

Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad

Germán Eduardo Rueda-Jaimes¹

Pedro Antonio Díaz Bueno²

Andrés Mauricio Rangel Martínez-Villalba³

Vanessa Alexandra Castro-Rueda⁴

Paul Anthony Camacho⁵

Resumen

Introducción: A pesar de que en la mayoría de países el suicidio es más frecuente en hombres, las mujeres lo intentan con mayor frecuencia. Tales diferencias se explican por la letalidad del método, la búsqueda de ayuda, la aceptación de tratamientos, la impulsividad, el abuso sexual y el consumo de sustancias. Sin embargo, en el país los datos de los intentos y suicidabilidad son limitados. **Objetivo:** Determinar las diferencias de sexo en una muestra de pacientes con suicidabilidad. **Método:** Se realizó una entrevista semiestructurada a 593 pacientes consecutivos con suicidabilidad que solicitaban ayuda en una clínica privada de Bucaramanga. Se utilizó el análisis bivariado y la regresión logística para establecer asociaciones. **Resultados:** 383 (64,6%) fueron mujeres y 210 (35,4%) hombres. La edad promedio de las mujeres fue de $31,9 \pm 14,1$ y la de los hombres $33,8 \pm 15,1$ años. El promedio de años de estudio en las mujeres fue de $10,7 \pm 4,0$ y en los hombres $10,6 \pm 4,2$, y todos los pacientes pertenecían al régimen contributivo. El incremento en el uso de sustancias (OR=2,1; 1,18-3,7), el abuso de sustancias (OR=1,65; 1,01-2,7), el consumo de alcohol (OR=1,5; 1,04-2,3) y el acceso a medios suicidas (OR=3,5; 1,9-6,4) se asociaron a los hombres con suicidabilidad. **Conclusión:** Las diferencias por sexo estuvieron en el incremento en el uso de sustancias, el abuso de sustancia, el consumo de alcohol y el acceso a medios suicidas.

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, ideación suicida, sexo.

¹ Profesor asociado, director del Grupo de Neuropsiquiatría, Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Director científico del Instituto del Sistema Nervioso del Oriente. Bucaramanga, Colombia.

² Médico, investigador en formación del Grupo de Neuropsiquiatría, Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

³ Residente de psiquiatría de segundo año, Universidad de Antioquia. Investigador del Grupo de Neuropsiquiatría, Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

⁴ Médico, investigador del Grupo de Neuropsiquiatría, Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

⁵ MSc, investigador invitado del Grupo de Neuropsiquiatría, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Title: Gender Differences in Suicidal Patients.

Abstract

Introduction: Although in most countries suicide is more common in men, women attempt it more often. These differences have been explained by the lethality of the method, seeking for help, acceptance of treatments, impulsivity, sexual abuse, and substance use. However, data on suicide attempts are limited in our country. **Objective:** To determine gender differences in a sample of suicidal patients. **Method:** A semi-structured interview was conducted to 593 consecutive suicidal patients that requested help at a private clinic in Bucaramanga. We used bivariate and logistic regression to establish associations. **Results:** 383 (64.6%) were women and 210 (35.4%) were men. The average age of the women was 31.9 ± 14.1 , for men it was 33.8 ± 15.1 years. The average years of schooling for the women was 10.7 ± 4.0 and 10.6 ± 4.2 for the men, and all patients belonged to the contributive health insurance regime. Increase in substance use (OR = 2.1; 1.18 to 3.7), substance abuse (OR = 1.65; 1.01 to 2.7), alcohol consumption (OR = 1.5; 1.04 - 2.3), and access to means of suicide (OR = 3.5; 1.9 to 6.4) were associated with male suicidality. **Conclusion:** Gender differences were found in increased substance use, substance abuse, alcohol consumption, and access to means of suicide.

Key words: Suicide, attempted suicide, suicidal ideation, sex.

Introducción

Cerca de un millón de personas mueren por suicidio cada año a escala mundial. La tasa de mortalidad por suicidio ha sido de 16 por cada 100.000 habitantes. Es una de las

tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 44 años en la mayoría de países y la segunda causa de muerte entre los 10 y 24 años; estas cifras no incluyen los intentos de suicidio, que son alrededor de 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado (1).

En estudios epidemiológicos a escala mundial se ha asociado una serie de factores demográficos con mayores tasas de suicidio. Uno de estos factores ha sido el género, en el que se han encontrado diferencias importantes. En la mayoría de países, el suicidio ha sido más frecuente en hombres, pero las mujeres lo intentan con mayor frecuencia. Estas diferencias han sido explicadas por la letalidad del método, la búsqueda de ayuda, la aceptación de tratamientos, la impulsividad, el abuso sexual y el consumo de sustancias. Sin embargo, se ha observado que en China el suicidio es más frecuente en las mujeres (2).

En los Estados Unidos se ha reportado que la tasa de suicidios en los hombres fue aproximadamente cuatro veces mayor que en las mujeres; se estima que los intentos e ideación suicida ocurren en el 0,7% y 5,6% de la población general por año, respectivamente (3). El intento de suicidio en las mujeres es tres veces más frecuente que en los hombres. Se observan tendencias similares en la incidencia de ideación suicida. Por ejemplo, Kuo y colaboradores, utilizando datos de 3.481 personas que se siguieron de forma prospectiva a

partir del estudio ECA de Baltimore, encontraron que las mujeres entre los 18 a 29 años tuvieron una mayor incidencia de ideación suicida e intentos de suicidio que sus compañeros masculinos (4).

En Colombia, según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses del 2010, el suicidio fue la cuarta forma de muerte violenta. La tasa de suicidio fue de 7,5 y 1,6 por cada 100.000 habitantes, en hombres y mujeres, respectivamente, durante el 2010. Por cada cuatro hombres que se quitan la vida, tan solo una mujer lo hace. Se encontraron diferencias en el género al momento de elegir el método de suicidio: las mujeres elijen primero intoxicarse, luego ahorcarse y, por último, dispararse con un arma de fuego; por su parte, los hombres elijen primero ahorcarse, luego dispararse y, por último, intoxicación con sustancias que actúan en el sistema nervioso central (5). A pesar de que disponemos de información sobre el suicidio consumado, los datos de los intentos y la *suicidabilidad*, tanto en hombres como mujeres, son limitados en nuestro país. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue determinar las diferencias de género en una muestra de pacientes con suicidabilidad.

Métodos

El presente es un estudio de casos y controles anidados en una cohorte prospectiva. El proyecto

de esta investigación lo aprobó el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, y fue calificado como de riesgo mínimo para los participantes. Todos los participantes dieron su consentimiento después de recibir una explicación y comprender los objetivos de esta investigación, de la participación completamente voluntaria y de la garantía de confidencialidad, según las normas colombianas vigentes para la investigación en salud y la Declaración de Helsinki; en el caso de los adolescentes, el consentimiento fue dado además por sus padres o un tutor (6,7).

Se tomó una muestra consecutiva de todos los pacientes que acudían al Instituto del Sistema Nervioso del Oriente (ISNOR) con suicidabilidad, atendidos por urgencias o consulta externa. Para asegurar la recolección de la muestra, el médico psiquiatra tratante marcaba una casilla predeterminada en la historia clínica electrónica, una vez que detectaba a un paciente con suicidabilidad. Esta señal le avisaba al grupo de investigadores la presencia de un paciente con suicidabilidad, de tal manera que se incluyera en el trabajo.

Se definió *paciente con suicidabilidad* a todo aquel que presentó pensamientos, ideas o planes suicidas y comportamientos o intentos suicidas (8). Se incluyeron a todos los pacientes que aceptaran voluntariamente participar en el estudio y que presentaban suicidabilidad de

acuerdo con su médico tratante. Se excluyeron aquellos con psicosis o cuyas funciones cognitivas les impidieron contestar la entrevista.

Todos los pacientes fueron entrevistados por uno de los investigadores, con previo entrenamiento en valoración del riesgo suicida. El entrenamiento fue realizado por el director del grupo de investigadores, un psiquiatra con 14 años de experiencia y 3 años en la investigación sobre riesgo suicida. Ellos realizaron una entrevista semiestructurada, que interrogaba sobre características demográficas y los principales factores de riesgo y protectores determinados en la literatura científica. Finalmente, el investigador clasificaba el riesgo suicida de bajo a alto e inmediato, de acuerdo con el predominio de factores de riesgo o protectores en cada paciente.

Los datos se analizaron en STATA para Windows 9.0, con un nivel de significancia menor del 5% (9). Se inició con un análisis descriptivo, de acuerdo con la distribución de frecuencias. Para el análisis bivariado se determinaron razones de disparidad (OR), con intervalos de confianza del 95% (IC95%), y se estimaron las diferencias en función a la distribución de frecuencias con prueba de χ^2 , prueba de *T* de Student o Mann Whitney, de acuerdo con las variables. En el análisis multivariado se tomó como variable dependiente el sexo, las variables sociodemográficas se tomaron como covariables y las otras variables estudiadas, como

variables de confusión; para establecer el modelo final se siguieron las recomendaciones de Greenland.

Se incluyeron en el modelo las variables de interés clínico y epidemiológico que mostraron una asociación con valor de probabilidad mayor de 0,25 y que durante la construcción del modelo mostraron valores de probabilidad menores a 0,05, o cambios mayores al 10% en la asociación de la variable más importante (10). Para el modelo final se calculó la bondad del ajuste del Hosmer-Lemeshow (11).

Resultados

Se entrevistaron en total 612 pacientes, quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio, pero solo se incluyeron 593, pues 19 presentaban datos incompletos o eran pacientes ya incluidos. De estos, 383 (64,6%) fueron mujeres y 210 (35,4%), hombres. La edad promedio de las mujeres fue de $31,9 \pm 14,1$ y la de los hombres, $33,8 \pm 15,1$ años. El promedio de años de estudio en las mujeres fue de $10,7 \pm 4,0$ y en los hombres, $10,6 \pm 4,2$; todos los pacientes pertenecían al régimen contributivo.

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y clínicas de la población de acuerdo con el sexo. Los hombres difirieron de las mujeres en cuanto a tener hijos, orientación sexual, consumo de alcohol, fumar, consumir sustancias ilegales, aumento en el uso y abuso

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de acuerdo con el sexo

Variable	Hombre		Mujer		OR	IC 95%
	n	%	n	%		
Vivir solo	19	9,22	19	5,16	1,8	(0,9-3,8)
Estar desempleado	25	12,2	50	13,66	0,9	(0,5-1,5)
No tener hijos	96	45,71	140	36,36	1,47	(1,0-2,1,)
No tener pareja	93	45,15	140	38,25	1,3	(0,9-1,9)
Ateo	5	2,44	11	3	0,8	(0,2-2,6)
Homosexual	16	7,62	12	3,17	2,5	(1,1-6)
Consumo de sustancias ilegales	40	19,4	22	6	3,6	(2,1-6,6)
Consumo de alcohol	133	63,33	171	44,76	2,1	(1,5-3,1)
Fuma actualmente	49	33,79	46	16,79	2,5	(1,5-4,1)
Fuma diariamente	30	21,3	27	10,42	2,4	(1,3-4,3)
Fuma diario en el último mes	27	19,15	22	8,5	2,5	(1,4-5)
Enfermedad terminal o invalidante	20	9,71	23	6,3	1,6	(0,8-3,1)
Intento suicida previo	74	35,92	148	40,33	0,8	(0,6-1,2)
Trastorno mental severo	154	74,8	281	76,6	0,9	(0,6-1,4)
Duelo reciente	7	3,4	16	4,4	0,8	(0,3-2)
Abuso de sustancias	73	34,76	59	15,45	2,9	(1,9-4,4)
Pérdida de empleo	67	31,90	71	18,64	2	(1,4-3,1)
Problemas legales	12	5,83	2	2,45	2,5	(0,9-6,7)
Incremento del uso de sustancias	50	23,81	30	7,85	3,7	(2,2-6,2)
Problemas familiares	128	62,14	279	76	0,5	(0,3-0,7)
Alivio por no completar el suicidio	128	62,14	201	54,8	1,3	(0,9-1,9)
Sensación de asuntos pendientes	153	74,3	260	70,84	1,2	(0,8-1,8)
Buena autoestima	52	24,76	56	14,66	1,9	(1,2-2)
Apoyo cercano o familiar	125	60,7	196	53,41	1,3	(0,9-1,9)
Impulsividad	83	41,92	190	51,77	0,7	(0,5-0,9)
Acceso a medios suicidas	37	17,62	21	5,50	3,9	(2,1-7,2)
Desesperanza	34	16,5	64	17,44	0,9	(0,6-1,5)
Riesgo suicida	57	28	92	25,8	1,2	(0,7-1,7)
Intento suicida actual	82	40,6	156	42,9	0,9	(0,6-1,3)

de estas, pérdida de empleo, impulsividad y acceso a medios suicidas. No se encontraron diferencias en cuanto a estar desempleado, vivir solo, ser ateo, tener problemas legales, sentir alivio por no completar el suicidio, tener asuntos pendientes, tener desesperanza, el riesgo suicida al momento de la evaluación y si presentaba actualmente intento suicida o no.

En la tabla 2 se observan los diagnósticos en los hombres y en las mujeres. Se encontró que tanto en hombres como en mujeres el diagnóstico más frecuente fue el de

trastorno depresivo mayor, seguido por el trastorno afectivo bipolar tipo II y el trastorno adaptativo. Respecto a los métodos y las consecuencias de los intentos suicidas (tablas 3 y 4), tanto en hombres como en mujeres fueron más frecuentes como método los medicamentos y la intoxicación con venenos; y como consecuencia, el daño físico sin peligro para la vida. En la tabla 5 se muestra el análisis multivariado; se presentan las diferencias entre los hombres y las mujeres con suicidabilidad luego de ajustarse por las variables de confusión.

Tabla 2. Diagnósticos por DSM-IV de acuerdo con el sexo

Diagnóstico	Mujer (%)	Hombre (%)
Trastorno depresivo mayor	60,5	52,4
Trastorno bipolar I	4,5	3,9
Trastorno bipolar II	18,4	15
Trastorno de ansiedad generalizada	1,1	1,9
Trastorno obsesivo compulsivo	0,5	1,9
Trastorno de pánico	0,3	0,5
Abuso-dependencia de alcohol	0,5	1
Abuso-dependencia de sustancias	0	1,9
Trastorno de estrés postraumático	0,3	4,8
Trastorno adaptativo	10,7	11,6
TDAH*	0,3	0
Ludopatía	0	0,5
Trastorno de la conducta	0,3	1
Trastorno de control impulsos	1,1	1
Reacción de estrés agudo	0,5	1
Trastorno esquizoafectivo	0,3	0,5
Personalidad límite	0,8	0
Otros trastornos no especificados	0	0,5
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	0	0,5

Nota: $\chi^2 = 38,04$ gl = 18 $p = 0,004$.

* TDAH: Trastorno con déficit de atención por hiperactividad.

Tabla 3. Métodos de los intentos suicidas en hombres y mujeres con suicidabilidad

Variable	Hombre		Mujer	
Método	n	%	n	%
Intoxicación	20	24,10	49	30,06
Medicamentos	28	33,73	72	44,17
Objetos cortopunzantes	17	20,48	31	19,02
Arma de fuego	7	8,43	2	1,23
Ahorcamiento	3	3,61	1	0,61
Gases o sustancias inhaladas	0	0	0	0
Salto al vacío	3	3,61	1	0,61
Accidente automotor	3	3,61	3	1,84
Otros	2	2,41	2	1,23
Combinación (2+3)	0	0	2	1,23

Nota: $\chi^2 = 18,33$ gl = 8 $p = 0,019$

Tabla 4. Consecuencia de los intentos suicidas en hombres y mujeres con suicidabilidad

Variable	Hombre		Mujer	
Método	n	%	n	%
Sin daño físico	17	20,73	21	13,13
Daño y sin peligro	45	54,88	94	58,75
Sin daño y con peligro	10	12,20	21	13,13
Con daño y con peligro	10	12,20	24	15,00

Nota: $\chi^2 = 2,47$ gl = 3 $p = 0,479$

Tabla 5. Regresión logística en hombres y mujeres con suicidabilidad

Variable	OR (IC 95%)	p
Incremento en el uso de sustancias	2,1 (1,18-3,7)	0,012
Abuso de sustancias	1,65 (1,01-2,7)	0,045
Acceso a medios suicidas	3,5 (1,9-6,4)	0,000
Consumo de alcohol	1,5 (1,04-2,3)	0,029

Discusión

En este trabajo se evidenció que las diferencias entre hombres y mu-

jer con suicidabilidad que consultaban a una clínica particular de Bucaramanga, se encontraban en el incremento en el uso de sustancias, el

abuso de sustancias, el consumo de alcohol y el acceso a medios suicidas.

El alcoholismo se ha asociado con un mayor riesgo de suicidio, con tasas de mortalidad por suicidio para los alcohólicos, que son aproximadamente seis veces más altas que las de la población general (12,13); el alcoholismo también ha sido asociado con intentos de suicidio y suicidabilidad (14). La literatura científica, además, muestra que este diagnóstico ha sido más frecuente en hombres suicidas que en mujeres suicidas (12). Sin embargo, no es necesario que la persona presente alcoholismo para aumentar el riesgo suicida, el solo hecho de consumir alcohol aumenta el riesgo (15), especialmente en hombres (16).

En nuestro estudio encontramos que los hombres con suicidabilidad fueron consumidores de alcohol en mayor proporción que las mujeres. Recientemente en Colombia se describió que los hombres al momento del suicidio estaban en mayor proporción bajo efectos del alcohol, con una posibilidad tres veces mayor que las mujeres de cometer el acto suicida bajo sus efectos (17). Se ha demostrado que el abuso de alcohol es mayor en hombres que en mujeres (18,19), y la dependencia es cinco veces mayor que en las mujeres. Un estudio que analizó el efecto de diferentes patrones de consumo de alcohol en sujetos jóvenes con intentos de suicidio de muy alta letalidad reportó que el consumo dentro de las tres horas previas al acto suicida confería un riesgo siete veces mayor (20). De

tal manera que los resultados de este estudio corroboran la relación del consumo de alcohol con la suicidabilidad en hombres.

Al igual que el alcohol, el uso de sustancias también se ha relacionado con el suicidio y la suicidabilidad en hombres, especialmente en adolescentes y jóvenes (21-23). Incluso, se ha sugerido que el aumento en el abuso de sustancias ha contribuido al incremento de dos a cuatro veces en las tasas de suicidio desde 1970 en la población joven, en Estados Unidos (24), incremento que se dio en Colombia en los últimos diez años (5). Algunos autores mencionan que es difícil determinar la contribución del alcohol y el uso de sustancias en el suicidio debido a la comorbilidad de estas dos condiciones (21). Sin embargo, en este estudio las dos condiciones se asociaron independientemente con la suicidabilidad en hombres respecto a las mujeres, al indicar, al menos en nuestro contexto, que en los hombres cada uno de estos factores contribuye en el mayor riesgo suicida.

La mayoría de los pacientes tenían factores desencadenantes días previos a los intentos suicidas o al inicio de la ideación suicida. Estos factores fueron similares en hombres y en mujeres. Sin embargo, en el caso de los hombres se observó un aumento del consumo de sustancias, incluyendo el alcohol, como síntoma comportamental propio de su género ante estos factores desencadenantes. La descripción de este comportamiento, propio del género masculino, ya se había descrito (25).

Sin embargo, esta característica es poco mencionada en las revisiones, pues no se puede evidenciar en estudios con población general.

Muchos de los pacientes hombres que consultaban desempeñaban cargos como vigilantes o militares, por lo cual tenían un mayor acceso a medios suicidas, como el arma de fuego. En nuestro país, el uso y el mayor acceso a este tipo de medio suicida se puede observar en las estadísticas sobre muertes violentas por homicidio. En el 2010, el 77,6% de los homicidios tuvieron como mecanismo causal proyectil de arma de fuego, y del total de homicidios según el presunto agresor, 16.015 eran hombres y solo 1.444, mujeres (26).

A pesar de la amplitud de la muestra observada, el presente trabajo presenta algunas limitaciones, pues solo representa la población que consulta al régimen contributivo, principalmente de estratos medios. Por lo tanto, no se pueden extrapolar los resultados a toda la población de Bucaramanga. Sin embargo, su fortaleza está en la validez de los datos aportados, pues fueron tomados por personal experto en el contexto de una investigación longitudinal.

Los hallazgos podrían ser empleados por los clínicos que valoran pacientes con riesgo suicida en nuestro medio y en programas de prevención. Los hombres, como principales víctimas del suicidio, deben tener especial atención y un programa de prevención del suicidio, en el que se tengan en cuenta el consumo de

sustancias, incluido el alcohol, y el acceso a armas de fuego; esto podría tener éxito en el contexto de una prevención de población en alto riesgo.

Agradecimientos

A Alexander Blanco, María Teresa López, Kelly Guzmán, María Alejandra Avellana, por su colaboración en la evaluación inicial de los pacientes; al estudiante de medicina de la UNAB Juan Diego Corzo, por su colaboración en la redacción; y a los psiquiatras del Instituto del Sistema Nervioso del Oriente (ISNOR), por su colaboración en la recolección de los pacientes.

Referencias

1. World Suicide Prevention Day 2009. Suicide prevention in different cultures. MMWR [internet]. 2009 [citado: 13 de agosto del 2010]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
2. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet*. 2002;359:835-40.
3. Crosby AE, Cheltenham MP, Sacks JJ. Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994. *Suicide Life Threat Behav*. 1999;29:131-40.
4. Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med*. 2001;31:1181-91.
5. Tello JE. Comportamiento del suicidio, Colombia 2010. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010.
6. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
7. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki [internet]. 2008 [citado: 3 de julio del 2010]. Disponible

- en: <http://www.wma.net/es/20activities/10ethics/10helsinki/>.
8. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36:519-32.
 9. STATA 9.0 for windows. College Station: StataCorp LP; 2005.
 10. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health.* 1989;79:340-9.
 11. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression.* 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 2000.
 12. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997;170:205-28.
 13. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1998;172:35-7.
 14. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, et al. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990;25:193-9.
 15. Hayward L, Zubrick SR, Silburn S. Blood alcohol levels in suicide cases. *J Epidemiol Community Health.* 1992;46:256-60.
 16. Ohberg A, Vuori E, Ojanpera I, et al. Alcohol and drugs in suicides. *Br J Psychiatry.* 1996;169:75-80.
 17. González A, Rodríguez-Betancur A, Aristizábal A, et al. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Rev Col Psiqui.* 2010;39:251-67.
 18. Pycha R, Pompili M. Sex and ethnic differences among South Tirolean suicides: a psychological autopsy study. *Eur Psychiatry.* 2009;24:47-56.
 19. Ross HE. Alcohol and drug abuse in treated alcoholics: a comparison of men and women. *Alcohol Clin Expres.* 1989;13:810-6.
 20. Powell KE, Kresnow MJ. Alcohol consumption and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav.* 2001;32(1 Suppl):30-41.
 21. Rich Fowler RC, Rich CL, Young D. San Diego suicide study II. Substance abuse in young cases. *Arch Gen Psychiatry.* 1986;43:962-5.
 22. Rich CL, Motooka MS, Fowler RC, et al. Suicide by psychotics. *Biol Psychiatry.* 1988;24:595-601.
 23. Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993;32:521-9.
 24. Murphy GE. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: substance abuse. En: Hawton K, van Heeringen K, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide.* Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2000. p. 135-46.
 25. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, et al. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:459-63.
 26. Acero AP. Descripción del comportamiento del homicidio. Colombia, 2010. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 5 de agosto del 2011
Aceptado para publicación: 5 de octubre del 2011*

Correspondencia
Germán Eduardo Rueda-Jaimes
Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Bucaramanga
Calle 157 No. 19-55, Cañaveral Parque
Bucaramanga, Colombia
gredu@unab.edu.co