

ARTÍCULOS ORIGINALES

INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES AUTO INFLINGIDAS. HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA, POPAYÁN, COLOMBIA

Andrés Dulcey Cepeda*, Oscar Córdoba Rodríguez**, Francisco Agredo Villaquirán**,
Catalina Mosquera Polanco**, Edison Ardila Trujillo**, Diego Illera Rivera ***

RESUMEN

Introducción. Este es un trabajo descriptivo retrospectivo, en el cual se analizaron las historias clínicas de los pacientes que ingresaron al hospital Susana López de Valencia, Popayán, con diagnóstico de intento suicida durante el año 2005. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados al intento suicida **Métodos:** Se trabajó finalmente con 158 casos analizándose variables socio demográficas, datos relacionados con el intento, evolución, seguimiento y calidad de la atención. **Resultados:** Encontramos que las variables asociadas con peor pronóstico para intento suicida fueron: ideación suicida persistente luego de la atención inicial y la existencia de previos intentos suicidas, estas dos variables representaron un riesgo relativo de complicaciones entre 3 y 9 veces mayor. **Conclusiones:** Debe realizarse un formato para consignar en este, de manera sistemática, las variables que determinen incremento del riesgo suicida como ideas suicidas, premeditación del intento e intentos suicidas previos.

Palabras clave: Intento suicida, ideas suicidas, depresión mayor, conducta suicida

Recibido para evaluación: julio 15 de 2009. Aprobado para publicación: Agosto 30 de 2009.

- * Médico psiquiatra, docente facultad de ciencias de la salud Universidad del Cauca. Director grupo de investigación en neurociencias de la Universidad del Cauca.
- ** Médico y cirujano Universidad del Cauca
- *** Médico y cirujano Universidad del Cauca, docente titular departamento de medicina social y salud familiar, facultad de ciencias de la salud, Universidad del Cauca

Correspondencia: Andrés Dulcey Cepeda. Departamento de medicina interna, facultad de ciencias de la salud, Universidad del Cauca. Correo electrónico: adulcey@unicauca.edu.co

ABSTRACT

Introduction: This paper presents a descriptive retrospective trial about suicide attempts, hospitalized in emergency services of the hospital Susana López de Valencia, in Popayán, during 2005. **Objective:** To determine risk factors associated with attempted suicide. **Methods:** We worked with 158 cases. The analyzed variables were socio demographic, of context of attempt, evolution, follow up, and quality of attention. **Results:** We found positive association between worst forecast and persistent suicidal ideation and previous suicide attempts. Those associations represented a relative risk for morbidity three and nine times bigger. **Conclusions:** There must be a record in this format, systematically, the variables that determine increased suicide risk and suicidal ideation, intent and premeditation of previous suicide attempts.

Key words: Suicide attempt, suicidal ideation, major depression, suicidal behaviour.

INTRODUCCIÓN

La OMS define el suicidio como la muerte ocasionada por una lesión auto inflingida informada como intencional y realizada de manera conciente, igualmente define el intento suicida como una lesión auto inflingida acompañada de franca intencionalidad suicida, aunque sin consecuencia letales inmediatas.

La definición tiene vacíos y deja sin resolver algunas dudas, por ejemplo: ¿cuán conciente está de querer morir un menor de edad? ¿Alguien bajo los efectos de una sustancia psicoactiva estaba conciente de sus actos al intentar el suicidio? ¿Un paciente esquizofrénico al momento de auto agredirse letalmente está plenamente conciente? Además debemos contar con los sentimientos ambivalentes del paciente con conducta suicida hacia la vida, que suelen modificarse notoriamente antes y después de ser atendido en un servicio de urgencias por una lesión auto inflingida, entonces esta definición categórica del intento suicida podría llevarnos a dejar de diagnosticarlo si la seguimos de manera literal.

Kreitman, en 1969 acuña el termino “para suicidio”, para referirse a aquellas lesiones auto inflingidas, no mortales, independientes del grado de letalidad de las mismas y sin intención letal al cometerlas. El concepto de para suicidio abarca un amplio espectro de actos auto agresivos y es sinónimo para algunos de “gesto suicida”

En nuestro medio diagnosticamos y manejamos como intento suicida todo intento de auto lesión, independiente del grado de intencionalidad o de la severidad de las consecuencias del acto auto lesivo.

Las cifras colombianas de intento suicida, obtenidas a partir de la primera encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (Gómez-Restrepo y colaboradores, 2002), arrojaron una prevalencia para in-

tentos de suicidio en el último año y a lo largo de toda la vida del 1.2% y el 4.25% respectivamente. Las anteriores cifras se obtuvieron luego de encuestar a 21.998 personas en todo el país.

El estudio de la OMS de 2001 menciona como cada año fallece por suicidio un millón de personas en todo el globo, dándose un suicidio cada 18 minutos y un intento cada minuto.

En Colombia, según datos del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, la mortalidad asociada al suicidio fluctúa entre los 3 casos por 100.000 habitantes/año (1981) y los 5 por 100000 habitantes – año (1999) Las cifras de la primera década del milenio son similares, el 2005, por citar un caso, arrojó cifras de 3.9 por 100.000 habitantes/año.

Los datos para Popayán, según el instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, revelan cifras de mortalidad ligada a suicidio de 9 por 100.000 habitantes /año, registrándose un promedio de 24 casos anuales de suicidio documentado. La excepción la marcó el año 2004, cuando (sin que hasta ahora exista una explicación para ello), la incidencia del suicidio se disparó en nuestro municipio hasta los 36 casos.

La dirección departamental de salud del Cauca, en datos registrados en la revista Forensis, del instituto colombiano de medicina legal y ciencias forenses, afirma que Popayán, en el año 2008, registró una tasa de 12.6 suicidios por 100.000 habitantes Nuestro municipio prácticamente duplica las cifras promedio de suicidio en Colombia, pero existen muchos otros en los que estas cifras son peores, Popayán se sitúa en lugares intermedios dentro de la tabla que posiciona a los municipios colombianos con mayores cifras registradas de suicidio. Comparadas las cifras payanesas con las de otros municipios caucanos, encontramos datos mas preocupantes en: Puracé: 26.8 suicidios por 100.000 habitantes /año; Florencia 16.7 suici-

dios por 100.000 habitantes /año; Balboa 16.7 suicidios por 100.000 habitantes /año y Argelia 16.1 suicidios por 100.000 habitantes año. En todos los municipios caucanos, el suicidio en hombres es por lo menos, dos veces más frecuente que en mujeres.

En todo el mundo, los datos de suicidio consumado e intento suicida tienen el enorme problema del sub registro, pues suelen diagnosticarse las muertes no como suicidio sino como por “intoxicación”, “herida por arma de fuego”, etc. El reporte del IS también se sub registra, pues suele ser para el paciente y sus familiares un motivo de vergüenza reportarlo, igualmente muchos casos de auto lesión ni siquiera consultan a los servicios de salud.

Dependiendo del lugar y la metodología empleada en la medición de las variables, las cifras del intento suicida superan entre 20 y 40 veces las del suicidio consumado.

González Forteza y colaboradores del instituto nacional de psiquiatría Ramón de La Fuente, de México, distrito federal, caracterizaron la población adolescente con reporte de intento suicida, ellos encontraron que la mujer comete el intento tres veces más frecuentemente que el varón, el método más utilizado allá, por ambos sexos fue la herida superficial con arma corto punzante, el factor disparador más frecuente es, de lejos, un problema familiar y la mitad de los adolescentes encuestados aseguraba presentar un franco deseo de morir en el intento. En este estudio, como en el nuestro, se tomó como IS toda lesión auto inflingida.

Según el estudio de Gómez –Restrepo y colaboradores, de los departamentos de psiquiatría y epidemiología clínica y bioestadística, de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia, los factores asociados al intento de suicidio cometido en el último año en Colombia, son: tener entre 15 y 21 años de edad, presentar depresión o ansiedad diagnosticadas, haber consultado al médico general por “nervios” durante el último año, ser víctima de un abuso verbal reciente, o tener valores morales diferentes a los de su familia.

Un estudio posterior, adelantado por Sánchez Pedraza, Guzmán y Cáceres Rubio, de la Universidad Nacional de Bogotá, Colombia, midió la imitación como factor de riesgo para ideas suicidas en un grupo de universitarios adolescentes. Este estudio buscaba confirmar o descartar la creencia respecto a una especie de “efecto dominó” que al parecer tiene la conducta suicida, tomando en vulnerable a cometerla por parte de las personas cercanas a quien la realizó, si se trata de un adolescente. El trabajo de Sán-

chez-Pedraza y colaboradores encuestó a 197 estudiantes universitarios adolescentes, definiendo como riesgo de imitación, el recibir recientemente información acerca del suicidio de un amigo, desarrollando ideas suicidas poco después. El trabajo sugiere que la población adolescente vulnerable, (aquella que presenta consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de ansiedad o marcado aislamiento social) tiene riesgo de imitación sí el suicidio lo comete un amigo, la población adolescente sin la vulnerabilidad, no presenta este riesgo.

El factor de imitación podría asociarse a dos circunstancias completamente disímiles: los adolescentes tienden a imitar las conductas suicidas de sus amigos o bien, de manera inconciente, los adolescentes suicidas se buscan entre sí, circunstancia descrita por Philips en 1974, y aparentemente comprobada en diversos lugares del planeta anotando como, luego de la difusión de un acto suicida por los medios masivos de comunicación, las cifras del mismo parecieran dispararse en ese sitio.

Los primeros datos al respecto del factor imitativo provienen de la Alemania del siglo XVIII, cuando Wolfgang von Goethe escribió “Las desventuras del joven Werther”, una romántica y triste novela, en la que el protagonista principal comete suicidio debido a una pena de amor. Se dice que esta novela provocó una auténtica ola de suicidios de los adolescentes a lo largo y ancho de Alemania: los jóvenes lectores se suicidaban dejando a su lado la página de la novela que describía la muerte del infortunado enamorado, a este fenómeno se le llamó: “efecto Werther”. Igualmente se describe como parecen dispararse las cifras de suicidio cuando una figura mediática juvenil lo intenta a su vez.

En un extenso trabajo, García-Valencia y colaboradores de los departamentos de psiquiatría y epidemiología clínica, de la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia evaluaron a 238 personas ingresadas a los servicios de urgencias de diferentes centros asistenciales de Medellín, Colombia, con diagnóstico de intento suicida, entre los años 2004 y 2006. Este trabajo logra asociar con intento suicida de alto riesgo las siguientes variables: método violento, intoxicación por una sustancia psico – activa al momento del intento, puntaje bajo en la escala de razones para vivir y el diagnóstico de depresión mayor. Este trabajo marca una diferencia importante con los trabajos previos, en los que se enfatiza en factores de riesgo suicida, pero no se miden, como en este caso, los factores protectores contra el suicidio en las poblaciones estudiadas.

Pérez Olmos y colaboradores, de la Universidad del Rosario de Bogotá, Colombia, caracterizaron un grupo de

pacientes atendidos por intento suicida en centros de atención primaria de Bogotá, entre Octubre de 2004 y Octubre de 2005, además siguieron la cohorte un año más para determinar si existía ideación suicida persistente.

El grupo de Pérez Olmos, recolectó 156 casos, y realiza el seguimiento con 77 de estos, hallando ideación suicida en 27 de estos últimos. El grupo original estaba compuesto predominantemente por mujeres (66.7%) y los conflictos familiares (35.2% de los casos) y de pareja (35.2% de los casos) fueron los factores desencadenantes más frecuentes. Este trabajo reporta ideación suicida persistente asociada con el ser mayor de 31 años, haber realizado más de un intento suicida, estar desempleado y presentar al momento de la evaluación conflictos de pareja o familiares sin resolver.

Datos de algunos estudios sugieren que poblaciones minoritarias o en condición de vulnerabilidad, tienen un riesgo mayor de comportamiento suicida (un espectro de conducta que va desde la idea suicida hasta el suicidio consumado, pasando por el intento) que la población general: el grupo de Breslau, Maxwell, Miller y Medina Mora, reporta un riesgo 1.8 veces mayor para mexicanos residentes en Estados Unidos, comparados contra población general. Este trabajo igualmente resalta como el riesgo suicida es mayor en la población mexicano-estadounidense, incluso cuando ya la familia lleva varias generaciones viviendo el sueño americano: esta población registra un riesgo 1.56 veces mayor para comportamiento suicida que la población general.

En el mismo orden de ideas hemos de anotar los trabajos pioneros de Richard Mollica, quien trabajando con poblaciones de refugiados en Camboya y Bosnia Herzegovina, reporta un incremento de las cifras de depresión y estrés posttraumático, con una mayor incidencia de intentos de suicidio en estas poblaciones. En nuestro país, a pesar de vivir en guerra hace años, y contar con la mayor población de desplazados del mundo tales datos no existen, por lo menos no conocidos por los autores del trabajo.

Aparentemente ser víctima de diversas modalidades de violencia, constituye un factor que incrementa notoriamente el riesgo de comportamiento suicida, la violencia sexual no es la excepción: Ullman y Najdowski recientemente describieron una asociación entre ser víctima de asalto sexual y génesis posterior de comportamiento suicida. Estos investigadores encuestaron con 969 mujeres adultas, sobrevivientes a un ataque sexual en algún momento de sus vidas. Al comparar este grupo con población general hallaron un riesgo entre 3 hasta 5 veces mayor

para comportamiento suicida en relación con el grupo control conformado por mujeres que no habían sufrido esta agresión. El comportamiento suicida era más grave, frecuente y evidente en mujeres bisexuales, lesbianas o pertenecientes a minorías étnicas.

El problema del origen del comportamiento suicida puede abordarse desde perspectivas tanto socio culturales como biológicas, así se ha determinado una mayor vulnerabilidad para el comportamiento suicida en pacientes con depresión mayor, y dentro de estos, aquellos que presenten una limitada disponibilidad de la serotonina en sus sinapsis. De igual manera, el hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico documentado previamente, incrementa el riesgo de desarrollar este comportamiento.

Las cifras sobre prevalencia de suicidio e intento suicida varían de país en país, y dentro de los mismos países de región en región. Si las cifras cambian según el lugar, cambian también los métodos, las poblaciones vulnerables, los factores de riesgo asociados, esto obliga a iniciar investigaciones descriptivas encaminadas al conocimiento de la realidad local, para que sirvan de información para la acción y poder así adelantar planes de prevención.

OBJETIVOS

1. Caracterizar socio demográficamente la población que consulta al servicio de urgencias del hospital Susana López de Valencia, Popayán, por intento suicida.
2. Analizar las particularidades del tipo de intento suicida realizado por la población objeto de estudio
3. Determinar los factores de riesgo asociados al intento suicida.
4. Determinar la calidad de la atención suministrada a esta población.
5. Analizar el tipo de seguimiento que se realiza a la población estudiada por parte de la institución.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio de corte transversal, retrospectivo. La población de referencia fueron 180 casos reportados desde el servicio de urgencias con el diagnóstico de intento suicida. Se rechazaron 22 casos que no reunieron criterios de inclusión y además la información no era completa. Se aplicó un instrumento de diseño propio el cual se aplicaba retrospectivamente a las historias clínicas (fuente primaria) de los pacientes con diagnóstico confirmado de intento suicida. La base de datos se cons-

truyó a partir de los datos consignados en el instrumento. La caracterización se realizó teniendo en cuenta las variables sociodemográficas, circunstancias de tiempo y lugar, el contexto, variables asociadas directamente a intento suicida, variables ligadas a seguimiento del caso y calidad de la atención. La sistematización de los datos se efectuó en el paquete estadístico STATA V.10. Para determinar significación estadística se usó un valor de $P < 0.05$.

RESULTADOS

Los 180 casos inicialmente reportados por el servicio de estadística del hospital Susana López de Valencia de Popayán, se revisaron estudiando sus respectivas historias clínicas. Luego de esta revisión se descartaron 22 debido a poderse comprobar que no se trataba de un intento suicida ni de lesión auto inflingida (19 casos), o bien no hallar su historia clínica en el servicio (3 casos). Los hallazgos socio demográficos de la muestra estudiada (158 casos) se resumen en la Tabla 1

Según género, el 60.8% (96) fueron mujeres, y 39.2% (62) hombres, con una relación mujer/hombre de 1.54/1. La edad promedio de los intentos suicidad en general fue de 24.0 (DS +/- 8.9), la mediana de edad fue de 23 años, con una edad mínima de 10 y una máxima de 69 años. Para los hombres el promedio de edad fue 26.9 años (DS +/- 10.8), una mediana de 25 años una edad mínima de 10 y máxima de 69 años; para las mujeres fue de 22.0 años (DS +/- 7.09), mediana de 21 años y una mínima de 12 y máxima de 46 años. El grupo de edad de mayor frecuencia fue el de 18 a 34 años con 67.1% (106).

El 75.3% (119) de los intento suicida provienen del área urbana de Popayán. El 59.5% (94) de los intento suicida se presentaron en personas solteras. La escolaridad no se determinó en el 48.7% (77) de los casos, un 25.3% (40) de quienes realizaron intento suicida tenían estudios de bachillerato incompleto. El 44.9% (70) y el 39.7% (62) de los intento suicida se produjeron en los estratos uno y dos. La ocupación más frecuentemente asociada con el intento suicida fue el ser ama de casa con un 28.5% (46). La gran mayoría de los pacientes atendidos por intento suicida provenían del área urbana de Popayán, con el 75.9% (119) y el área de influencia del hospital Susana López de Valencia, es decir: Popayán y sus municipios aledaños, que conformaban lo que otrora se denominaba la regional centro del servicio de salud del Cauca, aportaron 147 de los 158 casos registrados de intento de suicidio en el 2005 (93.04% de la muestra)

Tabla 1. Características socio demográficas de los individuos diagnosticados con intento de suicidio.

Características	n.	%	Características	n.	%
Género			Estrato		
Masculino	62	39.2	0	1	0.6
Femenino	96	60.8	1	70	44.9
Edad en años			2	62	39.7
Menor de 18	35	22.1	3	15	9.6
De 18 a 34	106	67.1	4	4	2.6
De 35 a 49	17	10.8	5	2	1.3
Municipio			6	2	1.3
Popayán	119	75.3	Régimen de salud		
Otro	24.7	24.7	Vinculado	54	34.2
Área			Contributivo	15	9.5
Rural	39	24.7	Subsidiado	44	27.8
Urbana	119	75.3	Particular	45	28.5
Estado civil			Ocupación		
Soltero	94	59.5	Estudiante	32	20.2
Casado	29	18.3	Ama de casa	45	28.5
Viudo	3	1.9	Empleado (formal)	24	15.2
Separado	1	0.6	Subempleado/independiente	33	20.9
Unión libre	30	19.0	Desempleado	10	6.3
No determinado	1	0.6	Sin dato	8.9	4.8
Escolaridad					
Nula	4	2.5			
Primaria	25	15.9			
Bachillerato	40	25.3			
Universidad	12	7.6			
Sin dato	77	48.7			

Fuente: Estadística, historias clínicas, Hospital Susana López, 2005

Las características de tiempo y contexto asociadas al intento se resumen en la Tabla 2

El tipo de duelo más frecuente, en los 71 casos determinados fue un problema de pareja, con 28 casos (39.43% del total de pacientes con duelos), seguidos por un problema familiar, generalmente una situación en la cual el paciente aseguraba ser víctima de abuso verbal, con 19 casos (26.76%). Otros tipos de duelo identificados fueron la muerte reciente de un ser querido: 9 casos; problemas económicos o laborales con 8 casos; problemas académicos: 3 casos; problemas médicos: 2 casos; estar preso y abuso sexual reciente con un caso cada uno.

El mes con mas intentos suicidas registrados fue Agosto: 20 casos y Septiembre el mes con menos casos: 8. Cuatro pacientes (2.5%) estaban psicóticos al realizar el IS, 2 con depresión psicótica y 2 con esquizofrenia. La embriaguez estuvo presente en el 26% (41) de los intentos suicidas

De los 158 casos, 141 (89.24%) usaron la intoxicación como método suicida exclusivamente, 9 (5.79%) casos usaron como método la herida con armas corto punzantes, 3 (1.9%) emplearon el ahorcamiento y 5 (3.16%) utilizaron diversas combinaciones de métodos. Dentro de aquellos pacientes que utilizaron combinaciones 4 utilizaron el tóxico entre los métodos empleados, así entonces 145 de los 158 casos emplea la intoxicación como método auto lesivo o suicida. A su vez, los tóxicos más empleados fueron los inhibidores de colinesterasas con 93 casos (64.14%), seguidos de la intoxicación por diversos medicamentos con 31 casos (21.38%). Las restantes variables asociadas al intento suicida se resumen en la Tabla 3

La intencionalidad logró establecerse en 58 casos (36.71%), siendo esta negativa en 36 (22.78%) y sin datos en 64 casos (40.51%). La premeditación logró establecerse en 33 casos (20.89%), siendo esta negativa en 78 (40.37%) y sin datos en 47 casos (29.75%). Respecto a las redes de apoyo social o familiar, encontramos que cada una de estas variables no fue determinada en 86 casos (54.43%)

Un caso registraba doble diagnóstico: alcoholismo y depresión mayor. No siempre los antecedentes previos y el diagnóstico psiquiátrico actual coincidían, por ejemplo: en el caso del desorden de estrés postraumático, (DEPT), el paciente registraba este diagnóstico en su historia clínica, pero los signos y síntomas del cuadro mencionado ya habían cesado en el momento de la evaluación por su intento suicida. Lo contrario ocurrió con un paciente que no registraba antecedente psiquiátrico documentado pre-

vio al intento suicida, pero con la evaluación clínica se le diagnosticó una esquizofrenia.

Tabla 2. Características de tiempo y contexto

CARÁCTERÍSTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hora ingreso		
00 – 05: 59	30	18.99%
06 – 11: 59	27	17.09%
12 – 17: 59	48	30.38%
18 - 23: 59	53	33.54%
Día de la semana		
Lunes	28	17.72%
Martes	14	8.86%
Miércoles	20	12.66%
Jueves	19	12.03%
Viernes	17	10.76%
Sábado	18	11.39%
Domingo	42	26.58%
Duelo reciente		
Si	71	44.94%
No	83	52.53%
Sin dato	4	2.53%
Psicosis		
Si	4	2.53%
No	154	97.47%
Embriaguez		
Si	41	26%
No	117	74.%
Método		
Intoxicación	141	89.2%
Herida por arma corto punzante	9	5.7%
Ahorcamiento	3	1.9%
Combinación	5	3.2%

Fuente: historias clínicas, hospital Susana López, 2005.

Tabla 3. Otras variables asociadas al intento suicida

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Factor imitativo		
Presente	6	3.80%
Ausente	129	81.65%
Sin dato	23	14.56%
Red de apoyo social		
Adecuada	49	31.01%
Inadecuada	23	14.56%
Sin dato	86	54.43%
Red de apoyo familiar		
Adecuada	52	32.91%
Inadecuada	20	12.06%
Sin dato	86	54.43%

Los factores de riesgo asociados se resumen en la Tabla 4

Un 95.56% de los pacientes no registraba antecedentes familiares psicopatológicos previos. Respecto a antecedentes personal, el antecedente personales estos fueron negativos en un 65.19% (103), en los 55 casos restantes el más común fue la depresión mayor, presente en el 29.75% del total (47 casos). Un 18,35% (29) había cometido un IS previo. La depresión mayor fue el diagnóstico mas frecuente, evidente en la mitad de los casos. Un 32.91% (52) no tuvieron diagnóstico.

Las variables que midieron la calidad de la atención se resumen en la Tabla 5 y las que midieron seguimiento se resumen en la Tabla 6

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas al comparar género y embriaguez al momento del intento (Tabla 7). Aunque la asociación parece tener una fuerte significancia estadística, al realizar la regresión logística encontramos que estos datos pueden ser atribuibles al azar.

Al realizar las regresiones logísticas y calcular los *odds ratio* para las respectivas evoluciones en relación con un intento previo positivo, hallamos que al asociar la evolución "remitido a nivel III" con un intento suicida previo, existía una asociación positiva entre estas dos variables,

Tabla 4. Factores de riesgo asociados

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antecedente familiar		
Negativos	151	95.56%
Suicidio	3	1.89%
Depresión	2	1.26%
Depresión e intento suicida	1	0.63%
Juego patológico	1	0.63%
Intento previo		
Negativo	129	81.65%
Positivo	29	18.35%
Ideación suicida posterior		
Si	27	17.09%
No	85	53.80%
Sin dato	46	29.11%
Diagnóstico posterior		
Depresión	79	50%
Reacción adaptativa	16	10.13%
Fármaco dependencia	3	1.9%
Trastorno por ansiedad generalizado	3	1.9%
Esquizofrenia	2	1.27%
Depresión psicótica	2	1.27%
Alcoholismo	1	0.63%
Sin diagnóstico	52	32.91%
Antecedentes personales		
Negativos	103	65.19%
Depresión	47	29.75%
Alcoholismo	2	1.27%
Consumo psicoactivos	2	1.27%
DEPT	3	1.9%
Esquizofrenia	1	0.63%

Tabla 5. Variables que miden calidad de la atención

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Atendido por salud mental		
Si	113	71.51%
No	45	28.49%
¿Por qué no fue atendido por salud mental?		
Desconocida	33	73.33%
Remitido a nivel III	6	13.33%
Alta voluntaria	5	11.11%
Fuga	1	2.22%
Introspección		
Adecuada	49	31.01%
Inadecuada	45	28.49%
Sin dato	64	40.51%
Prospección		
Adecuada	44	27.85%
Inadecuada	50	31.65%
Sin dato	64	40.51%

Tabla 6 Variables que miden seguimiento

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Evolución		
Salida	128	81.01%
Remitido nivel III	24	15.19%
Hospitalizado en nivel II	5	3.16%
Fuga	1	0.63%
Muerte	0	0
Reincidencia en la institución		
Si	1	0.63%
No	157	99.37%
Consulta externa salud mental		
Si	37	23.42%
No	121	76.58%

Tabla 7. Asociaciones al comparar género y embriaguez al momento del intento.

Género	Embriaguez		Total
	Si	No	
Hombres	29 70.73%	33 28.21%	62 39.24%
Mujeres	12 29.27%	84 71.79%	96 60.76%
Total	41 100%	117 100%	158 100%

Pearson $\chi^2 = 23.0295$ $P < 0.0001$

Encontramos una asociación estadísticamente significativa al asociar intento previo con evolución (Tabla 8).

Tabla 8. Asociación de intento previo con evolución.

EVOLUCIÓN	INTENTO PREVIO		TOTAL
	Negativo	Positivo	
Hospitalizado nivel II	5 3.88%	0 0	5 3.16%
Remitido Nivel III	13 10.08%	11 37.93%	24 15.19%
Salida	110 85.27%	18 62.7%	128 81.01%
Fuga	1 0.78%	0 0	1 0.63%
Total	129 100%	29 100%	158 100%

Pearson $\chi^2(2): 15.0153$ $P = 0.02$

estadísticamente significativa, no atribuible al azar. El odds ratio para la anterior asociación fue de 5.254981, con un intervalo de confianza entre 2.121458 y 14.0163. Esta asociación era positiva para ambos géneros, pero mucho más para el género masculino, en cuyo caso el odds ratio se elevaba hasta 9

Al asociar la evolución "salida" con un intento suicida previo, encontramos una asociación negativa entre estas dos variables, no atribuible al azar. El odds ratio fue de 0.2826446 con un intervalo de confianza entre 0.115573 y 0.691230.

El intento suicida previo se asoció, igualmente, con la presencia de ideación suicida posterior. Al comparar ideación suicida con intento previo, se encontró una asociación estadísticamente significativa, con una $P=0.02$. Al realizar la respectiva regresión logística encontramos una asociación positiva, no dependiente del azar, entre las variables: “intento suicida previo” e “ideación suicida al egreso de urgencias”, con un *odds ratio* de 3.4574 y un intervalo de confianza entre 1.3817 y 8.7018.

Al asociar las variables “intento suicida previo” e “ideación suicida ausente al egreso de urgencias”, no pudimos demostrar una asociación negativa. Otro hallazgo significativo lo determinamos al comparar ideas suicidas posterior a la emergencia médica, con la evolución (Tabla 9).

Al cruzar las variables “ideación suicida positiva” con la remisión a III nivel, encontramos un riesgo relativo indirecto (*odds ratio*) de 13.03, con un intervalo de confianza entre 4.8 y 35. Igualmente comparamos el hecho de haber sido o no atendidos por salud mental, y la determinación de factores que llevan a considerar un intento suicida como de alto riesgo: intencionalidad de morir previo al intento, premeditación, ideas suicidas presentes luego del intento suicida y su atención inicial, así como la valoración de introspección y prospección.

Encontramos que, aunque salud mental evaluó 113 de los 158 pacientes de la muestra, omitió anotar datos acerca de intencionalidad suicida en 29 casos (25.66% de los evaluados por salud mental), de premeditación en 15 (13.27%), de ideación suicida en 9 (7.26%), de introspección en 20 (17.70%) y prospección en 20 (17.70%) Incluso 10 pacientes (8.84% de la muestra) evaluados por salud mental no tenían diagnóstico psiquiátrico al egreso. Dicho el mismo dato de otra manera: de los 52 pacientes que cometieron el intento suicida y salieron sin diagnóstico psiquiátrico, esa ausencia de diagnóstico es atribuible al profesional en salud mental en 10 casos.

No encontramos asociación alguna al cruzar las variables método y edad, así como tampoco entre método y sexo o método respecto a la procedencia (urbano o rural)

No encontramos asociaciones significativas al comparar área de procedencia (rural o urbana), con la evolución del caso. Igualmente las asociaciones no se hallaron al comparar diagnóstico psiquiátrico y evolución. El hecho de presentar o no un diagnóstico psiquiátrico documentado, antes o después del intento suicida, tampoco se asocia con el tipo de evolución seguida por cada caso.

Tabla 9. Comparación entre ideas suicidas posterior a la emergencia médica, con la evolución.

EVOLUCIÓN	IDEAS SUICIDAS			TOTAL
	Negativo	Positivo	ND	
Hospitalizado nivel II	2 2.35%	1 3.70%	2 4.3%	5 3.16%
Remitido Nivel III	4 5.41%	14 51.5%	6 13.4%	24 15.19%
Salida	79 92.94%	12 44.4%	37 80.4%	128 81.01%
Fuga	0 0.	0 0	1 2.17%	1 0.63%
Total	129 100%	27 100%	46 100%	158 100%

$P=0.001$

DISCUSIÓN

Este es el primer trabajo, adelantado en el Cauca, que caracteriza una población que consulta con frecuencia a los diferentes servicios de urgencias de Popayán. Se tomaron todos los casos que se diagnosticaron como intento suicida durante todo el año 2005 (158 casos) Sus hallazgos, no pueden extrapolarse sin reservas a toda la población caucana, puesto que el tipo de pacientes atendido en esta institución tiene particularidades, sin embargo, aunque sus conclusiones no puedan generalizarse, si constituyen una aproximación inicial valiosa al estudio de este fenómeno.

El solo número de pacientes atendidos, en una única institución, llama la atención: 158 casos en un año, contra 238 personas atendidas en diversos centros de Medellín, (una ciudad con una población cuatro veces mayor a la de Popayán).

El paciente que intenta el suicidio, dentro de nuestra muestra, suele ser una mujer en poco más del 60 por ciento de los casos, cifras que coinciden con otros reportes nacionales como los ya citados de Pérez Olmos en Bogotá y García Valencia en Medellín.

El rango de edad más frecuentemente asociado con el IS, en esta muestra, fue entre 18 y 34 años, con un 67% del total. Proviene predominantemente del área urbana del municipio de Popayán (75%). Es ama de casa (28%) En un 48% de los casos no se determina su escolaridad. El régimen de salud más frecuentemente asociado a esta pa-

tología es el vinculado (34%), sin que deje de llamar la atención, y poderosamente, la cantidad de pacientes del sector particular, que pagan de su bolsillo la atención en urgencias por intento suicida (28% de la muestra), en un hospital de la red pública, en el Cauca, donde la mayoría de la población vive bajo el nivel de pobreza y pertenece al sector pomposamente llamado "vinculado".

Quien intenta suicidio y es atendido en el hospital Susana López de Valencia, Popayán, ingresa a urgencias los domingos por la noche o los lunes en la madrugada, estos dos días, a estas horas, suman el 45% del total de ingresos por esta causa. Debemos aclarar que la hora de ingreso a urgencias no suele ser la hora en que el paciente comete el intento suicida. No existe un mes dentro del cual se disminuya o incremente significativamente la cifra de intentos suicidas.

En poco más de la mitad de los casos (52%), los pacientes no expresaron vivir un duelo que pudiesen asociar con el intento suicida. El duelo mas frecuente fue un problema de pareja, o discusiones con los padres. El abuso sexual reciente fue una circunstancia que solo pudo determinarse en un caso El intento suicida se realiza sin estar bajo el influjo de psicoactivos en el 75% de las ocasiones. En menos de 3% se asociaron IS y psicosis.

La embriagarse para cometer un IS es una actitud predominantemente masculina en nuestra muestra. No pudo objetivarse en nuestra muestra la presencia del factor imitativo, (en el 86% estaba ausente) Las redes de apoyo social y familiar no se determinan en estos casos en un 54% de las ocasiones.

Nuestra población intenta el suicidio fundamentalmente mediante la intoxicación (89.24%), siendo los inhibidores de acetil colinesterasa las sustancias mas socorridas para este fin. Dentro de estas existe una especialmente, de venta libre, que se obtiene en la calle, en Junio de 2009, al precio de 500 pesos (30 centavos de dólar) la dosis.

Solo un paciente, de los 158 registrados, volvió a intentar el suicidio ese mismo año, siendo atendido en esta institución. Ese paciente, luego de su segundo intento, terminó en la unidad de cuidados intensivos del hospital San José de Popayán, donde permaneció cerca de un mes. Fue diagnosticado finalmente como un trastorno afectivo monopolar depresivo.

El paciente que intenta suicidio en nuestra muestra, en su mayoría no regresa a consulta externa de salud men-

tal, aunque sea valorado en urgencias por profesionales de esta rama. Solamente 37 pacientes, un 23.42% de la muestra siguen en control ambulatorio.

Mayoritariamente, (65%) los pacientes que cometen IS no tienen un antecedente psicopatológico documentado, siendo la depresión mayor el antecedente positivo más común (29.75%)

El diagnostico psiquiátrico más frecuente fue la depresión en 81 casos (52.27%) seguido de las reacciones adaptativas en 16 ocasiones (10.13%). Este diagnóstico de egreso no se realizó en un 32% de los casos.

No se registró, durante el año 2005, un solo caso de muerte por suicidio en el hospital Susana López de Valencia. Siendo esta institución un hospital de nivel II, los casos complicados se remiten rápidamente o simplemente ingresan directamente a instituciones de mayor complejidad. La evolución más frecuente fue la salida con tratamiento ambulatorio en un 81% de los casos. No encontramos diferencia alguna entre la s evoluciones de los pacientes dependiendo del área de su procedencia (urbano o rural).

Al no reportarse casos de mortalidad, la peor evolución posible, en nuestra muestra, era "remisión a nivel III", debido a que eran estos pacientes quienes presentaban una condición médica de peor pronóstico o de manejo más difícil, o bien, era necesario remitirlos para atención psiquiátrica.

Al buscar un factor predictor para la evolución de peor pronóstico, hallamos como el intento previo se asociaba definitivamente con esta posibilidad. Los pacientes con intento previo presentaban un riesgo relativo indirecto cinco veces mayor de ser remitidos que aquellos sin intento previo. El *odds ratio* para la anterior asociación fue de 5.254981, con un intervalo de confianza entre 2.121458 y 14.0163. Esta asociación era positiva para ambos géneros, pero mucho mas para el género masculino, en cuyo caso el *odds ratio* se elevaba hasta 9. Es decir, un paciente hombre, con intento suicida previo, tiene un riesgo de complicarse 9 veces mayor que aquel que no presenta ese antecedente. El intento previo es igualmente predictor de ideación suicida posterior a la atención de la emergencia médica, pues hallamos un riesgo relativo tres veces mayor para ideación suicida si existía intento previo. Esta anterior circunstancia debe obligar al médico que atiende el intento suicida en urgencias a ser especialmente atento a determinar este antecedente, y en caso de este ser positivo, afinar su nivel de alerta ante una posible complicación del cuadro clínico.

De la misma manera, el intento previo se asociaba negativamente con la mejor evolución posible en nuestra muestra: "salida". Sí el paciente había cometido un intento previo, tenía un riesgo relativo tres veces menor de presentar la mejor evolución posible.

Otro factor fuertemente predictor de mal pronóstico fueron las ideas suicidas persistentes, luego de la atención médica inicial. Esta variable presente se asociaba con un riesgo relativo 13 veces mayor de terminar siendo remitido a un nivel III. De los 27 pacientes que reportaron ideas suicidas, 14 fueron remitidos.

Además de encontrar factores predictivos de mal pronóstico en intento suicida, hallamos vacíos en la calidad de la atención prestada a este tipo de pacientes, vacíos que fueron dejados precisamente por profesionales de salud mental, al no determinar ideación suicida en un 7%, no realizar diagnóstico en un 8%, no determinar intencionalidad (25%), introspección ni prospección (17.7% en cada una). Estas omisiones inexcusables, cuestionan seriamente la calidad de la atención y deben subsanarse.

A este respecto, el equipo de Swets, Dawnes y Monahan, publicó en el 2000 una interesante revisión, anotando como los expertos en un determinado tema del conocimiento, desde ciencias de la salud hasta mecánica, tienden a confiar en sus años de práctica, dejando vacíos al evaluar una situación determinada. Tales omisiones suelen tener resultados desagradables cuando la decisión final es dicotómica.

En el caso del intento suicida, la decisión final del profesional de salud mental es dicotómica: el paciente se hospitaliza porque tiene riesgo suicida alto, o no. Y para tomar la decisión, el profesional no solo debe llenarse de razones, debe registrarlas en la historia clínica. Para evitar esas omisiones potencialmente riesgosas en un futuro, debemos diseñar una guía, un protocolo estandarizado de manejo, así el profesional que se enfrente a cada caso se verá en la obligación de reportar en la historia clínica unos datos concisos, precisos y accesibles para cualquiera que lea la historias.

RECOMENDACIONES

El médico general debe indagar inicialmente la existencia de intentos de suicidio previos, pues este es un factor de mal pronóstico en cuanto a morbilidad. El paciente suicida con intentos previos tiende a complicarse más y fre-

cuentemente requiere atención en salud en altos niveles de complejidad.

El profesional en salud mental está obligado a determinar el riesgo suicida con la máxima precisión posible, para evitar omisiones deben diseñarse formularios que registren datos sobre premeditación del intento, diagnóstico psiquiátrico pre y post intento, ideación suicida posterior al mismo.

AGRADECIMIENTOS

Al personal que labora en la sección de estadística del hospital Susana López de Valencia, especialmente a Gustavo Camacho, Walter González, Román Álvarez y Julián Burbano sin cuyo auxilio permanente y compañerismo no hubiésemos podido realizar este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Organización Mundial de la Salud.** Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra. Departamento de salud mental y toxicomanías. Organización mundial de la salud. 2001.
2. **Baca García E, Aguilar García.** Suicidio, en: Tratado de psiquiatría, 1ª edición. Vallejo Ruiloba Julio, Leal Corcos Carmen, editores académicos. ARS médica editores. Barcelona 2005.
3. **Hauley J, Ghosh B, Huggins J, Bell W.** A review of "suicidal intent" within the existing suicide literature. *Suicide and life – Threatening behaviour* 2008; 38 (5): 576 -592
4. **Pérez Olmos I, Ibáñez Pinilla M, Reyes Figueroa J.C, Atuesta Fajardo J, Suárez Díaz M.** Factores asociados al intento suicida persistente en un centro de atención primaria, Bogotá, 2004 -2006. *Rev salud pública* 2008; 10 (3): 374- 385
5. **Breslau J, Maxwell Su, Miller M, et al.** Immigration and suicidal behavior among mexicans and mexican americans. *American J of public health* 2009; 98 (4): 728 – 734.
6. **Mollica R.** Heridas invisibles. *Investigación y ciencia* 2000; 287: 70 – 73.
7. **Ullman S, Najdowski C.** Correlatos of serious suicidal ideations and attempts in female adult sexual assault survivors. *Suicide and life – Threatening behaviour* 2009; 39 (1): 47 -58
8. **Kreitman N, Philips AE.** Parasuicide. *Br j of psychiatry* 1969; 115: 746 -747.

9. **Gómez Restrepo C, Rodríguez Malagón N, Bohórquez A, Diazgranados N, Ospina García B y col.** Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev col. de psiquiatría* 2002; 31 (4): 271 – 286.
10. **Murray CL, López G editors.** The global burden of disease and injury series- Vol 1: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge. Published by the Harvard school of public health on behalf of World Health Organization and the World Bank. Harvard University Press 1996.
11. **World health Organization.** The world health report 2001: mental health , new understandings, new hope. Geneve WHO; 2001.
12. **Sánchez Pedraza R, Guzmán Y, Cáceres Rubio H.** Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Rev col de psiquiatría* 2006; 34 (1): 12 -25
13. **Philips DP.** The influence of sugestión on suicide, substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am social Rev* 1974; 39: 340 -354
14. **González Forteza C, Villatoro Velásquez J, Alcántar Escalera I, Medina Mora M y col.** Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud mental* 2002; vol 25 (6): 1 -12.
15. **García Valencia J, Palacio Acosta C, Arias S, Ocampo M y col.** Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Rev col de psiquiatría* 2007; Vol 36 (1): 610 -627
16. **Alcaldía mayor de Bogotá,** secretaría de gobierno. Investigación sobre el suicidio en Bogotá. Facultad de ingeniería, Facultad de ciencias humanas, Centro de estudios sociales. Universidad nacional de Colombia. Bogotá
17. **Dulcey Cepeda A.** Urgencias psiquiátricas. *Rev facultad de ciencias de la salud. Universidad del Cauca* 2004; 6 (3) 31 -47
18. **Swets J, Dawes R, Monaghan J.** Decisiones racionales. *Investigación y ciencias* 2000; 291: 114 -119