

Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad

Vanessa Alexandra Castro-Rueda¹
Andrés Mauricio Rangel Martínez-Villalba¹
Paul Anthony Camacho²
Germán Eduardo Rueda-Jaimes³

Resumen

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública y es una de las tres primeras causas de muerte en jóvenes. El potencial suicida contribuye a la hospitalización y representa más de un tercio de las visitas anuales a los servicios de urgencias psiquiátricas. Los intentos repetidos se asocian con un riesgo elevado de obtener un desenlace fatal e incrementan los costos en salud. Su estudio es importante para la atención en suicidio. *Objetivo:* Determinar los factores de riesgo y protección para intento suicida en una población de pacientes con suicidabilidad que acude a consulta especializada en una clínica privada de Bucaramanga, Colombia. *Método:* Estudio de casos y controles. Los casos fueron los pacientes con suicidabilidad en quienes el motivo de consulta fue un intento suicida, y los controles, aquellos con suicidabilidad pero sin intento suicida. Se realizó un análisis de regresión logística para ajustar por las variables de confusión. *Resultados:* Se encontraron como factores de riesgo para intento suicida el consumo de alcohol durante el último año (OR=2,01; 1,30-3,11) y los problemas familiares o de pareja (OR=2,16; 1,31-3,55); como factores protectores, la edad (OR=0,39; 0,22-0,69) y el tener hijos (OR=0,46; 0,29-0,73). *Conclusiones:* Los factores protectores y de riesgo para intento suicida en pacientes con suicidabilidad de Bucaramanga fueron similares a los informados previamente en la literatura.

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, adulto, estudios de casos y controles.

Title: Risk and Protective Factors in Colombian Suicidal Adults.

¹ Médico(a). Investigador del Grupo de Neuropsiquiatría, Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

² MSc, Investigador invitado del Grupo de Neuropsiquiatría Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

³ Profesor asociado y director del Grupo de Neuropsiquiatría del Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Director científico del Instituto del Sistema Nervioso del Oriente. Bucaramanga, Colombia.

Abstract

Introduction: Suicide is a public health problem and is considered one of the top three causes of death in young population. Suicidality contributes to hospitalization and represents more than one third of the annual visits to psychiatric emergencies. Repeated suicide attempts are common and are associated with an increased risk of obtaining a fatal outcome, and also increase health care costs. Research is important to determine the best care in cases of attempted suicide. **Objective:** To determine the risk and protective factors for suicide attempts in a population of suicidal patients seen at the mental health services of a private clinic in Bucaramanga, Colombia. **Methods:** This is a case-control study. The cases were suicidal patients that attempted suicide and the controls were also suicidal patients but without suicide attempt. We performed a logistic regression analysis adjusting for confounding variables. **Results:** Risk factors for attempted suicide were alcohol consumption during the last year (OR=2.01; 1.30-3.11) and family or marital problems (OR=2.16; 1.31-3.55). Protective factors were age (OR=0.39; 0.22-0.69) and having children (OR=0.46; 0.29-0.73). **Conclusions:** The risk and protective factors for suicide attempts in suicidal patients in Bucaramanga were similar to those reported in the literature.

Key words: Suicide, attempted suicide, adult, case-control studies.

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública y es considerado una de las tres primeras causas de muerte entre personas de 15 a 44 años de edad (1); en Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2003 mostró que el 12,3% de los colom-

bianos ha tenido ideas suicidas, el 4,1% ha realizado planes suicidas y el 4,9% ha hecho intentos suicidas. Al diferenciar los datos por grupos de edad, se observó que la mayor prevalencia de conductas suicidas durante toda la vida se encontraba entre el grupo de 30 a 44 años de edad (2). Durante el 2009, la mortalidad por suicidio en Colombia fue de 4,1 x 100.000 habitantes/año; así, se perdieron 66.114 años de vida potenciales (3).

Los intentos suicidas repetidos son relativamente comunes y se asocian con un riesgo elevado de obtener un desenlace fatal, su estudio es importante porque los datos recolectados se utilizan para la intervención en suicidio. Por otra parte, esos intentos incrementan los costos en salud (4).

La suicidabilidad es reconocida como uno de los estados que contribuyen a la hospitalización por causas asociadas con la salud mental y representa más de un tercio de las visitas anuales a los departamentos de urgencias psiquiátricas (5).

A pesar de que la ideación suicida con frecuencia precede a los intentos de suicidio, su sola presencia no predice de manera sólida intentos futuros (6). Por tanto, se ha prestado especial interés en aquellos individuos cuyas lesiones autoinflingidas son lo suficientemente graves, y se concluye que a mayor prevalencia de trastornos mentales, en conjunto con factores psicosociales y antecedentes específicos, mayor riesgo de suicidio

futuro (7). Así, el clínico se apoya en los factores de riesgo y protectores reconocidos por la literatura para hacer una valoración que indique riesgo suicida (8).

En Colombia, la recolección de datos sociodemográficos del fallecido es difícil, ya que los acudientes no aportan la suficiente información al momento de la entrega del cadáver. Por esta razón, el análisis de datos es complejo y muchos casos quedan incompletos. Aun así, se detectan a los campesinos, consumidores de sustancias y solteros, entre 18 y 29 años, como grupos vulnerables. La razón desencadenante más frecuente para cometer suicidio continúan siendo las relaciones interpersonales disfuncionales (3). Teniendo en cuenta lo anterior, son necesarios estudios con población clínica que provean la información necesaria para los programas de prevención del suicidio y, por supuesto, del intento suicida.

El objetivo del presente trabajo es determinar los factores de riesgo y protección para intento suicida, en una población de pacientes con suicidabilidad que acuden a consulta especializada en una clínica privada de Bucaramanga, Colombia.

Métodos

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 Univer-

sidad Autónoma de Bucaramanga y fue calificado como de riesgo mínimo para los participantes. Todos ellos dieron su consentimiento escrito, después de recibir una explicación y comprender los objetivos de la investigación, la participación completamente voluntaria y la garantía de confidencialidad, según las normas colombianas vigentes para la investigación en salud y la Declaración de Helsinki (9,10).

Se tomó una muestra consecutiva de todos los pacientes mayores de 18 años que acudían al Instituto del Sistema Nervioso del Oriente (ISNOR), con suicidabilidad, atendidos por urgencia 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. Dicha señal le avisaba al grupo de investigadores la presencia de éste, 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 (11). 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 aquéllos con psicosis o cuyas funciones cognoscitivas les impidieron contestar la entrevista. Los casos fueron los pacientes con

suicidabilidad en los cuales el motivo de consulta fue un intento suicida y los controles, aquéllos con suicidabilidad, pero sin intento suicida.

Todos los pacientes fueron entrevistados por uno de los investigadores con previo entrenamiento en valoración del riesgo suicida. Éste fue realizado por el director del grupo de investigadores, un psiquiatra con catorce años de experiencia en el área, tres de ellos en la investigación sobre riesgo suicida. Ellos realizaron una entrevista semiestructurada, que interrogaba sobre características demográficas y sobre los principales factores de riesgo y protectores determinados en la literatura científica.

Los datos se analizaron en STATA para Windows 9.0, con un nivel de significancia menor al 5% (12). 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 intento suicida, 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 (13). Para el modelo final se calculó la bondad del ajuste del Hosmer-Lemeshow (14).

Resultados

Se entrevistaron a 465 pacientes, quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio, pero sólo se incluyeron en el estudio 448, pues 17 presentaban datos incompletos. Así, 161 fueron casos y 287, controles. En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de la población. Todos los participantes pertenecían al régimen contributivo, la edad promedio fue de 35,9 años $\pm$ 13,6, con una escolaridad de 11 años $\pm$ 4,3.

En el grupo de los casos, la mayoría (42,2%) intentó intoxicarse con medicamentos; 23% lo intentó con venenos; 21,7% se autoagredió con arma cortopunzante; 5%, con arma de fuego; 2,5% se lanzó al vacío e igual cifra intentó ahorcarse; 1,9% se lanzó a un vehículo en movimiento, y 1,2% intentó otros métodos. La severidad de los intentos fue evaluada de acuerdo al daño; se encontró que el 60,3% tuvo daño físico, pero sin peligro para la vida; el 18,6% no tuvo daño físico; el 12,8% tuvo

Tabla 1. Variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes con suicidabilidad

Variable	N	%
Sexo		
Mujer	276	61,6
Hombre	172	38,4
Edad		
18-45	323	62,1
45-60	100	22,3
> 60	25	5,6
Estrato		
Bajo	127	30,8
Medio	264	63,9
Alto	22	5,3
Estado civil		
Soltero	137	30,7
Casado	131	29,4
Unión libre	72	16,1
Viudo	16	3,6
Separado	90	20,2
Título más alto		
Ninguno	23	5,2
Primaria	111	25,3
Bachillerato	192	43,7
Técnico-auxiliar	46	10,5
Tecnología	12	2,7
Pregrado	34	7,7
Posgrado	21	4,8
Ocupación		
Estudiante	62	13,9
Empleado	223	50
Desempleado	65	14,6
Trabajo temporal	9	2
Ama de casa	54	12,1
Jubilado	21	4,7
Otros	12	2,7
Número de hijos		
0	132	29,8
1	95	21,4
2	106	23,9
3	65	14,7
> 4	45	10,2
Vive con		
Solo	33	7,4
Familia	360	80,4
Otros familiares	40	8,9
Institución	10	2,2
Otros	5	1,1

(Continúa)

(Continuación)

Religión		
Ateo	9	2
Creyente	102	22,7
Católico	281	62,7
Otros cristianos	47	10,5
Otros	9	2
Diagnósticos*		
TDM	268	60,1
TB I	21	4,7
TB II	80	17,9
TAG	7	1,6
TOC	5	1,1
TEP	9	2
T. Adaptativo	40	9
Otros	16	3,6
Número de antecedentes de intentos suicidas		
0	267	59,6
1	106	23,6
2	39	8,7
≥ 3	36	8
Antecedente familiar de suicidio		
Ninguno	310	69,4
Intento suicida	75	16,8
Suicidio	61	13,7
Intento-suicidio	1	0,2

*Trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno bipolar I (TB I), trastorno bipolar II (TB II), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno de estrés postraumático (TEP), trastorno adaptativo (T. adaptativo), otros.

daño físico y peligro para la vida, y el 8,3% no tuvo daño físico, pero sí peligro para la vida.

En la Tabla 2 se observan los diagnósticos en el grupo de casos y en el grupo de controles. En la Tabla 3 se observa el análisis bivariado que compara los casos y los controles. En la Tabla 4 se observa el modelo de regresión logística que mejor explica el intento suicida en esta población.

Discusión

Este estudio muestra que los pacientes que acudieron por suicidabilidad a una clínica privada de Bucaramanga presentaron como factores de riesgo para intento suicida el consumo de alcohol y los problemas familiares o de pareja; la edad y tener hijos se constituyeron como factores protectores.

En la literatura mundial es bien conocida la relación entre trastor-

Tabla 2. Diagnósticos del grupo: casos y grupo control

Diagnóstico	Casos (%)	Controles (%)
Trastorno depresivo mayor	54,7	63,1
Trastorno bipolar I	3,8	5,2
Trastorno bipolar II	17,6	18,1
Trastorno de ansiedad generalizada	1,3	1,7
Trastorno obsesivo compulsivo	0	1,7
Trastorno de pánico	0	0,7
Abuso-dependencia al alcohol	1,3	4
Abuso-dependencia a las sustancias	1,3	0
Trastorno estrés postraumático	1,3	2,4
Trastorno adaptativo	17,6	4,2
Ludopatía	0	0,4
Trastorno control impulsos	0	0,4
Reacción de estrés agudo	0,6	0,4
Trastorno esquizoafectivo	0	0,7
Personalidad límite	0,6	0,4
Otros trastornos no especificados	0	0,4

$$\chi^2 = 34,9 \text{ gl} = 15 \text{ p} = 0,002$$

nos relacionados con el alcohol y el suicidio. Un estudio realizado en pacientes con dependencia al alcohol reportó tasas de mortalidad por suicidio hasta seis veces mayores que en la población general (15). El consumo de alcohol contribuye en un tercio de las muertes por suicidio de aquéllos con intento suicida previo (16). El alcohol no sólo influye sobre las muertes por suicidio generando trastornos como la dependencia o el abuso; su sola presencia en personas con suicidabilidad puede ser el gatillo para un desenlace fatal. En un estudio realizado por Hayward y colaboradores se encontró que de las autopsias realizadas en quienes cometieron suicidio, el 35,8% tenían

un nivel de alcoholemia mayor a cero y un 24,5% tenían ebriedad de moderada a severa al momento de la muerte (17).

Este trabajo muestra que el solo consumo de alcohol es un factor de riesgo para intentar la muerte en pacientes con suicidabilidad. Otros factores estudiados, como diagnóstico de abuso de alcohol o dependencia, no se asociaron con el intento suicida. Frances y colaboradores consideran que la intoxicación por alcohol desempeña un papel en el intento suicida, tanto en alcohólicos como en no alcohólicos (18); Borges y colaboradores compararon 40 pacientes con intoxicación por alcohol en urgencias, que intentaron

Tabla 3. Análisis bivariado de las características clínicas de los casos y controles

Variable	Casos (%)	Controles (%)	P
Hombre	39,1	38,3	0,81
Estrato bajo	33,1	29,5	0,44
No tener pareja	65,4	48,4	0,001
Desempleo	10,8	17,4	0,06
Tener hijos	54,7	78,9	< 0,001
Vivir solo	9,2	6,8	0,36
Ateo	2,5	1,7	0,59
Homosexual-bisexual	5,7	4,2	0,48
Consumo de sustancias ilegales	11,8	9,4	0,42
Abuso de sustancias	28,6	22	0,12
Incremento del uso de sustancias	19,9	12,5	0,03
Consumo de alcohol	67,1	41,5	< 0,001
Abuso de alcohol	26,9	19,1	0,06
Fumar diariamente el último mes	10,4	16,4	0,15
Antecedente de intento suicidio	38,5	38	0,9
Antecedente familiar de suicidio	26,7	32,9	0,25
Enfermedad terminal	3,7	11,5	0,005
Trastorno mental severo	65,2	87,8	< 0,001
Duelo reciente	6,2	3,8	0,25
Pérdida de empleo	24,8	28,9	0,35
Problemas legales	5,6	3,8	0,38
Problemas familiares-pareja	80,1	63,4	< 0,001
Alivio por no completar suicidio	67,7	45,6	< 0,001
Asuntos pendientes	69,6	73,2	0,41
Apoyo cercano-familiar	59,6	49,8	0,04
Impulsividad	55	40,4	< 0,001
Acceso a medios suicidas	13,7	8,7	0,10
Desesperanza	15,5	19,9	0,26

Tabla 4. Modelo de regresión logística para intento suicida en pacientes con suicidabilidad

Variable	OR (IC 95%)	P
Consumo de alcohol	2,01 (1,30-3,11)	0,002
Edad	0,39 (0,22-0,69)	0,001
Tener hijos	0,46 (0,29-0,73)	0,001
Problemas familiares o de pareja	2,16 (1,31-3,55)	0,002

Bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow $\chi^2 = 2,32$ gl = 7 p = 0,80

suicidio, con 372 pacientes que ingresaron por otros accidentes. Aquellos que intentaron el suicidio se encontraban bajo el efecto del alcohol en mayor proporción, medido por pruebas en sangre o el autorreporte (19).

En urgencias, los pacientes con intento suicida presentaron, al momento de la valoración, algún grado de alcoholemia en un 41%; además, 29% presentaron niveles de alcoholemia mayores de 80 mg/dl. (20). La importancia de este hallazgo radica en que aquellos pacientes que intentan el suicidio mientras están intoxicados con alcohol tienen un riesgo aumentado de volver a intentarlo o de morir por suicidio, especialmente en el primer año (21,22). Este hallazgo sugiere que en pacientes con suicidabilidad se debe evaluar y establecer medidas que eviten el consumo de alcohol.

Es bien conocido que la situación psicosocial actual debe ser identificada para hacer una correcta valoración del riesgo suicida. Son varios los precipitantes identificados en la literatura médica; sin embargo, en el presente trabajo los problemas familiares o de pareja se constituyeron como factores de riesgo para intento suicida, luego de controlar diferentes variables. La pérdida de una relación significativa fue el precipitante más común para intento suicida en una cohorte en un país escandinavo (23). La ruptura o la amenaza de

ruptura de una relación interpersonal estrecha puede ser tanto una consecuencia del comportamiento relacionado con el alcohol, como un precipitante para cometer suicidio, de manera que los dos factores de riesgo hallados en este estudio también pueden estar relacionados entre sí (24).

La tasa de suicidio e intentos suicidas varía dramáticamente con la edad. Mientras el suicidio es más frecuente en la medida que aumenta la edad, los intentos son más frecuentes en la adolescencia y en los adultos jóvenes (25,26). En este trabajo se encontró lo esperado de acuerdo con la literatura internacional: ser joven fue un factor de riesgo para intento suicida y la mayor edad fue un factor protector para los intentos. Aunque la edad no se puede intervenir, sí es de importancia en una valoración integral de riesgo suicida o de futuros intentos.

Un factor protector en comportamientos suicidas es la presencia de razones para vivir. El sentido de responsabilidad para con la familia, particularmente los hijos en casa, es la razón más comúnmente citada por los pacientes con suicidabilidad para no intentar el suicidio. Tener hijos en casa disminuye el riesgo de suicidio (27). Aunque no se preguntó por ello en nuestro trabajo, tener hijos se constituyó en un factor protector para intento suicida en nuestra población.

La fortaleza del presente trabajo estuvo en el número de pacientes

entrevistados; sin embargo, el hecho de realizarse en una clínica privada que atiende pacientes del régimen contributivo hace que los hallazgos obtenidos no se apliquen a toda la población con suicidabilidad. Otra limitación está dada por el tipo de estudio, que recoge información sujeta a sesgo de memoria, especialmente en este tipo de pacientes perturbados por su propia condición.

Los hallazgos encontrados en nuestra población apoyan lo conocido en estudios previos. El análisis de las variables de confusión permite recomendar, para la valoración de pacientes con suicidabilidad, tener en cuenta de manera preferente el consumo de alcohol, los problemas familiares o de pareja, tener hijos y la edad. Los dos primeros factores pueden ser intervenidos por un terapeuta experimentado. El tercero puede utilizarse en una intervención breve cuando esté presente. El último será de utilidad en la valoración del riesgo de un futuro intento. Son necesarios nuevos estudios, con metodologías específicas, como una cohorte prospectiva, para aumentar el conocimiento de los factores de riesgo y protectores de intento suicida o suicidio en nuestra población.

Agradecimientos

A los médicos Kelly Alejandra Guzmán, María Alejandra Avellaneda y Alexander Blanco por su ayuda en la recolección de los datos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio para médicos generalistas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Trastornos mentales y cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías; 2000 [citado 31 mayo 2010]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/prevention_suicide_medecins/es/index.html.
2. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Cali: Gráficas Ltda.; 2005.
3. Valenzuela Cortés DM. Suicidio. Colombia, 2009. Epidemiología del suicidio [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2009 [Citado 3 julio 2010]. Disponible en: http://www.medicina-legal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=60.
4. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry*. 2004;185:70-5.
5. Dhossche M. Suicidal behavior in psychiatric emergency room patients. *South Med J*. 2000;93(3):310-4.
6. Young MA, Fogg LF, Scheftner WA, Fawcett JA. Interactions of risk factors in predicting suicide. *Am J Psychiatry*. 1994;151(3):434-5.
7. Beautrais AL. Further suicide behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav*. 2004;34(1):1-11.
8. Casey PR, Dunn G, Kelly BD, Birkbeck G, Dalgard OS, Lehtinen V, et al. Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2006;189:410-5.
9. 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.
10. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki [Internet]. Ferney,

- France: Asociación Médica Mundial; 1998 [Citado 3 julio 2010]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/60about/70history/01declarationHelsinki/index.html>.
11. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(5):519-32.
 12. STATA 9.0 for windows. College Station: StataCorp LP; 2005.
 13. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health.* 1989;79(3):340-9.
 14. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression.* 2a ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 2000.
 15. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1998;172:35-7.
 16. Ostamo A, Lönnqvist J. Excess mortality of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36(1):29-35.
 17. Hayward L, Zubrick SR, Silburn S. Blood alcohol levels in suicide cases. *J Epidemiol Community Health.* 1992;46(3):256-60.
 18. Frances RJ, Franklin J, Flavin DK. Suicide and alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1987;13(3):327-41.
 19. Borges G, Rosovsky H. Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *J Stud Alcohol.* 1996;57(5):543-8.
 20. Varadaraj R, Mendonca J. A survey of blood-alcohol levels in self-poisoning cases. *Adv Alcohol Subst Abuse.* 1987;7(1):63-9.
 21. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990;25(4):193-9.
 22. Suokas J, Lönnqvist J. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91(1):36-40.
 23. Johnsson E, Fridell M. Suicide attempts in a cohort of drug abusers: a 5-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96(5):362-6.
 24. Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME, Lönnqvist JK. Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol Alcohol.* 2000;35(1):70-5.
 25. Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Lyness JM, Cox C, Caine ED. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1999;7(4):289-96.
 26. Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20(3):499-517.
 27. Clark DC, Fawcett J. The relation of parenthood to suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51(2):160.

Conflicto de intereses: los autores manifiestan que no tienen conflictos de intereses en este artículo.

*Recibido para evaluación: 2 de agosto del 2010
Aceptado para publicación: 17 de octubre del 2010*

Correspondencia
Germán Eduardo Rueda
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Bucaramanga
Calle 157 N° 19-55, Cañaveral Parque
Bucaramanga, Colombia
gredu@unab.edu.co