de residencia, y los hospitales (3,45%).

Las motivaciones siguen siendo una variable difícil de determinar, debido a que la información que proviene directamente de la víctima es escasa o prácticamente inexistente



Fuente: división de patología instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses.

Figura 4 – Suicidio según arma o mecanismo. Adultos mayores de 60 años. Bogotá, 2003-2007.



Fuente: división de patología instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses.

**Figura 5 – Suicidio según motivaciones. Adultos mayores de 60 años. Bogotá, 2003-2007.**

(solo dejaron algún tipo de nota suicida 14 hombres, correspondientes al 14,29% de todos los casos, y el 16,09% de los casos masculinos). Por esta razón, se recurrió a tomar información suministrada por los familiares y/o declarantes registrados en los protocolos. En el caso de las mujeres, la principal motivación fue la enfermedad mental (36,36%), seguida de la pérdida de un ser querido (18,18%), que en todos los casos fue el cónyuge o un hijo; las enfermedades crónicas, las enfermedades terminales y los problemas económicos ocuparon un tercer lugar, con el 9,09%. En el caso de los hombres, la principal motivación fueron las enfermedades crónicas (28,72%), que frecuentemente estaban asociadas con discapacidad o pérdida de las funciones; en segundo lugar se encontraban las enfermedades mentales (12,64%) y en tercer lugar los problemas económicos (9,20%) (fig. 5).

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

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

## Discusión

Los resultados de este estudio muestran que los adultos mayores de 60 años que cometen suicidio en Bogotá son, en su mayoría, hombres, con una proporción hombre-mujer de 8:1. Teniendo en cuenta esta razón, se mantuvo en 4:1 desde el 2003 hasta el 2007 para la población colombiana<sup>13</sup>; para los adultos mayores, la razón por género se duplicó respecto a los demás grupos etarios. Esto concuerda con lo informado por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos<sup>18</sup>, cuyos resultados revelan que en este país la

razón hombre-mujer prácticamente se triplica para los adultos mayores.

Tanto hombres como mujeres provienen principalmente de Bogotá, Cundinamarca y Boyacá. Sin tener mayores datos, no se puede afirmar que la similitud cultural de los municipios de la región cundiboyacense tenga influencia en el fenómeno del suicidio, o sea una cuestión numérica de población debido a la cercanía de estos departamentos con la cabecera municipal de Bogotá. En cuanto al lugar de residencia, encabezaron la lista las localidades de Los Mártires, Antonio Nariño y La Candelaria en los hombres, y Teusaquillo y Los Mártires para las mujeres.

Al realizar un ejercicio comparativo de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) por localidad<sup>19</sup>, no se encontró relación directa, pues las 2 localidades con un mayor porcentaje de pobreza según el índice NBI (Sumapaz y Santa Fe, con 21,3 y 9,2% de hogares, respectivamente, con NBI) fueron las que no presentaron ningún caso de suicidio en el quinquenio evaluado. Las localidades con más altas tasas de suicidio oscilaron entre el 0,5 y 5,3% de pobreza, según el índice de NBI. Estos datos son congruentes con lo expuesto por Sarmiento y Becerra, en cuanto a que 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<sup>20</sup>.

Otros estudios informan, de igual manera, que los países con altos índices de desarrollo humano suelen tener tasas de suicidio mayores con relación a los países pobres<sup>7</sup>. El factor que se ha informado como crítico dentro de la localidad que presentó mayores tasas de suicidio (Los Mártires) es la seguridad ciudadana, ya que posee altos niveles de delincuencia, consumo y tráfico de drogas, comercio sexual e indigencia<sup>21</sup>. Es posible que sea precisamente la falta de un proyecto de vida claro lo que influya en el fenómeno.

Las ocupaciones más frecuentes de las mujeres son el hogar o reciben la pensión de sus cónyuges fallecidos. Dentro de las tipologías mencionadas por Sánchez et al.<sup>15</sup> en cuanto a los suicidas bogotanos, se mencionaba como un factor fuertemente relacionado con la ocupación (en este caso, las mujeres dedicadas al hogar), la enfermedad mental, lo cual es

consistente con la presente investigación, pues de los 9 casos de mujeres que tenían estas ocupaciones, 6 estaban bajo tratamiento psiquiátrico, 2 no tenían información al respecto y solo un caso restante no informó antecedentes psiquiátricos. Este aspecto es importante, ya que dentro de la sociedad bogotana actual la mujer de tercera edad suele dedicarse principalmente al hogar, y este aspecto por sí solo no demuestra ser un factor de riesgo para suicidio, a menos que esté acompañado de enfermedad mental.

Los hombres, por su parte, son generalmente pensionados o siguen ocupándose laboralmente como empleados o comerciantes independientes. La actividad laboral en adultos mayores con edad de jubilación suele ser un aspecto más común en países en vías de desarrollo que en países desarrollados; según Krzemien, la actividad y participación social de la población de la tercera edad disminuye el riesgo de suicidio para este grupo poblacional<sup>22</sup>. Aunque esta investigación demostró que los hombres pensionados se suicidan más que otros grupos, es importante destacar que los empleados y los comerciantes se suicidaron más que los desempleados. En estos casos influyeron de manera importante las enfermedades terminales para los empleados y las crisis financieras para los comerciantes.

El nivel educativo no fue fácil de determinar, debido a la falta de información, y no se demostró una diferencia significativa para los distintos grados de educación. Por la escasez de datos y la carencia de un patrón de distribución claro de esta variable, no se puede definir el nivel educativo como un factor determinante para el suicidio en los adultos mayores.

Contrario a lo que se esperaría, en Bogotá el hombre suicida adulto mayor es en su mayoría casado o vive en unión libre, mientras que la mayoría de las mujeres son viudas, sin diferencia significativa entre las casadas o solteras. Este fue un hallazgo que contradice lo que generalmente se encuentra en la literatura<sup>23</sup>, pues se esperaría que los mayores índices de suicidio se presentaran en aquellos hombres separados o viudos. Según Morales y Jiménez, esto no es una constante en todas las poblaciones —incluida Bogotá—<sup>24</sup>, pues algunos autores afirman que dentro de las relaciones de pareja puede existir una serie de factores de riesgo adicionales para suicidarse<sup>15</sup>. Sumado a ello, este aspecto parece verse afectado por la edad de la víctima, ya que algunos estudios informan que para los mayores de 80 años el estar casado ya no es un factor de protección<sup>17</sup>.

Relacionadas con el estado civil se encuentran las condiciones de convivencia de las víctimas, donde los hombres usualmente viven con el núcleo familiar, mientras que las mujeres se caracterizan por vivir con otros familiares. Este también es un hallazgo que rompe con el esquema tradicional de los factores de riesgo establecidos para la vejez, en los que se argumenta que la soledad o el aislamiento social incrementan los sentimientos y la ideación suicida en el anciano<sup>17,25</sup>. Como información importante suministrada por los declarantes de los hombres suicidas que convivían con sus compañeras permanentes e hijos está el hecho de que generalmente el evento del suicidio llegó a la familia sorpresivamente, que el suicida se quejó previamente de inconformidad por su estado de salud y que días antes rehusó a recibir atención médica para sus dolencias o se encontraba posponiendo alguna cirugía pendiente.

En este sentido, los hombres padecían más enfermedades crónicas respecto a las mujeres, pues de ellas se refiere en mayor porcentaje la ausencia de alguna patología en comparación con el caso masculino. Las enfermedades que más estados de depresión o desesperación produjeron en los hombres fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el dolor moderado o grave secundario a alguna patología, la diabetes y la pérdida de independencia debido a discapacidad. Esto es concordante con un estudio longitudinal realizado por la Universidad de Toronto, que refería que estas enfermedades aumentaban entre 2 y 7 veces el riesgo de muerte por suicidio<sup>23</sup>. Las enfermedades crónicas fueron tan influyentes en los hombres para tomar la decisión de suicidarse que prácticamente todos los factores presentes que se consideran «protectores» (ser casados, vivir con el núcleo familiar, gozar de bienestar económico, etc.) no demostraron ser efectivos. De igual manera, varias de las notas suicidas dejadas por las víctimas confirman este sentimiento. Las enfermedades terminales, como el cáncer o la infección por el VIH, tuvieron esta misma influencia, pero se presentaron en más bajo porcentaje.

En contraste con los aspectos físicos, la mujer suicida se caracteriza por tener antecedentes, o padecer algún trastorno de tipo psiquiátrico o psicológico en el momento de suicidarse, mientras que los hombres refieren estos antecedentes en menor proporción. Un poco más de la tercera parte de las víctimas no había hecho intentos previos, aunque hay un porcentaje significativo que lo había intentado. Los suicidas (hombres y mujeres) que habían manifestado previamente el deseo de quitarse la vida, en todos los casos padecían trastornos psicológicos y/o psiquiátricos bajo tratamiento médico, lo cual se ha reportado como un factor de riesgo importante<sup>26</sup>. La enfermedad mental fue el aspecto más influyente en la decisión de las adultas mayores para quitarse la vida, y generalmente fueron estos casos precisamente quienes informaron intentos previos de suicidio. Respecto a este último punto, en la revisión que hacen Sánchez et al.<sup>15</sup> se afirma que longitudinalmente se ha encontrado un aumento del riesgo de suicidio posterior a haber sido dado de alta de las instituciones psiquiátricas; es mayor dicho riesgo en la población femenina durante los primeros 28 días de egreso. Esto fue absolutamente concordante con los casos evaluados en la presente investigación.

El estudio demostró que el adulto mayor en Bogotá prefiere quitarse la vida en su lugar de residencia. En los informes realizados por las autoridades pertinentes se hizo evidente el hecho de que el suicida se quede solo por algunas horas al atender contra su vida, o que lo haga en cuartos aislados o encerrados mientras alguien más se encontraba en el hogar. Únicamente en un caso femenino la víctima se quitó la vida en frente de un familiar. Los hombres también escogieron el lugar de trabajo, en especial los comerciantes tras una crisis financiera; la vía pública fue preferida cuando alguien más se encontraba en el hogar, y los hospitales cuando padecían una enfermedad terminal. Es de suma importancia destacar que dentro de los datos obtenidos en la variable «tipo de vivienda», aunque no fueron procesados estadísticamente, no se reportó ningún suicida que habitara en un hogar geriátrico ni público ni privado, lo que podría evidenciar que la permanencia del adulto mayor en estos lugares puede ser favorable en términos de protección, cuidado o seguimiento.

El mes del año en que se suicidan las personas también ha demostrado ser un factor más o menos relevante, que si bien no motiva directamente la toma de la decisión, sí afecta el estado de ánimo de las personas y exacerba los estados depresivos. En las características de los suicidas estudiadas por Sánchez et al.<sup>15</sup>, las fechas coincidentes o cercanas al Día de la Madre, el Día del Padre, Navidad, Año Nuevo, cumpleaños, etc., predisponían la consumación de una idea suicida. Las mujeres se quitaron la vida principalmente en diciembre, agosto y enero, y los hombres, en diciembre, marzo, junio y julio. Las mujeres se suicidan más los lunes y los martes, y los hombres, los lunes. En cuanto a la hora del día, las adultas mayores se suicidaron principalmente en las mañanas, mientras que el género masculino optó en hacerlo en horas de la tarde, aunque también un porcentaje significativo lo hizo en la mañana. Estos hallazgos sugieren que para ambos géneros diciembre es un mes de riesgo, ya que coincide con festividades de índole familiar, como Navidad y Año Nuevo. Las mujeres no presentaron mayores porcentajes en mayo (mes de la madre), pero los hombres sí tuvieron un porcentaje significativo en junio (mes del padre). En el caso de los hombres que se suicidaron en junio, 2 de las declarantes afirmaron que el hecho se realizó posterior a la celebración de esta festividad, y que no notaron nada extraño en el comportamiento de las víctimas.

El mecanismo utilizado para suicidarse varió de acuerdo con el género, pero se mantuvo acorde con lo que informa la literatura<sup>17</sup>. Mientras que para las mujeres los mecanismos más comunes fueron el ahorcamiento (45,45%) y el lanzamiento desde alturas (36,36%), los hombres escogen mayormente las armas de fuego (48,28%) y el ahorcamiento (25,29%), y en casos más reducidos, el envenenamiento (10,34%). Esta tendencia es general para casi todas las edades. En este sentido vale la pena resaltar que aunque la tenencia de armas es un factor de riesgo importante para cualquier persona, para el hombre de tercera edad se ha informado como un factor de riesgo independiente y altamente influyente en la toma de la decisión fatal<sup>27</sup>. En todos los casos de suicidio por arma de fuego informados en la presente investigación —a excepción de uno—, los familiares manifestaron que la víctima era el propietario del arma.

## Conclusiones y recomendaciones

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

- Mujer ama de casa, que vive con el núcleo familiar, con enfermedad mental, que decide quitarse la vida lanzándose desde alturas o con arma blanca en su residencia, mientras otras personas se encuentran en la casa.
- Mujer ama de casa, que vive con algún familiar o sola, con pérdidas recientes (de un ser querido o económicas) y enfermedad mental secundaria a la pérdida, que decide

quitarse la vida ahorcándose o lanzándose desde alturas en su residencia, y que escoge principalmente diciembre para hacerlo.

- Hombre pensionado, que vive con el núcleo familiar, en condiciones económicas estables, con enfermedad crónica o discapacitante, bajo tratamiento médico, que decide quitarse la vida con arma de fuego o ahorcándose, que escoge principalmente su residencia y el día lunes para hacerlo, motivado por su enfermedad o discapacidad.
- Hombre comerciante, estable económicamente, que vive con el núcleo familiar, que tras una pérdida económica o un problema financiero decide quitarse la vida con arma de fuego, y escoge el lugar de trabajo para hacerlo, motivado por la desesperación que le produjo la pérdida económica.
- Hombre desempleado o empleado informal, sin acceso a pensión, que vive solo o con un familiar en condiciones económicas desfavorables, que decide quitarse la vida por ahorcamiento o envenenamiento, motivado por la soledad o los problemas económicos.

Aunque desde el 2003 se ha evidenciado una disminución en las tasas de suicidio para la población de la tercera y cuarta edad, no deja de ser preocupante la magnitud del fenómeno en este grupo etario. El suicidio en el adulto mayor continúa siendo un fenómeno predominantemente masculino, que tiende a incrementarse en la medida en que aumenta la edad de los hombres.

Los hallazgos de esta investigación demuestran que dentro de la complejidad del suicidio en términos de multicausalidad y multidimensionalidad, lo que se denomina como factores de riesgo y factores protectores para el suicidio son solo aspectos a tener en cuenta en términos de comprensión del fenómeno y su prevención. Dichos factores se ven potenciados o menguados por otros aspectos individuales, sociales y ambientales que son independientes para cada caso.

El contexto socioeconómico de las víctimas no demostró ser un factor relevante en el fenómeno, aunque los problemas financieros suelen aparecer como detonantes de la decisión suicida en algunos casos.

Los antecedentes médicos y psiquiátricos parecen ser los aspectos más influyentes en la decisión de quitarse la vida en el adulto mayor en Bogotá. Los hombres se vieron más afectados emocionalmente por las enfermedades crónicas y discapacitantes, mientras que las mujeres lo fueron por las pérdidas de seres queridos o la enfermedad mental. El común de las víctimas tenía cobertura y acceso permanente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que vale la pena cuestionar la efectividad de este en cuanto a la atención que se brinda al adulto mayor, específicamente frente a la salud mental.

Aunque la información obtenida por medio de los informes periciales de necropsia médico-legal permitió el desarrollo de esta investigación, el escaso número de variables consignadas y la gran cantidad de datos ausentes condicionan y reducen la descripción del fenómeno, así como su análisis. Es necesario, para futuras investigaciones, tener acceso a otras fuentes —como la información directa suministrada por los familiares de las víctimas—, que aportan datos relevantes para tener una mayor riqueza en el análisis y la discusión de este fenómeno.



## Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no tienen conflictos de intereses en este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud (OMS). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Ginebra: OMS; 2004.
- Franco Agudelo S. Violence: A growing public health problem in the Region. OPSBoletín Epidemiológico. 1990;11:1-7.
- Organización Mundial de la Salud. OMS-Prevención del suicidio (SUPRE) [Internet]. 2012 [citado 5 Nov 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
- Knox KL, Conwell Y, Caine ED. If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? Am J Public Health. 2004;94:37-45.
- Oliven JF. Suicide prevention as a public health problem. Am J Public Health Nations Health. 1954;44:1419-25.
- Dublin L. Suicide: A public health problem. Am J Public Health Nations Health. 1965;55:12-5.
- Manzo Guerrero GI. El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. Cuicuilco. 2005;12:153-71.
- NSW Department of Health. Suicide prevention for older people [Internet]. Sydney; 2003. p. 1-222 [citado 5 Nov 2013]. Disponible en: [http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2003/pdf/suicide\\_prevent.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2003/pdf/suicide_prevent.pdf)
- Cendales R, Vanegas G, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. Rev Panam Salud Pública. 2007;22:231-8.
- Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, de Romero L, Pinilla C, López E, Díaz-Granados N, et al. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Colombia, 1973-1996 Rev Colomb Psiquiatr. 2002;31:123-36.
- Gómez-Restrepo C, Rodríguez Malagón N, Bohórquez A, Díaz-Granados N, Ospina García MB, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. Rev Colomb Psiquiatr. 2007;31:283-98.
- 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;9:230-40.
- González Ortiz JO, Hernández Cardozo HW. Epidemiología de los suicidios: Colombia, 2007. En: Forensis 2007: datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. 2008.
- González Y, Mancipe M, Quintero R, Quiñónez Y, Rubiano D, Sánchez S, et al. Factores psicosociales familiares relacionados con los suicidios de mujeres menores de edad en la ciudad de Bogotá. Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia. 2007;10:57-68.
- Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. Rev Salud Pública. 2004;6:217-34.
- Arrubla-Sánchez DJ. Política social para el envejecimiento el (sin) sentido de los argumentos. Rev Gerenc Polit Salud. 2010;9:229-42.
- O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: suicide in older people. BMJ. 2004;329:895-9.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Injury center: Violence prevention [Internet] [citado 18 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/statistics/index.html>
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Subsecretaría de Planeación Socioeconómica. Encuesta calidad de vida 2007 para Bogotá (ECVB-2007) [Internet]. 2008 [citado 18 Nov 2013]. Disponible en: [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/PublicacionesSDP/PublicacionesSDP/calidad\\_de\\_vida\\_2007.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/PublicacionesSDP/PublicacionesSDP/calidad_de_vida_2007.pdf)
- Sarmiento A, Becerra LM. Análisis de las relaciones entre violencia y equidad [Internet]. Bogotá; 1998 [citado 18 Nov 2013]. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos.Economia/93.pdf>
- Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local con participación social. Localidad 14-Los Mártires [Internet]. Bogotá; 2012 [citado 18 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.esecentrooriente.gov.co/hco/images/stories/pic/Epidemiologia/dxlocal/dx2012/dxlocalconparticipacionocialversionfinal2011losmartires.pdf>
- Krzemien D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina [Internet]. 1999 [citado 18 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/15CalidaddeVidaVejezfemenina.pdf>
- Osorno Chica DA, Alarcón Velandía R, García LH. Suicidio y vejez. Rev Asoc Colomb Gerontol y Geriátría. 2005;19:840-3.
- Morales ML, Jiménez IA. El suicidio desde la perspectiva forense. Rev Colomb Psiquiatr. 1996;35:29-37.
- Steffens DC. Spiritual considerations in suicide and depression among the elderly. South Med J. 2007;100:748-9.
- Peisah C, Snowdon J, Kril J, Rodriguez M. Clinicopathological findings of suicide in the elderly: three cases. Suicide Life Threat Behav. 2007;37:648-58.
- Dombrovski AY, Szanto K. Prevention of suicide in the elderly. Ann Long-Term Care. 2005;13:1.