

## SUICIDIO EN MEDELLIN (1)

Por: Carlos Matiz Acosta\*  
 Gonzalo A. Restrepo Cadena\*  
 Eduardo Flórez Espinosa\*

Asesor: Alfredo Turizo C. \*\*

## PREFACIO

A pesar del aumento de las actividades y de las personas que se ocupan del estudio y la investigación del suicidio, este problema sigue siendo uno de los más intrigantes para el trabajador profesional en salud mental; continúa siendo un grave problema de salud pública, que multiplica en número de muertes innecesarias, especialmente las consideradas prematuras, trágicas, un verdadero desperdicio de esfuerzos, y que afectan la salud mental de la comunidad a través de la huella que dejan en los supervivientes. Debido a diversas actitudes culturales, todavía se ignora la extensión del problema, pues afectan la investigación y los datos sobre el suicidio en grado todavía no especificado.

Para entender el problema, quedan por resolver muchos puntos básicos. Este campo necesita de intensas exploraciones para la comprensión teórica de las motivaciones de la autolesión y la autodestrucción.

Fedden opinaba que: "El suicidio es una muestra de desprecio por la humanidad. Es descortés. Como lo dijo Kant, es un insulto que se hace a la humanidad, en uno mismo".

Este acto, el más individualista de todos, perturba profundamente a la sociedad. Al ver a un hombre que aparentemente desprecia las cosas que los otros aprecian, la sociedad se ve obligada a dudar de todo cuanto ha pensado que es deseable. El suicida tira por

la borda todo lo bueno que tiene su vida. La sociedad se siente turbada, y la reacción natural y nerviosa es condenar el suicidio. Así refuerza de nuevo sus propios valores.

Menninger: conceptúa que: A la persona normal, el suicidio le parece demasiado espantoso y sin sentido para poderse concebir; diríase que casi hay un tabú que impide discutir este tema en serio. Nunca se ha extendido una extensa campaña en contra del suicidio, como se hacen en contra de otras causas de muerte, quizás más difíciles de prevenir.

No hay un interés público organizado en él... Sin embargo, en muchos casos podría haber sido evitado por alguno de nosotros.

Considerando la magnitud y gravedad del suicidio como problema de salud pública, llama la atención lo poco que se ha hecho para tratar de entenderlo y prevenirllo.

Los objetivos fundamentales deben ser por supuesto, la prevención inmediata y a largo plazo del suicidio.

Evidentemente, los esfuerzos de prevención del suicidio deben estar dirigidos hacia personas vivas, antes de que atenten contra su vida. Este punto hace pensar en si existe o no, una fase prodrómica durante la cual el futuro suicida revela su intención de autodestruirse. Sobre la base de estudios recientes es posible llegar a

(1) Trabajo de Investigación realizado para optar al título de Magister en Salud Pública. E.N.S.P. 1977.

\* Alumnos del Programa de Magister de la Escuela Nacional de Salud Pública.

\*\* Profesor. Escuela Nacional de Salud Pública.

la conclusión que la gran mayoría de los suicidas muestra una fase preliminar reconocible.

El hombre está en continua relación con otros que lo rodean y ejerce considerable influencia sobre ellos, quienes a su vez, ejercen mucha influencia sobre él. Los actos destructivos, contrariamente a una opinión muy difundida, rara vez constituyen incidentes solitarios; más bien, son actos que pueden ser comprendidos como comunicaciones con algún sentido para la persona o las personas importantes involucradas en la vida de un ser humano; ello permite valorar más fácilmente el grado de potencialidad autodestructiva presente.

## INTRODUCCION

Nos hemos propuesto la tarea de trazar a grandes rasgos una historia descriptiva del Suicidio en Medellín en el período de enero de 1975 a septiembre de 1977. Recorreremos juntos vastos campos del quehacer humano, para tener una idea del desarrollo de este problema en nuestro medio.

Por supuesto el punto de vista desde el cual enfocaremos nuestro estudio no es el único. También se dan otros y todos ellos tienen su justificación. Pero hoy, en una época en la cual nuestra vida es difícil y en la cual debemos dirigir nuestro esfuerzo hacia la solución de problemas de fondo, que satisfagan nuestras necesidades más apremiantes, cabe preguntarnos, ¿qué provecho existe en el estudio del suicidio en Medellín? Y si la respuesta a una pregunta como ésta, no satisface, será mejor ocuparse de otros menesteres.

Vivimos como actores o como testigos, en una época en la cual se dan acontecimientos de extraordinaria importancia en la historia de la humanidad, acontecimientos de una trascendencia superior a los simples cambios de modo de producción económica de nuestros países.

Centenares de millones de hombres pugnan hoy contra la explotación que pesa sobre la humanidad de diversas maneras y desde milenios. Los hombres luchan por liberarse del yugo de la sociedad de consumo; pero esta característica de la sociedad en la cual vivimos no es sólo el único medio de explotación y coartación.

En nuestro país aunque pequeño en relación al tamaño del globo terrestre, también se dan en mayor o menor escala las grandes luchas de la humanidad; sólo podremos comprender todo el significado de los he-

chos de los cuales somos testigos y en los cuales cada uno de nosotros debe participar intensamente, si nos habituamos con los fenómenos de salud y/o enfermedad de nuestra humanidad como un medio de conocerla a grandes rasgos, partiendo de la parte para llegar al todo.

La gente parece llevar bastante bien su vida económica y social; sin embargo, sería peligroso no percatarse de la infelicidad profundamente arraigada que se oculta detrás del infierno de bienestar.

Las necesidades fisiológicamente condicionadas no constituyen la única parte de la naturaleza humana que posee un carácter ineludible.

Hay otra parte que es igualmente compulsiva, una parte que no se halla arraigada en los procesos corporales, pero si en la esencia misma de la vida humana, en su forma y en su práctica: la necesidad de relacionarse con el mundo exterior, la necesidad de evitar el aislamiento. Sentirse completamente aislado y solitario conduce a la desintegración mental, del mismo modo que la inanición conduce a la muerte. El hombre es un ser social por naturaleza y no puede vivir si carece de formas de mutua cooperación.

El hombre lucha por lograr la libertad en todos los campos del pensar y del hacer humano, y a pesar de los avances científico-técnicos, de los avances en el campo de la comunicación y del acortamiento por ende de las distancias, el individuo está solo y así enfrenta el mundo.

Es muy conocido, el hecho por el cual a medida que aumenta la industrialización y el tecnicismo, se presenta un aumento del abismo socioeconómico por el enriquecimiento de unos pocos y el aumento en la pobreza de una gran mayoría, lo cual hace más difícil el alcance de bienes de consumo y lujos exagerados que crean necesidades ficticias y superfluas, debido a la propaganda de tales elementos. Esto hace más grande la soledad y la desesperación, lo cual muy seguramente aumenta la insatisfacción, creando así sentimientos de abandono o de hastío que merman la integridad psíquica del individuo y abonan el terreno para propiciar el suicidio como medio de escape o de pedir auxilio.

La nueva libertad está destinada a crear un sentimiento profundo de inseguridad, de impotencia, de duda, de soledad y de angustia. Estos sentimientos deben ser aliviados si el individuo ha de obrar con éxito. Es así como la fantasía del suicidio constituye la única

esperanza cuando todos los demás mecanismos de defensa no hayan logrado aliviar la carga de la soledad.

Sólo existe un significado de la vida: el acto mismo de vivir; por eso el suicidio es la perversión extrema de la vida.

El suicidio constituye un aspecto de las muertes violentas y representa humanísticamente una perturbación dramática del hombre y de la sociedad en la cual vive.

Así mismo, la destrucción del individuo por su propia mano, es una aberración del pensamiento y conducta del hombre con salud mental, por lo cual para el trabajador de la Salud Pública, el Suicidio constituye un problema que exige estudio y el planteamiento de cuanto en el futuro puede ser la prevención de este fenómeno en términos de Higiene Mental del individuo y de la colectividad.

#### APROXIMACION A UNA DEFINICION DE SUICIDIO

Definitivamente los diversos investigadores coinciden en sus definiciones al considerar el Suicidio como el acto de quitarse la vida. A pesar de ello, algunos investigadores le asignan al concepto, dimensiones diferentes, sea ampliándolo o estrechándolo. Es así como Esquirol, no consideraba suicidas a aquellas personas que terminaban sus días impulsadas por sentimientos nobles, por la obediencia a las leyes o en cumplimiento de su palabra dada; estas personas según él, deberían merecer nuestra admiración y respeto.

Menninger, por otra parte, incluye dentro del suicidio no sólo aquellos actos de autoagresión que conducen a la muerte inmediata, es decir, el suicidio en el sentido estricto de la palabra, sino aquellos otros que en forma insidiosa y crónica, conducen a la autodestrucción. Entre ellos se cuentan ciertas formas de ascetismo, el martirio, el alcoholismo, accidentes intencionales, el fumar y otras formas.

Es claro que tales concepciones extremas no encuentran aplicación en un estudio de carácter estadístico-descriptivo el cual exige claridad y exactitud en la postulación de sus conceptos.

Para la realización de este estudio, nosotros nos acogemos a la definición dada por Durkheim, según la cual suicidio es "cualquier muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo reali-

zado por la víctima misma. El acto tiene que ser tal que el actor-victima sepa que producirá tal resultado pues las otras son muertes por imprudencia, muertes por accidentes; no son suicidios."

Esta definición no se aparta de la dada por Deshaier, quien considera el suicidio como "el acto de matarse de una manera habitualmente consciente tomando la muerte como medio o como fin."

Ahora bien, debemos tener presente que el suicidio no es ni un producto de la cobardía, ni una secuela de la miseria, ni una reflexión en el mundo exterior de una tara, ni un capricho de la naturaleza...No se produce ni porque la lucha de la vida imponga ingentes y dolorosos esfuerzos, ni porque estén insatisfechas legítimas necesidades, sino porque ignoramos o desconocemos el límite ético de la satisfacción de esas necesidades y no sabemos dotar de una finalidad ideal a nuestros esfuerzos embelleciéndolos con el solo afán de lograrlos.

En vez de ver en los suicidios sólo acontecimientos aislados, carentes de relación entre sí, y que hay que estudiar separadamente, se debe considerar a todos los suicidios que han sido cometidos en una sociedad durante determinado período de tiempo, como una totalidad.

El carácter social del suicidio no sólo se revela a través de consideraciones como ésta, sino también, por el hecho que distintos grados de integración social producen diferentes tipos de suicidio.

#### TEORIAS SOBRE EL SUICIDIO

Durkheim considera el suicidio como un acto puramente individual, sin embargo añadía, que su comprensión sólo se podía lograr a través del análisis de su condicionamiento social.

Según el análisis de integración social del individuo, Durkheim considera cuatro tipos de suicidio:

1. El egoísta
2. El altruista
3. El anómico y
4. El fatalista

El egoísmo es una excesiva afirmación del ego que corresponde a sociedades individualistas, y Durkheim

lo considera característico de las dominadas por el protestantismo. El altruismo representa un máximo de impersonalización; corresponde a sociedades que educan para renunciar a sí mismo, y él lo encuentra tanto en los "primitivos" como entre los militares en los "civilizados". La anomia es para él, una falta de reglas; una desorientación moral que resulta del hecho que la sociedad no ha llegado a influir suficientemente sobre sus miembros, y la considera propia de los sectores industriales modernos. El fatalismo es un estado en el cual existe excesiva regulación, y aparece principalmente en las sociedades esclavistas.

- El suicidio constituye la más frecuente reacción anti-social de la patología mental. Por ello, en psiquiatría, se habla con frecuencia de las "ideas de suicidio". Pero estas "ideas" son la expresión de un trastorno instintivo-afectivo muy profundo, en donde se imbrician la angustia y el delirio.

Algunos suicidios se cumplen en forma de una impulsión irresistible e inconsciente como en el caso de ciertos estados de confusión epiléptica. Otros suicidios frecuentes son los de las crisis de melancolía aunque también pueden ser el resultado de un delirio (delirio de persecución, delirio hipocondríaco); más raramente aún, puede deberse a una pulsión autodestructiva que puede ser tan sólo virtual: obsesión - impulsión al suicidio, como ocurre en ciertas neurosis fóbicas u obsesivas.

Algunos psiquiatras clásicos que se ocuparon del suicidio dan diferentes conceptos. Uno de ellos, Esquirol, conceptualiza que el suicidio no era una enfermedad, pero sí únicamente la manifestación de una enfermedad.

El suicidio no se presentaría sino en aquellos estados de alienación especialmente en los delirios, fueran estos de carácter pasajero o transitorio como en las pasiones, o de carácter duradero como en la melancolía, en la manía y en la hipocondría. Esquirol aceptaba, no obstante, que en el fenómeno del suicidio podían actuar un gran número de causas diversas a diferencia de su alumno Delmas, quien sólo veía el suicidio como una cuestión de alteración de la cinestesia en sujetos de constitución hiperemotiva o ciclotímica. El suicidio para Delmas sólo podía ser materia de estudio de la biología; posición adoptada como una reacción opuesta a la posición también extrema de Halbwachs, discípulo de Durkheim, para quien no existía ninguna clase de suicidio que no fuera de condicionamiento social. Si algún pequeño número de suicidas presentaba trastornos mentales, ello se debía

simplemente al hecho que la enfermedad mental también era un fenómeno social.

El enfoque psicodinámico del suicidio, se fundamenta en las investigaciones de Freud. Este no estudió propiamente el suicidio, sino pacientes melancólicos que presentaban tendencias suicidas acentuadas y también pacientes homosexuales con ideas y actos suicidas frustrados. En estos pacientes que habían reaccionado en forma depresiva ante la pérdida de un ser amado (muerte, desengaño, ofensas), se observaba la existencia de fuertes sentimientos ambivalentes de amor y odio, ante el objeto libidinoso. La pérdida produciría la transformación de los sentimientos de amor en odio, descargándose éstos en el objeto libidinoso introyectado, es decir sobre el propio YO.

La postulación Freudiana posterior de los instintos de muerte agresivos, frente a los instintos de amor, de vida, sirvió de base a Menninger (Karl) para formular su teoría del suicidio.

Karl Menninger circunscribe el problema del suicidio a las relaciones entre Eros y Tanatos. "Es difícil concebir nuestro universo en términos de concordia; en cambio nos enfrentamos por todas partes con conflictos indudables, amor y odio, producción y consumo, creación y destrucción.

La guerra constante de tendencias opuestas, parece ser el corazón dinámico del mundo". Este autor distingue tres clases de suicidio según la forma de manifestación de los instintos de agresión: en primer lugar impulsos derivados de la agresividad primaria cristalizados en el deseo de matar; en segundo lugar impulsos derivados de una modificación de la agresividad primaria, la conciencia, cristalizados en el deseo de ser matados y por último alguna parte de la agresividad primaria original, el deseo de morir, se liga con motivos más refinados y se añade a la fuerza vectorial total que desencadena la autodestrucción. En resumen el suicidio puede estar referido a los siguientes mecanismos psicopatogénicos:

1. Vuelta de la agresión contra sí mismo (introyección)
2. Identificación con el objeto perdido (identificación-ambivalencia)
3. Regresión al masoquismo primario (deseo de ser matado.)

Posteriormente a estos autores, muchos investigadores psicoanalistas han desarrollado teorías diversas, que

constituyen solamente variantes de poca consideración de estos dos enfoques básicos.

Desde el punto de vista cognoscitivo, la investigación del suicidio no ha avanzado mucho desde Durkheim, debido a que los psiquiatras y psicoanalistas se preocupan más por quienes han intentado suicidarse y por impedir que lo intenten quienes manifiestan tener tendencias suicidógenas, que por conocer mejor los caracteres del suicidio y su etiología. Más interesados en la terapéutica que en la ciencia y más en el enfoque psicológico que en el sociológico, no han sabido investigar cuáles son los factores o las condiciones sociales que se asocian con los intentos de suicidio y con su consumación.

Actualmente parece haber un consenso al considerar que el problema del suicidio, aún sin resolver satisfactoriamente respecto a sus causas, debe ser enfocado desde múltiples aspectos. Además debemos tener presente que se debe tratar suicidas, no suicidios.

## LEGISLACION SOBRE EL SUICIDIO.

### *Inducción al Suicidio:*

**Nociones Generales:** El delito generalmente conocido con el nombre de inducción al suicidio es una forma de la figura más ampliamente denominada participación en el suicidio de otro, y los códigos suelen contemplarla al lado de una con la cual guarda estrecha relación: la ayuda al suicidio, según puede verse en los códigos de Italia, España y Argentina, artículos 580, 409 y 83 respectivamente.

Suele aceptarse comúnmente que el suicidio es un verdadero atentado contra la ley natural, que perjudica a la sociedad y al Estado, que por razones de índole demográfica y económica tiene interés en conservar la existencia de todos los asociados, y que constituyen un mal ejemplo, que frecuentemente tiene imitadores.

Sin embargo, la opinión más difundida es que el suicidio consumado no debe sancionarse, por razones de política criminal. A quien se quitó la vida, ciertamente, no puede imponérsele una pena que no implique inferir maltratos al cadáver, lo cual resulta bárbaro y contrario a la piedad que todos los pueblos civilizados tienen por las personas difuntas. Otra sanción que puede imponerse y se imponía al suicida es la confiscación de sus bienes, el desconocimiento de los actos de su última voluntad; pero es ostensible que ella es injusta, por cuanto no perjudica sino a la familia ino-

cente, que ya tiene bastantes tribulaciones con la acción de los suicidas. Fabio Josefo informa de una medida de prescripción penal en sus tiempos: "Los cuerpos de aquellos que se dan voluntariamente la muerte permanecen insepultos hasta después de la puesta del sol, aunque sea permitido enterrar antes a quienes han sido muertos en la guerra".

Así bien, si el suicidio consumado no ha de ser punible, por los motivos que se acaban de expresar, por fuerza de lógica tampoco debe serlo el suicidio frustrado o intento suicida, pues entrañaría un manifiesto despropósito castigar el hecho menos grave mientras se deja impune el más grave.

Por otra parte, el reprimir la tentativa lleva a estimular a los futuros suicidas a ser más cautos y cuidadosos en la preparación de sus planes encaminados a autoeliminarse, a fin de asegurarse el éxito y verse libres de sanciones conminadas por el magisterio penal. Los legisladores incluyen a menudo la inducción y la ayuda al suicidio en el capítulo correspondiente al homicidio, aquellas son consideradas como un delito *sui generis*, de contenido propio, que participa del homicidio punible y del suicidio impune. Carrara justifica la punibilidad de la inducción y la ayuda al suicidio como delito autónomo, con las siguientes razones: Aún no teniendo yo derecho sobre mí mismo, y aunque en el hecho de matarme no pueda verse, en cuanto a mí, la violación de un derecho, sin embargo, es preciso reconocerme por cierto un derecho sobre los otros, de acuerdo con el cual ellos están obligados a respetar mi vida, y a no determinar que esta sea violentamente truncada, aunque sea por la misma mano mía".

El que voluntariamente coopera de cualquier modo a la muerte de un hombre, viola, sin duda el deber jurídico que tiene de respetar la vida ajena y de abstenerse de cualquier acto que pueda perjudicarla; y de este deber jurídico no lo libera el consentimiento de la víctima, porque es inatendible, en cuanto recae sobre una cosa que ella no dispone libremente. Y no hay razón jurídica para declararlo libre de tal deber por la mera accidentalidad material que el instrumento del cual él se valió para producir la muerte de otro fuese la mano de la misma víctima y no la propia o la de un tercero. La imputabilidad del instrumento no es una condición necesaria para la imputabilidad del motor del instrumento.

El anterior raciocinio parece incuestionable en orden a justificar la represión de la inducción al suicidio. Porque es elemental que el derecho a la vida que se reco-

noce a cada ser humano lleva ínsito el que no se atente a él, aunque sea a través de su titular, porque un tercero lo persuada que así debe hacerlo.

1. La ley 109 de 1922 contempló en su artículo 316 la inducción y la ayuda al suicidio, reprimidos con la misma pena, pero sólo "cuando el suicidio se cumpla".
2. El delito: Artículo 367. "Quien eficazmente induzca a otro al suicidio estará sujeto a la pena de tres meses a dos años de arresto. Cuando el agente haya procedido por motivos innobles o antisociales, se duplicará la pena".

Como se observa, nuestro Código no contempla como figura delictiva *sui generis* la ayuda al suicidio, sino que limita la acción del agente a la inducción al mismo, no obstante que a la comisión redactora se lo propuso como artículo original uno que contenía ambas modalidades. De esta suerte, quien preste cualquier cooperación a otro para que se suicide, siempre que el hecho no implique inducción, no incurra en delito alguno; quien entrega el arma o le suministra el veneno a la víctima, ejecuta un acto impune a la luz de nuestro derecho escrito.

#### FALACIAS DEL SUICIDIO:

En el curso de nuestra investigación, ya en el aspecto de revisión bibliográfica como en la recolección de datos tanto retrospectivos como prospectivos nos hemos encontrado con algunas creencias acerca del suicidio. Creencias que consideramos falacias que hay que rectificar. Vistas en conjunto, estas creencias erradas constituyen el folklore y la mitología del suicidio, y es muy importante desvanecerlas, puesto que sus consecuencias pueden ser estremadamente dañinas.

Entre los errores más divulgados se encuentran los siguientes:

1. **LA GENTE QUE HABLA DE SUICIDARSE NUNCA SE SUICIDA.** La experiencia de los investigadores ha demostrado que en un grupo de suicidas, por lo menos tres cuartas partes, o sea el 75%, habían intentado antes contra su vida o habían amenazado hacerlo, o habían hecho ambas cosas. Esto significa que aunque el acto suicida sólo sea un intento o una amenaza, estadísticamente hay que tomarlo en serio por la alta probabilidad que sea llevado a cabo.

2. **EL SUICIDIO SE COMETE SIN PREVIO AVISO.** El acto suicida NO se comete sin previo aviso; por el contrario, la persona suicida da muchas claves indicaciones y avisos de sus intenciones. El estar alertas y ser sensibles a estas claves, ayudará a prevenir el comportamiento suicida.

3. **EL PACIENTE QUE SE REPONE DE UNA CRISIS SUICIDA NO TIENE RIESGO DE RECAER.** Múltiples investigaciones han demostrado que casi la mitad de las personas que atra-vesaron una crisis suicida y posteriormente se suicidaron, lo hicieron dentro de los primeros 90 días después de la crisis emocional y cuando parecía que estaban en vía de recuperación. Este es un período crítico durante el cual los médicos, parientes y demás personas que rodean al paciente, deben ser especialmente pre-cavidos y observadores. Se toma a menudo como mejoría, aquello que en realidad es un aumento (peligroso) de energía psicomotora.

4. **SUICIDIO Y DEPRESION SON SINONIMOS.** Es un error común creer que sólo se suicidan las personas que están deprimidas. Muchos suicidios se llevan a cabo en períodos de agitación o ansiedad, psicosis, trastornos orgánicos u otros síntomas. Conducen a la muerte voluntaria muchos caminos además de la avenida de la depresión; sin embargo, la depresión es en sí, la indi-cación más elocuente del suicidio potencial.

5. **TODOS LOS SUICIDAS SON PERSONAS DEMENTES.** Entre los estudios de notas suici-das, muchos investigadores anotan que aunque los sentimientos expresados a menudo son inten-sos, trastornados y difusos en el momento de cometer el acto suicida, otras veces, casi tan frecuentes como las primeras la calidad de los argumentos, el juicio y la lógica expresados, son razonables, siempre que se acepten las premisas básicas. En una gran mayoría son personas ator-mentadas y ambivalentes, es decir, padecen de neurosis o de algún trastorno de la personalidad, pero no son dementes. Sería sofisma decir que porque el suicidio es un acto de locura, todo aquel que se suicida está loco.

6. **EL SUICIDIO ES UNA ENFERMEDAD UNI-CA:** En nuestro estudio y en los realizados por otros investigadores advertimos casi inmediata-mente que dicho acto reviste diversas formas y matices. Se comete en todas las edades, en

ambos sexos y en todos los niveles económicos. Si consideramos el suicidio como un acto final de autodestrucción, podrá verse que puede ocurrir en muchos grados, con diferentes significados, diferentes motivaciones y diversos grados de intento letal. Por lo cual consideramos que la primera y principal tarea de un trabajo científico rigurosamente llevado a cabo es formular una taxonomía o clasificación de los tipos de suicidio.

7. **EL SUICIDIO ES INMORAL:** Las actitudes hacia el suicidio se han modificado o transformado en el transcurso de la historia, desde el punto de vista cultural, moral, ético y religioso. Los estoicos griegos aprobaban el suicidio; las culturas orientales lo han sancionado, y en algunas tribus de las islas de los mares del sur se considera a menudo como una acción honorable. De ello se deduce que el mirar el suicidio como algo moral o inmoral depende de la época y del lugar donde le toca a uno vivir.
8. **SE PUEDE COMBATIR EL SUICIDIO MEDIANTE LEYES.** Las autoridades en la materia señalan que las leyes contra el suicidio pueden tener dos efectos adversos: una persona que desea privarse de la vida emplea métodos más radicales para estar segura de morir y no caer dentro de las sanciones de la ley; o personas que han hecho intentos infructuosos de suicidio pueden abstenerse de buscar consejo y tratar de suicidarse de nuevo.

miento, lo cual conduce también a un aumento en el número de suicidios perpetrados.

9. **LA TENDENCIA AL SUICIDIO ES HEREDITARIA.** No hay ninguna prueba evidente que el suicidio sea hereditario. El hecho que un padre y un hijo se suiciden no demuestra que sea una característica hereditaria. Existen algunos suicidios de aniversario pero estos casos son especiales y no son una regla general; que se deben más a una depresión que a una tendencia hereditaria.
10. **EL SUICIDIO ES "LA Maldición DE LOS POBRES" O "LA ENFERMEDAD DE LOS RICOS".** Algunos sociólogos y economistas han insinuado que el suicidio está relacionado con la posición socioeconómica; algunos lo atribuyen a la lucha del pobre, y otros al aburrimiento del rico. Ninguno de estos argumentos ha sido comprobado por estudios rigurosos los cuales indican, por el contrario, que casi todas las capas sociales contribuyen en proporción semejante a la tasa total de los suicidios.

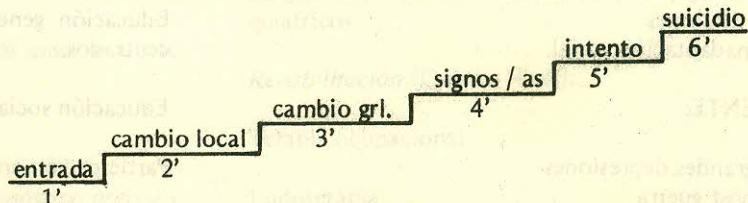
Hemos creído de vital importancia considerar estos 10 errores acerca del suicidio pues es preciso tenerles en cuenta cuando se quieren implementar programas de prevención del suicidio; y por ser necesarios para una rápida efectiva y real detección precoz de los grupos de alto riesgo.

## GENESIS DEL SUICIDIO

### PERIODO PREPATOGENICO

AGENTE  
HUESPED  
AMBIENTE

### HISTORIA NATURAL DEL SUICIDIO



### PREVENCION PRIMARIA

Promoción  
de la Salud

Protección  
Específica

### PREVENCION SECUNDARIA

Diagnóstico precoz y trata-  
miento oportuno

### PREVENCION TERCIARIA

Limitación  
Daño y Pre-  
vención de  
Secuelas

Rehabilitación

Primer Nivel Segundo Nivel

Tercer Nivel

Cuarto Nivel Quinto Nivel

### Período Prepatogénico.

Interacción de los factores que originan la multicausalidad suicidógena.

#### AGENTE:

##### 1. Causas:

- a. amorosas
- b. enfermedades mentales
- c. problemas económicos
- d. problemas familiares
- e. enfermedades incurables
- f. alcoholismo
- g. drogas
- h. otros

##### 2. Medios

- a. tóxicos
- b. armas de fuego
- c. ahorcamiento
- d. otros

#### HUESPED:

- a. agresividad reprimida
- b. estado de frustración
- c. estado de depresión
- d. retardo mental
- e. síndrome cerebral orgánico
- f. neurosis
- g. psicosis
- h. trastornos de la personalidad.
- i. trastorno emocional transitorio.
- j. trastorno de la conducta
- k. post-adolescencia
- l. menopausia y climaterio
- m. adicciones
- n. inadaptación social.

#### AMBIENTE:

- a. grandes depresiones
- b. post-guerra
- c. escasez de satisfacciones
- d. sistemas sociales ineficaces
- e. sistemas sociales represivos
- f. ambiente hogareño insostenible
- g. soledad social
- h. soledad espiritual
- i. medios de comunicación amarillistas
- j. suicidio en familia
- k. cultura

1. Estrada del agente. Estado de lucha, frustración, derrota, desamparo, etc. Reacción agresiva de destructividad.
2. Cambios anatomo-fisiológicos y bioquímicos locales. Hormonales, adrenales, gonadales. Cerebrales, vrg. trastornos en las síntesis purinas.
3. Cambios anatomo-fisiológicos y bioquímicos sistémicos por prolongación y magnificación central y periférica de los estímulos. Rechazo de ayuda. Inadaptación. Edad (joven o anciano). Se inicia depresión. Gradual o progresivo deterioro mental. Organización de planes suicidas.
4. Signos y síntomas. (Prodromos verbal, conductal, situacional y sindromático) Sentimiento de culpabilidad. Unión fantaseada con seres queridos después de la muerte. Ideas y sentimientos autodestructivos. Cansancio, irritabilidad y amenazas suicidas. Insomnio, ansiedad y llanto. Devaluación, desesperanza y desinterés. Imposibilidad de ver otras soluciones. Odio a otros y a sí mismo, autoacusaciones.

##### 5. Intento suicida... Reintento

#### RECUPERACION

##### 6. SUICIDIO consumado.

En cuanto al aspecto ya más concreto de las posibilidades a realizar en el campo de la prevención tenemos:

**PREVENCION PRIMARIA: Promoción de la salud (primer nivel):**

Educación general adecuada para capacitar hombres centrados.

Educación social y espiritual positiva.

Participación en creatividades sociales y religiosas.

Mejoramiento del ambiente laboral.

Mejoramiento del ingreso económico.

Planeación Familiar.

Nutrición adecuada.

Relación padre - hijos adecuados.

Promoción de la salud física y mental por la diversión sana, el deporte, el descanso y estimulación sensorial adecuadas.

Oportunidades de empleo por igual para proporcionar un rol social adecuado.

Seguridad externa.

Oportunidad para expresar emociones o impulsos de agresión adecuadamente.

**Protección Específica: (Segundo nivel):**

Medidas adecuadas de seguridad.

Evitación a factores suicidógenos.

Control médico estricto a suicidas frustrados o psicópatas rehabilitados y en tratamiento.

Evitación de enfermedades mentales de cualquier índole.

Actividades adecuadas en viejos y jóvenes.

Evitación de crisis emocionales.

Investigación ecológica del suicidio.

Lucha contra el alcoholismo.

Movilización de la comunidad para realizar actividades de prevención.

Buenos servicios médicos y de higiene mental.

Mejoramiento del cuidado social y de médicos de jóvenes y viejos.

Posibilidades reales de intercambio de amor y afecto recíproco.

Saneamiento social.

**PREVENCION SECUNDARIA: Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. (Tercer nivel)**

Centros de prevención del suicidio con oferta de ayuda y facilidades asistenciales las 24 horas del día.

Programas de detección y control a grupos vgr. divorciados.

Cursos de capacitación médica.

Superación pedagógica en las escuelas de medicina.

Detección precoz de gestos suicidas.

Uso adecuado de psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos y otras medidas)

Psicoterapia adecuada (entender el mensaje del suicida).

Seguimiento y control a casos frustrados o amenazas.

Centros de prevención del suicidio, servicios de rescate y emergencias.

Acercamiento del médico de una manera autoritaria y afectiva, involucrando en el estudio del caso a las personas significativas.

Investigación en población de alto riesgo.

Programas de detección a nivel gran público.

Seguimiento de pre o post-suicidas.

**PREVENCION TERCIARIA: Limitación del daño y prevención de secuelas. (Cuarto Nivel).**

Utilización adecuada de los recursos médicos para evitar que la afección pase a un estado más avanzado.

Centros de prevención del suicidio.

Centros de emergencias médicas.

Centros de salud mental adecuados.

Diagnóstico del mal de fondo y corrección vgr. psiquiátricos.

**Rehabilitación (Quinto Nivel):**

Terapia ocupacional

Ludoterapia

Recuperación sociofuncional controlada

Cambio psicosocial del incapacitado

Utilización al máximo de la capacidad remanente de empleos adecuados (racionalización, sublimación).

Reincorporación social.

Cualquier programación en uno de estos cinco niveles diferentes de prevención del suicidio traerá como consecuencia lógica una mejor vida para el individuo y la sociedad y por ende una disminución de las tasas de suicidio.

Tenemos, que la prevención del suicidio es una función importante encuadrada en el campo de la Salud Pública.

La cifra de seres humanos que todos los años ponen fin a sus vidas representa solamente un aspecto de la totalidad del problema relacionado con el suicidio; pues muchos casos no se notifican, hecho que se debe a una combinación de factores tales como la resistencia a calificar de suicidio una defunción por las repercusiones de carácter judicial y social, que tal calificación pudiera tener para la familia del muerto; en algunas ocasiones el silencio se debe a las dudas en cuanto a las circunstancias en que se produce la muerte.

#### *Posibilidades de Prevención:*

Cualesquiera sean las circunstancias locales, las medidas que se adopten para reducir la incidencia del suicidio deben tener la cuádruple finalidad de prevenir:

- a) el desenlace mortal de los actos suicidas;
- b) la repetición de dichos actos;
- c) el primer intento de suicidio; y
- d) la inclinación al suicidio.

El éxito de las medidas preventivas, dependerá en gran parte de la identificación precoz y del adecuado tratamiento de los grupos de población muy expuestos.

#### **JUSTIFICACION**

El suicidio es a la enfermedad mental y social, lo que la parte visible de un iceberg es al todo; y por lo tanto es un fiel reflejo del estado de salud mental de un pueblo y del estado social, histórico-político y económico de una sociedad.

La mayoría de los autores hacen notar el aumento del suicidio ha medida que se ha ido logrando un mayor desarrollo de la sociedad y teniendo en cuenta que Medellín es la ciudad de mayor desarrollo industrial en nuestro país con las subsiguientes connotaciones sociales que este hecho implica, queremos analizar la

Incidencia del Suicidio en este medio y dejar una base para que posteriormente en otros estudios puedan establecer comparaciones que permitan confirmar o negar este hecho.

Estas apreciaciones nos han motivado a realizar un estudio sobre la incidencia del Suicidio en Medellín, pues en la literatura existente no se encuentra ninguna investigación al respecto en este medio. Debido a la escasez de tiempo y a la dificultad de obtención de información confiable, limitaremos este estudio a los casos de suicidio consumado, para lo cual contamos con una buena fuente dada por los informes de anfiteatro, de necropsia y diligencias de levantamiento de cadáveres; los cuales se encuentran en los archivos de Medicina Legal. Basados en estos documentos podemos comprobar la presencia del suicidio como una causa de muerte.

Esperamos que este estudio sirva, al hacer aparente la magnitud del problema, como motivación para implantar por parte de quien corresponda un sistema adecuado de prevención.

#### **HIPOTESIS BASICA**

Dado el desarrollo general de Medellín consideramos que el Suicidio tiene una alta incidencia en esta ciudad.

#### **PROPOSITOS Y OBJETIVOS**

Los propósitos que mueven la realización de esta investigación son los de: establecer la incidencia del suicidio por edad, sexo, estado civil, condición socio-económica, medio usado y motivación del hecho; dejando una fuente de referencia para futuras investigaciones.

Inducir a los investigadores para que lleven a cabo estudios más profundos y extensos, dada la trascendencia de este fenómeno.

Y un último propósito, cual sería el de detectar los factores de riesgo y los grupos más expuestos, para que se establezca por parte de las autoridades respectivas, un programa de prevención del Suicidio.

#### **UNIVERSO**

El universo de esta investigación constituirá a su vez la muestra materia de estudio; y estará constituido por todos los casos comprobados de suicidio que se han presentado y se presenten en base al estudio de

los archivos de Medicina Legal y que correspondan a sucesos ocurridos en el área metropolitana de Medellín y su zona de influencia médico-legal, durante el período de enero de 1975 a septiembre de 1977.

## METODOLOGIA

1. Hicimos una revisión bibliográfica del tema para conocer su importancia y determinar las variables que se han de tener en cuenta en el presente estudio.
2. Se realizó una búsqueda retrospectiva de casos comprobados como suicidio en base al estudio de los archivos de Decypol y de Medicina Legal entre el 1o. de enero de 1975 y el 30 de Junio de 1977.
3. Se hizo un estudio de los casos que ocurrieron entre el 1o. de julio y el 30 de septiembre de 1977; mediante el llenado por parte de los familiares de la víctima de un formulario previamente confeccionado y que comprende las variables materia de investigación.
4. Los datos así obtenidos se tabularon y fueron sometidos a un análisis mediante el sistema manual; pues consideramos que es importante adiestrarnos en esta técnica, que será usada en nuestro medio regular de trabajo, dada la dificultad de contar con servicios IBM en nuestros sitios de origen y donde esperamos poder seguir trabajando en ésta o en similares investigaciones.

Algunos de los datos, cuando así lo permitían, fueron sometidos a pruebas estadísticas para saber si existió asociación significante. En otros casos prescindimos de estas pruebas, debido el escaso número de casos.

Debido a que se estudió todo el universo de casos, consideramos que no son necesarias las pruebas de significancia por ser un estudio descriptivo de una muestra altamente seleccionada. Aunque la inferencia poblacional se puede hacer por período considerado, el comportamiento secular del fenómeno permitirá o no hacer inferencias para cualquier otro momento diferente al del estudio.

Se cruzaron las siguientes variables: edad y sexo, edad, sexo y estado civil, ocupación y método empleado, método y lugar de ocurrencia, sexo y método empleado.

## TIEMPO PREVISTO

Para la realización de la investigación y contando desde la fecha de discusión sobre la escogencia del tema hasta su publicación calculamos un tiempo de 27 semanas, contando a partir del 1o. de mayo hasta el 8 de noviembre de 1977.

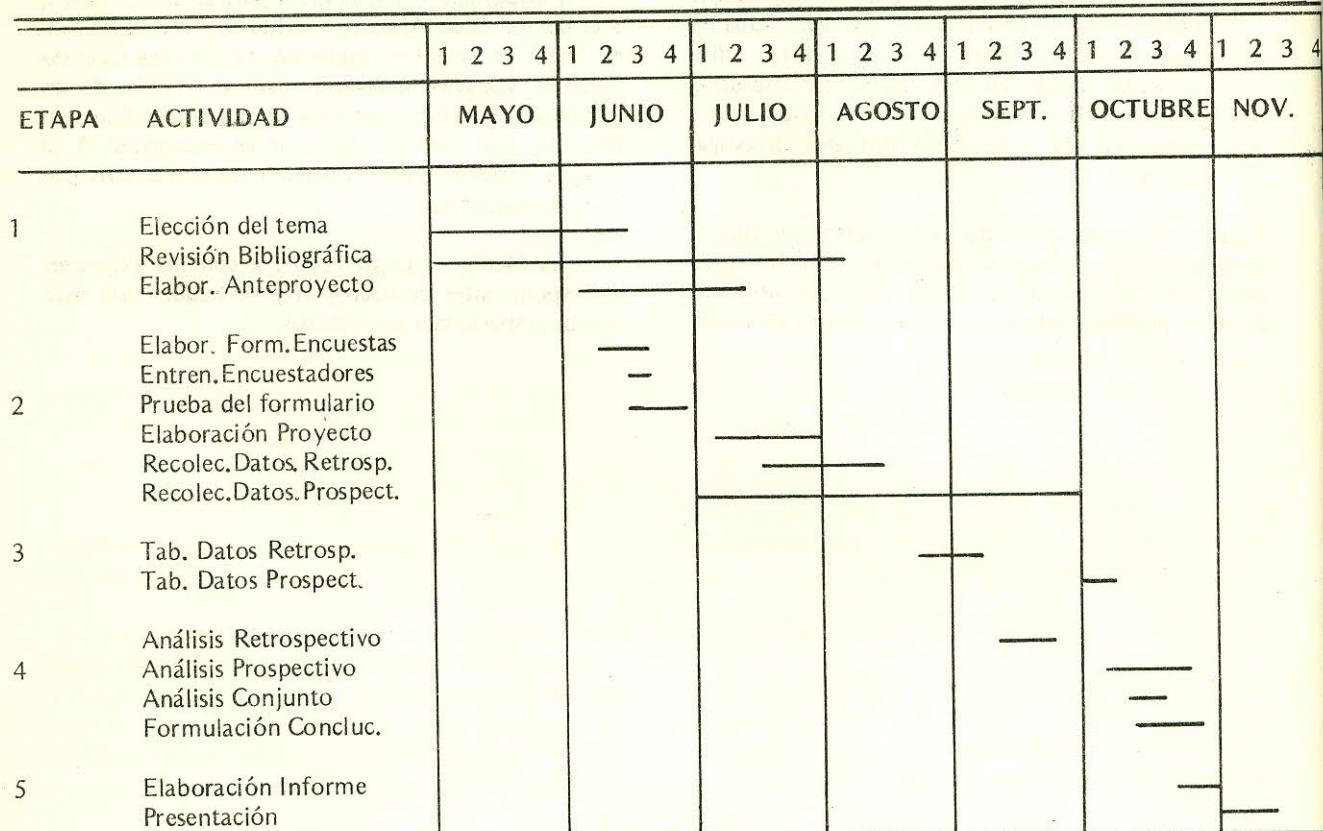
## RECURSOS NECESARIOS

Para la realización de la investigación contamos con la asesoría del doctor Alfredo Turizo C. quien nos colaboró en cuanto a dirección, organización, planificación y elaboración de resultados para su presentación; y el doctor César Augusto Giraldo G., Jefe de Medicina Legal de Medellín, quien nos facilitó los recursos físico y humanos necesarios para la revisión de los archivos y el diligenciamiento de los formularios, labor esta, que fué efectuada por los encargados de la morgue quienes fueron previamente entrenados por los investigadores.

Además Medicina Legal colabora con los exámenes correspondientes de necropsia y de Laboratorio para pruebas especiales a las víctimas.

## PERT PARA INVESTIGACION DE SUICIDIO

ETAPAS	ACTIVIDAD	FECHA INICIACION	TIEMPO (Semanas)	FECHA TERMINO C/U	CONVENCIONES
1	Elección del tema	Mayo 2	6	Junio 13	
	Revisión Bibliográfica	Mayo 2	15	Agosto 8	
	Elaborar Anteproyectos.	Junio 6	5	Julio 11	
2	Elabor. Form. Encuest.	Junio 13	1/2	Junio 17	
	Entren. Encuestadores.	Junio 17	1/7	Junio 18	
	Prueba del formulario	Junio 18	2	Junio 30	
3	Elaboración Proyecto.	Julio 6	3 1/2	Agosto 1	
	Recolec. Datos. Retrosp.	Julio 18	5	Agosto 16	
	Recolec. Dat. Prospect.	Julio 1	12	Septiemb. 30	
4	Tab. Datos Retrospec.	Agosto 22	2	Sept. 5	
	Tab. Datos Prospect.	Octubre 1	2/7	Oct. 3	
5	Ánalisis Retrospect.	Sept. 13	1	Sept. 22	
	Ánalisis Prospectivo	Oct. 3	5/7	Oct. 8	
	Ánalisis Conjunto	Oct. 8	3/7	Oct. 11	
	Form. Conclusiones	Oct. 11	1	Oct. 18	
5	Elabor. Informe	Oct. 18	1	Oct. 25	
	Presentación	Nov. 2	1	Nov. 8	



## RESUMEN DE COSTOS POR ETAPAS BASICAS DE LA INVESTIGACION

ETAPAS	PERSONAL	MATERIALES Y EQUIPO	VARIOS	TOTAL
Planeación	825.07	25	50	900.07
Ejecución	4.811.07	330	200	5.341.07
Procesamiento datos	1.298.22	20		1.318.22
Análisis				
Información	898.24	50		948.24
Presentación				
Resultados	661.22	500	250	1.161.22
TOTAL	8.493.82	925		9.668.82

### ANALISIS DE DATOS

A continuación nos referimos solamente a los datos más destacados aparecidos en nuestro estudio; de los cuales el 5.88o/o de los casos (25 casos) corresponden al aspecto prospectivo y el resto 94.11o/o de los casos (400 casos), al aspecto retrospectivo. Para los interesados en datos complementarios, basta la consulta de los cuadros y los gráficos que se encuentran en los anexos 2 y 3.

**SEXO:** En la población suicida, se nota la predominancia del sexo femenino (58.82o/o) frente al sexo masculino (41.18o/o) del total de 425 casos. La diferencia de la distribución entre los dos sexos es muy notable. Estas proporciones de varón a mujer (0.7 hombres por mujer), son diferentes a muchas proporciones calculadas por otros investigadores.

**EDAD:** Excepto por un pequeño porcentaje de suicidios, se conoció la edad cronológica de todos los casos. Los suicidios mostraron marcada variación en la distribución por edades.

Observamos que para el período de estudio, en el sexo masculino el mayor número de casos está comprendido entre los 15-29 años, siendo mayor en el grupo de 20-24; y en el sexo femenino es más frecuente de los 15-24 años, con un pico máximo entre los 15-19 años.

En ambos sexos se aprecia leve aumento entre los 45-49 años. El grupo etario menos afectado en hombres es el de 60-64 años y en mujeres entre 50-54 años. De los 25 años en adelante predomina el sexo masculino sobre el femenino.

Es triste anotar que el 35o/o de los casos corresponde a jóvenes menores de 19 años, siendo el más joven de 11 años.

Las diferencias entre el número de suicidios entre hombres y mujeres por grupo etario pueden observarse directamente en el anexo No 2 cuadro No. 1 d. y gráfico No. 1.

En este caso optamos por la prueba estadística del  $\chi^2$  que fué de 68.2 con una  $P << .05$ , lo cual demuestra que la diferencia existente es altamente significante.

**ESTADO CIVIL:** Apreciamos una mayor incidencia en solteros (68o/o), de los cuales 44.2o/o son mujeres y 23.7o/o hombres; en segundo lugar los casados (26.5o/o), del cual 14.8o/o son hombres y 11.7o/o mujeres. Los de menor representación son los viudos o separados.

Estos datos se corresponden a la distribución porcentual por estado civil de la población.

Los datos respecto a la unión libre no son confiables, pues son pocos quienes confiesan esta situación y pasan a figurar como solteros en los registros tomados como fuente de investigación. Se hizo prueba de chi cuadrado; que fué de 20.99 con  $P < .05$  lo cual demuestra que la diferencia observada es altamente significante. (cuadro No 2e y gráfico No 2).

**PROFESION U OCUPACION:** Se procuró comparar estas cifras con la distribución general de la población del municipio de acuerdo con la ocupación pero se carecía de datos exactos en este aspecto.

Encontramos que el suicidio es más frecuente en dedicados al hogar y oficios domésticos (33.80/o) en segundo lugar en estudiantes (20.40/o), profesiones no calificadas (180/o), negociantes (8.70/o), profesionales (3.060/o) y otras ocupaciones en menor proporción. (cuadro No, 3, gráfico No. 3).

**MES DEL AÑO:** Hay que tener en cuenta que este estudio se tomaron dos años completos (1975 y 1976), y un año con sólo nueve meses (1977); lo cual hace que no se puedan precisar porcentajes de ocurrencia.

de los

No apreciamos diferencias notorias en cuanto al sexo según el mes. El mes con más casos fue enero (50 casos), sigue julio con 42 casos, mayo con 39 y marzo con 38 casos; el mes con menos casos fué abril. (cuadro No. 4, gráfico No. 4).

**DIA DE LA SEMANA:** Apreciamos que los hombres ponen fin a sus vidas en viernes (20.50/o), en segundo lugar el miércoles (16.50/o); y las mujeres en domingo (20.80/o) y sábado (16.80/o). El día en que ocurren menos suicidios es el jueves (11.30/o) contra el domingo (17.40/o).

Se hizo  $\chi^2 = 16.8$  con una  $P < .05$ , lo cual muestra que hay diferencia significativa en el comportamiento de los suicidas según sexo en los días de la semana. (cuadro No. 5d, gráfico No. 5).

**HORA DEL DIA:** Tanto hombres como mujeres toman la decisión suicida y llevan a cabo el método elegido entre las 18-24 horas y en segundo lugar entre las 12-17 horas del dfa; dentro de este período de tiempo se presentan en hombres el 65.130/o de los casos y en mujeres el 69.20/o de los casos.

No se observó diferencia significativa en su comportamiento. (cuadro No. 6d, gráfico No. 6).

**LUGAR DE OCURRENCIA:** Respecto al sitio donde ejecutan el método autodestructivo, los hombres y mujeres deciden morir en su residencia (77.710/o y 92.40/o respectivamente). Sigue en frecuencia el lugar de trabajo, la vía pública, hotel y otros. (cuadro No 7d, gráfico No. 7).

**OCCUPACION Y LUGAR:** Se apreció primero oficios domésticos, estudiantes y otras ocupaciones ocurren en el hogar (86.30/o); los otros datos son muy pequeños, lo cual no permite sacar conclusiones, (cuadro No. 8).

**METODO SEGUN SEXO:** A priori, pensáramos que existen diferencias en los métodos empleados por las personas que mueren, y de hecho, así sucede. Los métodos de suicidio pueden dividirse burdamente en dos grupos: aquellos que llegan al punto del cual no hay retorno en una forma rápida, y, aquellos en los cuales dicho punto se alcanza gradualmente. Los primeros incluyen la muerte por proyectil de arma de fuego, lanzamiento, ahorcamiento, etc; y los segundos las drogas, algunos tóxicos y otros. Como se indica, existen diferencias en el método preferido de atentar contra la vida según el sexo.

Tanto en hombres como en mujeres el método más empleado es el uso de tóxicos, ya sean venenos insecticidas o venenos metálicos, (58.80/o y 89.20/o respectivamente para hombres y mujeres). En segundo lugar los hombres emplean el arma de fuego (26.80/o) y las mujeres las drogas (4.80/o); sigue en frecuencia: ahorcamiento, lanzamiento, incineración, inmersión y otros.

Se observa un  $\chi^2 = 101.38$  con  $P < .05$ , lo cual muestra un comportamiento diferente muy significativo visible claramente en los datos recogidos. (Cuadro No 9 d. gráfico No. 8).

**METODO Y LUGAR:** El mayor porcentaje, como ya se había mencionado se observa en el hogar (86.350/o). Prácticamente la mayor parte de los casos independiente del método ocurre en el hogar. Así tenemos que con tóxicos en primer lugar está el hogar, en segundo lugar el trabajo. Con arma de fuego primero es el hogar (44 casos); con droga en el hogar (15 casos); y ahorcados en el hogar (8 casos). En los demás sitios se presentan números muy bajos de casos. (Cuadro No. 10 d).

**POBLACION:** Se tomó como base de la población de Medellín la dada por el censo de 1973 y en base a este censo se hicieron las proyecciones para 1975, 1976 y

1977. Según estas proyecciones se hizo un promedio del período. Los porcentajes etáreos y de estado civil aplicados a estas poblaciones fueron dadas para 1973 y 1977. Somos conscientes de las limitantes estadísticas que esta metodología implica.

**INCIDENCIA POR EDAD:** Se aprecia mayor incidencia para hombres entre 50-54 años y en mujeres de 20-24 años. En segundo lugar para hombres entre 30-34 años y para mujeres entre 25-29 años. La incidencia total para hombres es de 28.88 y para mujeres de 35.88; estas cifras son dadas por 100.000 habitantes. La incidencia total para la población promedio del período fué de 32.62 por 100.000 habitantes. (Cuadro No.11 de gráfico No. 9). En 1975 fué de: 10.51. En 1976 y 1977 fué de: 16.14 y 5.88 respectivamente.

**INCIDENCIA POR ESTADO CIVIL:** La mayor incidencia se aprecia en hombres casados (36.94) y en segundo lugar en solteros (26.21); mientras en mujeres en primer lugar están las solteras (42.42) y en segundo lugar las mujeres en Unión Libre (32.4); incidencia dada por 100.000 habitantes.

Globalmente es mayor en solteros (34.88) y en segundo lugar en casados (31.31); los de menor incidencia son los viudos (9.59); datos que se relacionan al global de población por cada estado civil. (cuadro No 12d)

En 1975 para casados (10.72) para solteros (11.10); en 1976 casados (14.97) y solteros (18.24); en 1977 se tiene una incidencia para casados de (5.84) y para solteros de (5.78) Unión libre (9.49) por 100.000 habitantes.

En el aspecto prospectivo se apreció que las demás variables contempladas en la encuesta no dieron datos suficientes para sacar conclusiones valederas, por lo cual algunas de ellas por su similitud fueron conjugadas con las recolectadas en el aspecto retrospectivo.

Sin embargo, vale la pena anotar que de los 25 casos prospectivos 5 casos (20%) habían presentado intento suicida previo.

En cuanto a NOTA SUICIDA, los porcentajes son muy bajos y su variación puede ser por diferentes razones: la actitud oficial hacia las notas como documento público, diversos patrones para la certificación oficial de los suicidios, etc. El número reducido de notas se debe a que no son propiedad pública sino que permanecen en posesión de familiares o de otras personas.

Las notas son importantes por cuanto proporcionan la oportunidad de interiorizarse en los pensamientos y sentimientos de los suicidas.

En cuanto respecta a exámenes de laboratorio y necropsia, es sólo pertinente observar la cantidad de etanol en sangre. La presencia de otras sustancias químicas, simplemente refleja el método utilizado para privarse de la vida. Así mismo ocurre con los hallazgos anatopatológicos que son reflejo del método usado.

Referente al MOTIVO podemos decir que aunque se cree que las razones para suicidarse citadas en este estudio no constituyen un dato verdaderamente científico, se presentan no obstante, por el valor que tienen al punto de vista del interés general.

La fuente de los motivos fueron los informes de la policía y los obtenidos de los testigos. Otra fuente son las notas de los suicidas. Estas razones solo reflejan las causas precipitantes más superficiales para el comportamiento y dejan ocultos las principales razones que dan los hombres para quitarse la vida.

Desafortunadamente no se pudieron obtener los porcentajes de distribución racial en Medellín, lo cual impide sacar conclusiones acerca de la proporción racial relativa de suicidios dentro del municipio; además pocas encuestas allegaron esta información.

Los registros estudiados no incluyen el dato de religión. Algunas veces, se puede inferir este dato por el nombre de la agencia funeraria o del cementerio, pero no siempre es posible. La información sobre religión ha sido predominantemente "no se sabe", y, por lo tanto, no es posible hacer una comparación en individuos de diferentes religiones. En esta área, las tabulaciones simples a lo largo de una sola dimensión pueden enmascarar muchos datos significativos.

El lugar de nacimiento y el tiempo de permanencia en Medellín, no estaba indicado en número suficiente, de manera que es imposible hacer comparaciones.

## CONCLUSIONES

Con el presente estudio hemos comprobado que nuestra hipótesis que el suicidio es elevado en Medellín, es cierta; basados en los resultados del análisis. Debido a que las incidencias encontradas fueron de 10.51, 16.14 y 5.88 por 100.000 habitantes en los años 75, 76 y 77 respectivamente podemos afirmar lo dicho anteriormente.

Observamos que la incidencia presenta una curva biminiada con picos en el año 1976; para comprobar lo anterior es necesario realizar un estudio similar por un período de tiempo mayor.

La diferencia observada por sexos en este estudio en relación con otros trabajos, podría ser explicada por la composición de la población de Medellín.

El hecho de presentarse mayor incidencia en las horas de la noche y fines de semana en el hogar, puede ser debido a la pérdida de cohesión familiar y desorganización social que el desarrollo implica; aunque no se descartan otras influencias que pueden determinarlo. Esta hipótesis debe ser probada con estudios más extensos.

El uso exagerado de tóxicos puede deberse a la fácil adquisición de estas sustancias y a los efectos que la propaganda ejerce sobre su uso.

En el aspecto socioeconómico no se puede concluir con certeza ninguna afirmación por la carencia de información al respecto; aunque creemos que el suicidio no respeta clases sociales. Este hecho se podrá probar con estudios más dirigidos a este fin.

Apreciamos que las autoridades de Salud, invierten grandes sumas de dinero en prevención de enfermedades de baja incidencia; cuando se podría con menor costo prevenir el problema del suicidio.

## RECOMENDACIONES

Analizando el fenómeno creemos que lo más importante que se debe hacer respecto al problema del suicidio en Medellín es el establecer programas de prevención del suicidio mediante el uso apropiado y racional de los recursos existentes y mediante la legislación pertinente sobre el control, uso, venta y propaganda de tóxicos y otros elementos que en el presente estudio fueron detectados como métodos empleados por los suicidas. Así mismo como establecer mecanismos de estudio y corrección de los factores de riesgo que lo predisponen; lo mismo que el tratamiento integral adecuado de los grupos más expuestos.

Amén del desarrollo industrial y económico de la población recomendamos hacer programas de desarrollo y mejoramiento de las condiciones psicológicas del

pueblo lo cual traerá por ende un mejor estado general de la población que llevará a una reducción del suicidio. Así también se debe propender por dar una atención integral médico-psiquiátrica a los pacientes y familiares de pacientes que presentan diversos grados de intento o consumación suicida.

La conformación de los centros de prevención traerá unos beneficios del tipo que a continuación exponemos:

1. Los presuicidas reciben tratamiento que les salva la vida y que de otra manera no hubiesen recibido. Les ayuda a reintegrarse al medio en el cual se desempeñan y saber enfrentar los problemas que le indujeron a este hecho.
2. Se recoge y analiza mucha información necesaria sobre este fenómeno y se mejoran los registros y fuentes de información.
3. Se facilita el funcionamiento de los recursos disponibles, lo cual permite el manejo más adecuado de las personas suicidas y presuicidas.
4. Se proporciona información educativa a la policía, médicos, jueces, y otras personas que están en condiciones de descubrir a las personas presuicidas.
5. Se hace publicidad beneficiosa y adecuada para ayudar a vencer el prejuicio popular contra la atención psiquiátrica.
6. Se proporciona oportunidad para trabajos de investigación y el empleo de voluntarios para un Servicio de llamadas de emergencia.

Y por último debemos decir que dado que el suicidio es posible que se deba a un resultado de nuestra cultura competitiva, o sea el precio que pagamos por nuestra preciada libertad individual de hacer de nuestras vidas cuanto queramos. Y estos centros de prevención del suicidio nos permitirán afirmar nuestros diagnósticos, precisar nuestra terapéutica y hallar la respuesta a las preguntas que se formulen en este campo.

Hasta dónde podemos ver en el futuro, tanto el suicidio como su prevención seguirán presentando nuevos problemas; pero si somos consecuentes con nuestra obligación de dar salud, debemos ahora propugnar por saber más y más de este problema y empezar a solucionarlo para bien del futuro de nuestra comunidad.

## RESUMEN

Se presenta un estudio descriptivo retrospectivo y prospectivo sobre el suicidio en Medellín, en el período de enero de 1975 a septiembre de 1977. Se encontró mayor incidencia en mujeres y solteros. Respecto al lugar de ocurrencia se apreció gran número de casos en hogar; el método más empleado es el de envenenamiento, y en segundo lugar el de arma de fuego y drogas. Las edades afectadas son las de los primeros grupos etáreos considerados en nuestro estudio. La profesión mayormente representada fué la de hogar y oficios domésticos. El mes con más casos el de enero. El día más afectado el domingo y generalmente en horas de la noche y de la tarde.

La incidencia por 100.000 habitantes encontrada fué de 10.51 en 1975, en 1976 de 16.14 y en 1977 de 5.88 por 100.000 habitantes.

Los análisis de 1977 sólo comprenden hasta septiembre y fueron prospectivos mediante uso de formularios de encuestas a los familiares de la víctima desde julio de 1977.

Se presentan cuadros, gráficos respectivos; además del formulario empleado en el aspecto prospectivo.

Se dan conclusiones, recomendaciones y algunos conceptos sobre prevención del suicidio.

## BIBLIOGRAFIA

1. DE LA ROCHE, E. Suicidio e intento de suicidio. *Universitas* (Bogotá) 39: 272-283, Noviembre 1970.
2. DE LA ROCHE, E. y URIBE G.C. Intentos de Suicidio con medios tóxicos. *Tribuna Médica*, 37: 156-160, 1970.
3. LEON, Carlos A. et al. Características psicológicas de un grupo de suicidas frustrados. *Cali, Universidad del Valle*, 1971 14 p.
4. KESSEL, Neil. Muerte por suicidio. *Médico Colombiano* 11 (1): 33-35, Octubre 1966.
5. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. La decisión final del paciente suicida puede ser precipitada por el médico. *Médico Colombiano* 10 (9): 11-14, Junio 1966.
6. VELASCO, Jaime y SEGUIN, Alberto. Aspectos psicodinámicos en el intento del suicidio. *Anales del servicio de psiquiatría* 12(3): 82-114 julio-septiembre 1970.
7. VILLAMIZAR, Márquez, E. Contribución al estudio médico-legal del suicidio en Bogotá. *Bogotá, ABC*, 1946.
8. VERDUGO DE sí mismo. *Tribuna Médica* 11(8): B11-18, abril 1975.
9. CABALDO A, Héctor. El suicidio como problema de salud mental. *Salud Pública de México* 8(3): 441-451 mayo-junio, 1966.
10. EY, Henri et al. *Tratado de Psiquiatría*, 2 ed. *Barcelona Toray-Masson*, 1964. 93-94, 244. 945-960.
11. ENFERMEDAD ORGÁNICA Y SUICIDIO. *Tribuna Médica*, 46(9): noviembre 1972.
12. PACHECO O, Pedro. *Derecho Penal Especial*. Bogotá, Temis, 1972 t<sup>3</sup> p 352 ss.
13. DURKEIN, Emile. *El Suicidio*. México, Universidad Autónoma de México, 1974. 546 p.
14. LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1969. 89 p. (Cuadernos de Salud Pública, 35).
15. EL SUICIDIO. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública (Mimeo. 584)
16. WORLD HEALTH STATISTICS ANUAL. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1969-76.
17. COLOMBIA, Departamento Nacional de Estadística. Regional de Medellín. *Medellín en Cifras, ciudad tricentenaria, 1675-1975* Bogotá, 1976. 312 p.
18. BERNE, Eric. *Qué dice usted después de decir hola?* 3ed. Barcelona, Grijalbo, 1974. 402p.
19. HARRIS, Thomas A. *Yo estoy bien, tu estás bien*. 6 ed. Barcelona, Grijalbo, 1974 490p.
20. JAMES, Muriel y JONGEWARD, Dorothy. *Nacidos para triunfar*. Bogotá, Fondo Educativo Interamericano, 1975, 270p.
21. RUIZ-FUNES, Mariano. *Etiología del Suicidio en España*. Madrid, Reus, 1929 450p.
22. FREUD, Sigmund. *Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de las neurosis*. Madrid, Alianza, 1969. 231p.
23. FARBEROW, Norman y SHNEIDMAN, Edwin. *¡Necesito ayuda! Estudio sobre el suicidio y su prevención*. México, La Prensa Médica Mexicana, Fournier, 1969. 366 p.

**INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HBTS. SEGUN GRUPO ETARIO Y SEXO.  
MEDELLIN 1975.**

EDAD	SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
10 - 14		1.15	5.90	3.49
15 - 19		14.25	41.85	29.64
20 - 24		16.37	33.81	25.92
25 - 29		19.68	9.10	13.91
30 - 34		5.76	4.87	5.28
35 - 39		10.48	11.07	10.81
40 - 44		3.93	3.28	3.58
45 - 49		26.62	7.95	15.94
50 - 54		0.00	8.60	5.20
55 - 59		8.89	0.00	3.70
60 - 64		19.94	6.88	12.21
65 y más		11.02	3.83	6.78
GENERAL		7.94	12.75	10.51

**INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HBTS, SEGUN GRUPO ETARIO Y SEXO  
MEDELLIN 1976**

EDAD	SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
10 - 14		0.00	14.69	7.23
15 - 19		21.84	47.14	36.01
20 - 24		23.50	40.14	32.61
25 - 29		33.49	22.65	27.58
30 - 34		35.84	13.99	24.00
35 - 39		20.06	10.60	14.78
40 - 44		22.57	12.57	17.12
45 - 49		30.58	15.24	21.80
50 - 54		37.82	8.23	19.92
55 - 59		25.54	0.00	10.62
60 - 64		0.00	6.59	3.90
65 y más		26.38	0.00	10.81
GENERAL		15.19	17.52	16.44

INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HBTS. SEGUN GRUPO ETARIO Y SEXO  
MEDELLIN 1977

EDAD	SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
10 - 14		0.00	5.41	2.66
15 - 19		1.31	17.62	10.40
20 - 24		21.00	7.44	13.57
25 - 29		8.01	11.68	10.01
30 - 34		23.75	6.69	14.51
35 - 39		6.40	2.54	4.24
40 - 44		0.00	0.00	0.00
45 - 49		14.64	10.94	12.53
50 - 54		6.03	0.00	2.38
55 - 59		0.00	0.00	0.00
60 - 64		9.14	6.31	7.46
65 y más		10.10	0.00	4.14
GENERAL		5.84	5.91	5.88

INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HBTS. SEGUN GRUPO ETARIO Y SEXO  
MEDELLIN ENERO 1975 - SEPTIEMBRE 1977

EDAD	SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
10 - 14		1.09	25.97	13.35
15 - 19		36.83	105.67	75.28
20 - 24		61.07	80.23	70.07
25 - 29		60.66	43.54	51.32
30 - 34		66.12	25.62	44.18
35 - 39		36.75	23.83	29.54
40 - 44		26.32	15.70	20.53
45 - 49		71.31	34.26	50.10
50 - 54		44.09	16.45	27.37
55 - 59		34.03	0.00	14.15
60 - 64		28.62	19.75	23.37
65 y más		47.45	3.66	21.61
GENERAL		28.88	35.88	32.62

INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HBTS. SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO  
MEDELLIN 1975

E.CIVIL	SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
SOLTERO		7.87	13.91	11.10
CASADO		9.34	11.91	10.72
VIUDO		0.00	0.00	0.00
UNION LIBRE		0.00	19.35	10.35
SEPARADOS		0.00	0.00	0.00

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUÍA  
ESTADÍSTICA Y CENSO DE POBLACIÓN  
ESTADÍSTICA DE LA SALUD

INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HBTS. SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO  
MEDELLIN 1976

SEXO E. CIVIL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
SOLTERO	13.24	22.58	18.24
CASADO	21.46	9.33	14.97
VIUDO	5.16	4.49	4.80
UNION LIBRE	5.33	4.63	4.96
SEPARADOS	0.00	0.00	0.00

INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HBTS. SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO  
MEDELLIN 1977

SEXO E. CIVIL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
SOLTERO	5.22	6.27	5.78
CASADO	6.85	4.96	5.84
VIUDO	4.94	4.30	4.60
UNION LIBRE	10.20	8.87	9.49
SEPARADOS	0.00	6.25	3.34

INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HBTS. SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO  
MEDELLIN ENERO 1975 - SEPTIEMBRE 1977

SEXO E. CIVIL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
SOLTERO	26.21	42.42	34.88
CASADO	36.94	26.42	31.31
VIUDO	10.31	8.97	9.59
UNION LIBRE	15.97	32.40	24.76
SEPARADOS	0.00	6.52	3.49

SUICIDIO SEGUN EXISTENCIA O NO DE HIJOS  
MEDELLIN JULIO - SEPTIEMBRE 1977

HIJOS	SI	NO	TOTAL
No. de CASOS	8	17	25

SUICIDIO SEGUN EXISTENCIA DE CASOS  
ANTERIORES EN LA FAMILIA  
MEDELLIN JULIO - SEPTIEMBRE 1977

CASOS ANTERIORES	SI	NO	SE IGNORA	TOTAL
No. de CASOS	2	22	1	25

**SUICIDIO SEGUN CAUSA DESENCADENANTE**  
**MEDELLIN JULIO - SEPTIEMBRE 1977**

CAUSAS	No
AMOROSAS	4
ECONOMICAS	3
FAMILIARES	5
ENF. MENTAL	4
OTRAS	1
IGNORADAS	8
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>

**SUICIDIO SEGUN PRESENCIA O NO DE ACOMPAÑANTE**  
**MEDELLIN JULIO - SEPTIEMBRE 1977**

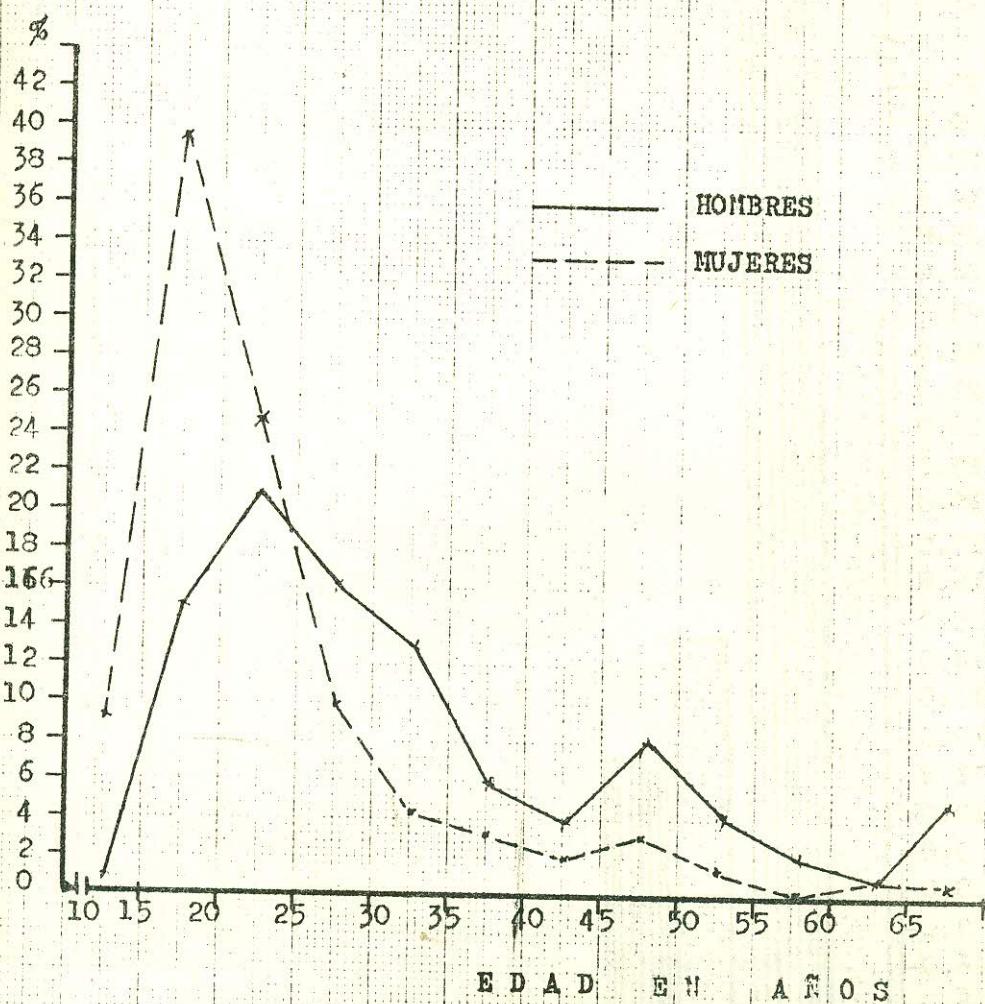
ACOMPAÑANTE	SI	NO	SE IGNORA	TOTAL
No. de CASOS	7	15	3	25

**SUICIDIOS SEGUN INTENTOS PREVIOS**  
**MEDELLIN JULIO – SEPTIEMBRE 1977**

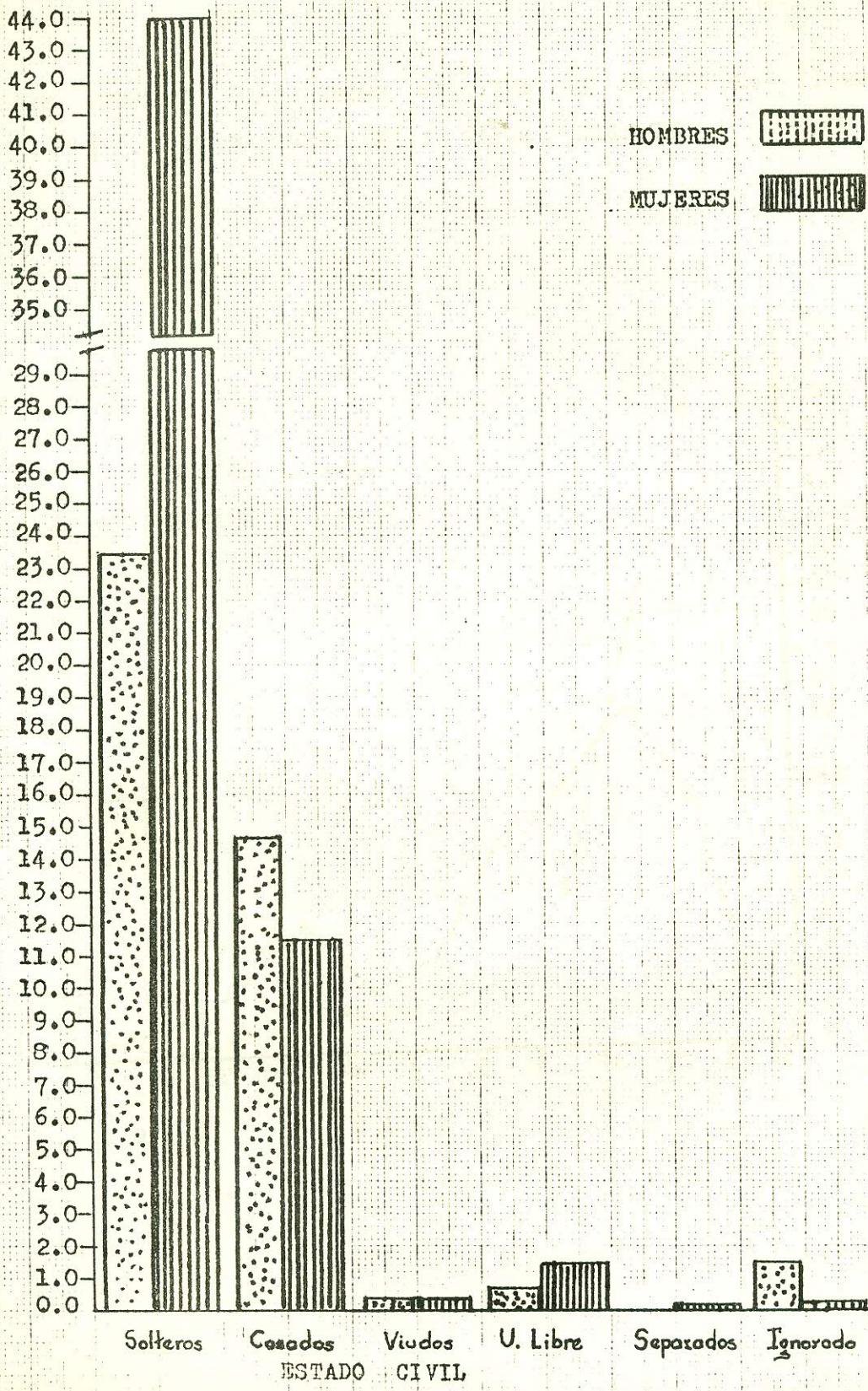
INTENTO PREVIO	SI	NO	SE IGNORA	TOTAL
No. de CASOS	5	18	2	25

Gr 1. PORCENTAJES DE SUICIDIO SEGUN SEXO Y GRUPO ETAREO

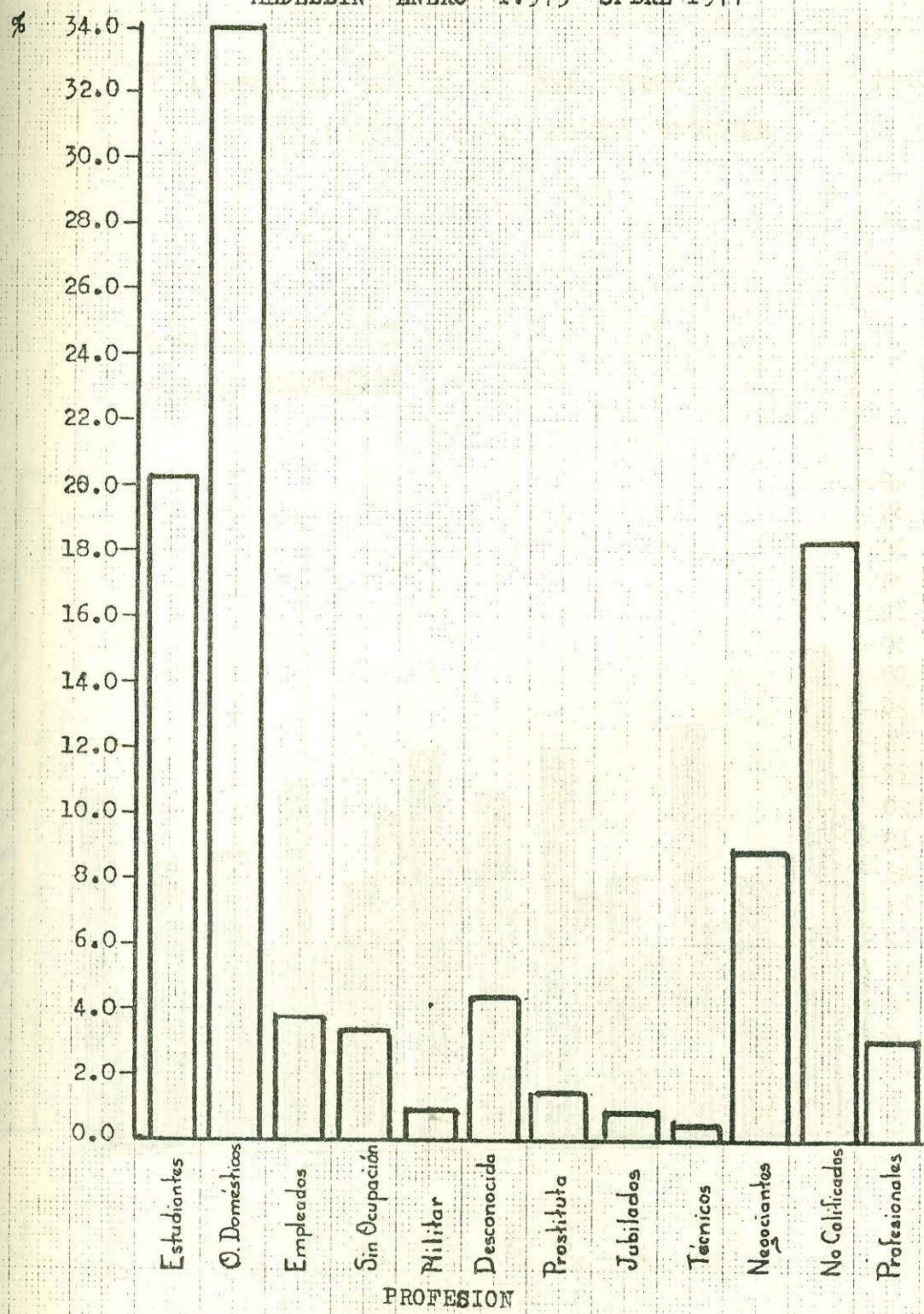
MEDELLIN ENERO 1.975 SEPTIEMBRE 1.977



Gr 2 SUICIDIO SEGUN SEXO I ESTADO CIVIL  
% MEDELLIN ENERO 1.975 SPBRE 1.977

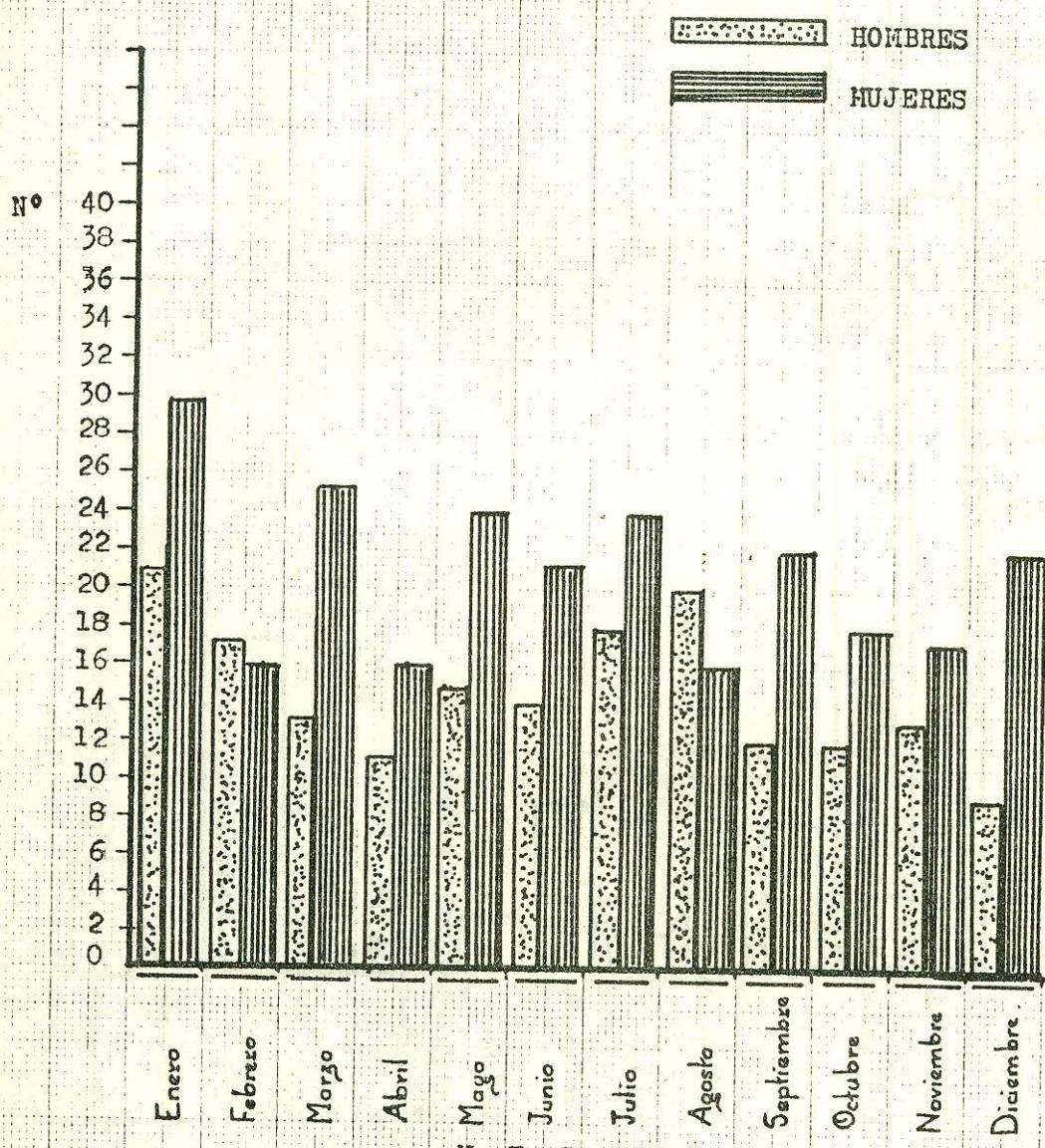


Gr 3 SUICIDIO SEGUN PROFESION U OFICIO  
MEDELLIN ENERO 1.975 SPBRE 1977



Gr 4 SUICIDIO SEGUN SEXO Y MES DE OCURRENCIA

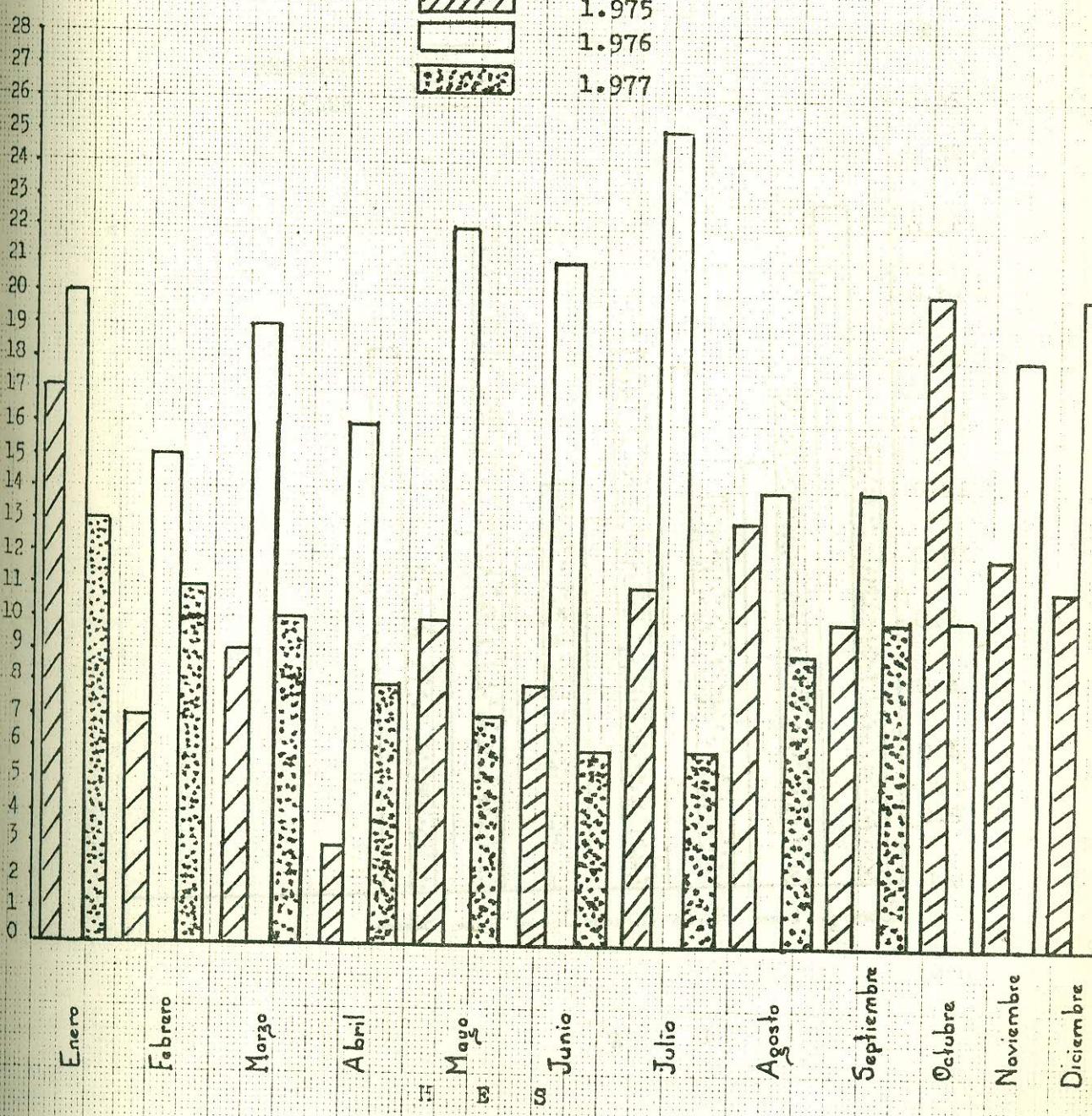
MEDELLIN ENERO 1.975 SPBRE 1.977



Gr. 4.a. SUICIDIO SEGUN MES Y AÑO DE OCURRENCIA

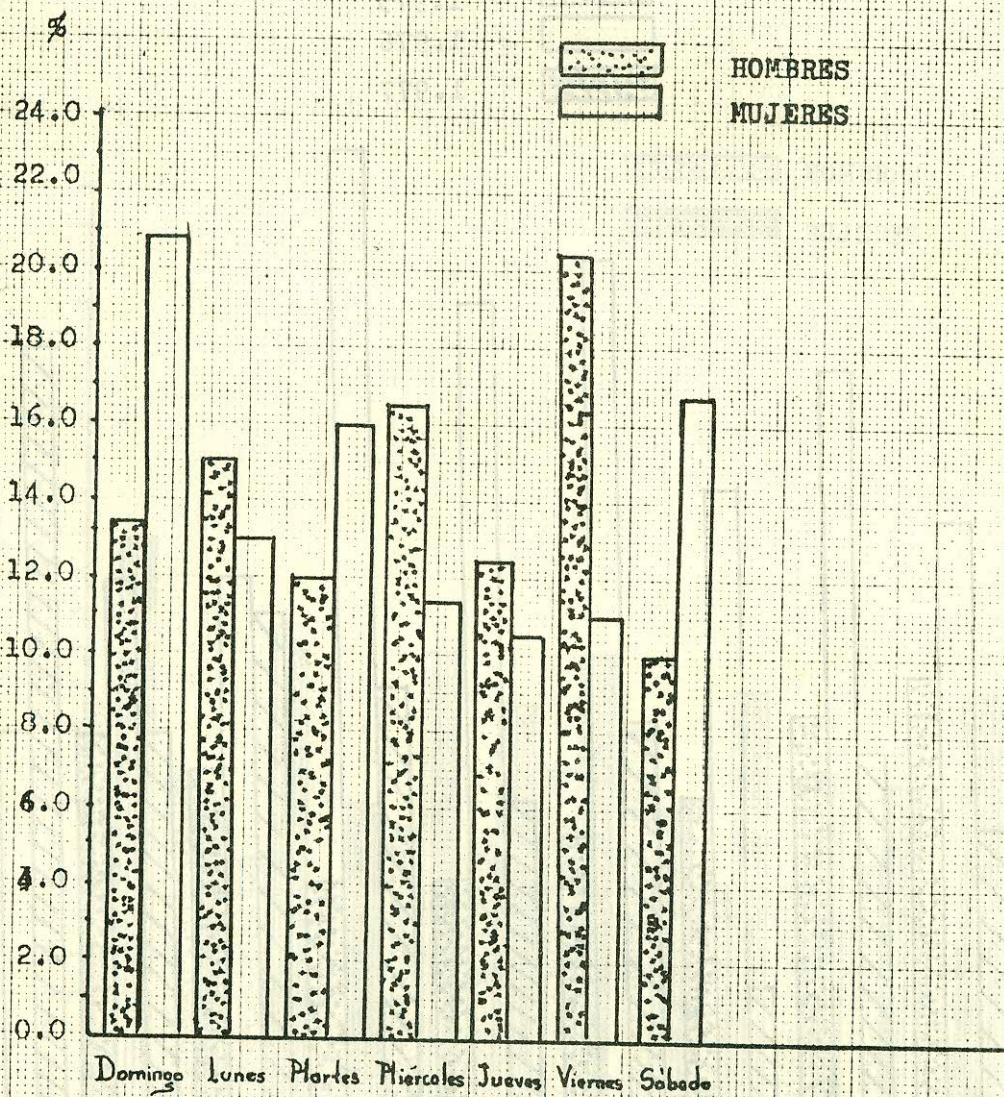
MEDELLIN ENERO 1.975 SPBRE 1.977

Nº



Gr. 5 SUICIDIO SEGUN DIA DE LA SEMANA Y SEXO

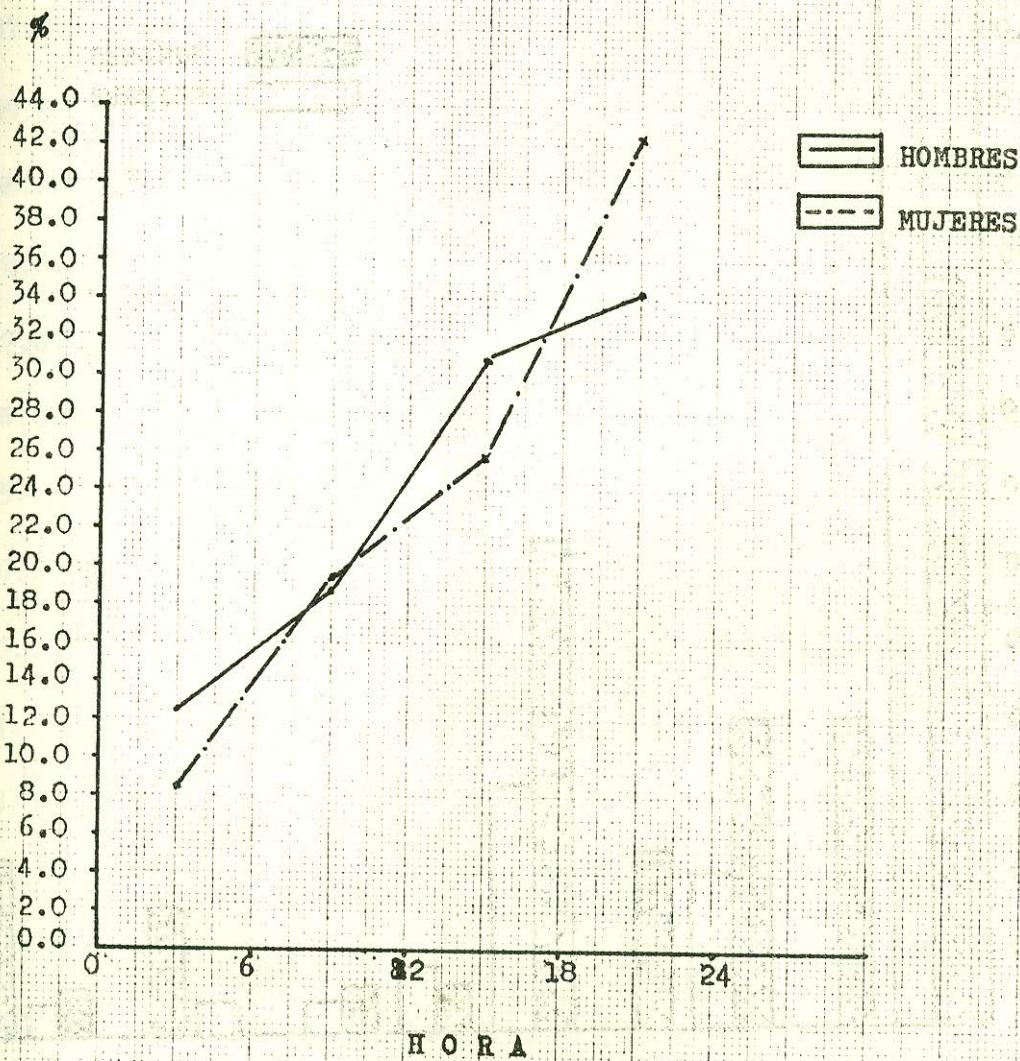
MEDELLIN ENERO 1.975 SPBRE 1.977



D. I. A

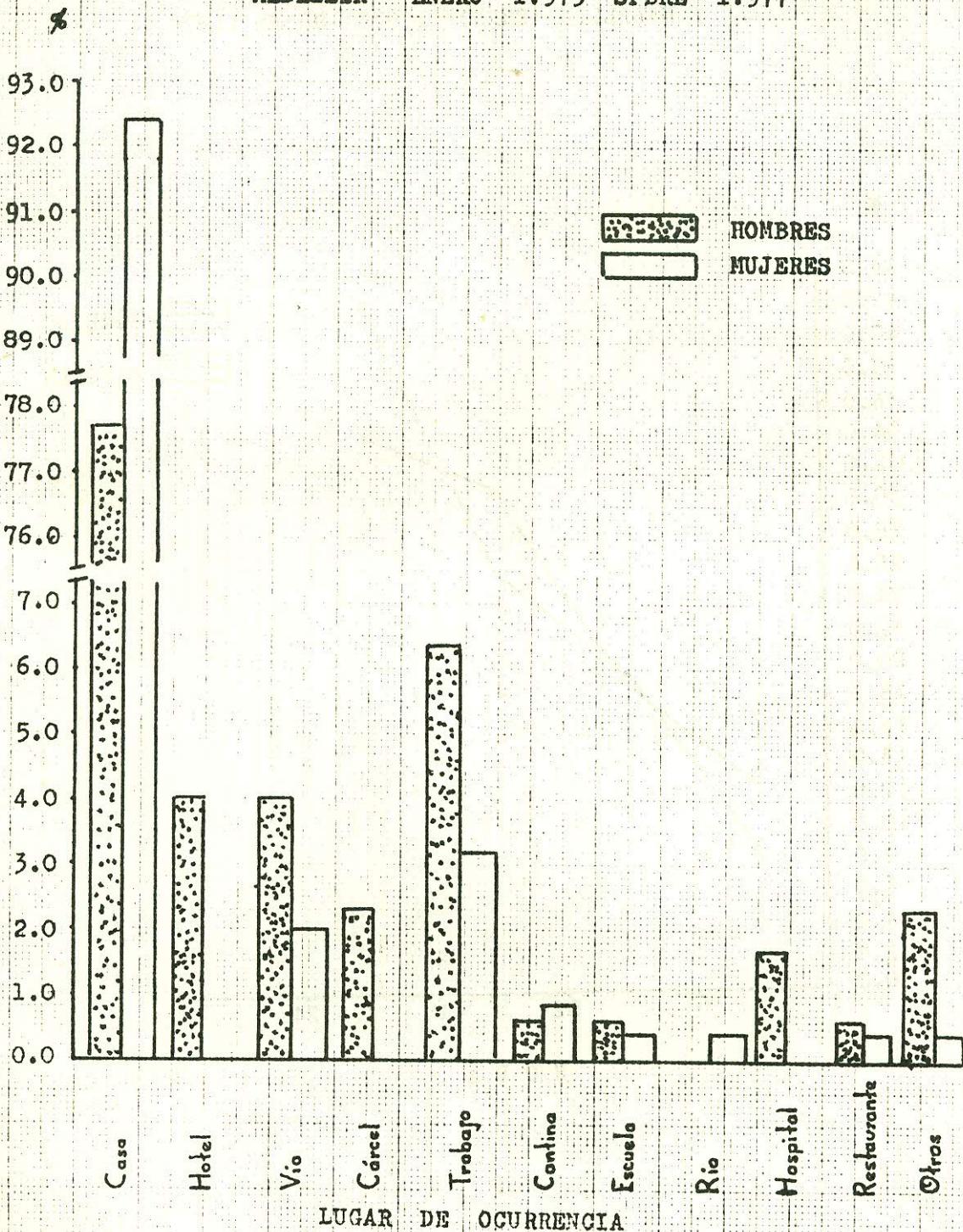
Gr 6 SUICIDIO SEGUN HORA DEL DIA Y SEXO

MEDELLIN ENERO 1.975 SPBRE 1.977



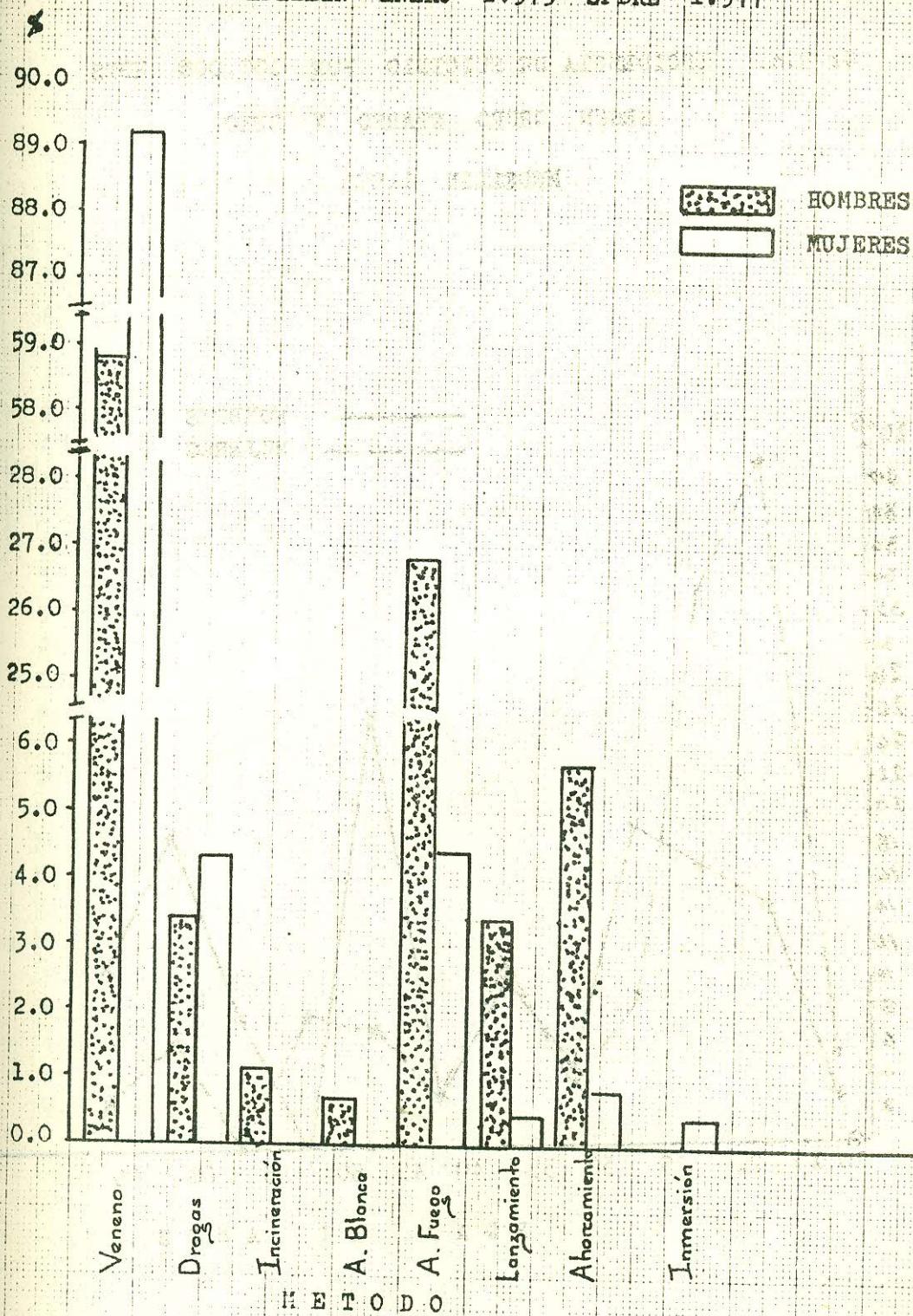
## Gr 7 SUICIDIO SEGUN LUGAR DE OCURRENCIA Y SEXO

MEDELLIN ENERO 1.975 SPBRE 1.977

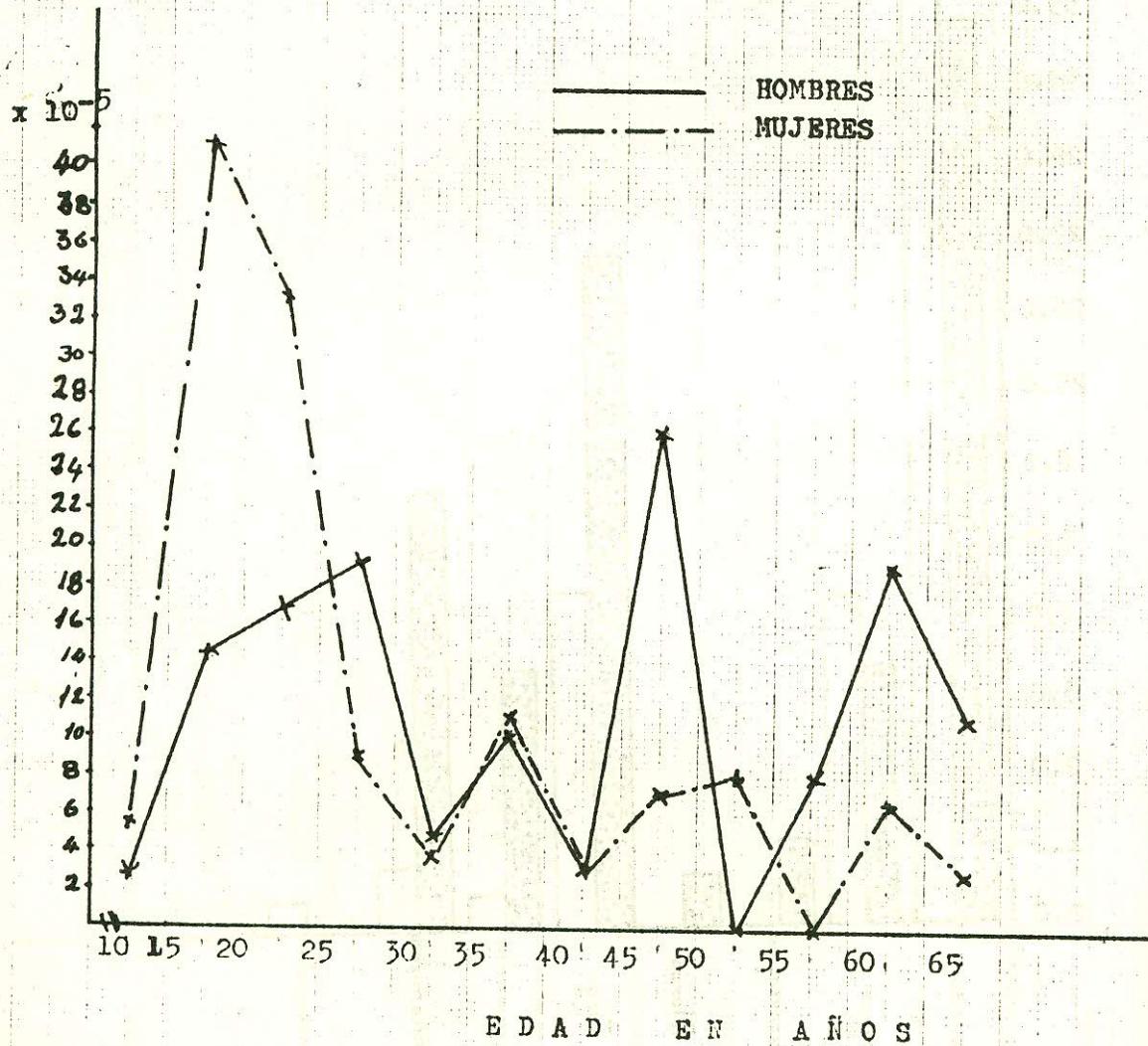


Gr 8 SUICIDIO SEGUN SEXO Y METODO EMPLEADO

MEDELLIN ENERO 1.975 SPBRE 1.977



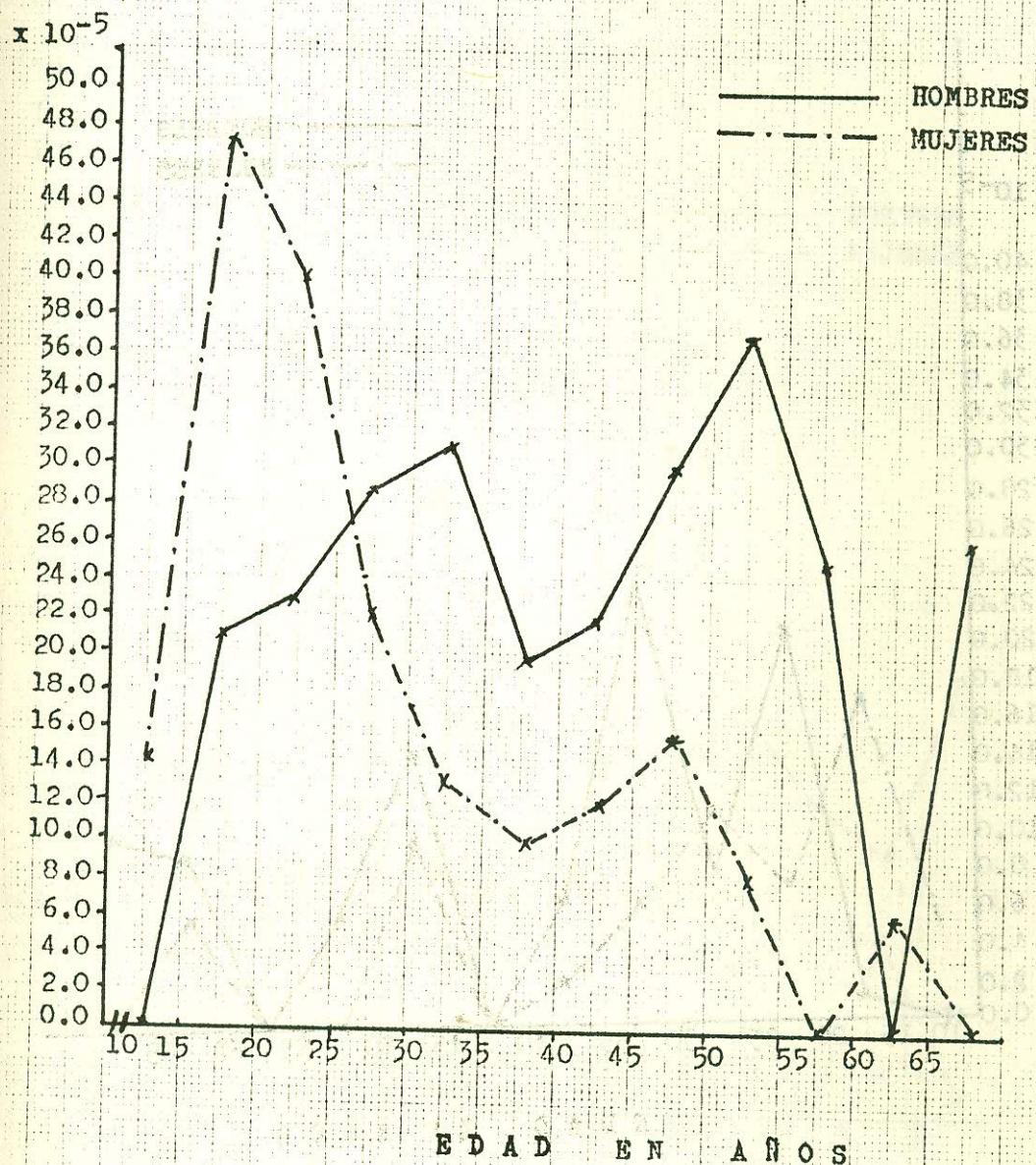
Gr 9.a. INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HAB.  
SEGUN GRUPO ETAREO Y SEXO  
MEDELLIN 1.975



Gr 9.b. INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HETS

SEGUN GRUPO ETAREO Y SEXO

MEDELLIN 1.976

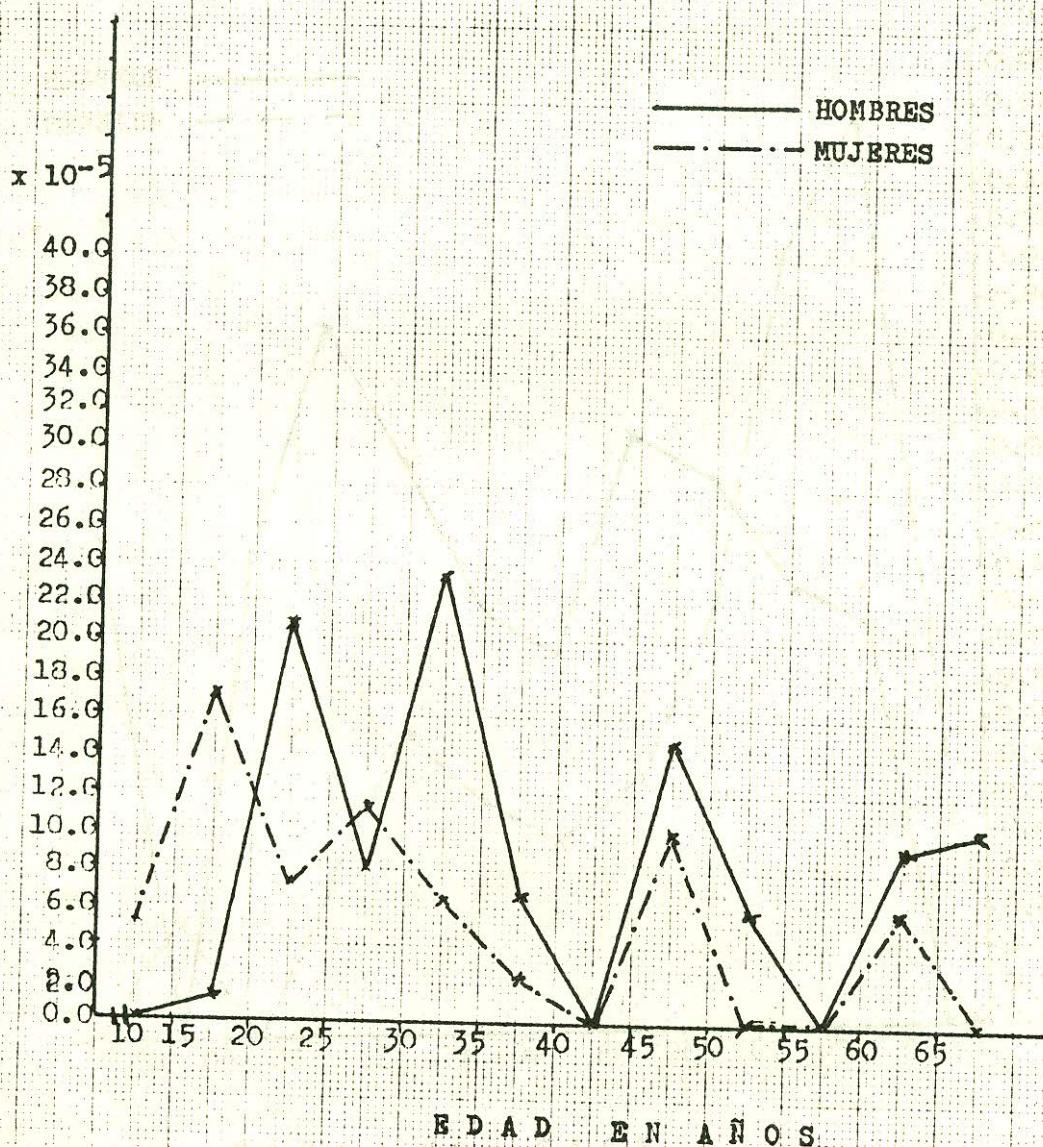


Gr 9.c.

INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HABTS

SEGUN GRUPO ETAREO Y SEXO

MEDELLIN 1.977

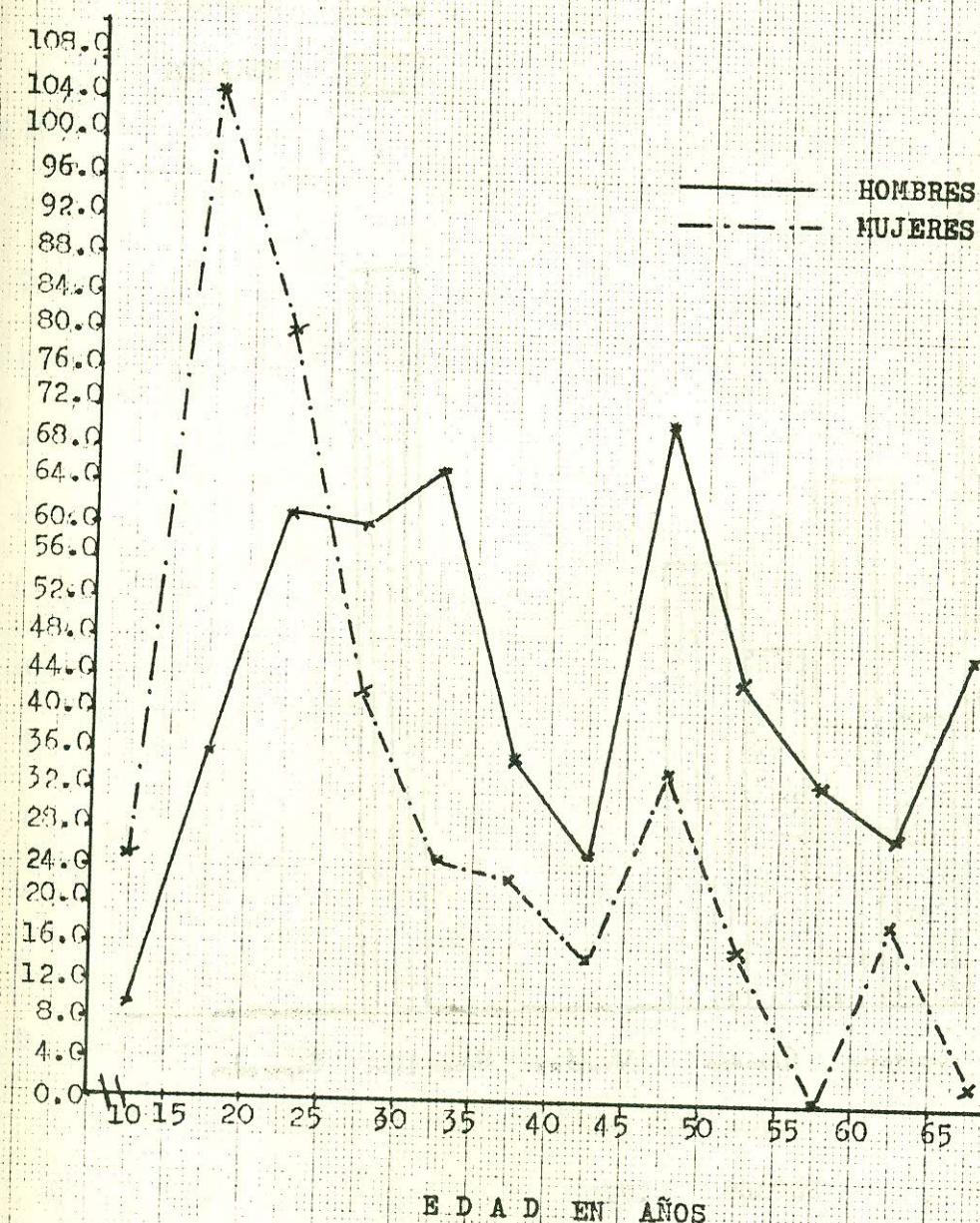


Gr 9.d.

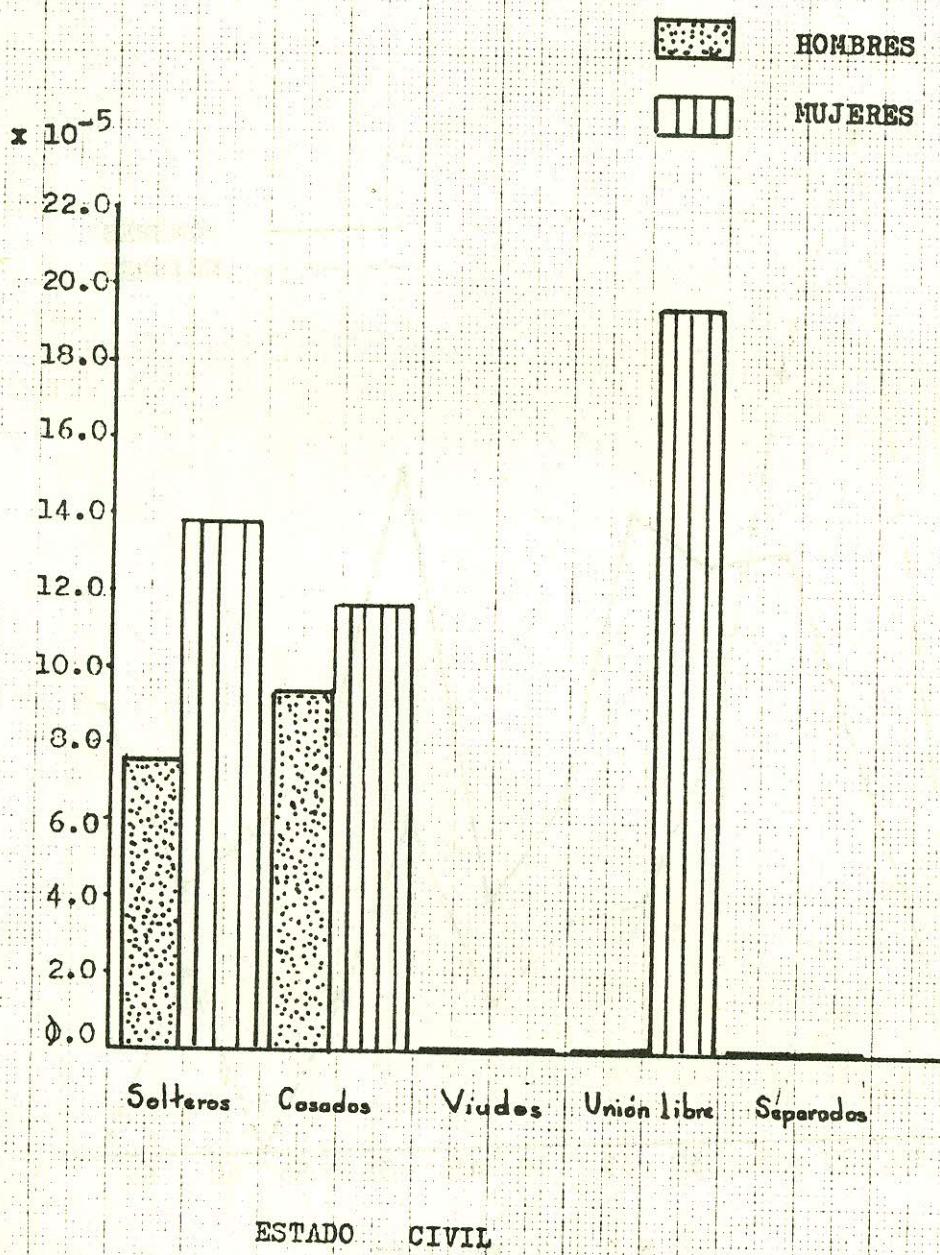
INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HAB.

SEGUN GRUPO ETAREO Y SEXO

MEDELLIN ENERO 1.975 SPBRE 1.977

 $\times 10^{-5}$ 

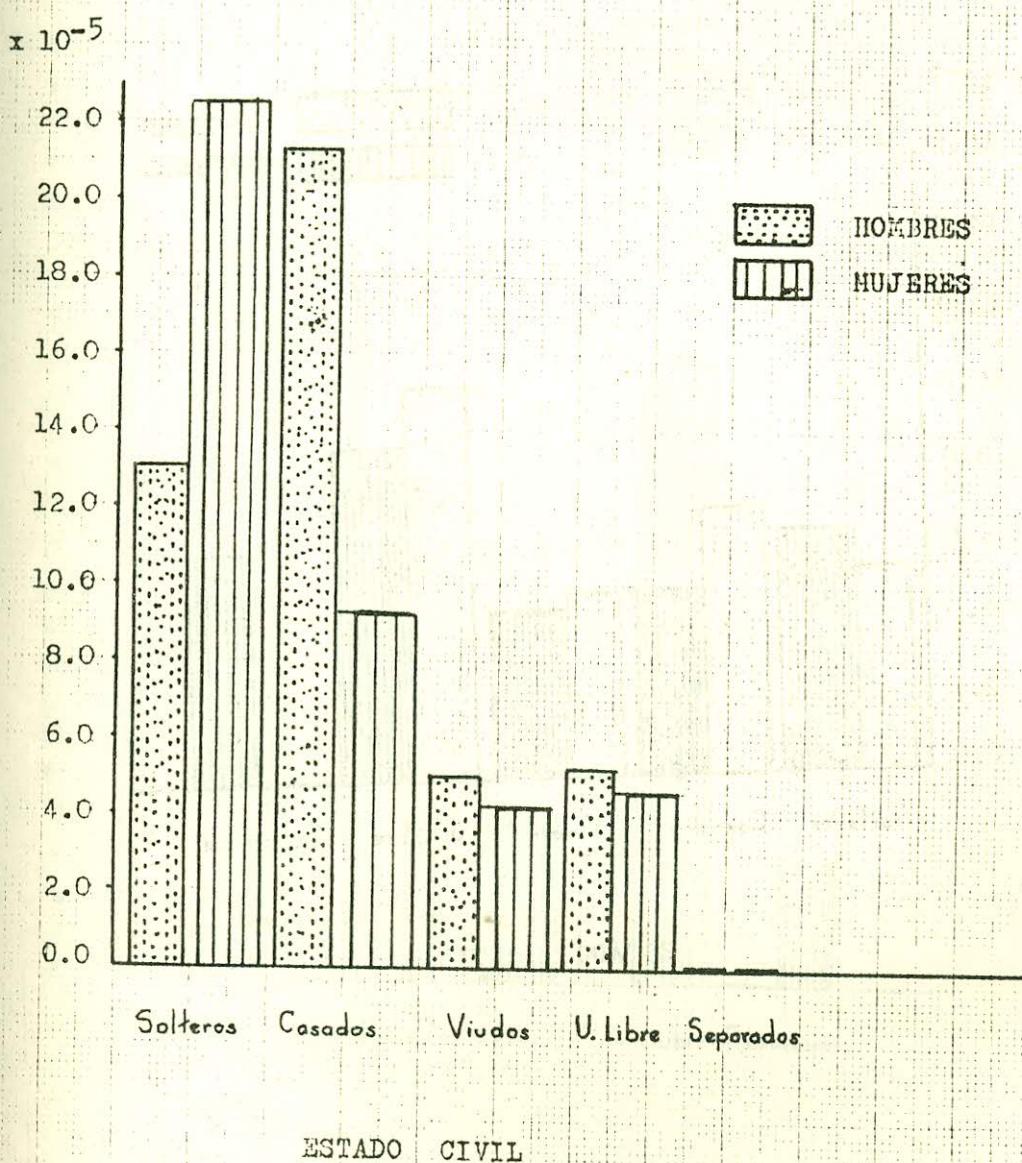
Gr 10.a INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HAB.  
SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO  
MEDELLIN 1.975



Gr 10.b. INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100000 HABTS

SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO

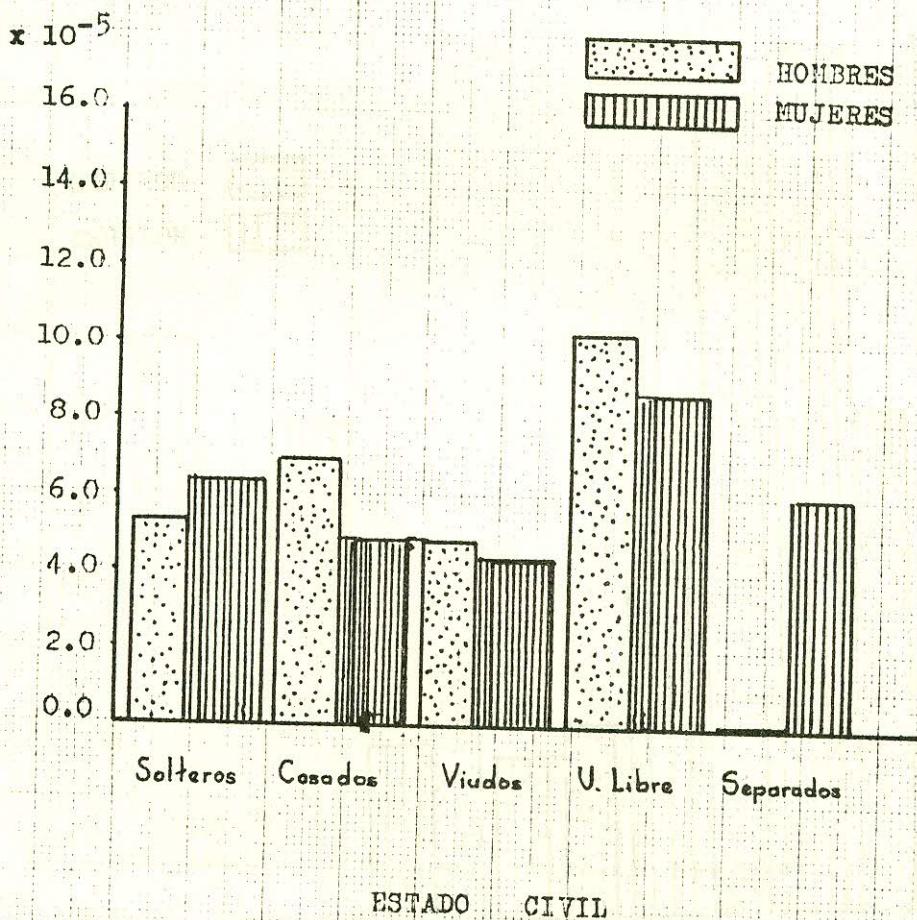
MEDELLIN 1.976



Gr 10.c. INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HETS

SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO

MEDELLIN 1.977



Gr 10.d. INCIDENCIA DE SUICIDIO POR 100.000 HABTS

SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO

MEDELLIN ENERO 1.975 SPBRE 1.977

