

Artículos originales

Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia*

Jenny García Valencia¹

Gabriel Jaime Montoya Montoya²

Carlos Alberto López Jaramillo³

María Cecilia López Tobón⁴

Patricia Montoya Guerra⁵

Juan Carlos Arango Viana⁶

Carlos Alberto Palacio Acosta⁷

Resumen

Objetivo: Determinar si existen diferencias entre áreas rurales y urbanas de Antioquia en las características asociadas con el suicidio. **Método:** Se compararon 79 sujetos provenientes de áreas rurales y 75 de áreas urbanas de Antioquia. Se hizo autopsia psicológica y se calcularon razones de prevalencia (RP) (frecuencia de la característica en zona rural/frecuencia de la característica en zona urbana). **Resultados:** Las características asociadas de manera independiente con provenir de área rural y urbana fueron: “momento del suicidio durante la noche” (RP = 0,65; IC 95%: 0,48-0,89) y “vivir solo” (RP = 0,40; IC 95%: 0,17-0,98), que fueron más frecuentes en zona urbana, y “envenenamiento con pesticidas”, que ocurrió más en zona rural (RP = 1,80; IC 95%: 1,39-2,34). **Conclusiones:** Los individuos suicidados provenientes de zonas rurales y urbanas tenían características diferentes. Ello puede tener implicaciones para el diseño de las estrategias de prevención del suicidio en cada una de las zonas. Se requieren otros estudios para determinar los factores de riesgo propios de cada área.

Palabras clave: Suicidio, población rural, población urbana.

* Este artículo ha sido posible gracias al apoyo de la Gobernación de Antioquia y de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, entidades que financiaron la investigación.

¹ Médica psiquiatra, MSc Epidemiología. Profesora del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Médico psiquiatra. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Médico psiquiatra. Profesor del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

⁴ Trabajadora social. Grupo de Investigación en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

⁵ Antropóloga. Grupo de Investigación en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

⁶ Médico PhD. Profesor del Departamento de Patología, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

⁷ Médico psiquiatra, MSc Epidemiología. Profesor del Departamento de Psiquiatría y vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Title: Characteristics of Suicides in Rural and Urban Areas in Antioquia, Colombia

Abstract

Objective: To determine differences in characteristics associated with suicide between rural and urban populations from Antioquia. **Method:** 79 subjects from rural areas and 75 subjects from urban areas were compared. Psychological autopsy was done and prevalence ratios (PR) (frequency of characteristic in rural zone/frequency of characteristic in urban zone) were calculated. **Results:** The characteristics that associated independently with coming from rural or urban areas were: "suicide during the night" (PR = 0.65; 95% CI: 0.48-0.89) and "living alone" (PR = 0.40; 95% CI: 0.17-0.98), which were more frequent in urban areas, and "pesticide poisoning" which was more frequent in rural areas (PR = 1.80; 95% CI: 1.39-2.34). **Conclusions:** Individuals who committed suicide from rural and urban areas have different characteristics. This finding might have implications for the design of preventive strategies in each zone. Additional studies are required to determine specific risk factors in urban and rural areas.

Key words: Suicide, rural population, urban population.

Introducción

El suicidio se define como el acto de quitarse la vida intencionalmente, con conocimiento de las consecuencias letales del acto (1). Se ha estimado que alrededor de un millón de personas mueren por suicidio en el mundo cada año y diez millones lo intentan (2). Las tasas de suicidio varían de país en país, y se han reportado tasas tan altas como 51,6 por 100.000 habitantes-año en Lituania,

y tan bajas como 2,1 por 100.000 habitantes-año en Filipinas (2). En Colombia, de acuerdo con el último reporte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la mortalidad por suicidio en 2008 fue de 4 por 100.000 habitantes-año, y en el Departamento de Antioquia, de 5 por 100.000 habitantes-año, aunque es probable que las cifras sean mayores, debido a una alta frecuencia de subregistro (3).

Se han reportado diferencias en la incidencia de suicidio entre áreas rurales y urbanas (4). En algunas regiones del mundo, como Estados Unidos, Finlandia y Canadá, las tasas son más altas en el área rural (5-7), pero en otras —entre las cuales se encuentra Colombia—, las tasas son mayores en áreas urbanas (3,4). Estas diferencias en las tasas de incidencia y las particularidades culturales, socioeconómicas y geográficas de las zonas rurales han hecho pensar a varios investigadores que las características del suicidio son distintas en dichas zonas, lo que tendría implicaciones en los programas y estrategias de prevención (8,9).

De acuerdo con estudios realizados en Finlandia y en el Lejano Oriente, entre las características que son propias de áreas rurales se encuentran las siguientes: empleo de pesticidas como método, una menor frecuencia de trastornos por uso de sustancias psicoactivas y de personalidad, y una mayor probabilidad de tener como eventos vitales adversos la separación de la pareja

y enfermedades físicas graves (4,8). Estos datos no pueden extrapolarse a todas las poblaciones, porque así como son diferentes las tasas de incidencia de suicidio, también pueden serlo sus características asociadas.

La mayor parte de los estudios que han tenido por objetivo determinar las características del suicidio han empleado el método de la autopsia psicológica, porque da más detalles que cualquier otro (10). Con este método se reconstruyen aspectos biográficos y psicopatológicos del individuo, mediante entrevista a familiares y amigos, y la revisión de documentos personales y médicos (11). De acuerdo con la revisión que se hizo en la literatura, las investigaciones que han empleado autopsia psicológica en Colombia se han enfocado en población urbana, por lo cual se consideró necesario realizar el presente estudio, que tiene por objeto determinar si existen diferencias entre áreas rurales y urbanas de Antioquia en las características asociadas con el suicidio. Para esto se tomaron los informes de autopsia psicológica del análisis de casos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Suicidio implementado en Antioquia entre 2006 y 2007.

Métodos

Es un estudio de corte transversal, en el cual se compararon sujetos que se suicidaron, provenientes de áreas rurales y urbanas del Departamento de Antioquia. Por

razones administrativas, se excluyó Medellín. Antes de su realización, el protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Población de estudio y procedimientos para la recolección de información

El Programa de Salud Mental de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en colaboración con el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, implementó desde 2006 un *sistema de vigilancia epidemiológica en suicidio*, que incluyó entre sus actividades análisis de casos de suicidio, por medio de la aplicación de autopsia psicológica y la revisión de cada uno por un comité de expertos, con el fin de generar recomendaciones de intervención.

El análisis de casos de suicidio por medio de la aplicación de autopsia psicológica tenía por objeto definir retrospectivamente el diagnóstico del estado de salud mental de la persona fallecida y recolectar información sobre características demográficas y eventos vitales adversos previos a la muerte. Los psiquiatras participantes se entrenaron y estandarizaron en la realización de este procedimiento antes del inicio del estudio.

Los casos analizados se tomaron mediante un muestreo por conveniencia de los individuos, cuya

muerte fue por suicidio, con base en la notificación individual de los certificados de defunción. Una trabajadora social citó a varios familiares o allegados significativos del occiso, con el fin de que un psiquiatra hiciera el procedimiento de autopsia psicológica, previa firma del consentimiento informado. Este procedimiento se llevó a cabo en un consultorio del hospital del municipio donde se encontraba la familia del fallecido, por lo que generalmente fue necesario el desplazamiento del psiquiatra para hacer las entrevistas.

Como se requería información de varias fuentes, inmediatamente se tuvo conocimiento de una muerte por suicidio se hicieron los trámites respectivos (solicitud oficial por escrito) para obtener una copia completa de la historia clínica. Además, con el fin de disminuir el subregistro, se realizó un seguimiento de los casos clasificados como muertes indeterminadas o en los que no pudo precisarse la causa de muerte, hasta que se hiciera la necropsia por la entidad competente.

Después de la autopsia psicológica, un comité —conformado por psiquiatras, una psicóloga, una trabajadora social y una antropóloga— revisó todo el material de cada caso (informe de autopsia psicológica, historia clínica, informe de visita domiciliaria), con el fin de hacer un consenso respecto al perfil psicológico de la persona fallecida. Se consideró que las personas que residían dentro del casco urbano de cada

municipio eran “casos urbanos”, y aquellos que residían fuera de este eran “casos rurales”.

Características estudiadas

Las características estudiadas se dividieron en cuatro grupos: sociodemográficas, personales y familiares, del acto suicida, psicopatológicas y eventos vitales adversos en los seis meses previos a la muerte.

Las sociodemográficas incluían: sexo, estado civil soltero, desempleo, vivir solo, tener hijos, práctica de la religión, edad, escolaridad en años e ingresos económicos individuales y familiares (número de salarios mínimos mensuales).

Las características personales y familiares incluían: enfermedad física, consulta a médico no psiquiatra en el mes anterior al fallecimiento, diagnóstico previo de enfermedad mental, uso de psicofármacos, tratamiento psiquiátrico previo, abuso físico y sexual en la niñez, intentos de suicidio previos, ausencia de los padres en la niñez por separación o muerte, suicidio e intento de suicidio en familiares.

Entre las características del acto suicida estaban las siguientes: método de suicidio, escenario de ocurrencia (casa, lugar público o campo abierto), momento del suicidio durante la noche (6:00 p. m. a 6:00 a. m.), acto suicida bajo los efectos de sustancias psicoactivas, si alguien estaba presente durante el acto suicida, si alguien hubiera

podido interrumpir el suicidio, el individuo tomó precauciones contra la interrupción del suicidio, búsqueda de ayuda después de la conducta suicida, actos finales en anticipación a la muerte (testamento, regalos, seguro de vida), suicidio impulsivo, comunicación verbal de la intención de suicidarse y si dejó nota suicida.

Las psicopatológicas fueron los diagnósticos de trastorno mental realizados mediante autopsia psicológica, de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (12).

Los eventos vitales adversos en el año anterior al fallecimiento se clasificaron como: presencia de cualquier evento adverso, enfermedad discapacitante, conflicto con los padres, conflicto con los hijos, conflicto con la pareja, separación de la pareja, muerte de un ser querido, embarazo no deseado, problemas en el trabajo, pérdida del empleo, problemas económicos, desplazamiento forzado y ser víctima de la violencia sociopolítica.

Análisis estadístico

Se introdujo la información en el programa Access y luego se trasladó al STATA versión 8.2 para hacer el análisis estadístico. Se realizó limpieza de los datos al evaluar frecuencias, promedios y distribución en gráficas.

Se describieron las características sociodemográficas y psicopa-

tológicas, con el empleo de medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, y frecuencia y porcentajes para las cualitativas. Para determinar si había diferencias entre suicidas procedentes de área rural y urbana, se utilizó para las variables cualitativas χ^2 de independencia y cálculo de razones de prevalencia (frecuencia de la característica en zona rural/frecuencia de la característica en zona urbana), con sus respectivos intervalos de confianza del 95%; y para las cuantitativas, U de Mann-Whitney. Esta última prueba se usó porque los datos no tenían distribución normal, lo cual fue evaluado mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se fijó un nivel de significación de 0,05.

Para determinar las características que se asocian de manera independiente con provenir de zona rural o urbana, se realizó regresión log-binomial, que permite determinar razones de prevalencia. Se incluyeron en el modelo las variables que en el análisis bivariado tenían un valor de $p < 0,25$.

Resultados

Entre el 1º de enero de 2006 hasta el 17 de diciembre de 2007 se reportaron 325 casos de suicidio y se hizo autopsia psicológica a 154 de estos. La mediana de tiempo transcurrido desde la muerte hasta la entrevista a los familiares para la realización de la autopsia fue de dos meses (rango intercuartílico = 1-4 meses).

Provenían de área rural 79 (48,7%) individuos y del área urbana, 75 (51,3%). Los individuos procedentes de áreas rurales con menor frecuencia vivían solos, y tenían una edad y escolaridad menor que la de aquellos de las áreas urbanas. No se encontraron diferencias significativas en otras características sociodemográficas (Tabla 1).

Respecto a los antecedentes personales y familiares, los casos de zonas urbanas tenían una frecuencia

de tratamiento psiquiátrico que era 2,4 veces la de los casos de zonas rurales. De igual manera, se observó una tendencia mayor (que no alcanzó a ser significativa) a tener diagnóstico previo de enfermedad mental (razón de prevalencias = 0,52, IC 95%: 0,26-1,07, $p = 0,07$) y haber usado psicofármacos en el mes anterior a la muerte en los casos de las zonas urbanas (razón de prevalencias = 0,53, IC 95%: 0,25-1,13, $p = 0,09$). No se encontraron otras diferencias

Tabla 1. Características sociodemográficas según procedencia rural y urbana de los individuos que se suicidaron en Antioquia a quienes se realizó autopsia psicológica, 2006 y 2007

Característica	Área rural (n = 79)	Área urbana (n = 75)	Razón de prevalencias*	IC 95%	p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)			
Sexo femenino	17 (21,5)	20 (26,7)	0,87	0,59-1,29	0,57
Estado civil soltero	35 (44,3)	34 (46,6)	0,98	0,69-1,39	0,89
Desempleo	11 (14,1)	15 (20,0)	0,69	0,34-1,42	0,43
Vivir solo	4 (5,1)	18 (24,0)	0,21	0,07-0,59	0,001
Tener hijos	34 (43,0)	43 (58,1)	0,74	0,54-1,02	0,06
Tener hijos menores de 12 años	22 (62,9)	26 (57,8)	1,09	0,76-1,55	0,64
Practica la religión	44 (56,4)	36 (49,3)	1,15	0,84-1,57	0,42
	Mediana (RIC)**	Mediana (RIC)**		U de Mann- Whitney	p
Edad (en años)	24 (18-45)	32 (25-47)		2.283	0,01
Escolaridad (en años)	4 (2-5)	7 (3,5-11)		1.723	< 0,0001
Ingresos mensuales individuales (número de salarios mínimos)	0,9 (0-1)	1 (0-1,15)		2.393,5	0,49
Ingresos mensuales familiares (número de salarios mínimos)	1 (1-2)	1,15 (1-2)		2.393	0,49

* Razón de prevalencias: prevalencia de la característica en zona rural/prevalencia de la característica en zona urbana.

**RIC = rango intercuartílico.

significativas en los antecedentes personales y familiares (Tabla 2).

En cuanto al método de suicidio, el ahorcamiento y la herida por pro-

yectil de arma de fuego fueron más frecuentes en las zonas urbanas que en las rurales (razón de prevalencias = 0,48, IC 95%: 0,25-0,95,

Tabla 2. Antecedentes personales y familiares según procedencia rural y urbana de los individuos que se suicidaron en Antioquia a quienes se realizó autopsia psicológica, 2006 y 2007

Característica	Área rural (n = 79)	Área urbana (n = 75)	Razón de prevalencias*	IC 95%	p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)			
Enfermedad física	33 (41,8%)	28 (37,3%)	1,13	0,77-1,68	0,53
Consulta a médico no psiquiatra en el mes previo	33 (41,8%)	28 (37,3%)	1,13	0,77-1,68	0,53
Diagnóstico previo de enfermedad mental	10 (12,8%)	18 (24,3%)	0,52	0,26-1,07	0,07
Uso de psicofármacos	9 (11,4%)	16 (21,3%)	0,53	0,25-1,13	0,09
Tratamiento psiquiátrico previo	7 (9,2%)	16 (21,3%)	0,42	0,18-0,96	0,03
Abuso físico en la niñez	15 (22,1%)	16 (25,8%)	0,85	0,46-1,58	0,62
Abuso sexual en la niñez	1 (1,5%)	1 (1,8%)	0,88	0,06-13,70	0,72
Intentos de suicidio previos	17 (21,5%)	26 (35,6%)	0,60	0,36-1,02	0,054
Ausencia de la madre en la niñez por separación o muerte	14 (17,7%)	10 (14,1%)	1,26	0,59-2,65	0,54
Ausencia del padre en la niñez por separación o muerte	29 (36,7%)	32 (45,1%)	0,81	0,55-1,19	0,29
Ausencia de ambos padres en la niñez	6 (7,6%)	8 (11,3%)	0,67	0,25-1,85	0,44
Suicidio en familiares	23 (31,5%)	21 (33,9%)	0,93	0,57-1,51	0,77
Intento de suicidio en familiares	28 (38,4%)	23 (37,7%)	1,02	0,66-1,57	0,94

* Razón de prevalencias: prevalencia de la característica en zona rural/prevalencia de la característica en zona urbana.

$p = 0,03$; razón de prevalencias = 0,61, IC 95%: 0,42-0,89, $p = 0,009$, respectivamente). En contraste, la proporción de envenenamiento fue mayor en el área rural (razón de prevalencias = 3,34, IC 95%: 1,88-5,94, $p < 0,0001$). Los individuos de zonas urbanas, con más frecuencia se suicidaron cuando estaban bajo la influencia de sustancias psicoactivas diferentes al alcohol y las notas suicidas fueron más comunes en esta población. Adicionalmente, ninguno de los sujetos que se suicidaron en las zonas urbanas buscó ayuda después de la conducta suicida. A diferencia de estos, siete de la zona rural sí lo hicieron, de los cuales, cinco emplearon como método suicida el envenenamiento por pesticidas y dos, arma de fuego. No hubo otras diferencias significativas en las características del acto suicida (Tabla 3).

La frecuencia de condiciones psiquiátricas diagnosticadas mediante autopsia psicológica fue similar en casos de áreas rurales y urbanas. Sin embargo, se observaron diferencias en la frecuencia de algunos desórdenes psiquiátricos específicos, como trastorno distímico, trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias (específicamente alcohol y cocaína), que fueron más comunes en sujetos residentes en áreas urbanas. Por otro lado, la frecuencia de trastorno de estrés postraumático en el área rural fue 6,56 veces la de las zonas urbanas. Aunque esta asociación es importante, no alcanzó

el nivel de significación establecido ($p = 0,06$) (Tabla 4).

En cuanto a los eventos vitales, se encontraron diferencias entre ambos grupos en “conflicto con los hijos” y “separación de la pareja”, que ocurrieron durante el año anterior a la muerte. Estos fueron más frecuentes en los sujetos provenientes de áreas urbanas (Tabla 5).

Las características que estaban asociadas de manera independiente con provenir de área rural o urbana, de acuerdo con el análisis multivariado de regresión log-binomial, fueron: el momento de suicidio durante la noche, que fue 35% menos frecuente en las áreas rurales; el envenenamiento como método de suicidio, cuya frecuencia en zona rural fue 1,8 veces la de la urbana, y vivir solo, que era 1,5 veces más común en quienes venían de áreas urbanas (Tabla 6).

Discusión

En este trabajo se compararon casos de suicidio ocurridos en áreas urbanas y rurales del Departamento de Antioquia, desde enero de 2006 hasta diciembre de 2007. Medellín fue excluida del análisis por razones administrativas. Se utilizó la autopsia psicológica como herramienta para determinar las características sociodemográficas, personales y familiares, psicopatológicas y del acto suicida, así como, también, la presencia de eventos vitales adversos en los seis meses previos a la muerte.

Tabla 3. Características del acto suicida según procedencia rural y urbana de los individuos que se suicidaron en Antioquia a quienes se realizó autopsia psicológica, 2006 y 2007

Característica	Área rural (n = 79)	Área urbana (n = 75)	Razón de prevalencias*	IC 95%	p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)			
Método de suicidio					
- Arma de fuego	10 (12,7%)	20 (26,7%)	0,48	0,25-0,95	0,03
- Ahorcamiento	26 (32,9%)	40 (53,3%)	0,61	0,42-0,89	0,009
- Envenenamiento	40 (50,6%)	11 (14,7%)	3,34	1,88-5,94	< 0,0001
- Otros métodos	3 (3,8%)	4 (5,3%)	0,74	0,19-2,88	0,66
Escenario de ocurrencia					
- Casa	49 (62,0%)	51 (68,0%)	0,88	0,69-1,11	0,29
- Lugar público	9 (11,4%)	13 (17,3%)	0,67	0,31-1,44	0,29
- Finca o campo abierto	21 (26,6%)	11 (14,7%)	1,78	0,93-3,38	0,07
Momento del suicidio durante la noche (6:00 p. m. a 6:00 a. m.)	23 (29,1%)	39 (52,0%)	0,56	0,38-0,84	0,004
Acto suicida bajo los efectos del alcohol	21 (26,6%)	28 (37,3%)	0,71	0,44-1,14	0,15
Acto suicida bajo los efectos de sustancia psicoactiva diferente al alcohol	1 (1,3%)	8 (10,8%)	0,12	0,01-0,91	0,01
Alguien estaba presente durante el acto suicida	9 (11,4%)	8 (10,8%)	1,06	0,44-2,53	0,89
Alguien hubiera podido interrumpir el suicidio	10 (12,8%)	9 (12,3%)	1,05	0,45-2,45	0,90
El individuo tomó precauciones contra interrupción de suicidio	62 (79,5%)	57 (78,1%)	1,01	0,86-1,20	0,83
Búsqueda de ayuda después de la conducta suicida	7 (8,9%)	0	14,25	0,82-245,23	0,01
Actos finales en anticipación a la muerte (testamento, regalos, seguro de vida)	4 (5,1%)	7 (9,3%)	0,57	0,18-1,75	0,35
Preparación activa y extensa del acto suicida	6 (7,6%)	11 (14,7%)	0,53	0,22-1,33	0,20
Suicidio impulsivo	17 (21,5%)	11 (14,7%)	1,44	0,74-2,84	0,28
Comunicación verbal de la intención de suicidarse	52 (65,8%)	41 (54,7%)	1,20	0,93-1,56	0,16
Dejó nota suicida	10 (12,6%)	23 (30,1%)	0,42	0,22-0,82	0,007

* Razón de prevalencias: prevalencia de la característica en zona rural/prevalencia de la característica en zona urbana.

Tabla 4. Diagnóstico psiquiátrico hecho mediante autopsia psicológica según área de procedencia de los individuos que se suicidaron en Antioquia, 2006 y 2007

Característica	Área rural (n = 79)	Área urbana (n = 75)	Razón de prevalen- cias*	IC 95%	p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)			
Trastorno psiquiátrico	77 (97,5%)	73 (98,6%)	0,99	0,94-1,03	0,60
Episodio depresivo mayor	47 (59,5%)	49 (66,2%)	0,89	0,70-1,15	0,39
Trastorno depresivo mayor episodio único	30 (38,0%)	31 (41,9%)	0,91	0,61-1,34	0,62
Trastorno depresivo mayor recurrente	8 (10,1%)	14 (18,9%)	0,53	0,24-1,20	0,12
Trastorno bipolar I episodio depresivo	4 (5,1%)	1 (1,4%)	3,74	0,43-32,76	0,37
Trastorno bipolar II episodio depresivo	5 (6,3%)	3 (4,1%)	1,56	0,39-6,30	0,72
Trastorno distímico	6 (7,6%)	16 (21,6%)	0,35	0,14-0,85	0,01
Trastorno adaptativo	22 (27,8%)	12 (16,2%)	1,72	0,92-3,22	0,08
Trastorno por uso de sustancias	27 (34,2%)	44 (59,5%)	0,57	0,40-0,82	0,002
Trastorno por uso de alcohol	27 (34,2%)	42 (56,8%)	0,60	0,42-0,87	0,005
Trastorno por uso de cannabis	4 (5,1%)	10 (13,5%)	0,37	0,12-1,14	0,07
Trastorno por uso de cocaína	2 (2,5%)	14 (18,9%)	0,13	0,03-0,56	0,001
Trastorno de estrés postraumático	7 (8,9%)	1 (1,4%)	6,56	0,82-52,02	0,06
Trastorno de personalidad	3 (3,8%)	12 (16,0%)	0,24	0,07-0,81	0,01
Juego patológico	2 (2,5%)	2 (2,7%)	0,95	0,14-6,57	0,96
Retardo mental	2 (2,5%)	2 (2,7%)	0,95	0,14-6,57	0,96

* Razón de prevalencias: prevalencia de la característica en zona rural/prevalencia de la característica en zona urbana.

El estudio tiene limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. Estas

limitaciones son inherentes a la selección de la muestra y al método de autopsia psicológica. Respecto a

Tabla 5. Eventos adversos en el año anterior a la muerte según procedencia rural y urbana de los individuos que se suicidaron en Antioquia a quienes se practicó autopsia psicológica, 2006 y 2007

Característica	Área rural (n = 79)	Área urbana (n = 75)	Razón de prevalencias*	IC 95%	p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)			
Presencia de cualquier evento vital adverso	67 (87,0%)	68 (90,7%)	0,96	0,86-1,07	0,47
Enfermedad discapacitante	5 (6,7%)	8 (10,7%)	0,62	0,21-1,82	0,38
Conflictos con los padres	12 (15,6%)	14 (18,7%)	0,83	0,41-1,68	0,61
Conflictos con los hijos	1 (1,3%)	9 (12,0%)	0,11	0,01-0,83	0,009
Conflictos con la pareja	31 (40,3%)	34 (45,3%)	0,89	0,61-1,28	0,53
Separación de la pareja	8 (10,4%)	17 (22,7%)	0,46	0,21-0,99	0,04
Muerte de un ser querido	13 (16,9%)	9 (12%)	1,41	0,64-3,09	0,39
Embarazo no deseado	2 (2,6%)	1 (1,3%)	1,95	0,18-21,03	1
Problemas en el trabajo	14 (18,2%)	13 (17,3%)	1,04	0,53-2,08	0,89
Pérdida de empleo	9 (11,7%)	10 (13,3%)	0,88	0,38-2,04	0,76
Problemas económicos	30 (39,0%)	39 (52,0%)	0,75	0,53-1,07	0,11
Desplazamiento forzado	4 (5,2%)	0	8,55	0,46-156,14	0,12
Ser víctima de la violencia sociopolítica	9 (11,7%)	3 (4,0%)	2,92	0,82-10,38	0,08

* Razón de prevalencias: prevalencia de la característica en zona rural/prevalencia de la característica en zona urbana.

Tabla 6. Características asociadas de manera independiente con la procedencia de áreas rurales o urbanas en individuos que se suicidaron en Antioquia a quienes se realizó autopsia psicológica, 2006 y 2007

Característica	Error estándar	z	p	Razón de prevalencias* (IC 95%)
Momento del suicidio durante la noche (6:00 p. m. a 6:00 a. m.)	0,10	-2,65	0,0008	0,65 (0,48-0,89)
Intoxicación como método de suicidio	0,24	4,41	<0,0001	1,80 (1,39-2,34)
Vivía solo	0,18	-2,01	0,04	0,40 (0,17-0,98)

* Razón de prevalencias: prevalencia de la característica en zona rural/prevalencia de la característica en zona urbana.

las primeras, se tomó una muestra por conveniencia de 154 casos, de un total de 325 suicidios reportados en Antioquia durante el periodo de estudio, lo cual impide la generalización de los resultados a todos los suicidios del departamento. Además, se incluyeron solo sujetos suicidados en ausencia de un grupo control, por lo que no es posible determinar si las diferencias encontradas son específicas de los suicidios o si están sencillamente relacionadas con diferencias entre las poblaciones de donde provenían los casos.

Adicionalmente, la definición de zona rural y urbana en este estudio puede ser discutible, porque existen diversos grados de urbanización. No es lo mismo vivir en el casco urbano de un municipio pequeño que en el de una ciudad, o un municipio perteneciente al área metropolitana. Las limitaciones inherentes al método de autopsia psicológica son: la sobrevaloración de detalles psicopatológicos y de eventos vitales por parte de los entrevistados, y las distorsiones de memoria por el tiempo transcurrido entre la muerte y la recolección de los datos (11,13). No obstante, la investigación permite explorar las diferencias en las características de los casos de suicidio entre áreas rurales y urbanas, y es el primer estudio en Colombia de este tipo, hasta donde tenemos conocimiento.

En el área rural, la mediana de edad era menor que en la urbana, lo que es similar a lo reportado para Australia, Nueva Zelanda y países

asiáticos (4), pero contrasta con algunos estudios europeos, en los cuales la frecuencia más alta de suicidios en el área rural se encontró en grupos de mayor edad (8). Middleton y otros han reportado un aumento en la frecuencia de suicidios en personas jóvenes en el Reino Unido, y han sugerido como posibles explicaciones: las menores oportunidades de empleo, la dependencia económica, la mayor dificultad para entrar en contacto con los sistemas de salud y una tendencia de los individuos más saludables a migrar hacia las ciudades en busca de mejores oportunidades de trabajo. Sin embargo, no se ha podido demostrar una asociación causal entre estos y la incidencia de suicidio en jóvenes de área rural, por lo que recomiendan más investigación (14).

La escolaridad fue menor en los de área rural, que es una situación relacionada con las dificultades de acceso al sistema educativo que tienen ellos. Lo más probable es que no sea una condición asociada con el suicidio.

Entre los suicidas provenientes del área urbana, fue más frecuente que vivieran solos. A pesar de que vivir solo es una característica que está asociada con la población urbana, independiente del suicidio, es bien conocido que una buena red de apoyo social previene el acto suicida y que vivir solo es un factor de riesgo para suicidio. Es posible que, como factor de riesgo, vivir solo sea más importante en áreas urbanas

que rurales, por lo que es necesario hacer estudios que incluyan no suicidas como grupo de comparación.

Se observó menor frecuencia de tratamiento psiquiátrico previo en la zona rural, que es explicado por las dificultades de acceso a servicios de salud mental en estas áreas. Esto también se ha observado en otros países (4). Se debe promover la prevención del suicidio mejorando el reconocimiento y la calidad del tratamiento de trastornos psiquiátricos, independientemente de la zona rural y urbana, aunque el papel de la atención primaria en salud mental puede ser más importante en áreas rurales (8).

Los programas de atención en áreas rurales deben tener en cuenta que aun cuando hay servicios de salud mental disponibles, las personas del campo tienen tasas más bajas de utilización de estos, debido a que es mayor el estigma de la enfermedad psiquiátrica, por las barreras económicas y geográficas (4). Por otra parte, el modelo de consulta ambulatoria puede no ser apropiado en áreas rurales, por las grandes distancias para cumplir una cita, el transporte público de difícil acceso y los requerimientos de la vida del campo. Por consiguiente, deben diseñarse programas de prevención basados en la comunidad con psicoeducación, para reducir el estigma, y que el personal de atención primaria tenga una capacitación adecuada que les permita tener habilidades y competencias

para identificar y facilitar la intervención de los individuos con alto riesgo de suicidio (4).

Respecto a los métodos empleados para el suicidio, el envenenamiento fue más frecuente en zona rural, y el ahorcamiento y la herida por proyectil de arma de fuego, en el área urbana. Esto es similar a lo encontrado en otros países, especialmente en aquellos en vía de desarrollo, donde el envenenamiento es el método más común en suicidio rural (4). En Europa y Norteamérica, rara vez son empleados, a pesar de que es en Europa donde está la más alta proporción de ventas de estos químicos (15). Es probable que la amplia y fácil disponibilidad de estas sustancias para la comunidad explique este fenómeno, por lo cual la Organización Mundial de la Salud ha iniciado campañas para hacer intervenciones comunitarias para su uso seguro en países en vía de desarrollo (16-18).

Esto es muy importante, desde el punto de vista de la prevención, pues las intervenciones en *salud pública* que disminuyen el acceso de las personas a métodos letales han probado ser muy efectivas para bajar la incidencia de suicidio (19). La mayoría de los sujetos intoxicados usaron pesticidas altamente letales y que incluso son restringidos por su alta peligrosidad, no solo para los seres humanos, sino, también, para el medio ambiente, como es el caso del endosulfán (20). Además, si se tiene en cuenta que en muchos de los

actos suicidas no planeados y marcados por la ambivalencia del sujeto respecto al deseo de morir se emplea más comúnmente la intoxicación, evitar la disponibilidad de tóxicos letales disminuirá la probabilidad de morir en ese evento (21,22). De hecho, en la presente investigación, cinco de los siete individuos que buscaron ayuda para salvar su vida después de la conducta suicida habían ingerido un tóxico.

El suicidio fue más frecuente durante la noche en área urbana, posiblemente por las particularidades del estilo de vida rural y ciudadano. En las zonas urbanas hay una prolongación de permanencia de las personas en actividades durante la noche.

En el área urbana fue más frecuente que el acto suicida ocurriera bajo los efectos de sustancias psicoactivas, y había un mayor número de suicidas con antecedente de trastornos por uso de sustancias. En otros países, como Finlandia, se observó una situación similar y se ha propuesto que los programas preventivos deben tener presente la complejidad que implica la comorbilidad de trastornos afectivos con aquellos por uso de sustancias (8).

Los trastornos de personalidad y distímicos fueron diagnosticados con más frecuencia por autopsia psicológica en los individuos de áreas urbanas, lo cual es similar a estudios realizados en otros países (8).

La frecuencia de trastorno de estrés postraumático en zona rural

fue 6,56 veces la de la zona urbana. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa, posiblemente por el pequeño tamaño de muestra, pero teniendo en cuenta la magnitud de la medida de fuerza de asociación, es importante comentar este hallazgo. La mayor frecuencia de este diagnóstico puede estar relacionada con ser víctima de la violencia sociopolítica y el desplazamiento forzado, que se observaron más en zonas rurales.

En áreas urbanas se observó mayor frecuencia de conflicto con los hijos y de separación de pareja como eventos vitales adversos previos al suicidio. La frecuencia de conflictos de pareja fue similar en ambos grupos. Podría pensarse que, a pesar de las dificultades, en áreas rurales es más difícil que ocurra separación o divorcio, por las características culturales y económicas.

Las asociaciones que se encontraron y que se han discutido pueden deberse al efecto de otras variables. Por esta razón, se hizo un análisis multivariado que permitió establecer que las características asociadas de manera independiente con vivir en área rural o urbana son: intoxicación como método de suicidio, vivir solo y suicidarse durante la noche. Estas son características de esta muestra, pero no se pueden considerar factores que aumentan el riesgo, porque para ello deben hacerse estudios analíticos o explicativos. Sin embargo, estos rasgos diferentes encontrados hacen pensar que es necesario plantear estrategias pre-

ventivas diferentes para poblaciones rurales y urbanas.

Conclusiones

Los individuos provenientes de zonas rurales y urbanas tenían características diferentes en cuanto al método empleado y particularidades del acto suicida, variables sociodemográficas y psicopatológicas. Esto puede tener implicaciones para el diseño de las estrategias de prevención del suicidio en cada una de las zonas, pero se requieren más estudios para determinar los factores de riesgo propios de áreas rurales y urbanas.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington: OMS; 2002.
2. World Health Organization (WHO). The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneve: World Health Organization; 2001
3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Forensis 2008. Datos Para La Vida. Bogotá: Panamericana Formas e Impresos S.A.; 2009.
4. Hirsch JK. A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention. Crisis. 2006;27:189-99.
5. Gallagher AG, Sheehy NP. Suicide in rural communities. J Community Applied Soc Psychol. 2006;4:145-55
6. Levin KA, Leyland AH. Urban/rural inequalities in suicide in Scotland, 1981-1999. Soc Sci Med. 2005;60:2877-90.
7. Singh GK, Siahpush M. Increasing rural-urban gradients in US suicide mortality, 1970-1997. Am J Public Health. 2002;92:1161-7.
8. Isometsa E, Heikkinen M, Henriksson M, et al. Differences between urban and rural suicides. Acta Psychiatr Scand. 1997;95:297-305.
9. Judd F, Cooper AM, Fraser C, et al. Rural suicide-people or place effects? Aust N Z J Psychiatry. 2006;40:208-16.
10. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003;33:395-405.
11. Cooper J. Ethical issues and their practical application in a psychological autopsy study of suicide. J Clin Nursing. 1999;8:467-75.
12. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales: Texto Revisado. Cuarta Edición. Washington: Masson; 2000.
13. Isometsa ET. Psychological autopsy studies-a review. Eur Psychiatry. 2001;16:379-85.
14. Middleton N, Gunnell D, Frankel S, et al. Urban-rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981-1998. Soc Sci Med. 2003;57:1183-94.
15. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, et al. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. BMC Public Health. 2007;7:357.
16. Mohamed F, Manuweera G, Gunnell D, et al. Pattern of pesticide storage before pesticide self-poisoning in rural Sri Lanka. BMC Public Health. 2009;9:405.
17. Gunnell D, Eddleston M. Suicide by intentional ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries. Int J Epidemiol. 2003;32:902-9.
18. World Health Organization (WHO). Safer access to pesticides: community interventions World Health Organization. Geneve: WHO; 2006.
19. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Dan Med Bull. 2007;54:306-69.
20. UITA. Prohibir el Endosulfán y salvar vidas [internet]. 2008 [citado: 19 de

- marzo del 2011]. Disponible en: www.rel-uita.org/agricultura/agrotoxicos 2008
21. Lin JJ, Lu TH. Association between the accessibility to lethal methods and method-specific suicide rates:
22. An ecological study in Taiwan. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1074-9.
- Konradsen F, Hoek W, Peiris P. Reaching for the bottle of pesticide-a cry for help. Self-inflicted poisonings in Sri Lanka. *Soc Sci Med*. 2006;62:1710-9.

Conflictos de interés: los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 7 de abril del 2011
Aceptado para publicación: 30 de mayo del 2011*

Correspondencia

Carlos Alberto Palacio Acosta

Universidad de Antioquia

Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

Carrera 51D No. 62-29

Medellín, Colombia

cpalacio@une.net.co