

Comportamiento de los intentos de suicidios letales y no letales

Hospital María Inmaculada, Florencia, Caquetá

Santiago Campbell, Clara del Socorro Quintero, José Gustavo Guevara,
Sergio Hernández, Ramiro Falla • Florencia, Caquetá, Colombia.

Objetivo: determinar la distribución y frecuencia de los intentos de suicidio letales y no letales en el Hospital María Inmaculada de Florencia, Caquetá.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron 171 historias clínicas de pacientes atendidos en esta institución durante julio de 1997 a julio de 1998.

Resultado: el único método utilizado para los intentos de suicidio y suicidios fue el uso de sustancias tóxicas. Edad promedio 23,9 años (IC95%=22,2-25,5). El grupo de edad más afectado fue el de 11 a 20 años (54,4%). Predominó el sexo femenino tanto en los intentos de suicidio (relación F:M de 1,6:1) como en los suicidios (relación F:M de 1,4:1). Los solteros (54,4%) y los estudiantes (31%) fueron los más comprometidos. La depresión aparece como el motivo más frecuente por el cual se intenta el suicidio (18,1%), y el alcohol como la sustancia de mayor uso concomitante (87,5%). El intento previo de suicidio fue un factor de riesgo significativo ($p < 0,001$). El promedio de intentos por mes fue de 14,2 casos. Se produjo una muerte por cada nueve intentos, tasa de letalidad de 9,9%. Los años de vida potencial perdidos (AVPP) sumaron 562 años con una tasa de AVPP de 5,8 años por 1000 personas menores de 65 años.

Conclusiones: los intentos de suicidio letales y no letales se constituyen en un problema social y de salud pública para el Caquetá por la magnitud de los hallazgos en la población joven. (*Acta Med Colomb* 1998;24:144-150).

Palabras clave: Intentos de suicidio, suicidios, distribución, frecuencia.

Introducción

Entre los grandes enigmas de la vida humana se encuentra el suicidio. Nadie sabe realmente por qué una persona se quita la vida, cuando la orientación básica es hacia la preservación de la vida misma. Incluso las personas que cometen el suicidio pueden ignorar sus propios y complicados motivos para tomar esta actitud como vía de escape autodestructiva. Podemos considerar a los intentos de suicidio y los suicidios como uno de los reflejos dramáticos y desconocidos de la violencia que han ido ocupando un lugar importante en nuestra sociedad, pudiendo afectar de manera negativa la calidad de vida de muchas personas.

A pesar de la eficacia de la actividad médica que ha contribuido a que muchas enfermedades no aumenten la mortalidad, los daños intencionales como los homicidios y suicidios se han incrementado hasta llegar a constituirse en una de las principales causas de muerte en la población joven.

El suicidio clásicamente se ha definido como "el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar" o

como "el fin extremo autodestructivo del hombre, resultado de complejas motivaciones inconscientes" (1). Pero también podemos verlo como un acto escapatorio a la incapacidad de satisfacer las necesidades ontológicas del ser.

En el intento de suicidio el acto se realiza sin ser letal, tal vez porque la conducta autodestructiva sea menos intensa, vaga o ambigua. Puede ser la manifestación de un deseo fuerte de vivir y tácitamente se solicita ayuda.

Cualquiera que sea el motivo, los intentos de suicidio y los suicidios, como otras formas de expresión de la violencia, vienen afectando la salud de muchos países del mundo, y entre ellos la de Colombia. Fenómeno que se refleja no sólo en el aumento de los índices de morbimortalidad, sino

Dr. Santiago Campbell Silva: Internista, Coordinador Medicina Interna. Hospital María Inmaculada; Lic. Clara del Socorro Quintero Duque: Profesora Asistente; José Gustavo Guevara Murcia: Coordinador Biomatemáticas; Sergio Hernández Rubio: Profesor Titular-Matemáticas; Ramiro Falla Rojas: Profesor Asistente-Bioestadística. Universidad de la Amazonia. Florencia, Caquetá.

en el aumento de los costos que demanda la atención para esta forma escogida de intentar morir y de morir.

Los intentos de suicidios no son eventos raros en los servicios de urgencias, y no sólo ameritan un adecuado y preciso manejo médico sino la correcta identificación, evaluación y prevención en el paciente con este riesgo.

Su frecuencia ha aumentando hasta adquirir la connotación de problema social y de salud pública, y no se le ha prestado la suficiente atención. Este fenómeno se ha ido generalizando no sólo en diferentes regiones del país (2) sino en el departamento del Caquetá, incluyendo a su capital.

Conocer el comportamiento de estas acciones en nuestra región es el primer paso, fundamental y necesario para emprender cualquier forma de lucha contra este acto que causa daño y dolor en el interior de la familia. El propósito del estudio es despertar en la población médica general y en las diferentes instituciones que por razón de su trabajo tengan que ver con la salud para que con base en los hallazgos se propongan medidas que busquen controlar estas conductas mediante el establecimiento de programas orientados a la prevención e intervención precoz de casos y además, a pesar de que es una autodeterminación, se contribuya en la concientización de la inviolabilidad del derecho a la vida como algo absoluto e inalienable.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo basado en una serie de casos atendidos en el Hospital María Inmaculada de la ciudad de Florencia, Caquetá, desde julio de 1997 hasta julio de 1998 en la sección de archivos del hospital. Se incluyeron a las personas procedentes de Florencia y de otras áreas del departamento.

Se elaboró un formulario para tomar la información necesaria y conformar una base de datos. Para el almacenamiento, procesamiento y análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico Epi-info 6.08. Las medidas estadísticas utilizadas estuvieron acordes con el nivel de medición de las variables.

Se tomó como referencia la población de 1998. El ajuste poblacional se hizo con base en los dos últimos censos del DANE.

Las comparaciones entre las proporciones independientes dentro de los grupos se realizaron mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2). Se consideró como diferencia estadísticamente significativa los valores de $p < 0,05$. Se determinaron intervalos de confianza de 95%.

Los años de vida potencial perdidos (AVPP) y la tasa de AVPP por los suicidios se calcularon a partir de un listado de las edades a las cuales ocurrieron las muertes, se tomó como punto de corte los 65 años.

Resultados

Se obtuvieron 193 historias clínicas que habían sido codificadas para su archivo. Las historias se revisaron en

su totalidad y no se admitieron aquellas con evidencias hacia hechos accidentales. Ingresaron al estudio 171 historias.

El sexo femenino fue el más comprometido con 105 casos (61%), contra 66 del masculino (39%), relación F:M de 1,6:1 (Figura 1). El promedio de edad fue de 23,9 años, intervalo de confianza de 95% (IC95%) entre 22,2 y 25,5 años, rango entre 11 y 63 años. Al promedio para las mujeres de 23,1 años (IC95%=20,9-25,2), con rango de 12 a 63 años, para los hombres 25,3 años (IC95%=27,9-22,6), con rango de 11 a 57 años. El grupo de edad más comprometido fue el de 11 a 20 años con 93 casos (54,4%) (Figura 2).

Los intentos de suicidio y suicidios se produjeron en su totalidad por ingesta de una sustancia tóxica (envenenamiento). Las de mayor uso tenían como base compuestos organofosforados, y entre ellos el más utilizado fue el producto comercial "Neguvon" con 94 casos (55%). En 20 registros (11,7%) no se identificó el producto ingerido (Tabla 1).

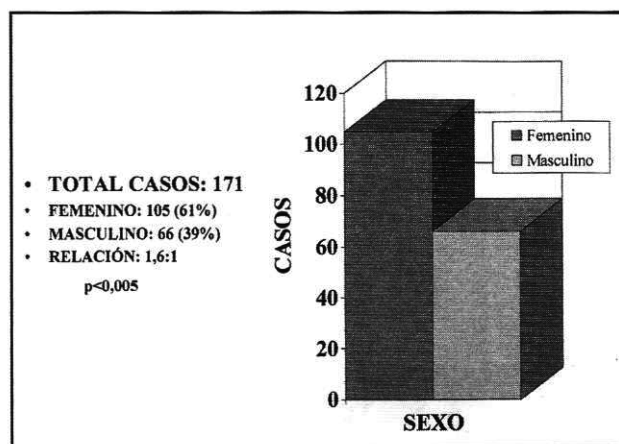


Figura 1. Distribución según género de los intentos de suicidio letales y no letales. (Total casos: 171. femenino: 105 (61%). Masculino: 66 (39%). Relación: 1,6:1. $p < 0,005$).

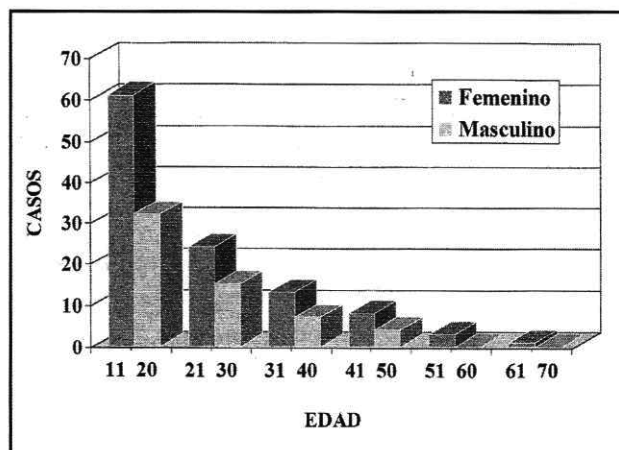
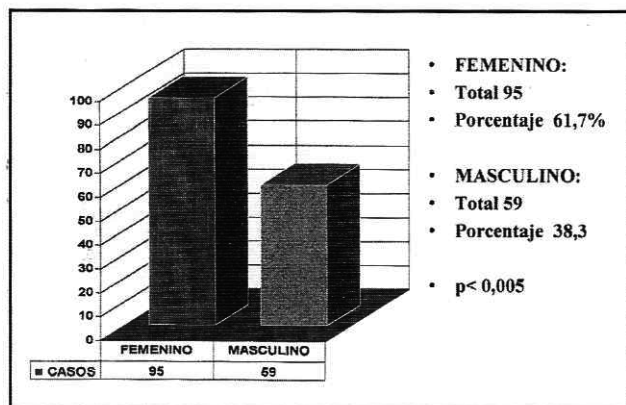


Figura 2. Distribución de los intentos de suicidio letales y no letales según grupos de edad y género.

Tabla 1. Distribución de las sustancias utilizadas en los intentos de suicidios letales y no letales. Florencia, Caquetá 1997-1998

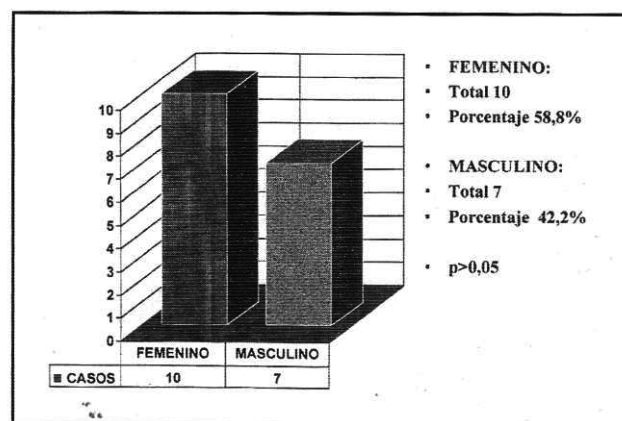
Sustancia	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Aldrin	2	1,2	1,2
Aspirina	1	0,6	1,8
Baygón	22	12,9	14,6
Caotrín	1	0,6	15,2
Creolina	1	0,6	15,8
Desconocida	20	11,7	27,5
Detil	2	1,2	28,7
Furadán	5	2,9	31,6
Gamabenceno	1	0,6	32,2
Glifosato	1	0,6	32,7
Gramoxone	7	4,1	36,8
K-ofhrine	1	0,6	37,4
Malathion	3	1,8	39,2
Neguvon	94	55	94,2
Parathion	1	0,6	94,7
Tamarón	3	1,8	96,5
Tofranyl	1	0,6	97,1
Tryptanol	3	1,8	98,8
Valium	2	1,2	100
TOTAL	171	100,00%	

**Figura 3.** Frecuencia de los intentos de suicidio según género

Los intentos de suicidio fueron 154 (90,1%). Femeninos 95 (61,7%), masculinos 59 (38,3%), $p < 0,005$ (Figura 3). Con relación 1,6:1, y edad promedio de 23 años (IC95%=21,4-24,6), rango entre 11 y 63 años.

Fallecieron 17 personas (9,9%) debido a la ingesta del tóxico. Diez (58,8%) eran del sexo femenino y siete (41,2%) del masculino, $p > 0,05$ (Figura 4). Relación F:M de 1,4:1. La edad promedio 31,9 años (IC95%=24,7-39,1), con rango de 14 a 60 años. De las diez mujeres seis (54,5%) eran de hogar y tenían antecedentes de depresión. En Florencia sólo se registraron dos casos de mortalidad (11,8%).

Además del tóxico, el uso de otras sustancias psicoactivas aparecen registradas en 32 historias, de las cuales el alcohol fue la más frecuente con 28 casos (16,4%), mientras que la asociación alcohol-cocaína aparece registrada en tres (1,8%) y el basuco en una (0,6%).

**Figura 4.** Frecuencia de los suicidios según género.

El motivo aparente por el cual se intenta el suicidio fue la depresión, aparece en 31 registros del total (18,1%). De éstos 31, 24 (77,4%) registraron antecedentes previos de depresión, 15 (62,5%) eran mujeres y nueve (37,5%) hombres. Edad promedio 27 años, rango 15-55 años. Aun así, en 105 historias clínicas (61,4%) no se interrogó o no se consignó la causa aparente (Tabla 2).

La existencia de intentos previos de suicidios se registró en 61 historias clínicas (35,7%). De los 16 que respondieron haber tenido intentos previos ocho fallecieron (50%), y de los 45 que respondieron negativamente murieron cuatro, $p < 0,001$ (Figura 5).

Según la ocupación, los estudiantes estuvieron en el primer lugar con 54 casos (31%). No obstante, en 39 casos (22,8%) no se escribió la ocupación en la historia clínica (Tabla 3).

El estado civil que mayor registro tuvo fueron los solteros con 93 casos (54,4%), le siguieron los casados con 24 (14%), relación 3,9:1. Sin embargo en 28 casos (16,4%) el estado civil no se registró.

Se contabilizaron 83 eventos (48,5%) en el municipio de Florencia (F=50;M=33). Los restantes 88 (51,5%) provenían de diferentes zonas del departamento (F=56;M=32).

Tabla 2. Causa aparente de los intentos de suicidio letales y no letales. Florencia, Caquetá (1997-1998)

Causa	Casos	Porcentajes	Género*
Desconocida	105	61,4	F = 59 M = 46
Depresión	31	18,1	F = 16 M = 15
Embarazo	9	5,3	F = 9
Disgusto novio	8	4,7	F = 8
Disgusto cónyuge	6	3,5	F = 6
Celos	5	2,9	F = 4 M = 1
Disgusto familiar	4	2,3	F = 3 M = 1
Disgusto novia	2	1,2	M = 2
Desempleo	1	0,6	M = 1
Total	171	100,00%	

* F = femenino
M=masculino

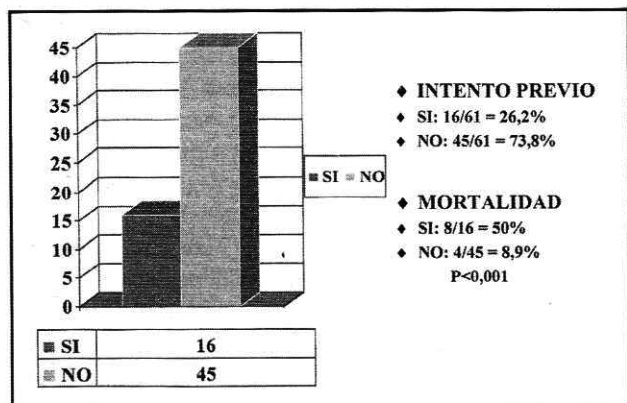


Figura 5. Relación del intento previo de suicidio vs mortalidad.

Tabla 3. Ocupación de las personas con intentos de suicidios letales y no letales. Florencia, Caquetá (1997-1998).

Ocupación	Número de casos	Porcentaje (%)	Género*
Estudiante	53	31	F=39 M=14
Desconocida	39	22,8	F=23 M=16
Hogar	27	15,8	F=27
Desempleado	15	8,8	F= 9 M=6
Obrero	11	6,4	M=11
Agricultor	9	5,3	M=9
Educador	4	2,3	F= 1 M=3
Comerciante	3	1,8	F= 1 M=2
Secretaria	3	1,8	F= 3
Celador	2	1,2	M=2
Soldado	2	1,2	M= 2
Modista	1	0,6	F= 1
Vendedora	1	0,6	F= 1
Constructor	1	0,6	M=1
Total	171	100,00%	

* F = femenino
M=masculino

Respecto a los años, 1997 registró 90 casos (52,6%) y 1998 81 casos (47,4%), $p > 0,05$. En Agosto de 1997 ocurrió el mayor número de casos/mes con 25 eventos (14,6%), mientras que en 1998 el mes correspondió a mayo con 19 (11,1%), $p > 0,05$. En diciembre de 1997 sólo se registraron 11 casos (6,4%).

El promedio de días que duraron los pacientes hospitalizados fue de 2,6. Intervalo de confianza del 95% entre 2,4 y 2,7 días. Rango entre uno y siete días.

En 15 historias clínicas (13,2%) se encontraron notas de remisión a otros centros hospitalarios del país, en algunos casos debido a la gravedad de la intoxicación (11=73,3%) y otros por solicitud de los familiares. Se desconoce la evolución posterior de estos pacientes.

El promedio de intentos de suicidio y de suicidios por mes fue 12,8 y 1,4. La razón muerte a caso fue de 11 muertes por 100 casos nuevos de intentos de suicidio o lo que es igual nueve casos de intento por cada muerte. La tasa de letalidad fue de 9,9%.

Tabla 4. Años de vida potencial perdidos por suicidios en el caqueta 1997-1998

Edad en años	Muertes	Avpp*
14	2	102
16	1	49
18	1	47
20	1	45
22	1	43
23	1	42
27	1	38
28	1	37
32	1	33
36	1	29
37	1	28
38	1	27
46	1	19
55	1	10
57	1	8
60	1	5
TOTAL	17	562

* Años de vida potencial perdidos a 65 años

Tasa de AVPP relacionada con los suicidios=AVPP/población menor de 65 años $\times 10^3 = 562/97.221 = 5,8$ AVPP por 1.000 personas menores de 65 años.

Los años de vida potencial perdidos (AVPP) por los suicidios sumaron 562 años y la tasa de AVPP fue de 5,8 años por 1000 personas menores de 65 años (Tabla 4).

Discusión

En la realización del trabajo se tuvieron en cuenta ciertos inconvenientes. Unos debido al subregistro existente por una deficiente labor en el proceso de codificación, archivo y búsqueda de las historias clínicas, y otros por la falta de utilización de muchos centros de la contrarremisión, lo cual nos lleva a desconocer la evolución final de los pacientes enviados. Además, los cálculos no son representativos del departamento sino del Hospital Maria Inmaculada porque no se tuvieron en cuenta los otros centros hospitalarios ni aquellos casos que por su condición iban a Medicina Legal. De igual manera, las historias revisadas fueron elaboradas por los médicos de urgencias, con el enfoque es estrictamente médico, la preocupación iba dirigida a solucionar el problema de la intoxicación y no a la evaluación del intento suicida. Además, debido a esta forma de obtener la información retrospectiva, el valor de ciertas variables como intentos previos de suicidio, causa del intento de suicidio, suicidio y depresión pueden no tener la confiabilidad necesaria por la misma naturaleza del estudio.

Se conoce que las tasas de suicidios aumentan con la edad, pero se ha observado un incremento porcentual en adultos jóvenes (3) y llama la atención que el suicidio entre la población más joven se ha triplicado en los últimos 30 años en el mundo (4).

La franja juvenil se constituyó en la de más alto riesgo en los intentos de suicidio. Encontramos mayor prevalen-

cía entre los jóvenes de 11 a 20 años (51,4%) y le siguieron los adultos entre los 21 a 30 años (20,4%) (Figura 2). En nuestro estudio, en general, los intentos letales y no letales de suicidio fueron inversamente proporcionales a la edad. El Segundo Estudio Nacional de Salud Mental (5) encontró mayor prevalencia en quienes tienen 38-49 años (3,7%) y 25-29 años (3,2%). Este estudio encontró además una prevalencia en la vida de intentos de suicidio de 1,7% que fue más baja que la encontrada en 1987 (4,5%) y en 1993 (5,7%). Probablemente todo esto se deba a diferencias en el instrumento y la forma de evaluación de las encuestas.

Clásicamente; el intento de suicidio ha sido más prevalente en las mujeres, razón 3:1; mientras que el suicidio es de dos a tres veces más común en los hombres (3,6). En Colombia, el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental demuestra que los indicadores de intentos de suicidio se acercan en los dos sexos, con ligero predominio femenino (5). Sin embargo, en nuestro estudio, el compromiso femenino fue más notorio tanto en los intentos de suicidio como en los suicidios, siendo significativo en los intentos, $p < 0,005$ (Figura 3). Constituyéndose esta franja en un grupo que merece atención.

Con respecto al estado civil, se sabe que el matrimonio con hijos disminuye significativamente el riesgo de suicidio. Las tasas de suicidios en los solteros es dos veces mayor que en los casados y más altas todavía entre los separados, especialmente en hombres (3). En Colombia no existen estadísticas sobre suicidios en los separados. Los solteros ocupan el primer lugar, seguido por los casados (5). Esta misma distribución la obtuvimos en nuestros casos, con una relación de solteros a casados de 3,9:1.

Tener un trabajo se considera, en general, un factor protector contra el suicidio (3), mientras que el desempleo se constituye en un riesgo (7,8). En nuestros casos el desempleo ocupó el tercer lugar, mientras que los estudiantes registraron el mayor número de intentos con 54 casos (31%), seguido por las mujeres en el hogar con 14%. Este grupo merece atención, según la ocupación fue el que más aportó en la mortalidad con seis casos. Entre los profesionales no se registró ningún evento, excepto cuatro educadores (2,3%) (Tabla 2). Vale anotar que entre los profesionales con mayor riesgo de suicidio están los músicos, los odontólogos y los médicos, y entre éstos últimos los psiquiatras, los anestesiólogos, los oftalmólogos y los patólogos (3, 9).

El método utilizado en todos los intentos letales y no letales de suicidio fue la ingestión de un tóxico. En la mayoría de nuestros casos la ingesta fue de un compuesto organofosforado, especialmente el Neguvon® (55%). Este es un inhibidor irreversible de las colinesterasas que produce un acumulo de acetilcolina, que inicialmente estimula y luego paraliza la transmisión colinérgica de la sinapsis, y ocasiona los clásicos síndromes muscarínicos, nicotínicos y neurológicos. Este compuesto es de fácil adquisición dadas las condiciones agrícolas y ganaderas del departamento.

Generalmente se ha sostenido que las tasas de suicidio son mayores en hombres por el método utilizado. Más de 50% de los hombres suicidas utilizan armas de fuego, mientras que las mujeres utilizan métodos potencialmente menos letales (6,10); sin embargo, en nuestros casos, el método utilizado para ambos fue la ingesta de un tóxico, siendo letal para las mujeres en diez casos (58,8%). Aunque existió mayor número de mujeres no hubo diferencia significativa en cuanto a la letalidad por sexo, $p > 0,05$ (Figura 4).

Los AVPP por los suicidios sumaron 562 años. Cada persona perdió 33,1 años por su muerte prematura. Cantidad realmente importante que cada persona deja de disfrutar y de ser útil, ante una alteración potencialmente prevenible. La tasa de AVPP fue de 5,8 años por 1000 personas menores de 65 años.

Los intentos de suicidio fueron significativamente superiores a los suicidios consumados, $p < 0,005$ (Figura 4). Aunque el suicidio se intenta, el intento no siempre tiene a la muerte como objetivo. En ciertos casos la intención conlleva a cambiar la propia vida o la de las personas que le son significativas, más que acabar con la vida misma. Los que sobreviven al intento muchas veces ven siempre la vida de una manera diferente (3).

La relación encontrada entre los intentos de suicidio y suicidios fue 9:1, un suicidio por cada nueve intentos. Existen dos poblaciones esencialmente diferentes, los que intentan suicidarse y los que se suicidan. Aunque en todos los casos no apareció consignado el antecedente de intentos de suicidio previos, existió, sin embargo, una diferencia significativa con respecto a la mortalidad entre los casos que tenían antecedentes de intentos previos y los que no tenían, $p < 0,001$ (Figura 5). El intento previo es un factor de riesgo importante (11), que aquí corroboramos.

A pesar de que son más los que intentan suicidarse que los que llegan al suicidio, no es razón para que estos actos se subvaloren, sino todo lo contrario, deben tenerse en cuenta, ya que en estos intentos pueden existir distintos significados que ameritan ser estudiados y aclarados, y no describirlos irónicamente como personas que han realizado sólo un gesto o una manipulación suicida. Esto refleja la falta de conocimiento o claridad en la capacidad para evaluar y juzgar la seriedad de un acto autodestructivo, aunque exista en la sala de urgencias muchos más casos de enfermedades y lesiones que no han sido autoprovocadas.

Un intento de suicidio previo es quizás el mejor indicador de que un paciente se encuentra en riesgo de suicidio (11). Todo intento previo debe tomarse seriamente como factor predictor, independiente de su letalidad (12). La letalidad tiene relación con la mortalidad del acto y es importante para entender a cualquier persona potencialmente suicida.

A pesar de que en 105 registros (61,4%) no se consignó la aparente causa o motivo del intento de suicidio, en 31 (18,1%) la causa aparente fue la depresión (Tabla 3). De

estos casos, ocho (25,8%) murieron por la ingesta del tóxico. Las alteraciones del afecto son las entidades más comúnmente asociadas con suicidios, y la depresión se considera la causa principal (3,9). La desesperanza o la expectativa negativa del futuro ha sido descrita como uno de los factores más importantes que conducen al suicidio en los pacientes deprimidos, de ahí la importancia de estudiar la actitud de todo paciente deprimido respecto a su futuro, buscando determinar la severidad de la depresión y pensamientos o planes suicidas específicos (13). Pero también podemos ver a la depresión no como causa, ni como concomitante a la etiología o génesis del comportamiento, sino como contingente o asociada a ciertos contextos como productos de necesidades ontológicas o existenciales insatisfechas del ser persona. Así podríamos dejar de medir la consecuencia o mejor, las variables concomitantes del intento de suicidio o suicidio mismo: ideación suicida, expresión anticipada del evento, depresión en resolución, identificación con el tánatos, proyección onírica de la muerte, etc., que son eventos psicológicos que están pero que no sirven para prevenir porque ya son, en cambio las necesidades como motivo sí son intervenibles preventivamente. Vale la pena investigar esto, ya que nos saldríamos del círculo depresión -suicidio- personalidad que ha dominado el episteme del suicidio, pues la depresión es también un fenómeno psicológico producto de necesidades insatisfechas en el ser, tener, hacer o estar (14, 15).

El alcohol fue la otra sustancia utilizada concomitantemente con el tóxico en 28 casos (87,5%) de 32 que utilizaron una sustancia distinta. Nuevamente, en la gran mayoría (84,2%) no se consignó la utilización de otros elementos distintos al tóxico ingerido. Se calcula que el uso del alcohol etílico contribuye con 15 a 50% de los suicidios. Los efectos biológicos de la ingestión crónica de alcohol incluyen depresión y disminución central de serotonina, ambos factores de riesgo conocidos de suicidio (6, 16). La ingesta de alcohol se torna importante, cuando en el entorno machista y puerilmente lacrimoso del comportamiento popular, el beber por "despecho" se hace constante junto con una corte de elementos imaginarios y musicales.

Los adictos a la cocaína tienen una tasa de suicidio siete veces mayor que la población general (3). La utilización de la asociación alcohol - cocaína más el tóxico ingerido aparece en tres casos (9,4%). No se registró mortalidad en este grupo de pacientes.

El promedio de días de los pacientes hospitalizados fue de 2,6. Nueve casos (53%) de los que fallecieron tuvieron una estancia hospitalaria de 24 horas, esto nos da una idea de la letalidad del hecho. La corta hospitalización puede ser explicada en parte por esta razón y por otra, por intentos leves de suicidio aunados a una oportuna y correcta actuación médica.

No hubo diferencias significativas con respecto a mes o año. No se investigó sobre las condiciones socioeconómicas, raza, enfermedades debidas a condiciones médicas en ge-

neral, uso de medicamentos o trastornos psiquiátricos concomitantes o previos.

A pesar de las limitaciones inherentes a este tipo de estudio, consideramos que el comportamiento de los intentos de suicidio letales y no letales en el departamento del Caquetá se constituyen en un reto vital para su control. Estos pacientes demandan mayor cuidado y atención, y es necesario establecer programas educativos a los médicos para que por medio de una adecuada evaluación e identificación el riesgo de suicidio disminuya. De igual manera, este problema social y de salud pública necesita con urgencia estudios orientados hacia nuestros propios factores de riesgo, identificables mediante investigaciones concretas, ya que los trabajos realizados en otros países no se adaptan totalmente a nuestra realidad. Es necesario actuar a nivel social, educativo y cultural para minimizar los elementos conspiradores, y urge construir una ética civil basada en una axiología sin exclusión y que sea practicada por todos y cada uno de nosotros.

Particularmente concluimos que en nuestra región esta forma particular de intentar morir y de morir se constituye en un problema serio de salud pública por la magnitud en donde el uso de sustancias tóxicas es el único método identificable en la población joven, y especialmente, en la población femenina y estudiantil.

Summary

Objective. To determine the distribution and frequency of attempted lethal and not lethal suicides treated at Hospital Mar'a Inmaculada from Florencia, Caquetá.

Methods. Retrospective descriptive study based on a series of cases at Hospital Maria Inmaculada of Florencia, Caquetá, between July of 1997 and July 1998. 171 medical records were reviewed.

Results. The only method used for the suicide attempt and suicide was the use of toxic substances. Mean age was 23,9 years (IC95% of 22,2-25,5). The most affected age group was between 11 and 20 years (54,4%). Women had a higher prevalence for both suicidal attempts (ratio of F:M 1,6:1) and for suicides (ratio of F:M 1,4:1). Single status (54,4%) and students (31%) were more affected. Depression appears as the most frequent reason for which suicide is attempted (18,1%), and alcohol as the substance of more concomitant use (87,5%). A previous attempt of suicide was a factor of significant risk ($p < 0,001$). The average of suicidal attempts per month was 14,2 cases. There was a death for each 9 attempts. The lethality rate was of 9,9%. Potential life years lost (PLYL) were 562 years with a rate of PLYL 5,8 years by 1000 people less than of 65 years old.

Conclusions. The attempts of lethal and not lethal suicides are a social and public health problem for the Department of Caquetá because of the magnitude of the findings in this young population.

Key words. Intents of suicides, suicides, distribution, frequency.

Referencias

1. **Shneidman ES.** Prevention, intervention and postvention. *Ann Intern Med* 1973;**75**:453.
2. **Mortalidad en Colombia.** Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá. D.C. 1993:32.
3. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA.** Synopsis of Psychiatry. Behavioral/Clinical Psychiatry. Seventh Edition. Baltimore: Williams & Wilkins. 1994:1950-1961.
4. **Pearce C, Martin G.** Locus of control as an indicator of risk for suicidal behaviour among adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1993;**88**:494-500.
5. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Ministerio de Salud. División de Comportamiento Humano. Centro Nacional de Consultoría. Colombia 1997:184-190.
6. **Blumenthal J.** A guide to risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Amer* 1988;**72**:937-966.
7. **Gómez D, Jaramillo L.** Estudio descriptivo de pacientes con intentos de suicidios en el Hospital San Juan de Dios en Bogotá. *Rev Col de Psiquiatría* 1991;**2**:83-113.
8. **Hawton K.** Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 1997;**150**:145-153.
9. **Rihmer Z, Rutz W, Barsi J.** Suicide rate, prevalence of diagnosed depression and prevalence of working physicians in Hungary. *Acta Psychiatr Scand* 1994;**88**:391-394.
10. **Weidenmann A, Weyerer S.** The impact of availability, attraction and lethality of suicide methods on suicide rates in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 1993;**88**:364-368.
11. **Bradvik L, Berglund M.** Risk factors for suicide in Melancholia. *Acta Psychiatr Scand* 1993;**87**:306-311.
12. **Brent D, Kolko D, Wartella M.** Adolescent psychiatric in patients risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;**32**:95-105.
13. **Taiminen T.** Effect of psychopharmacotherapy on suicide risk in psychiatric in patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994;**87**:54-57.
14. **Max Neef M.** Desarrollo a escala humana. Actualidades administrativas. Ecopetrol. Bogotá 1993:64.
15. **Campbell SA.** Comunicación personal. Florencia 1998.
16. **Murphy G, Wetzel R.** The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1995;**45**:383-392.