

El intento de suicidio en Ibagué: el silencio de una voz de auxilio

Suicide attempts in Ibague: The silence of a cry of help

Tentativa de suicídio em Ibagué: o silêncio de um pedido de ajuda

Fecha de recepción: 2016/12/06 Fecha concepto de evaluación: 2017/04/04 Fecha de aprobación: 2017/04/20

Luisa Fernanda Alvis Ñungo

Maestría en Salud Pública.
Especialista en Analítica, Cuenta de Alto Costo,
Bogotá, D. C., Colombia.
luisa_alvis@outlook.com

Alejandra María Soto Morales

Maestría en Enfermería.
Docente, Universidad del Tolima,
Ibagué, Colombia.
asotom@ut.edu.co

Hugo Grisales Romero

Doctor en Epidemiología.
Docente, Universidad de Antioquia,
Medellín, Colombia.
hugo.grisalesr@gmail.com

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo: Alvis, L. F., Soto, A. M. & Grisales, H. (2017). El intento de suicidio en Ibagué: el silencio de una voz de auxilio. *Revista Criminalidad*, 59 (2): 81-92

Resumen

Objetivo: caracterizar demográficamente los pacientes con intento de suicidio en Ibagué, 2013-2014. **Método:** estudio descriptivo transversal, con información secundaria a partir de bases de datos de: intoxicaciones por sustancias químicas del Sivigila, tipo exposición intencional suicida, lesiones autoinfligidas, de la Secretaría de Salud Municipal y el formato de visita de campo. Se realizó un análisis de supervivencia exploratorio, para determinar diferencias en el tiempo transcurrido entre el último intento de suicidio, con respecto a eventos anteriores. **Resultados:** se obtuvo información de 357 personas que intentaron suicidarse, de las cuales el 59,7 % fueron mujeres; el 50 % de los casos tenían 21 años o menos, y el 30,8 % eran reincidentes en el intento. Los eventos vitales estresantes encontrados

fueron las relaciones interpersonales disfuncionales con la pareja (49,6 %) y los padres (34,8 %). El promedio de tiempo transcurrido entre las personas que ingresaron al estudio, que tuvieron intentos de suicidio previos al actual, fue de 15,9 meses (IC 95 % 14,7 – 17,3). La probabilidad de ser reincidente a la intención de suicidio es más alta en los primeros diez meses transcurridos desde el último intento, del 83 %, para luego disminuir y situarse en un 9 %, cuando han transcurrido como mínimo 20 meses. **Conclusiones:** el intento de suicidio se presenta principalmente en mujeres, adultos jóvenes y adolescentes menores de 19 años, y la intoxicación es el método más utilizado. A más cercanía del intento, mayor es la probabilidad de reincidencia.

Palabras clave

Suicidio, tentativa, muerte, intoxicación, principio de protección a la salud pública (fuente: Tesauro de política criminal latinoamericana - ILANUD).

Abstract

Objective: A demographic characterization of patients with suicide attempts in Ibagué, 2013-2014. **Method:** a transversal descriptive study with secondary information taken from databases: From the national public health surveillance system (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública) SIVIGILA; from the Municipal Health Secretariat and the field visit format. An exploratory survival analysis was carried out in order to determine the differences existing between the last suicide attempt with respect to previous events. **Results:** Information from 357 individuals having tried to commit suicide: 59.7% were women. In 50% of the cases, they were aged 21 years or less, and 30% were recidivists. Vital stressing events found consisted of dysfunction

nal interpersonal relations with their partners (49.6%) and their parents (34.8%). The time elapsed on average among the people having been admitted to the study with suicide attempts other than the current last one was 15.9 months (IC 95% 14.7 – 17.3). The likelihood of being a recidivist is higher in the first ten months elapsed, i.e. 83%, with a subsequent decline, and finally standing at 9% after some 20 months as a minimum. **Conclusions:** Suicide attempts are mostly taking place among women, young adults and adolescents of less than 19 years of age, and poisoning or intoxication is the preferred method used. The nearest the occurrence of a suicide attempt, the highest the likelihood of its recurrence will be.

Key words

Suicide, attempt, death, poisoning, intoxication, the public health protection principle (Source: Tesouro de política criminal latinoamericana - ILANUD).

Resumo

Objetivo: caracterizar demograficamente os pacientes com tentativa de suicídio em Ibagué, 2013-2014. **Método:** estudo descritivo transversal, com dados secundários de bancos de dados de: intoxicação por substâncias químicas de SIVIGILA, tipo exposição intencional suicida, ferimentos auto-infligidos, da Secretaria Municipal de Saúde e do formato de visita de campo. Uma análise de sobrevivência exploratória foi realizada para determinar diferenças no tempo entre a última tentativa de suicídio a respeito dos eventos anteriores. **Resultados:** informações de 357 pessoas que tentaram o suicídio foram obtidas, dos quais 59,7% eram mulheres; 50% dos casos tinham 21 anos ou menos, e 30,8% foram reincidentes na tentativa. Os eventos

vital estressantes encontrados foram os relacionamentos interpessoais disfuncionais com o casal (49,6%) e os pais (34,8%). O tempo médio decorrido entre as pessoas que entraram no estudo, que tinham tentativas de suicídio prévias da atual foi de 15,9 meses (IC 95% 14,7-17,3). A probabilidade de ser recidivante à intenção suicida é maior nos primeiros dez meses desde a última tentativa, de 83% que após diminui e repousa em 9%, quando decorrem pelo menos 20 meses. **Conclusões:** a tentativa de suicídio ocorre principalmente em mulheres, jovens adultos e adolescentes com menos de 19 anos, e a intoxicação é o método mais comum. A mais proximidade da tentativa, maior a probabilidade de reincidência

Palavras-chave

Suicídio, tentativa, morte, intoxicação, princípio de proteção à saúde pública (fonte: Tesouro de política criminal latinoamericana - ILANUD).

Introducción

El intento de suicidio es un problema de salud pública en el mundo, que ha venido afectando en particular a un número cada vez mayor de la población colombiana. Esta conducta suicida se define como “potencialmente lesiva, autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de la intencionalidad de provocarse la muerte” (Ministerio de

Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 27); puede provocar lesiones físicas o mentales de manera independiente a la letalidad del método. “Se calcula que por cada muerte atribuible a esta causa, se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales” (Organización Mundial de la Sa-

lud, 2004, párr. 30). Se conoce que aquel individuo que intenta suicidarse y no logra el resultado esperado (la muerte), repite su conducta; se ha descrito que un 26,3 % de las personas que intentaron suicidarse, previamente habían asistido a una consulta médica, y entre el 13 % y el 35 % reincidían en el intento en los dos años siguientes (Gómez, Rodríguez, Bohórquez, Díaz, Ospina & Fernández, 2002). No obstante, la información sobre reincidencia a eventos suicidas en algunos casos no ingresa al sistema de vigilancia, dado que no son reportados al ente territorial por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), o porque no consultan a una institución de salud, la cual es responsable dentro del sistema de realizar el reporte.

En el año 2013, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses analizó 1.810 necropsias médico-legales con probable manera de muerte por suicidio. La tasa nacional de suicidio para este año fue de 3,84 suicidios por cada 100.000 habitantes; la mayor tasa de suicidio se presentó entre los 18 y 19 años, observándose un gradiente negativo, esto es, a partir de 19 años disminuye la frecuencia de presentación del evento (Cifuentes, 2014). Las principales ciudades con casos de suicidio fueron Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla e Ibagué. La intoxicación ha sido el principal mecanismo utilizado para el intento de suicidio, pero además existen otros métodos, los cuales varían de acuerdo con su letalidad; entre ellos se encuentran el ahorcamiento, el lanzamiento al vacío, las lesiones por arma cortopunzante o de fuego, entre otras. La ciudad de Ibagué ha registrado, según la historia, el mayor número de casos de intento de suicidio, que afectan principalmente a la población joven; basados en esta realidad y partiendo de los efectos tanto físicos como psicológicos, y los relacionados con las consecuencias que eventos como el intento de suicidio traen para las personas, se reivindica la importancia de caracterizar a la población que intenta suicidarse en la ciudad de Ibagué, con la finalidad de proporcionar información científica que sustente la toma de decisiones relacionada con la atención de personas, en particular, y las comunidades afectadas, en general, además de proporcionar fundamentos para el planteamiento de hipótesis cuando se conformen futuros estudios. Con base en lo anterior, el presente artículo incluye una caracterización de los pacientes que intentaron suicidarse en el municipio de Ibagué, desde el 1 de enero del 2013 al 30 de noviembre del 2014. Este estudio responde a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las principales características de las personas que intentaron suicidarse en la ciudad de Ibagué entre los años 2013 y 2014? Se describen los aspectos demográficos, los eventos vitales estresantes que desencadenaron el hecho, el mecanismo utilizado,

la atención recibida y el tiempo transcurrido entre el intento de suicidio actual y la presencia de intentos anteriores.

Métodos

Metodología

Se trata de un estudio tipo descriptivo longitudinal y retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 357 individuos, que intentaron suicidarse a través de cualquier mecanismo en la ciudad de Ibagué. Se incluyeron personas que fueron remitidas a los diferentes servicios de urgencias de las instituciones de salud de la ciudad de Ibagué, a quienes la Secretaría de Salud Municipal realizó la visita de seguimiento, información que fue consignada en el "Formato de visita de campo a los casos de intento de suicidio"; también constituyeron la muestra quienes fueron incluidos en la ficha de intoxicaciones por sustancias químicas con tipo intencional suicida, código INS 365 del Sivi-gila, y los que figuraban en la base datos de lesiones autoinfligidas de la Secretaría de Salud Municipal. Se excluyeron las personas que intentaron suicidarse, pero cuya información tenía alguna de las siguientes falencias: fichas diligenciadas con letra ilegible, ausencia de información acerca de los eventos vitales estresantes, fichas en las cuales solo se hubiera diligenciado el encabezado o aquellas en que se clasificó el evento como un intento suicida, pero se descartó luego de la visita del psicólogo. El muestreo utilizado para el desarrollo del presente estudio fue no probabilístico por conveniencia, dado que se incluyeron los sujetos que consultaron en los diferentes servicios de urgencias de las instituciones de salud del municipio de Ibagué. La información provenía de registros sanitarios, por lo que las investigadoras diseñaron una base de datos, donde manualmente consignaron la información para el análisis. Fue imposible hacer una estimación de la información faltante, por las diferentes fuentes utilizadas y por desconocimiento de subregistro, dada la naturaleza tabú del evento bajo estudio.

En el contexto de esta investigación, los eventos vitales estresantes se definen como circunstancias o condiciones ambientales que amenazan, desafían, exceden o dañan las capacidades psicológicas o biológicas del individuo (Veytia, González, Andrade & Oudhof, 2012). Los eventos que se han encontrado principalmente asociados al intento de suicidio son: los conflictos con personas significativas; el abuso sexual o físico y la negligencia; el acoso escolar o *bullying*; las pérdidas significativas, como la muerte de un

progenitor; el divorcio de los padres o el vivir con una familia reconstruida; la violencia familiar; la adopción; las discrepancias entre la adscripción religiosa de la escuela y la propia, sobre todo cuando no se percibe apoyo por parte de los allegados; las enfermedades físicas, y las dificultades económicas (Díaz de Neira, 2014). El riesgo de suicidio aumenta cuando existen antecedentes de situaciones estresantes negativas, experimentadas en edades muy tempranas de la vida: “para el caso de los adolescentes con dificultades para manejar los acontecimientos vitales negativos, con frecuencia el acto suicida va precedido de alguna situación de estrés, capaz de reactivar los sentimientos de desamparo, desesperanza y abandono” (Cornellà, 2015). Como se mencionó antes, la información sobre estos eventos se tomó del formato de visita de campo diseñada para tal fin.

Las variables consideradas se caracterizaron de acuerdo con la dimensión de la cual provenían, esto es, demográficas, de persona, de eventos vitales estresantes, de intervención en la crisis y de remisiones.

La información fue procesada a través del paquete estadístico SPSS versión 20. El análisis de las variables cualitativas se realizó obteniendo frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana, desviación estándar [DE], amplitud intercuartil). Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk para identificar la normalidad en la distribución de los datos. Con el fin de hallar asociación o independencia entre dos variables cualitativas, se realizó la prueba de Chi cuadrado de independencia. Para encontrar asociación entre una variable cuantitativa y una cualitativa, se realizó la prueba t de Student o U de Mann Withney, según la distribución de los datos. Se aceptó la significación estadística con un valor $p < 0,05$. Tomando como variable de respuesta el tiempo para el evento, esto es, el transcurrido desde el penúltimo evento hasta el actual, se realizó un análisis de supervivencia exploratorio, con el fin de determinar diferencias en el tiempo transcurrido entre el último intento de suicidio, con respecto a eventos anteriores. Para ello se utilizó el método de Kaplan Meier, y en la exploración de las relaciones de la variable respuesta con otras independientes, el log Rank test.

Por ser un estudio con fuente de información secundaria, según el art. 11 de la Resolución 8430 de 1993, se cataloga como una investigación sin riesgo. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad de Ibagué, el día 11 de marzo del 2015.

Resultados

Características de la población

Los pacientes que intentaron suicidarse durante los años 2013 y 2014, en la ciudad de Ibagué, fueron predominantemente mujeres (59,7 %). La edad promedio en la población fue de 25,4 (DE 11,9 años) y el 50 % de los que intentaron suicidarse tenían 21 años o menos. El 64,9 % eran solteros, y el 69,7 % se encontraban sin ocupación (amas de casa, estudiantes, desempleados y reclusos). El tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio del cual recibieron atención para el evento actual, correspondió al régimen subsidiado en su mayoría (51,9 %) (vid. tabla 1).

El 76 % de los menores de 19 años son mujeres. Un aspecto para resaltar frente a este evento, en relación con la edad, es que en las mujeres el comportamiento fue hacia el descenso a medida que aumentaba la edad, a diferencia de la conducta en los hombres.

La edad promedio de los hombres fue mayor que la de las mujeres, 30,2 y 22,2 años, respectivamente (DE 13,1 y 9,9 años). El 50 % de los hombres tenían a lo sumo 27 años, en contraste con las mujeres, quienes tenían 22 años. Dada la no normalidad de la edad, tanto en hombres como en mujeres ($p=0,000$, prueba de Shapiro Wilk en ambos casos), se encontró que existían diferencias estadísticas ($p=0,000$ prueba U de Mann Whitney) entre la mediana de la edad entre hombres y mujeres, siendo mayor para ellos.

Tabla 1.
Características demográficas de los pacientes que intentaron suicidarse. Ibagué, 2013-2014¹.

Característica	n	%	IC 95 %
Sexo			
Hombre	144	40,3	35,1 – 45,6
Mujer	213	59,7	54,4 – 64,9
Total	357	100,0	
Etapas ciclo vital			
Adolescencia	150	42,1	36,9 – 47,4
Adulto	206	57,9	52,6 – 63,1
Total	356	100,0	
Estado civil			
Soltero	198	64,9	59,4 – 70,4
Casado/Unión libre	89	29,2	23,9 – 34,4

Sigue...

¹ Los totales en la tabla varían, debido a que la información fue obtenida de diferentes fuentes, en las cuales no se contaba con la misma información para todos los casos. Adicionalmente, los datos no se encontraban completos dentro de las fuentes de información, de modo que se generaban valores perdidos, los cuales hacen las diferencias en los totales de cada una de las variables.

...viene.

Característica	n	%	IC 95 %
Separado/Viudo	18	5,9	3,0 – 8,7
Total	305	100,0	
Afiliación al SGSSSS			
Contributivo	92	27,0	22,1 – 31,8
Subsidiado	177	51,9	46,5 – 57,3
Otro	72	21,1	16,6 – 25,6
Total	341	100,0	
Ocupación			
No ocupado	159	69,7	63,5 – 75,9
Ocupado	69	30,3	24,0 – 36,4
Total	228	100,0	

Característica	n	%	IC 95 %
Área de residencia			
Urbana	329	94,3	91,7 – 96,8
Rural	20	5,7	3,1 – 8,3
Total	349	100,0	
Tipo de familia			
Extensa	31	25,2	17,1 – 33,3
Monoparental	12	9,8	4,1 – 15,4
Nuclear	77	62,6	53,6 – 71,6
Otro	3	2,4	0,5 – 6,9
Total	123	100,0	

Eventos vitales estresantes

Para el año 2013 no se obtuvo información de algunos eventos vitales estresantes de quienes intentaron suicidarse, tales como la disfunción con los hermanos, los antecedentes de depresión, el desempleo, el consumo de sustancias psicoactivas, el aislamiento social y los problemas de salud; para el 2014, los anteriores eventos presentaron variaciones en su presentación, entre un 10,1 y un 26,5 %, siendo más frecuente el primero, con el 26,5 %, y el menor el aislamiento social, 10,1 %. Los eventos vitales estresantes relativos a las relaciones interpersonales disfuncionales, como los conflictos con los padres (54,1 %) y la disfunción con la pareja (26,6 %), fueron los más frecuentemente identificados en la población durante el año 2013, y este comportamiento coincide con lo visto para el

2014: el 49,6 % refirió tener un conflicto con su pareja, y el 34,8 %, con sus padres.

Se encontraron diferencias estadísticas en los porcentajes de disfuncionalidad en la pareja, en aquellos que intentaron suicidarse, por año, siendo mayor en el 2013, con una variabilidad entre el 4,4 y 34,1 % con respecto al 2014. Situación contraria a la anterior se presentó cuando se consideró la disfuncionalidad con los padres, cuya variabilidad fue del 9,4 al 37,4 %, mayor en el año 2014. Valga mencionar que los intentos de suicidio, entre aquellos que se diagnosticaron con enfermedad mental, fueron predominantes en el año 2013, con respecto al 2014, con una variabilidad entre el 2,9 y el 35,3 % (vid. tabla 2).

Tabla 2.

Eventos vitales estresantes identificados en las personas que intentaron suicidarse, Ibagué, 2013-2014*

Eventos vitales estresantes	Categoría	2013		2014		IC (95 %: P1-P2)**	p
		n	%	n	%		
Disfunción con los padres	Sí	33	54,1	48	34,8	4,4% 34,1%	0,0164
	No	28	45,9	90	65,2		
	Total	61	100,0	138	100,0		
Disfunción con la pareja	Sí	16	26,2	64	49,6	-37,4% -9,4%	0,0023
	No	45	73,8	65	50,4		
	Total	61	100,0	129	100,0		
Enfermedad mental	Sí	13	34,2	21	15,1	2,9% 35,3%	0,0081
	No	25	65,8	118	84,9		
	Total	38**	100,0	139	100,0		

* Los totales de la tabla varían, dado que fueron calculados a partir de la información disponible en cada variable.

** Intervalo de confianza del 95% para una diferencia de proporciones.

En las personas que refirieron como evento estresante la disfunción con la pareja, el promedio de edad fue de 24,6 años (DE=8,9); el 50 % de estas tuvieron como máximo 22 años. Situación similar aconteció con las personas en quienes se documentó como evento estresante la disfunción con los padres; aquí el promedio de edad fue de 20,6 años (DE=9,9). Asimismo, 50 de cada 100 personas con este evento

vital estresante, como desencadenante, tenían a lo sumo 18 años.

Con relación a la enfermedad mental, el promedio de edad fue de 29,3 años (DE=12,0). Se evidenció que fue mayor la mediana de la edad de las personas que intentaron suicidarse y tenían enfermedad mental, con respecto a las que no la padecían ($p=0,004$) (vid. tabla 3).

Tabla 3.

Medidas de resumen de los eventos vitales estresantes en relación con la edad de los intentos de suicidio. Ibagué, 2013-2014*

Tipo de disfunción		Edad en años cumplidos						
		n	Media	DE	Mediana	Amplitud intercuartil	p (S-W)	p (T o U de M-W)
Disfunción con la pareja	Sí	80	24,7	8,9	22	9	0,000	0,188
	No	109	25,4	13,5	20	18	0,000	
Disfunción con los padres	Sí	81	20,6	9,9	18	9	0,000	0,000
	No	117	27,5	12,0	24	17	0,000	
Enfermedad mental	Sí	33	29,4	12,5	24	21	0,009	0,004
	No	143	23,7	11,2	20	11	0,000	

DE: Desviación estándar; p (S-W): prueba de Shapiro Wilk; p (T o U de M-W): prueba t de Student o U de Mann Whitney

* Los totales de la tabla varían, dado que fueron calculados a partir de la información disponible en cada variable.

Al analizar los eventos vitales estresantes en relación con el sexo, se observó que el 46,2 % de las mujeres refirieron disfunción con la pareja, y el 42,5 %, disfunción con los padres; en el primer caso, la posibilidad de que una mujer, con intento de suicidio, haya tenido alguna disfunción con su pareja, es 1,5 veces en relación con los hombres, aunque la asociación no fue significativa ($p=0,152$); en el segundo caso, la posibilidad de disfunción con los padres, de

una mujer que haya intentado suicidarse, excede en un 20 % con relación a los hombres, aunque no se presentó asociación estadística. Cuando se consideró la enfermedad mental, se encontró asociación significativa de esta con el sexo, esto es, la posibilidad de enfermedad mental en los hombres es de un 56 % con respecto a las mujeres ($p=0,030$, prueba Chi cuadrado de independencia, vid. tabla 4).

Tabla 4.

Distribución de frecuencias de los eventos vitales estresantes: disfunción con la pareja, disfunción con los padres y enfermedad mental, en relación con el sexo, de los intentos de suicidio en la ciudad de Ibagué, 2013 -2014*

Eventos vitales estresantes		Sexo		Total (%)	OR (IC 95% OR)	p
		Mujer n (%)	Hombre n (%)			
Pareja disfuncional	Sí	54 (46,2)	26 (35,6)	80 (42,1)	1,5 (0.8 2.9)	0,152
	No	63 (53,8)	47 (64,4)	110 (57,9)		
	Total	117	73	190		
Padres disfuncionales	Sí	51 (42,5)	30 (38,0)	81 (40,7)	1,2 (0.6 2,3)	0,524
	No	69 (57,5)	49 (62,0)	118 (59,3)		
	Total	120	79	199		
Enfermedad mental	Sí	15 (14,0)	19 (27,1)	34 (19,2)	0.44 (0.19 0.99)	0,0302
	No	92 (86,0)	51 (72,9)	143 (80,8)		
	Total	107	70	177		

* Los totales de la tabla varían, dado que fueron calculados a partir de la información disponible en cada variable.

Mecanismo del intento

El principal mecanismo utilizado fue el no violento (intoxicación), y se documentó en el 79 % de los casos. Este comportamiento resultó más frecuente en mujeres (50,4 %) que en hombres, quienes utilizaron, a diferencia de las mujeres, el arma cortopunzante y el ahorcamiento, como otros mecanismos para intentar suicidarse.

Antecedentes de intento de suicidio

El 30,8 % de la población que trató de suicidarse, durante los años 2013 y 2014, refirió haber tenido intentos previos al actual, y se conoció que 25 de cada 100 mujeres habían tratado de suicidarse alguna vez antes del intento actual; sin embargo, no se encontró asociación entre el sexo y la presencia previa de intentos de suicidio ($p=0,108$, prueba Chi cuadrado) en esta población. Con la información disponible para el año 2014, pudo determinarse que el 58,8 % tuvo un intento de suicidio previo, versus el 41,2 % que reportó dos o más intentos anteriores. No hubo asociación entre el sexo y el número de intentos de suicidio previos (prueba Chi cuadrado, $p=0,563$). Se puede notar que el 72,7 % de los jóvenes menores de 19 años que habían tenido intentos de suicidio anteriores al actual, refirieron haberlo hecho dos o más veces; por el contrario, el 66,7 % de los adultos jóvenes entre 20 y 28 años manifestaron haber cometido solo un intento previo. Alrededor del 55,6 % de la población con intentos de suicidio previos, los presentaron en los últimos dos años, con relación al intento de suicidio actual.

Características de la atención durante la crisis

En la mayoría de los casos, la atención durante la crisis fue prestada por el médico general, 96,4 %; el 27,9 %

fue atendido por el psiquiatra. El servicio de atención al cual se derivaron los pacientes para el manejo del evento fue principalmente consulta externa (60,4 %). Al finalizar la intervención dada en la crisis, los pacientes se remitieron sobre todo para manejo por psicología (87,4 %) y psiquiatría. De las personas que tenían como antecedente un intento de suicidio previo, 75 de cada 100 no fueron vistas por la especialidad de psiquiatría en la crisis. Cabe resaltar que solo 28 de cada 100 personas con antecedentes de dos o más intentos de suicidio fueron atendidas por la especialidad de psiquiatría durante la crisis.

Análisis de supervivencia

De los 168 pacientes con intento de suicidio, que constituyeron la población objetivo, se conoció que 49 (29,2 %) eran reincidentes, esto es, tenían intentos anteriores al último conocido. El 50 % de las personas se demoraron en promedio 17,3 meses o menos para reincidir en el intento (IC 95 % 13,2 – 18,7). El tiempo transcurrido en meses entre el intento de suicidio y la fecha hasta la cual se tuvo acceso a la información, diciembre del 2014, fue menor de cinco meses; 168 personas habían intentado suicidarse, de las cuales 38 no eran reincidentes; nueve sí lo eran, y la probabilidad de que en menos de cinco meses tuvieran un reintento fue del 6%.

Nótese que la probabilidad de que un paciente hubiera tenido intentos de suicidio en el pasado, en un periodo comprendido entre diez y menos de 20 meses, con referencia al último intento, varió entre 27 y 38 %. Merece atención que a partir del momento del primer intento de suicidio, la probabilidad de que en menos de 20 meses la persona hubiera reintentado el mismo fue de 37 %; estos resultados sugieren que con respecto al último intento de suicidio, es más probable que la reincidencia sea en los primeros diez meses, para luego disminuir y situarse en una probabilidad del 9 % cuando han transcurrido como mínimo 20 meses (vid. tabla 5).

Tabla 5.
Tabla de vida para personas que intentaron suicidarse. Ibagué, 1 enero del 2013-30 de noviembre del 2014

Meses transcurridos entre el intento de suicidio actual y la finalización del estudio	Número de pacientes con intento de suicidio	Número de pacientes con solo un intento	Número de expuestos a riesgo	Número de pacientes que reintentan	Proporción de tener reintentos	Proporción de no tener reintentos	Proporción acumulada de reintentos
0 – < 5 meses	168	38	149,00	9	0,06	0,94	0,94
5 – < 10 meses	121	39	101,50	12	0,12	0,88	0,83
10 – < 15 meses	70	29	55,50	15	0,27	0,73	0,60
15 – < 20 meses	26	10	21,00	8	0,38	0,62	0,37
20 meses y > mas	8	3	6,50	5	0,77	0,23	0,09

La mediana del tiempo de supervivencia es 17,3

No se presentaron evidencias estadísticas para afirmar que diferían las medianas de los meses transcurridos entre los reintentos de suicidio y el momento de finalización del estudio, según el sexo, la edad, el mecanismo utilizado, los antecedentes de depresión y familiares de suicidio, y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) (vid. tabla 5). Caso contrario se observó cuando se consideró como variable independiente la presencia de la enfermedad

mental: en aquellos pacientes donde se refirió esta, fue menor el tiempo transcurrido entre los reintentos de suicidio ($p=0.006$). Nótese que aunque las diferencias no fueron significativas, desde el punto de vista estadístico, llama la atención la diferencia entre la mediana del tiempo transcurrido y el reintento de suicidio entre los que utilizaron un mecanismo violento, con respecto al no violento, siendo mayor para los primeros (vid. tabla 6).

Tabla 6.

Indicadores de resumen, intervalos de confianza y pruebas Log Rank para la supervivencia acumulada de las personas que intentaron suicidarse, con respecto a algunas variables de persona. Ibagué, 1 de enero del 2013 - 30 de noviembre del 2014*

		Tiempo de supervivencia					Log Rank Valor p
		Total	Eventos	Censura	Mediana	IC 95%	
Sexo	Hombre	62	22	40	14,0	11,4 16,6	0,163
	Mujer	106	27	79	20,0	14,6 25,5	
	Total	168	49	119	16,0	13,3 18,7	
Edad	< 19 años	76	16	60	20,0	14,4 25,6	0,124
	20 - 28 años	53	24	29	13,0	10,8 15,2	
	> 29 años	38	9	29	18,0	11,2 24,8	
	Total	167	49	118	16,0	13,3 18,7	
Mecanismo	No violento	118	25	93	14,0	10,3 17,7	0,059
	Violento	47	22	25	18,0	13,2 22,8	
	Total	165	47	118	16,0	13,4 18,6	
Antecedente de depresión	No	89	19	70			0,696
	Sí	15	4	11	10,0	7,9 12,1	
	Total	104	23	81			
Enfermedad mental	No	129	28	101	18,0	14,5 21,5	0,006
	Sí	31	16	15	13,0	10,6 15,4	
	Total	160	44	116	18,0	14,6 21,4	
Antecedentes familiares de suicidio	No	98	21	77			0,683
	Sí	5	2	3	10,0	5,5 14,5	
	Total	103	23	80			
Consumo de SPA	No	109	22	87			0,071
	Sí	16	5	11			
	Total	125	27	98			

* Los totales de la tabla varían, dado que fueron calculados a partir de la información disponible en cada variable.

Discusión

Los resultados encontrados se relacionan con otros documentados en diferentes contextos. En relación con los aspectos sociodemográficos, se encontró que las mujeres acudían al intento de suicidio en mayor proporción que los hombres, hallazgo afín a lo reportado por los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), a través del *Youth Risk Behavior Surveillance System*, con 15.503 participantes de 158 escuelas de diversos estados norteamericanos, los cuales identificaron que la prevalencia de intento de suicidio fue mayor en mujeres (10,6 %) que en hombres (5,4 %) (Centers for Disease Control and Prevention, 2013), y por Rueda *et al.* en Colombia, que evidenciaron el mismo (Rueda, Díaz & Rangel, 2011), con la importante salvedad de que el comportamiento según el sexo se invirtió en relación con el suicidio consumado en Colombia, en donde por cada mujer, se quitan la vida cuatro hombres (Cifuentes, 2014).

Los hallazgos en relación con la edad fueron similares a los de otras investigaciones; los adultos jóvenes y los adolescentes son quienes se ven involucrados con el intento de suicidio, tal como lo señalan Rodríguez y colaboradores (2011-2012), en un estudio hecho en Cuba, en la provincia Ciego de Ávila, así como otros realizados en la ciudad de Manizales (Cañón & Toro, 2012) y Medellín (Alcaldía de Medellín, 2012). En la ciudad de Ibagué se identificó que la edad promedio de las personas del presente estudio fue de 25,4 años, y resulta alarmante que la mitad de estas tuvieran 21 años o menos, por el importante efecto que tiene en la edad productiva y reproductiva.

En relación con el sexo y la edad, se encontró que las mujeres eran más jóvenes que los hombres cuando intentaron suicidarse (22,23 y 30,18 años, respectivamente, con una DE 9,9 y 13,1 años), situación similar a la evidenciada en el estudio referenciado con anterioridad, de Cuba, en donde el rango de inicio para las mujeres se encontró entre los 10 a 29 años, e incluso, como lo refieren Chacón *et al.*, en los hombres el intento de suicidio ocurre en edades más avanzadas, de 35 a 70 años (Chacón, Galán & Guerra, 2013).

Los eventos vitales estresantes identificados fueron principalmente los que consideraban las relaciones interpersonales, y la disfunción con la pareja (26,2 %) y con los padres (54,1 %) fue la que presentó una mayor frecuencia. Cada uno de estos eventos funciona como un agente detonante en la ejecución del intento suicida, y se observa que las personas pueden experimentar más de uno. Es de resaltar que existen eventos vitales que se relacionan con el suicidio de jóvenes; los conflictos con la familia de origen son de los más significativos; en términos del intento de

suicidio, el conflicto con personas importantes cobra gran trascendencia (Díaz de Neira, 2014). Otros eventos vitales estresantes han sido documentados en otros estudios (Villalobos, 2009).

El mecanismo de intento usado con más frecuencia fueron las intoxicaciones (79 %), seguidas por las armas cortopunzantes (10,8 %). Diversos estudios a nivel mundial han documentado resultados similares; un estudio realizado en las regiones de Sabadell y Terrassa, España, encontró que para el año 2008, el 84,7 % y el 80,5 %, respectivamente, de las personas que intentaron suicidarse utilizaron la sobredosis de medicamentos como método para realizar el intento (Cebria *et al.*, 2013; González, Lorenzo, Luna, Gómez, Imbernon & Ruiz, 2012). En Taiwán, Chen-Ju, en el periodo 2004-2005, identificó como método de suicidio más comúnmente utilizado por el grupo de pacientes la intoxicación (57,5 %), seguida por el arma cortopunzante (25 %) (Lin, Lu, Sun, Fang, Wu & Liu, 2014). En Wisconsin (2007-2011), los principales medios empleados en las autolesiones fueron el envenenamiento (67,1 %) y las armas cortopunzantes (21,6%) (Wisconsin Department of Health Services, 2014). Estudios realizados en Cali (Valencia, Campo, Borrero, García & Patiño, 2011) y Bogotá (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta & Suarez, 2008) han documentado resultados similares. Lo anterior muestra la generalidad del problema y reafirma la importancia de estudiar más a fondo este fenómeno, teniendo como referencia la experiencia de programas exitosos –de prevención, atención y tratamiento de las conductas suicidas– realizados en otros países, para las futuras investigaciones.

Por otro lado, los intentos de suicidio previos al actual se hallaron en el 30,8 % de la población, lo cual resulta acorde con otros estudios realizados. En Paris (2009-2013), el 37,4 % de las personas que trataron de suicidarse reportaron haberlo intentado con anterioridad (Younes, Turbelin, Blanchon & Hanslik, 2015), y en Murcia (2008-2012) se identificó este mismo porcentaje (González, Lorenzo, Luna, Gómez, Imbernon & Ruiz, 2012). En otras poblaciones se han documentado porcentajes de ocurrencia menores; en Estados Unidos, el 11 % de los participantes de un estudio tenían antecedentes de intento de suicidio, y el 32 % de ellos informaron haber hecho más de un intento (Ballard, Cwik, Storr, Goldstein, Eaton & Wilcox, 2014). Esta situación pone de manifiesto la necesidad de intervenciones más efectivas, que disminuyan los reintentos y los suicidios consumados, ya que, como afirma la literatura, el intento de suicidio ha sido identificado como uno de los principales factores predictores del suicidio consumado (American Psychiatric Association, 2010).

Con relación a la atención en la crisis del intento de suicidio, se conoce que “en las últimas décadas, el suicidio y las conductas asociadas a él se han convertido en una de las causas crecientes de demanda de asistencia sanitaria en los servicios de urgencias” (Garrido, Ros & Caverro, 2012, p. 46). Es así como se estima que el comportamiento suicida está presente en al menos un tercio de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias psiquiátricas (Foster & Wu, 2002). Según el Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin, Estados Unidos, en el 2014 el total de los costos asociados a las visitas a los servicios de urgencias, debido a las lesiones autoinfligidas en Wisconsin, durante los años 2007 al 2011, fueron aproximadamente 22,6 millones de dólares (Wisconsin Department of Health Services, 2014). Lo anterior pone de manifiesto la importancia del tratamiento y seguimiento dado a los pacientes que presentan este evento. Los resultados del presente estudio mostraron que el 96,4 % de las personas que intentaron suicidarse fueron valoradas por un médico general, situación que se corresponde con lo que dice León (2007), quien refiere que: “El punto inicial es asegurar la supervivencia del paciente. El segundo es la prevención de nuevos intentos, inmediatos o a largo plazo” (p. 261); es decir, que antes de cualquier valoración psiquiátrica es necesaria la resolución clínica del paciente.

Solo el 27,8 % de los pacientes con intento de suicidio fueron valorados por psiquiatría en el momento de la crisis. Sin embargo, no se han documentado estudios que afirmen y asocien la necesidad de evaluación por parte de un médico psiquiatra en todos los pacientes con intento de suicidio, pero sí se ha encontrado un consenso general sobre la importancia de la valoración del riesgo suicida, para la toma de decisiones con relación al tratamiento, hospitalización y remisión a los servicios de salud por consulta externa (Chiclana & Ginerb, 2011); diversos artículos han documentado los aspectos que se deben tener en cuenta en la valoración del riesgo de suicidio (American Psychiatric Association, 2010; Chiclana & Ginerb, 2011; Álvarez, & Fontenla, 2010).

Este estudio tuvo como objetivo describir las características de los pacientes con intento de suicidio; se sugiere la realización de otros estudios que puedan identificar si se está registrando la valoración del riesgo suicida en los servicios de urgencias, cómo se está haciendo, y si las acciones de tratamiento resultan acordes con la misma, como lo sugiere la literatura.

En este estudio se identificaron algunas limitaciones. La información acerca de este evento, en la ciudad de Ibagué, no se encontraba consolidada en medio físico, ni en magnético, lo que dificultó el acceso a la información

y explicó la falta de los documentos del 2013 y años anteriores. Los registros en físico que se encontraron tenían problemas con la calidad de lo anotado, ya que algunos campos se encontraban sin diligenciar y la letra era poco legible. Se identificaron muchas visitas fallidas de seguimiento a los casos de intento de suicidio, porque no se contaba con la información de contacto debidamente diligenciada en las historias clínicas y en los sistemas de información de las instituciones prestadoras de salud (IPS), por el mal diligenciamiento o porque el paciente no brindaba los datos verdaderos. Es importante mencionar que para la realización del presente estudio no se contó con la información de los factores precipitantes, apoyo familiar, atención recibida en la crisis y remisión después del alta para todos los casos objeto de estudio, lo que deja fuera del análisis los casos sin esta información.

Dado que la calidad de la información y su registro afecta la descripción del fenómeno para su intervención (World Health Organization, 2014), como recomendación se plantea la necesidad de crear un sistema de información para el intento de suicidio, organizado y que logre consolidar la información de los casos, de modo que posibilite la realización de análisis de la población y el planteamiento de medidas preventivas y de atención de los casos por parte de los tomadores de decisiones. Urge la necesidad de implementar una bodega de datos relacionada con el evento suicidio, que permita unificar todas las bases de datos existentes, que de manera independiente proveen información acerca del intento y del suicidio *per se*. De esta manera se facilitará la integración de las diferentes fuentes de información, lo que contribuirá al análisis y al conocimiento integral de esta problemática.

No se debe olvidar incluir en esa bodega de datos –con el fin de tener una información más holística acerca del evento y las causas que lo generan– informes que refieran cartas y notas suicidas, para ahondar en el análisis de las circunstancias que sustentaron el intento o inclusive la muerte. Esto brindara, además, información sobre el estado psicológico de la persona antes de consumir el evento y la intencionalidad letal que este pudiera tener.

Por otro lado, el seguimiento es pieza fundamental en el manejo de los casos de intento de suicidio y en la prevención de los reintentos. Se desconoce si la remisión de los pacientes a servicios ambulatorios, para el manejo posterior al evento por el equipo interdisciplinario, se está realizando conforme se requiere; por tanto, es indispensable la realización de otros estudios que aborden este interrogante y permitan fortalecer el programa de seguimiento a los casos, y así medir la efectividad del mismo.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen la responsabilidad de brindar una atención integral a los casos de intento de suicidio, que incluya la estratificación del riesgo, para su correspondiente derivación y manejo, entendiendo que el suicidio es un evento prevenible, y que uno de los principales factores de riesgo es el intento, según se encuentra documentado en la literatura. Además, es necesario reforzar la notificación de los casos a través de un proceso estandarizado, que garantice la oportunidad y calidad en el seguimiento y atención de los mismos, a lo que se suma la necesidad de continuidad y calidad de los profesionales que están vinculados en este proceso.

Finalmente, es necesario que los tomadores de decisiones diseñen e implementen un sistema de información continuo, pertinente y estructurado, que proporcione datos completos que permitan plantear estrategias de prevención y atención de la población en riesgo, que vincule a todos los actores del sistema de salud y que facilite la realización de futuras investigaciones.

Conclusiones

En la ciudad de Ibagué, el intento de suicidio se presenta principalmente en mujeres; los grupos poblacionales más afectados son los adultos jóvenes y los adolescentes menores de 19 años. Las mujeres presentan la conducta a edades más tempranas, en relación con los hombres, y este patrón disminuye a medida que aumenta la edad. El método utilizado con mayor frecuencia para llevar a cabo el intento suicida es el no violento (intoxicación), que ha sido documentado como de fácil acceso por toda la población. Las relaciones interpersonales disfuncionales se identificaron como los principales eventos vitales estresantes (disfunción con la pareja, los padres y los hermanos). Adicionalmente, como posibles desencadenantes del evento en estudio se identificaron la enfermedad mental, los antecedentes familiares de depresión, el desempleo, el consumo de SPA, el aislamiento y los problemas de salud. Un poco más de la mitad de las personas que refirieron haber tenido intentos de suicidio previos al actual, expresaron haberlos cometido en los últimos dos años. De aquellas que manifestaron haber tenido dos o más intentos de suicidio previos, solo el 28,6 % recibieron atención por psiquiatría en la crisis. Cuando el tiempo transcurrido entre el intento y el final del estudio fue menos de cinco meses, la probabilidad de no tener intentos fue del 94 %. Se observaron diferencias estadísticamente significativas para el tiempo en meses transcurridos entre el evento

actual y la finalización del estudio, en quienes tenían enfermedad mental y aquellos que no la padecían.

Nota: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Alcaldía de Medellín (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental, Medellín, 2011-2012*. Medellín, Grupo de Salud Mental. Report No. 978-958-8674-15-5.
- Álvarez, I. & Fontenla, E. (2010). ¿Cómo detectar el riesgo suicida? *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 17 (5): 277-370.
- American Psychiatric Association (2010). *Practice Guideline for The Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Ballard, E., Cwik, M., Storr, C., Goldstein, Eaton, W. & Wilcox, H. (2014). Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. *General Hospital Psychiatry*, 36 (4): 437-441.
- Cañón, S. & Toro, P. (2012). Caracterización de la población con conducta suicida en la Clínica San Juan de Dios de Manizales, de julio a noviembre de 2010. *Archivos de Medicina*, 12 (1): 83-92.
- Cebria, I., Parra, I., Pamias, M., Escayola, A., García, G., Puntí, J. et al. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3): 269-76.
- Centers for Disease Control and Prevention (2013). *Youth Risk Behavior Surveillance - United States*. Morbidity and Mortality Weekly Report. Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services.
- Chacón, M., Galán, A. & Guerra, L. M. (2013). Tentativa de suicidio en la población mayor de 15 años durante el bienio 2011-2012. *Revista Medisan*, 17 (10): 6072-6079.
- Chiclana, C. & Ginerb, L. (2011). Protocolo diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio. *Medicine*, 10 (85): 5777-5781.
- Cifuentes, S. L. (2014). Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013. *Forensis*, 15 (1): 129-168.
- Cornellà, J. (2015). *Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención*. Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica,

- Italia y el Caribe [cited 2015 01 24]. Available from <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Conducta%20autodestructiva%20en%20el%20adolescente.pdf>
- Díaz de Neira, H. M. (2014). *Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental*. Tesis. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología.
- Foster, P. & Wu, L. (2002). *Assessment and Treatment of Suicidal Patients in an Emergency Setting* [cited 2015 03 01]. Available from <https://www.gatewaypsychiatric.com/pdf/Assessment%20and%20Treatment%20of%20Suicidal%20Patients%20in%20an%20Emergency%20Setting.pdf>
- Garrido, J. M., Ros, L. & Cavero, M. (2012). Guía de actuación en las urgencias psiquiátricas en atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 19 (5): 9-36.
- Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Díaz, N., Ospina, M. B. & Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31 (4): 271-286.
- González, M. D., Lorenzo, M. I., Luna, A., Gómez, M., Imbernon, E. & Ruiz, J. (2012). Análisis de los intentos de autolisis en un área de salud. 2008-2010. *Revista de Medicina Familiar: Semergen*, 38 (7): 439-444.
- León, J. (2007). *Intento de suicidio* [Online]. Available from http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Psiquiatria/Intento_de_suicidio.pdf
- Lin, C. J., Lu, H. C., Sun, F. J., Fang, C. K., Wu, S. I. & Liu, S. I. (2014). The characteristics, management, and aftercare of patients with suicide attempts who attended the emergency department of a general hospital in northern Taiwan. *Journal of the Chinese Medical Association*, 77 (6): 317-324.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Galicia, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible* [cited 2015 01 22]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Atuesta J. & Suárez, M. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, 10 (3): 374-385.
- Rueda, G. E., Díaz, A. & Rangel, A. (2011). Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (4): 637-646.
- Valencia, H., Campo, G., Borrero, C., García, A. & Patiño, M. (2011). Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle, Cali (1994-2010). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (4): 619-636.
- Veytia, M., González, N. I., Andrade, P. & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Revista de Salud Mental*, 35 (1): 37-43.
- Villalobos, H. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 32 (2): 165-171.
- Wisconsin Department of Health Services (2014). *The Burden of Suicide in Wisconsin, 2007-2011*. Informe Wisconsin, Wisconsin Department of Health Services.
- World Health Organization (2014). *Preventing Suicide A Global Imperative*. Luxembourg. Report No. 978 92 4 156477 9.
- Younes, M., Turbelin, C., Blanchon, T. & Hanslik, T. (2015). Chan Chee C. Attempted and completed suicide in primary care: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders*, 170: 150-154.