

MECANISMOS UTILIZADOS POR SUJETOS QUE CONSUMARON SUICIDIO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA ENTRE LOS AÑOS 2004-2010

MECHANISMS USED BY INDIVIDUALS WHO COMPLETED SUICIDE IN THE CITY OF SANTA MARTA BETWEEN THE YEARS 2004-2010

Karen Paola Brito Barrios* y Francys Sofía Córdoba Pérez*

RESUMEN

El tema del suicidio es considerado por la mayoría de los países como problema en salud pública. En Colombia el tema del suicidio igualmente se considera un problema de salud pública, debido a que se sitúa entre las primeras causas de muerte. Las tasas de suicidio en el mundo se mantienen e incluso se inclinan hacia el alza, evidenciando entre otras cosas la ineficacia o inexistencia de políticas en materia de prevención de este fenómeno. Una de las maneras de enfocar la prevención es a través de la identificación de los factores de riesgo y recientemente se ha brindado especial atención al método seleccionado para cometer el suicidio, partiendo del supuesto que al ejercer control sobre los métodos se puede generar una barrera entre la intención y el acto. El objetivo del presente estudio fue abordar el tema del mecanismo seleccionado por los sujetos que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta entre los años 2004 y 2010. Los resultados señalan que del total de suicidios consumados en la ciudad de Santa Marta entre los años 2004 y 2010, 96 fueron cometidos por hombres y 16 por mujeres. De las 16 mujeres que consumaron suicidio en este periodo de tiempo, doce (12) lo hicieron a través de intoxicación con sustancias químicas, tres (3) utilizaron el ahorcamiento como mecanismo para consumir el acto suicida y una (1) utilizó la sobredosis por psicotrópicos. Se concluye que los hombres utilizan mecanismos más letales para consumir el suicidio que las mujeres. (DUAZARY Suplemento 2011, 20 - 28).

Palabras clave: suicidio, género, método utilizado.

ABSTRACT

The issue of suicide is considered by most countries as a public health problem. In Colombia, the issue of suicide also is considered a public health problem because it is among the leading causes of death. Suicide rates in the world remains and is even inclined upward, showing among other things, the inefficiency or lack of policies to

*Estudiantes psicología Universidad del Magdalena



prevent this phenomenon. One way to focus is prevention through identification of risk factors and has recently been given special attention to the selected method to commit suicide, on the assumption that in exercising control over the methods to generate a barrier between intention and action. The aim of this study was to address the issue of mechanism selected by the subjects who completed suicide in the city of Santa Marta between 2004 and 2010. The results show that the total number of suicides in the city of Santa Marta between 2004 and 2010, 96 were committed by men and 16 women. Of the 16 women who completed suicide in this period, twelve (12) made it through chemical poisoning, three (3) used hanging as a mechanism to consummate the act of suicide and one (1) used overdose psychotropics. We conclude that men use more lethal mechanisms for completed suicide than women.

Keywords: suicide, sex, method used.

INTRODUCCIÓN

El suicidio se ha constituido como un fenómeno universal, presente en todas las culturas y en todas las épocas de la historia, no obstante, cada sociedad ha manifestado hacia él actitudes variables en función del principio filosófico imperante, pautas culturales, religiosas e intelectuales¹.

El concepto mismo de suicidio ha recibido múltiples acepciones, que van desde las explicaciones místicas adoptadas por las tribus primitivas, pasando por las concepciones sociales y llegando a las teorías multicausales que predominan en la actualidad^{2,3}.

La organización mundial de la salud (OMS) define el suicidio como el resultado de un acto suicida, por su parte el acto suicida es considerado un hecho por medio del cual un sujeto se causa así mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos⁴.

El tema del suicidio es considerado por la mayoría de los países como un importante problema en salud pública, no solo por los aspectos económicos relacionados con los años potenciales de vida productiva perdidos; además, es un tema que repercute directamente en el índice de salud mental de las personas cercanas al sujeto que comete el acto suicida⁵⁻⁸.

La incidencia de este fenómeno es difícil de establecer por cuestiones metodológicas y por el subregistro vinculado con la carga social que supone para los familiares del suicida, asumir esta situación; sin embargo, se ha identificado que países como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria y los países del Este de Europa

presentan tasas elevadas de suicidio por encima de 25/100.000 habitantes y países como España, Italia o Egipto presentan tasas por debajo de 5/100.000 habitantes; no obstante, la OMS alerta sobre el peligro de esta situación debido a que aproximadamente 10,2 millones de personas realizan algún intento que requiere atención médica y cerca de 30 millones estarían en riesgo aunque no busquen la atención^{9,10}.

En América Latina, existe variación en las tasas entre los distintos países, generalmente se encuentran entre baja y media, pero se han producido incrementos sostenidos en países como El Salvador¹¹, Uruguay y Venezuela¹².

En Colombia el tema del suicidio se considera un problema de salud pública, debido a que se sitúa entre las primeras causas de muerte¹³.

Las tasas de suicidio en el mundo se mantienen e incluso se inclinan hacia el alza, evidenciando entre otras cosas la ineficacia o inexistencia de políticas en materia de prevención de este fenómeno (13). Una de las maneras de enfocar la prevención es a través de la identificación de los factores de riesgo y recientemente se ha brindado especial atención al método seleccionado para cometer el suicidio, partiendo del supuesto que al ejercer control sobre los métodos se puede generar una barrera entre la intención y el acto¹⁴.

En el presente trabajo se abordará el tema del mecanismo seleccionado por los sujetos que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta entre los años 2004 y 2010. Típicamente se ha considerado que el método es un indicador de intencionalidad, de esta manera, a medida que aumenta la letalidad del método aumenta la intención o deseos de morir^{15,16}.

La investigación sobre el suicidio en distintos países ha encontrado diferencias relacionadas con el género en el comportamiento suicida. Se ha identificado que los hombres se quitan la vida cuatro veces más que las mujeres, y representan aproximadamente el 80% del total de los casos; a pesar de que las mujeres presentan intentos de suicidio en una relación 4:1.¹⁷⁻¹⁹ Una de las hipótesis planteadas para explicar este fenómeno es la letalidad del método seleccionado para cometer el acto suicida.

El método o herramienta es una de las razones que explican la brecha en las tasas de consumación del suicidio. En general, los hombres tienen más probabilidades de utilizar métodos que aseguren la letalidad que el escogido por las mujeres. El método de suicidio más comúnmente utilizado por los hombres en Colombia es el ahorcamiento (45,98%) y para las mujeres es la intoxicación por agentes químicos (24,09%)²⁰.

Debido a que las mujeres utilizan con mayor frecuencia intentar suicidarse por intoxicación, permite que exista mayor probabilidad de ser rescatadas o resucitadas en los servicios de emergencia, mientras que los hombres, quienes utilizan el ahorcamiento o el impacto por arma de fuego, los cuales son métodos más letales no permite tan fácilmente esta opción de salvamento en los servicios médicos. Las diferencias en la elección del método de suicidio contribuyen a la gran diferencia de género en los intentos de suicidio en comparación con la letalidad.

Las explicaciones de este fenómeno aluden a factores como la intención de morir, socialización de género y la disponibilidad de los métodos²¹⁻²³.

La revisión de la literatura existente indica que las diferencias de género en el método de suicidio se suele atribuir generalmente a la percepción de que las mujeres no quieren realmente quitarse la vida. De acuerdo con este razonamiento, las mujeres que intentan suicidarse en realidad no quieren morir y a través de un intento piden ayuda desesperada^{24,25}.

Las mujeres son más propensas a ingerir pastillas u otras sustancias tóxicas que aumentan la probabilidad de intervención; probablemente porque lo que existe es deseo y no intención de morir. El deseo de morir está vinculado con la insatisfacción del sujeto con su vida en el presente, mientras que en la intención, existe un plan determinado e incluso se llega a intentarlo^{26,27}.

Existe otra perspectiva que intenta explicar este fenómeno; de acuerdo con esta, la falta de socialización de las mujeres con las armas de fuego disminuyen la probabilidad de que ellas empleen este método para suicidarse; según esta corriente, los guiones culturales y los roles asignados a cada género influyen que las mujeres recurran a métodos como el envenenamiento o ahogamiento^{28,29}. Sin embargo, estudios de salud pública^{30,31} encuentran que el riesgo de suicidio aumenta con la presencia de un arma de fuego en el hogar. En estos mismos estudios se identifica que en el mismo año de la compra del arma, 24% de las personas se ven involucradas en intentos o suicidios consumados. Esta explicación de la disparidad entre los géneros en la letalidad de los métodos escogidos para cometer el suicidio, es suficiente para entender el método de proyectil de arma de fuego, pero no para otros métodos igualmente letales como ahorcamiento, o lanzamiento desde altura.

Una hipótesis más, apunta a explicar la diferencia en el uso de métodos de suicidio, se centra en la preocupación de las mujeres con la desfiguración física ocasionada con métodos letales^{16,32}. De acuerdo con esta perspectiva el aspecto estético incita a las mujeres a utilizar mecanismos “blandos” para suicidarse.

Es importante destacar que los estudios epidemiológicos sobre comportamiento suicida en diversas partes del mundo, coinciden en que existe una mayor prevalencia de suicidio consumado en hombres³³. En Europa la relación es 2:1 y en Colombia se ha reportado una relación 4:1³⁴.

El estudio de epidemiología del suicidio realizado en Chile, presenta en sus resultados que el método más utilizado por los hombres es el arma de fuego (30,19%) y el ahorcamiento (29,76%), por su parte las mujeres eligieron el envenenamiento en el (37,69%) de los casos, en tanto que los hombres recurrieron a este método solo en el 8%³⁵.

Investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, mencionan en el estudio sobre factores de riesgo asociados al suicidio, que el mecanismo que se utiliza para cometer suicidio cobra importancia como factor de riesgo cuando se analiza la letalidad que posee. En el mismo estudio se señala que los métodos infalibles están directamente relacionados con el suicidio consumado, edad avanzada y género masculino, mientras que las mujeres emplean métodos considerados pasivos y menos violentos³⁶.

En Cuba se han realizado múltiples estudios^{37,38} identificando que existe mayor incidencia de intento suicida en las mujeres (70,45%) mientras que los hombres presentan mayor incidencia de suicidio consumado (83,33%). Así mismo, se ha establecido que las mujeres emplean preferentemente mecanismos denominados blandos, ingesta de fármacos, intoxicación, y los hombres se caracterizan por utilizar métodos duros, ahorcamiento, impacto de proyectil, degollamiento y precipitación desde altura.

De acuerdo con otros autores³⁹ los factores asociados al suicidio se transforman con el tiempo; por ejemplo, en la década de los 70 el método más empleado era la intoxicación y ya en los 80% el ahorcamiento se constituyó en el mecanismo más prevalente⁴⁰. En la citada investigación se reporta que en la Ciudad de Bogotá entre los años 1985 y 1995 el mecanismo más utilizado para cometer el acto suicida fue el arma de fuego, seguido por intoxicación y ahorcamiento; ya para el año 2000 el ahorcamiento se constituye en el primer método y la intoxicación pasó a ocupar el tercer lugar.

En el estudio efectuado por otro investigador¹² en la ciudad de Medellín, Colombia se encontró que existen diferencias significativas relacionadas con el sexo en casos de suicidio consumado. Básicamente en esta investigación se determinó que el uso de arma de fuego, vivir solo e intoxicación etílica previa al acto se asocia con el género masculino; mientras que el suicidarse en la casa y dejar nota se asocia con el género femenino. Los autores concluyen que el hallazgo más consistente en el estudio de autopsia psicológica fue el uso de métodos más letales por parte de los hombres⁴¹.

La investigación denominada incidencia del suicidio consumado en el partido judicial de San Vicente del Raspeig Alicante (España) estableció entre otros aspectos que los hombres utilizan preferentemente la ahorcadura como mecanismo para quitarse la vida, seguido de la precipitación; las mujeres emplean la precipitación y la intoxicación para cometer el acto suicida. En este estudio la relación de las variables género y método se asoció significativamente con un ($p = 0,043$)⁴².

La relación existente entre el género y el método seleccionado para quitarse la vida ha demostrado tener una asociación; sin embargo, las causas de estas diferencias aún no se establecido con certeza.

Es claro que las políticas formuladas para contener este fenómeno deben tomar en consideración los factores de riesgo, y uno de ellos es precisamente el género (masculino directamente asociado con métodos letales); sin embargo estos factores de riesgo necesitan contar con una explicación brindada desde el estudio científico de los mismos.

El presente trabajo se centra en la descripción del mecanismo seleccionado por las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta entre los años 2004 y 2010 y su relación con el género.

MATERIALES Y MÉTODO

La presente investigación utiliza un tipo de estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, basado en datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia, sobre género y métodos utilizados en los suicidios consumados en la ciudad de Santa Marta para el periodo 2004 - 2010. Es de anotar que estos datos son reportados como suicidio consumado luego que los médicos forenses o patólogos efectuaron la autopsia respectiva y confirmaron el diagnóstico y el método o herramienta utilizada para la consumación del acto suicida.

Las tasas de suicidios consumados para cada año se calcularon con las proyecciones del DANE para el número de habitantes de la ciudad de Santa Marta por cada 100 000 habitantes. Las variables tenidas en cuenta para el presente estudio fueron el género y el método utilizado para la consumación del suicidio.

RESULTADOS

A continuación se presentan los suicidios consumados y las tasas para Colombia por cada 100 000 habitantes en el periodo 2004 - 2010.

MECANISMOS UTILIZADOS POR SUJETOS QUE CONSUMARON SUICIDIO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA ENTRE LOS AÑOS 2004-2010
KAREN PAOLA BRITO BARRIOS Y FRANCYS SOFÍA CÓRDOBA PÉREZ

Tabla 1. Tasas de suicidio en Colombia

AÑO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FRECUENCIA	1817	1786	1751	1771	1841	1845	1864
TASA	4.2	4.1	4.0	4.0	4.1	4.1	4.1

Fuente: INMLCF/DRIP/SIRDEC, 2011

En la tabla 2 se presentan las tasas del suicidio por cada 100.000 habitantes por cada año para la ciudad de Santa Marta.

Tabla 2. Tasas suicidio por cada 100.000 habitantes en la ciudad de Santa Marta periodo 2004 - 2010

AÑO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FRECUENCIA	15	14	18	17	19	11	18
TASA	3.7	3.3	4.2	3.9	4.3	2.4	4.0

Fuente: Para el número de suicidios por año el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF).

En la ciudad de Santa Marta durante los años comprendidos entre 2004 y 2010, se consumaron 112 suicidios, de ellos cuales 16 (14.2%) personas de sexo femenino y 86 (76.8%) de sexo masculino. Lo que equivale para los siete (7) años de estudio, que por cada mujer que se suicida 5.3 hombres lo hacen. Durante los años 2007 y 2008 no se presentó suicidio femenino.

En la tabla 3 se presentan los suicidios por método y género.

Tabla 3. Suicidios en la ciudad de Santa Marta por método y género para el periodo 2004 - 2010

SUICIDIOS 2004 - 2010 MECANISMO Y GÉNERO																	
MÉTODO UTILIZADO	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		TOTAL		
	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	
AHORCAMIENTO	9	2	6		10		13		12		7		12	1	69	3	
ARMA DE FUEGO	3		3		3		4		4		1		2		20		
INTOXICACIÓN				4		3			1			3		2	1	12	
SOBREDOSIS PSIC.				1												1	
ARMA CORTANTE	1														1		
CAÍDA ALTURA					1				1				1		3		
INMERSIÓN					1				0						1		
ARMA CORTOPUNZANTE									1						1		
TOTAL	13	2	9	5	15	3	17	0	19	0	8	3	15	3	96	16	
																112	

Fuente: Los autores basados en los datos suministrados por Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011



De la anterior tabla se puede notar que el método o mecanismo más utilizado para consumir el suicidio en la ciudad de Santa Marta fue el ahorcamiento con 72 casos (64%), de los cuales tres (3) equivalente al 4.1% fue efectuado por personas del sexo femenino; el arma de fuego sigue con 20 casos (17.8%), todos de sexo masculino; luego con un 11.6% (13 casos) la intoxicación con sustancias químicas, este método lo utilizó un solo hombre (7.7%); las caídas de altura en 3 casos (2.6%), todos de sexo masculino y con un caso cada una (.8%) la sobredosis, efectuada por una mujer, inmersión o ahogamiento, arma corto punzante y arma cortante, todos estos métodos utilizados por el sexo masculino.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se encontró que del total de suicidios consumados en la ciudad de Santa Marta entre los años 2004 y 2010, 96 fueron cometidos por hombres y 16 por mujeres.

De las 16 mujeres que consumaron suicidio en este periodo de tiempo, doce (12) lo hicieron a través de intoxicación con sustancias químicas, tres (3) utilizaron el ahorcamiento como mecanismo para consumir el acto suicida y una (1) utilizó la sobredosis por psicotrópicos.

Los hombres utilizaron mayoritariamente el ahorcamiento (69 sujetos), seguido del impacto por arma de fuego (20 personas), tres (3) saltaron desde altura, uno (1) murió por sobredosis, otro por inmersión, uno (1) por arma corto punzante y otro por arma cortante.

Lo encontrado en el presente estudio confirma los hallazgos de otras investigaciones⁴³⁻⁴⁵ en lo relacionado a la diferencia entre la letalidad de los métodos utilizados por hombres y mujeres.

Los estudios internacionales sobre el suicidio indican que esta conducta y particularmente el método de cometer el acto, varía entre los países. Existen patrones bien documentados, por ejemplo, el alto porcentaje de suicidios por arma de fuego en los Estados Unidos de América; situación que puede ser explicada por la facilidad de acceder a esta herramienta en ese país⁴⁶.

La elección de armas de fuego como mecanismo de suicidio podría estar relacionado con los roles de género,

desde esta perspectiva, es más permitido culturalmente el uso de armas al género masculino. Estos mismos roles de género, pueden mediar en la accesibilidad a las armas por parte de los hombres⁴¹.

En los países Asiáticos y en América Latina se ha identificado que el uso de plaguicidas es un mecanismo predominante para cometer suicidio^{47,48}.

La precipitación desde alturas es un método corriente en regiones urbanas como Taiwán, China y Hong Kong^{49,50}.

Aunque muchos factores influyen en la elección de un método de suicidio, estos patrones se pueden entender a partir de conceptos básicos como la aceptación social del método, es decir, (cultura y tradición) y su disponibilidad^{51,52}.

El análisis, las comparaciones interculturales y la identificación de patrones entre distintos países, contribuye a un mayor entendimiento de la interacción entre estos factores y se constituyen en un importante elemento para considerar en las estrategias de prevención.

Las distintas revisiones indican que el ahorcamiento es el método predominante de suicidio en la mayoría de los países del mundo, y su elección como método se asocia con el género masculino.

El conocimiento de los métodos suicidas debe ser un tema a considerar en el estudio de este complejo fenómeno, puesto que esta variable arroja información valiosa acerca del grado de violencia, letalidad e intencionalidad del acto.

Varias hipótesis neurobiológicas se han desarrollado para brindar explicaciones a las diferencias entre escoger métodos violentos y no violentos. El estudio del cerebro de las víctimas de suicidio por métodos violentos ha reportado datos importantes acerca de la neurotransmisión de la serotonina, noradrenalina y dopamina, así como cambios en la morfología celular. Los niveles de serotonina en cerebros de personas afectadas por depresión, trastornos por control de impulso, historial de tentativas de suicidio son bajos^{53,54}.

Otras hipótesis plantean que por ser las mujeres mayormente tratadas farmacológicamente para la depresión, estas tienen mayor acceso a los medicamentos para atentar contra su vida⁵⁵.

Por otro lado, se ha encontrado que los hombres que se suicidan presentan en mayor porcentaje intoxicación etílica a la hora de consumir el acto, esto podría explicar la impulsividad y la elección de métodos más letales¹¹.

Existen múltiples teorías que intentan explicar el fenómeno del suicidio, es un tema complejo que ha contado con innumerables aproximaciones desde diversos frentes; médico, filosófico, psicológico, sociológico e incluso místico y artístico; no obstante, la ciencia se encuentra distante de brindar respuestas definitivas a un evento que se considera multifactorial.

Los acercamientos e intentos por frenar este fenómeno han llevado a identificar una serie de factores de riesgo involucradas en el acto; uno de estos factores de riesgo es el género, precisamente por la diferencia entre hombres y mujeres para escoger método suicida.

En la actualidad se considera que restringir el acceso a los medios para cometer suicidio es un componente importante en la formulación de estrategias integrales de prevención; y la comprensión de los mecanismos que determinan la elección de un método u otro es absolutamente crucial para establecer rutas de manejo y fortalecer los protocolos de intervención.

Finalmente, las limitaciones del presente trabajo radican en el diseño utilizado, eminentemente descriptivo, lo cual impide generalizar los resultados a otros grupos poblacionales.

Se concluye que en la ciudad de Santa Marta, en el periodo estudiado de siete (7) años, los hombres utilizan métodos mucho más letales que las mujeres, lo que es similar a lo que sucede en Colombia y en el mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOBES J, GARCÍA L, SELJO J. Y SÁIZ, PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. *Psiquiatría Médica*. Editorial Masson. 1997.
2. Diekstra RFW, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behavior: an international perspective. *Suicide Life Threat Behav*. 1995; 25: 36-57.
3. ISOMETSÄ ET, LÖNNQUIST JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*. 1998; 173: 531-35.
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud. 2001.
5. Hernández W. Los suicidios en Colombia entre el libre albedrío y la prevención. *Forensis datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2002; 111-28.
6. Moscicki E. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*. 2001;1: 310-23.
7. Spijker J, de Graaf R, Ten Have M, Nolen WA, Speckens A. Predictors of suicidality in depressive spectrum disorders in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45:513-21.
8. Grava G, Ceroni GB, Rucci P, Scudellari P. Suicidal behavior and personality structure. *Suicide Life Threat Behav*. 2006; 36: 569-77.
9. Diekstra RWF, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *Rapp Trimest Statist Sat Mond*. 1993; 46: 52-68.
10. Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2004; 16(2):102-09.
11. García T. La autopsia psicológica en las muertes violentas. *Rev Esp Med Leg*. 1999; 23: 75-82.
12. González A. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *rev.colomb.psiquiatr*. 2010; 39(2) 251-67.
13. Sánchez M. El suicidio ha crecido cuatro veces en cinco años en los hombres. *El País* 5 de marzo, p. 36 (col. 1-4). 2002.
14. Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*. 1997; 20: 499 -517.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide fact sheet. 2009. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Suicide-FactSheet-a.pdf>. Accessed 8 agosto 2011.
16. Stack S, Wasserman I. Race and method of suicide: culture and opportunity. *Arch Suicide Res*. 2005; 9: 57-68.
17. Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2000; 30:282-88.
18. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization, Geneva. 2002.
19. Romero MP, Wintemute GJ. The epidemiology of firearm uicide in the United States. *J Urban Health*. 2002; 79: 39-48.
20. FORENSIS. Estadísticas de los suicidios en Colombia 2010. 2011.

21. Conwell Y, Duberstein PR, Connor K, Eberly S, Cox C, Caine ED. Access to firearms and risk for suicide in middle-aged and older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002; 10:407-16.
22. Kaplan MS, Adamek ME, Geling O, Calderon A. Firearm suicide among older women in the U.S. *Soc Sci Med*. 1997; 44: 1427-430.
23. Kposowa AJ, McElvain JP. Gender, place, and method of Suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41:435-43.
24. Dahlberg LL, Ikeda RM, Kresnow M. Guns in the home and risk of a violent death in the home: Findings from a national survey. *Am J Epidemiol*. 2004; 160: 929-36.
25. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley J R. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1996; 3: 25-46.
26. Martunnen MJ, Henriksson MM, Hillevi MA, Heikkinen ME, Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide among female youth: Characteristics and comparisons with males in age groups 13 to 22 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34: 1297-307.
27. Rudatsikira E, Muula AS, Siziya S, Twa-Twa J. Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in rural Uganda. *BMC Psychiatry*. 2007; 7: 67-71.
28. Cannelto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1998; 28:1-23.
29. McIntosh JL, Santos JF. Changing patterns in methods of suicide by race and sex. *Suicide Life Threat Behav*. 1982; 12: 221-33.
30. Kellermann AL, Rivara FP, Somes G, et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Engl J Med*. 1992; 327: 467-72.
31. Wintemute GJ, Parham CA, Beaumont JJ et al. Mortality among recent purchasers of handguns. *N Engl J Med*. 1999; 341: 1583-589.
32. Lester D. Why people kill themselves. Charles Thomas, Springfield. 2000.
33. Pycha R, Pompili M, Innamorati M, et al. Sex and ethnic differences among South Tirolean suicides: a psychological autopsy study. *Eur Psychiatry*. 2009; 24(1): 47-6.
34. Valenzuela D. Suicidio Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal. 2008.
35. Contreras A. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1996; 212-22.
36. Garcia-Marco R, Rodríguez-Pulido L. Epidemiology of suicide. En A. Seva (Ed.), *The European Handbook of Psychiatry and Mental health*. Barcelona. 1991.
37. Charón M, Vargas E, Mesa E. Análisis comparativo de la conducta suicida en un área de salud. *Rev Cubana Enfermer*. 2001;17(1): 51-7.
38. Trenzado NB, Parras E, López T. Suicidio, cuarta causa de muerte en Cárdenas, Matanzas. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2001; 39(2): 115-19.
39. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. Características de los Suicidas en Bogotá:1985-2000. *Rev. Salud pública*. 2004; 6(3): 217-34.
40. Allebeck P, Brandt L, Nordström P, Åsgård U. Are suicide trends among the young reversing?: Age period and cohort analyses of suicide rates in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996; 93(1): 43-8.
41. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple- group comparison study. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(6): 1093- 099.
42. Ayala G, Martí JB, Rodes F. Incidencia del suicidio consumado en el partido judicial de San Vicente del Raspeig (Alicante). *Cuad. med. Forense*. 2005; 40: 119-29.
43. Marks MS, Geling O. Sociodemographic and geographic patterns of firearm suicide in the United States, 1989-1993. *Health Place*. 1999; 5: 179-85.
44. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol*. 2006; 115: 616-23.
45. Townsend E, Hawton K, Harriss L, Bale E, Bond A. Substances used in deliberate self-poisoning 1985-1997: trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; 36: 228-34.
46. Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide. *Am Behav Sci*. 2003; 46:1192-210.
47. Eddleston M, Sheriff MH, Hawton K. Deliberate self harm in Sri Lanka: an overlooked tragedy in the developing world. *BMJ*. 1998; 317:133-35.
48. Eddleston M. Patterns and problems of deliberate self-poisoning in the developing world. *QJM*. 2000; 93:715-31.
49. Chan KP, Yip PS, Au J, Lee DT. Charcoal-burning suicide in post-transition Hong Kong. *Br J Psychiatry*. 2005; 186: 67-73.
50. Liu KY, Beautrais A, Caine E, et al. Charcoal burning suicides in Hong Kong and urban Taiwan: an illustration of the impact of a novel suicide method on overall regional rates. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61: 248-53.
51. Farmer R, Rohde J. Effect of availability and acceptability of lethal instruments on suicide mortality. *Acta Psychiatr Scand*. 1980; 62: 436-46.
52. Stack S, Wasserman I. Gender and suicide risk: the role of wound site. *Suicide Life Threat Behav*. 2009; 39: 13-20.
53. Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*. 2006; 11: 336-51.

MECANISMOS UTILIZADOS POR SUJETOS QUE CONSUMARON SUICIDIO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA ENTRE LOS AÑOS 2004-2010
KAREN PAOLA BRITO BARRIOS Y FRANCYS SOFÍA CÓRDOBA PÉREZ

54. Dajas F, Costa G, Rivero G, Dajas M. Estudio transcultural de la psicobiología del suicidio y la depresión. Rev Psiquiatr Urug. Rev Psiq Uruguay. 1998; 62: 23-30.
55. Jick SS, Dean AD, Jick H. Antidepressants and suicide. Br Med J. 1995; 310: 315-18.

