

Artículo

Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana

Carlos Gómez-Restrepo, M. D.¹, Nelcy Rodríguez Malagón²

Adriana Bohórquez P., M. D.³, Nancy Diazgranados F., M. D.⁴

María Beatriz Ospina García, M. Sc.⁵, Cecilia Fernández, M. D.⁶

Resumen

Objetivos: describir y analizar el perfil epidemiológico y los factores asociados al intento de suicidio en una muestra de la población Colombiana. **Diseño:** análisis secundario de la base de datos de la Primera encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. **Muestra:** 25.135 personas fueron encuestadas. Se escogieron 21.988 personas de ambos sexos con edades entre 16 y 60 años, a quienes se les aplicó la escala de Zung para ansiedad y depresión. Se midieron 240 variables independientes. **Medida de desenlace principal:** reporte de intentos de suicidio en el último año y en la vida. **Resultados:** la prevalencia para intentos de suicidio en el último año y a través de toda la vida fue de 1,2% (IC 95%: 1,06-1,34) y 4,25% (IC 95%: 4,25-4,81) respectivamente. Con la técnica de regresión logística para variables policótomas, los intentos de suicidio en el último año estaban asociados con: edades de 16 a 21 años OR = 2,5 (IC 95% 1,5-4,2), depresión grave OR = 11,8 (5,1-27,3), moderada OR = 5,3 (3,1-9,0) y leve OR = 3,6 (2,4-5,8), niveles moderados y graves de ansiedad OR = 3,4 (1,8-6,7). Se encontraron resultados similares cuando se consideraron los intentos de suicidio a lo largo de la vida. **Conclusiones:** el intento de suicidio en Colombia tiene una prevalencia similar a la de otros países, la población con mayor riesgo tiene entre 16 y 21 años, presenta depresión o ansiedad, consulta al médico por 'nervios', es objeto de abuso verbal (particularmente en las mujeres) o tiene diferentes valores morales a los de su familia.

Palabras clave: intento de suicidio, prevalencia, factores de riesgo, escala de Zung, epidemiología.

Abstract

Objectives: To describe and analyze the epidemiological profile and the associated factors to suicide attempt in a sample of the Colombian Population. Design: Secondary analysis of the First National Mental Health and Psychoactive Drugs Consumption Survey database. Sample: 25.135 persons were interviewed. The sample was chosen to be between 16 to 60 years old with a total group of 21.988 persons for this analysis. ZUNG anxiety and depression scales were applied. Two hundred and forty independent variables were measured. Principal end measurement: Self-report of suicide attempt in the last year and lifetime prevalence. Results: Prevalence for suicide attempt in the last year and lifetime

prevalence were 1.2% (95% CI: 1.06-1.34) and 4.25% (95% CI: 4.25-4.81) respectively. When a multiple logistic regression model was conducted, the suicide attempt in the last year was associated with: ages from 16 to 21 years (OR=2.5; CI 95% 1.5-4.2), severe (OR 11.8; 5.1-27.3) moderate (OR = 5.3; 3.1-9.0) and mild depression (OR = 3.6 ; 2.4-5.8), moderate and severe levels of anxiety (OR = 3.4; 1.8-6.7), among other factors. Similar results were found for suicide attempt in the life span. Conclusions: Suicide attempt in Colombia has prevalence similar to other countries. The group with the highest risk is between ages 16 to 21, suffers depression, anxiety and seeks medical attention for nervousness. Some are verbally abused woman or have different moral values from those of their families.

Key words: Suicide Attempt, Prevalence, Risk factors, Zung scale, Epidemiology.

- (1) Médico-psiquiatra, MSc Epidemiología Clínica, director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y profesor de la unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana.
- (2) Bioestadística, profesora asociada de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana. Profesora asistente de la Universidad Nacional de Colombia.
- (3) Médica-psiquiatra, asistente de investigación del Convenio Joven Investigador de Colciencias y de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana.
- (4) Médica rural, Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Pontificia Universidad Javeriana.
- (5) Psicóloga. Candidata a MSc Epidemiología Clínica. Docente Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Pontificia Universidad Javeriana.
- (6) Médica-psiquiatra.

Introducción

En el estudio sobre carga de la enfermedad, realizado en 1990 por la OMS, se considera el suicidio y otras lesiones autoinfligidas como la quinta causa de carga de enfermedad en el mundo entre los 15 y 44 años, que causa un total de 14'645.000 años de vida saludable perdidos solamente en 1990 (1).

Rosemberg, en 1987, tomó una muestra de 210.000 personas con un intento de suicidio y calculó que como consecuencia de esta acción se presentaron unas 10.000 alteraciones físicas permanentes, 155.500 consultas médicas, 630.000 días de trabajo perdidos y más de 115 millones de dólares en gastos médicos directos (2).

Un antecedente de intento de suicidio es una de las variables que tiene más relevancia clínica para predecir un eventual suicidio, aun cuando es mayor el riesgo durante el primer año después del intento. Se considera que el 56% de los suicidas en Finlandia mueren al realizar su primer intento de suicidio (3). En otros estudios se ha encontrado que entre 30% y 60% de los suicidios son precedidos por un intento previo (4). Se ha calculado que la razón entre intentos de suicidio y suicidio consumado es de 6-25:1 en la población general. Esta

relación varía según el sexo o la edad y es mucho menor en personas con trastornos afectivos mayores (4). A la vez, el suicidio consumado es cien veces mayor en 10% al 14% de los pacientes que han intentado suicidarse alguna vez en su vida (4),(5).

En la práctica clínica los intentos de suicidio se asocian con una gran proporción de enfermedades mentales (4),(6), algunas de las cuales pueden ser diagnosticadas y tratadas a tiempo. En la población general que se suicida, se han encontrado datos que indican que cerca del 41% había tenido una hospitalización psiquiátrica en el año previo a su muerte, entre un 4% y un 11% había recibido atención ambulatoria por psiquiatría y entre 20% y 83% había consultado a un médico general (7). Por otra parte, se ha encontrado que un 26,3% de las personas que realizan un intento de suicidio asisten a una consulta médica antes de hacerlo y, entre 13% y 35% de éstos lo repite en los dos años siguientes (8).

En Colombia, el Instituto de Medicina Legal reportó en 1994 que el suicidio era la tercera causa de muerte en personas de 15 a 45 años, después del homicidio y de la muerte accidental (9). En 1998, en este mismo instituto, se realizaron 2.046 necropsias por suicidio, es decir, se

presentó un incremento del 21% con respecto al año anterior (5 casos por cada 100.000 habitantes). Así, del total de casos, el 77% correspondió al sexo masculino con una proporción hombre-mujer de 3:1, con una mayor incidencia en el grupo de 15 a 24 años (10). Estos datos podrían ser mayores debido al subreporte o al registrarse estos eventos como «muerte accidental», «intoxicación», «traumatismo», «accidente de trabajo», etc. Esto sin tener en cuenta los suicidios «crónicos», asociados al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas o a una baja adherencia al tratamiento médico de algunas enfermedades como diabetes, hipertensión arterial y obesidad (1),(11),(12).

En las autopsias psicológicas de muchos de los suicidios se evidencian antecedentes, como depresión reactiva, agresividad e impulsividad, manejo de demasiado estrés, cambios en el afecto, consumo de alcohol o drogas, trastornos de personalidad, ideación y gestos suicidas (4),(12).

Si se tiene en cuenta lo descrito, consideramos importante realizar un trabajo que identifique la prevalencia del intento de suicidio en nuestro país y que establezca los principales factores asociados, tomando los únicos datos disponi-

bles que hay hasta la fecha sobre este tema.

Pensamos, además, que los resultados de este trabajo permitirán el desarrollo de programas de prevención, que incluyan capacitación al personal de atención primaria, a fin de seguir lo propuesto por Diekstra (13): (1) conocer datos precisos sobre las causas del suicidio; (2) evaluar programas de intervención en los diversos contextos culturales; (3) realizar mejoras en los servicios de ayuda, y (4) educar de forma efectiva a la comunidad y presentar servicios especiales para la población de alto riesgo, incluidos adolescentes, enfermos crónicos, alcohólicos y drogadictos y familiares de personas que se han suicidado.

Factores asociados al suicidio e intento de suicidio

Se considera intento de suicidio un acto que el individuo realiza en forma voluntaria, para hacerse daño y con el cual busca la muerte; no obstante, independientemente de la gravedad de la lesión, se ve frustrado, pues no consigue llegar a ese estadio (4),(8),(14),(15),(16).

Mediante la técnica de autopsia psicológica se han identificado varios factores asociados al suicidio, como la depresión con o sin ansie-

dad, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, antecedentes familiares, y otras variables importantes como la edad, sexo, estado civil, ocupación, salud física, salud mental, entre otros. Dentro de los factores citados ampliaremos los siguientes:

- **Edad:** los intentos de suicidio son poco frecuentes antes de la pubertad, su incidencia aumenta entre los 12 y 13 años y alcanzan un pico entre los 17 y los 24 años de edad (8).
- **Género:** se presentan más intentos de suicidio entre las mujeres en una proporción de 2:1, sin embargo, el suicidio consumado es de 3:1 en los varones.
- **Depresión:** se considera que más de un 50% de los adolescentes que se suicidan sufren depresión mayor. De éstos, un 25% hace un intento de suicidio en algún momento en su vida y un 15% finalmente se suicida (17). La depresión con o sin trastornos de ansiedad se asocia en un 43% a 76% de los casos (18).
- **Alcoholismo:** el consumo de alcohol se reporta como variable importante en personas que realizan un intento de suicidio (9),(19),(20). Una proporción sig-

nificativa de muertes accidentales, conductas homicidas y suicidas guardan relación con la intoxicación alcohólica (8) e, incluso, se ha planteado la asociación entre el consumo de alcohol y gestos suicidas que a menudo se describen como «accidentes automovilísticos» (21).

Diseño del estudio y metodología

Objetivos

- Determinar la prevalencia de punto de los intentos de suicidio entre la población colombiana.
- Describir las características generales de los intentos de suicidio entre la población colombiana.
- Determinar qué factores se asocian a los intentos de suicidio dentro de un grupo de variables previamente seleccionadas.

Muestra

Análisis secundario de los datos tomados del Primer estudio nacional de salud mental y abuso de sustancias (22).

Población blanco: el estudio se basó en los datos del Primer estudio nacional de salud mental y

abuso de sustancias realizado en 1993 por el Ministerio de Salud. La población estudiada provenía de diversos hogares en toda Colombia a excepción de los antiguos territorios nacionales (3%-4% de la población).

La encuesta se basó en una muestra probabilística, multietápica y por conglomerados, que siguió la metodología del Dane (Departamento Nacional de Estadística). La población de estudio estaba constituida por hogares colombianos, localizados en áreas rurales y urbanas de los diferentes departamentos. De esos hogares, se tomó la población con edades entre los 12 y los 60 años de ambos géneros. El área urbana de cada departamento estaba conformada por la capital y por sus municipios principales, mientras que en el área rural se incluyeron otros centros poblacionales, sin embargo, se excluyó la población dispersa o los desplazados.

El tamaño de la muestra fue de 25.135 personas entre los 12 y los 60 años de edad. Para el presente estudio se seleccionó la información de 21.988 personas con edades entre 16 y 60 años de edad, para quienes las escalas de depresión y ansiedad de Zung eran aplicables.

Metodología

Técnica y recolección

La recolección fue realizada en el país por personal sin experiencia previa en la materia de estudio. El personal encargado de la recolección de datos fue previamente entrenado en técnica de entrevista por el Centro Nacional de Consultoría.

Considerando que las escalas de Zung aplicadas están recomendadas para adultos, este estudio no incluyó a la población de 12 a 15 años de edad. La muestra se dividió en cuatro grupos: (a) 16-21 años, (b) 22-30 años, (c) 31-44 años y (d) 45-60 años de edad.

Instrumentos

El cuestionario estaba constituido por 106 preguntas con un total de 240 variables. Algunas preguntas contenían escalas. Las escalas que se aplicaron fueron: SRQ, Zung para ansiedad, Zung para depresión y el CAGE cuestionario para alcoholismo, algunos de ellos previamente validados en Colombia.

Se realizaron preguntas para obtener información sobre variables sociales y demográficas (sexo, edad, nivel socioeconómico, origen, etc.),

familia (tipo, cohesión, reglas, etc.), abuso de sustancias (marihuana, cocaína, bazuco, etc.), prevalencia de ansiedad y depresión.

La escala para depresión de Zung muestra una fuerte correlación (r 0,68-0,76) con la escala para depresión de Hamilton (23). En Colombia ha mostrado adecuada sensibilidad, especificidad y fiabilidad (24). Los valores para síndrome depresivo en la escala de Zung son los siguientes: no depresión: 25-49; depresión baja: 50-59; depresión moderada: 60-69; depresión grave: 70-100 (puntaje total 100). El síndrome depresivo se definió como un puntaje en la escala de Zung para depresión de 50 puntos o más.

La escala para ansiedad de Zung evalúa la ansiedad clínica como un síntoma o trastorno. Los valores para síndrome de ansiedad en la escala de Zung son: sin ansiedad: 20-35; ansiedad baja: 36-51; ansiedad moderada: 52-67; ansiedad grave: 68-80 (puntaje total 80). El síndrome de ansiedad se definió como un puntaje en la escala de Zung para ansiedad de 36 puntos o más.

El consumo de alcohol se evaluó con el cuestionario de CAGE, que según el puntaje identifica tres grupos: (a) sin consumo de alcohol o sin riesgo de alcoholismo; (b) alto riesgo de alcoholismo; (c) posible alcoholismo.

Variables

Variables dependientes

La variable dependiente (intentos de suicidio) fue discriminada de la siguiente manera: (1) intento de suicidio reportado por la persona en el último año (doce meses anteriores) o (2) durante toda la vida. Para ello, se utilizó la siguiente pregunta:

¿Ha intentado alguna vez suicidarse o acabar con su vida?

- Al menos alguna vez en su vida (pero no en el último año).
- En el último año.
- Nunca.

Variables independientes

Edad, género, zona (rural o urbana), percepción de soporte familiar, percepción de unión familiar, percepción de expresión de emociones, estrato socioeconómico, ingresos, consumo de alcohol, síndrome depresivo, síndrome de ansiedad, percepción de salud, amenazas a la familia, abuso verbal y físico a mujeres y niños, necesidad de consulta al médico a causa de 'nervios', sentimientos de depresión, ansiedad, irritabilidad, temor, vivir o no solo y la existencia de problemas mentales en la familia.

Todas esas variables se definieron por una pregunta aplicada en el cuestionario o en la escala.

Manejo y análisis de datos

El manejo de los datos fue realizado por transferencia del conjunto de datos originales a una base de datos construida en D-Base IV que incluía 230 tipos de variables.

Se llevó a cabo una limpieza de la base de datos con el uso de frecuencias simples mediante los paquetes estadísticos SPSS (1990) y Stata (Versión 5,0). Posteriormente, se realizaron análisis de frecuencias simples, así como análisis bivariados, estratificados y multivariados en Stata.

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado para evaluar asociaciones con un nivel de significancia del 5%. Se hizo un análisis estratificado para detectar variables de confusión (género, edad, zona, estrato socioeconómico, percepción de la expresión de emociones, percepción de ingreso familiar y vivir o no solo).

Para eliminar aquellas variables con alta colinealidad se utilizó la prueba de correlación de Pearson para variables continuas y el Rho de Spearman para variables categóricas.

El análisis bivariado consideró aquellas asociaciones significativas con un valor p de 0,01 ($p < 0,01$). Para incluir las variables en el modelo de regresión se escogió un valor p de 0,01 por dos razones:

- La muestra del estudio era muy grande (21.988), de manera que sería muy común que todas las asociaciones pudieran ser significantes con un valor P menos estricto.
- Se quería encontrar el modelo más parsimonioso que pudiera proveer información clínica relevante.

Se usó la prueba de heterogeneidad para observar posibles interacciones con valores p menores de 0,05. Finalmente, se construyó un modelo de regresión logística para evaluar asociaciones ajustadas, que consideraran todas las variables previamente seleccionadas y todas las que fueran clínicamente relevantes.

Resultados

Análisis univariado y bivariado

El análisis uni y bivariado fue hecho con las variables independientes seleccionadas.

De la muestra inicial de 25.134 personas, se excluyó el 12,5% (3.146 sujetos), pues tenía

una edad entre 12 y 15 años (en quienes las escalas de Zung para depresión y ansiedad no son aplicables). Las características de las 21.988 personas restantes se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Características generales de la población

| Características | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| Sexo | | |
| Femenino | 12.791 | 58,17% |
| Masculino | 9.059 | 41,20% |
| Sin datos | 138 | 0,63% |
| Edad | | |
| 16-21 años | 4.840 | 22% |
| 22-30 años | 6.564 | 30% |
| 31-44 años | 6.143 | 28% |
| 45-60 años | 4.441 | 20% |
| Procedencia | | |
| Rural | 3.277 | 14,90% |
| Urbana | 18.573 | 84,47% |
| Sin datos | 138 | 0,63% |
| Vivienda | | |
| Solo | 284 | 1,2% |
| Otros | 21.566 | 98,0% |
| Sin datos | 174 | 0,8 |

N= 21.988

La prevalencia para intentos de suicidio en el último año y a través de toda la vida fue de 1,2% (IC 95%: 1,06-1,24) y 4,53% (IC 95%: 4,25-4,81) respectivamente. El 5% de las mujeres y el 3,9% de los hombres habían intentado suicidarse durante el transcurso de la vida y 1,4% de mujeres y 1,0% de hombres lo habían intentado en el último año (Tabla 2).

Como se puede ver en la Tabla 3, los intentos de suicidio a lo largo de la vida varían entre 5,2% y 3,6%, y hay una relación clara con el grupo de edad. No sólo disminuye la probabilidad de haber cometido un intento de suicidio a través de la vida, también disminuye la probabilidad de presentar un intento en el último año de vida. Esto ratifica al grupo de los adolescentes como el grupo de mayor riesgo de suicidio y el incremento de esta entidad en las últimas décadas.

Los resultados obtenidos con la escala de Zung para depresión demostraron que un 80,8% de la población total (17.784) no presentaba depresión, el 11,4% (2.485) presentaba depresión leve; un 3,3% (736) depresión moderada y el 0,5% (114) depresión grave (sin datos para el 4% de la muestra). De manera global, el síndrome depresivo fue de 15,1%. Su relación con el intento de suicidio se aprecia en la Tabla 4, donde se observa un incremento en los intentos de suicidio a mayor gravedad de la depresión.

La escala de Zung para ansiedad mostró que un 78,4% (17.237) de la población no presentaba puntajes compatibles con ansiedad, un 16,6% (3.639) presentaba puntajes correspondientes a ansiedad leve y el 1,2% (282) presentaba ansiedad

Tabla 2 Prevalencia de los intentos de suicidio, distribución por género en Colombia

| Intentos de suicidio | Mujeres | | Hombres | | Total | | (IC 95%) |
|--------------------------|---------|------|---------|------|--------|------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| En el último año | 174 | 1,4 | 88 | 1,0 | 262 | 1,20 | (1,06-1,24) |
| A través de toda la vida | 637 | 5,0 | 352 | 3,9 | 989 | 4,5 | (4,25- 4,81) |
| No intentos | 11.980 | 93,6 | 8.619 | 95,1 | 20.599 | 94,3 | |
| Total | 12.791 | 100 | 9.059 | 100 | 21.850 | 100 | |

N = 21.850 (Para 21.988 los datos incompletos son 138 - 0.63% -).

de moderada a grave (sin datos para el 3,8%). La prevalencia total para ansiedad fue de 17,8% y al igual que con el síndrome depresivo, se evidencia un incremento de los intentos de suicidio al aumentar la ansiedad (Tabla 5).

El cuestionario de CAGE mostró que un 10,1% de las personas tenían un alto riesgo para alcoholismo y que el 7,0% eran alcohólicos (sin datos para el 18,5% de la muestra). Estos resultados sugieren que dentro de la población colombiana existe un alto nivel de consumo de alcohol, con una prevalencia del 17,03% para la población descrita.

Cuando no hay alcoholismo, la asociación con el intento de

suicidio es de 4,3%. Cuando existe alto riesgo de alcoholismo, los intentos de suicidio se incrementan a un 5,9%. Finalmente, cuando sugiere alcoholismo, llega hasta el 7,5%, para el intento de suicidio a lo largo de la vida. Cuando se trata de intentos de suicidio en el último año, los porcentajes para alto riesgo de alcoholismo y para alcoholismo son de 1,5% y 2,2%, respectivamente (Tabla 6).

La técnica de regresión logística policótoma mostró que los intentos de suicidio en el último año estaban asociados con: edades entre 16 a 21 años, depresión, niveles moderados y graves de ansiedad, apreciación de diferentes valores morales en otros miembros de la

Tabla 3 Edad e intento de suicidio

| Edad | Intento de suicidio | | | | | | | |
|-------------|---------------------|-----|------------|-----|--------|-------|-----------|------|
| | Durante la vida | | Último año | | Nunca | | Sin datos | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 16- 21 años | 250 | 5,2 | 88 | 1,8 | 4.470 | 92,3 | 32 | 0,7 |
| 22- 30 años | 311 | 4,7 | 82 | 1,2 | 6.125 | 93,3 | 46 | 0,7 |
| 31- 44 años | 270 | 4,4 | 60 | 1,0 | 5.773 | 94 | 40 | 0,6 |
| 45- 60 años | 158 | 3,6 | 32 | 0,7 | 4.202 | 94,6 | 49 | 1,1 |
| Total | 989 | 4,5 | 262 | 1,2 | 20.570 | 93,54 | 167 | 0,76 |

N= 21.988. Datos incompletos =167.

Tabla 4 Depresión (escala de Zung) e intento de suicidio

| Zung | Intento de suicidio | | | | | |
|--------------------|---------------------|------|------------|------|--------|------|
| | Durante la vida | | Último año | | Nunca | |
| | N | % | N | % | N | % |
| No depresión | 532 | 3,0 | 96 | 0,5 | 17.156 | 96,5 |
| Depresión leve | 245 | 10,0 | 80 | 3,2 | 2.160 | 87 |
| Depresión moderada | 128 | 17,4 | 53 | 7,2 | 555 | 75,4 |
| Depresión grave | 37 | 32,5 | 19 | 16,7 | 58 | 50,8 |

N= 21.988. Datos incompletos 869 (4%).

familia, abuso verbal dirigido hacia las mujeres en el hogar, percepción de reglas familiares como no claras y punitivas, baja satisfacción con los logros y necesidad de consultar al médico por 'nervios'. Resultados similares se asocian a intento de suicidio durante toda la vida (véase Tabla 7).

Discusión

Los datos poblacionales sobre la ocurrencia de los intentos de suicidio para cualquier grupo de edad se reportan con muy poca frecuencia en los estudios sobre el tema (4). Los pocos que están disponibles acerca de los intentos de suicidio en el mundo son menos confiables que los de suicidio, debido a la carencia

de registros confiables por nación, las dificultades metodológicas para este tipo de estudios y la heterogeneidad de las clasificaciones, que varían según el intento y la letalidad (25).

Con estos antecedentes, y dado que en nuestro país no contamos con datos previos sobre el intento de suicidio, consideramos que este trabajo logra un aporte novedoso e importante en el campo de la psiquiatría en Colombia.

El análisis de los datos tuvo algunas limitaciones: muchos de los cuestionarios no fueron contestados en su totalidad por todos los individuos (1% a 4% de la población). Sin embargo, consideramos que este

Tabla 5 Ansiedad (escala de Zung) e intento de suicidio

| Zung | Intento de suicidio | | | | | |
|------------------------|---------------------|------|------------|------|--------|------|
| | Durante la vida | | Último año | | Nunca | |
| | N | % | N | % | N | % |
| No ansiedad | 504 | 2,3 | 104 | 0,6 | 16.629 | 96,5 |
| Ansiedad leve | 382 | 10,5 | 115 | 3,2 | 3.142 | 86,3 |
| Ansiedad moderada-alta | 63 | 22,3 | 29 | 10,3 | 190 | 67,4 |

N= 21.988. Datos incompletos 830 (3,7%).

Tabla 6 Consumo de alcohol (escalas de Cage) e intento de suicidio

| Cage | Intento de suicidio | | | | | |
|----------------|---------------------|------------|------------|------------|---------------|-------------|
| | Durante la vida | | Último año | | Nunca | |
| | N | % | N | % | N | % |
| No alcoholismo | 616 | 4,3 | 159 | 1,1 | 13.404 | 94,5 |
| Alto riesgo | 130 | 5,9 | 34 | 1,5 | 2.055 | 92,6 |
| Alcoholismo | 114 | 7,5 | 34 | 2,2 | 1.379 | 90,3 |

N= 21.988. Sin datos 4.063.

porcentaje de no respuesta no invalida los resultados. Es importante tener en cuenta que los porcentajes de intento de suicidio pueden ser mayores, pues los datos obtenidos corresponden solamente a las respuestas que cada individuo entrevistado quiso contestar, sin corroboración alguna por familiares o aportes de otras fuentes. En este sentido, se sabe que el subregistro puede darse por 'vergüenza' o por ocultar la motivación autoagresiva. Además, los entrevistadores no eran personal entrenado en el área de la salud, lo que podría haber incrementado la sensibilidad de los datos.

Los reportes estadísticos del Instituto de Medicina Legal de Colombia sobre el suicidio muestran que los adolescentes son el grupo etáreo de mayor riesgo. Estos informes incluyen a la población entre 15 y 18 años de edad. Por la conveniencia de la aplicación de las escalas de Zung de depresión y ansiedad a la población adulta, excluimos de la muestra del estu-

dio a las personas entre 12 y 15 años. Esto puede significar un reporte menor del número de personas que hayan intentado suicidarse. Esta limitación, sin embargo, no invalida los resultados y conclusiones de este trabajo.

Datos de estudios de corte transversal han demostrado consistentemente que las tasas de prevalencia de punto y de periodo del intento de suicidio son mayores en grupos más jóvenes que en ancianos. En nuestro estudio también encontramos que el grupo de edad con mayor riesgo para el intento de suicidio está entre los 16 y 21 años y tiene un OR de 2,5 (IC 95% 1,5-4,2) para el último año y un OR para toda la vida de 1,7 (IC 95% 1,3-2,5), hallazgo que coincide con los reportado en estudios realizados en otros países.

De la muestra analizada (21.988 personas con edades entre los 16 y los 60 años), 989 (4,5%) había realizado un intento de suicidio alguna vez en su vida, y 262

Tabla 7 Regresión logística de variables policótomas asociadas al intento de suicidio en el último año y en toda la vida

| Variable | Último año | | Toda la vida | |
|---------------------------------------|------------|----------|--------------|---------|
| | OR | IC 95% | OR | IC 95% |
| Género femenino | 1,2 | 0,8-1,7 | 1,2 | 1,0-1,4 |
| Area urbana | 0,6 | 0,4-0,9 | 1,2 | 1,0-1,5 |
| Ingreso insuficiente | 1,0 | 0,6-1,5 | 1,1 | 0,9-1,4 |
| Ingreso básico | 1,1 | 0,7-1,7 | 0,9 | 0,3-1,1 |
| Diferentes valores morales familiares | 1,7* | 1,3-2,4 | 1,3 | 1,0-1,5 |
| Edad 16-21 años | 2,5* | 1,5- 4,2 | 1,7* | 1,3-2,5 |
| Edad 22-30 años | 1,6 | 1,0-2,7 | 1,4 | 1,0-1,8 |
| Edad 31-44 años | 1,3 | 0,8-2,2 | 1,2 | 1,0-1,6 |
| Depresión grave (Zung) | 11,8* | 5,1-27,3 | 5,1* | 3,0-9,3 |
| Depresión moderada (Zung) | 5,3* | 3,1-9,0 | 2,4* | 1,8-3,3 |
| Depresión baja (Zung) | 3,6* | 2,4-5,8 | 1,7* | 1,4-2,1 |
| Abuso verbal en niños | 1,2 | 0,8-1,9 | 1,1 | 0,9-1,5 |
| Abuso verbal en mujeres | 1,7* | 1,1-2,6 | 1,8* | 1,4-2,3 |
| Diferentes valores morales en mujeres | 1,2 | 0,8-1,8 | 1,3 | 1,0-1,6 |
| Alto riesgo de alcoholismo (CAGE) | 1,1 | 0,7-1,8 | 1,2 | 1,0-1,6 |
| Alcoholismo (CAGE) | 1,6 | 1,0-2,6 | 1,4 | 1,0-1,8 |
| Baja percepción de cohesión familiar | 1,4 | 0,9-2,1 | 1,3 | 1,0-1,6 |
| Reglas no claras y punitivas | 1,6* | 1,1-2,4 | 1,6* | 1,3-2,1 |
| Ansiedad baja (Zung) | 1,8* | 1,2-2,7 | 1,8* | 1,4-2,2 |
| Ansiedad moderada a grave (Zung) | 3,4* | 1,8-6,7 | 2,0* | 1,3-3,2 |
| Vivir solo | 1,3 | 0,4-4,4 | 2,5* | 1,5-4,2 |
| Satisfacción afectiva con los logros | 1,2 | 0,7-2,0 | 1,4* | 1,1-1,9 |
| Baja satisfacción con los logros | 1,5 | 0,5-4,9 | 2,4* | 1,2-4,9 |
| Historia familiar de suicidio | 0,9 | 0,3-3,2 | 0,6 | 0,3-1,2 |
| Consultar al doctor por nervios | 2,1* | 1,5-3,0 | 2,0* | 1,7-2,4 |

* $p < 0,05$

(1,2%) lo habían hecho en el último año. Al comparar nuestros datos con los estudios internacionales que han reportado prevalencias a lo largo de la vida para los intentos de suicidio en la población general desde el 0,04% hasta el 4,6%, cerca del 0,3% al 0,8% en el último año y entre 0,02% y 0,6% al año para actos que aparentemente amena-

zan la vida (4), (24) hay una prevalencia similar en cuanto a la determinada lo largo de la vida, pero mayor para el último año. Es importante tener en cuenta que dadas las circunstancias económicas y de violencia que se viven actualmente en nuestro país, las prevalencias proyectadas para el 2002 pueden ser diferentes.

Un 5% fueron mujeres y 3,9% hombres, lo que estaría de acuerdo con los datos de las bibliografías mundial y nacional, donde el porcentaje de intentos de suicidio es mayor en las mujeres de 2-3:1, a diferencia del suicidio consumado, el cual es mayor en hombres. Aunque la prevalencia del intento de suicidio es significativamente más frecuente entre las mujeres y las niñas, el género no ha sido asociado significativamente con la incidencia de los intentos de suicidio (4).

El comportamiento suicida es complejo, algunos factores de riesgo varían con la edad, el género y el grupo étnico, y pueden cambiar con el tiempo. Los factores de riesgo para el suicidio ocurren en combinación: los trastornos mentales y adictivos, por sí solos, no son condición suficiente para que el suicidio ocurra (4). Los factores adversos de la vida en combinación con factores como la depresión pueden llevar al suicidio. Sin embargo el comportamiento suicida no es una respuesta normal al estrés.

En los diferentes estudios sobre el tema se han encontrado factores de riesgo que involucran la depresión y los trastornos por uso de alcohol o drogas, abuso físico o sexual, ambientes familiares disfuncionales, eventos estresantes

recientes y graves, como una pérdida o rechazo interpersonal, pérdida del empleo, diagnóstico de una enfermedad terminal, entre otros (4),(6),(17),(12),(19),(20).

Entre los principales riesgos asociados al intento de suicidio encontrados en este análisis está la depresión (leve, moderada y grave), la ansiedad (moderada y grave) en el último año y para toda la vida. Otro factor importante para tener en cuenta es la consulta médica previa al intento de suicidio al médico. En el análisis se encontró que la consulta «por nervios» tenía un OR de 2,1 (IC 95% 1,5-3,0) para el último año y de 2,0 para toda la vida (IC 95% 1,7-2,4), lo que representa una asociación significativa con el intento de suicidio.

En el análisis bivariado de las cifras de la escala de CAGE para alcoholismo con la presencia o no de intento de suicidio, el porcentaje de intentos durante la vida se incrementa de 5,9% a 7,5%, pero estos hallazgos no tienen una asociación estadísticamente significativa con el intento de suicidio, a diferencia de los múltiples estudios ya descritos. Esto puede ser debido a que un gran porcentaje de la población estudiada no respondió a estas preguntas (18,5%).

Una persona que considera suicidarse tiene un ánimo depresivo, algunas veces como reacción a circunstancias adversas, pero este estado de la mente no necesariamente representa un trastorno psiquiátrico (24). En este análisis también se encontraron factores de riesgo significativos para el intento de suicidio en el último año como abuso verbal dirigido hacia las mujeres, valores diferentes a los del núcleo primario y baja percepción de cohesión familiar. Para el intento de suicidio a lo largo de la vida se encontraron factores de riesgo significativos como vivir solo, baja satisfacción con los logros, abuso verbal dirigido hacia las mujeres y reglas no claras y punitivas, los cuales son principalmente de tipo ambiental y relacionados con el entorno familiar.

En conclusión, del análisis de resultados del estudio se deduce que el intento de suicidio en Colombia tiene una prevalencia similar a la de otros países; la población con mayor riesgo está ubicada entre los 16 a 21 años, y entre los factores de riesgo están la depresión, la ansiedad, la consulta al médico por 'nervios', la presencia de abuso verbal dirigido hacia las mujeres, los valores morales diferentes a los de la familia, las reglas intrafamiliares poco claras y punitivas o una baja satisfacción con los logros. Respec-

to al consumo de alcohol, los hallazgos deben ser observados con prudencia dadas las limitaciones que se presentaron para la obtención de los datos, sin descartarlos del todo como un factor de riesgo para el suicidio en nuestro país.

Recomendaciones

Nuestra cultura no acepta el suicidio como una elección racional. De hecho, hay una actitud pragmática hacia el riesgo de suicidio como una condición anormal y temporal que requiere prevención o intervención (24). Así, los factores asociados que encontramos pueden ser utilizados para implementar programas preventivos.

Si uno de los grupos más vulnerables a los intentos de suicidio tiene como característica importante haber consultado al médico por 'nervios', es necesario capacitar a los de los niveles primarios de atención en la detección temprana de los factores claramente asociados como la depresión, la ansiedad, el abuso intrafamiliar y alcoholismo.

Igualmente, dado que existe una mayor prevalencia de intentos de suicidio a menor edad, los educadores en secundaria deben conocer los factores de riesgo asociados que pueden presentar sus alumnos, y las instituciones de educación deben implementar estrategias de detección e intervención.

Bibliografía

1. Murray CJL, Lopez AD, editors. The global burden of disease and injury series. Vol. 1: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press; 1996.
2. Rosenberg NK. Psychotherapy of the suicidal patient. *Acta Psychiatry Scand* 1993; Suppl 371.
3. Isometsä ET, Lönnqvist JK. Suicide Attempts Preceding Completed Suicide. *Br J Psychiatry* 1998 Dec; 173:531-5
4. Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1999 Sept; 20(3): 499-517.
5. McAnarney ER, editor. *Medicina del adolescente*. Buenos Aires: Panamericana; 1994.
6. King CA, Segal HG, Naylor M, Evans T. Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 Nov;32(6):1198-206.
7. Pirkis J, Burgess P. Suicide and Recency of health care contacts: a systematic Review. *Br J Psychiatry* 1998 Dec;173: 462-74.
8. Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
9. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Informe Estadístico*. Bogotá; 1994.
10. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Subdirección de Servicios Forenses. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Lesiones de causa externa: Colombia* 1998.
11. Bruook ME, editor. *El suicidio y los intentos de suicidio*. Ginebra: OMS; 1976.
12. Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK. Precipitan stressors in adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1993 Nov; 32(6): 1178-83.
13. Diekstra RF. Suicide and the attempted suicide: an international perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 354(Suppl):1-24.
14. Morales ML, Jiménez IA. El suicidio desde la perspectiva forense. *Rev Col Psiquiatría* 1996 mar; 35(1): 29-37.
15. Navarro G, Forero P. Estudio de corte transversal de las características sociodemográficas y diagnósticas de los intentos de suicidio de los pacientes que ingresaron a la unidad de salud mental del Hospital San Ignacio entre enero de 1986 a enero de 1995. Bogotá: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.
16. Malone KM, Szanto K, Corbitt EM, Mann JJ. Clinical assesment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1995 Nov;152:1601-7.
17. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 Jan; 32(1): 60-8.
18. Litman RE. 500 psychological autopsies. *J Forensic Sci* 1989 May; 34(3): 638-46.
19. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H Jr, Ehler JG, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid mayor depression and alcoholism. *Am J Psychiatry* 1995 Mar;152(3):358-64.
20. King CA, Hill EM, Naylor M, Evans T, Shain B. Alcohol Consumption in relation to other predictors of suicidality among adolescent inpatient girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 Jan;32(1):82-8.
21. Ajuriaguerra de J, Marcelli D. *Manual de psicopatología del niño*. Masson; 1997.
22. Posada JA, Torres Y, Calderón H, Rojard MC. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas: Colombia 1993. Bogotá: República de Colombia, Ministerio de Salud; 1994.
23. Biggs JT, Wylie LT, Ziegler VE. Validity of the Zung self-rating depression scale. *Br J Psychiatry* 1978;132:381-5.
24. Grupo Hospital Mental de Antioquia Ed. Servicio de Farmacodependencia. *Manual de aplicación, calificación e interpretación. Segundo Taller sobre Aplicación de Instrumentos Clínicos Investigativos en la Adicción*. Hospital Mental de Antioquia, sep; 1988.
25. Baldessarini RJ, Tondo L, Kennedy R. Suicide: historical, descriptive, and epidemiological considerations. Available from: URL: <http://www.medscape.com/viewprogram/352index>