

ARTÍCULO ORIGINAL

Mortalidad por suicidios en Colombia y México: tendencias e impacto entre 2000 y 2013

Claudio Alberto Dávila¹, Ana Melisa Pardo²

¹ Maestría en Población y Desarrollo, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Distrito Federal, México

² Departamento de Geografía Económica, Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México

Introducción. Los suicidios son uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial.

Objetivo. Analizar la tendencia y el impacto de la mortalidad por suicidios en Colombia y México a escala nacional, entre el 2000 y el 2013, por sexo y por grupos de edad.

Materiales y métodos. Los datos se obtuvieron de las estadísticas de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México. Se hizo un estudio descriptivo y transversal, para el cual se calcularon las tasas estandarizadas de mortalidad y los años perdidos de vida en menores de 100 años de edad.

Resultados. En Colombia, la tasa de mortalidad por suicidios disminuyó entre el 2000 y el 2013 en ambos sexos: 28 % en hombres y 38 % en mujeres; en México, se presentó una tendencia opuesta: un incremento de 34 % en hombres y de 67 % en mujeres. Los años perdidos de vida en Colombia alcanzaron 0,32 años en el 2013 en hombres y 0,15 en mujeres, con una tendencia decreciente desde el 2000; en México, se situaron en 0,42 años en hombres y 0,2 años en mujeres, con una tendencia creciente desde el 2000. Entre los hombres, el grupo de edad con mayor impacto fue el de 15 a 49 años en ambos países; entre las mujeres, el impacto fue relativamente uniforme entre los 15 y los 84 años de edad.

Conclusiones. La mortalidad por suicidios se incrementó de manera constante en México, en tanto que en Colombia se observó una tendencia opuesta. Los suicidios son prevenibles, por lo que es fundamental implementar políticas públicas en salud mediante acciones de detección oportuna, estrategias integrales de prevención y el estudio de los factores de riesgo asociados.

Palabras clave: suicidio, mortalidad, esperanza de vida, Colombia, México.

doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i3.3224>

Suicide mortality in Colombia and México: Trends and impact between 2000 and 2013

Introduction: Suicides are one of the main public health issues globally.

Objective: To analyze the trends and impact of suicide mortality in Colombia and México between 2000 and 2013, nationally, by sex and age groups.

Materials and methods: Mortality vital statistics from the Colombian *Departamento Administrativo Nacional de Estadística* and the Mexican *Instituto Nacional de Estadística y Geografía* were used. We conducted a descriptive and cross sectional study for which we calculated standardized mortality rates and years of life lost in people between 0 and 100 years of age.

Results: In Colombia, the suicide mortality rate decreased between 2000 and 2013 for both sexes (28% for men and 38% for women); an opposite trend was observed in México (with an increase of 34% for males and 67% for females). In 2013, the years of life lost in Colombia were 0,32 among men and 0,15 among women, with a decreasing trend since 2000, whereas in México a level of 0,42 was observed in men and 0,2 in women, with an increasing trend since 2000. The age groups where suicides had a bigger impact were those of men 15 to 49 years of age in both countries, while suicides were more uniformly distributed among women between 15 and 84 years of age.

Conclusions: Suicide mortality increased gradually in México, whereas in Colombia an opposite trend was observed. Suicides can be prevented, so it is fundamental to implement public health policies focused on timely identification, comprehensive prevention strategies and the study of associated risk factors.

Key words: Suicide, mortality, life expectancy, Colombia, México.

doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i3.3224>

Contribución de los autores:

Ambos autores participaron en la concepción y el diseño del trabajo, en la recolección, el procesamiento, análisis e interpretación de los datos, y en la escritura del manuscrito.

Los suicidios son uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, ya que corresponden a cerca de la mitad de las muertes violentas entre los hombres y más de 70 % entre las mujeres (1). En el 2000 se reportaron, aproximadamente, 815.000 suicidios a nivel mundial, con una tasa de 14,5 suicidios por 100.000 habitantes (2), mientras que en el 2012 se registraron 804.000 casos (1,4 % del total de defunciones), con una tasa de 11,4 suicidios (15,0 entre los hombres y 8,0 entre las mujeres), lo que los ubicó como la decimoquinta causa principal de muerte. Se estima que el suicidio es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial en el grupo de 15 a 29 años de edad, en tanto que entre los adultos de 30 a 49 es la quinta (1).

La mayoría de los suicidios ocurre en países de ingresos bajos y medios, en donde la razón hombre a mujer se ha calculado en 1,5 suicidios masculinos por cada suicidio femenino. Además, en estos países hay escasos recursos y servicios para la detección temprana de los factores de riesgo que pueden desencadenar el suicidio (1). El intento previo es el principal factor de riesgo de suicidio, y se ha estimado que por cada suicidio consumado se producen de 20 a 40 intentos (3), los cuales constituyen una enorme carga social y económica debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, a su impacto psicológico y social y, en ocasiones, a la discapacidad a largo plazo de la persona afectada (1).

En Latinoamérica ocurren anualmente cerca de 65.000 defunciones por suicidio (4), con una tasa estimada de 6,1 suicidios por 100.000 habitantes (1), y en los últimos años se ha presentado un constante incremento de la mortalidad por esta causa (4,5). Al igual que en otras partes del mundo, las tasas masculinas de suicidio en la región continúan siendo superiores a las observadas en mujeres (8,4 y 2,1, respectivamente), con una razón hombre a mujer de 4,0 suicidios masculinos por cada suicidio femenino (4).

A pesar de que las tasas de mortalidad por suicidios en Colombia y México son relativamente bajas, se observó una tendencia creciente a finales del siglo

pasado. En Colombia, se presentó un aumento importante de la mortalidad por suicidios a finales de los años noventa y principios de la década pasada, después de un período relativamente estable entre 1973 y 1996 (6). Dicho aumento fue mayor en hombres que en mujeres, y la prevalencia fue mayor en los grupos de edad de 20 a 29 años y de 70 y más años en hombres, mientras que entre las mujeres se registró entre los 10 y 29 años de edad (7). Por otro lado, en México se ha producido un incremento sostenido e ininterrumpido de los casos de suicidio desde los años cincuenta, período en el cual las tasas de mortalidad se triplicaron, especialmente en la población joven (3). Por grupos de edad, se observó un incremento en las tasas en los hombres de 15 a 34 años de edad y en el grupo de 65 años y más, mientras que en las mujeres se registró solo en el grupo de 15 a 34 años (8).

Dado que el suicidio es un problema de salud pública que debe abordarse imperativamente en ambos países, el objetivo principal de este estudio fue analizar la tendencia y el impacto de la mortalidad por suicidios en Colombia y México a escala nacional, entre el 2000 y el 2013, por sexo y grupos de edad.

Para estudiar la tendencia de la mortalidad por suicidios en el período seleccionado, se analizaron las tasas estandarizadas de mortalidad, en tanto que su impacto en la esperanza de vida se determinó según los años perdidos de vida. Se seleccionaron estos dos países porque se encuentran en etapas similares en su transición demográfica y epidemiológica y por la disponibilidad de datos.

Materiales y métodos

Se hizo un estudio descriptivo y transversal con información obtenida de las Estadísticas Vitales de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de México y del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia. Los datos de defunciones se obtuvieron para el período de 2000 a 2013 a escala nacional y por grupos quinquenales de edad. La población a mitad de año se obtuvo de los censos nacionales de población del INEGI y de las estimaciones de población del DANE. Se adoptó la definición de suicidios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en la cual estos aparecen bajo el rubro de “causas externas de mortalidad” (códigos X60-X84; Y870). Se excluyeron del análisis las defunciones por suicidios en cuyo registro no constaban la edad ni el sexo (178 casos en

Correspondencia:

Ana Melisa Pardo, Circuito de la Investigación Científica, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, C.P. 04510, Coyoacán, Distrito Federal, México
Teléfono: (52-55) 5623 0222, extensión 45561
apardo@igg.unam.mx

Recibido: 26/01/16; aceptado: 12/04/16

Colombia y 453 en México). En Colombia, se descartó el 0,6 % del total de suicidios registrados y, en México, el 0,7 %.

Se calcularon las tasas estandarizadas de mortalidad por suicidios a escala nacional en ambos países, así como por sexo y grupos quinquenales de edad para el periodo abarcado por el estudio, utilizando la población de México de 2010 como estándar. De igual forma, se calcularon los años perdidos de vida según la propuesta de Arriaga (9) para estimar el promedio de los años perdidos de vida por suicidios entre el 2000 y el 2013 en personas menores de 100 años de edad; en otras palabras, se calcularon cuántos años más deberían haber vivido las personas que fallecieron por esta causa antes de los 100 años (9).

Se asumió el supuesto de mortalidad nula entre las dos edades elegidas para que, al comparar la mortalidad observada con la mortalidad hipotética nula, las comparaciones quedaran estandarizadas y se pudieran hacer comparaciones históricas o entre poblaciones. Se seleccionó este rango etario, ya que para este indicador se recomienda tomar, en todos los casos, la edad más alta posible (9). Los años perdidos de vida se consideran una de las principales técnicas para medir y analizar los cambios en la mortalidad por causas (9), pues relacionan los cambios en la mortalidad por suicidios con la esperanza de vida temporaria entre las edades analizadas (10) y, con ello, da cuenta de los cambios en la cifra y en el impacto de la mortalidad por suicidios en la salud de la población (11).

Resultados

Colombia

En el 2000, los suicidios representaron en Colombia 1,27 % del total de muertes registradas, cifra que se redujo a 1,02 % en el 2013, ubicándose como la trigésima primera causa de muerte a nivel nacional. La tasa estandarizada de mortalidad por suicidios disminuyó de forma gradual de 6,15 a 4,3 suicidios por 100.000 habitantes entre el 2000 y el 2013 (lo que equivale a un cambio del 30 %) (figura 1). La mortalidad por suicidios en los hombres fue considerablemente más alta que en las mujeres. La razón hombre a mujer de las tasas osciló entre 3,1 y 4,5 suicidios masculinos por cada suicidio femenino, con una tendencia creciente durante el periodo de estudio. Las tasas de suicidio masculino disminuyeron de 9,7 a 6,9 suicidios por 100.000 en el periodo, lo que se traduce en una reducción del 28,2 %, mientras que en las mujeres se observó una tendencia similar, pero en una mayor proporción (37,7 %), pasando de 2,7 a 1,7 suicidios por 100.000 (figura 2).

Los años perdidos de vida por suicidios de personas menores de 100 años presentaron una tendencia análoga a las tasas de mortalidad (figura 3). En el periodo de estudio disminuyeron 22,4 % entre los hombres y 11 % entre las mujeres, al pasar de 0,41 a 0,32 años en los hombres y de 0,17 a 0,15 años en las mujeres. Esto significa que si se eliminaran las defunciones por suicidios en el 2013, por ejemplo, la esperanza de vida temporaria entre los 0 y los 100 años aumentaría en 0,32 años para los hombres y en 0,15 años para las mujeres.

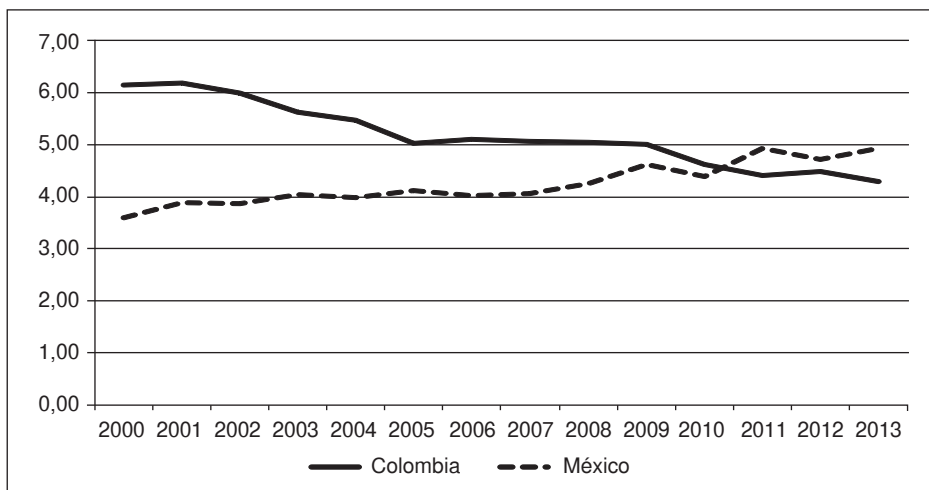


Figura 1. Tasa estandarizada de mortalidad por suicidios, Colombia y México, 2000-2013
Fuente: datos del INEGI (México) y del DANE (Colombia)

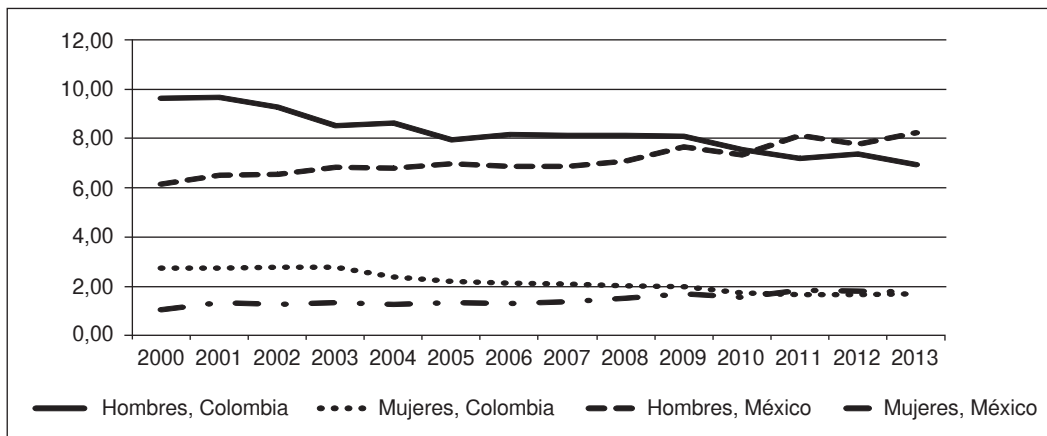


Figura 2. Tasa estandarizada de mortalidad por suicidios y por sexo, Colombia y México, 2000-2013
Fuente: datos del INEGI (México) y del DANE (Colombia)

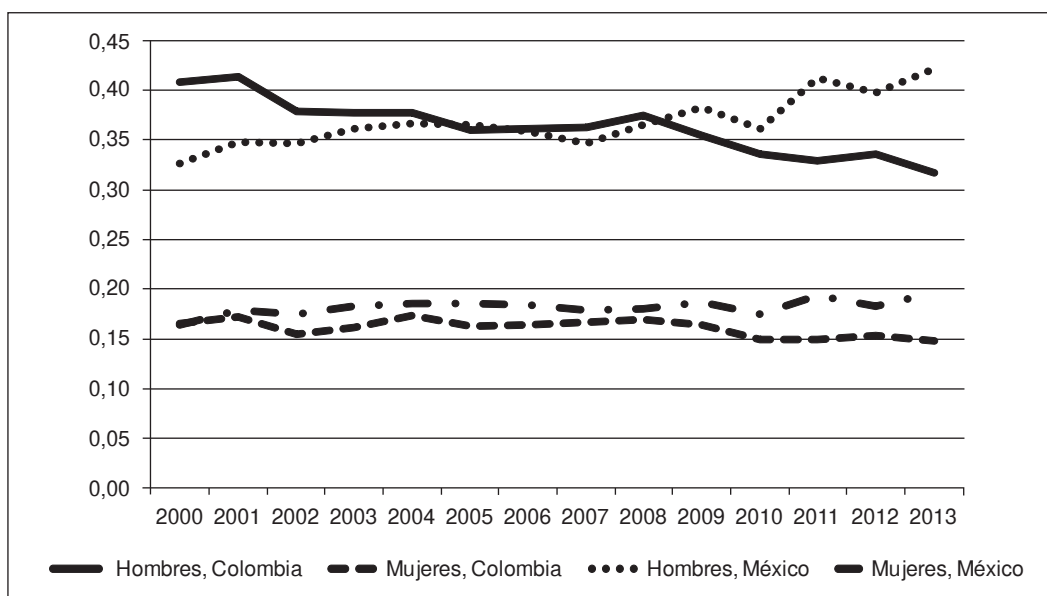


Figura 3. Años perdidos de vida por suicidios y por sexo, Colombia y México, 2000-2013.
Fuente: datos del INEGI (México) y del DANE (Colombia)

El descenso de los años perdidos de vida por suicidios entre el 2000 y el 2013 fue significativamente menor en términos relativos que el de las tasas de mortalidad, especialmente en las mujeres, lo cual puede asociarse con el hecho de que la caída de la mortalidad por suicidios en los hombres se produjo, en mayor medida, entre los de 15 a 29 años de edad, en tanto que en las mujeres se distribuyó entre los grupos de 15 a 29 años y de 50 a 84 años de edad (cuadro 1). Cuando se analizó el cambio relativo por grupos de edad de 2000 a 2013, se apreció que el descenso más acentuado en los hombres se presentó en el grupo

de 15 a 29 años de edad (38 %) y, en las mujeres, en los grupos de edad de 15 a 29 años (21 %) y de 50 a 64 años de edad (16 %).

México

En el 2000, los suicidios representaron alrededor del 0,79 % del total de muertes registradas en México, cifra que ascendió hasta 0,97 % en el 2013, siendo la decimocuarta causa de muerte a nivel nacional. La tasa de suicidios mantuvo una tendencia creciente en todo el periodo de estudio, con un incremento del 24,1 % (figura 1), pasando de 3,6 a 4,9 suicidios por 100.000. A diferencia de

Cuadro 1. Promedio de años perdidos de vida por suicidios en hombres y mujeres de Colombia y México, 2000-2013

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hombres, 0-4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Colombia 5-14	0,007	0,007	0,010	0,007	0,011	0,010	0,008	0,007	0,009	0,010	0,008	0,008	0,009	0,008
15-29	0,189	0,181	0,167	0,156	0,151	0,151	0,148	0,143	0,143	0,130	0,135	0,128	0,129	0,118
30-49	0,118	0,121	0,116	0,117	0,111	0,103	0,109	0,110	0,122	0,117	0,106	0,106	0,108	0,101
50-64	0,054	0,060	0,049	0,057	0,056	0,053	0,049	0,052	0,054	0,053	0,049	0,050	0,048	0,049
65-84	0,036	0,042	0,034	0,038	0,043	0,039	0,042	0,048	0,043	0,042	0,035	0,033	0,038	0,038
85 +	0,004	0,003	0,002	0,002	0,006	0,004	0,004	0,003	0,002	0,003	0,003	0,004	0,004	0,004
Total	0,408	0,413	0,378	0,377	0,377	0,360	0,361	0,362	0,374	0,355	0,336	0,329	0,335	0,317
Mujeres, 0-4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Colombia 5-14	0,005	0,005	0,007	0,005	0,007	0,007	0,006	0,005	0,006	0,007	0,005	0,006	0,007	0,006
15-29	0,038	0,036	0,035	0,035	0,037	0,038	0,039	0,037	0,036	0,032	0,033	0,032	0,033	0,030
30-49	0,044	0,045	0,043	0,043	0,043	0,042	0,044	0,044	0,050	0,049	0,044	0,046	0,047	0,045
50-64	0,039	0,044	0,036	0,043	0,040	0,038	0,034	0,036	0,037	0,037	0,034	0,034	0,032	0,033
65-84	0,034	0,038	0,031	0,034	0,037	0,034	0,036	0,041	0,037	0,035	0,030	0,027	0,031	0,029
85 +	0,005	0,004	0,003	0,002	0,007	0,005	0,005	0,003	0,003	0,005	0,004	0,004	0,004	0,005
Total	0,166	0,172	0,155	0,161	0,173	0,163	0,164	0,166	0,169	0,164	0,149	0,149	0,153	0,148
Hombres, 0-4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
México 5-14	0,010	0,011	0,014	0,012	0,014	0,014	0,015	0,012	0,017	0,016	0,017	0,022	0,019	0,017
15-29	0,137	0,141	0,142	0,147	0,147	0,144	0,138	0,132	0,144	0,149	0,142	0,171	0,167	0,170
30-49	0,104	0,111	0,113	0,119	0,123	0,126	0,122	0,124	0,123	0,131	0,121	0,132	0,130	0,149
50-64	0,043	0,047	0,044	0,046	0,048	0,046	0,048	0,043	0,047	0,052	0,047	0,051	0,047	0,051
65-84	0,030	0,035	0,031	0,033	0,032	0,032	0,032	0,035	0,031	0,032	0,032	0,033	0,030	0,032
85 +	0,002	0,003	0,003	0,003	0,003	0,002	0,003	0,002	0,003	0,003	0,003	0,002	0,003	0,003
Total	0,327	0,348	0,346	0,361	0,366	0,365	0,359	0,347	0,365	0,383	0,361	0,413	0,397	0,421
Mujeres, 0-4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
México 5-14	0,005	0,006	0,007	0,007	0,008	0,007	0,008	0,006	0,009	0,009	0,010	0,013	0,011	0,009
15-29	0,046	0,048	0,049	0,051	0,052	0,051	0,050	0,048	0,048	0,047	0,045	0,053	0,052	0,054
30-49	0,049	0,053	0,053	0,056	0,058	0,060	0,058	0,059	0,056	0,059	0,051	0,056	0,054	0,064
50-64	0,031	0,034	0,032	0,034	0,035	0,034	0,035	0,031	0,034	0,038	0,034	0,038	0,034	0,037
65-84	0,029	0,034	0,029	0,032	0,030	0,030	0,030	0,032	0,029	0,030	0,030	0,032	0,028	0,029
85 +	0,002	0,004	0,004	0,004	0,004	0,003	0,003	0,003	0,003	0,004	0,003	0,003	0,004	0,003
Total	0,164	0,179	0,174	0,183	0,186	0,185	0,185	0,179	0,180	0,187	0,174	0,193	0,183	0,197

Fuente: datos del DANE (Colombia) e INEGI (México)

Colombia, donde la razón hombre a mujer aumentó con el tiempo, en México disminuyó del 5,8 en 2000 a un mínimo de 4,3 suicidios masculinos por cada suicidio femenino en 2012. Entre el 2000 y el 2013, las tasas masculinas se incrementaron de 6,2 a 8,23 suicidios por 100.000 (un aumento de 33,6 %) y las de las mujeres pasaron de 1,1 a 1,8 suicidios por 100.000 (equivalente a un cambio relativo de 67 %) (figura 2).

Los años perdidos de vida en las edades consideradas mostraron una tendencia similar a las tasas estandarizadas de mortalidad, con un aumento del 28,9 % en los hombres (de 0,33 a 0,42 años entre 2000 y 2013) y del 20,1 % en las mujeres (pasando de 0,16 a 0,20 años) (figura 3). Este incremento fue menor en términos relativos que el de las tasas, lo que puede significar que el aumento de la mortalidad por suicidios se produjo de forma generalizada en todas las edades y no se circunscribió a un solo grupo de edad (cuadro 1). Ello se refleja en los grupos de edad, ya que en todas las edades se

observó un aumento de los años perdidos de vida, tanto en hombres como en mujeres (cuadro 1). En los hombres, el mayor incremento relativo de los años perdidos de vida se produjo en el grupo de 30 a 49 años de edad y en los mayores de 85 años (43 % y 34,1 %, respectivamente), en tanto que, en las mujeres, se registró principalmente en el grupo de 5 a 14 años y en las mayores de 85 años (71,3 % y 38 %, respectivamente) (cuadro 1). Por último, se observaron incrementos en todos los grupos de edad, excepto en el de 65 a 84 años de edad para ambos sexos.

Discusión

El suicidio es actualmente uno de los principales problemas de salud pública por la mortalidad prematura, la cual conlleva una enorme carga económica, social y psicológica para las personas, las familias y la sociedad en general (1), y por sus altos costos sociales y económicos, ya que los intentos de suicidio tienen secuelas psicológicas y

físicas graves, y en ocasiones permanentes, para la persona afectada. Para Durkheim, el suicidio se presenta en sociedades con altos niveles de desintegración y falta de cohesión social, por lo que se puede considerar como un reflejo de las deficientes condiciones de vida de una población (12,13).

La mortalidad por suicidios en los últimos años disminuyó de manera paulatina en Colombia, mientras que en México se incrementó de manera constante. La tendencia observada en Colombia contrasta con el comportamiento del fenómeno a finales del siglo pasado, periodo en el cual el indicador se incrementó de manera significativa (6,7). Por otro lado, en los últimos 40 años, la tasa de mortalidad por suicidios en México se ha incrementado de manera constante (3,14), tendencia que continuó en el periodo aquí analizado.

Al examinar el impacto de la mortalidad por suicidios en la esperanza de vida en Colombia con base en los años perdidos de vida, se observó que si bien hubo una disminución de dicho impacto, esta fue considerablemente menor en términos relativos que al analizar solamente las tasas, especialmente en las mujeres; en México, el incremento de este indicador fue menor en términos relativos que aquel de las tasas.

En Colombia, esta situación se debe principalmente a que la caída de la mortalidad por suicidios se produjo, principalmente, en el grupo de 15 a 29 años de edad en los hombres y en las mujeres se distribuyó en diferentes grupos de edad, en tanto que en México el aumento de la mortalidad por suicidios se produjo en todas las edades, exceptuando el grupo de 65 a 84 años de edad. Estos cambios en los años perdidos de vida sugieren que la disminución de la mortalidad por suicidios en Colombia impulsó el incremento de la esperanza de vida en los últimos años; en cambio, en México se presentó una situación opuesta. Por ello resulta importante estudiar la mortalidad con base en diferentes indicadores (3), como los aquí utilizados, para así obtener un mejor panorama del comportamiento del fenómeno.

En el análisis por sexo, se comprobó una mayor mortalidad en los hombres que en las mujeres en ambos países, con tasas cuatro veces más elevadas en los hombres y con el doble de años perdidos de vida, lo que se tradujo en una mayor reducción en su esperanza de vida, resultados que son similares a los encontrados en otras investigaciones sobre el tema (3,8,14), en las cuales también se registra

que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres, pero los hombres hacen efectivo su propósito más que las mujeres, fenómeno que se conoce como la "paradoja del 'género'" (15-17). Se han formulado diversas interpretaciones alrededor de dicha paradoja. Una posible explicación se relaciona con los modelos de identidad de 'género', los cuales incentivan la exposición intencional a situaciones de riesgo en los hombres (18), y valoran la independencia y la determinación, concibiendo como debilidad y fragilidad el reconocer que se necesita ayuda, por lo cual, a diferencia de las mujeres, evitan hacerlo (19). Es por ello que los hombres recurren con mayor frecuencia a métodos violentos y letales para suicidarse, como el ahorcamiento o el disparo con arma de fuego, en tanto que las mujeres se valen más del envenenamiento con diversas sustancias químicas (17,20-22), situación que se ha observado en distintas investigaciones, tanto en Colombia (7,23) como en México (3,8,12).

Se puede argumentar, entonces, que uno de los principales factores demográficos asociados a una mayor mortalidad masculina por suicidios es el hecho mismo de ser hombre (18). Sin embargo, son múltiples los factores que se asocian con un riesgo mayor de suicidio. Uno de ellos constituye el intento previo. Se ha estimado que, una vez que se hace un intento, las probabilidades de volverlo a hacer o de consumir el suicidio aumentan hasta en sesenta veces (24-26).

Otro factor relacionado con la incidencia de suicidios es la presencia de alteraciones psiquiátricas en las personas. En este contexto, se ha establecido que la depresión clínica es uno de los factores de riesgo más importantes en los suicidios (22,27), así como las alteraciones afectivas y de personalidad, las asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas, y las psicóticas, como la esquizofrenia (28,29).

Asimismo, se ha encontrado que otros factores de riesgo asociados con el suicidio son el consumo nocivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, el dolor y las enfermedades crónicas, los antecedentes familiares de suicidio y los bajos niveles de escolaridad (30); de igual manera, las pérdidas y las dificultades económicas, el subempleo y la pobreza tienen efectos en el aumento de los niveles de ansiedad, y pueden ser detonantes potenciales del suicidio (12,31). Por otro lado, el matrimonio se considera un factor protector contra el suicidio, mientras que enviudar incrementa su riesgo, especialmente en hombres (19,32).

El suicidio se puede prevenir; para ello debe tratarse como un fenómeno que responde a múltiples causas, resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociológicos (3). En este sentido, el estudio del suicidio se ha centrado en la determinación de los factores de riesgo asociados con el fenómeno (33) y las intervenciones de prevención, en general, se han orientado hacia la reducción de dichos factores (1). En cambio, la investigación sobre las condiciones y características que protegen a las personas contra el riesgo de suicidio es escasa (33). Cabe mencionar que los factores de riesgo son aquellas condiciones que incrementan la probabilidad de propiciar un comportamiento suicida, y los protectores, aquellas que disminuyen la probabilidad de que este se presente (34,35). Es importante, entonces, investigar las características de quienes, aunque se vean expuestos a situaciones de riesgo, presentan rasgos individuales y viven en un entorno que impide que se desencadene el comportamiento suicida. Esta perspectiva complementa el análisis de los factores de riesgo y permite avanzar en la prevención del riesgo de comportamiento suicida, a la vez que fomenta conductas que favorecen la salud general del individuo (33).

En este sentido, se deben implementar políticas de salud pública encaminadas a la detección oportuna del comportamiento suicida, el estudio de sus factores de riesgo y de sus factores protectores, y al desarrollo de una estrategia integral que incluya una mejor capacitación del personal de salud para el reconocimiento temprano y un tratamiento de calidad de las alteraciones psiquiátricas (8), así como acciones de promoción para reducir el consumo nocivo de alcohol y de sustancias psicoactivas, e intervenciones en salud pública que disminuyan el acceso de las personas a medios letales que puedan emplearse para el suicidio, tales como un mayor control de las armas de fuego (36).

Se deben impulsar acciones en múltiples niveles para continuar reduciendo la mortalidad por suicidios en Colombia y para revertir su tendencia creciente en México. La mortalidad por suicidios se ha asociado con factores de desintegración y fragmentación social, así como con la disolución de los lazos sociales, la creciente desigualdad, y exclusión social, económica, laboral y educativa en los dos países, situaciones que pueden convertirse en factores de riesgo de suicidio (3,27), los cuales

pueden revertir la tendencia a la disminución observada en Colombia y profundizar el incremento de los suicidios en México.

En esta investigación la información sobre suicidios se obtuvo de las estadísticas vitales de mortalidad de cada país, registros de información que tienen algunas limitaciones, entre ellas, la falta de uniformidad en su diligenciamiento, la cobertura inadecuada en regiones poco accesibles con el consecuente subregistro de la información, los errores de omisión de datos, la falta de precisión en las causas principales y secundarias de muerte, y los largos procesos burocráticos que retrasan la publicación de la información (8).

Una limitación adicional es que este tipo de información transversal no permite analizar los posibles factores causales del suicidio consumado. Para ello, es necesario hacer estudios prospectivos en los cuales se recolecte la información de forma sistemática a partir de entrevistas a los familiares de los fallecidos por esta causa o de encuestas a los sobrevivientes de intentos de suicidio (37).

El suicidio es actualmente un problema de salud pública de gran relevancia e impacto en Colombia y en México. Su estudio debe hacerse con un enfoque multidimensional, que tenga en cuenta la compleja interacción de los factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales relacionados con el fenómeno (3,38). Se sugiere continuar elaborando análisis que incorporen otras variables económicas, geográficas y demográficas de los individuos, con el fin de disponer de información más cierta para diseñar políticas de prevención y atención oportuna que apunten a disminuir el impacto de esta causa de muerte en la sociedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen relaciones económicas ni personales de ninguna índole que pudieran influenciar su juicio respecto a los resultados de la presente investigación. Todos los autores tuvieron acceso irrestricto a los datos y no existió participación de agentes externos en el diseño del estudio, ni en la recopilación, análisis e interpretación de la información.

Financiación

La investigación no contó con financiación externa.

Referencias

1. **Organización Mundial de la Salud.** Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, D.C.: OMS; 2014. p. 94.

2. **Organización Mundial de la Salud.** Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002. p. 381.
3. **Hernández-Bringas HH, Flores-Arenales R.** El suicidio en México. Papeles de Población. 2011;68:69-101.
4. **Organización Panamericana de la Salud.** Mortalidad por suicidio en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2014. p. 92.
5. **Moyano E, Barría R.** Suicidio y producto interno bruto en Chile: hacia un modelo predictivo. Rev Latinoam Psicol. 2006;38:343-59.
6. **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.
7. **Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A.** Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. Rev Panam Salud Pública. 2007;22:231-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000900002>
8. **Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME.** Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Pública Mex. 2010;52:292-304.
9. **Arriaga E.** Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. Notas de Población. 1996;24:7-38.
10. **Bocco M.** La relación entre los años de vida perdidos y la esperanza de vida: aplicaciones para el análisis de la mortalidad. Notas de Población. 1996;24:39-60.
11. **González-Pérez G, Vega-López M, Cabrera-Pivaral C.** Impacto de la violencia homicida en la esperanza de vida masculina de México. Rev Panam Salud Pública. 2012;32:335-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012001100003>
12. **Borges G, Orozco R, Medina-Mora ME.** Índice de riesgo para el intento suicida en México. Salud Pública Mex. 2012;54:595-606.
13. **Durkheim E.** El suicidio, estudio de sociología. Madrid: Akal; 2003. p. 540.
14. **Martínez C.** Población y salud mental en México. Reflexiones y un ejercicio de aproximación mediante las variaciones de la mortalidad por suicidio. Estud Demogr Urb. 2010;25:663-712.
15. **Pietro D, Tavares M.** Risk factors for suicide and suicide attempt: Incidence, stressful events and mental disorders. J Bras Psiquiatr. 2005;54:146-54.
16. **Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N.** Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National long term cohort study. BMJ. 2010;340:c3222. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c3222>
17. **Canetto SS, Sakinofsky I.** The gender paradox in suicide. Suicide Life Threat Behav. 1998;28:1-23. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
18. **Figuroa JG.** El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes? Coeducando. 2007;1:77-97.
19. **Murphy GE.** Why women are less likely than men to commit suicide. Compr Psychiatry. 1998;39:165-75. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90057-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90057-8)
20. **Híjar M, Rascón R, Blanco J, López MV.** Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). Salud Ment. 1996;19:14-21.
21. **Puentes E, López L, Martínez T.** La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. Rev Panam Salud Pública. 2004;16:102-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004000800005>
22. **Beautrais AL.** Gender issues in youth suicidal behavior. Emerg Med. 2002;14:35-42. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1442-2026.2002.00283.x>
23. **Cifuentes S.** Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2014. p. 127-68.
24. **Leal C, Macedo E, Lima L.** Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad Saúde Pública. 2013;29:175-87. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>
25. **Karasouli E, Owens D, Abbott R, Hurst K, Dennis M.** All-cause mortality after non-fatal self-poisoning: A cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011;46:455-62. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-010-0213-3>
26. **Mann J.** A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann Int Med. 2002;136:302-11. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-136-4-200202190-00010>
27. **Jiménez-Ornelas RA, Cardiel-Téllez L.** El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. Papeles de Población. 2013;77:205-29.
28. **Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G.** Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004;4:4-37. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
29. **Hawton K, van Heeringen K.** Suicide. Lancet. 2009;373:1372-81. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
30. **Xavier N, Gomes C, Nazareth S, Alves L, Werner J.** Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: Association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. Cad Saúde Pública. 2006;22:2611-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200011>
31. **González S, Díaz A, Ortiz S, González C, González JJ.** Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes universitarios. Salud Ment. 2000;23:21-30.
32. **Hawton K.** Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. Br J Psychiatry. 2000;177:484-5. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.6.484>
33. **Vázquez D, Piña M, González C, Jiménez A, Mondragón L.** La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. Acta Universitaria. 2015;25:62-69. <http://dx.doi.org/10.15174/au.2015.855>
34. **Cova F.** La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: el desarrollo de una mirada procesual. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2004;13:93-101.
35. **Rutter M.** Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. En: Shonkoff J, Meisels S. Handbook of Early Childhood Intervention. New York: Cambridge University Press; 2000. p. 651-83.
36. **Nordentoft M.** Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Dan Med Bull. 2007;54:306-69.
37. **Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y, Forero J.** Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. Biomédica. 2002;22:417-24. <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v22iSupp%202.1190>
38. **Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R.** El suicidio, conceptos actuales. Salud Ment. 2006;29:66-74.