



SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES
REVISTA CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
Año 7 Vol. 1 No. 8 (Pags. 101-116)

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA EN MOCOA

Adriana Patricia Madroñero Hernández¹, Nery Astrid Pabón Cadena², Cristina Cerón Souza³

Fecha de recepción: Ago 7/07

Enviado a evaluar: Sep. 10/07

Aceptado: Nov 9/07

RESUMEN

Para encontrar los factores de riesgo y de protección asociados al intento suicida en el municipio de Mocoa, se realizó un estudio analítico de casos y controles a partir de los datos de intento suicida que reporta la Dirección Departamental de Salud del Putumayo durante el año 2004. Se tomaron 50 casos con intento suicida que fueron atendidos en el Hospital José María Hernández de Mocoa y 100 controles, 50 hospitalarios y 50 poblacionales. Se encontró que los factores de riesgo con mas significancia estadística fueron: la agresión física (OR: 18,86 IC 2.27-416,6), el antecedente familiar de intento de suicidio OR: 11 IC 1.19-256,22), el antecedente personal de intento suicida (OR: 10.76 IC 2.03-75.63), los conflictos interpersonales (OR: 11.96 IC 4.71-31.4), antecedentes personales de enfermedad mental (OR : 7.43 IC 3.05-18.58), problemas económicos (OR : 6 IC 1.6-24.34), familias con disfunción moderada y severa (OR : 13.5 IC 4.60-42.52); entre factores protectores se encontraron: pertenecer a religiones diferentes a la católica (OR : 0.22 IC 0.06-0.73), tener amigos personales (OR : 0.14 IC 0.06-0.33) y tener una familia funcional (OR : 0.07 IC 0.02-0.22).

Palabras Clave: Intento suicida, suicidio, factores de riesgo, disfunción familiar.

- 1 Bacterióloga. Candidata Esp. Epidemiología. Profesional Universitario Vigilancia Epidemiológica Hospital José María Hernández. Mocoa Putumayo. E-mail apmhptm@hotmail.com
- 2 Enf. Candidata Esp. Epidemiología. Profesional Universitario Autorizaciones DASALUD, Putumayo. E-mail nerypabon30@hotmail.com.
- 3 Msc Docencia Universitaria, Esp. Epidemiología. Profesora Asistente Tiempo Completo, Directora Programa Promoción de la Salud, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Nariño. E-mail iceron@udenar.edu.co

ABSTRACT

In order to find the factors of associated risk and protection to the suicidal attempt in the municipality of Mocoa, was made an analytical study of cases and controls from the attempt data force suicide on that it reports the Departmental Direction of Health of the Putumayo during year 2004. Took 50 cases with attempt forces suicide on that they were taken care of in the Jose Maria Hernandez Hospital to Mocoa and 100 controls, 50 hospitable and 50 population ones. One was that the factors of risk with but statistical significance were: physical aggression (OR: 18.86 IC 2,27-416.6), the familiar antecedent on attempt of suicide (OR: 11 IC 1,19-256.22), the personal antecedent on attempt forces suicide on (OR: 10,76 IC 2.03-75.63), interpersonal conflicts (OR: 11,96 IC 4.71-31.4), personal antecedents of mental disease (OR: 7,43 IC 3.05-18.58), economics problems (OR: 6 IC 1.6-24.34), families with moderate and severe disfunction (OR: 13,5 IC 4.60-42.52); between protective factors they were: to belong to religions different from catholic (OR: 0,22 IC 0.06-0.73), to have personal friends (OR: 0,14 IC 0.06-0.33) and to have a functional family (OR: 0,07 IC 0.02-0.22).

Key words: Suicidal attempt, suicide, factors of risk, familiar disfunction

INTRODUCCIÓN

Se ha catalogado el comportamiento suicida como un problema de salud pública muy importante, prevenible y global. Este acto autodestructivo, es una conducta humana compleja que algunos individuos han tomado como vía de solución final a sus problemas, es una fuga a una crisis que está causando, invariablemente, intenso sufrimiento, asociado a necesidades frustradas o no satisfechas, sentimientos de desesperanza, o desamparo, conflicto entre sobrevivir en un estrés insostenible, un estrechamiento de las opciones percibidas, pero con emisión de señales de angustia por parte de la persona que lo ha cometido.

La conducta suicida es un fenómeno muy antiguo, con antecedentes desde épocas muy remotas, tan antiguo como la existencia misma de la humanidad, con cambios en sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica del momento que se esté viviendo, además es uno de los acontecimientos enigmáticos que aporta la vida humana. Son inciertas hasta el momento las razones por las cuales una persona atenta contra su vida, cuando su más preciado tesoro es la vida

misma. La conducta suicida como fenómeno, abarca el intento o tentativa y el suicidio, este último. Particularmente, con una rica historia universal.

El comportamiento suicida varía en cuanto a los grados, desde solo pensar en quitarse la vida hasta elaborar un plan para suicidarse y obtener los medios para hacerlo, intentar suicidarse y, finalmente, llevar a cabo el acto "suicidio consumado". Aunque existe mucha discrepancia acerca de la terminología para describir el comportamiento suicida, el informe mundial sobre la violencia y la salud lo establece dentro de la violencia dirigida contra uno mismo, comprendiendo el mortal, basado en el resultado para los actos suicidas que ocasionan la muerte, y no mortal para las acciones suicidas que no provocan la muerte ⁽¹⁾.

Con respecto al comportamiento suicida no mortal, muy pocos países tienen datos fidedignos y no se conoce claramente la magnitud de los intentos suicidas debido a la dificultad en recopilar la

información. Solo una minoría de los que intentan suicidarse va a los establecimientos de salud para recibir atención médica. Además, en muchos países en desarrollo, la tentativa de suicidio sigue siendo un delito penado y, por consiguiente, los hospitales no registran los casos. Por otra parte, en muchos lugares no es obligatorio notificar las lesiones y en consecuencia, no se recopila información sobre ellas en ningún nivel. La OMS indica que las cifras en relación con el tamaño de la población y en números absolutos es más prevalente en los jóvenes que en las personas mayores y con tendencia general a ser de dos a tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres ⁽²⁾

El comportamiento suicida tiene gran número de causas. Los factores que ponen a los individuos en riesgo de cometer suicidio son complejos y se influyen recíprocamente. La identificación de estos factores y la comprensión de sus funciones en el comportamiento suicida mortal y no mortal son fundamentales para prevenir los suicidios. La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva. Así mismo, existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en la identificación y el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo puede hacer disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo, y así se ha observado en países como Finlandia y el Reino Unido ⁽³⁾.

Los datos de un estudio multinacional sobre el comportamiento suicida no mortal en 13 países muestran que en el período comprendido entre 1989 y 1992, la tasa media estandarizada por edades más alta de intentos de suicidio en los hombres se encontró en Helsinki, Finlandia (314 por 100 000), mientras que la tasa más baja (45 por 100 000) se observó en Guipúzcoa, España, con un valor siete veces menor. La tasa media estandarizada por edades más alta para las mujeres se registró en Cergy- Pontoise, Francia (462 por 100 000), y la más baja (69 por 100 000)

correspondió nuevamente a Guipúzcoa. Con una sola excepción, la de Helsinki, tasas de intentos de suicidio fueron más altas en mujeres que en los hombres. En la mayoría de los centros, se observaron las tasas más altas en los grupos de menos edad, mientras que en las personas de 55 y más años de edad, fueron en general las más bajas. El método más comúnmente usado fue el envenenamiento, seguido por las cortaduras. Más de mitad de los que intentaban suicidarse hicieron más de una tentativa y casi el 20% de los segundos intentos fueron hechos dentro de los 12 meses posteriores al primero ⁽⁴⁾.

El departamento del Putumayo, ubicado al suroccidente colombiano, es dentro del territorio nacional uno de los más afectados por la violencia, que genera gran impacto en la salud mental de la población. Además, coexisten otras situaciones como las culturales (30% población indígena), pobreza, poca cobertura de seguridad social, que lo hacen más vulnerable.

De acuerdo con los datos de la Dirección Departamental de Salud del Putumayo, se encuentra en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica que en el año 2004 hasta la semana 42 se han superado sustancialmente los casos de suicidio reportado en el año 2003. El número de casos de suicidios según reportes a través de los certificados de defunción es de 17 casos en el 2003, para una tasa de 4.7 por 100.000 habitantes, para el año 2004 hasta la semana 42 se ha reportado igual número de casos para todo el departamento del Putumayo, no obstante en este período llamo la atención el número de casos ocurridos en el municipio de San Francisco, donde la tasa para el 2003 fue de 12.2 por 100.000 habitantes y para lo que va corrido del año 2004 es 3 veces mayor (36.7 por 100.000).

Con respecto a los intentos suicidas, las tasas municipales varían considerablemente, y los datos se obtienen de las fichas que ha elaborado la Dirección Departamental de Salud del Putumayo para la notificación de intoxicaciones agudas

por plaguicidas. Entre los municipios que informan los intentos suicidas en el 2003 las tasas mas altas se observan en Santiago (73 por 100.000), Sibundoy (70 por 100.000) y Mocoa (61 por 100.000), se encuentran tasas bajas en Colon(0 por 100.000), Puerto Leguizamo (10 por 100.000) y San Francisco (21 por 100.000). En los otros municipios del departamento, las tasas tienden a ubicarse entre estos extremos, por ejemplo: Valle del Guamuez con una tasa de 26 por 100.000 habitantes, Puerto Guzmán (25 por 100.000), Orito (37 por 100.000) Puerto Asís (40 por 100.000) y Villagarzón (46 por 100.000).

Para el año 2004, estas tasas aumentan considerablemente en algunos municipios del Departamento, la mas alta se presenta en Mocoa con 215 por 100.00 habitantes, es decir 3.5 veces mas alta que el año anterior, observándose que no tienen una distribución igual con respecto al sexo y la edad, la tasa para el sexo femenino es tres veces mayor a la del sexo masculino, y las tasas mas altas se encuentran en los grupos de edad de 17 a 21 años o adolescencia final o tardía (545 por 100.000), seguidas por el grupo de 22 a 24 años o adulto joven, con una tasa de 313 por 100.000 habitantes y en las edades de 14 a 16 años o adolescencia media, con una tasa de 309 por 100.000 .

Así mismo, los municipios de Colón y Villagarzón presentan tasas representativas ocupando el segundo y tercer lugar respectivamente, observándose un incremento con respecto al año anterior, es de resaltar que para el año 2003, el municipio de Colón no reportó casos, sin embargo en el año 2004 se presentaron 3 casos de intento suicida obteniéndose una tasa de 93 por 100.000 habitantes. En el municipio de Villagarzón, la tasa es de 67 por 100.000, es decir se incrementó en 1.45 veces mas con respecto al año anterior ⁽⁵⁾.

Por estos motivos esta investigación busca encontrar la asociación con los mayores riesgos en el comportamiento suicida no mortal en la po-

blación del Municipio de Mocoa Departamento del Putumayo, mediante un estudio retrospectivo de casos y controles incluyendo todos los casos en el periodo comprendido entre el 01 de enero y 31 de diciembre de 2004.

En consecuencia, se consideró necesario determinar qué factores estaban asociados al comportamiento suicida no mortal en el Municipio de Mocoa, puesto que en el departamento del Putumayo el proceso de vigilancia epidemiológica en comportamiento suicida se inicio recientemente, notificándose en fichas de intoxicación por sustancias químicas, es decir hay deficiencias en la implementación de la vigilancia de la salud pública para estos casos, creándose dificultades para obtener datos fidedignos no solo para planificar, y vigilar, sino para sensibilizar a la población y proponer políticas válidas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico de casos y controles, que tomó en cuenta 50 casos de intento suicida ocurridos en el periodo comprendido entre el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2004, con 100 controles, cincuenta hospitalarios y 50 poblacionales.

Como caso se definió toda persona consultante de la ESE Hospital José Maria Hernández, residente habitual en un periodo no inferior a un año en el municipio de Mocoa y que haya realizado cualquier acción mediante la cual el individuo se cause una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte, durante el periodo de estudio.

Como control hospitalario toda persona residente habitual del municipio de Mocoa, entre los 10 y 45 años que consulte a la Empresa Social del Estado Hospital José Maria Hernández durante el periodo del mismo año y que no haya realizado cualquier acción mediante la cual el individuo se

cause una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. El control poblacional tenía las mismas características del hospitalario, pero sin consulta en el hospital.

Las fuentes de casos fueron los registros individuales de prestación de servicios de la salud-RIPS (consulta externa, urgencias y hospitalización), historias clínicas y la ficha de intoxicación por sustancias químicas, formato en donde se registran todos los datos de los intentos suicidas, cualquiera sea el método para llevarlo a cabo.

La proporción utilizada para definir el número de controles a estudiar fue de 1:2 (caso: control), para un total de 100 controles. Los controles poblacionales se seleccionaron utilizando muestreo por conglomerados y los controles hospitalarios se seleccionaron utilizando muestreo sistemático (aleatorio simple).

Como técnicas de recolección de datos se empleó la encuesta, previa prueba piloto, el Apgar Familiar para funcionalidad familiar y la prueba de CAGE para alcoholismo y drogadicción y los datos se corroboraron con encuesta.

RESULTADOS

Descripción de la población

En los casos, la distribución por género se mostró que el 74% con comportamiento suicida no mortal fueron mujeres y el 26% hombres con la edad promedio para los dos géneros de 21 años, para una razón de 2.8 mujeres por cada hombre. La distribución de las edades para ambos sexos se comporta de manera diferente, llama la atención que entre las mujeres se hayan encontrado 4 casos en menores de 15 años, 2 de ellos se reportaron en menores de 13 años, y la edad máxima reportada fue de 44 años y más. (Gráfico 1).

Para los hombres, la edad mínima se encontró en un caso de 17 años. La frecuencia mas alta entre los 17 y 23 años y la edad máxima reportada fue de los 30 años (Gráfico 2).

Con respecto a los controles, la edad promedio de los dos géneros presento los mismos datos que los casos, se tomó como edad mínima 4 controles de 13 años y 2 de 44 años, teniendo en cuenta la frecuencia de los casos.

Gráfico 1. Distribución porcentual de la edad de mujeres en los casos y controles

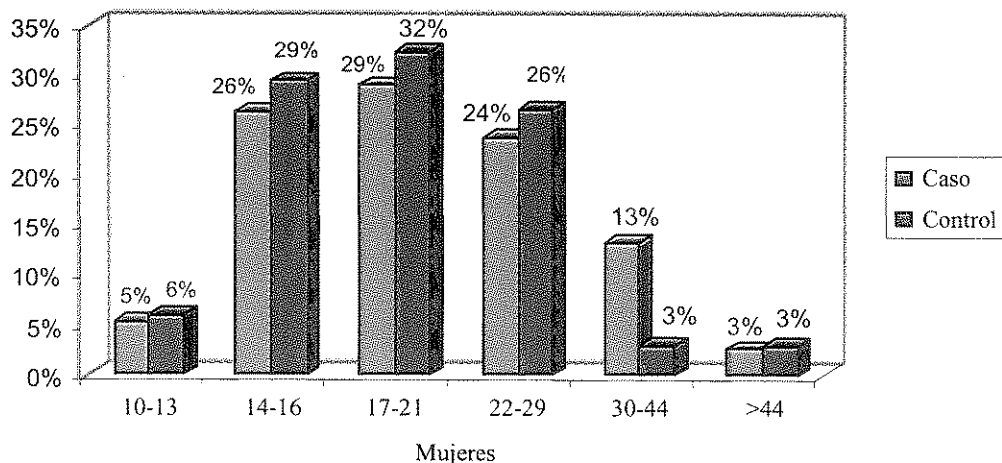
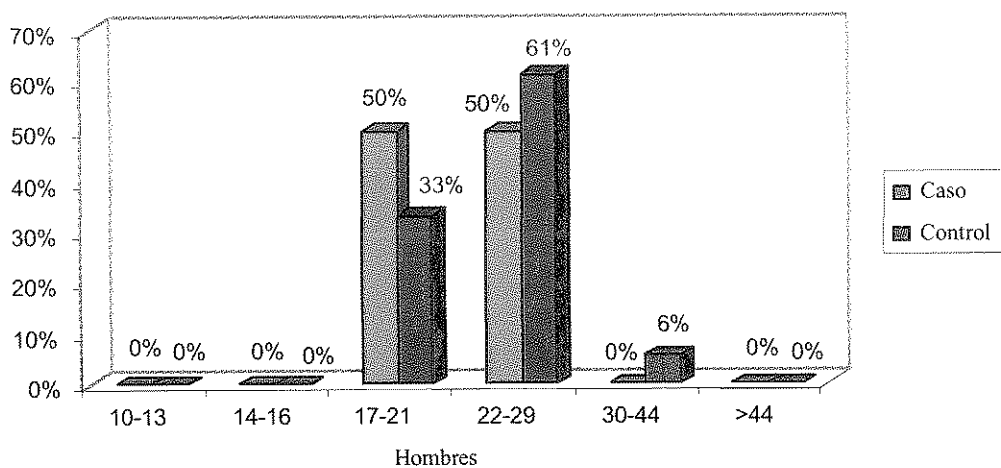


Gráfico 2. Distribución porcentual de la edad en hombres de los casos y controles



En la distribución geográfica de los intentos suicidas, un 86% de ellos ocurrió en las zonas urbanas y el 14% en la rural, en los controles las proporciones fueron del 10% para la zona rural y 90% para la urbana.

En cuanto a la seguridad social de las personas, con intentos suicidas, se encontró que el 40% de ellas estaban afiliadas al régimen subsidiado y el 22% al contributivo, la no afiliación al sistema está representada por el 38%, no obstante la distribución en los controles presenta diferencias, en especial vinculados y afiliados al régimen contributivo, (27% para cada uno) y el régimen subsidiado con el 46%.

Con respecto al nivel educativo en los intentos suicidas, se encontró que el 64% tenían estudios de secundaria, el 28% primaria y el 8% no sabían leer ni escribir, llama la atención que no se encontró casos con escolaridad universitaria; entre los controles el 73% tenía estudios de secundaria, 16% primaria, 6% universitarios y el 5% estudios técnicos.

Al analizar la variable estado civil se muestra claramente que el 60% de los casos son solteros y al comparar con la variable edad oscilan entre los 13 y 21 años, el 34% se encontraba en unión libre y

casados con edades entre los 17 hasta los 35 años.

Se indagó sobre la ocupación de cada uno de los casos y se encontró que la mayor proporción eran estudiantes, representados en un 38%, seguido de las amas de casa con el 24% y en proporciones menos representativas están los oficios varios, agricultores, obreros entre otros. Entre los controles, se encontró que el 44% eran estudiantes, 15% amas de casa y otros oficios informales representados por el 41%. Al momento de realizar el estudio el 76% de los casos se encontraban desempleados y en los controles 36% se encontraba en esta condición.

El 66% de los casos expuso no tener ingresos, 16% afirmó tener un ingreso de menos de un salario mínimo y solo el 18% reportó ingresos entre 1 a 2 salarios mínimos. No se encontraron casos con ingresos mayores a 3 salarios mínimos, no obstante al contactar a los controles seleccionados, solo el 6% manifestó tener un ingreso de menos de un salario mínimo y el 11% respondió que sus ingresos ascendían a más de 3 salarios mínimos. En cuanto a la pérdida de empleo reciente, en los casos el 4% respondió afirmativamente y en los controles el 2%.

Con respecto a la religión que practicaban los casos, se encontró que el 92% eran católicos, en proporciones mínimas están los cristianos y evangélicos, sin embargo en los controles la proporción de católicos fue del 72% y otras religiones 28%. Otro de los factores que se investigó entre los casos y controles fue el desplazamiento forzoso y se encontró que los datos fueron iguales para los dos grupos, el 98% no había sido desplazado de su localidad o lugar habitual de residencia.

Para conocer si los casos consumieron alcohol y drogas se preguntó a las personas si consumían estas sustancias, para las respuestas afirmativas se aplicó la prueba de CAGE para determinar si existía abuso en el consumo. Con respecto al consumo de alcohol en los casos, respondieron que sí, el 24% es decir 12 personas, de ellas 8 personas obtuvieron en la prueba un resultado positivo, en los controles el 29% respondió que sí consumían alcohol y de este grupo 12 personas obtuvieron prueba de CAGE positiva. En el consumo de drogas entre los casos, 5 afirmaron haber consumido, representado por el 10%, de los cuales 4 resultaron positivos en la prueba CAGE, en los controles solo el 2% respondió afirmativamente al consumo de estas drogas y de éstas una persona tiene CAGE positivo.

Con respecto al comportamiento social, se evaluó preguntando si tenían apoyo de los amigos cuando los necesitaron, encontrándose diferencias importantes entre los dos grupos, en los casos respondieron afirmativamente el 38% y en los controles el 81%.

Por otro lado, los acontecimientos de la vida se agruparon según los factores que acumulan tensiones como la pérdida personal de seres queridos muy cercanos, y se encontró que solo el 8% de los casos habían tenido alguna pérdida, en los controles las situaciones fueron similares.

Otro factor evaluado fue el conflicto interpersonal en el hogar, estudio y trabajo, los resultados con diferencias entre los dos grupos seleccionados fueron: en los casos el 78% manifestó problemas con la pareja o con algún integrante de la familia, el otro grupo 29%, los problemas en el estudio, para los casos fue de 20% y en los controles el 3%.

En el problema económico como factor desencadenante la proporción más alta se encuentra para los casos con el 20% comparada con los controles con una proporción del 4%.

Al indagar el cambio de residencia en el último año, todos los casos respondieron que no, en los controles solo una persona manifestó que sí. En cambio, cuando se preguntó si había sido víctima de agresión intencional que le cause daño físico, sexual o mental, en los dos grupos llama la atención que 11 de los casos fueron víctimas, 3 de agresión sexual y 8 de agresión física, en los controles solo 1 caso de agresión física.

En la distribución de los casos y controles según la presencia de enfermedades psiquiátricas con relación a los diagnósticos de esquizofrenia, depresión e impulsividad, se encuentran grandes diferencias entre los dos grupos.

Se diagnosticó depresión en el 59% de los casos y al 34% de los controles de impulsividad en el 20% de los casos y 3% de controles.

La presencia de una enfermedad terminal o incurable y el recibir tratamiento farmacéutico en forma rigurosa o continua, en el presente estudio no se encontró diferencias representativas entre los casos y controles.

Estimación del riesgo para comportamiento suicida no mortal según factores personales, biológicos/médicos, sociales/ ambientales, psiquiátricos y factores desencadenantes

Factores personales

El análisis por grupos de edad estudio se inició teniendo en cuenta que la mayor frecuencia de los casos con intento suicida se presentó en la adolescencia temprana y tardía entre las mujeres, considerándose como grupo de alto riesgo, en consecuencia se comparó con los grupos de edad de mayores de 21 años como grupo de menor riesgo. El cálculo de la razón de disparidad para el grupo de 10 a 21 años comparado con el de mayor de 21 años, presentó una RD de 3.22 con IC 95% entre 1.31 y 7.97, con asociación estadísticamente significativa con un valor de p de 0.004.

El grupo de hombres, entre 10 y 21 años presentó una RD de 0.63 con IC de 95% entre 0.13 y 2.91, por lo cual se confirma que no se comporta como grupo de riesgo y la diferencia encontrada no es significativa con un valor de p: 0.495.

Factores biológicos y médicos

Como se puede observar en los factores denominados en el presente estudio como biológicos médicos, se encontró que el antecedente familiar de intento suicida tiene una fuerte asociación de 11 (IC 95% 1.19 y 256.22) rechazando este hallazgo por azar con un valor de $p=0.0080099$, así mismo el antecedente personal de intento de suicidio presenta una asociación como factor de riesgo con una RD de 10.76 con IC 95% entre 2.03 y 75.63 y la diferencia encontrada es significativa $p=0.0003947$.

El análisis del antecedente familiar de suicidio, aunque presenta una RD 4.13 el intervalo inferior de confianza pasa por 1 y el valor de probabilidad es de 0.21, confirmándose la no asociación, resultados similares ocurren con la presencia de enfermedades como epilepsia, cáncer u otras enfermedades y recibir tratamiento farmacéutico en forma rigurosa o continua.

Factores de riesgo sociales-ambientales

Se estudiaron como factores de riesgo socio ambientales el desempleo, la ocupación, los ingresos, la religión y el desplazamiento. Llama la atención que la práctica de una religión diferente a la católica fue encontrado como un factor protector en esta clasificación que presentó una fuerte asociación con una RD: 0.22 (IC 95% 0.06 y 0.73) valor de $p=0.0048223$. La ocupación analizada entre los dos grupos fue estudiante y ama de casa, sin embargo no se presentó asociación.

El desempleo aunque presentó una RD de 2.81 el intervalo es inferior a 1 y el valor de p es de 0.17, no se considera factor asociado al comportamiento suicida no mortal, así mismo ocurre con el indicador ingresos donde se tomó sin ingresos y menos de un salario mínimo como factor de riesgo, sin encontrar asociación estadísticamente significativa.

Con respecto al desplazamiento y no practicar alguna religión, no se encontraron casos, para el presente estudio.

Factores de riesgo psiquiátricos

Los principales factores incluidos como psiquiátricos en este estudio fueron: presencia de enfermedades mentales como epilepsia y esquizofrenia en la familia, presencia de enfermedad mental personal como depresión, esquizofrenia e impulsividad y el consumo de alcohol y drogas.

De los factores estudiados, la presencia de enfermedad mental personal como depresión, esquizofrenia y la impulsividad, presentó un claro comportamiento como factor de riesgo, con una fuerza de asociación alta: RD: 7.43 (3.05 < RD < 18.58) y un valor de $p=0.0000004$, al analizar la presencia de depresión también presentó una RD 2.24 con intervalo de confianza superior a 1 y una asociación con significancia estadística.

A pesar de presentar RD superior a 1 para el consumo y el abuso de alcohol y drogas, al estimar el intervalo de confianza el límite inferior para ambos factores se encontró por debajo de 1 y el valor de p no presenta significancia estadística.

Factores de riesgo desencadenantes

La presencia de una estructura familiar diferente a la familia nuclear completa, no presentó asociación con una RD superior a 1, no obstante los intervalos fueron inferiores a 1 y el valor de p no significativo ($0.95 < RD < 4.33$), por otro lado, tener una familia disfuncional leve o moderada se asoció a intento de suicidio con una RD: 13.5 (IC95% 4.6 y 42.52).

En este estudio, tener amigos personales como red de apoyo, mostró asociación como factor protector con una RD: 0.14 ($0.06 < RD < 0.33$) y una diferencia estadísticamente significativa entre los casos y los controles.

Los factores incluidos como acontecimientos de la vida, no presentaron asociación. Al analizar los conflictos interpersonales se encuentra fuerte asociación como factor de riesgo con una RD 11.96 ($4.71 < RD < 31.41$) y un valor de $p=0.0000000$.

También se puede hablar de una clara asociación como factor de riesgo los problemas económicos con una RD: 6.00 ($1.60 < RD < 24.34$) y un valor de $p=0.0014956$ y la agresión física con RD e intervalos por encima de 1.0 y un valor de p altamente significativo. Tabla 1

DISCUSIÓN

La notificación de los intentos suicidas y suicidios en el Departamento del Putumayo para el año 2004, se realizaba a través del formato elaborado para reportar intoxicación por plaguicidas, lo anterior puede explicar algunas limitaciones

Tabla 1. Estimación del riesgo para comportamiento suicida no mortal

Variable	Categorías	Casos n	Controles n	RD	IC2 95%	Valor de probabilidad
Factores de riesgo personal						
Edad mujeres	10 - 21 años	23	25	3.22	1.31 - 7.97	0.0044418*
	>21 años	14	49			
Total mujeres		37	74			
Edad hombres	10 - 21 años	6	15	0.63	0.13 - 2.91	0.495
	>21 años	7	11			
Total hombres		13	26			
Factores de riesgo biológicos y médicos						
Antecedente familiar de suicidio	Si	2	1	4.13	0.28 - 118.1	0.21
	No	48	99			
Antecedente familiar de intento de suicidio	Si	5	1	11	1.19 - 256.22	0.0080099*
	No	45	99			
Antecedente personal de intento de suicidio	Si	9	2	10.76	2.03 - 75.63	0.0003947*
	No	41	98			

UNIVERSIDAD Y SALUD

Presencia de enfermedad terminal o incurable	Epilepsia	3	3	2.06	0.32 - 13.44	0.3767591
	Sin enf. terminal o incurable	47	97			
Recibe tratamiento farmacéutico	Si	3	2	3.13	0.41 - 27.85	0.1982564
	No	47	98			
Factores de riesgo sociales/ambientales						
Desempleo	Si	4	3	2.81	0.51 - 16.55	0.1711174
	No	46	97			
Ocupación	Ama de casa / estudiante	31	59	1.13	0.53 - 2.41	0.7236736
	Otras ocupaciones	19	41			
Ingresos	Sin ingresos / <1SMLV	41	69	2.05	0.83 - 5.16	0.0896481
	> 1 SMLV	9	31			
Religión	Religiones diferentes a la católica	4	28	0.22	0.06 - 0.73	0.0048223*
	Religión católica	46	72			
Procedencia	Rural	7	10	1.47	0.46 - 4.55	0.46692965
	Urbano	43	90			
Factores de riesgos psiquiátricos						
Presencia de enfermedad mental personal	Si	41	38	7.43	3.05 - 18.58	0.0000004*
	No	9	62			
Presencia de enfermedad mental personal	Depresión	28	34	5.67	2.24 - 14.74	0.0000304*
	Sin enf. mental	9	62			
Consumo alcohol/drogas	Si	17	31	1.15	0.52 - 2.51	0.7104101
	No	33	69			
Abuso alcohol/drogas	Si	12	13	2.11	0.81 - 5.50	0.08836
	No	38	87			
Factores de riesgos desencadenantes						
Estado civil	E. C diferente a casado/ unión libre	33	75	0.65	0.29 - 1.45	0.24716
	Casado/unión libre	17	25			
Estructura familiar	E.F diferente a nuclear completa	26	35	2.03	0.95 - 4.36	0.0479212
	Nuclear completa	22	60			
Funcionabilidad filiar	dif.moderada/severa	45	40	13.5	4.60 - 42.52	0*
	Funcional	5	60			
Amigos personales	Si	19	81	0.14	0.06 - 0.33	0.00000001*
	No	31	19			
Acontecimientos estresantes de la vida	Si	2	2	2.04	0.20 - 21.07	0.4735421
	No	48	98			

Conflictos interpersonales	Pareja/compañeros estudio	42	31	11.96	4.71 - 31.41	0
	Sin conflictos interpersonales	8	69			
Problemas económicos	Si	10	4	6	1.60 - 24.34	0.0014956*
	No	40	96			
Agresión física	Si	8	1	18.86	2.27 - 414.60	0.0002657*
	No	42	99			
Agresión sexual	Si	3	1	6.32	0.56 - 1.62	0.0731619
	No	47	99			

* Presentan diferencia estadísticamente significativa y buen comportamiento de intervalos de confianza

en la identificación de los casos y se debió recurrir a la revisión de las historias clínicas de todas las intoxicaciones en las que no existía claridad en el diagnóstico. A esto se suma el mal diligenciamiento de las historias clínicas, en las que la ocurrencia del hecho, los medios empleados, el motivo causado, la presencia de enfermedades mentales y la posibilidad de haber buscado ayuda previamente ante los organismos de salud, se encontraban muy limitadas sus descripciones.

En este estudio, no se encontraron diferencias significativas entre los casos y los controles en cuanto a las variables estado civil, nivel educativo e ingresos a pesar que en algunos estudios se logra demostrar diferencias acordes con estas variables; sin embargo es interesante observar que entre las mujeres mas jóvenes se alcanzó las frecuencias mas elevadas de los intentos suicidas, confirmando que como tendencia general el intento suicida es de dos a tres veces mas frecuente en las mujeres que en los hombres, no obstante los datos del estudio multinacional sobre comportamiento suicida no mortal, en 13 países muestran que la tasa mas alta de los intentos de suicidio en los hombres ocurrió en Helsinki, Finlandia) 314 por 100 000) y la mas baja se observó en Guipúzcoa, España, con un valor siete veces menor y en la mayoría de los centros se observó las tasas mas altas en los grupos de menos edad.⁽⁶⁾

Por otro lado, a pesar que el bajo nivel escolar se comporta como factor de riesgo para otros estudios, en nuestros datos no existe asociación, sin embargo es importante resaltar que entre quienes intentaron suicidarse, ninguno había cursado estudios universitarios, y sus ingresos no alcanzaron los 3 salarios mínimos legales vigentes para el periodo estudiado y la incidencia mas alta fue para la opción sin ingresos, explicado quizás por la ocupación de amas de casa y estudiantes.^(7,8)

Se encontró asociación como factores de riesgo entre las variables antecedente de intento suicida en los familiares de los casos, antecedente personal de intento suicida, diagnóstico de enfermedad mental como depresión e impulsividad, disfuncionalidad en la familia clasificada como severa y moderada, problemas económicos, ser víctimas de agresiones físicas, conflictos interpersonales con las parejas y con los compañeros de estudio.

Los antecedentes familiares de intento suicida para algunos investigadores es un marcador que señala riesgo e indica que puede haber un rasgo genético que predispone a las personas al comportamiento suicida, como lo describen los resultados de un estudio de casos y controles entre niños adoptados; revelaron que entre los que se suicidaron, fue mas frecuente la existencia de familiares biológicos que cometieron suicidio.

⁽⁹⁾ Otros datos reportan que la serotonina es

una neurohormona muy importante y las alteraciones en las concentraciones de sus metabolitos en el líquido cefalorraquídeo están asociadas con los estados de ánimo y la agresión, la revisión sistemática de 27 informes realizados por Lester D. y Lundback E encontraron fuerte evidencia que los niveles bajos se relacionan con el comportamiento suicida utilizando los medios mas violentos.⁽¹⁰⁻¹¹⁾ Así mismo en el estudio de Van Praag y R. Plutchik and H. Conte se plantea la hipótesis que los niveles bajos de serotonina están relacionados con la auto agresión y se acumula en ciertos tipos de depresión.⁽¹²⁾

Un intento anterior de auto agresión como antecedente personal, es un predictor de volver a incidir en el mismo comportamiento aumentando el riesgo de que una persona se quite la vida, y el riesgo es mayor en el primer año después del intento y aproximadamente el 1% de los individuos que intentaron suicidarse mueren en el lapso de un año, según lo refiere el estudio de Harris L y Hawton K.⁽¹³⁾

La religión se ha considerado un factor importante en el comportamiento suicida, Durkheim pensaba que el suicidio se originaba en una falta de identificación con un grupo unitario y sostenía que las tasas de suicidio debían ser inferiores donde existe un alto grado de integración religiosa. En consecuencia alegó que el catolicismo es un factor protector contra el suicidio. Aunque existen pocos estudios de asociación entre religión y suicidio,⁽¹⁴⁾ Malone y Oquendo realizaron una investigación acerca de factores protectores de intento de suicidio en pacientes con depresión mayor, donde la religión no diferenciaba a los pacientes con y sin los intentos de suicidio. No obstante, los resultados hallados en esta investigación hacen referencia a la práctica de la religión, las personas se declaran católicas pero no cumplen rigurosamente con las leyes de la iglesia católica, como ocurre en Irlanda, donde el aumento de las tasas de suicidio es paralelo a una disminución de la práctica religiosa, las personas que declararon pertenecer a otra religión cumplen

rigurosamente con los estatutos de su iglesia que la convierten en un factor protector.⁽¹⁵⁾

Según la Organización Mundial de la Salud, uno de los factores que se ha asociado a la conducta suicida es la depresión, las personas de todas las edades pueden sufrir de depresión y se considera que más del 50% de los jóvenes que se suicidan sufren de depresión mayor. Rohde P, Lewinsohn PM, Klein DN y Seeley JR, establecieron que los individuos que padecen un trastorno depresivo habían intentado suicidarse más en comparación con niños y adolescentes que sufrían otro tipo de trastornos.⁽¹⁶⁾ Los individuos con depresión generalmente tienen una baja autoestima y son atormentados por ideas de muerte recurrente, que en muchos casos, llegan al suicidio cuando aparece la desesperanza, 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⁽¹⁷⁾. Los trastornos mentales que con mayor frecuencia presentan los suicidas son: depresión, impulsividad, esquizofrenia y alcoholismo; aunque este último no fue factor de riesgo en esta investigación al compararlo entre los grupos.

Otro factor asociado a intento de suicidio en esta investigación fue la impulsividad, según la OMS el suicidio es también un acto impulsivo, como cualquier otro impulso y el de cometer suicidio es transitorio, puede durar unos pocos minutos u horas. Usualmente se desencadena con los acontecimientos negativos del día a día. El término "control de impulsos" se refiere a tener un conocimiento clínicamente operativo de la capacidad que tiene el paciente para reprimir deseos y necesidades de naturaleza sexual, agresiva y/o narcisista y la forma como estos se expresan en acción. Cuando un sujeto ha perdido el control sobre sus impulsos emocionales, su vulnerabilidad para realizar un intento suicida aumenta

significativamente. ⁽¹⁸⁾ Según el estudio de suicidio y niñez en menores de 18 años, se encontró que el suicidio se relaciona con el bajo control de impulsos. Se puede asumir que los intentos de suicidio de mujeres son más impulsivos en comparación con los de los hombres. En esta investigación se encontró que la razón de intento de suicidio es de 3.1 mujeres por cada hombre que intentó suicidarse, esto es compatible con la literatura ya que se menciona que los intentos de suicidio de hombres son más planeados mientras que los de las mujeres son más impulsivos y que su objetivo no es morir. ⁽¹⁹⁾

En un estudio realizado en Cuba, los investigadores encontraron una fuerte asociación entre intento de suicidio y la disfunción familiar, según la investigación, la familia desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos. ⁽²⁰⁾ Wichstrom realizó un estudio con adolescentes de Noruega y encontró asociación entre una pobre relación familiar y los intentos de suicidio en este grupo de edad, en esta investigación existió asociación con la funcionalidad familiar severa y moderada, por el contrario una familia funcional fue encontrada como factor protector para realizar intento de suicidio. ⁽²¹⁾

Algunos investigadores han relacionado el maltrato físico con el comportamiento suicida, Brown Jocelyn, Cohen Patricia, Johnson Jeffrey, Smailes Elizabeth, realizaron un estudio sobre abuso y negligencia en la niñez y encontraron que los adolescentes y los jóvenes con una historia de maltrato en la niñez tenían 3 veces más probabilidad de depresión o suicidio al compararse con los individuos sin esa historia ($p < .01$), así mismo, entre los factores asociados a intento de suicidio en el municipio de Mocoa está la agresión física como factor de riesgo.

Dentro de los factores desencadenantes, los problemas económicos explicaron en gran parte el aumento del riesgo para las tentativas del suicidio, aunque en este estudio no está relacionado con

el desempleo ni con desplazamiento, desafortunadamente en el municipio de Mocoa no existen datos de desempleo, ni de NBI, ni de fuentes de empleo, entre otros, que se puedan asociar con los resultados encontrados en este estudio. Según la caracterización de los suicidas en Bogotá: 1985 – 2000 se ha propuesto que el índice de suicidios es un factor asociado indirectamente con el estado socioeconómico de la región, y que por lo tanto puede tomarse como una medida de salud social y psicológica. ⁽²²⁾ En la revisión de literatura sobre comportamiento suicida realizado por Stephen Platt se revela que existe mayor número de suicidios e intentos suicidas entre los desempleados que entre los que están activos o empleados, es decir el riesgo es 4 veces mas entre los que están sin empleo y el autor refiere que los problemas económicos, aunque no se asocian directamente con el suicidio e intento suicida, pueden constituir una variable importante en la cadena causal que conduce a la lesión auto infligida. ⁽²³⁾ La sociología médica, cita frecuentemente la tensión económica como un indicador en aumento y el suicidio y los desórdenes mentales son probablemente los índices mas confiables, en consecuencia la Republica Federal de Alemania, estudió los factores económicos que afectan la frecuencia del suicidio en ese país, encontrándose que la correlación fue mas fuerte cuando existieron tiempos de bancarrota, desintegración social y desempleo. ⁽²⁴⁾

El conflicto de pareja, como acontecimiento de la vida y a la vez desencadenante para el intento suicida, fue el factor más significativo dentro de esta clasificación para nuestra investigación, a pesar de estar incluido solo en un número pequeño de estudios como factor de riesgo. Las mujeres como víctimas de la violencia por sus parejas pueden desencadenar sentimientos de desesperanza y depresión, aumentando el riesgo de intento suicida junto con la aparición de enfermedades mentales y ser víctimas de homicidios por sus esposos, así lo describe el estudio realizado por Bailey JE et al, factores de riesgo para la muerte de mujeres en el hogar. ⁽²⁵⁾ En un estudio de 1.243 mujeres embara-

zadas en las clínicas de Boston durante el periodo 1984 hasta 1987, el 7% afirmó ser víctima de agresión física o sexual, y estaban en riesgo de tener una historia de depresión o síntomas agudos, expresar sentimientos de no felicidad por el estado de gestación y de intento suicida. Revela finalmente que el uso de alcohol y drogas por parte de las mujeres embarazadas y sus parejas aumenta el riesgo de ser víctimas de la violencia. ⁽²⁶⁾

Por otra parte, los conflictos en la escuela vividos por los adolescentes en un estudio de 16.400 individuos entre edades de 14 a 16 años de Finlandia, revela ideación suicida severa entre quienes son intimidados y los autores de la intimidación, independiente de la depresión que puedan padecer, los adolescentes intimidados son mas introvertidos, menos asertivos, y tienden a ser rechazados por sus compañeros, y la depresión podría ser el resultado de las intimidaciones. ⁽²⁷⁾ En un estudio transversal, se tomó 1.718 estudiantes de séptimo y octavo grado de Corea, las estudiantes femeninas intimidadas en la escuela, tenían riesgos perceptiblemente mas alto para la ideación suicida y el intento suicida en comparación con los individuos que no estuvieron intimidados en la escuela. A pesar de las limitaciones de varios estudios que relacionan el riesgo suicida con las intimidaciones en el colegio, es constante que el efecto puede ser directo sobre el comportamiento suicida independiente de la cultura, ambientes sociales y nacionalidad en los cuales las juventudes se encuentren y es una oportunidad para educadores, pediatras, médicos de cabecera entre otros para identificar las intimidaciones y prevenir el intento suicida entre los adolescentes y es necesario agregar las intimidaciones a la lista de factores de riesgo para el suicidio en la juventud. ⁽²⁸⁾

Como factores protectores en el intento suicida el presente estudio encontró la familia funcional, práctica de una religión diferente a la católica y tener amigos. Nisbet PA, estudió el modelo de ayuda social que podía explicar el índice bajo de intentos suicidas entre las mujeres negras en Estados Uni-

dos, datos tomados del Instituto Nacional de Estudio Epidemiológico área de Salud Mental, entre 1980 y 1985, y se evidencia que la ayuda emocional de amigos y miembros de la familia protege contra el suicidio, mientras que la ayuda que se busca en profesionales se asoció con aumento de la probabilidad de intento suicida, quizá esto refleje la resistencia de los miembros de las poblaciones a buscar profesionales hasta que su estado emocional se ha deteriorado seriamente. ⁽²⁹⁾ La baja cohesión con la familia también está asociada a otros desórdenes afectivos en adolescentes. ⁽³⁰⁾ En una encuesta realizada en adolescentes indígenas americanas de Alaska, se encontró que la discusión con los amigos y miembros de la familia se asoció al intento suicida, mientras que la interacción con la familia evidenció ser un factor protector, se cree que aumentar los esfuerzos para incluir la promoción de factores protectores en la vida de las juventudes es una estrategia para disminuir el suicidio. ⁽³¹⁾ Entre los adolescentes negros y blancos e hispánicos una muestra representativa en EEUU, reveló que la presencia de 3 factores protectores redujo el riesgo de un intento suicida en un 70% a 85% por cada género y grupo racial. Una comprensión mejor de los factores que predicen y protegen contra el suicidio en grupos étnicos y raciales de adolescentes es necesaria para identificar factores modificables y buscar estrategias culturales responsables de la prevención y de la intervención. ⁽³²⁾

Existe una necesidad urgente de realizar más estudios enfocados a la profundización y mejor comprensión de los factores de riesgo y protectores, en particular en los grupos con menos ingresos y en la población joven de todo el departamento del Putumayo que permita conocer la función de la hostilidad, agresividad e impulsividad en el comportamiento suicida. Por otra parte, es necesario establecer un sistema de vigilancia epidemiológica, con instrumentos estandarizados para todo tipo de violencia que permita una recolección de información más ágil y permita orientar programas de salud mental para prevención de suicidio. Es preciso, además hacer que la familia y los ami-

gos conozcan los signos y síntomas del comportamiento suicida, y los médicos sean instruidos para manejar personas con trastornos psiquiátricos en especial los afectivos y sensibilizar a padres, grupo familiar, profesores y personas que trabajen con niños y adolescentes para la detección temprana de riesgo, que pueda desencadenar más tarde un intento de suicidio.

Se recomiendan medidas de intervención de acuerdo con los hallazgos encontrados para disminuir los costos en la recuperación de la salud de las víctimas y la carga que se impone a las instituciones de salud, resaltando que aumentando la conciencia acerca de este problema se dará un primer paso para prevenirla.

AGRADECIMIENTOS

A la ESE Hospital José María Hernández por permitir la revisión de historias clínicas durante todo el periodo estudiado, sin la cual no hubiese sido posible la realización de este trabajo. A la Dirección Departamental de Salud Putumayo, por permitir revisar las fichas de intoxicación por plaguicidas en todo el departamento. Al grupo humano del Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño por sus aportes en la formación y capacitación a los investigadores, en especial a la doctora Nancy Guerrero por el acompañamiento y su palabras de aliento para continuar y no abandonar el proceso de investigación.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: OPS; 2003.
2. Ibid
3. Ibid
4. Ibid
5. DASALUD. Putumayo. Información recopilada de Fichas Epidemiológicas. Año 2003 y 2004.
6. Organización Mundial de la Salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [Sitio en Internet]. Publicado Septiembre 8 de 2004 [acceso 10 de Junio de 2005] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>.
7. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: OPS; 2003.
8. Girard C. Age, gender and suicide. *Am Sociol Rev.* 1993; 58: 553-574
9. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: OPS; 2003.
10. Organización Mundial de la Salud Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: 2001.
11. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA (1993). Adolescent psychopathology. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102: 133-144 (erratum, 102: 517).
12. Thornicroft G, Sartorius N (1993). The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychological Medicine*, 23:1023-32
13. Ewing, J.A. Detecting alcoholism: The CAGE Questionnaire. *JAMA* 252: 1905, 1984.
14. Goodwin FK, Jamison KR (1990). Suicide, in manic-depressive illness. New York, Oxford University Press: 227-244.
15. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16:571-589.
16. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: OPS; 2003.

17. Alejo H, Gonzáles J, Hernández W. Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría de Gobierno y Universidad Nacional de Colombia. Conducta Suicida según ciclo vital. Bogotá: Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2004. p. 107 - 119.
18. Ewing, J.A. Detecting alcoholism: The CAGE Questionnaire. JAMA 252: 1905, 1984.
19. Cataldo Neto A, Cardoso BM, Torres, CM, et al. O médico e o paciente suicida. Rev Med PUCRS 1998; 8: 82-90
20. Schweitzer, Y. (2000) Suicide Terrorism: Development and Characteristics. <http://www.ict.org.il/>
21. Cantor CH, et al. The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians: a report to the NH-MRC. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
22. Morrell S, Taylor R, Quine S. Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. Soc Sci Med. 1993, 36:749-756.
23. Koenig S. Family. En: Man and Society. New Haven, Yale University Press, 1961. Pags. 345-60
24. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. Características de los suicidas en Bogotá 1985 - 2000. Rev Salud pública (Bogotá). 2004; 6(3): 217-234.
25. Smilkenstein G The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1.231-1.239
26. Ascofame. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Y Fundación W. K. Kellog. Salud Familiar para América Latina. Bogotá: ASCOFAME; 1991.
27. Arias, L., Montero, J., Castellanos, J. Fundamentos y principios de medicina familiar. Santafé de Bogotá: Ministerio de salud, 1996. p.1-8
28. J. Hintikka. H. ViinamaÈ ki H.-T. Koivumaa-Honkanen P. Saarinen A. Tanskanen J. Lehtonen. Risk factors for suicidal ideation in psychiatric patients, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (1998) 33: 235±240
29. C.A. Zacharakis · M.G. Madianos, G.N. Papadimitriou C.N. Stefanis, Suicide in Greece 1980±1995: patterns and social factors Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (1998) 33: 471±476
30. Maris RW. Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1981.
31. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford 1976-93. British Journal of Psychiatry, 1996, 169:202-208.
32. Heikkinen ME et al. Age-related variation in recent life events preceding suicide. Journal of Nervous and Mental Disease, 1995, 183:325-331.

