

Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor

Alejandro Aristizábal Gaviria¹
Andrea González Morales¹
Carlos Palacio Acosta²
Jenny García Valencia²
Carlos López Jaramillo²

Resumen

Objetivo: Identificar en una muestra de población antioqueña con trastorno depresivo mayor y antecedente de conducta suicida las características que se asocian a intentos de suicidio de alta letalidad. *Método:* Se evaluaron 140 sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y antecedente de, al menos, un intento de suicidio, por medio de una entrevista diagnóstica semiestructurada. De acuerdo con las características del intento de suicidio más serio, los sujetos se dividieron en grupos de menor letalidad (letalidad leve y moderada) y mayor letalidad (letalidad alta y extrema), los cuales se compararon en variables sociodemográficas y clínicas. *Resultados:* Los sujetos con intentos de suicidio de letalidad alta y extrema con mayor frecuencia vivían solos, tenían antecedente de más de un intento de suicidio y presentaban dependencia a nicotina y a sustancias psicoactivas diferentes al alcohol. En el análisis multivariado se estableció que vivir solo y la dependencia a sustancias psicoactivas se asociaron de manera independiente con los intentos de suicidios de letalidad alta y extrema. *Conclusiones:* Los hallazgos del presente estudio se corresponden con las características clínicas descritas en estudios previos en asociación con intentos de suicidio de alta letalidad. Los presentes resultados se proponen como factores para tener en cuenta en la valoración del riesgo suicida en sujetos con trastorno depresivo mayor.

Palabras clave: trastorno depresivo mayor, intento de suicidio, letalidad.

Title: Factors Associated with Suicide Attempts Lethality in Subjects with Major Depressive Disorder

Abstract

Objective: To identify the characteristics associated with high-lethality suicide attempts in a population sample IN Antioquia with major depressive disorder and suicidal behavior history. *Method:* A semi-structured diagnostic interview was used to assess 140 subjects diagnosed with major depressive disorder and who had made at least one suicide attempt. According to the characteristics of the most serious suicide attempt, the subjects were classified into

- ¹ Médico(a) residente de tercer año de Psiquiatría. Miembro del Grupo de Investigación en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- ² Médico(a) psiquiatra. Miembro del Grupo de Investigación en Psiquiatría. Docente del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

two groups—low-lethality suicide attempters (low and moderate lethality) and high-lethality suicide attempters (high and very high lethality)—which were compared for clinical and demographic variables. *Results:* It was found that high- and very high-lethality suicide attempters lived alone more often, had made more than one suicide attempt, and exhibited greater dependence on nicotine and psychoactive substances, other than alcohol, than low-lethality attempters. The multivariate analysis established that living alone and being dependent on psychoactive substances were independently associated with very high- and high-lethality attempts. *Conclusion:* These findings confirm the clinical characteristics associated with high-lethality suicide attempts described in previous studies. The present results are proposed as factors to be taken into account for the assessment of suicidal risk in patients with major depressive disorder.

Key words: Major depressive disorder, suicide attempted, lethality.

Introducción

Existe una estrecha y reconocida relación entre el trastorno depresivo mayor (TDM) y el espectro de conductas suicidas (1-3). Este es el diagnóstico nosológico más frecuente en los suicidios consumados y se estima que está presente en entre un 20% y un 35% de las muertes por suicidio (4). Además, entre el 35% y el 80% de las personas que reciben atención médica por intentos de suicidio tiene depresión y se estima que al menos el 27% de los pacientes con TDM ha tenido por lo menos un intento de suicidio a lo largo de la vida (3,5).

En las últimas décadas, el hallazgo de alteraciones clínicas y bioquímicas similares en casos de

intentos de suicidio de alta letalidad y suicidios consumados ha sido de gran importancia en el estudio del espectro de conductas suicidas (6-9). La letalidad médica, o grado de severidad de las lesiones ocasionadas por un intento de suicidio, es una de las características del acto suicida de mayor relevancia clínica. Es un determinante central de la probabilidad de muerte asociada a un intento y de la probabilidad de una eventual muerte por suicidio. Además, su evaluación (a diferencia de la intencionalidad o planeación) es independiente de la cooperación de un informante (7,10).

Los intentos de suicidio de alta letalidad se han asociado con factores como género masculino, enfermedad bipolar, presencia de melancolía, trastorno límite de personalidad y enfermedad física (11,12). Para muchos, el estudio de este subgrupo de pacientes (casos en los que se podría hablar de suicidios frustrados) puede arrojar, como ninguno, información de importancia en la valoración del riesgo suicida y en la formulación de estrategias de impacto en la morbimortalidad asociada a los actos suicidas de mayor gravedad (7,8,13).

En particular, el estudio de pacientes con TDM e intentos de suicidio de alta letalidad ha despertado gran interés en el área de la investigación clínica y genética (3,14,15). Hasta el momento, los estudios clínicos en personas con TDM han reportado la asociación de alta letalidad de los actos suicidas con características

melancólicas, mayor severidad del episodio depresivo, mayor número de intentos de suicidio, intoxicación aguda con alcohol, abuso/dependencia de sustancias psicoactivas y trastornos de personalidad del grupo B del DSM-IV (16-22).

Por otra parte, y desde la perspectiva de la investigación neurobiológica, se postula que los pacientes deprimidos con intentos de suicidio de alta letalidad presentan una baja actividad serotoninérgica, en comparación con sujetos deprimidos con intentos de baja letalidad, y constituyen un endofenotipo marcador de una mayor susceptibilidad a conductas suicidas graves (14,23-26).

Aunque en Colombia son escasos los estudios sobre los factores asociados a las conductas suicidas, los existentes indican que la depresión es uno de los principales factores de riesgo para actos suicidas, tanto fatales como no fatales. En un análisis secundario de la base de datos de la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, realizada en 2002, los autores reportaron como principal factor asociado al intento de suicidio en la población general la presencia de síndrome depresivo (leve a grave), seguido de niveles moderados y graves de ansiedad (27).

Así mismo en un estudio realizado por el Grupo de Investigación en Psiquiatría (GIPSI), de la Universidad de Antioquia, en el que se evaluaron los factores de riesgo para suicidio en la ciudad de Medellín, se encontró que el TDM tiene un efecto

independiente en el riesgo de suicidio y constituye uno de los factores más importantes (28).

Teniendo en cuenta la importancia del TDM como factor de riesgo para la conducta suicida, tanto fatal como no fatal, consideramos importante realizar por primera vez en Colombia un estudio para determinar las características asociadas a la alta letalidad de los intentos de suicidio en pacientes con TDM. Nuestra hipótesis es que en sujetos con TDM los intentos de suicidio de mayor letalidad se encontrarán asociados con factores sociodemográficos y clínicos determinantes de una mayor severidad psicopatológica, ya sea en términos de la comorbilidad o del TDM.

Materiales y métodos

Población

Este es un estudio descriptivo de corte transversal. Se hizo un muestreo por conveniencia de 140 personas con diagnóstico de TDM y antecedente de intento de suicidio, atendidas en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús, en la ciudad de Medellín (Colombia), entre octubre de 2006 y febrero de 2009.

Los sujetos hacen parte del grupo de casos de la investigación actualmente en curso *Análisis de asociación de variantes en genes del sistema serotoninérgico con conducta suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor*, del GIPSI en Psiquiatría de

la Universidad de Antioquia (GIPSI). Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión de dicha investigación, la población del presente estudio estuvo conformada por personas mayores de 18 años de edad, de origen paisa (nacidos en Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío, Norte del Valle y Norte del Tolima), con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, de acuerdo con criterios del DSM-IV e historia de intento de suicidio. Se excluyeron personas con retardo mental, antecedente de esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar I o II, y aquellos sujetos en los que había indicios de una relación causal entre la entidad médica y los síntomas psiquiátricos.

Instrumentos

A todos los participantes del estudio se les aplicó la versión en español de la Entrevista Diagnóstica para Estudios Genéticos (DIGS 3.0), validada en Colombia por el GIPSI (29,30). Las entrevistas fueron realizadas por un psiquiatra o residente de psiquiatría de tercer año, que fue entrenado en el manejo del instrumento. La información contenida en esta entrevista semiestructurada permitió diagnosticar de acuerdo con el DSM-IV y recolectar detalles clínicos.

Variables

Se consideró intento de suicidio cualquier acto de autoagresión no fatal con algún grado de inten-

cionalidad de muerte. La variable dependiente fue la letalidad del acto suicida más grave, que se caracterizó según la gravedad de las lesiones médicas y la complejidad del tratamiento requerido como consecuencia del acto suicida, tal como se describe a continuación:

- 1: Sin peligro (sin efecto, mantuvo las píldoras en la mano).
- 2: Mínimo (rasguños en la muñeca).
- 3: Leve (10 tabletas de un antiinflamatorio no esteroideo, gastritis leve).
- 4: Moderado (10 tabletas de hipnóticos, brevemente inconsciente).
- 5: Grave (se cortó la garganta).
- 6: Extremo (paro respiratorio, coma prolongado).

El grupo de letalidad leve y moderada estuvo conformado por los sujetos calificados de 1 a 4. El grupo de letalidad alta y extrema lo constituyeron aquellos con una calificación de 5 o 6.

Las variables independientes incluyeron características sociodemográficas, comorbilidad psiquiátrica, características del TDM y del episodio depresivo asociado a la conducta suicida más seria (índice). De este modo, entre las variables sociodemográficas se tuvieron en cuenta: edad, sexo, estado civil (legalmente casado o en unión libre, soltero y separado o divorciado), escolaridad, ocupación (empleado o subempleado, y desempleado), tener hijos y vivir solo.

Los trastornos psiquiátricos comórbidos se diagnosticaron de acuerdo con criterios del DSM-IV y se consideraron solo aquéllos contenidos en la entrevista diagnóstica y para los cuales se había mostrado antes una buena confiabilidad con el instrumento (30). Se codificaron como presentes o ausentes, e incluyeron: trastorno por somatización, trastorno distímico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, fobia social, fobia específica, trastornos de la conducta alimentaria y juego patológico. El abuso y la dependencia a sustancias se codificaron como presentes tanto si el abuso era actual o se encontraba en remisión. Los trastornos de personalidad incluidos fueron trastorno de personalidad antisocial y esquizotípico. Los otros no son evaluados por el DIGS.

Las comorbilidades médicas se codificaron de acuerdo con el relato por parte del paciente y se incluyeron: enfermedad ácido-péptica, trastornos tiroideos, epilepsia y antecedente de trauma encefalocraneano. Se registró el número de intentos de suicidio y la edad del primer intento. El intento de suicidio más grave se calificó de acuerdo con las siguientes características: método utilizado, intencionalidad, letalidad y premeditación. Para el TDM se describió la edad del primer episodio depresivo, número de episodios depresivos, edad de la primera hospitalización por depresión, número de hospitalizaciones por depresión, subtipo de depresión y presencia de síntomas psicóticos.

Análisis de datos

Se elaboró una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 16.0 y el análisis se hizo con el mismo programa. Los datos se limpiaron evaluando frecuencias, promedios y distribución en gráficas. Así mismo, se usaron medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, y frecuencia y porcentajes, para las cualitativas.

Para determinar si había diferencias entre el subgrupo con letalidad leve y moderada y letalidad alta y extrema, se empleó el chi cuadrado (χ^2) y cálculo de *Odds-Ratio* (OR), con sus respectivos intervalos de confianza para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se utilizó la U de Mann-Whitney, ya que los datos no tenían distribución normal, lo cual fue evaluado mediante la prueba de Shapiro-Wilk. El nivel de significación fue de 0,05.

Entre tanto, las características que se asocian de manera independiente a letalidad leve y moderada y letalidad alta y extrema se determinaron con una regresión logística binaria. Se incluyeron en el modelo las variables que en el análisis bivariado mostraron un valor de *p* menor que 0,025.

Resultados

El 77,9% de los sujetos de la muestra eran mujeres y el 22,1% eran hombres. La mitad tenía me-

nos de 29 años de edad y la mayoría tenían hijos (71,4%) y estaban solteros o vivían en unión libre (70%). El 45% de los sujetos de la muestra estaban empleados o subempleados, y un 26,4% eran amas de casa. Con respecto al nivel educativo, la mitad de los individuos no tenía estudios superiores. Sólo el 15% tenía estudios tecnológicos o profesionales completos. El 56,4% de las personas se encontraban hospitalizadas al momento de la entrevista.

El grupo de intentos de suicidio de letalidad leve y moderada (LLM) estuvo constituido por 102 personas, lo cual representa el 72,8% de la muestra. El grupo de letalidad alta y extrema (LAE) estuvo constituido por 38 sujetos lo cual representa el 27,1% de la muestra. Como puede verse en la Tabla 1, cuando se compararon los dos grupos no se encontraron diferencias significativas en las variables edad, género, estado civil, tener hijos, nivel de

escolaridad y situación laboral. En las variables sociodemográficas, la única diferencia entre los dos grupos es que la probabilidad de vivir sólo en el grupo de LAE fue cinco veces la del grupo de LLM ($p=0,02$; $OR=5$; $IC\ 95\%=1,13-22,06$).

Respecto a la comorbilidad psiquiátrica, tanto las variables “dependencia a nicotina” ($p=0,016$; $OR=2,72$; $IC95\%=1,18-6,26$) como a “otras sustancias psicoactivas diferentes a alcohol y nicotina” ($p=0,007$; $OR=5,17$; $IC95\%=1,57-17,00$) se asociaron de manera significativa con los intentos de suicidio de letalidad más grave; mientras que los patrones de abuso de dichas sustancias y el abuso o dependencia a alcohol no mostraron diferencias significativas entre los grupos (Tabla 2). En relación con otros trastornos psiquiátricos del eje I, no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos. Sin embargo, se apreció una tendencia no significati-

Tabla 1. Características demográficas de individuos con trastorno depresivo mayor según letalidad del intento de suicidio más serio

Características	Letalidad leve y moderada (n=102)	Letalidad alta y extrema (n=38)	OR	IC 95%	p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)			
Sexo masculino	19 (18,6)	12 (31,6)	2,01	0,86-4,70	0,10
Estado civil					
Soltero*	70 (68,6)	28 (73,7)			
Casado	27 (26,5)	6 (15,8)	0,63	0,25-1,55	0,31
Separado o divorciado	5 (4,9)	4 (10,5)	0,24	0,03-2,05	0,19
Tiene hijos	77 (75,5)	23 (60,5)	0,49	0,22-1,09	0,08
Vive sólo	3 (2,9)	5 (13,2)	5,00	1,13-22,06	0,02
Desempleo	21 (20,6)	12 (31,6)	1,78	0,77-4,10	0,18

*Categoría de referencia.

va a que los individuos con trastorno por somatización, dependencia a marihuana, dependencia a cocaína y fobia específica tuvieran mayor probabilidad de presentar intentos de suicidio más letales.

El trastorno obsesivo-compulsivo sólo se encontró en el grupo de LLM. En el eje II, no hubo diferencias significativas entre los grupos. Hubo, sin embargo, una tendencia

a que el trastorno de personalidad antisocial fuera más probable en el grupo de LAE ($p=0,06$; $OR=8,65$; $IC95\%=0,87-85,96$). Sólo una persona recibió el diagnóstico de trastorno esquizotípico de personalidad y se encontró en el grupo de LLM. En la comorbilidad médica no se encontró ninguna diferencia.

La presencia de más de un intento de suicidio en el grupo de LAE

Tabla 2. Comorbilidad de los individuos con trastorno depresivo mayor según letalidad del intento de suicidio más serio

Característica	Letalidad leve y moderada (n=102)	Letalidad alta y extrema (n=38)	OR	IC 95%	p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)			
Distimia	12 (11,8)	7 (18,4)	1,69	0,61-4,68	0,30
Dependencia a sustancias diferentes a alcohol y nicotina	5 (4,9)	8 (21,1)	5,17	1,57-17,00	0,007
Dependencia a alcohol	20 (19,6)	10 (26,3)	1,46	0,61-3,50	0,39
Dependencia a nicotina	18 (17,6)	14 (36,8)	2,72	1,18-6,26	0,016
Dependencia a marihuana	3 (2,9)	4 (10,5)	3,88	0,82-18,23	0,06
Dependencia a cocaína	3 (2,9)	4 (10,5)	3,88	0,82-18,23	0,06
Abuso de alcohol	12 (11,8)	1 (2,6)	0,20	0,02-1,61	0,09
Abuso de marihuana	4 (3,9)	2 (5,3)	1,36	0,23-7,75	0,72
Abuso de cocaína	6 (5,9)	1 (2,6)	0,43	0,05-3,71	0,43
Trastorno de personalidad antisocial	1 (1,0)	3 (7,9)	8,65	0,87-85,96	0,06
Trastorno de personalidad esquizotípica	1 (1,0)	0 (0)	0,72	0,65-0,80	0,54
Trastorno por somatización	1 (1,0)	3 (7,9)	8,65	0,87-85,96	0,06
Ludopatía	5 (4,9)	2 (5,3)	1,07	0,20-5,80	0,93
Trastorno de la conducta alimentaria	3 (2,9)	1 (2,6)	0,89	0,09-8,84	0,92
Trastorno obsesivo-compulsivo	3 (2,9)	0 (0)	0,56
Fobia social	4 (3,9)	2 (5,3)	1,36	0,23-7,75	0,72
Trastorno de pánico	2 (2,0)	1 (2,6)	1,35	0,11-15,34	0,80
Fobia específica	3 (2,9)	4 (10,5)	3,88	0,82-18,23	0,06
Trastornos tiroideos	7 (6,9)	2 (5,3)	0,75	0,15-3,80	0,73
Enfermedad ácido-péptica	16 (15,7)	5 (13,2)	0,81	0,27-2,40	0,70
Epilepsia	5 (4,9)	3 (7,9)	1,66	0,37-7,32	0,49
Trauma encefalocraneano grave	3 (12,7)	5 (13,2)	1,03	0,34-3,13	0,94

fue 2,31 veces la del grupo de LLM ($p=0,035$, $OR=2,31$, $IC95\%=1,08-4,94$,) como puede verse en la Tabla 3. Así mismo, un mayor número de intentos de suicidio fue significativamente más alto en el grupo de LAE (U de Mann-Whitney=1.490,50; $p=0,01$). Como era de esperarse y en correspondencia con el criterio de nivel de letalidad médica utilizado como diferenciador de los grupos

en comparación, las variables “método violento” y “hospitalización en hospital general” como consecuencia del intento de suicidio más serio fueron significativamente más probables en el grupo de LAE. Por el contrario, la frecuencia de hospitalización psiquiátrica tras el intento de suicidio no mostró diferencias significativas entre los grupos de mayor y menor letalidad.

Tabla 3. Características del intento de suicidio en individuos con trastorno depresivo mayor según letalidad del intento de suicidio más serio

Características	Letalidad leve y moderada (n=102)		Letalidad alta y extrema (n=38)		Estadístico U de Mann-Whitney	p	
	Mediana	RIC	Mediana	RIC			
Edad del primer intento de suicidio	25,00	11-64	24,50	14-79	1821,00	0,58	
Edad del intento más grave	28,00	11-65	25,50	17-79	1621,50	0,13	
Número de intentos de suicidio	1,00	1-6	2,00	1-4	1490,50	0,01	
Número de intentos que requirieron atención médica	1,00	0-6	1,00	1-4	1422,50	0,003	
Características	Frecuencia (%)		Frecuencia (%)		OR	IC 95%	p
Método violento	6 (5,9%)		11(28,9)		6,52	2,21-19,24	
Recibió tratamiento médico	91 (89,2)		38 (100,0)		1,41	1,26-1,58	0,035
Hospitalización en hospital general	34 (33,3)		33 (86,8)		13,2	4,72-36,85	
Hospitalización en hospital psiquiátrico	64 (62,7)		27 (71,1)		1,45	0,65-3,26	0,35
Intención seria	55 (53,9)		35 (92,1)		9,97	2,88-34,51	
Premeditación							
Impulsivo*	32 (31,4)		5 (13,2)	
Algo premeditado	49 (48,09)		20 (52,6)		2,61	0,89-7,66	0,08
Cuidadosamente premeditado	21 (20,6)		13 (34,2)		3,96	1,23-12,75	0,02
Tener más de un intento	38 (37,3)		22 (57,9)		2,31	1,08-4,94	0,035

* Categoría de referencia.

En relación con otras dimensiones de la conducta suicida, reportar una intencionalidad seria de muerte fue casi 10 veces más probable en el grupo de LAE ($p < 0,0001$; $OR = 9,97$; $IC_{95\%} = 2,88-34,51$), y en el mismo grupo, la probabilidad de tener premeditación seria fue 3,96 veces la del grupo de LLM ($p = 0,02$; $OR = 3,96$; $IC_{95\%} = 1,23-12,25$) (Tabla 3).

Los factores vitales estresantes ocurridos durante los seis meses previos al intento de suicidio no mostraron diferencias significativas entre los grupos de acuerdo con la letalidad del acto. Estos incluyeron conflicto familiar, conflicto con la pareja, conflicto laboral, dificultades económicas, muerte de un ser querido y diagnóstico de enfermedad grave.

Las características del TDM y del episodio depresivo índice (el que corresponde al intento de suicidio más grave) se describen en las tablas 4 y 5. En relación con el TDM,

la mediana de edad al momento del episodio depresivo índice fue significativamente menor en el grupo de LAE ($p = 0,03$; $Me = 25$; $RIC = 10-79$), en comparación con el grupo de LLM ($Me = 29$; $RIC = 14-64$).

Aunque sin llegar a alcanzar una p significativa, se observó que en el grupo de mayor letalidad había una tendencia a tener menor edad al momento de la primera hospitalización psiquiátrica por TDM ($Me = 26$ años) en comparación con el grupo de menor letalidad ($Me = 29$ años). Otros descriptores de la severidad del trastorno depresivo, como edad del primer episodio depresivo, edad de la primera consulta por depresión, número de episodios depresivos, duración del episodio depresivo más largo, número de hospitalizaciones por depresión, tipo de TDM, presencia de síntomas psicóticos y curso crónico no mostraron diferencias significativas entre los grupos (Tabla 4).

Tabla 4. Características del trastorno depresivo mayor según la letalidad del intento de suicidio más serio

Características	Letalidad leve y moderada (n=102)		Letalidad alta y extrema (n=38)		Estadístico U de Mann-Whitney	p
	Mediana	RIC	Mediana	RIC		
Edad de inicio del primer episodio depresivo	25,00	11-61	23,50	13-56	1640,00	0,16
Edad de la primera consulta	27,50	14-62	25,50	13-68	1670,50	0,27
Número de episodios	1,00	1-10	1,00	1-5	1862,50	0,67
Edad de la primera hospitalización	29,00	14-63	26,00	14-68	1155,50	0,06
Edad del episodio depresivo índice	29,00	14-64	25,00	10-79	1483,00	0,03
Duración del episodio depresivo más grave	24,00	1-624	24,00	3-364	1765,00	0,57
Número de hospitalizaciones	1,00	0-7	1,00	0-6	1583,50	0,07

*Categoría de referencia.

En la evaluación de cada uno de los síntomas del episodio depresivo índice, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, el insomnio de despertar temprano fue más probable en el grupo de LLM en

comparación con el grupo de LAE ($p=0,01$; $OR=0,36$; $IC\ 95\%=0,16-0,80$). Otros síntomas del episodio depresivo índice no mostraron variaciones significativas entre los grupos (Tabla 5).

Tabla 5. Características del episodio depresivo mayor índice según la letalidad del intento de suicidio más serio

Característica	Letalidad leve y moderada (n=102)	Letalidad alta y extrema (n=38)	OR	IC 95%	p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)			
Ánimo deprimido	101 (99,0)	38 (100)	1,37	1,24-1,52	0,54
Irritabilidad	84 (82,4)	31 (81,6)	0,94	0,36-2,49	0,91
Ansiedad	98 (96,1)	37 (97,4)	1,51	0,16-13,95	0,71
Cambios de apetito					
Disminución	69 (67,6)	30 (78,9)	1,59	0,58-4,33	0,36
Aumento	11 (10,8)	2 (5,3)	0,66	0,11-3,86	0,65
Pérdida o ganancia de peso					
Aumento	6 (5,9)	4 (10,5)	2,51	0,61-10,24	0,19
Pérdida	47 (46,1)	21 (55,3)	1,68	0,75-3,74	0,20
Cambios en el hábito del sueño	96 (94,1)	35 (92,1)	0,72	0,17-3,07	0,66
Insomnio de conciliación	91 (89,2)	31 (81,6)	0,53	0,19-1,50	0,23
Insomnio de mantenimiento	72 (70,6)	22 (57,9)	0,57	0,26-1,24	0,15
Insomnio de despertar temprano	57 (55,9)	12 (31,6)	0,36	0,16-0,80	0,01
Hipersomnias	6 (5,9)	4 (10,5)	1,88	0,50-7,07	0,34
Inquietud motora	74 (72,5)	28 (73,7)	1,05	0,45-2,46	0,89
Enlentecimiento motor	37 (36,3)	19 (50,0)	1,75	0,82-3,73	0,14
Anhedonia	96 (94,1)	36 (94,7)	1,12	0,21-5,83	0,88
Pérdida del interés	96 (94,1)	38 (100)	1,39	1,25-1,55	0,12
Anergia	96 (94,1)	35 (92,1)	0,72	0,17-3,07	0,66
Ideación de culpa	64 (62,7)	27 (71,1)	1,45	0,65-3,26	0,35
Ideación de minusvalía	96 (94,1)	35 (92,1)	0,62	0,17-3,07	0,66
Dificultad para concentrarse	83 (81,4)	31 (81,6)	1,01	0,38-2,64	0,97
Ideación de muerte o suicidio	101 (99,0)	36 (94,7)	0,17	0,01-2,02	0,2
Ideas delirantes	1 (1,00)	2 (5,3)	5,61	0,49-63,76	0,12
Alucinaciones	5 (4,9)	4 (10,5)	2,28	0,57-8,99	0,22
Hospitalización	77 (75,5)	30 (78,9)	1,21	0,49-2,99	0,66
Incapacidad	82 (80,4)	36 (94,7)	4,3	0,97-19,78	0,03
Tipo de trastorno depresivo					
Trastorno depresivo mayor episodio único	65 (63,7)	26 (68,4)	0,81	0,36-1,79	0,60
Trastorno depresivo mayor episodio recidivante*	37 (36,3)	12 (31,6)			
Trastorno depresivo con síntomas psicóticos	6 (5,9)	4 (10,5)	1,88	0,50-7,07	0,34
Trastorno depresivo de curso crónico	14 (13,7)	8 (21,1)	1,67	0,64-4,38	0,28

*Categoría de referencia.

Tabla 6. Variables que se asocian de manera independiente con la letalidad del intento de suicidio más serio

Variable	Coefficiente	Error estándar	OR	IC 95%	p
Dependencia a sustancias excepto alcohol	1,47	0,63	4,38	1,26-5,16	0,02
Insomnio de despertar temprano	-0,93	0,42	0,39	0,17-0,90	0,02
Vivir solo	1,76	0,80	5,81	1,20-8,03	0,02

En la Tabla 6 se muestran los resultados del análisis multivariado de regresión logística binaria para determinar las características que se asociaron de manera independiente con el intento de suicidio más serio: en el grupo de LAE, “vivir solo” fue 4,8 veces más probable que en el grupo de LLM ($p=0,02$; $OR=5,81$; $IC95\%=1,20-28,03$). La posibilidad de tener dependencia a sustancias psicoactivas en el grupo de LAE fue 4,38 veces la del LLM ($p=0,02$; $OR=4,38$; $IC95\%=1,26-15,16$). Por otra parte, el insomnio de despertar temprano se asoció con más probabilidad al grupo de LLM ($p=0,02$; $OR=0,39$; $IC\ 95\%=0,17-0,90$) en comparación con el grupo de LAE.

Discusión

El presente estudio permitió establecer diferencias en variables sociodemográficas y clínicas entre sujetos con TDM de acuerdo con el nivel de letalidad del acto suicida más serio. Este es el primer estudio de este tipo que se realiza en Colombia, de acuerdo con nuestro conocimiento.

En las variables sociodemográficas, vivir solo se asoció de manera

significativa e independiente con los intentos de suicidio de LAE. El aislamiento social se ha reportado antes como un factor predictivo de intentos de suicidio de alta letalidad (6). Si bien la ausencia de apoyo social, que incluye entre otras la variable vivir solo, se ha considerado un factor de riesgo para suicidio, especialmente en sujetos con trastornos del estado de ánimo (1,31), una posible explicación para la asociación con intentos de mayor letalidad es que vivir en situación de aislamiento aumenta la gravedad de las circunstancias que rodean al acto suicida, pues disminuye la probabilidad de recibir ayuda y, por lo tanto, atención temprana en una institución de salud. Por su parte, un estado ideoaectivo de aislamiento y desesperanza se ha asociado a una intencionalidad suicida más alta y a su vez esta se ha relacionado de manera positiva con una mayor letalidad del acto suicida (32).

Aunque algunos estudios señalan que los hombres presentan intentos de suicidio de mayor letalidad en comparación con las mujeres (33), en nuestro estudio no se encontró diferencia por sexo entre los grupos, de acuerdo con el

grado de letalidad de los intentos de suicidio. Cabe mencionar que otros autores encuentran mayor frecuencia de mujeres con intentos de suicidio de alta letalidad (6). Nuestros hallazgos coinciden con un estudio reciente, en el cual en una muestra de 203 sujetos con TDM, la letalidad de los intentos suicidas no mostró diferencias entre hombres y mujeres, en comparación con lo que ocurre en el trastorno afectivo bipolar, en el cual el sexo masculino se encontró asociado a intentos de mayor letalidad (11).

Existen indicios de una alta frecuencia de comorbilidad psiquiátrica en los casos de intentos de suicidio de mayor letalidad. En una muestra de 302 pacientes con intentos de suicidio de alta letalidad, Beautrais y cols. (34) reportaron una frecuencia de comorbilidad de un 56,6% y señalaron además que los sujetos con dos o más trastornos psiquiátricos tienen 86,9 veces más riesgo de tener un intento de suicidio grave en comparación con sujetos sin ningún trastorno psiquiátrico.

Se reconoce, adicionalmente, en el grupo de conductas suicidas más serias (intentos casi letales y suicidios consumados) una alta frecuencia de comorbilidad entre trastornos depresivos, dependencia a sustancias y trastornos de personalidad del grupo B (35). De acuerdo con lo reportado en la literatura, la presencia de comorbilidad con trastornos por dependencia de sustancias fue más frecuente en el

grupo de los intentos de suicidio de mayor letalidad (36,37).

En nuestro estudio se encontró una mayor frecuencia de “Trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas diferentes a alcohol y nicotina” en el grupo de LAE y esta variable mostró una asociación independiente con los intentos de mayor letalidad. Así mismo, la dependencia a nicotina fue más frecuente en el grupo de intentos de LAE, sin que se llegara a configurar como una variable con asociación independiente. Aunque existe una alta prevalencia de conducta suicida en los sujetos con trastornos por abuso/dependencia de sustancias (incluyendo la dependencia a nicotina) cuando se asocian a TDM, la mayoría de los estudios se centran en la influencia del alcohol, pero no en el efecto específico de cada una de las sustancias psicoactivas.

En el presente estudio, únicamente la “dependencia a sustancias diferentes a alcohol y nicotina”, variable que agrupó la dependencia a cocaína y *Cannabis*, mostró una asociación con intentos de alta letalidad. Respecto a este hallazgo, algunos autores han considerado la posibilidad de que las diversas sustancias psicoactivas tengan una influencia diferente en el espectro de conductas suicidas (38).

Los trastornos por abuso/dependencia a cocaína se han asociado con una prevalencia de ideación suicida de 40,5% y con intentos de suicidio de 39,2% y se encuentran en un 14% de autopsias de suici-

das menores de 50 años (38). En contraste, los trastornos por abuso de alcohol muestran una frecuencia similar de ideación, intentos y suicidios consumados cercana al 28,8% (39).

Así mismo, debe señalarse que si bien en sujetos con TDM la comorbilidad con alcoholismo se ha asociado con una mayor probabilidad de intentos de suicidio y mayor número de conductas suicidas, los reportes sobre su asociación con el grado de letalidad de los actos suicidas son menos consistentes (40). Por otra parte, existen reportes de una mayor letalidad de los actos suicidas en sujetos con trastornos del estado de ánimo en casos de embriaguez aguda con alcohol (19). Cabe la posibilidad de que esta variable, no medida en nuestro estudio, pueda ser un determinante fundamental de la asociación entre trastornos por abuso de alcohol e intentos de suicidio de mayor letalidad.

La mayor frecuencia de trastorno de personalidad antisocial en el grupo de intentos de suicidio de LAE, si bien no es estadísticamente significativa, vale la pena considerarla, puesto que la medida de fuerza de asociación es alta y hay estudios previos que reportan un incremento de la letalidad de los intentos de suicidio en trastornos del estado de ánimo cuando existe comorbilidad con trastornos del grupo B del DSM-IV (41). Este efecto se encuentra asociado para algunos autores a una mayor prevalencia de dependencia a sustancias psi-

coactivas (21) y se propone como mecanismo causal un incremento de la impulsividad bajo los estados de intoxicación aguda (37).

Sólo dos características del TDM mostraron una diferencia significativa entre los grupos. En primer lugar, se observó una mediana de edad menor al momento del episodio depresivo índice en el grupo de intentos de suicidio de LAE. Se ha llegado a postular que los sujetos con TDM de inicio temprano constituyen un subgrupo marcado por un cuadro de mayor severidad y mayor riesgo de intentos de suicidio (42,43).

En nuestro estudio, sin embargo, no se encontraron diferencias en la edad de inicio del TDM ni en otras variables como número de episodios depresivos o número de hospitalizaciones por depresión. Este resultado parece mostrar que en sujetos con historia de intentos de suicidio de alta letalidad las conductas suicidas tienden a iniciar de forma más temprana y, además, en correspondencia con nuestro hallazgo de mayor número de intentos de suicidio en el grupo de LAE, tenderían a presentarse con mayor frecuencia.

En segundo lugar, respecto a los síntomas del episodio depresivo, no encontramos ninguno asociado con los intentos de suicidio de LAE. Llama la atención que en el análisis de regresión logística el hallazgo de insomnio de despertar precoz fue más frecuente en el grupo de LLM ($p=0,02$; IC 95% 0,17-0,90), lo cual no ha sido un hallazgo común en

otros estudios, en los cuales se ha reportado que en sujetos con TDM los síntomas melancólicos, y entre ellos el despertar precoz, fueron más frecuentes en los casos de intentos de suicidio de alta letalidad (44,45).

En una muestra de 377 pacientes con TDM, el despertar precoz fue el único síntoma que se asoció de manera independiente con la mayor letalidad de intentos de suicidio en el pasado (46); sin embargo, la población de este último estudio estuvo constituida por sujetos de edad mayor (mediana de edad 40,1 años) y en quienes se había excluido abuso de sustancias psicoactivas. Las características de la población de este estudio hacen evidente la heterogeneidad del diagnóstico de TDM, de acuerdo con criterios del DSM-IV, y probablemente sea la explicación de la disparidad de resultados.

Si bien la comorbilidad de TDM con trastornos por abuso/dependencia de sustancias y trastornos de personalidad del clúster B parece formar un perfil clínico característico con mayor riesgo de conductas suicidas graves, el grupo de sujetos con depresión y características melancólicas formaría también un perfil de mayor riesgo suicida. En el primer grupo, la impulsividad sería el factor de susceptibilidad subyacente asociado con alteraciones biológicas específicas (37), mientras en el segundo la letalidad del acto se relacionaría más directamente con las características del episodio depresivo (35,47).

De ser ciertos tales supuestos, los criterios de selección en nuestro estudio determinarían la mayor prevalencia del primer perfil clínico: un grupo de pacientes más jóvenes con mayor prevalencia de rasgos disfuncionales de personalidad del grupo B y consumo de sustancias, en los cuales los intentos de suicidio de alta letalidad se asocian con dicho patrón de comorbilidad y una historia de conductas suicidas de inicio temprano y de mayor recurrencia y no con las características del TDM. Debemos subrayar, sin embargo, que el episodio depresivo índice en muchas ocasiones no era ni el más reciente ni el actual y, por lo tanto, el reporte de cada uno de los síntomas del episodio estuvo sometido al sesgo de memoria de los entrevistados.

En las dimensiones del acto suicida, la intencionalidad y la planeación se correlacionaron positivamente con la letalidad del acto. De manera similar a nuestros hallazgos, la mayoría de los estudios reportan una correlación positiva entre estas variables; incluso llegan a ser el principal factor asociado en algunos estudios (13,48,49). Sin embargo, la relación entre las diferentes dimensiones del acto suicida es controvertida y muchos no encuentran una correlación entre la intencionalidad suicida y la letalidad médica del acto (50).

La medición de la intencionalidad y planeación es difícil, entre otras cosas, debido a la dificultad de obtener una medición de estas

basada en parámetros objetivos, a diferencia de lo que ocurre con la letalidad. En nuestro estudio, la intencionalidad y la planeación del intento de suicidio fueron valoradas con base en el reporte del paciente y el juicio del clínico, método que no permite descartar que una mayor letalidad del acto haya influido en el reporte y la calificación de estas características. En el presente estudio los resultados entre la asociación de la letalidad de los actos suicidas con la intencionalidad y la planeación se encuentran marcados por limitaciones en la medición de estas características y no permiten emitir conclusiones al respecto.

Como fortalezas del estudio debe señalarse la ventaja de emplear el DIGS como instrumento, ya que es una entrevista semiestructurada realizada por personal entrenado y en la cual los diagnósticos psiquiátricos han mostrado adecuada confiabilidad interevaluador. No obstante, como limitaciones propias del instrumento se encuentran la ausencia de una valoración completa de los trastornos del eje II y la ausencia de escalas para evaluar las dimensiones de la conducta suicida. Con relación a este punto, debe observarse que el evaluador tuvo acceso en la mayoría de los casos a la historia clínica, lo cual aumentó la precisión en la calificación de la letalidad médica de los intentos de suicidio. Se trató, además, de una muestra pequeña y de población clínica, lo cual impide extrapolar estos

resultados a todos los sujetos con TDM o a la población general.

Conclusiones

El presente estudio en sujetos con trastorno depresivo mayor identificó diferencias sociodemográficas y clínicas significativas entre los grupos, de acuerdo con la letalidad del intento de suicidio más serio. A pesar de tratarse de una muestra constituida exclusivamente por sujetos con TDM, las características asociadas con el grupo de intentos de suicidio de alta letalidad se correspondieron en gran medida con los factores asociados a intentos de suicidio de alta letalidad reportados en otros países, mientras características específicas del TDM no mostraron asociación con una mayor letalidad del acto.

Se trata del primer trabajo de este tipo en Colombia y son necesarios más estudios en un grupo de mayor representación de intentos de alta letalidad que permitan reproducir los resultados obtenidos. Sin embargo, los presentes resultados se proponen como hallazgos preliminares de gran relevancia en la valoración clínica del riesgo suicida en sujetos con trastorno depresivo mayor.

Agradecimientos

Agradecemos a los pacientes que participaron en la investigación y a las instituciones Hospital Universitario San Vicente de Paúl y Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús.

Referencias

1. Harwitz D, Ravizza L. Suicide and depression. *Emerg Med Clin North Am.* 2000;18(2):263-71, ix.
2. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30:133-54.
3. Oquendo MA, Malone KM, Mann JJ. Suicide: risk factors and prevention in refractory major depression. *Depress Anxiety.* 1997;5(4):202-11.
4. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1999;60 Suppl 2:57-62.
5. Nemeroff CB, Compton MT, Berger J. The depressed suicidal patient. Assessment and treatment. *Ann N Y Acad Sci.* 2001;932:1-23.
6. Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med.* 2001;31(5):837-45.
7. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(5):595-9.
8. Beautrais AL. Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(1):1-11.
9. Franke L, Uebelhack R, Muller-Oerlinghausen B. Low CSF 5-HIAA level in high-lethality suicide attempters: fact or artifact? *Biol Psychiatry.* 2002;52(4):375-6.
10. Pedinielli JL, Delahousse J, Chabaud B. The "lethality" of attempted suicide. *Ann Med Psychol (Paris).* 1989;147(5):535-50.
11. Zalsman G, Braun M, Arendt M, Grunebaum MF, Sher L, Burke AK, et al. A comparison of the medical lethality of suicide attempts in bipolar and major depressive disorders. *Bipolar Disord.* 2006;8(5 Pt 2):558-65.
12. Soloff PH, Fabio A, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. High-lethality status in patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2005;19(4):386-99.
13. Nasser EH, Overholser JC. Assessing varying degrees of lethality in depressed adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;99(6):423-31.
14. Mann JJ, Malone KM. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biol Psychiatry.* 1997;41(2):162-71.
15. Galfalvy H, Huang YY, Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Increased risk of suicide attempt in mood disorders and TPH1 genotype. *J Affect Disord.* 2009;115(3):331-8.
16. Bolton JM, Belik SL, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(7):1139-49.
17. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H Jr, Ehler JG, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry.* 1995;152(3):358-64.
18. Cornelius JR, Salloum IM, Day NL, Thase ME, Mann JJ. Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression. *Alcohol Clin Exp Res.* 1996;20(8):1451-5.
19. Sher L, Oquendo MA, Richardson-Vejlgaard R, Makhija NM, Posner K, Mann JJ, et al. Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *J Psychiatry Res.* 2009;43(10):901-5.
20. Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS, Wadman BE. Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *Am J Psychiatry.* 1988;145(11):1424-7.
21. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry.* 2000;157(4):601-8.
22. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord.* 1995;34(3):173-85.
23. Malone KM, Ellis SP, Currier D, John MJ. Platelet 5-HT_{2A} receptor subresponsivity and lethality of attempted suicide

- in depressed in-patients. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007;10(3):335-43.
24. Mann JJ, Malone KM, Psych MR, Sweeney JA, Brown RP, Linnoila M, et al. Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacology*. 1996;15(6):576-86.
 25. Mann JJ, Malone KM, Nielsen DA, Goldman D, Erdos J, Gelernter J. Possible association of a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene with suicidal behavior in depressed patients. *Am J Psychiatry*. 1997;154(10):1451-3.
 26. Oquendo MA, Placidi GP, Malone KM, Campbell C, Keilp J, Brodsky B, et al. Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(1):14-22.
 27. Gómez C, Rodríguez N, Bohórquez A, Diazgranados N, Ospina M, Fernandez C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Col Psiqui*. 2002;31(4):271-86.
 28. 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):297-308.
 29. Nurnberger JI Jr, Blehar MC, Kaufmann CA, York-Cooler C, Simpson SG, Harkavy-Friedman J, et al. Diagnostic interview for genetic studies. Rationale, unique features, and training. NIMH Genetics Initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(11):849-59.
 30. Palacio CA, García J, Arbeláez MP, Sanchez R, Aguirre B, Garcés IC, et al. Validation of the Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS) in Colombia. *Biomédica*. 2004;24(1):56-62.
 31. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Evinger JS, Caine ED. Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychol Med*. 2004;34(7):1331-7.
 32. Hamdi E, Amin Y, Mattar T. Clinical correlates of intent in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;83(5):406-11.
 33. 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.
 34. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996;153(8):1009-14.
 35. Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behavior. *Eur Psychiatry*. 2001;16(7):395-9.
 36. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(1):14-8.
 37. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Moeller FG, Swann AC. Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment. *Drug Alcohol Depend*. 2004;76 Suppl:S93-S105.
 38. Garlow SJ, Purselle D, D'Orio B. Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug Alcohol Depend*. 2003;70(1):101-4.
 39. Roy A. Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry*. 2001;158(8):1215-9.
 40. Sher L, Stanley BH, Harkavy-Friedman JM, Carballo JJ, Arendt M, Brent DA, et al. Depressed patients with co-occurring alcohol use disorders: a unique patient population. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(6):907-15.
 41. Friedman RC, Aronoff MS, Clarkin JF, Corn R, Hurt SW. History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients. *Am J Psychiatry*. 1983;140(8):1023-6.
 42. Gibb BE, Andover MS, Miller IW. Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. *Depress Anxiety*. 2009;26(6):568-74.
 43. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord*. 1995;34(3):173-85.
 44. Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Sleep disturbances and suicidal behavior in

- patients with major depression. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(6):249-51.
45. Agargun MY, Besiroglu L, Cilli AS, Gulec M, Aydin A, Inci R, et al. Nightmares, suicide attempts, and melancholic features in patients with unipolar major depression. *J Affect Disord*. 2007;98(3):267-70.
46. Grunebaum MF, Galfalvy HC, Oquendo MA, Burke AK, Mann JJ. Melancholia and the probability and lethality of suicide attempts. *Br J Psychiatry*. 2004;184:534-5.
47. van Praag HM, Plutchik R. Depression type and depression severity in relation to risk of violent suicide attempt. *Psychiatry Res*. 1984;12(4):333-8.
48. Dombrowski AY, Szanto K, Duberstein P, Conner KR, Houck PR, Conwell Y. Sex differences in correlates of suicide attempt lethality in late life. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16(11):905-13.
49. Nakagawa A, Grunebaum MF, Oquendo MA, Burke AK, Kashima H, Mann JJ. Clinical correlates of planned, more lethal suicide attempts in major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2009;112(1-3):237-42.
50. Plutchik R, van Praag HM, Picard S, Conte HR, Korn M. Is there a relation between the seriousness of suicidal intent and the lethality of the suicide attempt? *Psychiatry Res* 1989;27(1):71-9.

Conflictos de interés: los autores manifestamos que no tenemos ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 12 de mayo del 2009

Aprobado para publicación: 8 de agosto del 2009

Correspondencia
Carlos López Jaramillo
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia
Calle 67 No. 53-108
Medellín, Colombia
carloslopez@une.net.co