

Artículo original

Factores De Riesgo Relacionados Con Intento de Suicidio Como Predictores De suicidio, Colombia 2016-2017[☆]



Luz Stella Castro Moreno^{a,*}, Luis Fernando Fuertes Valencia^a,
Oscar Eduardo Pacheco García^b y Claudia Marcela Muñoz Lozada^b

^a Entrenamiento Programa de Epidemiología de Campo (FETP), Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia

^b Grupo de Formación de Talento Humano para la Vigilancia en Salud Pública, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de enero de 2020

Aceptado el 23 de marzo de 2021

On-line el 3 de junio de 2021

Palabras clave:

Intento de suicidio

Suicidio

Factores de riesgo

Sistema de vigilancia sanitaria

R E S U M E N

Introducción: La conducta suicida es la causa de la mitad de las muertes violentas. Se considera un problema de salud pública con un millón de víctimas al año. El intento de suicidio es el factor de riesgo más importante. En Colombia, en 2017 la tasa de intento de suicidio fue de 51,8/100.000 hab. y la letalidad alcanzó 10,0/100.000. El objetivo es identificar factores del intento suicida asociados con la muerte y determinar la supervivencia después del intento durante 2 años.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva y análisis de supervivencia. Se cruzaron 42.594 registros del sistema de vigilancia de intento de suicidio con 325 muertes por suicidio del registro único de defunciones de 2016 y 2017. Se examinaron factores de riesgo, y se realizó la prueba de la χ^2 , análisis multivariado y regresión logística. Se calculó la probabilidad de supervivencia acumulada con el método de Kaplan-Meier. Se aplicó un modelo de regresión de Cox para determinar la relación proporcional de las variables del intento suicida que se relacionan con suicidio.

Resultados: Por cada muerte de mujer por suicidio, mueren 4,5 varones por esta causa; 1 de cada 4 personas fallecidas reportó al menos un intento previo. Los factores del intento relacionados con la muerte por suicidio fueron: ser varón (HR = 2,99; IC95%, 2,27-3,92), la edad adulta (> 29 años, HR = 2,38; IC95%, 1,90-2,99), vivir en área rural (HR = 2,56; IC95%, 2,04-3,20) y padecer enfermedad crónica (HR = 2,43; IC95%, 1,66-3,57) o trastorno depresivo (HR = 1,94; IC95%, 1,55-2,41). El 50% de las muertes por suicidio ocurren hasta en los 560 días posteriores al intento.

Conclusiones: Se evidencia mayor riesgo de suicidio en pacientes varones, con historia de depresión, antecedentes de enfermedades crónicas y exposición a carga laboral.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Este trabajo fue presentado en la 10th TEPHINET Global Scientific Conference, como póster, del 28 de octubre al 1 de noviembre de 2019.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luz.castrom@yahoo.com (L.S. Castro Moreno).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.002>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Risk Factors Associated with Suicide Attempt as Predictors of Suicide, Colombia, 2016-2017

A B S T R A C T

Keywords:

Suicide attempt
Suicide
Risk factors
Health surveillance system

Background: Suicidal behaviour is the cause of half of all violent deaths. It is considered to be a public health problem with one million victims a year. Suicide attempt is the most important risk factor. In Colombia, in 2017 the suicide attempt rate was 51.8/100,000 inhabitants, and the fatality rate reached 10.0/100,000. The objective is to identify suicide attempt factors associated with death and determine survival after the attempt for 2 years.

Material and methods: Retrospective cohort study and survival analysis. A total of 42,594 records of the suicide attempt surveillance system databases and 325 records of death by suicide in 2016 and 2017 were analysed. The risk factors were examined and a χ^2 -test and multivariate analysis and logistic regression were performed. Cumulative survival probability was calculated using the Kaplan-Meier method. A Cox regression model was applied to determine the proportional relationship of the suicide attempt variables that are related to suicide.

Results: Men die by suicide 4.5 times more often than women. One in four suicide victims had made at least one prior suicide attempt. The attempt factors related with death by suicide were: male gender (HR = 2.99; 95% CI, 2.27-3.92), adulthood (over 29 years, HR = 2.38; 95% CI, 1.90-2.99), living in a rural area (HR = 2.56; 95% CI, 2.04-3.20), chronic disease history (HR = 2.43; 95% CI, 1.66-3.57) and depression disorder (HR = 1.94; 95% CI, 1.55-2.41). Some 50% of suicide deaths occur up to 560 days after the suicide attempt.

Conclusions: The risk of suicide is highest in male patients, with a history of depression, chronic illness and exposure to heavy workloads.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Comprender la complejidad de la conducta suicida es de importancia crucial para la salud pública, principalmente porque es la causa de casi la mitad de todas las muertes violentas, lo que se traduce en casi 1 millón de víctimas al año¹. Además de ser un problema de salud pública, el intento de suicidio es uno de los factores de riesgo de suicidio más poderosos y clínicamente relevantes^{1,2}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó en su página web que anualmente, en el mundo, cerca de 16/100.000 personas se suicidan (800.000), cifra que supera las muertes por violencia. Se espera que en 2020 esta cifra se haya incrementado en un 50%³. Por cada persona que se suicida, hay otras 20 que lo intentan, con lo que es la primera causa de muerte externa en muchos países del mundo y una de las principales causas de muerte de adolescentes y personas en edad productiva. Como consecuencia, los suicidios generan el 2% de la carga global de enfermedad².

En Colombia, la tasa de intento de suicidio se ha ido incrementando en los últimos 10 años, de 0,9/100.000 hab. en 2009 a 37,7/100.000 en 2016 (boletín de salud mental e informe final del evento); la población con mayor riesgo está entre los 16 y los 21 años⁴. La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 reportó que el número de casos relacionados con ideación suicida es el mismo en adolescentes y adultos y los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres que en los varones⁵. El sistema de vigilancia de suicidio de Colombia

registró un incremento de 7.270 (39%) casos de intento de suicidio entre 2016 y 2017.

Se ha calculado que el riesgo de suicidio después de un intento fallido es de alrededor del 10% en estudios con seguimientos de 5-35 años. El sexo masculino, la edad avanzada en mujeres, el trastorno psiquiátrico y una mayor intención son factores de riesgo de cometer suicidio; además, la mayoría de los intentos de suicidio están relacionados con autolesiones físicas o envenenamiento, a veces ambos clasificados como no violentos⁶.

Predecir el comportamiento suicida en algunas ocasiones se basa en identificar factores de riesgo a corto y largo plazo. El intento de suicidio se considera predictor clínicamente relevante del comportamiento suicida⁷, porque esta población tiene entre 40 y 66 veces mayor riesgo de suicidio que la población general^{8,9}. Sin embargo, hay confusión y debate sobre la importancia en el suicidio de la intención o los intentos de suicidio leves y graves. Este problema requiere resolución, ya que ignorar los factores de riesgo asociados con la intención de autolesionarse puede obstaculizar la identificación de factores de riesgo de suicidio específicos.

Estudios realizados en población de veteranos de guerra en Reino Unido y el norte de Europa describieron que el riesgo de suicidio después del intento es de un 5-10% en seguimientos de 5-35 años. La tasa de sobrevivencia durante 10 años de seguimiento fue del 78%¹⁰. Un estudio realizado en Ontario entre 2002 a 2011 en población hospitalizada por intento de suicidio por envenenamiento identificó un tiempo medio de suicidio consumado durante el periodo de observación de 585 días¹¹.

Otro estudio realizado en Brasil con personas que intentaron suicidarse entre 2003 y 2009 identificó que, de 807 personas que intentaron suicidarse, 12 consumaron el suicidio en los 24 meses siguientes al intento; la tasa de sobrevivencia durante el periodo de observación fue del 62,5% de los mayores de 60 años y el 87,9% de los menores de 60¹². Este estudio tiene como objetivo identificar los factores relacionados con las muertes por suicidio y estimar la tasa de supervivencia a partir de los intentos de suicidio notificados al sistema de vigilancia en salud pública en Colombia en un periodo de observación de 2 años.

Métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva con análisis de supervivencia. Se revisaron las bases de datos de casos notificados de intentos de suicidio al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y las bases del registro único de defunciones por suicidio de los años 2016 y 2017 en Colombia.

La variable dependientes del estudio fue el suicidio y las variables independientes principales, los antecedentes psiquiátricos, el antecedente familiar de suicidio e intentos previos; otras variables independientes intervinientes son los problemas de pareja, económicos y laborales y las enfermedades crónicas; por último, las variables demográficas edad, sexo, área de vivienda y ocupación.

Para el análisis estadístico se identificaron los registros de defunciones (muerte por suicidio) y se realizó el análisis de correspondencia con las bases de datos de notificaciones a Sivigila por intento de suicidio de manera retrospectiva durante un periodo de 2 años. Se analizaron en total 42.917 casos.

Se calcularon frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión. Se analizaron relaciones a partir de las pruebas de la χ^2 . Se realizó un análisis multivariable y regresión logística binaria. Se realizó un análisis comparativo de variables sociodemográficas para los registros de intento y muertes por suicidio.

Se calculó la probabilidad de supervivencia acumulada con el método de Kaplan-Meier. El tiempo de seguimiento se definió como los días transcurridos desde la fecha de notificación del intento de suicidio a la del fallecimiento por suicidio. Se consideraron datos censurados los que carecían de información al finalizar el tiempo de seguimiento y sin censura, los registrados como muerte por suicidio.

Se aplicó un modelo de regresión de Cox para determinar las variables que se relacionan proporcionalmente con la muerte por suicidio. Se calcularon intervalos de confianza del 95% (IC95%) y se estableció un umbral de significación en $p = 0,05$. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

Consideraciones éticas

El estudio se considera sin riesgo con base en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. La información se obtuvo a través de las bases de datos del Sivigila y del registro único de defunciones. Se tuvieron en cuenta los principios de confidencialidad de la información y responsabilidad. Los resultados de

este estudio aportarán al fortalecimiento de la vigilancia del intento de suicidio en el país y el mundo.

Resultados

Intento de suicidio

En 2016 el Instituto Nacional de Salud (INS) inició la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio en cumplimiento de la ley 1616 de 2013. Desde que se inició la vigilancia, las cifras reportadas se han incrementado en 46 puntos en los últimos 5 años; se pasó de una tasa de intento de suicidio de 5,4/100.000 hab. en 2015 a 38,1 en 2016 y 51,8 en 2017. En el periodo comprendido entre 2016 y 2017, se reportaron en total 44.112 casos de intento de suicidio a través del Sivigila, de los cuales el 42% (18.577) corresponde a 2016 y el 58% (25.535) a 2017, lo que significa un aumento del 37,5% en el número de casos. Del total de los casos, el 0,9% se reportó al sistema de vigilancia como fallecidos.

En el mismo periodo, el 63% de los eventos reportados los cometieron mujeres y el 37%, varones: la razón mujeres:varones en el periodo fue de 1,7, es decir, por cada varón que intenta suicidarse, lo hacen aproximadamente 2 mujeres; el 48,7% de los intentos de suicidio se presentaron en edades entre los 15 y los 24 años (el 29,6% de 15 a 19 años y el 19,1% de 20 a 24 años) y la distribución según la etnia mostró que el 93,6% se reportó como «otros» (sin identidad étnica definida); el 3,5% eran afrodescendientes; el 2,4%, población indígena; el 0,4%, romaníes (gitanos); el 0,1%, raizales y menos del 0,1%, palenqueros. El 0,1% (19 de los casos) correspondió a extranjeros (4 en 2016 y 15 en 2017).

El mayor número de casos por departamento de procedencia ocurrió en Antioquia, Valle, Bogotá, Cundinamarca, Nariño, Atlántico y Huila. En 2017, la tasa de intento de suicidio más alta en el país la tuvo Caldas (94,7/100.000 hab.), seguida de Putumayo (94,6), Huila (84,9), Quindío (82,4) y Arauca (81,7). La incidencia (casos nuevos reportados como primer intento de suicidio) en 2016 fue 26,5/100.000 hab., mientras que en 2017 fue 34,9, valor asociado con la notificación de más casos sin intentos de suicidio previos.

Los principales factores desencadenantes del intento de suicidio en el periodo 2016-2017 fueron los conflictos de pareja (el 39,3% en 2016 y el 40,9% en 2017), los problemas legales (el 20,8 y el 4,1%), el consumo de sustancias psicoactivas (el 8,9 y el 12,8) y la enfermedad grave (el 2,7 y el 5,1%). En 2017 se presentaron factores adicionales, como problemas económicos (11,5%), problemas escolares (6,3%) y maltrato físico, psicológico o sexual (5,8%).

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes relacionados con el intento de suicidio durante el periodo evaluado fueron el trastorno depresivo, otros trastornos afectivos, abuso de sustancias psicoactivas y el trastorno bipolar.

Durante el periodo 2016-2017, los mecanismos más utilizados para el intento de suicidio fueron las intoxicaciones (el 67,8% de los casos), seguidas de arma cortopunzante (20,1%), ahorcamiento (5,4%) y arrojarse al vacío (2,9%). Otros mecanismos utilizados con menor frecuencia fueron: arrojarse ante un vehículo, la inmolación o quemaduras autoinfligidas, y arrojarse al agua.

Es importante mencionar que en 2016 el 30,4% (5.648) de los casos reportados como intento de suicidio tienen antecedentes de intentos previos, mientras que en 2017 esta cifra aumentó al 32,4% (8.284). El promedio de intentos de suicidio previos a la última notificación al sistema fue 2,03 en 2016 y 1,9 en 2017.

Suicidio

Según las estadísticas de mortalidad registradas en 2016 y 2017, el número de defunciones por suicidio en Colombia fue de 3.212, con promedios anual de 1.606 casos y mensual de 133; en noviembre de 2018, se habían reportado 1.262 casos, con un promedio mensual de 115. En términos de tasas de suicidio, se evidencia un incremento en el periodo evaluado, 4,7/100.000 hab. en 2016 y 5,03 en 2017; el 82% de las muertes por suicidio fueron de varones, con una razón varones:mujeres de 4,5.

Por edad, la distribución de los suicidios en 2016 y 2017 muestra que el evento es más frecuente en el grupo de 20-24 años (el 14,5% en 2016 y el 14,8% en 2017), seguido del de 15-19 años (el 13,3 y el 12,3%) y el de 25-29 años (el 11,6 y el 12,1%).

Los departamentos que registraron más casos de suicidio fueron Antioquia, Bogotá, Valle, Cundinamarca y Santander. En 2017 se encontró que Vaupés (20,2/100.000 hab.), Arauca (13,0) y Quindío (9,2) fueron los departamentos con mayor tasa de mortalidad por esta causa; en 2016, Guainía reportó una tasa de 9,5/100.000 hab., mayor que Quindío. Frente a la tasa nacional, en el periodo evaluado se encontraron 18 departamentos con tasas por encima de la tasa nacional ambos años (4,7/100.000 hab. en 2016 y 5,03 en 2017).

En el periodo comprendido entre 2016 y noviembre de 2018, los mecanismos utilizados con mayor frecuencia por los pacientes fueron ahorcamiento (62,9%), intoxicación (16,5%), arma de fuego (11,8%) y arrojarse al vacío (4,9%). Ahogamiento, quemaduras y lanzamiento a vehículos en movimiento estuvieron por debajo del 1%. En este mismo periodo se reportaron 30 casos en los que no fue posible determinar el mecanismo que condujo a la muerte.

Intento de suicidio y suicidio

Del total de casos de suicidio como causa de muerte reportados entre 2016 y noviembre de 2018 ($n = 6.054$), el 5,3% hicieron parte de los reportes del sistema de vigilancia de intento de suicidio. La letalidad del intento de suicidio, con respecto a la población reportada dentro del sistema de vigilancia, en 2017 fue de 10,0/100.000 hab., más del doble de la calculada en 2016 (3,6). Aproximadamente 1/4 personas que cometieron suicidio tenía registrado por lo menos un intento de suicidio previo.

El 46,8% de los suicidios en el periodo evaluado se produjeron en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años. Entre las personas de 55 años o más, solo se produjo el 12,9% de los suicidios. Al contrario que lo encontrado en los intentos de suicidio, cometen suicidio más los varones (68,3%) que las mujeres (31,7%), con una razón varones:mujeres de 2,1.

Los métodos utilizados para cometer suicidio fueron el envenenamiento (54,8%), la asfixia o el ahorcamiento (31,7%) y las armas de fuego (6,8%). El método elegido para el suicidio no varía según el sexo; sin embargo, las mujeres utilizan más el envenenamiento (el 50% de los varones y el 65% de

las mujeres), mientras que ellos utilizan más la asfixia o el ahorcamiento y las armas de fuego.

Los lugares de muerte más frecuentes fueron el hospital o la clínica (49,5%) y el domicilio (37,2%). En el hospital ocurrieron con mayor frecuencia los fallecimientos de casos de envenenamiento (64,6%) y en el domicilio, los casos de ahorcamiento (65%).

Comparación de factores asociados con suicidio e intento de suicidio

La tabla 1 muestra la comparación entre las proporciones de los factores demográficos en los grupos evaluados; ambos muestran proporciones elevadas en las edades comprendidas entre 15 y 29 años y el grupo de personas con alguna ocupación. En la distribución por sexo, hay más mujeres con intento de suicidio y más varones con suicidio; según el lugar de vivienda, el 80,5% de los intentos de suicidio se presentan en el grupo de personas que viven en el área urbana, mientras que en el grupo de suicidio el valor disminuye al 60,3%.

La ficha de notificación permite registrar 16 diferentes factores de riesgo asociados con el intento de suicidio. Los resultados de este estudio mostraron altas proporciones relacionadas con el factor de riesgo relacionado con el antecedente de trastornos psiquiátricos en el grupo de intento de suicidio (70,29%), frente al grupo de suicidio (44,07%). Los demás factores de riesgo presentaron proporciones similares en ambos grupos, a excepción de los problemas económicos, que son más frecuentes en el grupo de suicidio. Los factores de riesgo no descritos presentaron proporciones < 5% (tabla 2).

Del grupo de trastornos psiquiátricos, fue representativo el trastorno depresivo (el 84,18% de los casos de suicidio y el 41,19% de los intentos). Los demás trastornos presentaron valores por debajo del 5%, excepto otros trastornos psiquiátricos en el grupo de intento de suicidio, donde la frecuencia fue del 49,07% (tabla 3).

Los resultados obtenidos con el análisis multivariable por regresión binaria indicaron que ser varón (*hazard ratio* [HR] = 2,99; IC95%, 2,27-3,92), la edad (> 29 años, HR = 2,38; IC95%, 1,90-2,99) y vivir en un área rural (HR = 2,56; IC95%, 2,04-3,20) son factores de riesgo de suicidios significativos (tabla 4).

Al revisar los 7 diagnósticos reportados en la ficha de notificación, el trastorno depresivo (HR = 1,94; IC95%, 1,55-2,41) se puede considerar un factor de riesgo asociado con suicidio. Las demás afecciones no obtuvieron valores significativos; de los factores de riesgo adicionales reportados a través del sistema de vigilancia, la enfermedad crónica (HR = 2,43; IC95%, 1,66-3,57) se puede considerar otro factor de riesgo de suicidio (tabla 4).

Con respecto a la ocupación, se agruparon las diferentes profesiones de acuerdo con la tabla de ocupaciones para analizar su asociación con suicidio; los resultados relacionados con los trabajos en el área de agricultura y ocupaciones elementales mostraron un riesgo alto de suicidio frente a las otras ocupaciones; los oficiales de las fuerzas armadas, los operadores de instalaciones fijas y maquinarias, profesionales y técnicos tuvieron una HR > 1, pero este valor no es significativo ($p > 0,005$) (tabla 5).

Tabla 1 – Distribución de las variables demográficas en función del intento de suicidio y el suicidio. Colombia, 2016-2017

Factores demográficos	Suicidio ^a (n = 42.592)		Intento de suicidio ^b (n = 325)	
	%	IC95%	%	IC95%
Grupo de edad (años)				
5 a 9	0,4	(0,37-0,49)	-	-
10 a 14	12,7	(12,34-12,97)	3,4	(1,97-5,65)
15 a 19	29,6	(29,14-30,01)	23,2	(19,27-27,65)
20 a 24	19,1	(18,75-19,5)	13,1	(10,14-16,87)
25 a 29	12,4	(12,09-12,72)	10,8	(8,11-14,31)
30 a 34	8,3	(8,01-8,54)	8,3	(5,9-11,41)
35 a 39	5,6	(5,36-5,8)	5,9	(3,98-8,74)
40 a 44	3,8	(3,61-3,97)	5,9	(3,98-8,74)
45 a 49	2,7	(2,59-2,9)	7,2	(5,04-10,23)
50 a 54	2,0	(1,89-2,15)	5,4	(3,57-8,13)
55 a 59	1,4	(1,25-1,47)	3,9	(2,36-6,28)
60 a 64	0,8	(0,73-0,9)	2,8	(1,59-5)
≥ 65	1,3	(1,17-1,38)	10,1	(7,44-13,45)
Sexo				
Varones	36,7	(36,28-37,19)	67,8	(62,98-72,24)
Mujeres	63,3	(62,81-63,72)	32,2	(27,76-37,02)
Ocupación				
Sí	77,1	(76,67-77,56)	84,5	(79,82-88,39)
No	22,9	(22,44-23,33)	15,5	(11,61-20,18)
Área de vivienda				
Urbana	80,5	(80,16-80,91)	63,7	(58,76-68,29)
Rural	19,5	(19,09-19,84)	36,3	(31,71-41,24)

^a Registro único de defunciones por suicidio de 2016 y 2017.

^b Base de datos de intentos de suicidio del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, 2016 y 2017.

Tabla 2 – Distribución de los factores de riesgo en función del intento de suicidio y el suicidio. Colombia, 2016-2017

Factores de riesgo	Intento suicida ^a (n = 42.592)		Suicidio ^b (n = 388)	
	%	IC95%	%	IC95%
Antecedente de trastornos psiquiátricos	74,00	(73,59-74,42)	45,62	(49,41-59,27)
Problemas de pareja	40,63	(40,17-41,1)	37,89	(33,2-42,81)
Intentos previos	31,28	(30,85-31,73)	28,61	(24,34-33,3)
Ideación suicida	19,95	(19,57-20,33)	22,16	(18,32-26,56)
Problemas de consumo	11,03	(10,73-11,33)	12,89	(9,91-16,59)
Problemas económicos	6,71	(6,48-6,95)	10,31	(7,66-13,73)

^a Base de datos de intentos de suicidio del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, 2016 y 2017.

^b Registro único de defunciones por suicidio, 2016 y 2017.

Tabla 3 – Distribución de los antecedentes psiquiátricos en función del intento de suicidio y el suicidio. Colombia, 2016-2017

Trastornos psiquiátricos	Intento suicida ^a (n = 31.475)		Suicidio ^b (n = 117)	
	%	IC95%	%	IC95%
Trastorno depresivo	41,19	(40,65-41,74)	84,18	(77,95-89,22)
Otros trastornos psiquiátricos	49,07	(48,52-49,63)	5,08	(2,35-9,43)
Trastorno bipolar	3,89	(3,68-4,11)	5,08	(2,35-9,43)
Abuso de sustancias psicoactivas	3,84	(3,63-4,06)	5,08	(2,35-9,43)
Esquizofrenia	2,29	(2,13-2,47)	5,65	(2,74-10,14)

^a Base de datos de intentos de suicidio del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, 2016 y 2017.

^b Registro único de defunciones por suicidio, 2016 y 2017.

Tabla 4 – Análisis multivariable de los predictores de intento suicida y suicidio. Colombia, 2016-2017

Variables	HR	IC95%	p
<i>Demográficas</i>			
Sexo ^a	2,99	2,27-3,92	<0,001
Edad (años) ^b	2,38	1,90-2,99	<0,001
Área vivienda ^c	2,56	2,04-3,20	<0,001
Desempleado ^d	0,89	0,61-1,31	0,565
<i>Antecedentes psiquiátricos</i>			
Antecedente familiar de suicidio	1,20	0,74-1,94	0,450
Intentos de suicidio previos	0,83	0,65-1,06	0,152
<i>Diagnósticos psiquiátricos</i>			
Trastorno depresivo	1,94	1,55-2,41	<0,001
Trastorno de personalidad	0,98	0,40-2,42	0,975
Trastorno bipolar	0,72	0,35-1,48	0,382
Esquizofrenia	1,90	1,00-3,62	0,048
Abuso sustancias	0,48	0,20-1,17	0,110
<i>Factores de riesgo</i>			
Enfermedad crónica	2,43	1,66-3,57	<0,001
Problemas laborales	1,69	0,85-3,37	0,134
Problemas económicos	1,45	0,99-2,10	0,051
Problemas de pareja	1,13	0,91-1,42	0,254
Muerte familiar	1,11	0,54-2,26	0,770
Problemas legales	0,65	0,43-0,99	0,050

^a Varones = 1; mujeres = 0.

^b Edad \geq 30 años = 1; < 30 años = 0.

^c Área de vivienda: rural = 1; urbana = 0.

^d Desempleado = 1; empleado = 0.

Fuente: Base de datos de intentos de suicidio del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, 2016 y 2017, y Registro único de defunciones por suicidio, 2016 y 2017.

Tabla 5 – Análisis multivariable del intento de suicidio y el suicidio según ocupación*. Colombia, 2016-2017

Variable	HR	IC95%	p
Oficiales de las fuerzas armadas	5,26	0,62-44,51	0,127
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	5,00	3,7-6,76	<0,001
Ocupaciones elementales	2,29	1,69-3,11	<0,001
Operadores de instalaciones fijas y maquinaria	1,93	0,95-3,92	0,068
Profesionales, científicos e intelectuales	1,84	0,94-3,61	0,074
Técnicos y profesionales de nivel medio	1,76	0,77-3,99	0,179
Directores y gerentes	0,71	0,16-3,19	0,656

* Clasificación de las ocupaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

Fuente: Base de datos de intentos de suicidio del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, 2016 y 2017, y Registro único de defunciones por suicidio, 2016 y 2017.

De las 325 muertes por suicidio durante el periodo de observación, la mediana de supervivencia (0,5) a partir del intento de suicidio es de 560 días (1,5 años; $p < 0,05$). Después de ese tiempo, la probabilidad de ocurrencia es menor (fig. 1).

Discusión

La decisión de terminar con la propia vida quizá sea la determinación más importante que una persona puede hacer; sin embargo, los pensamientos suicidas a menudo son privados y no son detectables hasta que se convierten en un intento de suicidio. Además, es difícil definir realmente quiénes tienen factores de riesgo que puedan predecir qué pacientes son suicidas en potencia y si existen características y factores de riesgo diferentes entre los que intentan suicidarse y los que

realmente lo consiguen. Este estudio permitió identificar los factores de riesgo relacionados con el suicidio partiendo de los factores de riesgo relacionados con intento de suicidio.

Los resultados del presente estudio indican que los suicidios y los intentos de suicidio tienen similitudes en la proporción de casos en los grupos de edad con mayor número de eventos, el método utilizado para intentar o cometer el suicidio y los factores de riesgo como problemas de pareja e intentos previos y antecedentes de enfermedades mentales. En cuanto a los resultados sobre la letalidad del intento suicida, estos confirman la tendencia reportada por otros investigadores de que el número de suicidios de varones es significativamente más alto que el de mujeres, contrariamente a los intentos de suicidio, donde generalmente el mayor número de casos se presenta en el grupo femenino, incluso 4 o 5 veces mayor que el de varones¹³⁻¹⁵.

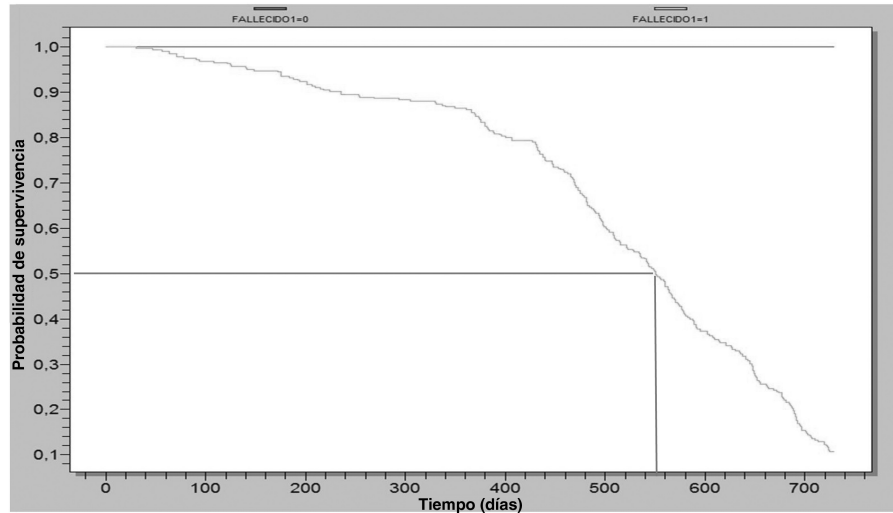


Figura 1 – Probabilidad de supervivencia de casos notificados como intento de suicidio en un tiempo de observación de años. Colombia, 2016-2017.

Después de los 45 años, solo el 8,2% de la muestra presenta intentos de suicidio, lo que concuerda con los estudios que indican que el riesgo de intentos de suicidio disminuye con la edad, porque en las edades avanzadas hay más intencionalidad, se usan métodos más letales y la probabilidad de supervivencia es menor, lo que significa que estos intentos tienden a ser fatales^{16,17}. Por esta razón, podría considerarse fundamental estar atento a este tipo de pacientes.

En este estudio los métodos más utilizados por los varones fueron la asfixia, el ahorcamiento y las armas de fuego, mientras que las mujeres utilizan más el envenenamiento, algo similar a lo documentado por otro estudio en que hay una mayor proporción de suicidios de varones, y se sabe también que ellos eligen métodos más violentos para los actos suicidas¹⁸. Por lo tanto, la letalidad también podría estar relacionada con el método elegido para el suicidio¹⁹.

En cuanto a los factores demográficos, se encontró que los varones tienen más riesgo de morir por suicidio. Ellos son vulnerables a algunos factores de riesgo comunes con las mujeres pero, a diferencia de estas, dichos factores no se exponen en algunas ocasiones por su contexto sociocultural²⁰; hay estudios que han mostrado que los eventos estresantes en los varones se consideran parte de la identidad masculina²¹, lo cual conlleva que los varones utilicen más las estrategias de afrontamiento aislado que la ayuda de los sistemas de salud^{22,23}. Se suma a lo anterior que los varones escogen medios más violentos para cometer el suicidio^{24,25}.

La edad por encima de 30 años tiene una fuerte asociación con suicidio. Los datos reportados por la Organización Mundial de la Salud muestran que las tasas de suicidio tienden a aumentar en función de la edad, tanto de varones como de mujeres, hasta alcanzar un pico en la vejez²⁶; además, algún estudio ha evidenciado que el riesgo de suicidio se incrementa con la edad²⁷. También se encontró que las enfermedades crónicas son un factor de riesgo de suicidio. Esto coincide con lo encontrado en un estudio en el que varias enfermedades médicas comunes, como la insuficiencia cardiaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las convulsio-

nes, se asocian de manera independiente con un mayor riesgo de suicidio²⁸. Ese mismo estudio reportó que el dolor intenso no tratado adecuadamente y derivado de una enfermedad crónica puede ser también un factor de riesgo de suicidio.

Otros factores de riesgo asociados con el suicidio encontrados en este estudio son vivir en áreas rurales y el tipo de empleo. Vivir en áreas rurales está muy relacionado con la dificultad para acceder a servicios de salud y la facilidad para acceder a armas de fuego y productos químicos letales²⁹.

Ciertas ocupaciones tienen mayor riesgo de suicidio que otras. Las ocupaciones elementales, como operarios de maquinaria, servicios de aseo, etc., y los trabajadores del área agropecuaria están asociados con suicidio en el presente estudio. El estrés laboral puede ser un importante factor de riesgo de suicidio, especialmente cuando se combina con un apoyo social deficiente³⁰, gran exigencia psicológica, escasa posibilidad de tomar decisiones y largas jornadas de trabajo³¹. Al contrario que este estudio, otras investigaciones indicaron que el mayor riesgo de suicidio se presenta en policías, detectives en servicio público, militares y personal médico. Esto se explica por el fácil acceso a armas letales³² y a medicamentos nocivos por el personal médico³³.

Las enfermedades psiquiátricas son factores de riesgo de suicidio. En este estudio se encontró una fuerte asociación entre el suicidio y la depresión, lo que concuerda con otros estudios que reportan que la depresión es uno de los principales factores de riesgo de suicidio, especialmente para las mujeres jóvenes y las personas mayores²⁷, por lo que consideran fundamental la evaluación continua del riesgo de suicidio en pacientes con esta afección³⁴.

En el presente estudio, los trastornos afectivos, los trastornos de la personalidad, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y el consumo de sustancias psicoactivas no mostraron una asociación estadísticamente significativa con el suicidio. Los hallazgos no significativos pueden reflejar la dificultad para captar un fenómeno tan complejo como los diagnósticos psiquiátricos, que también pueden depender del contexto clínico, el informante o acompañante y la persona respon-

sable de diligenciar las fichas de notificación. Sin embargo, los resultados indican que estos síntomas pueden ser útiles como factores de riesgo de intento de suicidio.

Conclusiones

La asociación entre enfermedades crónicas y suicidio es un problema clínico importante teniendo en cuenta que estos pacientes suelen tener contacto regular con los servicios de salud, lo que ofrece más oportunidades para monitorizar e intervenir. La depresión es un factor clave de riesgo de suicidio, con la ventaja de que puede tratarse con eficacia, lo que permite reducir el riesgo tanto de intentos de suicidio como de suicidios. El estrés laboral y el lugar de vivienda son importantes factores de riesgo de suicidio que hay que evaluar más a fondo en los pacientes con intentos de suicidio.

Predecir el suicidio es una tarea muy difícil, y solo siendo más conscientes de los factores de riesgo y proporcionando intervenciones adecuadas cuando se determina que los pacientes tienen un alto riesgo de suicidio se avanzará hacia la reducción de las tasas. Véase el análisis de tasa de supervivencia por ocupación por los diferentes factores que puedan relacionarse.

Financiación

Este estudio fue financiado por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses con respecto al estudio.

Agradecimientos

Agradecemos a la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública por proporcionar la información para el desarrollo del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Panamericana de la Salud. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. 2009. P. 234-242.
- Organización Panamericana de la Salud. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. 2009. P. 145-161.
- World Health Organization. Mental health. Suicide prevention (SUPRE). [Internet]; 2012. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hepatitis/outbreaks/2017March-HepatitisA.htm>. Consultado 2 Nov 2018].
- Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: Intento de suicidio [Internet]; 2017, Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx#>. Consultado 2 Nov 2018.
- Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45:68-75.
- Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National longterm cohort study. *BMJ*. 2010;341:186.
- Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med*. 2003;33:395-405.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:2015-28.
- Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. 2003;182:537-42.
- Weiner J, Richmond TS, Conigliaro J, Wiebe DJ. Military veteran mortality following a survived suicide attempt. *BMC Public Health*. 2011;11:374.
- Finkelstein Y, Macdonald EM, Hollands S, Sivillotti M, Hutson J, Mamdani M, et al. Risk of suicide following deliberate self-poisoning. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:570-5.
- Leal C, Dias E, Abelha L. Tentativas de suicidio: factores pronósticos y estimativa del exceso de mortalidad. *Cad Saude Publica*. 2013;29:175-87.
- Di Napoli WA, Della Rosa A. Suicide and attempted suicide: epidemiological surveillance as a crucial means of a local suicide prevention project in Trento's Province. *Psychiatr Danub*. 2015;27:S279-84.
- Mondragón L, Saltijeral MT, Bimbela A, Borges G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Ment*. 1998;21:20-7.
- Corona B, Hernández M, García R. Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2016;15:90-100.
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93:327-38.
- Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med*. 2001;31:837-45.
- Callanan VJ, Davis MS. Gender differences in suicide methods. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:857-69.
- Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry*. 2016;173:1094-100.
- Hawton K, Casañas I, Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147:17-28.
- Player MJ, Proudfoot J, Fogarty A, Whittle E, Spurrier M, Shand F, et al. What interrupts suicide attempts in men: A qualitative study. *PLoS One*. 2015;10(6).
- Fogarty AS, Spurrier M, Player MJ, Wilhelm K, Whittle E, Shand F, et al. Tensions in perspectives on suicide prevention between men who have attempted suicide and their support networks: Secondary analysis of qualitative data. *Health Expect*. 2018;21:261-9.
- Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. [Internet]; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>. Consultado 15 Nov 2018.
- Värnik A, Kõlves K, Van der Feltz CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance

- Against Depression". *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:545-51.
25. Fogarty A, Spurrier M, Player M, Wilhelm K, Whittle E, Shand F, et al. Tensions in perspectives on suicide prevention between men who have attempted suicide and their support networks: Secondary analysis of qualitative data. *Heal Expect*. 2018;21.
 26. World Health Organization. Mental Health. Suicide prevention (SUPRE). [Internet]; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=overview>. Consultado 15 Nov 2018.
 27. Rezaeian M. Age and sex suicide rates in the Eastern Mediterranean Region based on global burden of disease estimates for 2000. *East Mediterr Health J*. 2007;13:953-60.
 28. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med*. 2004;164:1179-84.
 29. Searles VB, Valley MA, Hedegaard H, Betz ME. Suicides in urban and rural counties in the United States, 2006-2008. *Crisis*. 2014;35:18-26.
 30. Qin P, Agerbo E, Westergaard N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*. 2000;177:546-50.
 31. Amagasa T, Nakayama T, Takahashi Y. Karojisatsu in Japan: characteristics of 22 cases of work-related suicide. *J Occup Health*. 2005;47:157-64.
 32. Mahon MJ, Tobin JP, Cusack DA, Kelleher C, Malone KM. Suicide among regular-duty military personnel: A retrospective case-control study of occupation-specific risk factors for workplace suicide. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1688-96.
 33. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Bo Mortensen P, Nordentoft M. Suicide and occupation: The impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med*. 2007;38:1131-40.
 34. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:371-7.