

Artículo Original

El suicidio como problema de salud pública en Honduras: Caracterización epidemiológica y estratificación por sexo

Suicide as a Public Health Problem in Honduras: Epidemiological Characterization and Stratification by Sex

Augusto Alfonso Rosales Meléndez 

Resumen

Introducción: El suicidio representa un problema relevante de salud pública en Honduras, cuyos patrones por sexo, edad y territorio han sido poco explorados. **Objetivo:** Caracterizar el suicidio en Honduras, con énfasis en las diferencias por sexo, grupo etario, mecanismos y distribución geográfica. **Materiales y métodos:** Estudio ecológico descriptivo. Se calcularon tasas crudas y estandarizadas de suicidio en Honduras entre 2013 y 2023, con estratificación por sexo, grupo de edad y municipio de residencia. Los datos se obtuvieron del Observatorio Nacional de la Violencia. Se analizaron patrones temporales, diferencias etarias y distribución geográfica. **Resultados:** Durante 2013–2023 se reportaron 4,498 suicidios en Honduras; 80% ocurrieron en hombres. En los hombres, la tasa de mortalidad estandarizada por edad por suicidio presentó un cambio porcentual anual (APC) de 6.6% (IC 95%: 4.1–9.7; $p < 0.001$), mientras que en las mujeres no se observaron variaciones significativas en la tendencia temporal. El mecanismo principal en hombres fue el ahorcamiento (51.6%), y en mujeres, la intoxicación o uso de fármacos (54.7%). La razón de tasas de suicidio aumentó un 3% por cada 10% de proporción de población rural a nivel municipal (RT=1.03, IC al 95%= 1.002–1.06, $p=0.03$). **Conclusión:** El suicidio en Honduras muestra un patrón diferenciado por sexo, edad y ubicación geográfica. Se identifican como grupos de mayor riesgo los hombres en edad adulta y mujeres adolescentes. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de políticas de salud mental con enfoque de género, culturalmente adaptadas y orientadas a la prevención a lo largo del curso de vida.

Palabras claves: Grupos de edad, Honduras, Salud Mental, Suicidio, Violencia

Abstract

Introduction: Suicide represents a significant public health problem in Honduras, whose patterns by sex, age, and geographic area have been scarcely explored. **Objective:** To characterize suicide in Honduras, emphasizing differences by sex, age group, mechanism, and geographic distribution. **Materials and methods:** Descriptive ecological study. Crude and age-standardized suicide rates in Honduras between 2013 and 2023 were calculated, stratified by sex, age group, and municipality of residence. Data were obtained from the National Observatory of Violence. Temporal patterns, age differences, and geographic distribution were analyzed. **Results:** Between 2013 and 2023, a total of 4,498 suicides were reported in Honduras; 80% occurred among men. In men, the age-standardized suicide mortality rate showed an annual percentage change (APC) of 6.6% (95% CI: 4.1–9.7; $p < 0.001$), while no significant temporal variations were observed among women. The main mechanism among men was hanging (51.6%), while among women it was poisoning or drug ingestion (54.7%). The suicide rate ratio increased by 3% for every 10% increase in the proportion of rural population at the municipal level (RR = 1.03, 95% CI: 1.002–1.06; $p = 0.03$). **Conclusion:** Suicide in Honduras shows distinct patterns by sex, age, and geographic location. Adult men and adolescent women were identified as the highest-risk groups. These findings highlight the need for gender-sensitive mental health policies, culturally adapted and focused on prevention throughout the life course.

Keywords: Age Factors, Honduras, Mental Health, Suicide

Introducción:

El suicidio representa un importante problema de salud pública a nivel mundial. Cada año, más de 700,000 personas pierden la vida por esta causa, lo que lo posiciona entre las 20 principales causas de muerte ^[1]. Aunque en países de ingresos altos se ha observado una disminución en las tasas, el impacto global sigue siendo elevado, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, donde ocurre aproximadamente tres de cada cuatro suicidios ^[1]. En la región de las Américas, se estima que alrededor de 100,000 personas fallecen por suicidio cada año ^[2].

La relevancia del suicidio como problema de salud pública se refleja en su inclusión dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a través de la meta de reducir en un tercio la mortalidad por enfermedades no transmisibles, incluyendo la tasa de suicidio como uno de los indicadores clave ^[3]. En el caso de Honduras, si bien existen estimaciones provenientes de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), resulta necesario contar con una caracterización estratificada, basada en datos locales, que contemple variables como el sexo, los grupos etarios y la distribución geográfica del fenómeno. Este enfoque permitiría diseñar políticas públicas de prevención más focalizadas, culturalmente pertinentes y adaptadas al contexto nacional.

Por tanto, el presente estudio tiene como objetivo caracterizar el suicidio en Honduras durante el periodo 2013–2023, con énfasis en las diferencias por sexo, grupo etario, mecanismos utilizados y distribución geográfica, con el fin de aportar evidencia útil para el diseño de estrategias de prevención específicas.

Materiales y métodos:

2.1 Fuente de datos:

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo ecológico, basado en datos del Observatorio Nacional de la Violencia en Honduras, el cual recopila información de la Policía Nacional, la Dirección de Medicina Forense y el Registro Nacional de las Personas (RNP) ^[4]. Los registros anonimizados de casos de suicidio incluyeron variables como edad, sexo y municipio de residencia, correspondientes al periodo 2013–2023. Los datos son de acceso público y están disponibles en la siguiente página web: <https://iudpas.unah.edu.hn/areas/observatorio-de-la-violencia/datos-abiertos/>

La definición y clasificación de los casos de suicidio fueron establecidas por el Observatorio Nacional de la Violencia. Se verificó la consistencia de los registros y se excluyeron 33 casos incompletos (0.7 % del total). No se identificaron duplicados ni inconsistencias relevantes. El procesamiento de datos se realizó en RStudio (versión 2024.12.1).

2.2 Análisis estadístico:

Se realizó la estandarización de las tasas mediante el método directo, expresándolas por cada 100,000 habitantes. Para ello, se utilizaron los pesos de la población estándar de la OMS para el periodo 2020–2025. Los intervalos de confianza al 95% (IC95%) se calcularon utilizando el método gamma.

El análisis de tendencia se efectuó mediante un modelo de Joinpoint Regression, aplicado a las tasas estandarizadas por edad y agrupadas por sexo, correspondientes al periodo de estudio (2013–2023). El análisis se realizó utilizando el Joinpoint Trend Analysis Software, versión 5.40 (National Cancer Institute, Bethesda, MD, USA). Se reportó el resultado del modelo como un porcentaje de cambio anual (APC, por sus siglas en inglés).

Se efectuó un modelo de regresión binomial negativa con variable dependiente la tasa de suicidio, offset: el log de la población y variable independiente la proporción de población rural a nivel municipal. En todos los análisis inferenciales se usó el valor de $p < 0.05$ como medida de significación estadística.

Asimismo, se calcularon tasas crudas de suicidio de forma desagregadas por sexo y grupo etario. Se estimó la frecuencia relativa (porcentaje) de los mecanismos de suicidio y de las armas utilizadas, con el fin de describir su distribución. Para representar la distribución espacial del suicidio, se generaron mapas coropléticos que muestran las tasas estandarizadas por municipio.

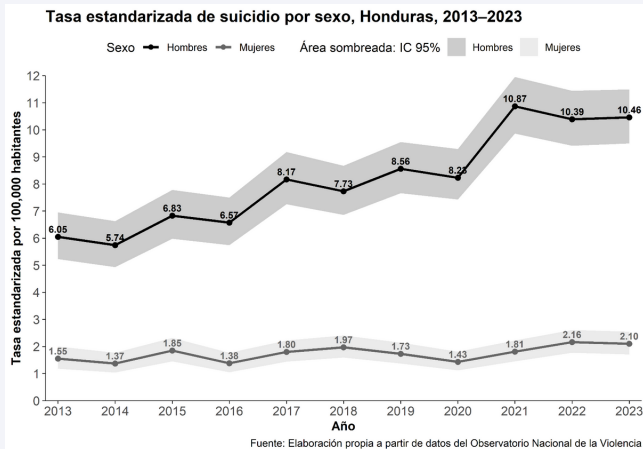
Las estimaciones poblacionales utilizadas para el cálculo de las tasas provinieron del Instituto Nacional de Estadística (INE) de Honduras ^[5]. Las proporciones de población rural por municipio se obtuvieron del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en su Informe de Desarrollo Humano 2022 [6]. Todos los análisis descriptivos, estadísticos y espaciales se realizaron en RStudio (versión 2024.12.1; RStudio Team, Boston, MA, USA).

2.3 Consideraciones éticas:

Este estudio está exento de revisión por un comité de ética, ya que se basó exclusivamente en datos abiertos secundarios completamente anonimizados, sin información identificable ni contacto con personas. Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki para la investigación médica.

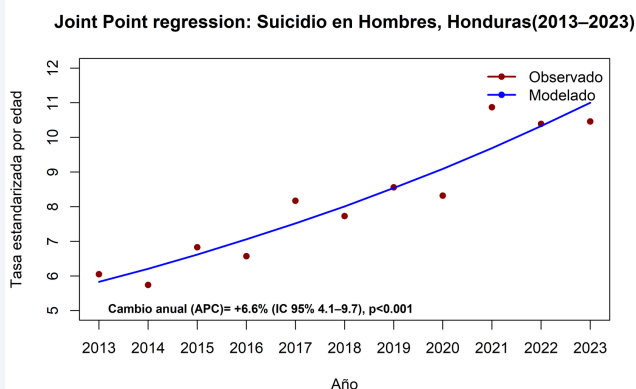
3. Resultados

Durante los años 2013–2023 se reportaron 4,498 suicidios en Honduras, cuatro de cada cinco suicidios fueron en hombres. La tasa de mortalidad estandarizada por edad de suicidios en los hombres aumentó progresivamente desde el año 2013 con 6 suicidios por cada 100,000 hombres hasta 10.5 para el año 2023. En contraste en las mujeres, la tasa se elevó levemente con 1.5 casos por cada 100,000 mujeres para el 2013 y 2.1 para el 2023 (ver Figura 1). En los hombres, se comprobó una tendencia al alza, con un cambio anual del porcentaje (APC) del 6.6% (IC 95% 4.1–9.7%) con un $p < 0.001$, en las mujeres no hubo cambios estadísticamente significativos en la tendencia temporal (ver Figura 2 y 3).

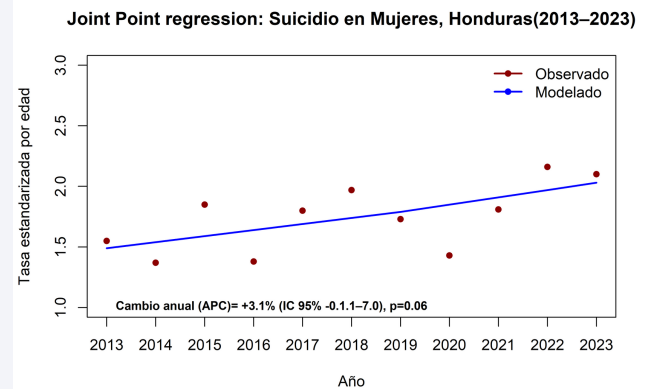
**Figura 1.**

Tasa de mortalidad estandarizada por edad de suicidio estratificada por sexo, Honduras, 2013–2023. Fuente: Autoría propia, calculado a partir de datos abiertos del Observatorio nacional de la violencia.

En el análisis por sexo y grupo de edad, no se encontraron diferencias relevantes en las tasas crudas de suicidio entre sexos en menores de 15 años durante el periodo 2013–2023. En los hombres, las tasas crudas de suicidio muestran una tendencia estable a partir de los 20 años, con valores que oscilan entre 10–12 suicidios por cada 100,000 hombres en los distintos grupos etarios. El pico más alto se observó en el grupo de 75 a 79 años, con una tasa de 14.5. En las mujeres, la tasa más alta se registró en el grupo de 15 a 19 años (4.9 por 100,000), y luego disminuye progresivamente hasta estabilizarse en 1 caso por 100,000 mujeres a partir de los 30 años (ver Figura 4).

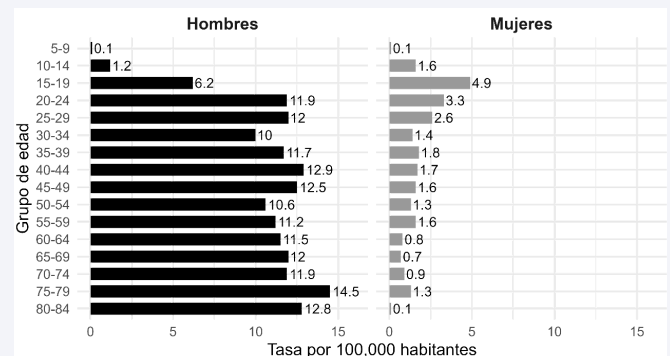
**Figura 2.**

Análisis de tendencia mediante regresión Joinpoint de la tasa de mortalidad estandarizada por edad por suicidio en hombres, Honduras, 2013–2023. Fuente: Autoría propia, calculado a partir de datos abiertos del Observatorio nacional de la violencia.

**Figura 3.**

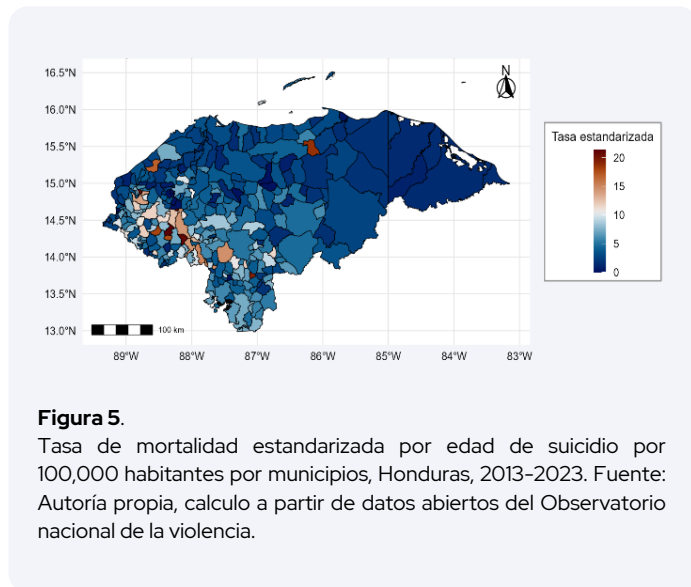
Análisis de tendencia mediante regresión Joinpoint de la tasa de mortalidad estandarizada por edad por suicidio en mujeres, Honduras, 2013–2023. Fuente: Autoría propia, calculado a partir de datos abiertos del Observatorio nacional de la violencia.

El mecanismo de suicidio presentó diferencias entre hombres y mujeres, los hombres hicieron uso de medios mecánicos y las mujeres de medios químicos o medicamentosos, el principal mecanismo en los hombres fue el ahorcamiento o asfixia con un 51.6% (1,840/3,567), en las mujeres fue la intoxicación o el uso de fármacos con un 54.7%(509/931)(ver Tabla 1.).

**Figura 4.**

Tasas crudas de mortalidad por suicidio estratificada por grupos de edad y sexo, Honduras, 2013–2023. Fuente: Autoría propia, calculado a partir de datos abiertos del Observatorio nacional de la violencia.

La caracterización espacial del suicidio en cuanto a las tasas de mortalidad estandarizadas por edad por municipio para el periodo del 2013–2023. Presentó poca diferenciación en la mayoría de los municipios del territorio nacional, sin embargo, existió la presencia de municipios con valores atípicos con tasas elevadas en diferentes regiones del país, principalmente en los departamentos de La Paz e Intibucá. (ver Figura 5)



Con el fin de profundizar en las diferencias en los municipios, la tabla 2, presenta los diez municipios con mayor tasa de mortalidad estandarizada por edad de suicidio para el periodo del 2013-2023. Cabe destacar que 7 de 10 de estos municipios se encuentran en los departamentos de Intibucá y la Paz y tres de ellos: San Miguelito, La Esperanza y Veracruz presentan una tasa superior a los 20 suicidios por cada 100,000 habitantes.

Asimismo, es importante resaltar que 7 de los 10 municipios con mayores tasas se caracterizan por tener alta proporción de más del 70% de población rural, lo que puede sugerir un factor de riesgo asociado a vivir en el área rural o ser parte de un grupo indígena tomando en cuenta la localización de los municipios con alta prevalencia de la etnia lenca. Para comprobar esta hipótesis, se realizó un modelo de regresión binomial negativo, encontrándose que la razón de tasas de suicidio aumenta un 3% por cada 10% de proporción de población rural a nivel municipal ($RT=1.03$, IC al 95%= 1.002-1.06, $p=0.03$). Aunque en el modelo, el cambio asociado a la razón de tasa es pequeña, en municipios con alta prevalencia de población rural, las tasas aumentan considerablemente, por ejemplo: un municipio con 80% de población rural puede tener una tasa 1.24 veces mayor.

4. Discusión

En Honduras para el periodo del 2013-2023 se reportaron 4,498 suicidios, cuatro de cada cinco casos fueron hombres. La tasa de suicidio estandarizada para el año 2021 según proyecciones de la OMS fue de 3.7 (IC al 95% 2.2-6.1)^[8], encontrándose el país en el quintil más bajo para el continente americano. En comparación con otros países de la región centroamericana, Honduras presenta la segunda tasa más baja de suicidio, después de Guatemala con 5.3 (IC al 95% 4.2-6.6), y por debajo de El Salvador con 7.8 (IC al 95% 5.3-11.3) y Costa Rica reportando 7.6 (IC al 95% 6.4-9.2)^[8].

A pesar del relativo buen desempeño en el país con relación a este indicador, los datos recopilados a nivel nacional evidencian una tendencia al alza a lo largo del tiempo, principalmente en cuando se realiza estratificación por sexo.

La razón de suicidio de hombres y mujeres es 4:1, es decir cuatro de cada cinco suicidios ocurren en hombres. Esta disparidad no es exclusiva de Honduras, sino que responde a un patrón ampliamente documentado, según estimaciones globales, la razón hombre-mujer en suicidios 2.3 a 1^[9].

Durante el periodo 2013-2023, la tasa de mortalidad estandarizada por edad por suicidio en hombres muestra una tendencia creciente de un 6.6% de incremento anual, pasando de 6 por cada 100,000 habitantes en 2013 a 10.6 en 2023. En contraste, la tasa en mujeres no presenta cambios en su tendencia temporal. El aumento en la tasa de suicidios en hombres ha contribuido de forma significativa al aumento de la tasa general de suicidio en el país, lo cual resulta compatible con la tendencia observada en otros países del continente americano donde también se reporta un incremento en las tasas general de suicidio^[9].

Dado este panorama, resulta prioritario diseñar e implementar estrategias específicas de prevención dirigidas a los hombres hondureños. Una de las medidas recomendadas es el fortalecimiento de la evaluación rutinaria del riesgo suicida en el primer nivel de atención, promoviendo la detección temprana y la intervención oportuna^[10]. Asimismo, se sugiere la adaptación de programas de prevención con enfoque de género, como las iniciativas "Men's Sheds" desarrolladas en Australia, las cuales han demostrado eficacia al proporcionar espacios seguros para la expresión emocional y el apoyo entre pares^[11]. La contextualización de estas estrategias al entorno hondureño podría representar un paso clave para abordar el aumento sostenido del suicidio en los hombres.

Las diferencias por sexo en la tasa de suicidio también se reflejan en los grupos etarios. En las mujeres, las adolescentes de 15 a 19 años constituyen el grupo con la mayor tasa de mortalidad cruda de suicidio durante el periodo 2013-2023, alcanzando los 4.9 casos por cada 100,000 mujeres. En contraste, el resto de los grupos etarios presentan tasas descendentes, estabilizándose a partir de los 30 años con valores que oscilan entre 1 y 1.5 casos por cada 100,000 mujeres.

Revisiones sistemáticas han identificado múltiples factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes mujeres, incluyendo trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, síntomas depresivos, conflictos interpersonales y antecedentes de aborto^[12]. Estos hallazgos subrayan la importancia de una vigilancia activa de las conductas suicidas, especialmente en contextos de vulnerabilidad psicosocial o presencia de enfermedad mental.

Además, es importante tener en cuenta que los intentos de suicidio son el doble de frecuentes en mujeres adolescentes en comparación con hombres en el mismo grupo de edad (OR 1.96; IC 95%: 1.54-2.50)^[12].

En el abordaje preventivo del suicidio en adolescentes y adultos jóvenes, diversas intervenciones han demostrado efectividad, entre ellas el seguimiento clínico posterior a una conducta suicida, la psicoeducación y la implementación de estrategias de tamizaje en centros escolares^[13]. Estas medidas han mostrado un impacto positivo en la reducción de la ideación suicida y la frecuencia de autolesiones.

Victima	Hombres N=3,567	%	Mujeres N=931	%
Ahorcamiento/Asfixia	1,840	51.6	344	36.9
Intoxicación / fármacos	1,191	33.3	509	54.7
Arma de fuego	393	11.0	41	4.4
Arma Blanca	43	1.2	6	0.6
Lanzamiento al vacío	27	0.8	10	1.1
Quemaduras/explosivos	5	0.1	1	0.1
Otros	5	0.1	1	0.1
Mecanismo desconocido	63	1.7	0	0

Tabla 1. Distribución de los mecanismos del suicidio en hombres y mujeres

En el caso de los hombres, todos los grupos etarios presentan tasas de mortalidad cruda por suicidio superiores a las estimadas en las mujeres. A partir de los 20 años, las tasas de suicidio en hombres se mantienen consistentemente elevadas, con un valor mínimo de 10 por cada 100,000 hombres en el grupo de 30 a 34 años y un máximo de 14.5 en el grupo de 75 a 79 años. Esta distribución refleja que el suicidio en varones constituye un fenómeno sostenido a lo largo de toda la vida. Además, a medida que avanza la edad, las diferencias entre sexos se acentúan, siendo especialmente marcadas en los grupos de mayor edad.

Este patrón también se observa a nivel internacional. En Corea del Sur (2017), la tasa de mortalidad por suicidio en hombres mayores fue de 86.3 por 100,000, frente a 24.6 en mujeres (razón 3.5:1) [14]. En Brasil (2019), hubo 981 suicidios masculinos y 246 femeninos en mayores de 70 años (razón 4:1) [15]. En Estados Unidos (2021), los hombres de 85 años o más alcanzaron una tasa de 55.7, mientras que el grupo femenino más afectado fue el de 55–64 años, con 7.5 por 100,000 (razón 6:1) [16]. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar el suicidio en hombres como un problema persistente y de alta carga a lo largo del curso de vida, especialmente en los extremos de la vida, etapa en la que suele estar invisibilizado en las políticas públicas.

En cuanto al mecanismo de suicidio, los hombres muestran mayor tendencia al uso de métodos letales como el ahorcamiento y la asfixia, mientras las mujeres, uno de cada dos casos se produce mediante intoxicación por fármacos. Este patrón es consistente con lo observado a nivel mundial [17]. Estas diferencias tienen implicaciones directas en las políticas públicas, particularmente en la restricción del acceso a medios letales tales como la regulación de la venta de pesticidas [18,19], especialmente del fósforo de aluminio, conocido como “pastilla para curar frijoles”, compuesto identificado en dos de cada tres casos de suicidio por intoxicación en autopsias de forenses en el país [20].

También se ha señalado la importancia de controlar el acceso a armas de fuego [21]. En consonancia, la OMS, a través del programa Live Life, promueve la restricción de medios, el compromiso comunitario y la comunicación responsable como pilares fundamentales para la prevención del suicidio [22].

El análisis geográfico-espacial reveló tasas elevadas de suicidio en municipios con alta proporción de población rural, particularmente en los departamentos de La Paz e Intibucá, donde se registraron hasta 20 casos por cada 100,000 habitantes. Cabe destacar que estas zonas presentan una alta proporción de población indígena. Según la OMS, los pueblos indígenas constituyen un grupo vulnerable con mayor riesgo de suicidio [23], y diversas investigaciones han documentado que las tasas en estas poblaciones suelen superar las de la población general [24].

Departamento	Municipio	Tasa	IC al 95%	Población rural (%)
Intibucá	La Esperanza	24.8	16.4-35.8	66.8
La Paz	Mercedes de Oriente	24.3	2.9-37.9	100.0
Colón	Saba	22.4	10.8-41.2	68.9
Intibucá	San Miguelito	22.0	12.9-35.0	100.0
Copan	Veracruz	19.9	8.3-40.1	55.5
Lempira	Santa Cruz	19.6	10.1-34.3	100.0
El Paraíso	Yauyape	19.1	3.9-55.9	100.0
Intibucá	Dolores	18.7	9.0-34.2	81.3
Santa Barbara	Macuelizo	17.2	9.9-27.7	76.5
La Paz	Opatoro	16.5	8.7-28.5	100.0

Tabla 2. Municipios con mayor tasa estandarizada de suicidio, Honduras, 2013-2023.

Variable	RT a	95% IC b	P
Población rural (%)	1.03	1.002-1.06	0.03

a % Razón de tasas (cambio por cada 10% porcentual)
b 95% Intervalo de confianza.

Tabla 3. Modelo binomial negativo para proporción de población rural y tasa de mortalidad por suicidio, Honduras, 2013-2023

Otro aspecto relevante en los municipios con mayores tasas de suicidio es la elevada proporción de población rural. El modelo binomial negativo realizado en este estudio comprobó un aumento de un 3% por cada 10% de proporción de población rural a nivel municipal (RT=1.03, IC al 95%= 1.002-1.06, p=0.03). Este patrón no es exclusivo del contexto hondureño; estudios en Estados Unidos han mostrado que las tasas de suicidio son significativamente más altas en zonas rurales en comparación con las urbanas [25,26], y a nivel mundial se ha reportado una tendencia análoga [27]. A pesar de que se comprobó asociación entre la ruralidad del municipio y su tasa de suicidio, sería pertinente incluir variables confusoras como acceso a salud mental, desempleo y uso de drogas que puedan ajustar el resultado encontrado y con ello es necesario realizar estudios analíticos con datos individuales y no agrupados.

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentra la discrepancia entre las tasas reportadas y las estimaciones de organismos internacionales, estas diferencias son atribuibles a diferencias metodológicas en el cálculo de las tasas y en los criterios de registro de casos. Mientras que las estimaciones internacionales buscan estandarizar la comparabilidad entre países mediante criterios estrictos, este estudio se basa en los datos oficiales recopilados por el Observatorio Nacional de la Violencia, los cuales permiten explorar tendencias internas relevantes y ofrecen mayor granularidad para caracterizar el fenómeno.

Asimismo, al tratarse de un estudio de tipo ecológico, existe el riesgo de incurrir en la falacia ecológica, al atribuir características grupales (como edad o sexo) como factores de riesgo individuales sin ajustarse por otras variables causales. Por ello, se recomienda realizar estudios observacionales analíticos que permitan estimar el tamaño de efecto de dichas variables a nivel individual e incluir mayor cantidad de variables independientes para enriquecer el análisis. Otra limitación es la imposibilidad de realizar una asociación entre pertenecer a un grupo indígena y la tasa de suicidio, ya que no existen registros confiables sobre la proporción de población municipal.

A pesar de estas limitaciones, una fortaleza destacada del estudio es la disponibilidad de datos continuos durante un período de 11 años (2013–2023), lo que permite una descripción sólida de la tendencia temporal del suicidio en el país y aporta elementos clave para orientar futuras investigaciones y estrategias de prevención.

5. Conclusión

El suicidio en Honduras constituye un fenómeno complejo y multifactorial, que se manifiesta de manera diferenciada según el sexo, el grupo etario y la ubicación geográfica. Los principales grupos en riesgo identificados son los hombres mayores de 20 años y las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años. En cuanto a los mecanismos, los hombres recurren predominantemente al ahorcamiento y la asfixia, mientras que en las mujeres predomina el uso de fármacos. Asimismo, los municipios con mayores tasas de suicidio presentan altos niveles de ruralidad. Este escenario destaca la urgencia de incorporar un enfoque interseccional y sensible al género en las políticas públicas de salud mental, que contemple intervenciones específicas tanto para jóvenes como para hombres adultos y mayores. Resulta fundamental fortalecer la detección oportuna del riesgo suicida en el primer nivel de atención, implementar programas culturalmente adaptados, y promover la salud mental a lo largo del curso de vida. Finalmente, se recomienda profundizar la investigación sobre la relación entre ruralidad, pertenencia étnica y suicidio, a través de estudios analíticos que permitan establecer asociaciones más robustas en el contexto de Honduras.

Contribuciones de los autores:

AARM: realizó la conceptualización, curación de datos, análisis formal, administración, escritura y revisión del artículo, el autor asume responsabilidad del contenido del artículo, además efectuó lectura y aprobación final del manuscrito.

Declaración de financiamiento: No se recibió fuentes externas de financiación.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial:

Se utilizó inteligencia artificial exclusivamente para la mejora de la redacción, así como para la corrección de estilo y gramática. No se empleó para la generación de contenido original ni para el análisis de datos.

Agradecimientos: Al Observatorio Nacional de la Violencia por compartir los datos abiertamente y permitir la realización de este análisis poblacional.

Afiliación del autor:

¹ Médico epidemiólogo, Universidad Católica de Honduras Nuestra Señora Reina de la Paz.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Suicide [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 28 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Organización Panamericana de la Salud. The burden of suicide in the Region of the Americas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>
3. Organización Mundial de la Salud. SDG Target 3.4 | Noncommunicable diseases and mental health: By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-3.4-noncommunicable-diseases-and-mental-health>
4. Observatorio Nacional de la Violencia - IUDPAS. Datos Abiertos [Internet]. Tegucigalpa: Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad; 2025 [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://iudpas.unah.edu.hn/areas/observatorio-de-la-violencia/datos-abiertos/>
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones poblacionales 2015–2030 [Internet]. Tegucigalpa: INE; s.f. [citado 2 de julio de 2025]. Disponible en: <http://181.115.7.199/binhnd/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=PROYPOB&lang=ESP>
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano de Honduras 2022 [Internet]. Nueva York: PNUD; 2022 [citado 2 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/honduras/publicaciones/informe-de-desarrollo-humano-de-honduras-2022>
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Carga del suicidio - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; s.f. [citado 27 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>
8. World Health Organization. Age-standardized suicide rates (per 100,000 population). Global Health Observatory. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-(per-100-000-population))
9. Van Orden KA, Stone DM, Rowe J, McIntosh WL, Podgorski C, Conwell Y. The Senior Connection: design and rationale of a randomized trial of peer companionship to reduce suicide risk in later life. *Contemp Clin Trials* 2013;35:117–26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.03.003>.
10. Apesoa-Varano EC, Barker JC, Hinton L. "If You Were Like Me, You Would Consider It Too": Suicide, Older Men, and Masculinity. *Society and Mental Health* 2018;8:157–73. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2156869317725890>.
11. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health* 2019;64:265–83. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>.
12. Robinson J, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, et al. What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *eClinicalMedicine* 2018;4–5:52–91. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.10.004>.
13. Jeong K-H, Yoon J-Y, Lee S, Cho S, Woo H-J, Kim S. Changes in the Suicide Rate of Older Adults According to Gender, Age, and Region in South Korea from 2010 to 2017. *Healthcare (Basel)* 2022;10:2333. Disponible en <https://doi.org/10.3390/healthcare10112333>.
14. Pires AM, Reis JGM, Garcia FM, Veloso GA, Melo APS, Naghavi M, et al. Suicide mortality among older adults in Brazil between 2000 and 2019 - estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop* n.d.;55:e0322–2021. Disponible en <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0322-2021>.
15. Garnett MF, Spencer MR, Weeks JD. Suicide among adults age 55 and older, 2021 [Internet]. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; s.f. [citado 2 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.15620/cdc:133701>
16. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit* 2011;17:PH65–70. Disponible en: <https://doi.org/10.12659/MSM.881887>.
17. Vannoy S, Park M, Maroney MR, Unützer J, Apesoa-Varano EC, Hinton L. The Perspective of Older Men With Depression on Suicide and Its Prevention in Primary Care. *Crisis* 2018;39:397–405. Disponible en: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000511>.
18. Aftab A, Shah AA. Behavioral Emergencies: Special Considerations in the Geriatric Psychiatric Patient. *Psychiatric Clinics of North America* 2017;40:449–62. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.05.010>.
19. Matamoros M, Castro O, Sabillón N. Intoxicación por plaguicidas en autopsias medicolegales. Tegucigalpa 2014–2020. *Rev Cienc Forenses Honduras* 2023;9:6–13. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rcfh.v9i1.16158>.
20. Lewiecki EM, Miller SA. Suicide, Guns, and Public Policy. *Am J Public Health* 2013;103:27–31. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300964>.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). LIVE LIFE: Guía de implementación para la prevención del suicidio en los países [Internet]. Ginebra: OMS; s.f. [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tasas de suicidio [Internet]. Ginebra: OMS; s.f. [citado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>.

23. Pollock NJ, Naicker K, Loro A, Mulay S, Colman I. Global incidence of suicide among Indigenous peoples: a systematic review. *BMC Medicine* 2018;16:145. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1115-6>.
24. Prazak M, Bacigalupi R, Hamilton SC. Rural Suicide: Demographics, Causes, and Treatment Implications. *Community Ment Health J* 2025;61:66–75. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01327-x>
25. Fontanella CA, Hiance-Steelesmith DL, Phillips GS, Bridge JA, Lester N, Sweeney HA, et al. Widening Rural-Urban Disparities in Youth Suicides, United States, 1996–2010. *JAMA Pediatrics* 2015;169:466–73. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.3561>.
26. Casant J, Helbich M. Inequalities of Suicide Mortality across Urban and Rural Areas: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:2669. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052669>.