

Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio

Rafael Tuesca Molina¹, Edgar Navarro Lechuga²

Resumen

Objetivo: Identificar los factores de riesgos asociados en la población de suicidas (consumados y no consumados) en Barranquilla (Colombia) durante 1999-2000.

Participantes y Métodos: Estudio de casos y controles incidentes. 60 casos y 56 controles no apareados. Los casos: suicidios, proceden del registro departamental de necropsia del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y los intentos de suicidio proceden de dos hospitales de referencia del área metropolitana de la ciudad: Universitario de Barranquilla y Metropolitano. Los controles corresponden a población general y a personas que acudieron a estos hospitales al servicio de consulta externa, exceptuando consultantes a los servicios de psiquiatría y psicología. Se administró una encuesta estructurada de administración directa para identificar características sociodemográficas, trastornos del comportamiento y patología psiquiátrica. A fin de establecer la veracidad de la información de los familiares de los suicidas, se les aplicó otro instrumento denominado autopsia o necropsia psicológica, que permitió determinar y confirmar trastornos de la conducta y patología psiquiátrica.

Mediciones y Resultados: Los trastornos del comportamiento asociado a los casos fue la ansiedad (OR= 7,33; p=0,00) y el temperamento explosivo (OR=3,48; p=0,00). La depresión como trastorno de tipo psiquiátrico afectó de manera importante los casos (89,8%), siendo éste un factor de riesgo significativo (OR=18,16 p=0,00). El evento de haber estado hospitalizado y padecer una enfermedad crónica se encuentra relacionado con la conducta suicida (OR= 2,81; p=0,00 y OR=8,31; p=0,00, respectivamente).

Conclusiones: La ansiedad, la depresión, la presencia de enfermedades crónicas y la hospitalización son factores de riesgo del suicidio en Barranquilla.

Palabras clave: Suicidio, intento de suicidio, depresión, factores de riesgo.

Abstract

Objective: To determine the risk factors associated to suicide and suicide intention at Barranquilla, city Colombia for the period 1999-2000.

Participants and Methods: cases-controls unmatched (cases incident) study with 60 cases and 56 unmatched controls. **The cases:** suicides cases come from the departamental registers of necropsy of the Institute of Legal Medicine and Forensic Science, and suicide intentions proceed from to hospitals relating to metropolitan area of the city: "Universitario de Barranquilla" and "Metropolitano". The

¹ MD – Epidemiólogo. Docente del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, Programa de Medicina Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). rtuesca@uninorte.edu.co

² Docente del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, Programa de Medicina Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). enavarro@uninorte.edu.co

controls correspond to general population and the people who attend consulting rooms in general medicine program, excepting psychological and psychiatric services. Information was collected by doing personal interviews to indentify sociodemograhical characteristics, behaviour disorder and pshiquiatrical pathology.

To determine the truthfulness of the information coming from relatives of persons who committed suicide, they used psicologycal autopsy to determine and validate behaviour disorders and pshiquiatrical pathology.

Measurements and Results: The behaviour disorders associated with the cases, were anxiety (OR=7,33; p=0.000) Explosive behaviour (OR=3,48; p=0,000) Depression as pshiquiatrical disorder, affected in a important way the cases (89,8%) being a significative risk factor (OR=18,16; p=0.000). The fact of have been hospitalize and to suffer chronic disorder was relationate suicides behaviour.

Conclusions: The anxiety, the depression, the chronic disorder and have been hospitalize were risk factors to suicide in Barranquilla.

Key words: Suicide, suicide intention, depression, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica el nivel de suicidio de acuerdo con la tasa de suicidio. Se consideran tasas bajas por debajo de 5/10.000 habitantes, medias entre 5 - 14, altas entre 15 a 30 y por encima de treinta se denominan muy altas (1).

En Norteamérica y la mayoría de países de Europa, el suicidio ocupó la novena a décima dentro de las causas de mortalidad durante 1993; así mismo, los países con tasas de mortalidad elevada durante ese año fueron: Lituania (36,0), Letonia (34,7) y se destacaban Finlandia y Canadá, con alto número de suicidios en adolescentes, en Hungría el suicidio predomina en ancianos (2). Actualmente el suicidio es el mayor problema de salud pública en los Estados Unidos y ocupa el tercer lugar tras los accidentes y actos violentos. En España y el resto de Europa se sitúa en el segundo lugar. A pesar de los esfuerzos en prevención e investigación, estos índices parecen no sufrir ninguna modificación y se considera que cada año consuman el suicidio un millón de personas en todo el mundo y de veinte a treinta millones de personas lo intentan (3).

En Latinoamérica, las tasas oscilan en niveles de baja y media, pero se han producido incrementos progresivos en Cuba (12,9), El Salvador (10,4), Uruguay (8,2) y Venezuela (7,8). (2).

En Colombia se considera un problema de salud pública, ya que se sitúa entre las principales causas de muerte. A pesar del subregistro del suicidio como causa de muerte, durante 1995 hasta 1997 la tasa de suicidio se mantuvo en un rango de 4 por 10.000, pero en 1998 se incrementó en un punto, con una tasa de 5, y se mantuvo igual para el año 1999 (4-5).

Durante 1999 el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 2.089 necropsias por suicidio a nivel nacional, lo que representó el 6% del total de las muertes violentas. Esta causa se ubicó en el noveno lugar de muerte en los menores de 14 años y en el sexto en el grupo de 15 a 24. Para el período de 1998, las tasas por departamentos en Colombia presentaron un incremento en Huila, Risaralda y Arauca. A pesar de que el departamento del Atlántico presenta cifras muy bajas, se

observó un incremento durante 1998 del 50% con respecto a la cifra del año anterior, y esto corresponde a 1.496 años de vida perdidos, la tasa varió de 1,6 a 3,2 por 100.000 habitantes y en el año 1999 la tasa fue de 3,9 por 100.000 habitantes (6).

Del total de suicidios ocurridos en Colombia durante 1999, el 79% comprometió al género masculino, con edad promedio de 36 años. A diferencia de los años anteriores y de manera similar a lo observado en la capital del país, la mayor tasa de suicidios por 100.000 habitantes se presentó en el grupo de mayores de 60 años (1,5), le sigue el grupo de 15 a 24 años de edad (13,0), cuyo riesgo posiblemente corresponda a lo que los expertos consideran que puede radicar en la plasticidad de su psiquismo, la inestabilidad frente a las metas y objetivos de vida y sus tendencias a la identificación y a la imitación. De manera similar a los años anteriores (1996 a 1998), los tres principales elementos usados para conseguir la muerte fueron: arma de fuego (34%), intoxicación (33%) y ahorcamiento o suspensión (22%) (5).

Para el período en mención, el promedio mensual de casos fue de 174 (rango de 126 -197, desviación estándar de 19), lo cual corresponde aproximadamente a 6 suicidios por día, es decir, en Colombia sucede un suicidio cada cuatro horas. El mayor número de hechos se presentó durante los meses de agosto y diciembre (9%), mes cuyo porcentaje de casos no varió durante los últimos tres años. Llama la atención el cambio ocurrido en el mes de marzo, que también muestra un número importante de casos, más si se relaciona con los datos de otros estudios que muestran que en Colombia aumentan los intentos de suicidios en la temporada de Semana Santa (5).

La conducta suicida se incrementa notablemente a partir de los procesos psiquiátricos más o menos graves, en el 60% de los casos de suicidio se observa un substrato de enfermedad depresiva y en el 40% restante existen trastornos de personalidad, esquizofrenia, drogadicción y alcoholismo. John Man considera que a pesar de la relación entre los anteriores eventos mencionados no puede equipararse la enfermedad mental con el suicidio, «puesto que la mayor parte de los pacientes psiquiátricos no se suicidan». Por lo tanto se asume que existen otros factores aún no muy bien conocidos que se relacionan con la vulnerabilidad y la impulsibilidad de la conducta suicida (3).

Algunos investigadores conceptúan que a pesar de los avances en el tratamiento médico, en las personas con ideas suicidas y en parasuicidas poco se ha logrado reducir las tasas de mortalidad de suicidio, y de igual manera, poco es lo que se sabe acerca de las bondades de los tratamientos psiquiátricos y de otras intervenciones que buscan prevenir el suicidio (7).

Es fundamental identificar cuáles son las características personales de los suicidas y parasuicidas en nuestro medio y determinar en ellos los factores de riesgo asociados con respecto a la población general (no suicidas, no intentos de suicidio) según las variables personales de sexo, edad, antecedente de consumo de alcohol, drogas, enfermedades crónicas, antecedentes familiares con historia de suicidio, antecedentes familiares con trastornos psiquiátricos y funcionalidad familiar en parasuicidas y población de control. La identificación de estos factores permitiría fortalecer

estrategias en promoción de la salud mental y prevención del suicidio contando con el apoyo intersectorial desde los servicios de salud, Fiscalía, Medicina Legal, Defensoría del Pueblo y entidades militares.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y selección de los sujetos

Se diseñó un estudio de casos y controles de casos incidentes, realizado en la ciudad de Barranquilla. Se consideró caso a todos aquellos suicidios e intentos de suicidio ocurridos durante los meses de abril a diciembre de 1999 en esta ciudad. Los suicidios fueron seleccionados de los reportes de la Dirección del Cuerpo Técnico de Investigación (CTI- Fiscalía) referentes a suicidio; con posterior confirmación de la necropsia realizada en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Regional Barranquilla. Los intentos de suicidios fueron seleccionados según reporte de los hospitales Metropolitano y Universitario de Barranquilla, durante el mismo período de estudio. En relación con los controles, éstos fueron tomados de la consulta externa, y se excluyó a los servicios de psicología y psiquiatría.

Con respecto al evento suicida, se contactó a los familiares de los suicidas, y se les aplicó una encuesta estructurada con validación de otra, a fin de determinar los eventos asociados al suicidio: depresión, tipo de personalidad, antecedentes de enfermedades, tentativas anteriores de suicidios y eventos relacionados con la manera de suicidarse. La prueba de complementación denominada autopsia psicológica (8-9-10), encuesta o técnica de investigación que permite reconstruir el hecho violento a través del testimonio de los familiares, corresponde a una evaluación postmortem o análisis retrospectivo de las condiciones psicológicas (conductas, pensamiento, sentimiento y relaciones) de una persona antes de morir, a fin de clasificar muertes equívocas. La autopsia psicológica permite identificar cuatro propósitos: conocer y determinar el modo de muerte, conocer el comportamiento de la víctima antes de morir y su relación con las circunstancias en que ocurrió la muerte, explicar las condiciones psicológicas de las personas que han fallecido, no con respecto a la muerte sino a acciones y/o situaciones previas a la muerte, ayudar a la recuperación de los sobrevivientes.

Con respecto a los intentos de suicidio, se envió a los hospitales en mención el protocolo del estudio y un formato para diligenciar el hecho violento y remitir esta información al Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), donde se contactó a la persona que intentó una acción suicida y se le aplicó la encuesta estructurada con apoyo y manejo del grupo de psicoterapia.

Muestra

El cálculo de tamaño muestral se estimó con una prevalencia de depresión en los controles del 15% (11), con un poder del 80% y una confianza del 95%, calculada con el *software* de Epiinfo versión 6,04 en español (12), se estimaron 57 casos y controles, respectivamente, se analizaron 23 suicidas, 37 intentos de suicidio y 56 controles.

Variables e instrumentos

La fuente de información fue de tipo primario a través de encuestas autoadministradas por el grupo de investigadores. Para llevar a cabo este proceso se contó con el apoyo y aprobación de las juntas directivas de los centros en estudio y se informó a los participantes y familiares de las víctimas de la importancia que implica estar informado y conocer acerca de las diferentes formas de presentación del suicidio, quienes dieron su consentimiento.

Para clasificar a los participantes se emplearon diversos test, tales como: La funcionalidad familiar fue medida a través del APGAR (escala 0 – 20); para evaluar la funcionalidad familiar, este test, que consta de cinco ítems de fácil administración, mide las funciones de adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución y se emplea para monitorizar y detectar problemas en la familia; fue diseñado por Gabriel Smilkestein (13). Para medir la ansiedad se empleó el test de SAD (14), y para la ansiedad el test de Beck (14). En la evaluación de la psicosis se utilizó la entrevista Internacional Neuropsiquiátrica Minimental Test, avalada por la Asociación Americana de Psiquiatría, 5ª revisión de 1999. Con relación al estrés posttraumático y al trastorno del control y del impulso se emplearon los criterios diagnósticos del DSM III -DSM IV (15). Para confirmar el hecho violento en los familiares de los suicidas se aplicó la autopsia psicológica.

Se diseñó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas, que permitió indagar las variables del estudio, identificación general, características del suicidio, antecedentes personales y familiares de intentos de suicidio, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. Para las variables correspondientes a trastornos psiquiátricos se estableció según la puntuación de los test antes mencionados.

Para el ajuste de cuestionario se realizó una prueba piloto a un grupo de pacientes con antecedentes de intentos de suicidio en 1998 que acuden al CARI. Esto permitió ajustar los ítems a fin de facilitar el desarrollo.

Recogida de datos y medidas de resultado

En el procesamiento y análisis de los datos se empleó el *software* de Epiinfo v. 6,04, (12) y se construyó un fichero para la digitación y almacenamiento de los datos. Los resultados fueron analizados con técnicas de estadística descriptiva en los suicidas y los intentos de suicidio. Para determinar riesgos se calcularon las *odds ratio* (OR) de cada variable con sus respectivos intervalos de confianza.

RESULTADOS

La media de edad de la población suicida fue de 32,08 (D.E, 17,8) años. Se encontró una razón de 4,7 hombres por cada mujer en los que consumaron el hecho. La proporción de hombres que consumó el hecho suicida fue del 82,6%. El nivel educativo predominante fue secundaria completa, 40,9%. Con relación al estado civil, el 47,8% eran solteros y 26,1% casados. En relación con la ocupación, el 21,7% eran empleados y estudiantes, respectivamente, y un 17,4% tenía un empleo infor-

mal. El método empleado para suicidarse fue con arma de fuego, 39,1%, e intoxicación, 30,4%. Los suicidas efectuaron el hecho en sus hogares, 56,5%, y el 17,4% en el lugar de trabajo. La mayoría del grupo, 70,4%, residía en los estratos 1, 2 y 3. Con respecto a eventos claves, el 54,5% tenía antecedente de intento de suicidio, además la gran mayoría, 81,8%, había premeditado la manera de morir, y se encontraron testimonios escritos y mensajes en el 72,7%.

Con respecto a los intentos de suicidio, el 54,1% correspondió a mujeres. La media de edad de la población fue de 28,10 (D.E, 14,8) años. Con relación al nivel educativo, el 37,8% había culminado el bachillerato y el 24,3% no había terminado la secundaria. La ocupación de este grupo es variable: estudiante (17,6%), ama de casa (23,8%), desempleado (17,6%) y empleados (17,6%).

Con relación a los factores de riesgos entre el grupo de suicidas y la población de control, se encontró que el sexo femenino se asocia a menos riesgo de suicidio (OR: 0,20), con una $p = 0,000$. Además se encontró mayor riesgo de suicidio cuando padece una enfermedad de tipo crónico, ansiedad, trastorno psiquiátrico, personalidad psicótica y temperamento explosivo. No se evidenció relación con respecto al consumo de alcohol, antecedente de hospitalización, antecedente de intencionalidad de suicidio y suicidio en familiares (ver tabla 1).

Al evaluar el grupo de intentos de suicidio con la población general se encontró que el sexo femenino sigue siendo de menor riesgo de intento de suicidio, OR=0,06 (0,01-0,25). Al comparar la funcionalidad familiar, para el análisis global se agruparon las categorías disfuncionales y se compararon con buena función familiar; el OR hallado fue de 0,38(0,16-0,91).

Con relación a los trastornos de tipo psiquiátrico, existe un alto riesgo de intento de suicidio en aquellas personas con trastornos de tipo afectivo y de la conducta (trastorno psiquiátrico, ansiedad, temperamento explosivo y depresión).

Con respecto a la terapia psicológica, se emplean terapias de inspiración psicodinámicas y las de orientación cognitiva, las cuales han mostrado ser un factor protector para reducir el suicidio; el OR fue de 0,13 (0,02-0,58).

El hecho de haber tenido una hospitalización y padecer alguna enfermedad crónica mostró ser un factor de riesgo para intento de suicidio (ver tabla 2).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con relación al método empleado por los suicidas, el arma de fuego y ahorcarse son prácticas habituales en el grupo masculino; este hecho está respaldado consistentemente en la literatura (16). En cambio, la mujer emplea métodos más pasivos y menos violentos como la ingesta de medicamentos, y el intento de suicidio en este grupo es mayor comparados con los varones. Una de las posibles explicaciones de este hecho consiste en que la mujer use la tentativa de suicidio como expresión de distrés y como forma de pedir ayuda (17).

El suicidio se incrementa con la edad, siendo raro ver casos en menores de 12 años. Sin embargo, la tentativa de suicidio decrece con la edad, siendo menor los intentos de suicidio en los ancianos (18).

Muchos estudios muestran que el suicidio es un hecho frecuente más en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas; sin embargo, en este estudio al comparar personas con algún vínculo frente a personas sin unión, la razón de disparidad hallada no fue concluyente, OR: 2,13(0,66-6,83). Por otro lado, al comparar el estado civil de los intentos de suicidio con población general, es probable que el matrimonio sea un factor protector para el intento de suicidio, OR: 0,27(0,08-0,92). Este hecho quizás esté en conexión con el sentido de responsabilidad frente a los hijos y el estar conviviendo con otra persona; sin embargo hay otras situaciones conflictivas dentro de la dinámica de la vida en pareja que favorecen acciones de escape o aislamiento (17-19).

Algunos investigadores han señalado que se observa un aumento progresivo de las tasas suicidas en los pacientes psiquiátricos. Aunque las razones de este fenómeno se desconocen, podría deberse a una mayor vulnerabilidad y gravedad de los trastornos psiquiátricos, con una menor eficacia de los psicofármacos (20-21). Los trastornos mentales que con mayor frecuencia presentan los suicidas son: depresión, alcoholismo o esquizofrenia; aunque este último no fue factor de riesgo al compararlo entre los grupos (22-23-24).

Con respecto al papel de la depresión en el suicidio, Hagnell *et al.* (25) sostienen que los deprimidos tendrían tasas de suicidio 44 veces superiores a los sujetos normales y 8 veces superiores al resto de los pacientes psíquicos. En la tentativa de suicidio la depresión juega un papel determinante y afecta principalmente a los adolescentes (26).

Se ha señalado que el abuso de sustancias como el alcohol y drogas psicoactivas están relacionadas con el 5-27% de las defunciones suicidas en el grupo de adictos, y se estima que el riesgo de suicidio para el alcohólico a lo largo de su vida se sitúa alrededor del 15% (27-28). Aunque en este estudio el alcoholismo y el antecedente de alcoholismo en familiares no fue factor de riesgo. Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, éste fue factor de riesgo en los intentos de suicidio, debido a que los jóvenes suicidas tenían diagnóstico primario o secundario de abuso de sustancias, lo que genera una forma de comportamiento autodestructivo (26).

Con respecto al papel de la terapia psicológica, ésta no mostró ser un factor protector; es probable que debido a la heterogeneidad de los pacientes y los diversos enfoques aún no reflejen resultados de mayor impacto (29).

Las enfermedades somáticas, sobre todo si son incapacitantes y de curso crónico, se consideran un factor de riesgo suicida (26). Se podría esperar que muchas personas afectadas de enfermedades somáticas graves que les ocasionan dolor y pérdida de la calidad de vida decidieran poner fin a su situación de sufrimiento. Las enfermedades que originan mayor riesgo de suicidio e intento de suicidio son: epilepsia, cáncer, SIDA, enfermedades renales y pacientes con trasplantes (7-30-31).

Las características de los que intentan un acto suicida y los suicidas al parecer son similares, ya que los factores de riesgo de mayor frecuencia corresponde a la exposición o abuso del alcohol y a sucesos sociales, tales como: fenómenos relacionados con el desplazamiento o migración y el antecedente o exposición de conducta suicida. Con respecto al papel de las enfermedades mentales, la depresión y otras afecciones mentales están estrechamente relacionadas con este problema (32).

Se considera novedoso diseñar un estudio tipo caso – control para abordar la problemática del suicidio, entre otras razones por las ventajas de este tipo de estudio y poder brindar estrategias de intervención que permitan prevenir el acto suicida. Un inconveniente al abordar este tipo estudio tiene que ver con la aplicación de varios instrumentos que midan las diferentes exposiciones a enfermedades mentales; esto plantea la necesidad de estandarizar la forma de medir la intención suicida (32).

Los autores consideran que dentro de las limitaciones de este tipo de estudio, los hechos violentos (guerrilla, secuestros muertes violentas) y la situación económica que enfrenta el país desde la década de los años noventa se constituyen en problemas respecto a la forma de medir estas exposiciones tan complejas. Además otra variable de interés corresponde medir los eventos estresantes, dado que el elemento empleado como tal se recoge de forma sumativa y se desconoce cuál es el peso de cada factor (pérdidas afectivas, problemas laborales, etc.) debido a que tanto casos como controles están expuestos ya sea directa o indirectamente a estos hechos.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al personal del Centro de Investigación Técnica (CTI) de la Fiscalía, Seccional Atlántico, al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y al Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI- Antiguo Hospital Mental). De manera particular agradecemos la colaboración del Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo en las críticas al documento.

Bibliografía

1. OMS. *Objetivos de la estrategia regional europea de la salud para todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
2. Diekstra, RWF y Gulbinat, W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *Rapp Trimest Statist Sat Mond*, 1993; 46:52-68.
3. Sánchez, M. El suicidio ha crecido cuatro veces en cinco años en los hombres. *El País* 5 de marzo de 2002, p. 36 (col. 1-4).
4. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Lesiones de causa externa, Colombia 1998*. Bogotá, 1999: 101-110.
5. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis 1999. Datos para la vida*. Santafé de Bogotá, Panamericana, 2000: 125-138.
6. COPEI. CTI-Fiscalía. Boletín epidemiológico. *Estudio epidemiológico del suicidio*. Departamento del Atlántico, Enero 1998 – Junio 1999. Comité epidemiológico de muertes violentas.
7. Blumenthal, SJ. Suicidio: *Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas*. Clínicas Médicas de Norteamérica. Vol. 4, *Ansiedad y Depresión*. Madrid, Interamericana - McGraw-Hill, 1996.

8. Annon, J. The psychological autopsy. *Am. J. of Forensi Psy.* 13 (2): 39-48.
9. Esbec, R., Delgado B. y Rodríguez, P. *La investigación retrospectiva de la muerte: la autopsia psicológica. Psiquiatría Legal y Forense.* Madrid, Colex, 1994.
10. García Pérez, T. La autopsia psicológica en muertes violentas. *Rev. Esp de Med Legal* 1999; 23 (86-87): 75-82
11. Rispau, F. *et al.* Factores de riesgo asociados al consumo de antidepresivos. *Atención Primaria.* Barc. 1998; 22(7):440-443.
12. OPS-OMS y CDC de Atlanta. *Epi Info v. 6,04 en Español* [paquete estadístico informatizado]. USA, 1996.
13. Mejía, D. *et al.* *Salud Familiar.* Bogotá, Ascofame y Fundación W. K. Kellogg, 1991.
14. TEA. Sección de estudios: Test y documentos psicológicos. Madrid, TEA. Fichas actualizadas, 1995.
15. DSM IV. *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona, Masson, 1996.
16. Sarró B. y De la Cruz, B. *Los suicidios.* Barcelona, Martínez Roca, 1991.
17. Gracia-Marco R y Rodríguez-Pulido, L. Epidemiology of suicide. En A. Seva (Ed.), *The European Handbook of Psychiatry and Mental health.* Barcelona, 1991.
18. National Center of Health Statistics. *Advance report of final mortality statistics,* 1996 (supl 3).
19. González, J. y Ramos, Y. *Aproximación teórica al fenómeno suicida. En prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría Médica.* Barcelona, Masson, 1997: 5-12.
20. Babigian, HM y Odoroff, CL. The mortality experience of a population with psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1969;126:470-480.
21. Tanney, BL. Mental disorders, psychiatric patients, and suicide. En R.W. Maris & A.L. Berman (Eds.), *Assessment and prediction of suicide.* New York, The Guilford Press, 1992.
22. Runeson, B. Mental disorder in youth suicide. DSM-III. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:490-497.
23. Allebeck, P y Allgulander, M. Psychiatric diagnoses as predictors of suicide. A comparison of diagnoses at conscription and in psychiatric care in a cohort. *Br J Psychiatry* 1990;157:339-344.
24. Cheng, A. Mental illness and suicide. A case- control study in East Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52: 594-603.
25. Hagnell, O, Lanke, J, Rorsman y B, Ojesjo, L. Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: The lundby study. *Psychological Medicine* 1982; 12: 279-289.
26. Alonso Fernández F. *Claves de la depresión,* 2ª ed. Madrid: Cooperación Editorial, 2001.
27. Potter, LB, Powell, KE y Kachur, SP. Suicide prevention from a public health perspective. En Silverman MM, Maris RW (eds.), *Suicide prevention. Toward the year 2000.* New York: The Guilford Press, 1995.
28. Miles C. Condition predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis* 1997;164:231-246.
29. Comstock, BS. Decision to hospitalize and alternatives to hospitalization. En B. Bongar (Ed.), *Suicide: guidelines for assessment, management and treatment.* New York, Oxford University Press, 1992: 205-217.
30. Fonnegra, I. *De cara a la muerte.* Bogotá, Intermedio editores, 1999: 58-68.
31. Nieto, E, Vieta, E y Cirera, E. Intentos de suicidio en pacientes con enfermedad orgánica. *Med Clin (Bar)* 1992;98:618-621.
32. Kresnow, MJ, Ikeda, R, Mercy, J, Powell, K, Potter, LI, Simon T. *et al.* An unmatched case - control study of nearly lethal suicide attempts in Houston, Texas: Research methods and measurements. *Suicide life-Threatening Behavior* 2001 (suppl 32): 7-20.

Tabla 1
Factores de riesgos asociados en la población suicida y población general
Barranquilla, 1999 - 2000

Variable		Suicidas e intentos		No intentos/ no suicidas		OR (IC _{95%})
		No.	%	No.	%	
Sexo	M	36	(60,0)	13	(23,2)	0,20 (0,08-0,48)
	F	24	(40,0)	43	(76,8)	
Ansiedad (+)		33	(59,0)	9	(16,36)	7,33 (2,78 –19,8)
		23	(39,0)	4	(7,14)	8,31(2,43 – 31,19)
Enfermedad crónica						
Temperamento		24	(40,0)	9	(16,36)	3,48(1,34 –9,26)
Depresión		53	(89,8)	18	(32,72)	18,16 (6,02 –57,7)
Depresión estratificada por sexo	H	21	(91,3)	11	(26,2)	OR Ajustada: 6,86 (1,24 – 41,21)
	M	32	(88,9)	7	(53,8)	
Trastorno psiquiátrico		20	(33,3)	3	(5,35)	8,83 (2,26-40,34)
Personalidad psicótica		22	(38,6)	6	(9,4)	4,92(1,7-15,3)
Antecedente familiar de intento suicidio		10	(17,1)	10	(17,85)	0,96(0,33-2,78)
Antecedente de suicidio en familiares		7	(12,1)	5	(9,1)	1,37(0,36-2,78)
Situaciones estresantes		11	(18,3)	6	(10,7)	1,87(0,58-6,23)
Estado civil alguna unión(+)		36	(60)	43	(76,7)	2,21(0,92-5,36)
Alcoholismo en familiares		28	(47,5)	19	(33,9)	1,76(0,78-4,01)
Esquizofrenia		8	(13,8)	5	(8,9)	1,63(0,44-6,23)

Fuente: Encuestas.

Tabla 2
Factores de riesgos asociados en intentos de suicidio y población general
Barranquilla, 1999 - 2000

Variable		Intento de suicidio		Población de control		OR (IC _{95%})
		Nº	%	Nº	%	
Sexo	M	17	(45,9)	13	(23,2)	0,36 (0,13-0,96)
	F	20	(54,1)	43	(76,8)	
Uso sustancias psicóticas activas (+)		9	(24,3)	4	(7,1)	4,18 (1,03-18,2)
Antecedente Enfermedad (+)		14	(37,8)	4	(7,1)	7,91 (2,08-32,6)
Antecedente familiar de intento de suicidio (+)		7	(18,91)	10	(17,85)	1,07 (0,4-2,85)
Antecedente de familiares suicidas		6	(16,21)	5	(8,92)	1,97 (0,55-7,0)
Trastorno psiquiátrico		13	(35,1)	3	(5,4)	9,57 (2,21-47,62)
Hospitalización		16	(43,2)	9	(16,1)	3,98 (1,36-11,85)
Ansiedad		18	(50,0)	9	(16,1)	5,11 (1,74-15,33)
Temperamento explosivo		14	(37,8)	9	(16,1)	3,18 (1,08-9,55)
Depresión		32	(88,9)	18	(32,7)	16,44 (4,51-65,8)
Psicótico		12	(34,3)	6	(11,3)	4,09 (1,2-14,37)
Esquizofrenia		5	(13,5)	5	(8,9)	1,59 (0,36-7,12)
Alcoholismo familiar		21	(56,8)	19	(33,9)	2,56 (0,99-6,64)
Buena función familiar		24	(52,17)	22	(41,5)	0,38 (0,16-0,91)