

Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente

Jenny García-Valencia¹

Carlos Palacio-Acosta²

Samuel Arias³

María Ocampo⁴

Jorge Calle⁵

Diana Restrepo⁶

Gabriel Vargas⁷

Carlos López⁸

Resumen

Objetivos: Describir en un grupo de sujetos que ingresaron por intento de suicidio a los servicios de urgencias de diferentes centros asistenciales de Medellín (Colombia), las características de aquéllos clasificados en la evaluación clínica psiquiátrica como de alto y bajo riesgo de reincidencia. *Métodos:* Estudio de corte transversal. Se hizo entrevista psiquiátrica a 238 individuos con intento de suicidio reciente para clasificarlos en dos grupos, de alto y bajo riesgo de reincidencia, y se aplicó el instrumento de autorreporte “inventario de razones para vivir” (RFL). Posteriormente, se compararon las características de ambos grupos. *Resultados:* El 60,5% de los participantes se consideraron de alto riesgo de suicidio y los factores que se encontraron asociados fueron: trastorno depresivo mayor (OR=5,78, IC95%: 3,01-11,2), método violento (OR=5,21, IC95%: 1,89-14,37), intoxicación por sustancias psico-

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

² Médico psiquiatra. MSc. en Epidemiología. Jefe del Centro de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Colombia.

³ Médico. MSc en Epidemiología. Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.

⁴ Médica psiquiatra del Hospital Mental de Antioquia. Profesora del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.

⁵ Médico psiquiatra. Profesor del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Colombia.

⁶ Médica psiquiatra del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

⁷ Médico residente de tercer año de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Colombia.

⁸ Médico psiquiatra. Profesor del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Colombia.

activas durante el intento (OR=2,46, IC95%: 1,07-5,64) y puntuación en el “inventario de razones para vivir” (OR=0,47, IC95%: 0,34-0,66). *Conclusiones:* Aunque los resultados no son generalizables, son similares a los encontrados en otros lugares. Es necesario hacer estudios longitudinales que permitan determinar la utilidad de estas características para predecir conductas suicidas.

Palabras clave: intento de suicidio, evaluación de riesgo, factores de riesgo.

Title: Clinical Assessment of Suicidal Risk in Subjects with a Recent Suicide Attempt

Abstract

Objectives: To describe the characteristics that rendered subjects as having either high risk or low risk of suicide, according to the psychiatric evaluation performed after a suicidal attempt in different emergency services in Medellín, Colombia. *Methods:* It is a cross-sectional design. 238 individuals were interviewed to classify them in a group of high suicide risk or a group of low suicide risk. The self-report scale “Reasons for Living Inventory” (RFL) was applied. After that, characteristics of the high and low risk groups were compared. *Results:* The 60.5% of the participants were classified as high risk attempters. The factors associated with high risk were: major depressive disorder (OR=5.78, CI 95%: 3.01-11.2), violent method (OR=5.21, CI 95%: 1.89-14.37), attempt during psychoactive substance intoxication (OR=2.46, CI95%: 1.07-5.64) and score of the “Reasons for Living Inventory” (OR=0.47, IC95%: 0.34-0.66). *Conclusions:* The results are similar to those reported in studies carried out in other places. Further longitudinal studies are required for determining the utility of these characteristics to predict future suicidal behavior.

Key words: Suicide attempt, risk assessment, risk factors.

Introducción

La conducta suicida se define como todo comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza. Se ha calculado que, al año, alrededor de un millón de personas mueren por suicidio en el mundo (1). Las tasas más altas se han reportado en Europa Oriental (Rusia: 43,1/100.000 habitantes-año y Lituania: 51,6/100.000 habitantes-año) y las más bajas en algunos países de Asia (Filipinas: 2,1/100.000 habitantes-año). Estas variaciones reflejan diferencias sociales y culturales, así como en los métodos usados para reportar el suicidio (2).

En Colombia, de acuerdo con informes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, las tasas de incidencia en 1981, 1985, 1995 y 1999 fueron de 3, 3,5, 4 y 5 suicidios por cada 100.000 habitantes-año, respectivamente. Han permanecido relativamente estables en la primera década del siglo XXI. En 2005, la mortalidad por suicidio en Colombia fue de 3,9/100.000 habitantes-año. La reducción no fue significativa con respecto al año anterior (3).

En Antioquia, las tasas de suicidio han fluctuado entre 3,1 y 6/100.000 habitantes-año en los últimos cinco años. Durante 2006 se reportaron 322 suicidios para una tasa de 5,6/100.000 habitantes-año. Sin embargo, en algunos municipios las tasas fueron más de 9 veces las nacionales, como en

el caso de Yalí, con 48,7/100.000 habitantes-año. Las cifras pueden ser mayores, pues al ser un acto estigmatizado, es probable una alta frecuencia de subregistro (4).

Aproximadamente, la incidencia de intentos es 10 a 40 veces la del suicidio consumado (2). En Colombia, de acuerdo con el estudio realizado por Gómez-Restrepo y cols., para el 2002, el 4,5% de las personas adultas había intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1,2% lo había intentado en el año anterior (5).

La predicción del riesgo de suicidio es importante para diseñar estrategias preventivas efectivas, tanto de las muertes como de la incapacidad y costos que generan los intentos (6). Múltiples estudios hechos para reconocer los factores relacionados con un aumento de la probabilidad de suicidio han identificado varios predictores, entre los cuales se encuentra el antecedente de intentos previos (7,8).

Los individuos con intento de suicidio tienen una probabilidad cuatro veces mayor de volverlo a hacer y el riesgo es más alto en el primer año y poco después de una hospitalización (9,10). Por tal motivo, es indispensable una adecuada valoración del riesgo de reincidencia en los individuos con un intento suicida reciente (11). Esta labor requiere conocer los factores comunes que se han encontrado en investigaciones a lo largo del mundo y las particularidades de cada lugar, pues así como la incidencia de suicidio es diferente

entre países y regiones, también las características de los individuos.

Por lo general, en las investigaciones sobre características de individuos con intento de suicidio se estudian los factores de riesgo, pero rara vez los factores que pueden ser protectores. El Inventario de razones para vivir (RFL, por su sigla en inglés) es un instrumento que tiene en cuenta algunos factores protectores, específicamente las creencias y las expectativas en las cuales una persona se puede apoyar para no suicidarse.

Algunos estudios han comparado individuos con antecedentes de conducta e ideas de suicidio con aquellos que nunca las han tenido, y han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de la escala (12,13). Además, se ha mostrado que discrimina pacientes psiquiátricos hospitalizados con intento de suicidio y sin éste (14). Por lo tanto, si se consideraran únicamente pacientes con intento de suicidio, un mayor número de razones para vivir podría estar asociado con un menor riesgo de reincidencia o con un bajo riesgo de suicidio, según la evaluación clínica psiquiátrica.

En este estudio se describen, a partir de un grupo de sujetos que ingresaron por intento de suicidio a los servicios de urgencias de diferentes centros asistenciales de la ciudad de Medellín, Colombia, las características de aquellos clasificados en la evaluación clínica psiquiátrica como de alto y bajo riesgo

de reincidencia, y se hizo hincapié en las razones para vivir.

Materiales y métodos

Este es un estudio de corte transversal. Se hizo un muestreo por conveniencia de 238 sujetos que fueron llevados por intento de suicidio a los servicios de urgencias del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, el Hospital Mental de Antioquia, la Clínica Universitaria Bolivariana, la Clínica Samein y la Clínica Las Américas, de la ciudad de Medellín (Colombia) entre 2004 y 2006. Los comités de ética de estas instituciones aprobaron previamente el protocolo de investigación.

A cada uno de los sujetos se le ofreció información clara y veraz sobre el propósito, el objetivo del estudio y el sentido de su participación, lo cual quedó corroborado mediante la firma de un consentimiento informado. En dicho consentimiento quedó especificado que la participación en el estudio no influía de forma alguna con su tratamiento.

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años de edad, saber leer y escribir, haber presentado un intento de suicidio reciente y aceptar participar en el estudio. Se excluyeron aquellos con psicosis o alteraciones motoras o de la percepción que limitaran la evaluación.

Procedimientos para recolectar la información

Todo paciente que ingresaba por intento de suicidio a una de las

instituciones participantes, previa firma del consentimiento informado, era valorado por un psiquiatra en una entrevista para establecer el riesgo de suicidio. Antes del comienzo de la investigación, los psiquiatras participantes en el estudio estandarizaron los criterios para definir el riesgo alto y bajo. Dichos criterios fueron los siguientes: (a) presencia de factores sociodemográficos que aumentan el riesgo de suicidio (estado civil, red de apoyo social, ocupación, religión), (b) eventos vitales adversos, (c) patología psiquiátrica, (d) duración y estructuración de la ideación suicida, (e) método suicida considerado o utilizado, (f) antecedente de intentos previos, (g) antecedentes familiares de conducta suicida y (h) características de personalidad (15). Luego se le entregó a cada sujeto el instrumento de autorreporte RFL, para que lo diligenciara. Ya que el RFL se aplicó después de la entrevista, los psiquiatras que determinaron el riesgo de suicidio desconocían los resultados de la escala.

Instrumentos para recolectar información

Se elaboró un formulario donde se consignaba información sobre variables demográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación), clínicas (número de intentos previos, antecedentes familiares de suicidio y de intento de suicidio en la familia, eventos vitales en el mes anterior y diagnóstico psiquiátrico según DSM-IV-TR [16]) y del

intento de suicidio (método y si se hizo durante una intoxicación con sustancias psicoactivas).

Además, se aplicó el RFL, diseñado por Marsha Linehan, en 1983 (17). Es una escala que se ha enfocado en las particularidades adaptativas que evitan que los individuos tomen la decisión de suicidarse, y está basada en un punto de vista cognoscitivo-comportamental, en el cual se considera que las creencias, las expectativas, los estilos o las capacidades del individuo son mediadores importantes de la conducta suicida (18).

Ha sido ampliamente utilizada en investigaciones sobre el tema y fue validada recientemente en población clínica de Colombia (19-22). Consta de 48 afirmaciones que se califican en términos de importancia con una escala de seis puntos tipo Likert y está dividida en seis dominios: (a) creencias de supervivencia y afrontamiento (24 ítems), (b) responsabilidad con la familia (7 ítems), preocupaciones relacionadas con los hijos (3 ítems), (c) miedo al suicidio (7 ítems), (d) miedo a la desaprobación social (3 ítems) y (e) objeciones morales (4 ítems) (17).

En la validación hecha en Colombia se encontró una estructura factorial que también es de seis dominios, que tiene algunas diferencias con la versión original: (a) creencia en la vida y en la capacidad de afrontamiento (24 ítems), (b) miedo a la muerte y a la desaprobación social (6 ítems), (c) responsabilidad

con la familia (7 ítems), (d) preocupación por los hijos (3 ítems), (e) percepción de incapacidad para el suicidio (4 ítems) y (f) objeciones morales (3 ítems) (21). La escala se califica de la siguiente manera: se suman las puntuaciones de los ítems de cada uno de los dominios y se divide por el número de ítems que lo conforman. Para obtener el puntaje total se saca el promedio de los resultados de los seis dominios (23).

La consistencia interna del RFL ha mostrado ser alta tanto para la escala completa (alfa de Cronbach: 0,89) como para cada dominio en las validaciones en población general (alfa de Cronbach entre 0,72 y 0,89) y valores más altos en población clínica (alfa de Cronbach entre 0,77 y 0,97). También tiene una alta reproducibilidad prueba re prueba (CCI=0,89, IC 95% 0,78-0,94) (14,21).

Diferentes estudios han encontrado una correlación negativa del RFL con las puntuaciones de otras escalas de riesgo de suicidio, como la Suicide Probability Scale (SPS), el Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ), la Suicide Intent Scale (SIS) (coeficientes de correlación entre -0,16 y -0,76), lo cual demuestra la validez concurrente del instrumento (13,18,24).

También se ha evaluado la validez concurrente en población clínica psiquiátrica, al tomar como patrón de referencia el intento suicida reciente con calificación de riesgo suicida alto y como punto de corte

una puntuación total de 3,8 en el RFL. Se encontró una sensibilidad del 61%, una especificidad del 82%, un valor predictivo positivo del 66% y un valor predictivo negativo del 79% (14).

Análisis estadístico

Se elaboró una base de datos en SPSS versión 13.0. Antes de digitar la información se verificó que los formatos estuvieran completamente diligenciados. Cuando se encontró alguna inconsistencia o algún dato incompleto, se hizo la corrección pertinente. Se digitó la información por duplicado y se limpiaron los datos evaluando frecuencias, promedios y distribución en gráficas. Para describir las características demográficas y clínicas de los sujetos participantes en el estudio se emplearon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medianas y rangos intercuartílicos, para las cuantitativas, ya que estas variables no tenían distribución normal, que se probó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Además, se buscó establecer si había diferencias entre el grupo considerado por criterio clínico de alto riesgo y el grupo de bajo riesgo de suicidio en las características demográficas, clínicas y en las puntuaciones de cada uno de los dominios del RFL. Para las variables cualitativas

se empleó la prueba de chi cuadrado (χ^2) y se calcularon los *odds ratio* con sus respectivos intervalos de confianza, y para las cuantitativas se usó la prueba U de Mann-Whitney, porque los datos no tenían una distribución normal. Se tomó un nivel de significación de 0,05.

Posteriormente, se hicieron dos modelos de regresión logística tomando como variable dependiente el riesgo de suicidio clasificado clínicamente como alto o bajo. En el primero se evaluó el efecto conjunto de la puntuación total del RFL y las características clínicas y sociodemográficas; y en el segundo, las dos últimas y cada uno de los dominios del RFL. El criterio para incluir las variables en el modelo fue el de Hosmer-Lemeshow (valor de $p > 0,25$) y se empleó el método paso a paso hacia adelante. Todo el análisis estadístico se hizo con el programa SPSS versión 13.0.

Resultados

En el estudio participaron 97 hombres (40,7%) y 141 mujeres (59,3%). Después de la evaluación psiquiátrica se clasificaron 144 (60,5%) como de alto riesgo de suicidio y 94 (39,5%) de bajo riesgo. Las características demográficas de los individuos se pueden observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de individuos clasificados clínicamente como de alto y bajo riesgo de suicidio

Características	Alto riesgo n = 144 Frecuencia (%)	Bajo riesgo n = 94 Frecuencia (%)	Odds Ratio	IC 95%	p
Sexo					
Masculino	66 (45,8)	31 (32,9)	1,8	1,05-3,1	0,03
Femenino*	78 (54,2)	63 (67,1)			
Estado civil					
Casado*	21 (14,6)	18 (19,1)	1,00		
Soltero	72 (50)	39 (41,4)	1,69	0,8-3,5	0,18
Unión libre	19 (13,2)	22 (23,4)	0,79	0,3-1,7	0,43
Divorciado o separado	29 (20,1)	12 (12,9)	2,19	0,8-5,2	0,12
Viudo	3 (2,1)	3 (3,2)	0,89	0,1-4,8	0,86
Ocupación					
Estudiante*	21 (14,6)	21 (22,3)	1,00		
Empleado	49 (34)	18 (19,1)	0,50	0,2-1,3	0,17
Independiente	17 (11,8)	10 (10,6)	1,50	0,7-3,6	0,31
Desempleado	26 (18)	14 (14,9)	0,90	0,3-2,5	0,86
Ama de casa	23 (16,1)	23 (24,5)	0,50	0,2-1,2	0,13
Subempleado	7 (4,8)	6 (6,4)	0,63	0,2-2,2	0
Jubilado	1 (0,7)	0			
Sin dato	0	2 (2,2)			

* Categoría de referencia.

No había diferencias en el estado civil, la ocupación y la escolaridad entre los dos grupos (mediana=11, rango intercuartílico: 7-12 en los de alto riesgo; mediana=10,5, rango intercuartílico: 5,8-11) ($p=0,34$), pero sí en la edad (mediana=27 años, rango intercuartílico: 22-37 en los de alto riesgo; mediana=23 años, rango intercuartílico: 20-35 en los de bajo riesgo) ($p=0,04$).

Al comparar ambos grupos según sexo, se observó que la mayoría de los hombres estaban en

el grupo de alto riesgo (OR=1,8, IC 95%: 1,05-3,1); pero al hacer análisis estratificado tomando el empleo de un método violento durante el intento de suicidio, no se encontró una interacción significativa entre esta última variable y el sexo, pero sí pudo demostrarse que explica en parte la asociación, pues ésta disminuyó al ajustar (OR ajustado=1,6, IC 95%: 0,8-2,9, $p=0,12$).

Todos los sujetos que participaron en el estudio fueron diagnosticados con algún trastorno

mental. Los individuos que tenían alto riesgo, de acuerdo con la evaluación clínica, presentaban con más frecuencia trastorno depresivo mayor (OR=3,2, IC 95%: 2,2-4,7), y en los clasificados como de bajo

riesgo era más común el diagnóstico de trastorno de ajuste con estado de ánimo depresivo (OR=0,3, IC 95%: 0,2-0,6) y trastorno de personalidad (OR=0,5, IC 95%: 0,2-0,9), especialmente el límite (Tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de individuos clasificados como de alto y bajo riesgo de suicidio

Característica	Alto riesgo n = 144 Frecuencia (%)	Bajo riesgo n = 94 Frecuencia (%)	Odds Ratio	IC 95%	p
Trastorno depresivo mayor	114 (78,6)	35 (36,8)	3,2	2,2-4,7	<0,0001
Trastorno de ajuste con estado de ánimo depresivo	16 (11)	46 (48,4)	0,3	0,2-0,6	<0,0001
Trastorno distímico	1 (0,7)	4 (4,2)	0,2	0,03-2,2	0,21
Trastorno bipolar episodio depresivo	3 (2,1)	12 (12,6)	0,6	0,3-3,3	0,44
Trastorno bipolar episodio mixto	2 (1,4)	1 (1,1)	1,3	0,1-14,6	0,65
Trastorno por uso de sustancias psicoactivas	18 (12,5)	6 (6,4)	2,1	0,8-5,5	0,09
- Dependencia al alcohol	9 (6,2)	2 (2,1)	3,1	0,6-14,5	0,12
- Abuso de alcohol	0	1 (1,1)			0,39
- Dependencia a otras sustancias	9 (6,2)	3 (3,2)	2,02	0,5-7,7	0,23
Trastorno de estrés postraumático	2 (1,4)	0			0,36
Trastornos psicóticos	1 (0,7)	0			0,60
Trastorno de pánico	0	2 (2,1)			0,15
Otros trastornos psiquiátricos	6 (4,1)	4 (4,3)	1,1	0,2-4,7	0,61
Trastorno de personalidad	21 (14,6)	24 (25,5)	0,5	0,2-0,9	0,03
- Límite	15 (10,4)	22 (23,3)			
- Dependiente	5 (3,5)	0			
- Antisocial	1 (0,7)	1 (1,1)			
- Narcisista	0	1 (1,1)			

Aquellos quienes fueron clasificados como de alto riesgo presentaban mayor frecuencia de antecedentes familiares de suicidio (OR=2,8, IC 95%: 1,1-7,1), intoxicación por sustancias psicoactivas durante el intento de suicidio (OR=2,4, IC 95%: 1,2-4,8) y empleo de métodos violentos para tratar de suicidarse (OR=6,02, IC 95%: 2,6-14,02). Adicionalmente, los de alto riesgo tenían más intentos previos (mediana: 1, mínimo: 0 y máximo: 35; mediana: 0, mínimo: 0 y máximo 6, respectivamente) ($p < 0,0001$). No había diferencias entre los grupos en cuanto a antecedentes familiares de intento de suicidio y la presencia de eventos vitales en los últimos seis meses (Tabla 3).

Se hallaron diferencias entre los dos grupos en la puntuación total del RFL y la de todos sus dominios (Tabla 4). Se evaluó si había interacciones de cada una de las características demográficas y clínicas con la puntuación de la escala, tomando como variable dependiente la clasificación clínica en riesgo alto o bajo de suicidio, y no se encontraron interacciones significativas.

En el primer modelo de regresión logística, se encontró que las variables que tenían influencia independiente en la clasificación de un individuo con intento suicida como de alto riesgo fueron: puntuación total en el RFL, trastorno depresivo mayor, intento durante una intoxicación por sustancias psicoactivas y emplear un método violento. (Tabla 5).

Prueba de Hosmer-Lemeshow: χ^2 8 grados de libertad = 4,9, $p = 0,76$.

En el segundo modelo, en el cual se incluyeron las mismas variables del primero, excepto la puntuación total del RFL (sustituida por la de cada dominio de esta escala), se encontró que después del ajuste había asociación del riesgo suicida valorado clínicamente con las siguientes variables: trastorno depresivo mayor, empleo de método violento, intento durante una intoxicación por sustancias psicoactivas y primer dominio del RFL (creencia en la vida y en la capacidad de afrontamiento) (Tabla 6)

Prueba de Hosmer-Lemeshow: χ^2 8 grados de libertad=14,4, $p=0,07$.

Discusión

En este artículo se describen algunas características de un grupo de individuos que ingresaron por intento de suicidio a los servicios de urgencias de centros asistenciales de la ciudad de Medellín, Colombia, y que fueron clasificados por evaluación clínica como de alto y bajo riesgo de reincidencia. Se hizo un muestreo por conveniencia, por lo que no se puede considerar que sean representativos de los intentos de suicidio que reciben atención médica en la ciudad. Por consiguiente, los hallazgos no se pueden generalizar, pero pueden ser útiles como una aproximación inicial al fenómeno.

Tabla 3. Antecedentes personales y familiares y características del intento de suicidio de individuos clasificados clínicamente como de alto y bajo riesgo de suicidio

Característica	Alto riesgo n = 144 Frecuencia (%)	Bajo riesgo n = 94 Frecuencia (%)	Odds Ratio	IC 95%	p
Antecedentes familiar de intento de suicidio	44 (33)	20 (21,3)	1,6	0,9-2,9	0,12
Antecedente familiar de suicidio	23 (15,9)	6 (6,3)	2,8	1,1-7,1	0,03
Eventos vitales:	102 (72,8)	72 (76,6)	0,7	0,4-1,3	0,37
- Problemas económicos	40 (27,8)	19 (20,2)	1,5	0,8-2,8	0,22
- Problemas de pareja	49 (34,0)	36 (38,3)	0,8	0,5-1,4	0,58
- Problemas familiares	43 (29,9)	29 (30,9)	0,9	0,5-1,7	0,89
- Muerte de un ser querido	8 (5,6)	2 (2,1)	2,7	0,6-13,03	0,32
- Enfermedad discapacitante	3 (2,1)	0			0,28
Intento durante una intoxicación por sustancias psicoactivas (incluido el alcohol)	37 (25,5)	12 (12,7)	2,4	1,2-4,8	0,02
Método violento*	47 (32,6)	7 (7,4)	6,02	2,6-14,02	<0,0001
Tipo de método:					
- Intoxicación con medicamentos	44 (30,6)	40 (42,5)	0,6	0,3-1,02	0,07
- Intoxicación con venenos	53 (36,7)	47 (50,0)	0,6	0,1-1,0	0,06
- Ahorcamiento	8 (5,6)	1 (1,1)	5,4	0,7-44,5	0,09
- Herida por arma corto-punzante	22 (15,3)	4 (4,2)	4,1	1,3-12,2	0,01
- Herida por arma de fuego	3 (2,1)	0			0,28
- Lanzamiento desde altura	11 (7,6)	1 (1,1)	7,7	0,9-60,6	0,03
- Lanzamiento a automotor	3 (2,1)	1 (1,1)	3,0	0,2-19,3	1

* Se consideraron métodos violentos: ahorcamiento, herida por arma cortopunzante, herida por arma de fuego, lanzamiento desde una altura o hacia un automotor en movimiento.

Tabla 4. Puntuación en el Inventario de razones para vivir (RFL) en grupos de alto y bajo riesgo de suicidio con intento reciente

Dominio	Alto riesgo de suicidio n=144	Bajo riesgo de suicidio n=94	U de Mann-Whitney	p
	Mediana (rango intercuartílico)	Mediana (rango intercuartílico)		
1. Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento	4,06 (2,66-5,19)	5,27 (4,78-5,75)	3541,0	<0,0001
2. Miedo a la muerte y a la desaprobación social	2,66 (4,08-2,66)	4,33 (3,29-5,16)	3950,0	<0,0001
3. Responsabilidad con la familia	4,28 (3,28-5,43)	5,28 (4,57-5,85)	4180,5	<0,0001
4. Preocupación por los hijos	4,33 (1,66-5,66)	5,66 (3,66-6,00)	4917,5	<0,0001
5. Percepción de incapacidad para el suicidio	3,25 (2,25-4,00)	3,75 (2,50-4,75)	5689,5	0,04
6. Objeciones morales	4 (2,33-5,00)	5 (4-5,66)	4383,0	<0,0001
Puntuación total (versión completa)	3,71 (2,75-4,51)	4,68 (3,82-5,21)	3706,0	<0,0001

Tabla 5. Efecto del conjunto de variables sociodemográficas y clínicas junto con la puntuación total del RFL

Variable	Coficiente	Error estándar	p	OR (IC 95%)
Trastorno depresivo mayor	1,75	0,34	<0,0001	5,78 (3,01-11,20)
Total RFL	-0,74	0,17	<0,0001	0,47 (0,34-0,66)
Método violento para intentar suicidarse	1,65	0,52	0,001	5,21 (1,89-14,37)
Intento durante una intoxicación por sustancias psicoactivas (incluido el alcohol)	0,90	0,42	0,03	2,46 (1,07-5,64)

Nota: se incluyeron en el análisis las variables: sexo, edad, antecedente familiar de suicidio, antecedente familiar de intento de suicidio, intentos previos, trastorno depresivo mayor, trastorno de ajuste, trastornos por uso de sustancias, trastorno de pánico, trastornos de personalidad, intento durante una intoxicación con sustancias psicoactivas, empleo de métodos violentos (ahorcamiento, herida por arma cortopunzante o de fuego, y lanzamiento desde altura o a un automotor), y el puntaje total del RFL

Tabla 6. Efecto del conjunto de variables sociodemográficas y clínicas junto con la puntuación de cada uno de los dominios del RFL

Variable	Coficiente	Error estándar	p	OR (IC 95%)
Trastorno depresivo mayor	1,69	0,34	<0,0001	5,41 (2,77-10,54)
Primer dominio: creencia en la vida y en la capacidad de afrontamiento	-0,72	0,15	<0,0001	0,48 (0,36-0,66)
Método violento para intentar suicidarse	1,58	0,53	0,003	4,87 (1,73-13,72)
Intento durante una intoxicación por sustancias psicoactivas (incluido el alcohol)	0,98	0,43	0,02	2,66 (1,15-6,13)

Nota: se incluyeron en el análisis las variables: sexo, edad, antecedente familiar de suicidio, antecedente familiar de intento de suicidio, intentos previos, trastorno depresivo mayor, trastorno de ajuste, trastornos por uso de sustancias, trastorno de pánico, trastornos de personalidad, intento durante una intoxicación con sustancias psicoactivas, empleo de métodos violentos (ahorcamiento, herida por arma cortopunzante o de fuego, y lanzamiento desde altura o a un automotor), y la puntuación de cada uno de los dominios del RFL

Aunque en total había un predominio de mujeres entre los participantes, la posibilidad de ser hombre en los de alto riesgo era 1,8 veces que la de ser hombre en el grupo de bajo riesgo; al contrario, había mayor número de mujeres entre los de bajo riesgo que en los de alto. Esto es similar a lo reportado en la mayor parte de los estudios sobre intento de suicidio, en los cuales se ha observado que en las mujeres es más común esta conducta, pero que el riesgo es mayor en los hombres (25,26). Esto está relacionado en parte con el empleo de métodos más letales, como se demostró con el análisis estratificado y en otros reportes de la literatura médica; pero parecen existir otros factores que influyen en las diferencias por sexo en el riesgo y su valoración

que ameritan mayor investigación (22,27).

El nivel educativo fue similar en ambos grupos, y no había diferencias en estado civil y ocupación, aparte de lo inferido de otros estudios, en los cuales los que han sido clasificados clínicamente o mediante escalas como de alto riesgo tienen un predominio de personas solteras y desempleadas (26). Se observó una diferencia estadísticamente significativa en edad entre los dos grupos, pero es tan baja que no parece tener relevancia desde el punto de vista clínico.

Todos los sujetos evaluados tenían un trastorno psiquiátrico, lo que es diferente a la descripción de otros estudios, donde la mayoría, pero no todos, están afectados por este tipo de trastornos. Esto pue-

de explicarse por la manera como se tomó la muestra, pues era de pacientes de hospitales generales en los cuales se había pedido evaluación especializada o habían sido remitidos a clínicas psiquiátricas para hospitalización y se sabe que en éstos hay mayor frecuencia de trastornos mentales (28,29). Es posible que los individuos con intentos leves o en los que el médico general haya juzgado un bajo riesgo o ausencia de patología mental hubieran sido dados de alta y no llegaron al estudio.

El 78,6% de los individuos de alto riesgo tenían diagnóstico de trastorno depresivo mayor, lo cual fue significativamente más elevado que en el de bajo. En otros estudios sobre características de personas que han intentado suicidarse, realizados en diversas culturas, el hallazgo ha sido similar (25,26,30). Además, en investigaciones de seguimiento se ha observado claramente que la depresión es uno de los factores de riesgo más importantes para suicidio (31,32). Esto resalta la necesidad de intervenciones adecuadas para este trastorno en todos los niveles de atención, pues es una causa tratable y los programas para su control han demostrado ser efectivos para disminuir la incidencia de comportamientos suicidas (33).

El trastorno de ajuste fue el segundo diagnóstico más común entre los sujetos estudiados y ha sido reportada una alta frecuencia en muestras de personas con conducta suicida (34). Este diagnóstico

se observó más en los sujetos considerados con bajo riesgo. Esto difiere de un estudio realizado en India, donde no había diferencia entre los dos grupos que habían sido clasificados con base en la puntuación de la escala SIS (26,35). De todas maneras, es necesario tener en cuenta que este es un trastorno asociado con conducta suicida y no se debe subestimar el riesgo ante su presencia, especialmente cuando también hay patología en el eje II (36).

Los trastornos de personalidad se diagnosticaron en el 20% de los sujetos, particularmente el dependiente y del grupo B del DSM-IV-TR. De estos últimos, el más frecuente fue el límite, y la posibilidad de tener este trastorno y haber sido clasificado en el grupo de alto riesgo fue aproximadamente la mitad de la posibilidad de tenerlo y estar en el grupo de bajo riesgo. La mayor frecuencia en este último grupo se explica por las autoagresiones impulsivas y de baja letalidad, comunes en las personas con personalidad límite (37).

No obstante, no puede olvidarse que el 10,4% de los individuos que se consideraron de alto riesgo tenían ese trastorno de personalidad, que éste también es un factor que predice la reincidencia a largo plazo (según estudios de seguimiento) y que está presente en un porcentaje relativamente grande de los que han muerto por suicidio, especialmente en jóvenes (31,38).

Se encontraron otros trastornos, como el de pánico y de estrés

postraumático, el afectivo bipolar, por uso de sustancias y psicóticos. Estos tres últimos también se han descrito como factores de riesgo para muerte por suicidio (38,39). Sin embargo, no había diferencias significativas entre los de alto y bajo riesgo. Esto puede deberse en parte a la frecuencia relativamente baja dentro de los grupos.

El antecedente familiar de suicidio se asociaba con ser considerado de alto riesgo, pero no ocurrió lo mismo con el de intento ni con la presencia de eventos vital estresantes en el último mes. Esto es diferente a lo encontrado en estudios similares, en los cuales los eventos vitales son más frecuentes en el grupo de alto riesgo (26,40). Sin embargo, debe reconocerse que en el presente trabajo todos habían intentado matarse y que más del 70% de los individuos tuvo al menos un evento vital, lo que muestra su importancia en relación con la conducta suicida.

La mayoría intentó suicidarse por intoxicación con medicamentos o venenos, y no había diferencias con respecto a este método entre los grupos de alto y bajo riesgo. Sin embargo, fue claro que el empleo de medios violentos para tratar de matarse era más frecuente en los individuos clasificados como con alto riesgo de reincidencia. Esta asociación ha sido demostrada en otras investigaciones similares y también se ha observado en estudios de seguimiento (26,41).

Con respecto a las “razones para vivir”, la puntuación total del RFL y de cada uno de sus dominios fue mayor en los clasificados clínicamente con bajo riesgo de suicidio, aunque en el quinto (percepción de incapacidad para el suicidio) la diferencia fue menos marcada. El que los sujetos de la muestra tuvieran un intento reciente puede ser una explicación para esta menor diferencia.

La importancia de las razones para vivir en la clasificación clínica del riesgo se confirma en el análisis multivariado, pues al controlar por la presencia de otras variables, la mayor puntuación total en la escala se asocia con estar en el grupo de bajo riesgo; en otras palabras, por cada unidad de aumento en la puntuación del RFL, la posibilidad de estar en el grupo de alto riesgo de suicidio es un 53% menor. Las otras variables que mostraron una asociación independiente fueron la presencia de trastorno depresivo mayor, haber empleado un método violento para tratar de matarse y que el intento se hiciera durante una intoxicación por sustancias psicoactivas.

Es necesario resaltar que en la presente investigación la clasificación de los pacientes en los grupos fue realizada clínicamente y no se puede decir con certeza en qué magnitud alguna de estas variables sea predictora de una futura conducta suicida. Para ello es necesario un seguimiento de varios años. Sin embargo, los resultados guardan

coherencia con los de estudios de cohortes de otros países (31,32). Por ejemplo, en un estudio reciente en el que se siguieron durante dos años a 386 personas con diagnóstico de depresión sin antecedentes de conducta suicida, se observó que la puntuación del RFL es un factor protector en mujeres (HR=0,32, IC95%: 0,17-0,60) (42).

Al hacer el análisis multivariado incluyendo cada uno de los dominios del RFL, se observó que el primero (creencia en la vida y capacidad de afrontamiento) fue el único que continuó mostrando asociación después de ajustar por la presencia de otras variables. El trastorno depresivo mayor, el empleo de un método violento y el intento durante una intoxicación también estaban asociados de manera independiente con el riesgo clasificado clínicamente, como en el primer modelo.

La importancia del dominio “creencia en la vida y capacidad de afrontamiento” fue encontrada en otro estudio con pacientes que trataron de suicidarse, en el cual la puntuación estaba correlacionada con la gravedad de los intentos (24). Además, en otro estudio longitudinal de seis meses de duración con pacientes con trastorno de personalidad límite se encontró que los puntajes bajos en el dominio de “creencia en la vida y capacidad de afrontamiento” se asociaban con un riesgo 6,8 veces mayor de conducta suicida y autoagresiva (43).

Ya que los factores que predicen el riesgo están fuertemente

marcados por la cultura, sería recomendable hacer en Colombia una investigación con un diseño de cohorte que permita establecer en qué medida las razones para vivir y otros factores pueden influir en la probabilidad de reincidencia en el comportamiento suicida.

Conclusiones

Las características asociadas de manera independiente con ser considerado de alto o bajo riesgo de reincidencia según una evaluación clínica psiquiátrica en este grupo de sujetos evaluados en servicios de urgencias de la ciudad de Medellín fueron: la presencia de trastorno depresivo mayor, el empleo de métodos violentos, la intoxicación por sustancias psicoactivas durante el intento y las razones para vivir evaluadas con el RFL, principalmente el dominio “creencia en la vida y capacidad de afrontamiento”. Aunque los resultados no son generalizables, son similares a los encontrados en otros lugares. Es necesario hacer estudios longitudinales que permitan determinar la magnitud del efecto de estas variables en la predicción del riesgo de conducta suicida.

Agradecimientos

Este proyecto fue financiado por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (Codi) de la Universidad de Antioquia (código del proyecto: CIM-2278). Agradecemos a los pacientes que participaron en la investigación y a las siguientes instituciones: Clínica Samein, Clínica Las Américas, Hospital

Mental de Antioquia, Clínica Universitaria Bolivariana y Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington: OMS; 2002.
2. World Health Organization. The World Health Report. 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2001.
3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Forensis 2005. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal; 2006.
4. Lizarralde L, Berbesi DY, Franco MC. Comportamiento del evento suicidio e intento de suicidio en el departamento de Antioquia, enero a diciembre de 2006. Dirección Seccional de Salud de Antioquia; en prensa.
5. Gómez-Restrepo C, Rodríguez-Malagón N, Bohórquez A, Diazgranados N, Ospina MB, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. Rev Colomb Psiquiatr. 2002;31(4):271-86.
6. Rosenberg NK. Psychotherapy of the suicidal patient. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1993;371:54-6.
7. Owens C, Booth N, Briscoe M, Lawrence C, Lloyd K. Suicide outside the care of mental health services: a case-controlled psychological autopsy study. Crisis. 2003;24(3):113-21.
8. Palacio C, García J, Diago J, Zapata C, López G, Ortiz J, et al. Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case-control study of psychological autopsy in a developing country. Arch Suicide Res. 2007;11(3):297-311.
9. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. J Clin Psychiatry. 2006; 67(10):1599-609.
10. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. Am J Psychiatry. 2005;162(2):297-303.
11. O'Connor N, Warby M, Raphael B, Vassallo T. Changeability, confidence, common sense and corroboration: comprehensive suicide risk assessment. Australas Psychiatry. 2004;12(4):352-60.
12. Oquendo M, Baca-Garcia E, Graver R, Mora M, Montalvan V, Mann J. Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory. Hispanic Journal of Behavioral Science 2000;22:369-80.
13. Osman A, Jones K, Osman JR. The reasons for living inventory: psychometric properties. Psychol Rep. 1991;69(1):271-8.
14. Osman A, Kopper BA, Linehan MM, Barrios FX, Gutiérrez PM, Bagge CL. Validation for the adult suicidal ideation questionnaire and the reasons for living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. Psychol Assess. 1999;11(2):115-23.
15. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders Compendium. 2ª ed. Arlington:2004.
16. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Washington: Masson; 2005.
17. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. J Consult Clin Psychol. 1983;51(2):276-86.
18. Osman A, Gifford J, Jones T, Lickiss L, Osman J, Wenzel R. Psychometric evaluation of the reasons for living inventory. Psychol Assess. 1993;5(2):154-8.
19. Dobrov E, Thorell LH. "Reasons For Living"-translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behaviour in a Swedish random sample. Nord J Psychiatry. 2004;58(4):277-85.
20. Oquendo MA, Dragatsi D, Harkavy-Friedman J, Dervic K, Currier D, Burke

- AK, et al. Protective factors against suicidal behavior in Latinos. *J Nerv Ment Dis.* 2005; 193(7):438-43.
21. García J, Palacio C, Arias S, Ocampo M, Aguirre B, Casals S, et al. The "Reasons for Living Inventory" (RFL) for a Colombian clinical population: translation and psychometric evaluation. *Arch Suicide Res.* En prensa.
 22. Oquendo MA, Bongiovi-García ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry.* 2007;164(1):134-41.
 23. Linehan M. The Reasons for Living Inventory. In: Keller PA, Ri LG, editors. *Innovations in Clinical Practice: a source book.* Florida: Professional Resource Exchange;1985. p. 321-30.
 24. Strosahl K, Chiles JA, Linehan M. Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: reasons for living, hopelessness, and depression. *Compr Psychiatry.* 1992;33(6):366-73.
 25. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients. *Suicide Life Threat Behav.* 2003;33(4):353-64.
 26. Kumar CT, Mohan R, Ranjith G, Chandrasekaran R. Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. *J Affect Disord.* 2006;91(1):77-81.
 27. Kposowa AJ, McElvain JP. Gender, place, and method of suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(6):435-43.
 28. Carter GL, Safranko I, Lewin TJ, Whyte IM, Bryant JL. Psychiatric hospitalization after deliberate self-poisoning. *Suicide Life Threat Behav.* 2006; 36(2):213-22.
 29. Suominen K, Lönngqvist J. Determinants of psychiatric hospitalization after attempted suicide. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(5):424-30.
 30. Conner KR, Duberstein PR, Beckman A, Heisel MJ, Hirsch JK, Gamble S, et al. Planning of suicide attempts among depressed inpatients ages 50 and over. *J Affect Disord.* 2007;97(1-3):123-8.
 31. Hunt IM, Kapur N, Robinson J, Shaw J, Flynn S, Bailey H, et al. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey. *Br J Psychiatry.* 2006;188:135-42.
 32. Brinkman-Sull DC, Overholser JC, Silverman E. Risk of future suicide attempts in adolescent psychiatric inpatients at 18-month follow-up. *Suicide Life Threat Behav.* 2000;30(4):327-40.
 33. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med.* 2006;36(9):1225-33.
 34. Brakoulias V, Ryan C, Byth K. Patients with deliberate self-harm seen by a consultation-liaison service. *Australas Psychiatry.* 2006;14(2):192-7.
 35. Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross-validation of the suicidal intent scale. *Psychol Rep.* 1974;34(2):445-6.
 36. Kryzhanovskaya L, Canterbury R. Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis.* 2001;22(3):125-31.
 37. Gerson J, Stanley B. Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: controversies and treatment directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2002;4(1):30-8.
 38. Arsenaault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004;4:37.
 39. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis.* 2004;25(4):147-55.
 40. Conner KR, Phillips MR, Meldrum SC. Predictors of low-intent and high-intent suicide attempts in rural China. *Am J Public Health.* 2007;97(10):1842-6.
 41. Schapira K, Linsley KR, Linsley A, Kelly TP, Kay DW. Relationship of suicide rates to social factors and availability of lethal methods: comparison of suicide in Newcastle upon Tyne 1961-1965 and 1985-1994. *Br J Psychiatry.* 2001;178:458-64.
 42. Lizardi D, Currier D, Galfalvy H, Sher L, Burke A, Mann J, et al. Perceived rea-

- sons for living at index hospitalization and future suicide attempt. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(5):451-5.
43. Rietdijk EA, van den Bosch LM, Verheul R, Koeter MW, van den Brink W. Predicting self-damaging and suicidal behaviors in female borderline patients: reasons for living, coping, and depressive personality disorder. *J Personal Disord.* 2001;15(6):512-20.

Recibido para evaluación: 17 de septiembre de 2007
Aceptado para publicación: 14 de noviembre de 2007

Correspondencia
Jenny García-Valencia
Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia
Calle 64 # 51-D-38, Medellín, Colombia
jegava@une.net.co