

**UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIONES**

ARTICULO



**UNIVERSIDAD DE
MANIZALES**



**Factor de riesgo suicida y factores asociados en
instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas
en la ciudad de Manizales (Colombia), 2012**

Autores:

Carolina Aristizábal Vásquez
Sandra Constanza Cañón Buitrago, Psic., M.G.T.H.
José Jaime Castaño Castrillón, Fis., MSc.
Laura Castaño Ramos
Katherin Johanna García Valencia
Jhon Leandro Marín Guevara
Juan Carlos Osorno Villegas
Gemelly Lorena Sánchez Valencia

Factor de riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales (Colombia), 2012

Carolina Aristizábal Vásquez*, Sandra Constanza Cañón Buitrago, Psic., M.G.T.H.**, José Jaime Castaño Castrillón. Fis. MSc.***, Laura Castaño Ramos*, Katherin Johanna García Valencia*, Jhon Leandro Marín Guevara*, Juan Carlos Osorno Villegas*, Gemelly Lorena Sánchez Valencia*.

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue identificar el factor de riesgo suicida según la escala de Plutchik y factores asociados en una población de pacientes internados para rehabilitación por consumo de sustancias en la ciudad de Manizales (Colombia). **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal con una población de 93 pacientes en proceso de rehabilitación de instituciones para drogadicción de Manizales. Se aplicó el cuestionario de Plutchik para medir riesgo suicida, se aplicaron otros cuestionarios para factores asociados. **Resultados:** El 57% presentó riesgo suicida según escala de Plutchik, el 94,6% fueron hombres, el 47,3% incurrieron en intento de suicidio, el 51,6% tuvo buena funcionalidad familiar, presentaron una dependencia alcohólica del 44,1%, una proporción de 30,1% de casos de ansiedad y 20,4% de depresión, la baja autoestima fue de 45,2%. Los siguientes factores asociados presentaron relación significativa: consumo de éxtasis ($p=0,01$), trauma infantil ($p=0,000$), maltrato físico ($p=0,000$), maltrato psicológico ($p=0,001$), maltrato infantil ($p=0,01$), enfermedad mental ($p=0,039$), ansiedad ($p=0,000$). Según prueba t también la depresión ($p=0,000$), la autoestima ($p=0,014$), los reingresos al centro de rehabilitación ($p=0,015$).

Conclusiones: El estudio confirma los datos de la literatura con respecto al factor de riesgo suicida y la presencia de otros factores en esta población. Se destaca el papel preponderante del maltrato infantil en todas sus formas en la alta proporción de factor de riesgo suicida en esta población.

Palabras Claves: Intento de suicidio, factores de Riesgo, centros de rehabilitación, drogadicción.

Suicide risk factor and associated factors in rehabilitation institutions for drug addicts in the city of Manizales (Colombia), 2012

Summary

Objective: The objective of this study was to identify suicide risk factor and associated factors in a population of patients admitted to rehab for substance use in the city of Manizales (Colombia). **Methods:** Cross-sectional study with a population of 93 patients undergoing drug rehabilitation in institutions of Manizales. Plutchik questionnaire was used to measure suicide risk, and other questionnaires were applied to factors associated partners. **Results:** 57% presented suicide risk by Plutchik, 94.6% were men and 5.4% women, 47.3% incurred in attempting suicide, 51.6% had good family functioning, alcohol dependence was of 44.1%, 30.1% of cases of anxiety and depression 20.4%, 45.2% low self-esteem. The following factors had significant relationship associated ecstasy ($p = 0.01$), childhood trauma ($p = 0.000$), physical abuse ($p = 0.000$), psychological abuse ($p = 0.001$), child abuse ($p = 0.01$), mental illness ($p = 0.039$), anxiety ($p = 0.000$). According to T tests also depression ($p = 0.000$), self-esteem ($p = 0.014$), readmissions ($p = 0.015$). **Conclusions:** The study confirms the literature data regarding suicide risk factor and the presence of other factors in this population. It highlights the role of child abuse in all its forms in the high proportion of suicide risk factor in this population.

Keywords: Attempted suicide, risk factors, rehabilitation centers, drug addiction.

* Estudiante X Semestre, Programa de Medicina, Universidad de Manizales.

** Profesor Asistente, Programa de Medicina, Universidad de Manizales. Correo: sandra-ka@umanizales.edu.co.

*** Profesor Titular, Director Centro de Investigaciones, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales, Carrera 9° 19-03, Tel. 8879688, Manizales, Caldas, Colombia. Correo: jcast@umanizales.edu.co.

Introducción

El suicidio es un problema que alcanza índices de 16 muertes por cada 100.000 habitantes, esto significa una muerte cada 40 segundos según estadísticas reportadas por Larrobla¹ *et al*, en el 2002 y por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se reportan además 3.500 suicidios diarios, y por cada uno se registran tres intentos más². Representa un problema de salud creciente en la población consumidora de alcohol y farmacodependiente³, y según el estudio realizado por Nock⁴ *et al* en el año 2008 se identifica que en una población de 100.000 participantes, un 9,2% presenta ideación suicida y un 2,7% intento de suicidio.

El suicidio es la muerte consecutiva a un daño autoinflingido intencional, que por lo general es violenta y ocurre como el resultado de una decisión individual, el intento suicida es el acto de afectar la existencia sin consumarlo⁵, y pacientes en rehabilitación por consumo de sustancias poseen alto riesgo de estas conductas⁶. La adicción va de la mano con el concepto de droga que se define como sustancia que puede modificar la percepción, el estado de ánimo, la cognición, la conducta o funciones motoras⁷. El consumo excesivo de alcohol causa dependencia⁸, esto disminuye el umbral para el control de impulsos suicidas mediante la desinhibición del comportamiento⁹ y en una intoxicación precipita conductas suicidas¹⁰. Los problemas relacionados con éste, son el abuso crónico, que aumenta el riesgo de suicidio¹¹, y causa daño interpersonal, social y del funcionamiento profesional^{12,13}.

El suicidio consumado es más frecuente en personas de género masculino¹⁴; el género femenino presenta más intentos y la conducta suicida parece estar relacionada con poco nivel educativo e historia marital conflictiva previa. En general el riesgo de conductas suicidas por edades es menor entre los 50 a 64 años, mediano de los 35 a 49 años y mayor entre los 18 a 34 años de edad⁴. Pertenecer al grupo de edad de los adolescentes los hace vulnerables para presentar conductas suicidas¹⁵. En un estudio realizado por Cuevas¹⁶ *et al* en el año 2004 en México, en 10502 estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se encontró con respecto al intento de suicidio 5,1% en la generación 2003, y 7,3% en la generación 2004, y con relación al consumo de drogas ilícitas, el resultado fue, 0,4% y 1,4% respectivamente. Según las estadísticas reportadas por Nock⁴ *et al*, en el año 2008, para Colombia el suicidio consumado es de 12 por cada 100.000 hombres de 18 a 24 años y de 4 por cada 100.000 mujeres de 15 a 17 años, el 12% de la población es ideadora suicida y el 4,7% incurre en intento suicida. En Manizales se tiene como reporte de casos entre 1999 y 2002, 178 suicidios, siendo 146 hombres y 32 mujeres¹⁷

La personalidad alterada por consumo de sustancias crea un riesgo para conducta suicida que distorsiona el funcionamiento normal del individuo¹⁸. Desde la patología psiquiátrica existe asociación directa de suicidio con el trastorno de la personalidad, los trastornos de límite, antisocial y obsesivo-compulsivo, trastorno depresivo mayor y el trastorno por consumo de sustancias⁵. La ingesta prolongada de cocaína se relaciona con éstas patolo-

gías¹⁹. El intento suicida tiene como factores de riesgo el trastorno depresivo mayor, trastorno de personalidad antisocial, trastorno de pánico y las sobredosis de drogas²⁰.

La población internada en los centros de rehabilitación se compone en su mayoría de adolescentes⁷ y la historia del consumo, suele tener horas o días de duración y durante al menos 12 meses, mezclados entre períodos de abstinencia o de un consumo menor²¹. La ideación suicida y el consumo de drogas son dos comportamientos que aparecen simultáneamente en estos casos²². Las sustancias asociadas a los comportamientos van desde el alcohol y el tabaco siendo legales, así como la heroína, cocaína, marihuana, éxtasis, entre otras dentro de las ilegales²³. Su consumo se encuentra en aumento en los jóvenes de 18 a 25 años¹⁵. Los adolescentes o adultos jóvenes que mueren por suicidio, pueden haber tenido trastornos por consumo de drogas, mientras que los suicidios en pacientes adultos pueden presentarse relacionados a la dependencia al alcohol²⁴.

La aparición de conductas suicidas también incluye antecedentes de trauma infantil que corresponden a relaciones inestables, abandono de los padres, maltrato físico y abuso sexual²⁵; de igual manera se incluyen los antecedentes de suicidio en la familia y presencia de personalidad neurótica, hostil e introvertida²⁶. Otros factores están relacionados con circunstancias adversas en la vida²⁷, y sentimientos de soledad, dificultad de aprendizaje, baja autoestima, consumo de sustancias psicoactivas y la pérdida reciente de un ser querido entre otros²³. Las agresiones hacia la pareja o acompa-

ñante de un adicto en rehabilitación, son un determinante en las conductas suicidas²⁸.

Dentro de los factores de riesgo socioculturales se encuentra que las condiciones sociales y demográficas predisponen al intento suicida²⁹, entre ellas el nivel socioeconómico, escolaridad y estado del núcleo familiar, siendo a su vez parte de los factores implicados en los hábitos de consumo de alcohol y drogas²⁵. También el encarcelamiento debido a las altas tasas de consumo de drogas que dentro de los centros carcelarios se ven relacionadas con esta conducta³⁰. Cabe considerar la preexistencia de la infección por el VIH pues en pacientes que son usuarios de drogas inyectadas, por lo menos una cuarta parte presenta ideación suicida, siendo aún un factor de riesgo no esclarecido³¹.

No se encontraron muchas investigaciones en las bases de datos de literatura científica médica que refieran el suicidio, intento de suicidio, o factor de riesgo suicida en adictos en proceso de rehabilitación

En vista de las consideraciones epidemiológicas y conceptuales anteriormente identificadas, el presente estudio pretende determinar la frecuencia del factor de riesgo suicida según el cuestionario de Plutchik, y factores asociados en una población compuesta por adictos a sustancias psicoactivas en instituciones de rehabilitación en la ciudad de Manizales.

Materiales y métodos

El presente estudio es de corte transversal en el que se tomó una población de 93 pacientes en proceso de

rehabilitación presentes en las instituciones “Hogares Crea”, “Hombres de valor”, “Fundación caminos de libertad CADELI” y “Centro teoterapéutico de rehabilitación para adictos a las drogas GERIZIM” en la ciudad de Manizales (Colombia).

En esta población se cuantificaron las siguientes variables, género (masculino, femenino), edad, raza (mestiza y negra), procedencia (urbana, rural), estrato social (1-6)³², escolaridad (primaria, secundaria, técnica, universitaria, posgrado, ninguna), ocupación, estado civil (soltero, casado, viudo, unión libre), instituto de rehabilitación, meses de rehabilitación, ingresos al centro de rehabilitación, intentos de suicidio (si, no, cuántos), enfermedad mental (si, no cual), meses de consumo, sustancias consumidas, trauma infantil (si, no, abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, otros), problemas legales (si, no), encarcelamiento (si, no), factor de riesgo suicida mediante la escala de Plutchik^{33,34} (No riesgo suicida, Riesgo suicida), ansiedad y depresión medida por la escala de ansiedad y depresión hospitalaria³⁵ (rango normal, caso probable de ansiedad o depresión, caso de ansiedad o depresión), funcionalidad familiar mediante el APGAR familiar³⁶ (buena función familiar, disfunción familiar leve, disfunción familiar moderada, disfunción familiar severa), alcoholismo mediante la escala de CAGE^{37,38,39} (no consume alcohol, no dependencia alcohólica, indica problemas con el alcohol, dependencia alcohólica) y niveles de autoestima según la escala de Rosenberg^{40,41} (Baja, Normal, Alta).

En cuanto a las propiedades psicométricas de los cuestionarios empleados se encuentra que para la escala de riesgo suicida de Plutchik³³

existe un α de Cronbach de 0,84 y en una validación hecha en el año 1998 por Rubio³⁴ *et al*, en población Española, reporta un α de Cronbach de 0,90³⁴. La escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria presenta un α de Cronbach de 0,85³⁵ y ha sido validada por López⁴² *et al* en una muestra de pacientes obesos en México. La escala de APGAR familiar posee un α de Cronbach de 0,84³⁶ y fue validada para la población colombiana por Arias⁴³ *et al* en la Universidad del Valle. La escala de CAGE posee un α de 0,78³⁷, fue validada por Herrán³⁹ *et al* en el año 2005 en una población de alcohólicos en Bucaramanga, Colombia; La escala de Rosenberg posee un α de 0,83⁴¹ y fue validada en población Chilena por Rojas⁴⁰ *et al* en el año 2009.

En relación con los procedimientos estadísticos empleados, las variables medidas en escala numérica se describieron mediante promedios y desviación estándar, y las variables medidas en escala nominal por tablas de frecuencia. La relación entre variables medidas en escala nominal se determinó con el procedimiento estadístico χ^2 , y entre variables medidas en escala numérica y nominale mediante pruebas *t*. Los análisis de inferencia estadística se efectuaron con un nivel de significancia $\alpha=0,05$. La base de datos se elaboró empleando el programa Excel 2010 (Microsoft Corporation) y se analizó mediante el programa estadístico IBM SPSS 20 (IBM Corp.) y el EPIINFO Versión 3,5 (Centers for diseases control and prevention, CDC).

Resultados

La población de estudio se compuso de 93 pacientes de diferentes instituciones de rehabilitación por farma-

codependencia de la ciudad de Manizales (Colombia). Las características demográficas se resumen en la Tabla 1. El instituto de rehabilitación con mayor cantidad de pacientes fue hogares Cea con 43%, el promedio de meses de rehabilitación fue de 6,22 y por lo menos han tenido un ingreso en un centro de rehabilitación con 51,6% (Ic95%:41%-62,1%). La mayor proporción de los individuos pertenece al género masculino con 94,6% (Ic95%:87,9%-98,2%), promedio de edad 29,44 años (Figura 1), prevalece la raza mestiza en un 87,1% (Ic95%:78,5%-93,2%), en su mayoría procedente del área urbana en un 91,4% (Ic95%:83,8%-96,2%). De estrato social 3 en un 32,3% (Ic95%:22,9%-42,7%), mayor proporción con educación secundaria con 59,1% (Ic95%:48,5%-69,2%), la mayoría de los pacientes son estudiantes con 18,9%, estado civil predominante soltero 84,9% (Ic95%:76%-91,5%).

Tabla 1. Variables demográficas en el estudio de Factor de riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales, Colombia, en el año 2012.

Variables	Nivel	N	%
Instituto de rehabilitación	Hogares crea	40	43
	Hombres de valor	29	31,2
	Institución Cadelli	15	16,1
	Institución Gerizim	9	9,7
Edad (años)	Promedio	29,44	
	LC95% LI	27,14	
	LC95% LS	31,74	
	Des. Estan.	11,17	
	Mínimo	14	
	Máximo	68	
Meses de rehabilitación	Promedio	6,22	
	L.C 95% LI	5,11	
	L.C 95% LS	7,32	
	Des. Estan.	11,17	
	Mínimo	14	
	Máximo	68	
Ingresos anteriores	1	48	51,6
	2	18	19,4
	0	8	8,6

Tabla 1. Variables demográficas en el estudio de Factor de riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales, Colombia, en el año 2012.

Variables	Nivel	N	%
	3	8	8,6
	4	6	6,5
	Otros	5	5,4
	Promedio	1,73	
	L.C 95% LI	1,44	
	L.C 95%	2,02	
	D. Stand	1,42	
	Mínimo	0	
	Máximo	8	
Género	Masculino	88	94,6
	Femenino	5	5,4
Raza	Mestiza	81	87,1
	Negra	12	12,9
Procedencia	Urbana	85	91,4
	Rural	8	8,6
Estrato Social	3	30	32,3
	2	21	22,6
	1	19	20,4
	4	15	16,1
	5	7	7,5
	6	1	1,1
Escolaridad	Secundaria	55	59,1
	Primaria	19	20,4
	Universidad	11	11,8
	Técnica	7	7,5
	Ninguna	1	1,1
Ocupación	Estudiante	17	18,9
	Ninguna	16	17,8
	Oficios varias	6	6,7
	Comerciante	3	3,3
	Conductor	3	3,3
	Otros	48	50
	Faltantes	3	3,2
	Soltero	79	84,9
Estado civil	Casado	7	7,5
	Unión libre	4	4,3
	Viudo	2	2,2
	separado	1	1,1

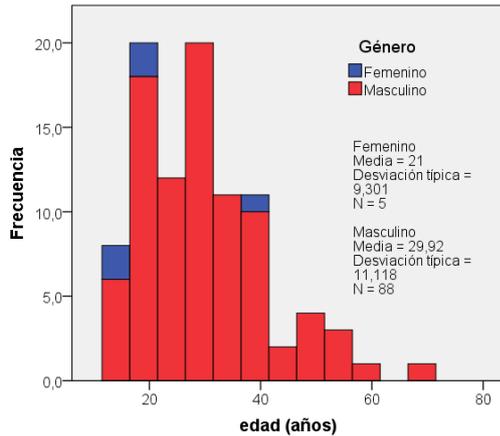


Figura 1. Histograma de edad de la población participante en el estudio de factor de riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales en el año 2012.

La Tabla 2 muestra los antecedentes de la población en estudio. Se encuentra que el 47% (Ic95%:36,9%-57,9%) presentó intentos de suicidio previo, 3 pacientes presentaron 10 intentos, y 3 siete; el 25,8% (Ic95%:17,3%-34,9%) presentaron una enfermedad mental diagnosticada, predominando el trastorno bipolar con 31,8% (Ic95%:13,9%-54,9%); la sustancia psicoactiva más consumida fue la marihuana en un 71%, (Ic95%:60,6%-79,9%) siempre en uso concomitante con otras drogas excepto en un caso de consumo único. Referente al consumo individual la mayor proporción corresponde a bazuco 16,5%, la combinación marihuana-bazuco 11%, la combinación marihuana-bazuco-poppers 5,5%. El 24,7% (Ic95%:16,4%-34,8%) consumían dos sustancias simultáneas, en un caso consumiendo 8. En promedio consumían sustancias 146 veces al mes. 41,9% (Ic95%: 31,8%-52,6%) presentaron al menos un trauma infantil, con 2,2% experimentando los 4 tipos de trauma considerado (Ic95%:0,3%-7,6%), el maltrato infantil más frecuente fue el psicológico con 31,2%

(Ic95%:22%-41,6%). El 60,2% (Ic95%:49,5%-70,2%) habían tenido problemas legales, e ingresado a la cárcel 49,5% (Ic95%: 38,9%-60%).

Tabla 2. Antecedentes psiquiátricos, de consumo, y trauma infantil reportados en el estudio de Factor de riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales en el año 2012

Variable	Nivel	N	%
Intento de suicidio	No	49	52,7
	Si	44	47,3
	Promedio	1,49	
	L.C 95% LI	1,03	
	L.C 95% LS	1,96	
	Des. Estan.	2,27	
	Mínimo	0	
Enfermedad mental	No	69	74,2
	Si	24	25,8
Cuál enfermedad	Trastorno bipolar	7	31,8
	Trastorno de personalidad	4	18,2
	Esquizofrenia	2	9,1
	Trastorno mental	2	9,1
	Otros	7	31,5
	Faltantes	73	
Consumo de sustancias psicoactivas	Si	91	97,8
	No	2	2,2
	Bazuco	15	16,5
	Marihuana Bazuco	10	11
	Marihuana Bazuco Pepas	5	5,5
	Marihuana Solución	5	5,5
	Marihuana Bazuco Perico	4	4,4
	Otros	52	57,2
Consumo de cada sustancia psicoactiva	Marihuana	66	71
	Bazuco	64	68,8
	Solución	30	32,3
	Perico	28	30,1
	Pepas	24	25,8
	Coca	17	18,3
	Éxtasis	8	8,6
	Heroína	8	8,6
	Ácidos	6	6,5
	Cacao sabanero	4	4,3
	Poppers	3	3,2
	Rivotril	2	2,2
	Hongos	2	2,2
	Ketamina	1	1,1
	Anfetaminas	1	1,1
	Benzodiacepinas	1	1,1
Drogas	1	1,1	
Cuesca	1	1,1	
Frecuencia de consumo de sustancias por mes	Promedio	146	
	LC95% LI	125	
	LC95% LS	167	
	Des. Estan.	101	
	Mínimo	4	

Tabla 2. Antecedentes psiquiátricos, de consumo, y trauma infantil reportados en el estudio de Factor de riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales en el año 2012

Variable	Nivel	N	%
Número de sustancias consumidas simultáneamente	Máximo	432	
	2	23	24,7
	3	21	22,6
	1	17	18,3
	4	15	16,1
	5	9	9,7
	7	4	4,3
	0	3	3,2
	8	1	1,1
Trauma infantil	No	54	58,1
	Si	39	41,9
Abuso sexual	No	82	88,2
	Si	11	11,8
Maltrato físico	No	72	77,4
	Si	21	22,6
Maltrato psicológico	No	64	68,8
	Si	29	31,2
Otro tipo de trauma	Si	9	9,7
Número de maltratos	0	55	59,1
	1	21	22,6
	2	11	11,8
	3	6	6,5
Problemas legales	Si	56	60,2
	No	37	39,8
Cárcel	No	47	46
	Si	50,5	49,5

La tabla 3 agrupa el resultado de los diferentes cuestionarios aplicados a la población estudiada. Se encontró un factor de riesgo suicida según escala de Plutchik de 57% (Ic95%:46,3%-67,2%). El 51,6% presentó buena funcionalidad familiar, el 57% (Ic95%:46,3%-67,2%) consumen licor, en promedio 12,4 veces al mes y un 44,1% (Ic95%:33,8%-54,8%) son dependientes del alcohol. Un 30,1% (Ic95%: 21%-40,5%) son caso de ansiedad, el 67,7% (Ic95%:57,3%-77,1%) caso probable de depresión. Tienen una proporción de autoestima baja de 45,2% (Ic95%:34,8-55,8%).

La escala de Riesgo suicida de Plutchik presentó un α de Cronbach de 0,761, la escala hospitalaria de depresión de 0,7, la escala hospitalaria de ansiedad de 0,705, el APGAR familiar

0,911, la escala de CAGE 0,834 y la escala de Rosenberg de 0,706.

Tabla 3. Escalas aplicadas para el estudio de Factor de riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales en el año 2012

Variable	Nivel	N	%
Riesgo suicida medido con el cuestionario de riesgo suicida de Plutchik	Si	53	57
	No	40	43
Funcionalidad familiar. Medida con el APGAR familiar	Buena función familiar	48	51,6
	Disfunción leve	19	20,4
	Disfunción moderada	14	15,1
	Disfunción severa	12	12,7
	Promedio	15,49	
	L.C 95% LI	14,47	
	L.C 95% LS	16,51	
	Des. Estan.	4,95	
Consumo de licor	Si	53	57
	No	40	43
Frecuencia de consumo de licor (veces por mes)	Válidos	53	
	Promedio	12,4	
	LC95% LI	9,42	
	LC95% LS	15,38	
	Des. Estan.	10,81	
	Mínimo	1	
	Máximo	30	
Alcoholismo según cuestionario de CAGE	Dependencia Alcohólica	41	44,1
	No consume alcohol	40	43
	Indica problemas con el alcohol	8	8,6
	No dependencia	4	4,3
	Válidos	50	
	Promedio	2,72	
	L.C 95% LI	2,41	
	L.C 95% LS	3,03	
	Des. Estan.	1,09	
	Mínimo	1	
Ansiedad Medida según la escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria.	Normal	38	40,9
	Caso de Ansiedad	28	30,1
	Caso probable de ansiedad	27	29
	Promedio	8,7	
	L.C 95% LI	7,95	
	L.C 95% LS	9,45	
	Des. Estan.	3,63	
	Mínimo	0	
Máximo	19		

Tabla 3. Escalas aplicadas para el estudio de Factor de riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales en el año 2012

Variable	Nivel	N	%
Depresión Medida según la escala de ansiedad y depresión hospitalaria	Normal	63	67,7
	Caso probable de depresión	19	20,4
	Caso de depresión	11	11,8
	Promedio	6,25	
	L.C 95% LI	5,45	
	L.C 95% LS	7,05	
	Des. Estan.	3,87	
	Mínimo	0	
	Máximo	20	
Autoestima medida por la escala de Rosenberg	Normal	44	47,3
	Baja	42	45,2
	Alta	7	7,5
	Promedio	29,52	
	L.C 95% LI	28,56	
	L.C 95% LS	30,47	
	Des. Estan.	4,65	
	Mínimo	17	
	Máximo	40	

Relaciones entre variables

Empleando el procedimiento estadístico de χ^2 se probó la existencia de relación significativa entre FR suicida según Plutchik y algunas de las variables medidas en escala nominal consideradas en el estudio. La Tabla 4 muestra las relaciones encontradas significativas.

Tabla 4. Relación significativa entre factor de riesgo suicida según escala de Plutchik y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales en el año 2012.

Variable	Nivel	Si	No	P
Consumo de éxtasis.	Si	N	8	0
		%	100	0,0
	No	N	45	40
		%	52,9	47,1
Trauma infantil	Si	N	33	6
		%	84,6	15,4
	No	N	20	34
		%	37,0	63,0
Maltrato físico	Si	N	20	1
		%	95,2	4,8
	No	N	33	39
		%	45,8	54,2
Maltrato Psicológico	Si	N	24	5
		%	82,8	17,2
	No	N	29	35
		%	29	35

Tabla 4. Relación significativa entre factor de riesgo suicida según escala de Plutchik y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales en el año 2012.

Variable	Nivel	Si	No	P
Número de maltratos infantiles	0	%	45,3	54,7
		N	20	33
	1	%	37,7	62,3
		N	15	4
	2	%	78,9	21,1
		N	12	2
	3	%	85,7	14,3
		N	4	1
	4	%	80,0	20,0
		N	2	0
Intento Suicida	Si	%	100	0,0
		N	35	9
	No	%	79,5	20,5
		N	18	31
Enfermedad mental	Si	%	36,7	63,3
		N	18	6
	No	%	75,0	25,0
		N	35	34
Ansiedad	Caso de ansiedad	%	50,7	49,3
		N	24	4
	Caso probable de ansiedad	%	85,7	14,3
		N	17	10
	Normal	%	63,0	37,0
N		12	26	

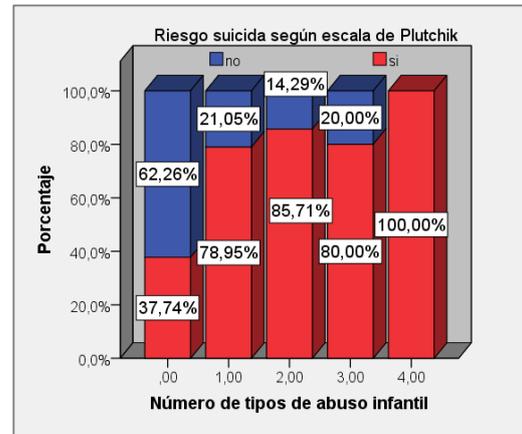


Figura 2. Relación entre FR suicida según escala de Plutchik y número de tipos de maltratos recibidos en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales en el año 2012.

La Tabla 4 muestra que existe relación significativa ($p=0,01$) entre FR suicida según escala de Plutchik y número de tipos maltrato infantil como lo muestra la Figura 2. En esta Figura se observa que entre los sujetos que

no han recibido maltrato la proporción de FR suicida es de 37,3%, esta proporción sube a 100% entre los que han recibido cuatro tipos de maltrato diferentes.

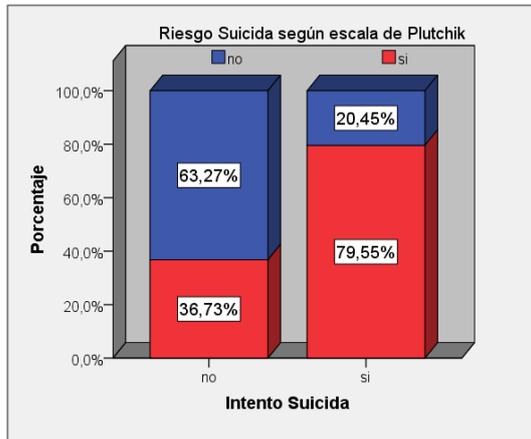


Figura 3. Relación entre FR suicida según escala de Plutchik e intento suicida en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales en el año 2012.

La Figura 3 muestra la relación entre FR suicida según escala de Plutchik y haber tenido intentos de suicidio ($P=0,000$). La Figura muestra que entre los que no han tenido intento suicida la proporción de FR suicida es de 36,7%, esta proporción aumenta a 79,5% entre los que sí han tenido intentos de suicidio.

Para determinar las relaciones entre riesgo suicida según escala de Plutchik, y las variables medidas en escala numérica consideradas en el estudio se emplearon pruebas *t*. En la tabla 5 se encuentran las relaciones encontradas significativas.

Tabla 5. Relación entre el riesgo suicida según escala de Plutchik y variables medidas en escala numérica con relación significativa en el estudio sobre factor de riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales en el año 2012.

Variable	Si	No	P	
Reingresos	N	53	40	0,015
	Pro	2,04	1,33	
Cuantos intentos suicidas	N	53	40	0,001
	Pro	2,15	0,63	
Ansiedad	N	53	40	0,000
	Pro	10,2453	6,6500	
Depresión	N	53	40	0,037
	Pro	6,9811	5,2750	
Autoestima	N	53	40	0,014
	Pro	28,4906	30,8750	

Variable	Si	No	P	
Reingresos	N	53	40	0,015
	Pro	2,04	1,33	
Cuantos intentos suicidas	N	53	40	0,001
	Pro	2,15	0,63	
Ansiedad	N	53	40	0,000
	Pro	10,2453	6,6500	
Depresión	N	53	40	0,037
	Pro	6,9811	5,2750	
Autoestima	N	53	40	0,014
	Pro	28,4906	30,8750	

Discusión

En el presente estudio se encontró un FR suicida según Plutchik de 57%, una frecuencia de 47,3% de intento suicida, aproximadamente la mitad de los participantes tenía disfunción familiar (de leve a severa), se confirma lo establecido en la literatura citada con relación al factor de riesgo suicida y factores asociados, entre los cuales se destaca la enfermedad mental, el maltrato infantil en general,^{6,13} y la autoestima baja. Es de destacar la importancia del maltrato infantil, en todas sus formas, en la presencia de FR suicida en esta población, detectada en este estudio, probablemente también este maltrato sea determinante en la situación de consumo de drogas en esta población. Se determinó mediante los datos de antecedentes que los reingresos a los centros de rehabilitación, los intentos suicidas previos, la ansiedad y la depresión tienen relación con el FR de riesgo suicida según Plutchik, como lo confirman varios autores^{18,20}.

Desde un análisis de datos poblacionales, teniendo en cuenta el promedio de edad y las estadísticas de género se encuentra similitud con estudios como el realizado por Bjornaas⁴⁴ et al, desde el año 1980 hasta el 2000, en Oslo, Noruega, en una población similar compuesta por adictos admitidos para desintoxicación voluntaria por abuso de opioides. Existe

semejanza con la actual investigación en que los rangos de edad son parecidos teniendo en cuenta que para dicha población se tuvo un promedio de 24 años con rangos entre los 16 y los 41 años, mientras en la presente, se tuvo como promedio 29 años con rangos entre los 27 y 31 años. En ambos estudios la mayoría de la población fue masculina.

Con respecto a la existencia de patología psiquiátrica se confirma su relación con el FR suicida según escala de Plutchik, análogo a lo encontrado en la investigación realizada por Abram⁴⁵ *et al*, en Estados Unidos en el año 2008 en pacientes de un centro de detención juvenil; a diferencia del presente estudio, éste se compuso de jóvenes con promedio de edad de 15 años y aplicando la escala de entrevista diagnóstica para niños *DISC 2,3*⁴⁶. En ambos estudios se determinó la existencia de patologías psiquiátricas y conductas suicidas estableciendo de manera retrospectiva la presencia de riesgo suicida.

Con relación a los patrones de consumo encontrados en cada uno de los adictos en rehabilitación se hizo evidente la asociación entre la historia de consumo de éxtasis y el FR suicida según Plutchik. Investigaciones como la realizada por Kim⁴⁷ *et al*, en el año 2011 en los Estados Unidos ratifican este hallazgo y a diferencia del actual estudio, se determinó la presencia de riesgo suicida mediante la caracterización estadística de comportamientos asociados como las ideaciones, los comportamientos e intentos suicidas.

Estudios similares al actual muestran una alta confiabilidad para la Escala de riesgo suicida de Plutchik^{33, 34}

como el realizado por Lerech⁴⁸ *et al* en el año 2008 en una población de estudiantes de secundaria de colegios de Manizales (Caldas), siendo una investigación de referencia para la actual en donde se aplicaron a su vez instrumentos también usados en el presente trabajo como lo son la escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria, CAGE para alcoholismo y APGAR para funcionalidad familiar. Cabe resaltar que existen otras escalas para el estudio del riesgo suicida, como la Escala de Desesperanza de Beck^{49,50} la cual también fue usada por este autor, que mide aspectos algo diferentes del FR suicida.

Existen varios predictores que la literatura menciona, que en la actual investigación no presentaron relación estadísticamente significativa pero que deben ser mencionados por tener impacto sobre la categorización de los pacientes. Uno de ellos es el consumo de licor^{8,10,11}, y que mediante el cruce de variables realizado, no presenta relación con FR de riesgo suicida, pero en estudios como el realizado por Miller⁵¹ *et al*, en el año 2010, en una población de 84'005 personas que se habían auto-infligido daño físico, provenientes de 19 estados de los Estados Unidos, como conclusión obtuvieron que el consumo de alcohol había estado implicado en el 27% de los casos. A diferencia del presente estudio, no se aplicó una escala específica como la de alcoholismo de CAGE^{37,38,39}.

Otro de los predictores que se encuentran relacionados con el riesgo suicida es el abuso sexual²⁵ que para la actual investigación presenta una frecuencia de 11,8% en la población y que en estudios como el realizado por Slesnick⁵² *et al*, en el año 2008 en

la Universidad Estatal de Ohio en los Estados Unidos, se encuentra esta relación en pacientes en terapia de rehabilitación por abuso de sustancias entre los 14 y 22 años de edad.

Es importante que desde los presupuestos nacionales se incluya el tema de la prevención del suicidio en todos los ámbitos, así como en los programas de salud, se debe incluir su prevención junto con otros factores de riesgo como el hábito tabáquico, alcohol y sustancias psicoactivas. En las instituciones de rehabilitación para las drogas se debe tener más presente la psico-educación con relación al suicidio, determinar los factores de riesgo y prevenirlos.

Las limitaciones encontradas en esta investigación abarcan una pequeña población que para la región no está plenamente categorizada epidemiológicamente. Dentro de las limitaciones inevitables se encuentran factores propios del paciente en rehabilitación como el analfabetismo, que incide directamente en la aplicación de los instrumentos.

Probablemente en estudios posteriores al actual se encuentre relación entre el consumo de drogas y los maltratos, además estos deberán enfocarse en la caracterización de esta población por razones ya expuestas e identificación para factores de riesgo de otras patologías.

Conflictos de Interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés con el tema motivo de la presente investigación.

Fuente de Financiación: Universidad de Manizales.

Literatura Citada

- 1 Larrobla C, Pouy A. **Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas.** *Rev Méd Urug.* 2007; 23 (4):339–350.
- 2 Jiménez N, Lozano J, Rodríguez L, Vargas G, Rubio A, López I. **Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida.** *Med Int Mex* 2005; 21:183–187.
- 3 Thompson R; Kane J, Cook J, Greenstein R, Walker P, Woody G. **Suicidal ideation in veterans receiving treatment for opiate dependence.** *J Psychoactive Drugs* 2006; 38(2):149–157.
- 4 Nock M, Borges G, Broment E, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. **Cross- National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts.** *Br J Psychiatry* 2008; 192:98–105.
- 5 Ocampo R, Bojorquez L, Cortés M. **Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006.** *Salud PublicaMex.* 2009; 51:306-313.
- 6 Wojnar M, Ilgen M, Czyz E, Strobbe S, Klimkiewicz A, Jakubczyk A, et al. **Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence.** *J Affect Disord* 2009; 15 (1-2):131–139.
- 7 Cuevas C, Gómez G, González M, Solís C. **Conductas adictivas, maltrato e intento de suicidio en estudiantes mexicanos de nivel medio superior y superior.** *Santiago* 2005; 108:231–247.
- 8 Wojnar M, Ilgen M, Jakubczyk, Wnorowska A, Klimkiewicz, Brower K. **Impulsive suicide attempts predict post-treatment relapse in alcohol dependent patients.** *Drug Alcohol Depend* 2008; 97(3):268-275.
- 9 Dhossche D, Rich C, Isacson G. **Psychoactive Substances in Suicides**

- Comparison of Toxicologic Findings in Two Samples.** *Am J Forensic Med* 2001; 22(3):239-243.
- 10 Baggea L, Shera J. **Adolescent alcohol involvement and suicide Attempts: toward the developmental of a conceptual framework.** *Clin Psychol Rev.* 2008; 28(8):1283-1296.
- 11 Landberg J. **Alcohol and suicide in eastern Europe.** *So RAD* 2008, 27:361-373.
- 12 Pompili M, Gianluca S, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis D. **Suicidal behavior and alcohol abuse.** *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7(4):1392-1431.
- 13 Vijayakumarac L, Suresh K, Vijayakumar V. **Substance use and suicide.** *Current Opin Psychiatry* 2011.24:000-000.
- 14 Cottler L, Campbell W, Krishna V, Cunningham-Williams R, Abdallah A. **Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users.** *J Nerv Ment Dis.* 2005; 193(7):431-437.
- 15 Rodríguez J, Fernandez A, Hernandez E, Ramirez S. **Conductas Agresivas, Consumo de Drogas e Intentos de Suicidio en Jóvenes Universitarios.** *TEPS* 2006; 24:63-69.
- 16 Cuevas C, Gómez G, Gonzáles M, Solis C. **Conductas adictivas, maltrato e intento de suicidio en estudiantes mexicanos de nivel medio superior y superior.** *Santiago* 2005; 108:231-247.
- 17 Amezcua M, Gonzáles R, Zuluaga D. **Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8, 9, 10 y 11 grado en 8 colegios de Manizales.** *Hacia la promoción de la Salud,* 2008 (13):143-153.
- 18 Martínez C, Valladolid R, Cortés H, Claramontes B, Manzanaro D. **Valderrama J. La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad.** *Trastornos Adictivos* 2001; 3 (1):3-10.
- 19 Ilgen M, Harris A, Moos R, Tiet Q. **Predictors of a suicide attempt one year after entry into substance use disorder treatment.** *Alcohol Clin Exp Res.* 2007; 31(4):635-642.
- 20 Agosti V, Frances R. **One-year follow-up study of suicide at treated for drug dependence.** *Am J Addict.* 2005; 15: 293-296.
- 21 Martínez L. **Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento.** Madrid: Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno-Para el Plan Nacional Sobre Drogas; 2005.
- 22 Mondragón L, Saltijeral M, Bimbela A, Borges G. **Ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol Salud mental.** *Med México.* 1998; 21(5):20-27.
- 23 Toro D, Paniagua R, González C, Montoya B. **Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006.** *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2009; 27(3):302-308.
- 24 Tremeau F, Darreye A, Staner L, Correa H, Weibel H, Khidichian F, et al. **Suicidality in Opioid.** *Am J Addict* 2007; 17: 187-194.
- 25 Rossow I, Lauritzen G. **Shattered childhood: a key issue in suicidal behavior among drug addicts?** *Addiction* 2001; 96:227-240.
- 26 Roy A. **Characteristics of Cocaine-Dependent Patients Who Attempt Suicide.** *Rev Am J Psychiatry* 2001; 158:1215-1219.
- 27 Esposito-Smythers C, Goldston D. **Challenges and oportunities in the treatment of adolescents with substance use disorder and suicidal behavior.** *Subst Abus* 2008; 29(2):5-17.
- 28 Ilgen M, Chermack S, Murray R, Walton M, Barry K, Wojnar M, et al. **The association between partner and non-partner aggression and suicidal ideation in patients seeking substance use disorder treatment.** *Adict Behav* 2009; 34(2):180-186.
- 29 Borges G, Walters E, Kessler R. **Associations of substance use, abuse, and**

- dependence with subsequent suicidal behavior. *Rev Am J Epidemiol* 2000; 151(8):781-789.
- 30 Ruiz J, Gómez I, Landazábal M, Morales S, Sánchez V, Páez D. **Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá.** *Rev Col Psicol* 2002; 11:99-114.
- 31 Lloyd J, Ricketts E, Havens J, Cornelius L, Bishai D, Huettner S, et al. **The relationship between lifetime abuse and suicidal ideation in a sample of injection drug users.** *Rev J Psychoactive Drugs*. 2007; 39(2):159-166.
- 32 Mina R. **Estratificación socioeconómica como instrumento de focalización.** *Revista Economía y desarrollo* 2004, 3(1):53-67.
- 33 Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. **Correlates of Suicide and Violence Risk: The Suicide Risk Measure.** *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30(4):296-302.
- 34 Rubio G, Montenegro I, Jauregui J, Villanueva R, Marin J, Santodomingo J. **Validación de la escala de riesgo suicida Plutchik en población española.** *Arch Neurobiol* 1998; 61(2):143-152.
- 35 Zigmond A and Snaith R. **The hospital anxiety and depression scale.** *Act Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
- 36 Arias L, Herrera J. **El Apgar Familiar en el Cuidado Primario en Salud.** *Colom Med* 1994; 25(1):26-28.
- 37 Rodríguez A, Navarro R, Vecino R, Pérez R. **Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo.** *Drog alcohol* 1986, 11:132-139.
- 38 Campo A, Barros J, Rueda G. **Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis.** *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2009; 38(2): 294-303.
- 39 Herrán O, Ardila M. **Validez interna y reproducibilidad de la prueba de CA-GE en Bucaramanga, Colombia.** *Biomédica* 2005; 25(2):231-241.
- 40 Rojas C, Zegers B, Förster C. **La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores.** *Rev Méd Chile* 2009; 137: 791-800.
- 41 Salvo I, Melipillán R, Castro A. **Reliability, validity and cutoff point for scale screening of suicidality in adolescents.** *Rev Chil Neuro Psiquiatr* 2009; 47 (1):16-23.
- 42 López J, Vásquez V, Arcila D, Sierra A, González J, Salín R. **Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos.** *Rev Invest Clin* 2002; 54 (5):403-409.
- 43 Arias L, Herrera J. **El Apgar Familiar en el Cuidado Primario en Salud.** *Colom Med* 1994; 25(1):26-28.
- 44 Bjornaas M, Bekken A, Ojlert A, Haldorsen T, Jacobsen D, Rostrup M, et al. **A 20-year prospective study of mortality and causes of death among hospitalized opioid addicts in Oslo.** *BMC Psychiatry* 2008; 8:000-000.
- 45 Abram K, Choe J, Washburn J, Teplin L, King D, Dulcan M, et al. **Suicidal Ideation and Behaviors Among Youth in Juvenile Detention.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(3): 291-300.
- 46 Shaffer D, Fisher P, Dulcan M, Davies M. **The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(7):865-877.
- 47 Kim J, Fan B, Liu X, Kerner N, Wu P. **Ecstasy Use and Suicidal Behavior Among Adolescents: Findings from a National Survey.** *Suicide Life Threat Behav.* 2011; 41(4):435-444.
- 48 Lerech M, González A, Castaño J, Hurtado C, Ocampo P, Páez M, et al. **Riesgo**

-
- suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007-2008.** *Arch Med (Manizales)* 2009; 9(2):110-122.
- 49 Beck AT, Weissman A, Lestaer D, Trexler L. **The Measurement of Pessimism. The Hopelessness Scale.** *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-865.
- 50 Beck At, Steer Ra, Kovacs M, Garrison B. **Hopelessness and Eventual Suicide: A ten Year Prospective Study of Patients Hospitalized with Suicide Ideation.** *Am J Psychiatry* 1985; 142:559-563.
- 51 Miller T, Teti L, Lawrence B, Weiss H. **Alcohol Involvement in Hospital-Admitted Nonfatal Suicide Acts.** *Life Threat Behav.* 2010; 40(5):492-499.
- 52 Slesnick N, Kang M, Aukward E. **Treatment Attendance Among Homeless Youth: The Impact of Childhood Abuse and Prior Suicide Attempts.** *Subst Abus.* 2008; 29(2):43-52.
-