



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Gómez Restrepo, Carlos; Rodríguez Malagón, Nelcy; de Romero, Laura C.; Pinilla G., Consuelo;
López L., Elizabeth; Díaz Granados F., Nancy; Nossa, Nubia
Suicidio y lesiones autoinfligidas Colombia, 1973-1996
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXI, núm. 2, 2002, pp. 91-104
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80631203>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Suicidio y lesiones autoinfligidas Colombia, 1973-1996

Carlos Gómez-Restrepo, M.D.¹ Nelcy Rodríguez Malagón²
Laura C. de Romero³ Consuelo Pinilla G.⁴ Elizabeth López L.⁵
Nancy Díaz-Granados F., M.D.⁶ Nubia Nossa, M.D.⁷

Resumen

Objetivos: (1) describir la mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas desde 1973 hasta 1996, basándonos en los datos emanados del certificado de defunción del DANE. (2) Establecer los factores asociados al suicidio en la población colombiana, utilizando modelos de regresión logística.

Diseño: análisis secundario de los registros de defunción del DANE (1973-1996).

Resultados: entre las variables sociodemográficas estudiadas para el lapso 1973-1996 encontramos que la mayor proporción de muertes causadas por suicidio se presentó dentro del grupo de 15 a 24 años, para las mujeres, y mayores de 60 años, para los hombres. La tasa de suicidio fue de 2-4/100.000 para ambos géneros y para todos los grupos de edad durante estos años, y osciló entre 4-6/100.000 para hombres y de 1-3/100.000 para mujeres. Las cifras aumentan a 4-5/100.000 para personas mayores de 15 años. Se presentan los modelos de asociación para 3 años (1985, 1993 y 1996), en los cuales se observó durante 1996 un OR = 54,4 (IC 95%: 38,4-77,1, $p < 0,05$) para el grupo de 15 a 24 años, y de 8,7 (6,1-12,3) para aquellos de 25 a 59 años. Para los hombres se calculó un OR = 3,1 (2,7-3,6), así como un OR = 0,4 (0,3-0,5) para la zona urbana. Igualmente, se describen otras proporciones y asociaciones de importancia.

Palabras clave: suicidio, lesiones autoinfligidas, tasas de mortalidad, certificados de defunción, Colombia.

Abstract

Objectives: To describe the mortality rates for suicide and auto inflicted injuries from 1973 to 1996 taking into account the data from the death certificate provided by the DANE. To establish the associated risks for suicide in the Colombian population thru logistic regression models.

Design: Secondary Analysis of the death certificates provided by the DANE (1973 – 1996).

Results: From the socio – demographic variables that were under study for the years 1973 – 1996 we found that the greatest proportion of deaths caused by suicide was present in the group between 15 to 24 years for women and 60 years and more for men. The suicide rates were between 4-6/100.000 for men and 1-3/100.000 for women. Globally they were between 2-4/100.000 for both genders and for all the groups of age during the period of time un-

der study. The rates increased to 4-5/100.000 for persons 15 and older. We present the models of association for three years (1985, 1993, 1996) in which we observe in 1996 an OR = 54.4 (Cal 95%: 38.4-77.1, p 0.05) for the group from 15 years to 24 years old. The OR was 8.7 (6.1-12.3) for those between 25 to 59 years old. For men it was 3.1 (2.7-3.6) and in the urban, it was 0.4 (0.3-0.5). In the article, other relevant descriptions and associations are shown.

Key words: Suicide, Auto Inflicted Injuries, Mortality, Death Certificates, and Colombia.

Introducción

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 (1), el suicidio se define como “La muerte ocasionada por lesión autoinfligida informada como intencional”. En esta categoría se incluye el suicidio y envenenamiento autoin-

- (1) Médico-Psiquiatra, MSc Epidemiología Clínica. Director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Profesor de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana.
- (2) Bioestadística. Profesora asociada de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana. Profesora asistente de la Universidad Nacional de Colombia.
- (3) Estadística de la Universidad Nacional de Colombia, del Instituto Nacional de Salud-Laboratorio de Sociedad y Salud.
- (4) Estadística de la Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Estudios de Población y Desarrollo (actualmente está desarrollando la tesis de grado). Instituto Nacional de Salud-Laboratorio de Sociedad y Salud.
- (5) Ingeniera de sistemas de la Universidad Nacional de Colombia. Especializada en Auditoría de Sistemas, magíster en Estudios de Población y Desarrollo (actualmente está desarrollando la tesis de grado). Instituto Nacional de Salud-Laboratorio de Sociedad y Salud.
- (6) Médica rural de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana.
- (7) Médica interna de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana.

fligido mediante sustancias sólidas o líquidas, gases de uso doméstico o cualquier otro gas y vapor, ahorcamiento, estrangulación, sofocación y sumersión, armas de fuego y explosivos, instrumentos cortantes y punzantes, precipitación desde lugar elevado, otros medios y por los no especificados o los efectos tardíos de lesiones autoinfligidas.

El impacto que produce el suicidio, la dificultad para entenderlo, el gran número de factores que se han asociado a éste, la imposibilidad para seguir los sujetos que lo cometen y las dificultades metodológicas inherentes a su estudio nos llevan a considerar este comportamiento como uno de gran complejidad, donde los trastornos mentales (esto incluye el abuso de sustancias) están presentes y frecuentemente son relevantes (2), (3), (4).

Teniendo en cuenta las cifras publicadas por el estudio de la carga global de enfermedad, el suicidio se considera la quinta causa de ésta, medida en años de vida ajustados por discapacidad, en la población entre 15 y 44 años (5). Se calcula que la incidencia anual de suicidio en el mundo está entre 10 y 20 por 100.000 habitantes. En Colombia se ha calculado que esta cifra es de 5 por 100.000 habitantes, por lo que se convirtió en la cuarta causa de muerte violenta en el país, en 1999 (6), (7). De acuerdo con la OMS, para el año 2020 la depresión pasará a ser el problema número uno del

mundo y causará el 3,4% de la carga global de enfermedad. En estrecha relación con este hecho, se espera que con el incremento de la depresión durante este periodo, los suicidios aumenten significativamente, de 593.000 en 1990 a 995.000 en el año 2020 (5).

Se ha planteado una serie de factores asociados al suicidio, dentro de los cuales encontramos: ser mayor de 45 años; la impulsividad; los eventos vitales adversos; el género masculino (excepto en algunos países como China); ser viudo, separado o divorciado; vivir sólo; estar desempleado o jubilado; tener antecedentes familiares de suicidio, intentos previos; poseer una salud física deficiente; tener armas de fuego en casa; padecer diversos trastornos psiquiátricos, principalmente afectivos y ansiosos, farmacodependencia y los de personalidad del grupo B. También se ha asociado el suicidio con recibir asistencia médica en los últimos seis meses y en el plano biológico, con disminución de la actividad serotoninérgica, entre otros factores (8),(9),(10),(11),(12),(13).

De acuerdo con el Instituto de Medicina Legal en Colombia, en 1994 el suicidio era la tercera causa de muerte violenta en personas de 15 a 45 años, después del homicidio y la muerte accidental. En 1998, en este mismo instituto se realizaron 2.046 necropsias por suicidio, lo cual indica que se presentó un incremento del 21% con respecto al año anterior (esto si se calcula una

incidencia de cinco suicidios por cada cien mil habitantes). En 1999 aumentó a 2.089, de éstos 77% eran de género masculino, con una proporción hombre-mujer de 3:1, y una mayor incidencia en el grupo de 15 a 24 años (14).

Durante 1997, en los Estados Unidos, el suicidio fue la octava causa de muerte en la población general y la tercera en el grupo de 15 a 24 años. Se calculó una incidencia entre los 20 y 24 años de 14,5 por 100.000, ésta aumentó hasta 20 por 100.000 a los 65 años y a 65,3 por 100.000 en el grupo de hombres mayores de 85 años. Asimismo, durante el año en mención se calculó que cada 18 minutos se consumaba un suicidio (15). En otros países, como China, se ha observado una mayor proporción de suicidios en mujeres con una relación de ocho a uno a favor de éstas y se ha calculado un promedio de doce minutos desde que la persona toma la decisión de suicidarse hasta que lo realiza.

Considerando los datos anteriores y como parte del estudio *Muertes por causas violentas y determinación de algunos factores asociados. Colombia 1973-1996*, se realizó un subanálisis de las muertes causadas por suicidio y lesiones autoinfligidas, con el fin de obtener una mejor descripción de las cifras colombianas.

Material y métodos

Objetivos generales

- Establecer el comportamiento de la mortalidad por suicidio y lesiones

autoinfligidas según edad, sexo y regiones del país en el periodo 1973-1996.

- Determinar y describir la evolución del suicidio desde 1973 hasta 1996, teniendo en cuenta los datos emanados del certificado de defunción del DANE.
- Establecer los potenciales factores de riesgo asociados a las muertes causadas por lesiones autoinfligidas y suicidio en la población colombiana, desde 1973 hasta 1996, utilizando modelos de regresión logística para los años 1985, 1993 y 1996.

Tipo de estudio

Análisis secundario de registros de defunción DANE (1973-1996).

Instrumento de recolección, obtención de datos e información básica

En este estudio se utilizó como instrumento de recolección el registro de defunción, pues se consideró que éste es aplicable a toda la población y permite caracterizar la mortalidad en el país de acuerdo con variables demográficas y regiones geográficas. Pensamos que es un instrumento adecuado para cumplir los objetivos del presente estudio (16). Como instrumento legal, el certificado individual de defunción constituye una prueba de la muerte para efectos de inhumación, cremación o cualquier otra forma de disponer del cadáver. Como instrumento de salud pública, el registro de defunciones sirve para identificar casos de enferme-

dades que son objeto de vigilancia (sanitaria), medir la magnitud de los problemas de salud, evaluar los programas desarrollados y realizar estudios sobre factores de riesgo para mortalidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se recopiló la información existente en medios magnéticos, referente a la mortalidad por causas en el país, en el periodo 1973-1996. La fuente primaria de tales estadísticas la constituyen los hechos vitales registrados legalmente. Esta información recolectada es procesada, sistematizada y divulgada por el DANE (entidad encargada de la producción de las estadísticas demográficas del país) en cumplimiento del Decreto 2118 de 1992. En la actualidad, el DANE, en coordinación con entidades como la Registraduría Nacional del Estado Civil y la Superintendencia de Notariado y Registro, realiza la obtención de estos registros vitales.

De esta manera se obtuvieron los siguientes datos:

- Registros de defunción DANE: se tomaron 22 años de registros disponibles para la fecha de realización del estudio (2000-2001), los cuales son de 1973 a 1977 y de 1979 a 1996.
- Por no existir el registro para 1978, se calculó como un promedio de los años 1977 y 1979, considerando que no existía ningún informe histórico en el que se registrara una posible variación de los datos esperados para este año. Para lle-

gar a esta conclusión se revisaron los reportes en los medios de comunicación (prensa) de la época.

- Proyección de población por edad, sexo y departamento, obtenidos del Departamento Nacional de Planeación (17),(18) y el DANE (19),(20),(21),(22),(23).

Para definir la causa de muerte se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para los años objeto del presente estudio se utilizaron las versiones VIII (24) y IX de la CIE (años 1973 a 1980 y 1981 a 1996, respectivamente), además, se realizaron equivalencias para cada una de las causas.

Variables de estudio

Variables dependientes

- Defunción: se define como la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación posnatal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar). Por lo tanto, esta definición excluye las defunciones fetales.
- Suicidio: se define como la muerte ocasionada por lesión autoinfligida, informada como intencional en suicidio o intento de suicidio.

Variables independientes

- Edad en años: se hicieron seis grupos así: < 5 años, 5-14, 15-24, 25-44, 45-59, 60 y más.

- Género: mujer y hombre.
- Estado civil: soltero, casado, viudo, otros (unión libre, divorciados y los separados).
- Lugar de la defunción: ubicación geográfica, departamento, municipio donde ocurrió la defunción.
- Zona de la defunción: urbana, rural.
- Lugar de residencia: departamento y municipio de residencia habitual del fallecido (solamente para 1991 a 1996).

Sistematización y análisis estadístico de los datos

Una vez recolectada la información se utilizaron los programas SPSS, STATA, Excel y Word para el procesamiento, análisis y elaboración de los informes.

En una primera fase del análisis estadístico se elaboraron las distribuciones de frecuencias simples para las variables de interés, con el fin de controlar la calidad de la información y detectar posibles inconsistencias. Posteriormente, se realizó un análisis bivariado y, a efectos de describir los cambios en la mortalidad, se obtuvieron proporciones, porcentajes y la tasa de mortalidad calculada de la siguiente forma:

Tasa de mortalidad por causas violentas

$$\begin{aligned} & c \quad c \text{ [GP1]} \\ & nm_x = nD_x \\ & nN_x \quad c \end{aligned}$$

nD_x : defunciones registradas entre las edades x y $x + n$ por la causa c (suicidio, homicidio, etc.).

nN_x : población entre las edades x y $x + n$

Finalmente, para la determinación de posibles factores asociados a la ocurrencia de muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas, en periodos específicos, se utilizaron técnicas de modelamiento estadístico (modelos de regresión logística) para los años 1985, 1993 y 1996. Los dos primeros se seleccionaron por poseer los datos del censo para ese mismo año y el último, por ser el año más reciente del cual se tenían datos para el momento del estudio (años 2000-2001). Los posibles factores de riesgo asociados que se exploraron fueron: edad, sexo, estado civil, lugar de la defunción, lugar de residencia, lugar donde ocurrió la muerte y la causa externa de ésta. Se consideró que un potencial factor estaba asociado a la ocurrencia de la muerte cuando su riesgo relativo indirecto (OR) era mayor de uno y, además, el valor de significancia estadística era menor que 0,05. Adicionalmente, se evaluaron posibles interacciones entre los factores considerados como de exposición y la ocurrencia de la muerte.

Resultados

El resumen de las tasas globales de suicidio y las diferencias por género se presentan en la Tabla 1. Podemos observar cómo las tasas globales de suicidio oscilan entre 4 y 6 por 100.000 para hombres y de 1 a

3 por 100.000 para mujeres, que globalmente es de 2 a 4 por 100.000 para ambos géneros (véase Tabla 1). Cuando se toman los suicidios masculinos, en los diferentes grupos de edad, observamos que las tasas más altas se encuentran en personas mayores de 60 años, de las cuales las más elevada son las de 1976, con 13 por 100.000, y 1983, con 12,6 por 100.000. Entre los 15 y los 59 años se observan tasas de suicidio semejantes. Sin embargo, a partir de 1990 se observa un aumento gradual en la tasa del grupo de hombres entre 15 y 24 años, que en 1996 llega a 7,6 por 100.000. Ese mismo año, el grupo entre 25 y 44 años tuvo una tasa de 6,7 y para aquellos entre los 45 y 59 años fue de

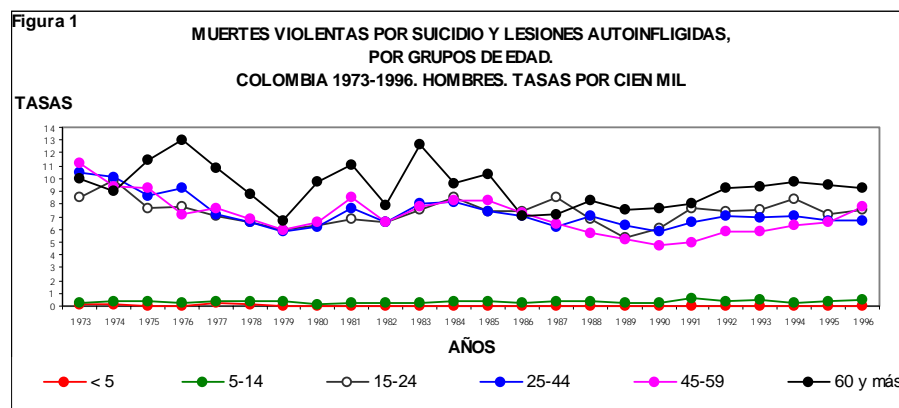
7,8. El grupo con la tasa más alta en 1996 fue el de hombres mayores de 60 años, con 9,3 suicidios por 100.000 muertes (véase Figura 1). Respecto a las mujeres, observamos que las mayores tasas de suicidio se evidencian en el grupo de 15 a 24 años con 7,8 /100.000 para 1973 y 3,25 en 1996. Los demás grupos de edad presentan unas tasas estables, que oscilan entre 1 y 3 por 100.000 para aquéllas entre 25 y más años (véase Figura 2).

Al comparar el número de suicidios discriminados por el lugar donde ocurrió, se observa que los suicidios tienen una mayor incidencia en las ciudades no capitales de departamentos (véanse Figura 3 y Tabla 2).

Tabla 1. Suicidio y lesiones autoinfligidas tasas por género y totales. Colombia 1973-1996

Años	Hombres		Mujeres		Total	
	No. de suicidios	Tasa por 100.000	No. de suicidios	Tasa por 100.000	No. de suicidios	Tasa por 100.000
1973	618	5	293	3	911	4
1974	643	6	282	2	925	4
1975	576	5	262	2	838	4
1976	602	5	252	2	854	4
1977	548	4	192	2	740	3
1978*	507	4	190	2	697	3
1979	465	4	188	1	653	3
1980	521	4	236	2	757	3
1981	634	5	183	1	817	3
1982	627	4	205	1	832	3
1983	788	5	220	1	1.008	3
1984	831	5	226	1	1.057	3
1985	783	5	218	1	1.001	3
1986	740	5	218	1	958	3
1987	756	5	195	1	951	3
1988	741	4	171	1	912	2
1989	653	4	178	1	831	2
1990	665	4	200	1	865	2
1991	798	5	212	1	1.010	3
1992	850	5	236	1	1.086	2
1993	871	5	214	1	1.085	3
1994	930	5	268	1	1.198	3
1995	889	5	261	1	1.150	2
1996	951	5	258	1	1.209	3

* 1978 se calculó basándonos en 1977 y 1979.



En la Tabla 3 se resumen algunos de los resultados de las variables estudiadas para los años 1985, 1993 y 1996. Se tomaron éstos para un análisis más detallado, puesto que en los dos primeros (1985 y 1993) se realizaron los censos nacionales, y el último año (1996) contiene los datos más recientes al momento del estudio. Se comparó la proporción de muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas con el total de muertes no violentas, lo cual incluye las primeras. Para esto se utilizó la fórmula: suicidios y lesiones autoinfligidas/(muertes no violentas + suicidio y lesiones autoinfligidas).

En la Tabla 4 están los resultados de los modelos de regresión logística elaborados para variables asociadas al suicidio con riesgos relativos indirectos (OR) e intervalos de confianza del 95% para los tres años estudiados. Encontramos que la mayor proporción de muertes causadas por suicidio se presentó dentro del grupo de 15 a 24 años, para los tres periodos analizados.

Esta proporción fue de 10,5% para 1985, de 12,9% en 1993 y de 14,1% en 1996. Se puede ver un aumento en los años de referencia. De acuerdo con el modelo de regresión, ob-

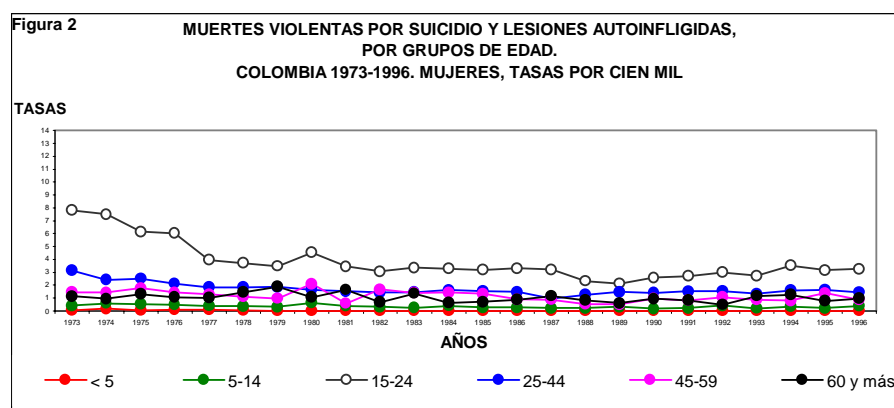


Tabla 2. Muertes por suicidio y lesiones auto infligidas. Colombia 1973-1996

Años	Muertes registradas en los departamentos *	Muertes registradas en las capitales	% de muertes en las capitales
1973	414	503	54,9
1974	441	487	52,5
1975	422	424	50,1
1976	439	419	48,8
1977	419	325	43,7
1978**	376	323	46,2
1979	333	320	49,0
1980	403	362	47,3
1981	420	397	48,6
1982	405	443	52,2
1983	571	441	43,6
1984	624	447	41,7
1985	568	442	43,8
1986	615	361	37,0
1987	619	344	35,7
1988	614	312	33,7
1989	512	330	39,2
1990	523	357	40,6
1991	623	397	38,9
1992	686	415	37,7
1993	690	415	37,6
1994	711	513	41,9
1995	645	527	45,0
1996	690	539	43,9

*No incluye las muertes registradas en las capitales.
 ** 1978 calculado basándonos en 1977 y 1979.

servamos que las mayores asociaciones se observaron en los grupos de 15 a 59 años. La mayor asociación con suicidio se encontró en el grupo de 15 a 24 años, donde el OR calculado se hizo más preciso, pues pasó de 148,2 (IC 95%: 96,1-228,6, $p<0,05$), en 1985, a 74,7 (IC 95%: 50,9-109,6, $p<0,05$), en 1993, y 54,4 (IC 95% 38,4-77,1, $p<0,05$), en 1996 (véanse tablas 3 y 4).

En cuanto al género, la proporción de muertes por suicidio en los hombres es relativamente baja compa-

rada con el total de muertes no violentas (1,3% en 1985, 1,4% en 1993 y 1,5 en 1996). No obstante, esta proporción es significativamente mayor a la encontrada en las mujeres (0,4% en 1985, 0,4% en 1993 y 0,4 en 1996). Es de anotar que esta proporción es estable a lo largo de los periodos analizados en el grupo de mujeres, sin embargo, muestra un incremento gradual en el de hombres. Cuando se toma como referencia el grupo de mujeres, los modelos de regresión mostraron una mayor asociación para el grupo de

hombres con un OR de 3,5 (IC 95%: 3,0-4,1, $p<0,05$) en 1985, OR = 3,6 (IC 95%: 3,1-4,3, $p<0,05$) en 1993 y 3,1 (IC 95%: 2,7-3,6, $p<0,05$) en 1996 (véanse tablas 3 y 4).

Al analizar el estado civil, la mayor proporción de suicidios respecto al total de muertes no violentas registradas ocurrió entre los solteros 1,3% y 1,6% para el periodo analizado. El grupo de los viudos presen-

tó la menor proporción relativa al total de muertes no violentas, ya que fue tan sólo de 0,1% para los tres años. Esto podría reflejar la mayor mortalidad por causas no violentas diferentes al suicidio en las personas viudas, quienes habitualmente corresponden al grupo de edad mayor de sesenta años. En el modelamiento, que tuvo como referencia el grupo de las personas viudas, se encontró una mayor asociación de

Tabla 3. Porcentaje de muertes causadas por suicidio y lesiones autoinfligidas y su relación con las muertes no violentas para las variables estudiadas. Colombia 1985, 1993 y 1996

Variables	Suicidio y lesiones autoinfligidas en 1985		Suicidio y lesiones autoinfligidas en 1993		Suicidio y lesiones autoinfligidas en 1996	
	No. de suicidios	% del total de muertes este año*	No. de suicidios	% del total de muertes este año*	No. de suicidios	% del total de muertes este año*
Edad (años)						
< 15 años	22	0,1	29	0,2	38	0,3
15-24	373	10,5	380	12,9	410	14,1
25-59	504	2,0	558	2,2	638	2,3
60 y más	102	0,2	118	0,2	123	0,2
Total	1.001	0,9	1.085	0,9	1.209	1,0
Género						
Masculino	792	1,3	888	1,4	967	1,5
Femenino	218	0,4	217	0,4	262	0,4
Total	1.010	0,9	1.105	0,9	1.229	1,0
Estado civil						
Soltero	614	1,3	614	1,5	607	1,6
Casado	315	0,7	303	0,7	281	0,6
Viudo	26	0,1	23	0,1	26	0,1
Otros	14	1,0	97	2,1	152	2,2
Total	969	0,9	1.037	0,9	1.066	0,9
Región						
Nuevos departamentos	16	1,7	26	2,8	35	3,2
Atlántica	76	0,6	95	0,6	124	0,8
Oriental	261	1,1	319	1,4	321	1,3
Bogotá	76	0,4	59	0,3	67	0,3
Central	364	1,0	353	1,0	475	1,2
Pacífica	217	0,9	253	1,2	207	0,9
Total	1.010	0,9	1.105	0,9	1.229	1,0
Zona						
Urbana	723	0,7	799	0,8	893	0,8
Rural	272	1,5	269	2,3	293	2,5
Total	995	0,9	1.068	0,9	1.186	1,0

*Muertes no violentas + muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas (no incluye otras causas de muertes violentas).

Tabla 4. Cálculo de riesgos relativos indirectos (OR) y sus intervalos de confianza (IC) para mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas. Colombia 1985, 1993 y 1996

Variables	1985			1993			1996		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Edad (años)									
15-24 años	148,2	96,1	228,6	74,7	50,9	109,6	54,4	38,4	77,1
25-59	30,7	19,8	47,5	13,1	8,9	19,2	8,7	6,1	12,3
60 y más	2,9	1,8	4,6	1,1	0,7	1,7	0,7	0,5	1,1
Género									
Masculino	3,5	3,0	4,1	3,6	3,1	4,3	3,1	2,7	3,6
Estado civil									
Soltero	2,5	1,7	3,9	3,2	2,0	5,3	2,8	1,8	4,3
Casado	1,7	1,1	2,6	2,4	1,5	3,9	1,9	1,2	2,9
Otro	2,4	1,3	4,8	5,4	3,2	9,1	4,5	2,9	7,1
Región									
Nuevos departamentos	3,7	2,0	6,7	6,1	3,5	10,6	10,2	6,2	16,9
Atlántica	1,4	1,0	1,9	2,2	1,5	3,1	2,8	1,9	4,1
Oriental	2,7	2,0	3,6	5,2	3,8	7,1	6,4	4,5	8,9
Central	2,6	2,0	3,4	3,5	2,6	4,7	5,2	3,8	7,2
Pacífica	2,2	1,7	2,9	3,8	2,8	5,2	3,6	2,5	5,1
Zona									
Urbana	0,6	0,5	0,7	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3	0,5

Categorías de referencia para cada factor:

Edad: menores de 15 años

Sexo: femenino

Estado civil: viudo

Región: Bogotá

Zona: rural

suicidio con el hecho de ser soltero o pertenecer al grupo de otros: unión libre, divorciados y separados (véanse tablas 3 y 4).

La mayor proporción relativa de muertes por suicidio en las diferentes regiones del país, respecto al total de muertes no violentas, se presentó en los nuevos departamentos: 1,7% en 1985, 2,8% en 1993 y 3,2% en 1996. En la región oriental también se pueden observar proporciones relativas mayores a las obtenidas para el total nacional (región oriental: 1,1% en 1985, 1,4% en 1993 y 1,3% en 1996 frente al total nacional: 0,9% en 1985, 0,9 % en 1993 y 1,0% en 1996). Los nuevos departamentos presentaron la mayor asociación con suicidio cuando

se compararon con Bogotá, pues el OR =3,7 (IC 95% 2,0-6,7 $p<0,05$) en 1985. Este riesgo aumentó en 1993 y 1996 y pasó a 6,1 (IC 95% 3,5-10,6, $p<0,05$) y 10,2 (IC 95% 6,2-16,9 $p<0,05$), respectivamente (véanse tablas 3 y 4).

En la zona rural la proporción relativa de suicidio respecto a muertes no violentas fue, en promedio, dos a tres veces la encontrada en las áreas urbanas. Asimismo, se observa un incremento en las proporciones del área rural para los periodos referidos (véanse tablas 3 y 4). La asociación observada en el modelamiento nos muestra una relación de tipo protector para el área urbana en los tres periodos tomados, ya que para 1985 es de 0,6 (IC 95% 0,5-

0,7, $p < 0,05$), para 1993 es de 0,4 (IC 95% 0,4-0,5, $p < 0,05$) y para 1996 es de 0,4 (IC 95% 0,3-0,5, $p < 0,05$).

Discusión

En primer lugar, es importante anotar las posibles limitaciones que puede presentar el registro de defunción para este estudio. El posible subregistro de los suicidios clasificados como muerte accidental, intoxicación, traumatismos, accidente de trabajo, etc. puede ser un inconveniente. Esto sin tener en cuenta los suicidios crónicos, asociados al consumo de alcohol, sustancias, pobre adherencia a tratamiento médico de enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, entre otros. En consecuencia, este subregistro puede afectar las cifras publicadas y hacerlas más bajas.

Si se considera que no es posible contar con otro instrumento de cubrimiento nacional en el que se presenten menos sesgos de información, pensamos que los datos de este artículo tienen los mejores estimativos para el momento del estudio. Asimismo, es importante plantear la dificultad para analizar los resultados de los departamentos menos desarrollados y de las zonas rurales, por una posible baja cobertura del registro de defunción. Esto puede presentarse por la dificultad de acceso a las oficinas de registro o por no tener acceso a una adecuada sistematización para la recolección del registro de defunción. A este respec-

to, las cifras resultado de los análisis muestran una alta incidencia de suicidio en las áreas referidas, lo cual podría sugerir que sí se podría estar utilizando de manera adecuada el certificado de defunción en los sitios más distantes de las capitales. Aún más cuando las cifras aumentaron en el periodo estudiado.

De manera global, las tasas de suicidio oscilaron de 2,1 a 4,1 por 100.000 para toda la población en los 23 años estudiados. Estas cifras aumentaron de 4 a 5 por 100.000 cuando se estudió la población de quince y más años, lo que se aproxima a los resultados obtenidos en otros países. Sin embargo, es más baja que el 10 a 20 por 100.000 obtenido en países como Estados Unidos, lo cual podría reflejar un efecto protector global que podría ser atribuido al hecho de vivir en países en vías de desarrollo o a un subregistro. Aun así, nos inclinamos a pensar en la primera opción, si tenemos en cuenta las mayores prevalencias de enfermedad mental en los países desarrollados.

Respecto a las tasas de suicidio en hombres y mujeres, observamos que durante el periodo estudiado se obtuvieron cifras mayores en los hombres, quienes reflejan los hallazgos habitualmente descritos para género. Al respecto, se encuentra una proporción de tres a cuatro suicidios en hombres por uno de mujeres, de acuerdo con el año estudiado similar a lo encontrado en otros países.

En cuanto a los grupos de edad, observamos una mayor incidencia de suicidio en hombres mayores de 60 años y en mujeres de 15 a 24 años. Pensamos que estos hallazgos indican características psicosociales propias de cada género en los respectivos grupos de edad, y merecen ser estudiados en mayor profundidad.

Respecto al mayor número de suicidios en las ciudades no capitales y en las áreas rurales, comparado con las capitales y los cascos urbanos, pensamos que puede obedecer a las características sociales y de violencia que vive nuestro país desde hace ya más de cincuenta años. No obstante, sería importante estudiar en detalle esta situación.

Los modelos de regresión realizados para 1985, 1993 y 1996 muestran que el suicidio está asociado con variables como: ser mayor de quince años, hombre, estado civil soltero o cualquier otro (unión libre, separados y divorciados), vivir en los nuevos departamentos, en la zona oriental, central o pacífica. Una anotación que puede ser hecha, luego de obtener estos modelos es: la precisión en los estimadores obtenidos podría mejorarse eventualmente, mediante la aplicación de una metodología de modelamiento alterno, por ejemplo, la regresión de Poisson, si se considerara y dispusiera de un nuevo factor que es el de persona-tiempo en el modelo.

Por último, pensamos que este estudio es una primera aproximación

al tema del suicidio, que puede abrir nuevas e interesantes líneas de investigación hacia un tema poco estudiado en nuestro medio y ante el cual nuestros pacientes y sus familias reclaman medidas preventivas e intervenciones efectivas.

Conclusiones

- De 1973 a 1996 las tasas de suicidio se mantuvieron estables (2 y 4 por 100.000 habitantes).
- Las tasas de suicidio fueron aproximadamente tres veces mayores en hombres que en mujeres durante los 23 años de este estudio.
- En los hombres las tasas de suicidio fueron más altas en personas mayores de 60 años, en tanto que en las mujeres son mayores en aquéllas de 15 a 24 años.
- Son factores asociados al suicidio (si se parte de un OR mayor a dos): ser mayor de quince años, hombre, vivir en área rural, soltero, separado, divorciado o vivir en unión libre y vivir en los nuevos departamentos, la zona oriental, central o pacífica.

Agradecimientos

El presente artículo hace parte del estudio *Muertes por causas violentas y determinación de algunos factores asociados. Colombia 1973-1996*, realizado por el Instituto Nacional de Salud, el Laboratorio de Sociedad y Salud y la Pontificia Universidad Javeriana, Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, con la cofinanciación de Colciencias.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades. Volúmenes 1 y 2. Revisión IX, 1975. Washington; 1978.
2. Pérez-Stable EJ, Miranda J, Muñoz RF et al. Depression in medical outpatients: under recognition and misdiagnosis. *Arch Int Med*. 1990; 150: 1083-88.
3. WPA/PTD. Educational Program on Depressive Disorders. Depressive Disorders in Physical Illness-Core Booklet. New York: NCM publishers; 1998. p. 3-44.
4. Rundell JR, Wise MG, editors. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
5. Murray CJL, López AD, editors. Summary. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge (MA): Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press; 1996. <http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>
6. República de Colombia, Centro de Referencia Nacional sobre Violencia del Instituto Nacional de Medicina Legal. Epidemiología del suicidio. *Bol Epid* 1998; 25-8.
7. República de Colombia, Centro de Referencia Nacional sobre Violencia del Instituto Nacional de Medicina Legal. Forensis. Datos para la Vida 1999: 127-38.
8. Tuckman J, Youngman WF. A scale for assessing suicide risk of attempted suicides. *J Clin Psychol* 1968; 24: 17.
9. Brent DA, Johnson B, Bartle S, et al. Personality disorder, tendency of impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32: 69-75.
10. Strohsahl K, Chiles J, Lineham M. Predictors of Suicide Intent in Hospitalized Parasuicides. Reasons for living, Hopelessness, and Depression. *Compr Psychiatry* 1992; 33(6): 366-73.
11. Harris C, Barraclough B. Suicide as an Outcome of Mental Disorders. A Meta Analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.
12. Angst J, Angst F, Stassen H. Suicide Risk in patients with Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2: 57-62.
13. Simpson S Jamison KR. The risk of Suicide in patients with Bipolar Disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2: 53-6.
14. República de Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Informe Estadístico; 1994.
15. Hoyert DL, Kochanek KD, Murphy SL. Deaths: final data for 1997. National Vital Statistics Report, 47(19). DHHS Publication No. 99-1120. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1999. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvs47_19.pdf
16. República de Colombia, DANE. Las estadísticas sociales en Colombia. Bogotá; 1993.
17. Bayona Núñez A, Pabón Rodríguez A. La mortalidad en Colombia. Volumen II: edad, sexo y causas. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 1983.
18. Pabón Rodríguez A, Ruiz Salguero M. La mortalidad en Colombia. Volumen V: niveles ajustados de la mortalidad por secciones del país 1973-1985 y análisis de causas por sexo y edad 1979-1981. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 1986.
19. República de Colombia, DANE. XIV Censo nacional de Población y III de vivienda. Resumen Nacional Colombia; 1973 Oct 24.
20. Pabón Rodríguez A. La Mortalidad en Colombia 1953-1991. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. Bogotá; 1993.
21. República de Colombia, DANE. Censo 1993. XVI Censo Nacional de Población y de Vivienda; 1996 Jun.
22. República de Colombia, DANE. Estudios Censales. Proyecciones de Población por sexo y edad, 1950-2050. Bogotá; 1998.
23. República de Colombia, DANE. Estudios Censales. Proyecciones departamentales de población por sexo y edad, 1990-2015. Bogotá; 1998.
24. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Volúmenes 1 y 2. Revisión VIII, 1965. Ginebra; 1968.