

Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle, Cali (1994-2010)

Henry Valencia Upegui¹
Gerardo Campo-Cabal²
Crystian Borrero Cortés³
Ángela Marcela García Gallardo⁴
Maritza Mercedes Patiño García⁵

Resumen

Introducción: Se describe a los pacientes atendidos por intento de suicidio en la Unidad de Salud Mental (USM) del Hospital Universitario del Valle (HUV) en Cali (Colombia) entre 1994 y 2010. **Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo, según las variables edad, estrato socioeconómico, procedencia, ocupación, diagnóstico psiquiátrico asociado, causa del intento, modalidad, intencionalidad, presencia de intentos previos, día de la semana y mes del año de ocurrencia. **Resultados:** El 22,7% de los 8852 pacientes atendidos en la USM corresponde a un intento de suicidio. Hay un incremento por esta causa en grupos de menores de 35 años de edad, solteros, de estratos socioeconómicos más bajos, provenientes en su mayoría de Cali, con un trastorno psiquiátrico asociado (casi la mitad corresponde a un trastorno depresivo), alrededor del 80% por ingestión de sustancias, un tercio de los casos corresponde a un reintento suicida. En general, el intento suicida ocurre martes y domingo, y en los meses de junio y diciembre. **Discusión:** Los hallazgos coinciden con series de casos similares descritos en Colombia y el mundo. **Conclusiones:** Es necesario mejorar el instrumento con el que se recoge la información y realizar nuevas investigaciones que permitan comprender mejor la asociación entre intento de suicidio y algunas variables, como el estado civil soltero y de unión libre, los factores psicológicos específicos causales, las características propias de las personas jóvenes, determinadas ocupaciones, etcétera.

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, características de la población, Colombia.

¹ Profesor auxiliar, Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle. Subdirector UES Salud Mental, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

² Profesor titular, jefe del Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

³ Médico interno, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

⁴ Médico interno, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

⁵ Trabajadora social, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

Title: Characterization of the Population with Suicide Attempts in the Hospital Universitario del Valle, Cali (1994-2010).

Abstract

Introduction: A description of the patients with attempted suicide seen at the Mental Health Unit (MHU) of the Hospital Universitario del Valle (HUV) in Cali, Colombia between the years of 1994 and 2010 is provided.

Methods: Descriptive observational retrospective study, according to the variables age, socioeconomic stratum, origin, occupation, associated psychiatric diagnosis, causes of the attempt, modality, intentionality, presence of previous attempts, day of the week and month of the year of occurrence.

Results: 22.7% of the 8852 patients seen at the MHU had a suicide attempt. This was more common in the groups of single 35 year-olds or younger, from the lower socioeconomic strata, residing in Cali, with an associated psychiatric disorder (almost half had a depressive disorder), 80% ingested substances, one third of the cases corresponded to a repeated attempt. In general, the suicide attempt occurred between Tuesday and Sunday and in the months of June and December. **Discussion:** The findings coincide with series of similar cases described in Colombia and the world. **Conclusions:** The instrument used to collect the information must be enhanced and new research must be carried out that will allow us to better understand the association between attempted suicide and variables such as being single or in a non-marital union, specific causal psychological factors, characteristics inherent to young people, certain occupations, etcetera.

Key words: Suicide, attempted suicide, population characteristics, Colombia.

El fenómeno suicida considera todo comportamiento (pensamientos, intentos y actos consumados) de

autoagresión con intencionalidad y conocimiento de su letalidad (1). Los intentos suicidas hacen referencia a aquellos actos en los que la persona, de forma deliberada, se provoca daño físico, que si bien no llega a ser fatal, pone en peligro su integridad y requiere atención médica especializada para controlar los daños orgánicos producidos según la modalidad utilizada, así como un abordaje psiquiátrico oportuno para evaluar y manejar el trastorno mental subyacente en caso de que exista. En los intentos suicidas, la persona busca o espera un resultado fatal, aunque la intención puede ser vaga o ambigua; esto significa que en algunos pocos casos la persona realmente no quiere morir o no ve la muerte como una meta (2).

En las estadísticas de muertes por suicidio a escala mundial se considera que el subregistro puede alcanzar cifras cercanas al 50%, por lo cual los datos reportados en la mayoría de los países no muestran la magnitud real de esta situación; sin embargo, se ha logrado estimar que por cada suicidio se presentan entre 10 y 25 intentos (que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales), y que aproximadamente del 10% al 15% de quienes han intentado suicidarse en algún momento de sus vidas terminan alcanzando su objetivo (3).

El suicidio se ubica entre las diez primeras causas de muerte en cada país, y en la última década se

ha considerado la tercera causa de muerte en los jóvenes de 15 a 24 años, después de los accidentes de tránsito y los homicidios. La carga económica del suicidio se estima en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD); de acuerdo con este indicador, el suicidio representa el 1,8% del total de la carga de enfermedades a escala mundial, y varía entre 2,3% en los países con altos ingresos y 1,7% en los de bajos ingresos. Este valor es igual al atribuido a trauma y casi el doble de la carga económica por diabetes (4).

Las tasas más altas de suicidio consumado se han reportado en Europa Oriental (Lituania: 51,6 por cada 100.000 habitantes/año) y las más bajas, en algunos países de Asia (Filipinas: 2,1 por cada 100.000 habitantes/año). Estas variaciones reflejan diferencias sociales, culturales y en los métodos usados para reportar el suicidio. En la región del Pacífico Occidental, el suicidio representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades; desafortunadamente, se dispone de poca información sobre el suicidio en África (5).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental (2003) mostró que el 12,3% de los colombianos ha tenido ideación suicida, el 4,1% ha realizado planes y el 4,9% los ha materializado. Al diferenciar los datos por grupos de edad se evidencia que la mayor prevalencia de conductas suicidas durante toda la

vida se encuentra en el grupo de 30 a 44 años, y que las tasas tienden a aumentar con la edad; sin embargo, recientemente se ha registrado en todo el mundo, incluyendo Colombia, un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 24 años.

Durante el 2006, en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses se realizaron 1.751 necropsias, cuya probable causa de muerte fue suicidio. La tasa de mortalidad específica para suicidio fue de 4,1 casos por cada 100.000 habitantes durante este año. Se calcula que el país perdió más de 55.000 años de vida potenciales por esta causa, lo cual contribuyó cada día al empobrecimiento económico de las familias sobrevivientes y a la pérdida continua de capital social en el país (3).

La conducta suicida se considera un trastorno multidimensional que resulta de una compleja interacción entre factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales y ambientales; por lo tanto, una aproximación al problema del intento suicida debe tener en cuenta estos aspectos para lograr comprender sus motivaciones. Los factores de riesgo para intento suicida hacen parte de un amplio conjunto de características y situaciones que facilitan en los pacientes la consumación de la idea de autoagresión; dentro de este grupo de elementos se encuentran no solo factores sociodemográficos, sino, también, morbilidades asociadas y eventos vitales adversos (6-8).

Se han determinado como factores de riesgo para intento suicida, independientes de otras variables, los siguientes:

- *Género femenino*: En diversos estudios se ha encontrado que en la mayoría de los países, si bien son más hombres que mujeres los que cometen suicidio, es mayor el número de mujeres que intentan suicidarse utilizando modalidades de baja letalidad (6).
- *Edad entre 15 y 34 años (9), y mayores de 65 años (10)*: Considerando que aunque el suicidio se presenta en todas las edades, hay una mayor prevalencia de casos en estos grupos etarios, en quienes el plan suicida y ejecución de este es más elaborado y se realiza bajo contextos emocionales más complejos (11).
- *Vivir solo*: Las personas divorciadas, viudas o solteras presentan un aumento en el riesgo de suicidio (12). El matrimonio parece ser un medio protector para los hombres, pero no es significativo para las mujeres (13).

Otros aspectos que incrementan el riesgo de suicidio, pero que deben ser evaluados en contexto, incluyen: conflictos de orientación sexual, en particular en jóvenes y adolescentes, probablemente debido a los síntomas depresivos secundarios al estigma social que implican dichas condiciones (14-16); ciertos grupos ocupacionales, como cirujanos, veterinarios, farmaceutas, dentistas,

agricultores y médicos (aunque no existe una explicación obvia para este hallazgo, se argumenta que el acceso a medios letales, la presión en el trabajo, el aislamiento social y las dificultades económicas podrían ser las razones), en quienes se ha encontrado mayor riesgo de suicidio. Así mismo, existen asociaciones relativamente fuertes entre las tasas de desempleo y las tasas de suicidio, pero la naturaleza de esta relación es compleja. La migración (con sus problemas anexos de pobreza, vivienda deficiente, falta de apoyo social y expectativas insatisfechas) aumenta el riesgo de suicidio. Se ha propuesto que el índice de suicidios es un factor asociado indirectamente con el estado socioeconómico de la región, y que, por lo tanto, puede tomarse como una medida indirecta de salud social y psicológica (17).

Los trastornos mentales han mostrado una fuerte asociación con el intento de suicidio. Entre el 70% y el 90% de las personas que intentan suicidarse se logra identificar una condición psicopatológica que puede ser diagnosticada, y es frecuente que aquellas personas que cometen suicidio presenten más de un trastorno psiquiátrico. Se estima que el riesgo de suicidio en personas con trastornos del afecto, principalmente depresión, es del 6% al 15%; con alcoholismo, del 7% al 15%; y con esquizofrenia, del 4% al 10% (18). La depresión es un factor de riesgo importante para suicidio, principalmente en adolescentes y en personas

mayores de 65 años, pues además de tener una alta prevalencia en la población general, en muchos casos no se reconoce como enfermedad ni recibe el manejo pertinente (18). Avances recientes en el tratamiento de los trastornos del afecto sugieren que los antidepresivos reducen significativamente el riesgo de suicidio en pacientes depresivos (18,19).

Por otra parte, se encuentra que el abuso de sustancias psicotóxicas en general es común en las personas que cometen suicidio, principalmente en los jóvenes (20). Del 5% al 10% de las personas dependientes de alcohol terminan suicidándose, y la mayoría de ellos se encuentra en estado de embriaguez al momento del intento suicida. En lo que respecta al abuso de psicotóxicos diferentes al alcohol, se ha encontrado que los hombres con adicciones tienen cuatro veces más y las mujeres once veces más riesgo de morir por suicidio que la población general (21,22).

El suicidio es la primera causa de muerte prematura en las personas que tienen esquizofrenia (aproximadamente, 10%) (23), y el riesgo de suicidio tiende a disminuir a medida que progresa la enfermedad. Estudios recientes han mostrado una alta prevalencia (20%-50%) de trastornos de la personalidad en individuos que cometen suicidio, de los cuales los más frecuentemente asociados con la conducta suicida son el trastorno límite y el trastorno antisocial de la personalidad (24). De los trastornos de la ansiedad, el trastorno del

pánico ha sido el más asociado con suicidio, seguido por el trastorno obsesivo-compulsivo. Los trastornos somatomorfos y los trastornos de la alimentación están también asociados con este comportamiento (24).

Otros factores importantes que deben ser tenidos en cuenta son los eventos vitales adversos: ruptura con la pareja afectiva, muerte de personas cercanas, dificultades económicas, abusos físicos y sexuales, los cuales incrementan el riesgo de suicidio, independientemente de la presencia de otros factores (25-27). En algunos estudios se ha encontrado que hay una mayor proporción de intentos y actos suicidas alrededor o durante los días de fiestas nacionales o conmemoraciones religiosas (28).

En cuanto a la modalidad del intento suicida, se encuentra como principal mecanismo la intoxicación (71%), seguido por las heridas por arma de fuego (18,7%) y el ahorcamiento (10,3%) (29). La intoxicación con pesticidas es uno de los métodos suicidas más utilizados en el mundo, debido a su fácil acceso, y representa un tercio de todos los casos, con una tasa de letalidad elevada, sobre todo en las áreas rurales (30,31).

La letalidad, o grado de severidad de las lesiones ocasionadas por un intento de suicidio, es una de las características de mayor relevancia clínica, pues es un determinante central en la probabilidad de una eventual muerte por suicidio. Los intentos de alta letalidad han sido asociados con factores como género

masculino, trastornos afectivos, trastorno límite de la personalidad y coexistencia con enfermedad física (32).

Materiales y métodos

Diseño de estudio

Es un estudio observacional descriptivo retrospectivo, realizado con la información disponible en la base de datos de la Unidad de Salud Mental (USM) del Hospital Universitario del Valle (HUV), sobre los casos de intento suicida atendidos en esta institución entre enero de 1994 y diciembre de 2010.

Población

Se incluyen todos los casos de intento suicida que ingresaron a la USM del HUV entre enero de 1994 y diciembre de 2010. Los ingresos provienen de hospitalización directa desde la consulta externa de la USM, por interconsulta de otros servicios del HUV y por remisiones de hospitales y entidades de salud para los cuales el Hospital Universitario del Valle opera como centro de referencia.

Análisis de datos

Se crea una base de datos en Microsoft Excel 2007 con la información contenida en los libros de estadística disponibles en la USM, sobre las hospitalizaciones por in-

tentos de suicidio ocurridas entre enero de 1994 y diciembre de 2010 en el Hospital Universitario del Valle.

Los datos son agrupados en variables categóricas nominales, considerando los reportes internacionales al respecto, con el objetivo de poder realizar comparaciones entre los resultados del presente estudio y la literatura. La base de datos incluye las variables: edad, con ocho categorías (de 5 a 14 años, de 15 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 44 años, de 45 a 54 años, de 55 a 64 años, de 65 a 74 años y de 75 a 84 años); género, estado civil (soltero, casado, unión libre, separado y viudo), estrato socioeconómico (estratos 1, 2, 3, 4, 5 y 6), procedencia (Cali, municipios del Departamento del Valle del Cauca o de otros departamentos), ocupación (hogar —amas de casa—, estudiantes —primaria, bachillerato, técnico y universidad—, desempleado y otros —todas las otras ocupaciones no incluidas en las categorías anteriores—), diagnóstico psiquiátrico asociado (según la *clasificación internacional de enfermedades* [CIE]), causa del intento (familiares —conflictos con uno o más miembros de la familia—, interpersonal —conflictos con personas allegadas diferentes de la familia—, médicas —concomitancia con enfermedades orgánicas—, psicológica —motivaciones personales, conflictos internos—, económica —dificultades para la consecución de dinero o inestabilidad financiera—, drogadicción, otras causas, causa

no especificada y varias de las anteriores), modalidad, intencionalidad (impulsivo o premeditado), presencia de intentos previos (primer intento o reincidencia), día de la semana y mes del año en el que ocurrió el evento.

Para cada una de las categorías de las variables se calculan medidas de tendencia central y de dispersión. Se utiliza el paquete estadístico Epi Calc 2000 para la realización de la prueba T de Student y determinación de significancia estadística en las diferencias encontradas dentro de cada variable.

Resultados

Entre enero de 1994 y diciembre de 2010, en la Unidad de Salud Mental del HUV se realizaron 8.852 hospitalizaciones, de las cuales 2.012 correspondieron a casos relacionados con intentos de suicidio. Durante los primeros diez años (1994 a 2003), uno de cada siete u ocho pacientes (en promedio, 13,2%) tienen por justificación un intento de suicidio, para posteriormente presentar un incremento sostenido en el cual uno de cada tres pacientes son hospitalizados (31,9%) (tabla 1).

Tabla 1. Proporción de hospitalizaciones por intento suicida en la Unidad de Salud Mental HUV (1994-2010)

Año	Hospitalizaciones	Intentos suicidas	Porcentaje
1994	253	39	15,4
1995	241	41	17,0
1996	226	23	10,2
1997	392	30	7,7
1998	434	38	8,7
1999	539	49	9,1
2000	470	59	12,6
2001	584	92	15,8
2002	569	96	16,9
2003	535	101	18,9
2004	533	146	27,4
2005	561	185	33,0
2006	723	207	28,6
2007	628	206	32,8
2008	757	237	31,3
2009	768	257	33,5
2010	639	206	32,2
Total	8.852	2.012	22,7

Entre 1994 y 2005 se encuentra una mayor ocurrencia de intentos de suicidio en los grupos etarios de 35 a 44 años, de 45 a 54 años y de 55 a 64 años, con un promedio respectivo de 24,7%, 30,7% y 16,1%, del total de las hospitalizaciones por esta causa. A partir de 2006 se evidencia un cambio de esta tendencia, en el que el grupo de 15 a 24 años alcanza una incidencia significativamente superior, que se prolonga hasta la fecha de finalización del estudio; al pasar de 4,9%, entre 1994 y 2005, a 37,7%, entre 2006 y 2010, lo que representa un incremento de 32,8%

($p < 0,05$). En este mismo periodo se observa un incremento en el intento de suicidio en el grupo de 15 a 24 años (de 4,9% al 17,3%), y en menores de 14 años (de 2,1% aumenta al 13,3%) (tabla 2).

De los 2.012 casos de intento de suicidio analizados, 1.135 (56,4%) corresponden a pacientes de género femenino, con un promedio anual de 66 mujeres contra 51 hombres; lo que corresponde a 1,3 más casos de intentos de suicidio en mujeres que en hombres, IC 95% [1,29-1,36] ($p < 0,05$).

Tabla 2. Intento de suicidio por grupo de edad

Año	De 5 a 14 (%)	De 15 a 24 (%)	De 25 a 34 (%)	De 35 a 44 (%)	De 45 a 54 (%)	De 55 a 64 (%)	De 65 a 74 (%)	De 75 a 84 (%)
1994	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,7)	13 (33,3)	11 (28,2)	8 (20,5)	0 (0,0)	4 (10,3)
1995	0 (0,0)	1 (2,4)	4 (9,8)	10 (24,4)	11 (26,8)	7 (17,1)	4 (9,8)	4 (9,8)
1996	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (13,0)	5 (21,7)	10 (43,5)	4 (17,4)	0 (0,0)	1 (4,3)
1997	1 (3,3)	2 (6,7)	3 (10,0)	7 (23,3)	5 (16,7)	7 (23,3)	3 (10,0)	2 (6,7)
1998	3 (7,9)	4 (10,5)	4 (10,5)	10 (26,3)	10 (26,3)	4 (10,5)	2 (5,3)	1 (2,6)
1999	1 (2,0)	2 (4,1)	3 (6,1)	11 (22,4)	17 (34,7)	9 (18,4)	5 (10,2)	1 (2,0)
2000	0 (0,0)	2 (3,4)	8 (13,6)	12 (20,3)	22 (37,3)	8 (13,6)	3 (5,1)	4 (6,8)
2001	3 (3,3)	1 (1,1)	10 (10,9)	26 (28,3)	30 (32,6)	19 (20,7)	3 (3,3)	0 (0,0)
2002	3 (3,1)	5 (5,2)	14 (14,6)	25 (26,0)	27 (28,1)	15 (15,6)	5 (5,2)	2 (2,1)
2003	1 (1,0)	4 (4,0)	11 (10,9)	22 (21,8)	39 (38,6)	16 (15,8)	8 (7,9)	0 (0,0)
2004	0 (0,0)	8 (5,5)	26 (17,8)	34 (23,3)	49 (33,6)	18 (12,3)	7 (4,8)	4 (2,7)
2005	9 (4,9)	29 (15,7)	35 (18,9)	40 (21,6)	41 (22,2)	15 (8,1)	14 (7,6)	2 (1,1)
2006	21 (10,1)	73 (35,3)	38 (18,4)	32 (15,5)	23 (11,1)	11 (5,3)	8 (3,9)	1 (0,5)
2007	27 (13,1)	81 (39,3)	35 (17,0)	25 (12,1)	18 (8,7)	13 (6,3)	7 (3,4)	0 (0,0)
2008	35 (14,8)	97 (40,9)	39 (16,5)	31 (13,1)	19 (8,0)	12 (5,1)	3 (1,3)	1 (0,4)
2009	36 (14,0)	91 (35,4)	47 (18,3)	38 (14,8)	24 (9,3)	14 (5,4)	5 (1,9)	2 (0,8)
2010	30 (14,6)	77 (37,4)	34 (16,5)	31 (15,0)	22 (10,7)	9 (4,4)	2 (1,0)	1 (0,5)
Total	170 (8,4)	477 (23,7)	317 (15,8)	372 (18,5)	378 (18,8)	189 (9,4)	79 (3,9)	30 (1,5)

Al considerar el estado civil, el 63,6% (1.279) corresponde a solteros y el 17,9% (361), a personas que conviven en unión libre. En general, para intento suicida según el estado civil se encuentra que hay una relación de 11:1 entre estar soltero y casado; de 6:1 entre estar soltero y separado; de 3:1 entre estar en unión libre y casado; y de 2:1 entre estar en unión libre y estar separado (tabla 3).

Del total de pacientes hospitalizados en la sala de USM por intento suicida, el 34,9% corresponde a pacientes clasificados en nivel bajo-bajo (estrato 1); el 46,9%, a nivel bajo (estrato 2); el 13,6%, a nivel medio-

bajo (estrato 3); y el restante 4,6% se distribuyó entre los estratos 4, 5 y 6. En otras palabras, el 95,4% del promedio anual de ingresos por intento de suicidio a la sala de USM corresponde a pacientes clasificados en los estratos socioeconómicos más pobres (tabla 4).

El 59% (1.187) de los casos corresponde a pacientes que residen en Cali, el 35% (704) procedían de otros municipios del Departamento del Valle y el restante 6%, a individuos que provenían de otros departamentos.

Como se mencionó, fueron consideradas las siguientes categorías ocupacionales: hogar (amas de casa),

Tabla 3. Estado civil e intento suicida

Año	Soltero (%)	Casado (%)	Unión libre (%)	Separado (%)	Viudo (%)
1994	22 (56,4)	3 (7,7)	8 (20,6)	5 (12,8)	1 (2,6)
1995	24 (58,5)	4 (9,8)	9 (21,9)	3 (7,3)	1 (2,4)
1996	17 (73,9)	1 (4,4)	3 (13,0)	1 (4,4)	1 (4,4)
1997	13 (43,3)	3 (10,0)	7 (23,3)	6 (20,0)	1 (3,3)
1998	24 (63,2)	4 (10,5)	5 (13,2)	2 (5,3)	3 (7,9)
1999	30 (61,2)	7 (14,3)	7 (14,3)	4 (8,2)	1 (2,0)
2000	35 (59,3)	7 (11,9)	12 (20,3)	4 (6,8)	1 (1,7)
2001	58 (63,1)	7 (7,6)	15 (16,3)	12 (13,0)	0 (0,0)
2002	50 (52,1)	10 (10,4)	17 (17,8)	12 (12,5)	7 (7,3)
2003	63 (62,4)	3 (3,0)	21 (20,8)	13 (12,9)	1 (1,0)
2004	87 (59,6)	6 (4,1)	30 (20,6)	21 (14,4)	2 (1,4)
2005	122 (65,9)	10 (5,4)	33 (17,8)	18 (9,7)	2 (1,1)
2006	134 (64,7)	11 (5,3)	36 (17,4)	25 (12,1)	1 (0,5)
2007	139 (67,4)	13 (6,3)	34 (16,5)	19 (9,2)	1 (0,5)
2008	153 (64,6)	12 (5,1)	49 (20,7)	21 (8,9)	2 (1,0)
2009	169 (65,8)	8 (3,1)	38 (14,8)	37 (14,4)	5 (2,0)
2010	139 (67,5)	9 (4,4)	37 (18,0)	20 (9,7)	1 (0,5)
Total	1279 (63,6)	118 (5,9)	361 (17,9)	223 (11,1)	31 (1,5)

Tabla 4. Otras variables analizadas

Variables	Total de casos (%)
Género	
Hombre	877 (43,5)
Mujeres	1.135 (56,4)
Procedencia	
Cali	1.187 (59)
Otros municipios del Valle	704 (35)
Otros departamentos	121 (6)
Modalidad	
Sustancia pesticida	674 (33,5)
Sustancia medicamentosa	590 (29,3)
Otras sustancias	255 (12,7)
Arma cortopunzante	166 (8,3)
Defenestración	77 (3,8)
Ahorcamiento	73 (3,6)
Arma de fuego	35 (1,7)
Lanzamiento de vehículo en movimiento	32 (1,6)
Otras	110 (5,5)
Intencionalidad	
Impulsivo	1.264 (62,8)
Premeditado	748 (37,2)
Días de la semana	
Lunes	289 (14,4)
Martes	314 (15,6)
Miércoles	301 (15,0)
Jueves	278 (13,8)
Viernes	279 (13,9)
Sábado	247 (12,3)
Domingo	304 (15,1)
Estrato socioeconómico	
Total de casos (%)	
Bajo-bajo	702 (34,9)
Bajo	944 (46,9)
Medio-bajo	274 (13,6)
Medio	77 (3,8)
Medio-alto	11(0,6)
Alto	4 (0,2)

(Continúa)

(Continuación)

Ocupación	
Hogar	432 (21,5)
Estudiantes	529 (26,3)
Desempleados	446 (22,2)
Otros	605 (30,0)
Meses del año	
Enero	140 (7,0)
Febrero	163 (8,1)
Marzo	188 (9,3)
Abril	140 (7,0)
Mayo	179 (8,9)
Junio	199 (9,9)
Julio	155 (7,7)
Agosto	154 (7,7)
Septiembre	187 (9,3)
Octubre	147 (7,3)
Noviembre	161 (8,0)
Diciembre	199 (9,9)
Intentos previos	
Primer intento	1.410 (70,1)
Intentos previos	602 (29,9)

estudiantes (primaria, bachillerato, técnico y universidad), desempleados y otros (todas las otras ocupaciones no incluidas en las categorías anteriores). Del total de pacientes hospitalizados, 30%, IC 95% [29,64-31,94], corresponde a pacientes con otras ocupaciones; mientras que el 26,3% son estudiantes, IC 95% [24,93-28,48], ($p < 0,05$). Es importante anotar que el 22,2% son personas que informan no contar con ningún tipo de empleo.

El promedio de las hospitalizaciones por intento de suicidio asociado con episodio depresivo grave

sin síntomas psicóticos es del 27,9%; por episodio depresivo leve, de 9,9%; por trastorno depresivo recurrente, de 7,3%; por trastornos de adaptación, de 19,2%; y el 35,7% a otros trastornos psiquiátricos, dentro de los que se incluyen la esquizofrenia, otras psicosis y otros trastornos del afecto.

Como causas del intento suicida se consideran las categorías: familiares (conflictos con uno o más miembros de la familia), interpersonal (conflictos con personas allegadas diferentes de la familia), médicas (concomitancia con enfermedades orgánicas),

psicológica (motivaciones personales, conflictos internos), económica (dificultades para la consecución de dinero o inestabilidad financiera), drogadicción, otras causas, causas no especificadas y varias de las anteriores. Se encuentra que durante el periodo del estudio, en el 44,5% de los pacientes hospitalizados por intento suicida se identifica algún tipo de problema psicológico; en segundo lugar se ubica la categoría 'varias de las anteriores', con el 20%; la tercera categoría en frecuencia corresponde a problemas familiares, con el 16%, y en último lugar se encontraron las causas médicas, con el 0,3%.

Las intoxicaciones exógenas ocuparon con amplia diferencia las primeras posiciones como modalidades del intento suicida; el consumo de sustancias pesticidas fue la categoría con mayor incidencia, al reportar 33,5% IC 95% [30,51-36,63], seguido por sustancia medicamentosa con 29,3% IC 95% [29,19-29,65]. Se encontró poco uso de arma corto punzante, ahorcamiento y armas de fuego, cada uno con 8,3%, 3,6% y 1,7%, respectivamente.

En relación con la intencionalidad del intento suicida, se consideran dos categorías: impulsivo y premeditado. El 62,8% (1.264) de los casos corresponde a intentos de suicidio de características impulsivas frente a 37,1% en quienes es posible evidenciar premeditación, lo que representa una relación de 1,7:1 entre estas dos categorías.

Por dificultades en el proceso de registro de datos no fue posible determinar el número de intentos previos en los casos de reincidencia de la conducta suicida; por lo tanto, esta categoría incluye todos los casos en los que hubo más de un intento de suicidio. El 70,1% (1.410) del total de casos analizados correspondió a primer intento suicida. Se encuentra que en promedio hay 33% más casos anuales de primer intento suicida que casos de reincidencia, IC 95% [32,68-33,54] ($p < 0,05$), lo que representa una relación 2,3:1.

Para la variable *días de la semana* se encuentra que los días con mayor incidencia de intento suicida son: martes (15,6%) y domingo (15,1%); y los de menor incidencia, jueves (13,8%) y sábado (12,3%); al aplicar la prueba T de Student solo se evidencia diferencia estadísticamente significativa al realizar las comparaciones entre martes y jueves ($p = 0,04$); martes y sábado ($p = 0,00017$), y entre domingo y sábado ($p = 0,0014$), en las otras comparaciones el valor de $p > 0,05$.

La mayor incidencia del total de intentos suicidas en el periodo comprendido entre enero de 1994 y diciembre de 2010 ocurre en junio y diciembre, con una frecuencia relativa del 9,9% (199 casos) para cada uno. Se encuentra que no hay diferencia estadísticamente significativa en marzo, mayo y septiembre, hallazgo que sí está presente en relación con los otros meses del año.

Discusión

Entre 1994 y 2010 fueron atendidos 8.852 pacientes hospitalizados en la USM, de los cuales el 22,7% (2.012) ingresaron por intento de suicidio. Es interesante notar la diferencia encontrada al agrupar la frecuencia de suicidios entre 1994-2003 y 2004-2010, con una media anual de 13,2% y 31,9%, respectivamente, lo que representa un incremento promedio de 18,7 puntos. Esta cifra se correlaciona con los datos recolectados a escala mundial, en los que se muestra una tendencia al incremento de las conductas autolíticas, probablemente motivado por los cambios socioculturales de la última década, razón que lleva a considerar actualmente al suicidio como un desafío de la salud pública (4).

De igual manera, resulta evidente que hasta antes del 2006, más del 80% de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la USM eran mayores de 35 años de edad, pero después de esta fecha la distribución sufre un cambio importante, en el que los grupos de 15 a 24 años y de 25 a 34 años superan con amplia diferencia a los grupos que hasta esa fecha habían aportado anualmente el mayor número de casos. El mismo hallazgo se reporta en las estadísticas internacionales, donde el suicidio en adultos jóvenes (15 a 34 años) se ha incrementado de manera significativa (9,33). Este hallazgo supone una mayor carga económica

en términos de AVAD y sugiere que las estrategias de prevención contra el suicidio deben enfocarse en estos grupos etarios, al procurar identificar sujetos en riesgo y aplicar técnicas de salud mental comunitaria que logren impactar en este aspecto.

Para las variables género y estado civil la situación es similar a la hallada a escalas nacional e internacional, se encontró un mayor número de casos de intento suicida en mujeres (34) y en personas solteras (13,35). Estos datos, si bien guardan la relación de mayor incidencia de intentos suicidas en mujeres, no corresponden a la proporción registrada a escala internacional (mujer:hombre, 8:1) (12), debido probablemente a que los intentos suicidas en el género femenino suelen ser de menor severidad y que en el nivel de complejidad de la institución en la que se realizó el presente estudio (HUV de Nivel IV) se hospitalizan con mayor frecuencia pacientes con intentos suicidas severos.

Al considerar el estado civil se encuentra que los sujetos solteros presentan una frecuencia de intentos suicidas significativamente mayor que las otras categorías; se destaca, sin embargo, que la tendencia internacional se cumple para las personas solteras, pero cabe resaltar que en la población de este estudio los sujetos que se encontraban en unión libre aportan la segunda frecuencia más alta, lo que permite presumir que no solo la condición de vivir solo o no contar con una pareja estable

actúan como factores de riesgo para suicidarse, sino que, también, otras dinámicas propias de la convivencia requieren ser consideradas.

El HUV es el centro de referencia del suroccidente colombiano y presta sus servicios a la población del régimen subsidiado de seguridad social y a la población pobre no asegurada, lo que para este estudio implica que existe un sesgo de la población en relación con la procedencia y el nivel socioeconómico de los pacientes atendidos. Esto explica que los datos muestren que solo el 59% de los casos de hospitalización por intento de suicidio en la USM corresponden a individuos que residen en Cali, y que el 95,4% de los hospitalizados pertenecen a los estratos socioeconómicos menos favorecidos 1, 2 y 3; todo lo cual significa que nuestra serie de casos no corresponde a una muestra representativa de la población general, e incluso que eventuales comparaciones con datos recogidos en unidades mentales dentro de hospitales generales debe tener presente el sesgo anotado.

Para la variable *ocupación*, los datos analizados no coinciden con los registros publicados a escala mundial, pues en la población del presente estudio hubo mayor número de casos de intento suicida en personas con algún tipo de ocupación, contrario a lo que se espera según la literatura en la que el desempleo representa un riesgo significativo para intentos y actos suicidas (17). Para futuras investigaciones es ne-

cesario mejorar la manera como sea recogida esta información.

Se presentó una dificultad importante para la agrupación y presentación de los datos según el diagnóstico psiquiátrico asociado, pues no había uniformidad en las categorías de la variable a lo largo de los 17 años de recolección de la información. Por esta razón, los datos no pueden ser comparados con los registrados internacionalmente. Sin embargo, encontramos que todos los pacientes hospitalizados por suicidio cursaban con algún trastorno psiquiátrico concomitante, y dentro de ellos, los más frecuentes fueron los trastornos del afecto, con más del 45%, y los de adaptación, con aproximadamente el 20%, lo que se correlaciona con estudios similares realizados en el país (36).

Las causas del intento de suicidio que prevalecieron en este estudio son las psicológicas, que hacen referencia a motivaciones personales y a conflictos internos; sin embargo, los criterios para asignar una causa al intento suicida tampoco fueron uniformes a lo largo del periodo de recolección de los datos, por lo que no es posible comparar estos resultados con los registrados en la literatura.

Las modalidades utilizadas en los intentos suicidas de los casos del estudio son similares a las reportadas en la literatura (33,36); predominan los casos por ingestión de sustancias pesticidas y medicamentosas, y es poco el aporte debido a las armas cortopunzantes, armas

de fuego y la defenestración; esto sucede porque, al tratarse de intentos suicidas, el método utilizado resulta de menor letalidad y permite que la persona reciba tratamiento en el centro asistencial y no fallezca.

Tal como se describe a escala mundial, el mayor número de intentos suicidas es de carácter impulsivo y corresponde a un primer intento (33), lo que sugiere que el pobre control de impulsos se convierte en un factor significativo al momento de realizar un acto de autoagresión. Por la forma como se recolectó la información en la base de datos de la USM, no fue posible determinar el número de intentos realizados por los sujetos reincidentes.

En general, no se encontró diferencia estadísticamente significativa al analizar la frecuencia de intentos suicidas, considerando la variable *días de la semana*, aunque se observa una tendencia a que se presenten más casos los martes y domingos, y menos los jueves y sábados. Un intento por explicar estos hallazgos es recordar que gran cantidad de intentos y actos suicidas se realizan en estado de embriaguez, y que la población colombiana acostumbra ingerir licor los fines de semana, y, por lo tanto, hay un aumento del número de intentos en estos días. En un estudio realizado en Nariño (37) se reporta, igualmente, que los días en los que más se presentan intentos de suicidio son los domingos, alcanzando casi el 20% del total de los casos.

Junio y diciembre son los meses en los que hay mayor número de intentos suicidas, pero también hay una incidencia importante en marzo, mayo y septiembre; aunque no se puede atribuir directamente el incremento de esta conducta con fechas específicas en estos meses, se destaca que este aumento de casos coincide con fechas que para las personas pueden considerarse importantes o podrían guardar relación con eventos vitales estresantes (junio, finalización del calendario escolar; diciembre, fiestas de Navidad y año nuevo; mayo, celebración del Día de las Madres; marzo, conmemoración de la fiesta religiosa católica de la Semana Santa; septiembre, celebración del Día del Amor y la Amistad) (28). En otros estudios realizados en Colombia (35,36) se reporta también el hallazgo de que en junio y diciembre suele incrementarse el número de intentos y actos suicidas.

Conclusiones

El suicidio es un fenómeno complejo que exhibe un importante aumento en incidencia y variación de los factores asociados, al pasar de considerarse una conducta realizada preponderantemente por adultos maduros y mayores, a un problema de salud pública que afecta a la población de adolescentes y adultos jóvenes, económica y socialmente productivos.

En la Unidad de Salud Mental del HUV, el intento de suicidio corres-

ponde en promedio al 30% del total de casos atendidos; así, se convierte en una de las principales causas de hospitalización de la Unidad y permite que la USM pueda considerarse como centro de referencia del suroccidente colombiano para la atención de intento de suicidio y morbilidades asociadas.

Llama la atención que aunque la población de la presente serie de casos no es una muestra representativa de la población general, comparte la mayoría de las características asociadas con el intento de suicidio descritas en las revisiones nacionales e internacionales. Los resultados de algunas variables no guardan relación con las descripciones realizadas en otros países, lo que sugiere que existen diferencias específicas que ameritan una interpretación contextual del fenómeno suicida.

El instrumento utilizado para recoger información presenta deficiencias que es necesario corregir, de manera que los futuros informes dispongan de datos más válidos y confiables; pero, además, que a las variables consideradas hasta ahora se les incorporen otras variables relevantes, como: religiosidad, presencia o no de embarazo, toma de medicamentos, consulta médica reciente, características de la dinámica familiar, presencia de adicciones, etc.

Aparece el interés de realizar trabajos de investigación que permitan responder a posibles asociaciones entre la convivencia en unión libre y el intento de suicidio;

adicionalmente, poder caracterizar el fenómeno suicida en mujeres embarazadas, los factores asociados con conducta suicida impulsiva o premeditada, entre otros.

Con base en la experiencia adquirida en la atención y seguimiento de pacientes con intento suicida por el personal de la USM del HUV y de la Universidad del Valle, y la oportunidad que ofrece el interés manifestado por el Servicio de Salud del Departamento del Valle de promover acciones de atención primaria en salud que sean planeadas y coordinadas desde el HUV, es un momento propicio para diseñar un programa dedicado a la atención del fenómeno suicida en todos los ámbitos y formalizar el liderazgo ejercido por la USM en la atención de este fenómeno.

Agradecimientos

A Mario Miguel Barbosa Rengifo, médico interno de la Universidad del Valle, por el apoyo en el manejo estadístico de los datos; y a Natalia Campo Rivera, estudiante de medicina, por la traducción del resumen al inglés.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). The World Health Report. 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
2. Bertolote J. Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas Ginebra: Organización Mundial de la Salud: 2004:1-19.
3. Taborda LC, Téllez-Vargas J. El suicidio en cifras. Suicidio. 2004:24-41.

4. Corbis RB. El suicidio, un problema de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Ginebra: OMS; 2002.
6. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *BMJ*. 1999;308:1227-33.
7. Chiu H, Chan S, Lam L. Suicide in the elderly. *Curr Opin Psychiatr*. 2001;14:395-9.
8. Byard R, Klitte Å, Gilbert J, et al. Clinicopathologic features of fatal self-inflicted incised and stab wounds: a 20-year study. *Am J Forensic Med Pathol*. 2002;23:15-8.
9. Sanislow C, Grilo C, Fehon D, et al. Correlates of suicide risk in juvenile detainees and adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 2003;42:234-40.
10. Vega-Piñero M, Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, et al. El suicidio. *Salud Global*. 2002;4:1-15.
11. Alarcón-Velandia, R. El suicidio en ancianos. Simposio de Suicidio y Conductas Terapéuticas, XLIV Congreso Nacional de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, Cartagena, Octubre, 2005.
12. Morales M, Jiménez I. El suicidio desde la perspectiva forense. *Rev Col Psiqui*. 1996;25:29-37.
13. Nachman R, Yanai O, Goldin L, et al. Suicide in Israel: 1985-1997. *J Neurosci*. 2002;27:423-8.
14. Brent D. Firearms and suicide. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;932:235-40.
15. Garland A, Zigler E. Adolescent suicide prevention: current research and social policy implications. *Am Psychol*. 1993;48:169-82.
16. Russell S, Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health*. 2001;91:1276-81.
17. Hawton K, Harriss L, Hodder K, et al. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychological Medicine*. 2001;31:827-36.
18. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatr*. 1999;60:53-6.
19. Hall W, Mant A, Mitchell P, et al. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *BMJ*. 2000;326:1008.
20. Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C, et al. Suicide among drug addicts in the UK. *Br J Psychiatry*. 1999;175:277-82.
21. Rich C, Dhossche D, Ghani S, et al. Suicide methods and presence of intoxicating abusable substances: some clinical and public health implications. *Ann Clin Psychiatry*. 1998;10:169-75.
22. Kohlmeier R, McMahan C, DiMaio V. Suicide by firearms: a 15-year experience. *Am J Forensic Med Pathol*. 2001;22:337-40.
23. Gupta S, Black D, Arndt S, et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 1998;49:1353-5.
24. Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2006;153:667-73.
25. García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Diago J, et al. Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Rev Col Psiqui*. 2008;37:11-28.
26. Campo G, Roa J, Pérez Á, et al. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica*. 2003;34:9-16.
27. Palacio C, García J, Diago J, et al. Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case control study of psychological autopsy. *Arch Suicide Res*. 2007;11:297-311.
28. Jessen G, Jensen B, Arensman E. Attempted suicide and major public holidays in Europe: findings from the WHO/WURO Multicentre Study in Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;99:412-8.
29. Cocha A. Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica*. 2002;22:347-61.
30. Mishara BL. Prevention of deaths from intentional pesticide poisoning. *Crisis*. 2007;28:10-20.

31. Jeyaratnam J. Acute pesticides poisoning: a major global health problem. *World Health Stat Q.* 1990;43:139-44.
32. Aristizábal A. Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Rev Colomb Psiqui.* 2009;38:446-63.
33. Becerra L. Caracterización del paciente con intento suicida atendido en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo, Noguchi, Lima Perú. *Rev Cient Enf.* 2004;9-12.
34. Medina O, Mendoza M. Prevalencia del suicidio femenino en el Quindío, 1989-2008. *Psicogente.* 2009;358-68.
35. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, et al. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Rev Panam Salud Pública.* 2007;22:231-8.
36. Manrique RD, Ochoa FL, Fernández LM, et al. Comportamiento del suicidio en Antioquia, 1998-2000. *CES Medicina.* 2002;16:7-17.
37. Peña-Silbato M. El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del Departamento. *Pensamiento Psicológico.* 2009;6:97-108.

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

*Recibido para evaluación: 27 de junio del 2011
Aceptado para publicación: 30 de septiembre del 2011*

*Correspondencia
Gerardo Campo-Cabal
Departamento de Psiquiatría
Universidad del Valle
Calle 13 No.100-00
Ciudad Universitaria - Meléndez
Cali, Colombia
gercampo@univalle.edu.co*