

ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA CON ABUSO O DEPENDENCIA AL ALCOHOL E INDICADORES SUICIDAS, EN TRES CIUDADES DE LA SELVA PERUANA, 2004

ASSOCIATION BETWEEN THE CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF ADULTS WITH ABUSE OR ALCOHOL DEPENDENCE AND SUICIDAL INDICATORS IN THREE CITIES OF THE PERUVIAN JUNGLE, 2004

Martha Mitrani¹;
Javier E. Saavedra²;
Fredy Vásquez³

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la asociación entre los indicadores suicidas y las características clínicas y sociodemográficas de los adultos con Abuso/Dependencia al Alcohol (ADA).

MÉTODOS: Se utilizó la base de datos del adulto del Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en tres ciudades de la Selva Peruana, 2004 por el Instituto Nacional de Salud Mental. Este fue un estudio descriptivo, transversal y la muestra fue probabilística y trietápica. Se utilizaron datos demográficos, y socioeconómicos, el Cuestionario de Salud Mental de Colombia (modificado), el MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional CIE-10, y el Índice de Calidad de Vida. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos bivariados y análisis de regresión logística en 317 individuos identificados con ADA.

RESULTADOS: El 31% de los adultos presentó pensamiento suicida en algún momento de su vida. La regresión logística mostró que los indicadores suicidas tenían mayor posibilidad de presentarse en aquellos con comorbilidad depresiva (OR 5,0; IC95% 2.5-12.7), con tendencias psicopáticas (OR 4; IC95% 1,6-11.1), del sexo femenino (OR 4.9; IC95% 1.2-18.6) y que estaban separados (OR 11; IC95% 2.4-53).

CONCLUSIÓN: Los adultos con problemas de alcohol se encuentran en riesgo de presentar indicadores suicidas, especialmente aquellos con episodio depresivo y tendencias psicopáticas. Estos adultos deberían ser incluidos en un Programa de Prevención del Suicidio para ser evaluados periódicamente en busca de indicadores suicidas, y poder ser atendidos prontamente y así evitar que lleguen a la consumación del suicidio.

PALABRAS CLAVE: Ideación suicida, alcoholismo, selva peruana.

SUMMARY

OBJECTIVE: Identify the association between suicidal indicators and clinical and socio-demographic characteristics of adults with Abuse/Dependence of Alcohol (ADA).

METHODS: We used the database of the Epidemiological Study of Mental Health in three cities of the Peruvian jungle by the National Institute of Mental Health, 2004. This was a descriptive transversal study with a probabilistic three-stage sample. We used demographic and socio-economic data, the Mental Health Questionnaire elaborated in Colombia (modified); the M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview according to the ICD-10 and the Quality of Life Index. Statistical analyses were performed using descriptive bivariate and logistic regression analysis in 317 individuals identified with ADA.

RESULTS: 31% of the subjects presented suicidal thought at some point in their lives. The logistic regression showed that suicidal indicators had more rate of occurrence in those with depressive comorbidity (OR 5; CI 95%: 2.5-12.7), with psychopathic tendencies (OR 4; CI 95% 1.6-11.1), females (OR 4.9; CI 95% 1.2-18.6), and in those who were separated (OR 11; CI 95% 2.4-53).

CONCLUSION: Adults with alcohol problems are at risk of having suicidal indicators, especially those with depression and psychopathic tendencies. These adults should be included in a Suicide Prevention Program to be evaluated periodically in search of suicidal indicators for having attention promptly in order to avoid the consummation of suicide.

KEY WORDS: Suicide thought, alcoholism, Peruvian jungle.

¹ Psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

² Doctor en Medicina. Psiquiatra. Profesor principal, Sección Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

³ Psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

Distintas investigaciones vienen demostrando mayor riesgo suicida entre los individuos que abusan del alcohol comparados con la población general; así tenemos, que los

pacientes alcohólicos poseen cerca del 25% de la tasa de suicidios y la probabilidad de suicidarse es de 60 a 120 veces mayor entre éstos que entre la población sin morbilidad psiquiátrica¹.

Asociación entre las Características Clínicas y Sociodemográficas de la población adulta con Abuso o Dependencia al Alcohol e Indicadores Suicidas, en tres ciudades de la Selva Peruana, 2004

El riesgo de vida de suicidio en los sujetos alcohólicos se ha calculado en un 7%, siendo incluso más alto que el riesgo para trastornos afectivos que es del 6%². El abuso del alcohol tiene un riesgo significativamente alto para todos los tipos de conducta suicida³, elevando el riesgo para intento suicida en 8,8 veces, para suicidio consumado en 2,4 veces⁴ y en estudios de seguimiento a 12 meses se encontraron tasas de 14% para ideas suicidas y 5,4% para intento suicida⁵.

Vásquez en el 2006, en un estudio en pacientes con intento suicida, atendidos por el Programa de Prevención de Suicidio del INSM en Lima, determinó que al 25% del total de atendidos les correspondía el diagnóstico de dependencia al alcohol⁶.

Además del ADA, los trastornos psiquiátricos son fuertes predictores de suicidio⁷, y entre los que presentan una mayor asociación se encuentran los trastornos afectivos y el trastorno de estrés postraumático⁸. En este sentido, un estudio canadiense comparó 104 varones alcohólicos con suicidio consumado durante un episodio depresivo mayor con un grupo de 74 varones vivos no alcohólicos con trastorno depresivo mayor y determinó que el abuso/dependencia al alcohol tuvo un riesgo ajustado con depresión de 4,08⁹.

Entre las características sociodemográficas asociadas a los sujetos alcohólicos con intentos suicidas se incluyen a los individuos jóvenes, separados o divorciados^{10,11} o con dificultades interpersonales^{12,13}, desempleados y con problemas financieros¹⁴. En un estudio alemán comparativo, se evaluaron a 3190 sujetos dependientes al alcohol y concluyeron que en su mayoría los que intentaban suicidarse eran mujeres, más jóvenes, con menor nivel educativo, separadas, divorciadas o nunca casadas¹⁵. Vemos cómo estas asociaciones muestran diferencias según el género. En los varones es más probable que el suicidio se asocie a la dependencia alcohólica¹⁶ y en las mujeres, al episodio depresivo mayor^{12,15,17}. Sin embargo, otros investigadores han demostrado que la proporción de varones en los alcohólicos depresivos es mayor que en los depresivos no

alcohólicos, y que la tasa de suicidio también es más alta³.

La mayoría de los estudios se han enfocado en el análisis del suicidio consumado. Nuestro estudio busca describir la conducta suicida desde su primer eslabón, el deseo de morir, pasando por el pensamiento y la planeación suicida, agrupando a los sujetos con ADA con y sin indicadores suicidas.

La importancia de nuestro estudio radica en que podríamos centrar la atención en este grupo de riesgo, para iniciar acciones más organizadas de prevención, tratamiento y políticas de salud; así como, facilitar el acceso de una mayor cantidad de personas afectadas a los servicios especializados. No conocemos estudios poblacionales, que se hayan realizado en la zona selvática del Perú que analicen la conducta suicida y las adicciones, por lo que la presente investigación busca determinar la asociación entre los indicadores suicidas y las características clínicas y sociodemográficas de los adultos con Abuso/Dependencia al Alcohol (ADA), en las ciudades de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto.

Material y métodos

El presente estudio utilizó la base de datos obtenida en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental (EESM) en la Selva Peruana en el 2004¹⁸, que fue de tipo descriptivo epidemiológico y transversal. La muestra original fue probabilística y trietápica e incluyó a 3909 personas mayores de 18 años, residentes permanentes o habituales en las viviendas particulares del área urbana de las ciudades de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto. El marco muestral estuvo basado en la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) elaborado sobre la base del pre-censo de 1999.

Para el presente estudio se incluyeron a 317 adultos que cumplían los criterios diagnósticos del CIE-10 para ADA, según el MINI^{19,20}. Según las edades fueron agrupados de 18 a 24 años, de 25 a 44, de 45 a 64 y de 65 a más años.

VARIABLES:

GRUPO	VARIABLE
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad, Estado civil, Nivel de instrucción, Sexo, Nivel de pobreza.
VARIABLES GENERALES DE SALUD MENTAL	Cohesión familiar, Permisividad frente a la psicopatía, Tendencias psicopáticas, Tendencias violentas.
VARIABLES DE TRASTORNOS CLÍNICOS	Trastornos adictivos, Trastornos afectivos, Trastornos de ansiedad.
INDICADORES SUICIDAS	Deseos de morir, pensamiento suicida, planeamiento suicida, intento o conducta suicida.

Los indicadores suicidas se exploraron con el cuestionario aplicado en el EESM en la Selva Peruana a través de las siguientes preguntas: *¿Alguna vez en su vida ha deseado morir?, Cuándo fue la última vez?, ¿Alguna vez en su vida ha pensado quitarse la vida? ¿Cuándo fue la última vez?, ¿Alguna vez en su vida ha planeado quitarse la vida? ¿Cuándo fue la última vez?, ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?, ¿Cuántas veces lo ha intentado?, ¿Cuándo fue la última vez que intentó quitarse la vida?*

Procedimiento: Se consideró como variable dependiente a los indicadores suicidas y como variables independientes a las sociodemográficas, clínicas y generales de salud mental. Se hicieron análisis bivariados para identificar las asociaciones entre la variable indicadores suicidas y las variables sociodemográficas, clínicas y de salud mental. Para variables nominales (nivel educativo, ocupación, estado civil), se realizaron pruebas χ^2 convertidas al estadístico F para considerar el diseño de la encuesta, considerando niveles de significación menores de 5%. Para variables continuas (edad, nivel de ingresos) se realizó la prueba t para muestras complejas para establecer la existencia de diferencias significativas.

Para evaluar el valor combinado como predictores de la presencia de indicadores suicidas de las variables más importantes se realizó el análisis de regresión logística para el pensamiento suicida. Para el caso del intento suicida omitimos el análisis de regresión logística por lo reducido de la muestra. Se realizaron los análisis estadísticos mediante el módulo de muestras complejas del programa estadístico de SPSS versión 13.

Resultados

La muestra se dividió en dos: 1) aquellos que habían presentado pensamientos suicidas y 2) aquellos que alguna vez habían intentado suicidarse. De los 317 adultos con el diagnóstico de ADA casi el 31% presentó pensamiento suicida (n=98).

En la tabla 1 tenemos las características demográficas que distinguieron a los adultos con ADA e ideación suicida: varones (86,3%), entre los 18 y 24 años (25,4%), separados de su pareja (14,6%) y sin nivel educativo o con educación primaria (22,7%). Observamos una mayor proporción de mujeres con ideación suicida que sin ella (13,7% vs 4,5%). Un dato interesante es que no se observaron diferencias según el ingreso mensual promedio ni según los NBI.

Los adultos con ADA e ideación suicida presentaron una proporción significativamente mayor de comorbilidad psiquiátrica, como TEPT (19,8% vs 5,1%), episodio depresivo (41,1% vs 8,1%) y fobia social (4,1% vs 0,2%) (Tabla 2). En la tabla 2 hacemos el análisis de algunos aspectos generales de la salud mental. Observamos una significativa proporción de tendencias psicopáticas entre los que presentaban ideación suicida (22,4% vs 10,5%). No obtuvimos diferencias significativas para las variables cohesión familiar, permisividad frente a la psicopatía ni para tendencias violentas.

En la regresión logística, al incluir las variables que salieron significativas en el análisis bivariado, obtuvimos que en los adultos con ADA, ser mujer le confería casi 5 veces mayores posibilidades de asociarse con ideación suicida que ser varón. Otras variables asociadas

Asociación entre las Características Clínicas y Sociodemográficas de la población adulta con Abuso o Dependencia al Alcohol e Indicadores Suicidas, en tres ciudades de la Selva Peruana, 2004

significativamente fueron el episodio depresivo (OR 5,7; IC 95%: 2,5-12,7), el ser separado (OR 11,4; IC 95%: 2,4-53,3) y mostrar tendencias psicopáticas (OR=4,2; IC 95%=1,6-11,1) (Tabla 3).

En la segunda parte del análisis, se presentan las características demográficas de los adultos con ADA que intentaron suicidarse en algún momento de su vida (Tabla 4). En este grupo no se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos etarios, pero casi el 20% de la muestra que intentó suicidarse (n=15) estuvo constituido por fueron mujeres, frente al 4,5% de mujeres que no lo hizo; igualmente, los individuos separados que intentaron suicidarse correspondieron al 14,6%, frente al 2,7% del grupo que nunca lo había intentado.

Del mismo modo, los trastornos psiquiátricos comórbidos como el TEPT y el episodio depresivo mostraron mayor proporción entre los que intentaron suicidarse (47,6% vs 5,1% y 85,1% vs 8,1%, respectivamente) (Tabla 5).

Discusión

En nuestro estudio casi un tercio de los adultos alcohólicos presentó ideación suicida en algún momento de su vida. La regresión logística mostró que los indicadores suicidas tenían mayor posibilidad de presentarse en aquellos con comorbilidad depresiva, con tendencias psicopáticas, del sexo femenino y que estaban separadas.

En el presente trabajo, la prevalencia de indicadores suicidas en los adultos alcohólicos se muestra ligeramente menor que la encontrada en la población general de la selva (32,5%)¹⁸, sierra peruana (34,2%)²¹ y de las ciudades de fronteras (33,7%)²², pero fue similar al de la costa peruana (30,1%)²³. Sin embargo, el intento suicida aparece en casi el 5% de los adultos alcohólicos frente al 3,6% de la población general¹⁸. En un estudio prospectivo realizado en Estados Unidos, al 5º año de seguimiento, el 4,5% de los individuos con ADA tuvo un intento suicida¹⁰, cercano a lo registrado en este estudio.

En otro estudio, Hall y col. encontraron que 69 de 100 pacientes alcohólicos tuvieron sólo un

pensamiento fugaz o no lo tuvieron antes del intento suicida, y ninguno de ellos reportó un plan específico antes del intento impulsivo²⁴. El que no se incrementa la ideación suicida pero sí los intentos, nos podría indicar que el alcohol estaría aumentando la conducta suicida sin incrementar el deseo de morir per se; es decir, que estaría actuando como un factor precipitante. Estos datos se correlacionan con lo hallado por *Cornelius et al.*, en una población de alcohólicos hospitalizados, donde la cantidad de alcohol ingerida fue alta en quienes habían tenido un intento suicida reciente, pero no estuvo asociado con mayor ideación suicida²⁵.

Sher y col, no encontraron diferencias entre la proporción de adultos depresivos sin historia de alcoholismo que pensaron suicidarse (73%) y aquellos depresivos con historia de alcoholismo (77%)²⁶. En Eslovenia, un estudio en suicidas, determinó que el 55% de los suicidios se hizo bajo intoxicación alcohólica²⁷. Así también Pirkola et al., evaluaron el rol del abuso del alcohol en el proceso suicida y en el acto final, encontrando que el 35% de las víctimas abusaba del alcohol, y entre los no abusadores, el 13% se encontraba intoxicado al momento de morir²⁸.

En cuanto a las características demográficas, en nuestro estudio encontramos que tanto los que piensan o planifican suicidarse son en su mayoría varones, entre los 18 y 24 años, separados, con educación primaria. Sin embargo, Sher encontró que en los individuos que intentan o cometen suicidio están los varones con un pobre soporte social y mayores de 50 años¹³.

En el presente estudio, en las mujeres con ADA se registró, frente a los varones, un riesgo 3 veces mayor de tener ideación suicida y 5 veces mayor de intentar suicidarse. A pesar de que el abuso de alcohol es un trastorno que ocurre 3 a 4 veces más en varones que en mujeres²⁹, Ramstedt encontró que las mujeres que abusaban del alcohol cometían suicidio más a menudo que las mujeres en general y que los varones abusadores del alcohol³⁰; esta diferencia podría deberse a que las mujeres con ADA tienen una menor aceptación social y son más estigmatizadas que los varones alcohólicos; además, albergan mayores sentimientos de culpa al ser cuestionadas en sus roles de pareja y madre.

El diagnóstico comórbido más relacionado con alcoholismo e ideación suicida fue el Episodio depresivo mayor seguido por el TEPT. Los efectos depresógenos del alcohol son bien conocidos⁸. Cuando ambos trastornos se presentan juntos, el riesgo a tener un intento suicida es mayor^{3,26,30,31}, y más aún, en las mujeres¹⁶. En un estudio sueco, Spak y col. determinaron que la mitad de las mujeres con ADA también había presentado depresión mayor¹⁷.

Por otro lado, en un estudio en veteranos de guerra de Irak con diagnóstico de TEPT, se encontró que la ideación suicida fue 2 veces más probable en los que abusaban del alcohol que en los que presentaban solo TEPT³².

No existe mucha información sobre la relación entre ADA, conducta suicida y tendencias psicopáticas. Las tendencias psicopáticas, como la mentira frecuente, la violencia y el robo, se encuentran en un 6,6% de la población general¹⁸. En nuestro estudio las encontramos en un 55,5% de los sujetos con ideación suicida, lo que le confiere un riesgo 3 veces mayor respecto a los que no presentan ideación suicida. Al respecto, en un estudio post mortem en adultos, no lograron demostrar que el trastorno de personalidad antisocial fuera más prevalente entre los suicidas dependientes al alcohol, y sugieren que tal vez podría ser más prevalente sólo entre los intentadores³³.

En conclusión, uno de los mayores riesgos para el pensamiento suicida en esta población fue el presentar una comorbilidad psiquiátrica, como depresión mayor o TEPT, tener tendencias psicopáticas, seguido de ser mujer y estar separado de su pareja. Estos adultos deberían ser evaluados periódicamente para la detección precoz del pensamiento suicida, de los síntomas depresivos o de problemas interpersonales recientes y con el fin de prestarles su respectiva atención.

Entre las limitaciones de nuestro trabajo tenemos el tamaño de la muestra, ya que, el escaso número de adultos en estudio limitó el alcance de nuestras conclusiones; al utilizar una muestra secundaria supeditamos nuestra investigación a la metodología usada en el estudio original. Otra limitación derivó del

diseño del cuestionario, ya que a las personas que mencionaban no haber tenido deseos de morir no se les preguntaba por intentos suicidas previos; por otro lado, en vista de las características de los individuos encuestados, existe la posibilidad que falsearan u omitieran información sobre el consumo de alcohol e indicadores suicidas, lo cual podría significar una pérdida de información importante.

Referencias

- 1 Murphy G, Wetzel R. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 383-392.
- 2 Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 35-37.
- 3 Cornelius JR, Salloum IS, Mezzich J. Disproportionate Suicidality in Patients. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 358-364.
- 4 Rossow I, Romelsjö A, Leifman H. Alcohol abuse and suicidal behavior in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction* 1990; 94(4):1199-1207.
- 5 Driessen M, Veltrup C, Weber J, Ulrich J, Wetterling T, Dilling H. Psychiatric co-morbidity, suicidal behavior and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction* 1998; 93(6): 889-894. /DOI: 10.1046/j.1360-0443.1998.93688910.x.
- 6 Vasquez F, Mitrani M, Nicolás Y, Falconi S, Vite V. P.8.a019 Designing a profile of suicide attempter in the National Institut of Mental Health, Lima. Peru, 2006. *European Neuropsychopharmacology*, oct 2007; 17(Suppl 4):590-591.
- 7 Cheng TA, Chen HH, Chen Chen Ch, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 360-365.
- 8 Nock M, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A et al. Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 2009; 6(8): e1000123.
- 9 Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawsky N et al. Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2116-24.
- 10 Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN et al. Predictors and Correlates of Suicide Attempts Over 5 years in 1,237 Alcohol-Dependent Men and Women. *Am J Psychiatry* 2003; 106: 56-63. Doi:10.1176/appi.ajp.160.1.56.

Asociación entre las Características Clínicas y Sociodemográficas de la población adulta con Abuso o Dependencia al Alcohol e Indicadores Suicidas, en tres ciudades de la Selva Peruana, 2004

- 11 Heikkinen M, Isometsa E, Marttunen M, et al. Social factors in suicide. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 747-753.
- 12 Conner K, Duberstein P. Predisposing and Precipitating Factors for Suicide Among Alcoholics: Empirical Review and Conceptual Integration. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28 (5): 6S-17S.
- 13 Sher, L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:13-22.
- 14 Heikkinen M, Aro HM, Henriksson M, Isometsa ET, Sama SJ, Kuoppasalm KI et al. Differences in Recent Life Events between Alcoholic and Depressive Nonalcoholic Suicides. *Alcohol: Clin Exp Res* 1994; 18(5): 1143-1149. Doi: 10.1111/j.1530-0277.1994.tb00095.x.
- 15 Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Buckman K, Bierut L et al. Comparison of 3190 Alcohol-Dependent Individuals With and Without Suicide Attempts. *Alcohol: Clin Exp Res* 2002; 26(4): 471-477. Doi: 10.1111/j.1530-0277.2002.tb02563.x.
- 16 Arsenaull-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 37-47.
- 17 Spak L, Spak F, Allembeck P. Alcoholism and depression in a Swedish female population: comorbidity and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 44-51.
- 18 Instituto Especializado en Salud Mental "Honorio Delgado-HideyoNoguchi". EstudioEpidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Lima. *Anales de Salud Mental* 2005; Vol XXI (1 y 2).
- 19 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amporin P, Janavys J, Weiller E et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 20): 22-33.
- 20 Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0. 2001.
- 21 Instituto Especializado en Salud Mental "Honorio Delgado-HideyoNoguchi". EstudioEpidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Lima. *Anales de Salud Mental* 2003; Vol XIX (1 y 2).
- 22 Instituto Nacional en Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. Lima. *Anales de Salud Mental* 2006; Vol XXII (1 y 2).
- 23 Instituto Nacional en Salud Mental "Honorio Delgado-HideyoNoguchi". EstudioEpidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Lima. *Anales de Salud Mental* 2007; Vol XXIII (1 y 2).
- 24 Hall RC, Platt DE, Suicide Risk Assessment: A Review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. *Psychosomatics* 1999; 40: 18-27.
- 25 Cornelius JR, Salloum IM, Day NL, Thase ME, Mann JJ. Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression. *Alcoholism* 1996; 20: 1451-1455. DOI: 10.1111/j.1530-0277.1996.tb01148.x
- 26 Sher L, Oquendo M, Hanga CG, Grunebaum M E, Burke AK, Zalsman J et al. The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addict Behav* 2005; 30:1144-1153. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00643.x.
- 27 Bilban M, Skibin L. Presence of alcohol in suicide victims. *Forensic Science International* 2005; 147S: S9-S12.
- 28 Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME. Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol and Alcoholism* 2000; 35: 70-75.
- 29 Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behavior. *Alcohol and Alcoholism* 2006;41(5): 473-478. Doi: 10.1093/alcalc/agl060.
- 30 Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 european countries. *Addiction* 2001;96 (1): 59-75. Doi: 10.1046/j.1360-0443.96.1s1.6.x.
- 31 Roy A, Lamparski D, DeJong J, Moore V, Linnoila M. Characteristics of alcoholics who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 1990; 147:761-765.
- 32 Jacupcak M, Cook J. Posttraumatic Stress Disorder as a Risk Factor for suicidal Ideation in Iraq and Afghanistan war veterans. *J Traumatic Stress* 2009; 22: 303-306.
- 33 Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y. Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: analysis of Canterbury Suicide Project Data. *J Stud Alcohol* 2003; 64(4):551-554.

TABLAS

Tabla 1.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS CON ADA, SEGÚN LA PRESENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA (N=317)

CARACTERÍSTICA	IDEACIÓN SUICIDA				ANÁLISIS	
	Sí (N=98)		No (N=219)		F	P
	N	%	N	%		
Edad						
18-24	24	25.4	39	15.2		
25-44	58	56.4	140	63.2		
45-64	12	14.1	39	21.3		
65 a más	4	4.1	1	0.2	3.152	0.032
Sexo						
Masculino	82	86.3	209	95.5		
Femenino	16	13.7	10	4.5	6.402	0.012
Estatus Marital						
Conviviente	32	38.3	93	45.2		
Casado	13	11.8	53	22.4		
Separado	19	14.6	8	2.7		
Viudo	4	4.5	2	1.1		
Soltero	30	30.7	63	28.6	3.838	0.005
Nivel educativo						
Sin nivel/Primaria	13	22.7	19	8.8		
Secundaria	47	43.2	41	50.8		
Sup. no Universitario	20	18.5	113	18.4		
Sup. Universitario	18	15.6	46	22.0	2.551	0.058
Ingreso Promedio Mensual*						
<s/.300	23	23.2	39	23.7		
s/.301- s/.600	32	39.8	71	69.0		
s/.601- s/.1200	27	32.2	57	27.6		
> s/.1200	6	4.9	30	11.5	0.706	0.541
NBIs*						
No pobre	43	33.6	83	30.8		
Pobre	30	26.2	76	33.5		
Pobre extremo	25	40.2	60	67.1	0.487	0.605

* Respuestas a preguntas sobre ingreso mensual, así como a preguntas sobre el número de necesidades básicas insatisfechas (viviendas con características físicas inadecuadas, hogares en hacinamiento, vivienda sin servicio higiénico, hogares con al menos un niño que no asistió a la escuela, hogares con el jefe de hogar con primaria incompleta y con tres personas o más por perceptor de ingreso) y nivel de gasto por consumo.

Tabla 2.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS COMÓRBIDOS Y ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS CON ADA, SEGÚN LA PRESENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA (N=317)

CARACTERÍSTICA	IDEACIÓN SUICIDA				ANÁLISIS	
	Sí (N=98)		No (N=219)		F	P
	N	%	N	%		
	Trastorno Psiquiátrico					
TAG	12	8.8	14	3.5	3.294	0.071
Fobia Social	5	4.1	2	0.2	23.248	0.000
TEPT	16	19.8	11	5.1	9.089	0.003
Episodio Depresivo	39	41.1	22	8.1	35.544	0.000
	Aspectos Generales de la Salud Mental					
Cohesión familiar						
Nada/poco	10	4.3	8	2.3		
Regular	31	31.9	52	21.4		
Bastante/Mucho	57	63.8	156	76.3	2.321	0.104
Permisividad frente a la psicopatía						
Sí	12	15.2	36	13.1		
No	86	84.8	183	86.9	0.133	0.716
Tendencias Violentas						
Sí	57	58.1	102	46.57		
No	41	41.8	117	53.43	0.881	0.349
Tendencias Psicopáticas						
Sí	22	22.4	23	10.5		
No	76	77.6	196	89.5	8.444	0.004

Asociación entre las Características Clínicas y Sociodemográficas de la población adulta con Abuso o Dependencia al Alcohol e Indicadores Suicidas, en tres ciudades de la Selva Peruana, 2004

Tabla 3.
ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LAS VARIABLES ASOCIADAS CON IDEACIÓN SUICIDA

ÍTEM		ASOCIACIÓN CON IDEACIÓN SUICIDA		ANÁLISIS	
		OR	IC 95%	F	P
Sexo	Femenino vs Masculino	4.9	1.2-18.6	1.599	0.020
Nivel educativo	Primaria	4.9	1.1-21.3	1.604	0.175
	Secundaria	1.4	0.4-4.2		
	Superior no universitario	1.5	0.4-5.5		
	Superior universitario	1			
Estado marital	Viudo	4.7	0.5-39.1	2.440	0.030
	Separado	11.4	2.4-53.3		
	Soltero	2.3	0.8-6.9		
	Conviviente	1.2	0.3-3.7		
	Casado	1			
TEPT	Sí vs No	2.4	0.8-7.0	0.909	0.088
Episodio Depresivo	Sí vs No	5.7	2.5-12.7	1.744	0.000
Tendencias Psicopáticas	Sí vs No	4.2	1.6-11.1	1.440	0.004

Modelo: Intercepto (Coeficiente: -2.757, Sig.: 0.000), Sexo, Nivel educativo, Estado Civil, TEPT, Depresión mayor y Tendencias psicopáticas. Controlando: Nivel Educativo, TEPT.

Tabla 4.
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS CON ADA, SEGÚN INTENTO SUICIDA (N=234)

CARACTERÍSTICA	INTENTO SUICIDA				ANÁLISIS	
	Sí (N=15)		No (N=219)		F	P
	N	%	N	%		
Edad						
18 a 24	4	17	39	15.2	0.027	0.980
25 a 44	8	63.9	140	91.5		
45 a 64	3	19.1	39	21.3		
> 65	--	--	1	0.2		
Sexo						
Masculino	10	80.8	209	95.5	5.174	0.024
Femenino	5	19.2	10	4.5		
Estatus Marital						
Conviviente	7	61.6	93	45.2	2.724	0.040
Separado	4	20.0	8	2.7		
Viudo	--	--	2	1.1		
Casado	--	--	53	22.4		
Soltero	4	18.4	63	28.6		
Nivel Educativo						
Sin nivel/Primaria	4	50.9	19	8.8	5.350	0.001
Secundaria	7	31.0	113	50.8		
Superior no Universitario	3	13.1	41	18.4		
Superior Universitario/Posgrado	1	5.0	46	22.0		
Ingreso Mensual Promedio*						
<300	5	27.6	39	23.7	0.590	0.602
301-600	4	27.6	81	37.2		
601-1200	4	44.8	57	27.6		
>1200	--	--	30	11.5		
NBIs*						
Pobre extremo	5	64.9	60	30.8	3.305	0.045
Pobre	4	18.7	76	33.5		
No pobre	6	16.4	83	35.6		

* Respuestas a preguntas sobre ingreso mensual, así como a preguntas sobre el número de necesidades básicas insatisfechas (viviendas con características físicas inadecuadas, hogares en hacinamiento, vivienda sin servicio higiénico, hogares con al menos un niño que no asistió a la escuela, hogares con el jefe de hogar con primaria incompleta y con tres personas o más por perceptor de ingreso) y nivel de gasto por consumo.

Tabla 5.
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS COMÓRBIDOS Y ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS CON ADA,
SEGÚN LA PRESENCIA DE INTENTO SUICIDA (N=234)

CARACTERÍSTICA	INTENTO SUICIDA				ANÁLISIS	
	Sí (N=15)		No (N=219)		F	P
	N	%	N	%		
Trastornos Psiquiátricos						
TAG	1	3.2	14	3.5	0.005	0.941
T. de Pánico	2	5.8	2	0.6	6.741	0.010
TEPT	7	47.6	11	5.1	16.649	0.000
Episodio Depresivo	11	85.1	22	8.1	68.451	0.000
Aspectos Generales de la Salud Mental						
Cohesión Familiar						
Nada/Poco	2	8.4	8	2.3	0.850	0.416
Regular	5	28.2	52	21.4		
Bastante/Mucho	8	63.4	156	76.3		
Permisividad frente a la psicopatía*						
Sí	1	13.1	36	13.1	0.000	0.997
No	14	86.9	183	86.1		
Tendencias Violentas**						
Sí	10	54.7	102	47.0	0.140	0.709
No	5	45.3	117	53.0		
Tendencias Psicopáticas***						
Sí	2	14.1	23	8.0	0.359	0.550
No	13	85.9	196	92.0		

* Son consideradas con esta característica las personas que, si ven a una persona robando en una tienda o un mercado, no les importa y no hacen nada, o que creen que, ante determinadas circunstancias difíciles, es permitido robar.

** Son personas que alguna vez han agredido a un niño y le han dejado moretones, o han estado en más de una pelea que haya acabado en golpes, o alguna vez en una pelea han usado armas como piedras, palos, cuchillos (navajas) o pistolas.

*** Son las personas que han adquirido objetos de dudosa procedencia o robados, o han participado en un robo alguna vez, o mienten mucho desde que son adultos u ocasionalmente han ganado dinero, vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas.

Asociación entre las Características Clínicas y Sociodemográficas de la población adulta con Abuso o Dependencia al Alcohol e Indicadores Suicidas, en tres ciudades de la Selva Peruana, 2004

ANEXO N° 1

VARIABLES:

Variables sociodemográficas:

- Necesidades básicas.- Involucran las necesidades primarias como la alimentación, salud, vestido, vivienda y educación. Es medida en escala nominal.
- Nivel de pobreza.- Respuestas a preguntas sobre ingreso mensual, así como a preguntas sobre el número de necesidades básicas insatisfechas (viviendas con características físicas inadecuadas, hogares en hacinamiento, vivienda sin servicio higiénico, hogares con al menos un niño que no asistió a la escuela, hogares con el jefe de hogar con primaria incompleta y con tres personas o más por perceptor de ingreso) y nivel de gasto por consumo. Es medida con una escala ordinal.

Variables generales de salud mental:

- Cohesión familiar.- conductas tales como respeto y apoyo mutuo, orgullo familiar, compartir actividades, principios y valores. Escala ordinal.
- Permisividad frente a la psicopatía.- Son las personas que, si ven a una persona robando en una tienda o un mercado, no les importa y no hacen nada, o que creen que, ante determinadas circunstancias difíciles, es permitido robar. Escala nominal.
- Tendencias psicopáticas.- Son las personas que o bien ocasionalmente han adquirido objetos de dudosa procedencia o robados, o han participado en un robo alguna vez, o mienten mucho desde que son adultos u ocasionalmente han ganado dinero, vendiendo cosas robadas. Escala nominal.
- Tendencias violentas.- Son personas que desde que son adultos alguna vez han agredido a un niño y le han dejado moretones, o han estado en más de una pelea que haya acabado en golpes, o han usado armas como piedras, palos, cuchillos (navajas) o pistolas. Escala nominal.

Variables de trastornos clínicos:

- Trastornos adictivos.- Problemas de consumo (perjudicial o dependiente) de alcohol, tabaco o sustancias ilícitas. Son medidos con el MINI que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.
- Trastornos afectivos.- Se refieren al episodio depresivo, y la distimia y episodio maniaco. Son medidos con el MINI que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.
- Trastornos de ansiedad.- Corresponde a todos los trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés post-traumático. Son medidos con el MINI que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Muchas gracias.