



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Deseo e intento suicidas y su relación con los trastornos  
de ansiedad en adultos de la ciudad de Lima  
Metropolitana y Callao - 2002**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

**AUTOR**

**Marcela Chahua Huarachi**

LIMA – PERÚ  
2010

## ÍNDICE

RESUMEN.....	III
ASESOR.....	IV
AGRADECIMIENTOS .....	V
ÍNDICE DE TABLAS .....	VI
I.    CAPITULO 1: DATOS GENERALES .....	1
II.   CAPITULO 2: INTRODUCCIÓN .....	2
III.  CAPITULO 3: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO .....	3
III.1  Planteamiento del problema .....	3
III.2  Justificación del estudio .....	6
III.3  Marco teórico.....	7
III.3.1  Generalidades en relación al suicidio.....	8
III.3.2  Epidemiología del suicidio .....	9
III.3.3  El proceso suicida .....	10
III.3.4  Factores asociados al suicidio.....	11
III.3.5  Estudios locales relacionados .....	18
III.3.6  Aspectos contextuales relacionados al suicidio.....	19
III.3.7  Prevención y promoción del suicidio.....	20
III.4  Objetivos .....	21
IV.   CAPITULO 4: METODOLOGÍA.....	22
IV.1  Tipo y diseño de estudio.....	22
IV.2  Población.....	23
IV.2.1  Criterios de inclusión .....	23
IV.2.2  Criterios de exclusión.....	23
IV.3  Diseño de la muestra .....	23

IV.3.1	Marco muestral .....	23
IV.3.2	Tamaño de la muestra .....	23
IV.3.3	Método de selección.....	24
IV.4	Definiciones operacionales.....	24
IV.4.1	Ideación suicida .....	24
IV.4.2	Intento suicida.....	24
IV.4.3	Trastornos de ansiedad .....	24
IV.4.4	Trastornos afectivos .....	25
IV.4.5	Variables sociodemográficas .....	25
IV.4.6	Variables económicas.....	26
IV.5	Procedimiento y técnica .....	26
IV.6	Instrumento.....	26
IV.7	Consideraciones éticas .....	27
IV.8	Procesamiento y análisis .....	27
V.	CAPITULO 5: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS .....	28
VI.	CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN.....	31
VII.	CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES .....	36
VIII.	CAPITULO 8: RECOMENDACIONES .....	36
IX.	CAPÍTULO 9: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

## RESUMEN

El riesgo de suicidio en nuestra población ha sido pobremente valorado en personas con trastornos de ansiedad, nuestro estudio se propone determinar si los trastornos de ansiedad están asociados a la presencia de deseo suicida e intento suicida en adultos de Lima Metropolitana y Callao en el año 2002.

El estudio es transversal analítico, basado en los datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental realizado el 2002 en Lima por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Las variables que incluimos fueron prevalencia de vida de deseo suicida, intento suicida, trastornos de ansiedad, episodio depresivo, distimia así como variables socio-demográficas y económicas.

Realizamos análisis estadísticos bivariados y multivariados, ajustando modelos de regresión logística para obtener OR's que evalúen la asociación entre las variables controlando en un primer modelo variables sociodemográficas y económicas (OR<sup>1</sup>); y un segundo modelo controlando por trastornos afectivos (OR<sup>2</sup>), empleamos el módulo de muestras complejas del paquete estadístico SPSS versión 15.

Encontramos asociación significativa de ideación suicida con trastorno de pánico (OR<sup>1</sup>: 4.3; OR<sup>2</sup>:3.3), y fobia social (OR<sup>1</sup>: 2.2; OR<sup>2</sup>:1.9) en el primer y segundo modelo de ajuste de variables respectivamente. Similarmente, el intento suicida estuvo asociado con trastorno de pánico (OR<sup>1</sup>: 6.7; OR<sup>2</sup>:4.4) y TEPT (OR<sup>1</sup>:3.3; OR<sup>2</sup>:2.3). Cuando agrupamos los trastornos de ansiedad y afectivos en cuatro categorías encontramos asociación significativa entre ideación suicida con trastornos de ansiedad (OR: 2.0) y afectivos (OR: 3.7) cuya asociación se incrementa con la presencia de ambos grupos de trastornos (OR: 6.3); igualmente intento suicida se asocia significativamente con los trastornos de ansiedad (OR: 3.4) y afectivos (OR: 5.1), magnitud que se incrementa notablemente con la presencia simultánea de ambos grupos de trastornos (OR: 14.7).

Concluimos que los trastornos de ansiedad en adultos de Lima Metropolitana y Callao están asociados con ideación suicida e intento suicida independientemente de la presencia de los trastornos afectivos. Además la presencia de trastornos de ansiedad incrementa la ocurrencia de intento suicida e ideación suicida en personas con trastornos afectivos.

**Palabras clave:** *trastornos de ansiedad, deseo suicida, intento suicida.*

**ASESOR**

**Dr. SAAVEDRA CASTILLO, JAVIER ESTEBAN**

Director Ejecutivo,

Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

Instituto Nacional de Salud Mental

“Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”

Profesor Principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

## **AGRADECIMIENTOS**

A los médicos asistentes, residentes y personal administrativo del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado –Hideyo Noguchi”,  
por su incondicional apoyo.

A mi familia por su incansable apoyo.

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Prevalencia de vida de Trastornos de Ansiedad y afectivos, .....	
Lima Metropolitana y Callao 2002.....	29
<b>Tabla 2.</b> Asociación de Trastornos de ansiedad y afectivos con ideación e intento.....	
suicidas, Lima Metropolitana y Callao 2002.....	30
<b>Tabla 3.</b> Asociación de Trastornos mentales categorizados con ideación e intento.....	
suicidas, Lima Metropolitana y Callao 2002.....	31

## **I. CAPITULO 1: DATOS GENERALES**

### **I.1 Título:**

“Deseo e intento suicidas y su relación con los trastornos de ansiedad en adultos de la ciudad de Lima Metropolitana y Callao-2002”.

### **I.2 Área de Investigación:**

Psiquiatría Clínica.

### **I.3 Autor:**

Marcela Chahua Huarachi.

### **I.4 Asesor:**

Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo.

### **I.5 Institución:**

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.



## II. CAPITULO 2: INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye actualmente un problema muy importante de salud pública, cuya frecuencia se ha incrementado en los últimos años tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de un millón y medio de individuos podrían cometer suicidio y morir en el intento en el 2020, y entre diez y veinte veces más personas llevarían a cabo una tentativa suicida.<sup>1,2</sup>

El suicidio es un fenómeno complejo influido por múltiples factores<sup>3</sup>, al respecto es conocido que el suicidio ocurre con mayor frecuencia en pacientes con depresión mayor<sup>1,4</sup>; sin embargo los trastornos de ansiedad pueden ocasionar un considerable deterioro funcional y sufrimiento a quienes lo padecen<sup>5</sup> constituyendo un riesgo mayor de cometer suicidio en comparación con la población en general.<sup>6</sup> No obstante, el riesgo suicida a diferencia de otros trastornos a menudo no es tomado en cuenta por los médicos al momento de evaluar a estos individuos.<sup>5</sup> En este sentido, los resultados de un estudio longitudinal realizado en población europea demostró que la presencia de un trastorno de ansiedad constituye un factor de riesgo para intento suicida e ideación suicida independientemente de otros desordenes co-mórbidos.<sup>7</sup>

El intento suicida, el deseo suicida así como los trastornos de ansiedad constituyen un problema muy serio de salud mental debido a su gran frecuencia, sus devastadoras consecuencias y por los costos que generan a la sociedad<sup>3</sup>; nuestro país con altos índices de pobreza y más aún de pobreza extrema<sup>8</sup> se encuentra en riesgo constante para desarrollar trastornos mentales que atenten contra sus propias vidas, estas consecuencias afortunadamente son prevenibles<sup>8,9</sup>; sin embargo, la

información nacional con que contamos carece de estudios a gran escala y sobre todo en población no hospitalaria que estudien principalmente la conducta suicida en relación con los trastornos de ansiedad y que nos proponemos investigar respondiendo a la pregunta ¿de qué manera están asociados la ideación suicida e intento suicida con los trastornos de ansiedad?, enfocándonos para nuestros fines en población general de una región de nuestro país.

### **III. CAPITULO 3: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **III.1 Planteamiento del problema**

Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio constituye una de las tres causas principales de muerte entre los adultos jóvenes de ambos sexos; la mortalidad por suicidio ha experimentado en gran parte del mundo un incremento cercano al 60% estimando que los intentos suicidas serían hasta 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados. Hacia el 2020 se presagia que un millón y medio de individuos podrían cometer suicidio.<sup>1</sup> Estas alarmantes cifras sitúan al suicidio como un gran problema de salud pública.<sup>1,4</sup> Más aún teniendo en cuenta que el suicidio constituye un proceso que comienza con la elaboración de pensamientos sobre como quitarse la vida, para luego realizar los primeros intentos suicidas con un incremento gradual de la letalidad del intento hasta finalmente consumarlo.<sup>10</sup> La depresión ha sido reconocida mundialmente por su gran asociación al suicidio.<sup>1,5,11</sup> Sin embargo, los trastornos de ansiedad son desórdenes psiquiátricos muy comunes<sup>4</sup>, constituyendo una de las patologías más frecuentes que puede traer como consecuencia un deterioro funcional notable<sup>7</sup>, así mismo se han asociado con un incremento del riesgo suicida, en 10 veces más frecuente que la población general.<sup>12</sup> Los trastornos de ansiedad se asocian a una significativa

morbilidad y a menudo son procesos crónicos y resistentes al tratamiento<sup>4</sup> e incluso pueden ocasionar un considerable deterioro funcional y sufrimiento a quienes lo padecen. Sin embargo cuando estos pacientes reciben tratamiento, pueden responder favorablemente y retornar a un mejor nivel de funcionamiento.<sup>5</sup>

La relación entre deseo suicida e intento suicida con los trastornos de ansiedad, ha sido controversial en los últimos años; sin embargo, Sareen J en su estudio prospectivo (2005) demostró que la preexistencia de un trastorno de ansiedad es un factor de riesgo independiente para la presentación de ideación suicida y de intento suicida. Además encontró que la co-morbilidad de los trastornos de ansiedad incrementa el riesgo de intento suicida en personas con trastornos afectivos.<sup>7</sup>

En Estados Unidos Alrededor de 30 millones de personas son afectadas por ansiedad y uno de cuatro personas cumple los criterios diagnósticos de por lo menos un trastorno de ansiedad siendo la tasa anual de prevalencia de 17.7%.<sup>4</sup> En Colombia, la prevalencia del trastorno de ansiedad es mayor frente a otros trastornos (estado de ánimo y abuso de sustancias), según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia-2003 (ENSM), la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad es del 19.3%, tres de cada diez mujeres y dos de cada diez hombres han presentado trastorno de ansiedad alguna vez en la vida.<sup>13</sup>

En nuestro medio, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental realizado en Lima y Callao en el año 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” encontró una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico en 37,3% correspondiendo a 18,2% al episodio depresivo, 9,9% al trastorno de ansiedad generalizada, 7,9% a la fobia social, 6,0%

al trastorno de estrés postraumático, 3.7% al trastorno de pánico, 3.4% a la agorafobia sin trastorno de pánico, 1.6% al trastorno obsesivo-compulsivo, 1.2% a la distimia, 1.1% a la agorafobia con trastorno de pánico, 1.0% a los trastornos psicóticos y 0.1% al trastorno bipolar; asimismo se encontró una prevalencia de vida de deseo suicida de 30.3% y de intento suicida de 5.2%.<sup>8</sup>

En el distrito de Magdalena se hallaron importantes indicadores suicidas en adolescentes, estando presente la ideación en un 16,1% de la muestra y con un 3% que había intentado suicidarse alguna vez. Otro estudio epidemiológico encontró deseos de morir en algún momento de su vida entre el 16% y 24,4% de adolescentes de las localidades estudiadas, siendo más altas en las urbano populares (urbano populares: distritos del Rímac, Santa Anita; urbano: Magdalena). En adultos un estudio realizado en la urbanización popular Los Ángeles del distrito del Rímac encontró una prevalencia de ideas e intentos suicidas de 6,5 y 8,4% respectivamente.<sup>8</sup>

Como vemos existe una alta prevalencia de los trastornos depresivos, ansiosos así como la ocurrencia de ideación e intento suicidas en nuestra población, resaltamos que la población económicamente activa se encuentra con mayor riesgo suicida; sin embargo no existen publicaciones de estudios realizados en población general y a gran escala que investiguen aspectos de salud mental, particularmente sobre trastornos de ansiedad y conducta suicida.

Son importantes las limitaciones de estudios en Salud Mental realizados en población hospitalaria con la consiguiente dificultad metodológica de extrapolar los datos hacia la población general que permitan elaborar planes de prevención primaria en población general. Para lograrlo nos proponemos responder a la

pregunta: ¿Cuál es la relación entre ideación suicida e intento suicida con los trastornos de ansiedad, en adultos de la ciudad de Lima metropolitana y Callao durante el 2002?

### **III.2 Justificación del estudio**

El intento suicida, el deseo suicida así como los trastornos de ansiedad son un problema muy serio de la salud mental, por su frecuencia y por los costos que genera en la sociedad.<sup>3</sup>

Los trastornos de ansiedad son considerados en el ámbito internacional como factores de riesgo asociados a intento y deseo suicidas,<sup>5,7</sup> a pesar de ello no se reconoce a la ansiedad como un problema tan importante como la depresión en la ocurrencia de ideación e intento suicida así como suicidio consumado que como vimos anteriormente la OMS reconoce como un problema de Salud Pública, asimismo hasta la actualidad no se toman en cuenta por los servicios de salud a pesar de su gran repercusión en el funcionamiento ocupacional y social de las personas que lo padecen.<sup>3,14,15</sup>

A diferencia de otros trastornos psiquiátricos tales como los afectivos, existen mayores discrepancias y limitaciones en la disponibilidad de datos en nuestro medio sobre la conducta suicida en pacientes con trastornos de ansiedad. Conociendo además, que en nuestro país los niveles de pobreza están muy relacionados a la ansiedad y la depresión,<sup>8,14</sup> creemos que es importante evaluar si los trastornos de ansiedad como grupo y por trastornos tienen impacto en la conducta suicida después de controlar eventos confusores como desórdenes afectivos y factores contextuales.

Nuestro estudio ofrece nuevas alternativas de conocimiento en nuestra población, y para nuestros fines contamos con la información recopilada a gran escala en población general realizada en la ciudad de Lima y Callao y que fue desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Mental en el 2002. De esta manera situamos los trastornos de ansiedad y el suicidio como una problemática importante a considerar en próximos estudios, además de contribuir al conocimiento científico a nivel local para conocer mejor estas patologías psiquiátricas, estimular el interés por la Salud Mental y mejorar las posibilidades de prevención. Igualmente creemos que nuestra información puede ser el inicio de una cadena de estudios que contribuyan al desarrollo y mejoramiento en las Políticas de Salud Mental de nuestro país.

### **III.3 Marco teórico**

La OMS ha reconocido desde su creación la importancia de la salud mental, como refleja la definición de salud según la cual “no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” sino “un completo bienestar físico, mental y social”. En tal sentido, la salud mental, física y social son componentes esenciales de la vida, estrechamente relacionados e interdependientes.<sup>1</sup>

Las enfermedades mentales representan a nivel mundial un serio problema de Salud Pública, entre las diez enfermedades discapacitantes que se producen en el mundo cinco son psiquiátricas, más del 25% de la población mundial padece en algún momento de su vida de trastornos mentales y conductuales. Las patologías mentales tienen un gran impacto económico y sobre la calidad de vida.<sup>1,15,16</sup>

### **III.3.1 Generalidades en relación al suicidio**

Edwin Schneidman definió el suicidio como “el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”. Existe un rango, sin embargo, entre el pensamiento acerca del suicidio y el acto en sí mismo. Algunas personas tienen ideas suicidas que nunca realizarían, otras personas planean como realizarlo por días, semanas, incluso años antes del acto suicida propiamente dicho; sin embargo otros ejecutan estos actos aparentemente mediado por impulsos, sin premeditación.<sup>3,4</sup> Las definiciones actuales de suicidio intentan incorporar la intencionalidad y establecen la distinción entre tentativas suicidas y suicidio consumado, englobando la conducta suicida dentro de los comportamientos autodestructivos.<sup>17</sup>

Aunque el suicidio ha existido en muchas sociedades y se conoce desde la época de los romanos, ha variado la actitud hacia él.<sup>4</sup> Actualmente, la mayoría de los investigadores de las sociedades occidentales considera que el suicidio es un fenómeno complejo, con factores psicológicos, biológicos, genéticos y sociales asociados.<sup>3,4</sup>

La literatura coincide en afirmar que el suicidio es casi siempre resultado de una enfermedad mental, usualmente la depresión siendo beneficiaria de tratamiento psicológico y farmacológico, entre otras estrategias.<sup>1,4,5</sup>

Aunque el suicidio es imposible de predecir con precisión, existen estrategias preventivas para reducir el riesgo de muerte mediante el desarrollo de planes de prevención del suicidio que se adapte a cada realidad.<sup>9,18,19</sup>

### **III.3.2 Epidemiología del suicidio**

Según la OMS, en su informe del 2001 el suicidio es el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal<sup>1</sup>. Considerando la media de 53 países para los que se dispone de datos completos, la tasa de suicidio normalizada para la edad era de 15,1 por 100 000 en 1996. Por sexos, era de 24,0 por 100 000 para la población masculina y de 6,8 por 100 000 para la femenina. En casi todo el mundo la tasa de suicidio es mayor entre los varones, según una proporción acumulada de 3,5 a 1.<sup>1,4</sup>

El suicidio constituye hoy día un problema muy importante de salud pública, son alarmantes los estimados de la OMS al señalar que cada cuarenta segundos una persona en el mundo fallece a consecuencia del suicidio, esta cifras involucran a países tanto desarrollados como en vías de desarrollo.<sup>1</sup> Informan además que más de un millón y medio de individuos podrían cometer suicidio en el 2020, y entre diez y veinte veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida.<sup>1,2</sup> La frecuencia de suicidios ha experimentado en los últimos años, un incremento cercano al 60%, ésta tendencia se ha observado tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.<sup>1</sup>

En 1996, La OMS informó que las tasas de suicidio iban desde 3,4 por 100 000 en México a 14,0 por 100 000 en China y 34,0 por 100 000 en la Federación de Rusia.<sup>1</sup>

Internacionalmente las tasas de suicidio varían desde las mayores a 25 por 100,000 en el llamado cinturón del suicidio hasta los menores de 10 por 100 000 por ejemplo en España, Italia, Irlanda.<sup>4</sup> Respecto del intento suicida tenemos que



en Dinamarca, la tasa de intento suicida en el 2003 fue estimada en 185 por 100 000.<sup>20</sup>

En Estados Unidos más de 30 000 personas fallecen por suicidio anualmente, existiendo más de 600 000 personas que intentaron suicidarse. Durante el último siglo, la tasa total de suicidio se ha mantenido constante a lo largo de los años y actualmente es de 12.5 por 100 000. El suicidio figura como la octava causa de muerte en los Estados Unidos después de la enfermedad cardiaca, el cáncer, enfermedad cerebro vascular, entre otros.<sup>4</sup>

### **III.3.3 El proceso suicida**

El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre como quitarse la vida pasa por la realización de los primeros intentos suicidas con un incremento gradual de la letalidad del intento hasta lograrlo, así se establece una secuencia progresiva.<sup>10</sup> Es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, venganza, altruismo o búsqueda de riesgos.<sup>21,22</sup>

Kessler en 1999 encontró que la probabilidad de transición desde la ideación suicida hacia el plan suicida fue 34%, asimismo la probabilidad de transición de un plan hacia el intento fue de 72%. En la probabilidad de transición de la ideación suicida a un intento no planeado fue de 26%. En este estudio, aproximadamente el 90% de los intentos no planeados y 60% de los primeros intentos planeados ocurrieron dentro del primer año del inicio de la ideación suicida.<sup>5,11</sup>

La valoración del riesgo suicida sistemático debe ser llevado a cabo cuando el paciente informa tanto ideación suicida pasiva como activa (por ejemplo: “yo

anhelo que Dios me lleve” versus. “yo me mataré”). La ideación suicida pasiva puede llegar a ser rápidamente activa.<sup>5</sup>

Al profundizar nuestra revisión sobre el proceso suicida encontramos que Joiner y sus colaboradores en su iniciativa para identificar aquellos individuos con alto riesgo de consumir el suicidio, definieron los síntomas de gravedad implicados en el suicidio, hallando que el suicidio puede ser explicado por dos factores que los denominó “resolvió los planes” & “preparativos” y el segundo factor como “deseo suicida & ideación”. El primero de ellos fue elaborado con los siguientes síntomas: juicio de valor para realizar un intento, un juicio de competencia para realizar un intento, disponibilidad de los medios y oportunidad para intentar, especificidad de un plan para intentar, preparación para el intento, duración de la ideación suicida, y la intensidad de la ideación suicida. En el segundo factor menciona los siguientes síntomas: deseo por la vida, deseo por la muerte, frecuencia de la ideación, deseo de no vivir, intento pasivo, deseo por el intento, esperanza del intento, ausencia de factores disuasivos para intentar, y discurso de la muerte /suicidio. Beck encontró de manera similar una estructura de dos factores como son: la preparación para realizar el intento y la motivación para realizar el intento.<sup>23</sup>

#### **III.3.4 Factores asociados al suicidio**

El suicidio es el resultado de múltiples factores que incluyen el diagnóstico psiquiátrico y médico, así como factores psicodinámicos, genéticos, familiares, ocupacionales, ambientales, sociales, culturales, existenciales, eventos estresantes de la vida.<sup>3,4,5</sup>

Los estudios epidemiológicos indican que el género masculino consume el suicidio con una frecuencia de hasta cinco veces mayor que las mujeres, valor que

se mantiene constante en todas las edades. Además, el sexo femenino, lo intenta en la misma proporción, generalmente ingiriendo sobredosis de medicamentos o ingesta de veneno.<sup>4,16</sup> El suicidio consumado acontece frecuentemente en varones mayores de 45 años, en las mujeres el mayor número de suicidios consumados tiene lugar después de los 55 años. Sin embargo la frecuencia para las edades entre 15 a 24 años se ha incrementado dos a tres veces.<sup>1,21</sup> Entre las categorías ocupacionales tenemos que los profesionales liberales particularmente los médicos, han sido considerados los de mayor riesgo.<sup>4</sup> Asimismo personas con tratamiento psiquiátrico previo con algún trastorno de personalidad y antecedentes de abuso de sustancias y de intento suicida anterior también lo son.<sup>21</sup>

#### **III.3.4.1 Antecedente de conducta suicida**

La conducta suicida previa, probablemente sea el mejor indicador de alto riesgo de suicidio. Los estudios muestran que aproximadamente el 40% de los pacientes deprimidos que se suicidan lo intentaron previamente. El riesgo de un segundo intento de suicidio es más elevado a lo largo de los tres meses que siguen al primero. Según la revisión realizada por Gunnell & Frankel, del 30 al 47 % de individuos que se suicidaron tuvieron una historia de intentos previos.<sup>5</sup>

Es importante considerar el antecedente de daño dirigido hacia sí mismo. Frecuentemente el suicida da indicios verbales directos e indirectos de su intención suicida. Un 60% de los suicidas que lograron su propósito había consultado al médico el mes anterior al suceso; más de la mitad había comentado con alguien su deseo de morir, y un tercio del total había hecho una amenaza declarada de suicidio. Así la evaluación de riesgo del paciente suicida debe ser un aspecto

fundamental a tener en cuenta en la práctica clínica diaria, ya que la detección oportuna de los factores de riesgo suicida puede permitir su prevención.<sup>21</sup>

En otra clasificación los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos y modificables. Los factores de riesgo fijos son: el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. En cambio los factores de riesgo modificables son, principalmente la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas.<sup>24</sup>

#### **III.3.4.2 Trastornos mentales asociadas al suicidio**

La presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente ligada al suicidio; el riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos es 3 a 12 veces mayor que en la población general. También se conoce que el 95% de los que cometen suicidio tiene un trastorno mental.<sup>4,21</sup>

##### **a. Trastornos depresivos**

Factores psiquiátricos con relevancia en el suicidio son el abuso de sustancias, los trastornos depresivos, la esquizofrenia principalmente.<sup>25</sup> Los trastornos depresivos suponen el 80% de este número, la esquizofrenia el 10% y la demencia el 5%.<sup>4</sup> La co-morbilidad entre los trastornos del afecto y otros diagnósticos aumenta el riesgo suicida.<sup>26</sup> Otras revisiones señalan que más del 50% de los suicidios son consumados por personas con trastorno depresivos, asimismo el abuso o dependencia de alcohol está presente en alrededor de 20 a 25 % de quienes se suicidan y también ocurren tasas elevadas en la esquizofrenia. La ansiedad es otro trastorno asociado de manera relevante con el suicidio, de modo

que la comorbilidad de ansiedad con depresión multiplica el riesgo. Todo ello implica una alerta clínica que debe llevar al médico al manejo terapéutico farmacológico adecuado y a tener mayor vigilancia cuando se detecta la ideación suicida, sobre todo si hay antecedentes de depresión y de ansiedad.<sup>21</sup>

La tasa de suicidio ajustada por edad para los pacientes con trastornos afectivos se estima en 400 por 100 000 para los varones y de 180 por 100 000 para las mujeres.<sup>4</sup> Un metanálisis y revisión literaria ha mostrado que el suicidio ocurre en pacientes con depresión mayor la cual es de 20.4 veces más que la población en general.<sup>5</sup>

La posibilidad de que un sujeto deprimido se suicide aumenta si está soltero, separado, divorciado, viudo que o ha sufrido una pérdida reciente. Los pacientes con esta enfermedad que se suicidan suelen ser de mediana edad o ancianos. El aislamiento incrementa las tendencias suicidas en los pacientes deprimidos. Este hallazgo coincide con los datos de estudios epidemiológicos que muestran que los suicidas podrían ser personas escasamente integradas en la sociedad.<sup>4</sup>

La prevalencia de vida del intento suicida en el episodio depresivo mayor es alrededor del 16%.<sup>27</sup> La magnitud de los síntomas ansiosos que ocurren en un trastorno depresivo influyen en el riesgo de suicidio, la gravedad de los mismos tendría que ser tomado en cuenta como parte de una valoración de suicidio.<sup>5</sup>

#### **b. Trastornos de ansiedad**

Los trastornos de ansiedad constituyen el grupo de trastornos más prevalentes en la población en general. Alrededor de 30 millones de personas son afectadas en los Estados Unidos. El Estudio Nacional de Comorbilidad informó que uno de cada cuatro personas cumple los criterios diagnósticos, de por lo menos un trastorno de

ansiedad y que la tasa anual de prevalencia es del 17.7%. Las mujeres presentaron una prevalencia de vida de 30.5% frente a los varones quienes presentaron 19.2%. La prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuyó con el status económico alto.<sup>4</sup>

En Colombia, la prevalencia del trastorno de ansiedad es mayor frente a otros trastornos (estado de ánimo y uso de sustancias), según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia-2003 (ENSM), la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad es del 19.3%, tres de cada diez mujeres y dos de cada diez hombres han presentado trastorno de ansiedad alguna vez en la vida.<sup>13</sup>

Los trastornos de ansiedad se asocian a una significativa morbilidad y a menudo son crónicos y resistentes al tratamiento<sup>4</sup> e incluso pueden ocasionar un considerable deterioro funcional y sufrimiento a quienes lo padecen; Sin embargo cuando estos pacientes reciben tratamiento, pueden responder favorablemente y retornar a un mejor nivel de funcionamiento.<sup>5</sup>

En el momento de abordar a los pacientes con trastornos de ansiedad el riesgo suicida a menudo no es tomado en cuenta por los médicos, atención que puede darse para otras condiciones como depresión mayor, trastorno bipolar, abuso de sustancias, desórdenes de personalidad y esquizofrenia.<sup>5</sup>

Las personas que presentan algún desorden de ansiedad tienen un riesgo mayor de cometer suicidio en comparación con la población en general. Es irrelevante el tipo de ansiedad, lo importante es que suele concurrir con depresión mayor.<sup>6</sup> De manera que la evaluación de la severidad de la ansiedad puede ayudar a identificar a algunos pacientes con riesgo suicida.<sup>28</sup>

Los trastornos de ansiedad preexistentes constituyen factores de riesgo para la ocurrencia de ideación e intento suicida, que se incrementa con la presencia de estados comorbidos como trastornos del afecto, consumo de sustancias y trastornos de personalidad.<sup>7</sup> Sin embargo, Allgulander y Lavori en 1991; Hollander en 1997; Zimmerman and Chelminski en el 2003 así como Oquendo en el 2005 afirmaron que una minoría de pacientes con trastornos de ansiedad desarrolla ideación suicida franca e incluso realiza el intento suicida, algunas veces consumada.<sup>5</sup>

### **b.1 Trastorno de Pánico(TP)**

La asociación entre TP y el incremento del riesgo suicida fue identificada hace más de dos décadas. Allgulander y Lavori en 1991 en su estudio retrospectivo hallaron un incremento del riesgo suicida en este trastorno en ausencia de diagnósticos co-mórbidos.<sup>5,29</sup>

Algunos estudios han indicado que los pacientes con trastorno de pánico tienen similares tasas de suicidio que pacientes con depresión mayor.<sup>30,31</sup> Otros estudios han mostrado menores tasas de suicidio en trastornos de pánico puros.<sup>32,33</sup> Paradójicamente estudios recientes encontraron que los trastornos de pánico por sí solos no incrementan el riesgo de intento suicida.<sup>34,35</sup>

Sin embargo, podemos decir que todos los estudios sugieren de alguna manera que la mayor parte de los intentos suicidas en trastorno de pánico están fuertemente asociados con los trastornos afectivos, trastornos de personalidad y uso de sustancias. La ideación suicida en ausencia de intento estaría asociado más específicamente con la experiencia y el impacto de los trastornos de pánico por sí mismos. La asociación entre trastorno de pánico puro e intentos suicidas todavía es controversial.<sup>5</sup>

## **b.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada(TAG)**

El riesgo suicida no ha sido bien estudiado y sus hallazgos están teñidos por la presencia de depresión con la que se superpone.<sup>5</sup> Wittchen en el 2002 en su estudio encontró que la co-morbilidad de TAG y depresión tuvieron una asociación más alta con el suicidio que con el diagnóstico por sí solo.<sup>5</sup>

## **b.3 Fobia Social (FS)**

Schneier en 1992 encontró en una muestra de 13 000 adultos que la tasa de ideación suicida fue significativamente elevada en FS incluso después que la co-morbilidad fue controlada. La tasa de intento suicida fue significativamente elevada sólo en presencia de co-morbilidad (15.7%) pero fue comparable con la tasa de aquellos sin enfermedad psiquiátrica y en FS no complicada (0.9%).<sup>5</sup>

## **b.4 Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**

La ideación y el intento suicida podrían ser más comunes de lo que podría esperarse. Hollander en 1997 realizó una encuesta de 701 pacientes con TOC encontrando que más de la mitad de los individuos de la muestra tuvieron pensamiento suicida y cerca de un octavo de ellos tuvieron un intento suicida secundario a los síntomas del TOC. Aunque los factores precipitantes del intento suicida no fueron especificados, parecen estar relacionados a la disfunción psicosocial que se produce en este trastorno.<sup>5</sup>

## **b.5 Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT)**

Se ha encontrado mayor asociación en TEPT que en otros trastornos de ansiedad.<sup>29</sup> Tiene alta co-morbilidad con episodio depresivo mayor, lo que incrementa el riesgo para conducta suicida.<sup>36,37,38</sup>



En una encuesta comunitaria realizada en pacientes con TEPT se encontró 14.9 veces más probabilidades de intento suicida que en individuos sin TEPT. Los síntomas incrementaron el riesgo de ideación suicida incluso después de que los autores del estudio controlaron el componente depresivo mayor.<sup>39,40</sup>

Ullman y Brecklin en el 2002 hicieron un estudio en mujeres que habían sido agredidas sexualmente durante la infancia o adultez encontrando mayor probabilidad de intento suicida, controlando los factores demográficos y otras características psicosociales. Asimismo Oquendo en el 2005 encontró en una muestra de 230 pacientes con depresión mayor que alrededor de un cuarto de ellos tuvieron co-morbilidad con TEPT, a su vez la co-morbilidad del TEPT estuvo asociado con la historia de intentos suicidas. El grupo de individuos con TEPT comórbido tuvo mayor severidad clínica de depresión, impulsividad y hostilidad; mayor co-morbilidad de trastorno de personalidad del grupo B; y mayor historia de abuso sexual en la infancia. En resumen, el TEPT podría estar más claramente asociado con suicidio que cualquier otro trastorno de ansiedad.<sup>5</sup>

### **III.3.5 Estudios locales relacionados**

En 1996 un estudio encontró importantes indicadores suicidas en adolescentes, estando presente la ideación en un 16,1% de la muestra y con un 3% que había intentado suicidarse alguna vez. Otro estudio epidemiológico encontró deseos de morir en algún momento de su vida entre el 16% y 24,4% de adolescentes de las localidades estudiadas, siendo más altas en las urbano populares (urbano populares: distritos del Rímac, Santa Anita; urbano: Magdalena). En adultos un estudio realizado en la urbanización popular Los Ángeles del distrito del

Rímac encontró una prevalencia de ideas e intentos suicidas de 6,5 y 8,4% respectivamente.<sup>8</sup>

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental, realizado en Lima y Callao en el año 2002, por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” encontró que en general la mujeres padecen más trastornos psiquiátricos que los hombres, más de un tercio de la población alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico. Como grupo, los trastornos de ansiedad son los más prevalentes, siendo su prevalencia de vida de 25.3%. En cuanto a los trastornos depresivos, se ha encontrado una prevalencia de vida de 19.0%. En el análisis por trastornos se encontró que el 9.9% corresponden al trastorno de ansiedad generalizada, 7.9% a la fobia social, 6.0% al trastorno de estrés postraumático, 3.7% al trastorno de pánico, 3.4% a la agorafobia sin trastorno de pánico, 1.6% al trastorno obsesivo-compulsivo, 1.2% a la distimia, 1.1% a la agorafobia con trastorno de pánico, 1.0% a los trastornos psicóticos y 0.1% al trastorno bipolar ; asimismo se encontró una prevalencia de vida de deseo suicida de 30.3% y de intento suicida de 5.2%.<sup>8</sup>

### **III.3.6 Aspectos contextuales relacionados al suicidio**

El suicidio es un fenómeno complejo, existe un modelo de estudio socio-antropológico que incluye aspectos individuales, socioeconómicos, histórico/cultural en la ocurrencia de intentos suicidas y de suicidios consumados.<sup>3</sup>

La OMS, en su informe anual de salud del año 2001, enfatizó la relación entre la pobreza y la salud mental, en especial con el episodio depresivo.<sup>1</sup> En América Latina, un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales, realizado en

Santiago de Chile, confirmó una mayor prevalencia de trastornos entre las personas de un nivel social bajo.<sup>41</sup>

En nuestro medio, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en la ciudad de Lima y Callao en el año 2002, encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza y trastornos ansiosos y depresivos, tanto en la percepción de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas como con la medición a través de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBIs).<sup>8</sup>

### **III.3.7 Prevención y promoción del suicidio**

El suicidio es un problema de salud pública grave que requiere atención especial.<sup>1,18</sup> La investigación más reciente señala que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que incluyen, por lo menos, la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los niños y jóvenes. También se debe contar con el personal médico que permita lograr la detección y el tratamiento eficaz de los trastornos subyacentes, y tener el control medioambiental de los factores de riesgo, y desde luego, la eliminación de los medios para consumarlo.<sup>16,18</sup>

El problema del suicidio requiere de un enfrentamiento integral y sistemático por parte de nuestras sociedades, que se base en el tratamiento multisectorial orientado por especialistas conocedores de que el hombre es un ser social.<sup>19</sup> En el ámbito de la promoción de la salud con relación al problema del suicidio, se debe trabajar en la creación de condiciones psicosociales que generen participación social de la mayoría de los actores sociales que propicien el mantenimiento de las conductas saludables y a la disminución de las no saludables, y promover la adopción de estilos de vida que generen salud en el individuo, a partir de una

actividad orientada a cambiar la situación o la actitud hacia ella de acuerdo con el propósito que la persona se trace.<sup>19</sup>

La participación social es muy importante para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud en el afrontamiento de sus problemas sanitarios. Así mismo las instituciones de salud, para realizar promoción y evitar la ocurrencia de intento suicida en cualquier edad, deben readecuarse y estimular la participación social. Estas instituciones deben efectuar modificaciones que van desde la desmitificación de la enfermedad y sus causas hasta la democratización del saber, haciéndolo accesible al público de manera apropiada; además, deben suministrar información apropiada.<sup>19</sup>

Por prevención puede entenderse aquella estrategia o acercamiento que reduce la probabilidad de algún riesgo o disminuye el impacto negativo de ciertas condiciones o conductas.<sup>9</sup> La prevención del suicidio va más allá del acto suicida, es decir, su objetivo debe fijarse primordialmente en la atención de las diversas manifestaciones del comportamiento suicida. Para esto se recomienda reducir los factores de riesgo y a la vez reforzar los factores de protección, influyendo tanto en el estado psicológico como en el medio ambiente físico y/o condiciones culturales/subculturales.<sup>9</sup>

### **III.4 Objetivos**

#### **III.4.1 Objetivo General**

Determinar la asociación entre deseo suicida e intento suicida con los trastornos de ansiedad, en adultos de la ciudad de Lima Metropolitana y Callao durante el 2002.

### **III.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar la asociación entre prevalencia de vida del deseo suicida e intento suicida con la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad controlando el efecto de las variables sociodemográficas y económicas.
- Determinar la asociación entre la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad y la prevalencia de vida del deseo suicida e intento suicida controlando el efecto de las variables sociodemográficas, económicas y trastornos afectivos.
- Construir un modelo explicativo del intento suicida y deseo suicida y los factores asociados.

## **IV. CAPITULO 4: METODOLOGÍA**

### **IV.1 Tipo y diseño de estudio**

Este trabajo de investigación, es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, secundario. Las variables del presente trabajo se han obtenido de la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental, efectuado en el año 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.<sup>8</sup>

El estudio Epidemiológico Metropolitano tuvo como uno de sus objetivos centrales identificar los principales problemas de salud mental de la población de Lima y Callao. Encontró como indicadores suicidas la prevalencia de vida de consideraciones o pensamientos de índole suicida y la prevalencia de vida de conductas suicidas; asimismo encontró que los trastornos de ansiedad como grupo, son los trastornos más prevalentes en la población de Lima Metropolitana y el Callao (2002).<sup>8</sup>

## **IV.2 Población**

### **IV.2.1 Criterios de inclusión**

Comprende la población de individuos mayores de 18 años sin límite de edad mayor, con capacidad de leer el español perfectamente, que residen permanente o habitualmente en las viviendas particulares del área urbana de Lima Metropolitana y el Callao en el 2002.<sup>8</sup>

### **IV.2.2 Criterios de exclusión**

Problemas que impidan la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidan la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar si esto era posible.<sup>8</sup>

## **IV.3 Diseño de la muestra**

### **IV.3.1 Marco muestral**

El marco muestral que consideró el estudio primario estuvo basado en la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) elaborado sobre la base del pre-censo de 1999 y el material cartográfico respectivo actualizado.<sup>8</sup>

### **IV.3.2 Tamaño de la muestra**

Para la determinación del tamaño de la muestra, el estudio primario consideró los siguientes parámetros:<sup>8</sup>

- Prevalencia de problemas de salud mental: 25% en todos los grupos de estudio, de acuerdo a experiencias encontradas en otros estudios.
- Error relativo: Se han considerado alternativamente 5% y 10% en torno del valor esperado del parámetro de prevalencia, para tener dos valores extremos.
- Nivel de confianza: 95%.

- El tamaño de muestra final fue de 2067 personas.

### **IV.3.3 Método de selección**

La muestra se obtuvo en tres etapas:

En la primera etapa se consideraron conglomerados de seis viviendas por manzana, en la segunda se eligieron viviendas dentro de los conglomerados seleccionados y finalmente en la tercera etapa se seleccionó aleatoriamente un adulto dentro de la vivienda seleccionada.<sup>8</sup>

## **IV.4 Definiciones operacionales**

### **IV.4.1 Ideación suicida**

Se refiere a las personas que respondieron, durante la encuesta, afirmativamente a la pregunta ¿alguna vez en su vida ha deseado morir? Tomado del Cuestionario de Salud Mental elaborado originalmente en Colombia. En una escala nominal.

### **IV.4.2 Intento suicida**

Se refiere a las personas que respondieron, durante la encuesta, afirmativamente a la pregunta ¿alguna vez en su vida ha intentado hacerse daño o quitarse la vida? Tomado del Cuestionario de Salud Mental elaborado originalmente en Colombia, en una escala nominal.

### **IV.4.3 Trastornos de ansiedad**

Corresponde a los trastornos de ansiedad clínicamente diagnosticables como: trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia sin trastorno de pánico, agorafobia con trastorno de pánico, agorafobia sin trastorno de pánico, fobia social, trastorno de estrés postraumático. La denominación de cada trastorno

se realizó de acuerdo a los criterios de investigación del CIE-10 medidas con una adaptación del MINI, en una escala nominal.

#### **IV.4.4 Trastornos afectivos**

Corresponde al episodio depresivo y la distimia, clínicamente diagnosticables, de acuerdo a los criterios de investigación del CIE-10 medidas con una adaptación del MINI, en una escala nominal.

#### **IV.4.5 Variables sociodemográficas**

**Edad:** registrado como variable cuantitativa continua. Se consideró a la población adulta, mayor o igual a 18 años. Nosotros categorizamos la edad de la siguiente manera:

- 18-24 años, 25- 44 años, 45 a 64 años y mayores de 65.

**Sexo:** Masculino y femenino. Escala nominal.

**Estado civil:** Las categorías consideradas en el estudio primario Nosotros categorizamos el estado civil de la siguiente manera:

- Soltero
- Casado, conviviente.
- Separado, viudo o divorciado.

**Nivel de instrucción:** Las categorías consideradas en el estudio primario.

Nosotros categorizados el nivel de instrucción de la siguiente manera:

- Sin instrucción y primaria.
- Secundaria.
- Superior no universitaria.
- Superior universitaria.



#### **IV.4.6 Variables económicas**

Estudiamos el Nivel de la pobreza que consideró el estudio primario bajo la denominación de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), mediante respuestas 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). Nosotros agrupamos los datos del estudio primario, de acuerdo al número de NBIs, de la siguiente manera:

- Ninguna
- Una
- Dos o más.

#### **IV.5 Procedimiento y técnica**

Mediante la obtención de la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002 que solicitamos a la oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. El mencionado estudio empleó para la obtención de datos, la recolección intencional (entrevistas) con la población de estudio.

#### **IV.6 Instrumento**

En el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental realizado en el año 2002 se elaboró un instrumento, que consistió en nueve módulos. Estos cuestionarios han sido elaborados a partir de la experiencia de los investigadores de los equipos especializados en las distintas áreas de estudio y de ocho instrumentos;

de éstos, consideramos en nuestro estudio el Cuestionario de Salud Mental elaborado originalmente en Colombia y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10(MINI).

Nosotros empleamos la información correspondiente a los siguientes módulos: Modulo de datos generales del adulto, Modulo de Salud Integral del Adulto y el Modulo de síndromes clínicos A.

#### **IV.7 Consideraciones éticas**

En la realización del Estudio Epidemiológico de Lima Metropolitana y Callao 2002, los encuestadores explicaron los objetivos del estudio, aquellas personas que aceptaban la entrevista firmaban un consentimiento informado por el cual aceptaban responder al cuestionario. Las personas encargadas de la entrevista fueron psicólogos, con experiencia en encuestas, entrenados por el autor y el equipo de investigadores del INSM “HD-HN” en el llenado de los cuestionarios. Además, se contó con todos los elementos de supervisión de campo necesarios para este tipo de encuestas.

#### **IV.8 Procesamiento y análisis**

Se calcularon prevalencias referidas a las variables ideación suicida e intento suicida así como de los diferentes trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia total, fobia social, trastorno de estrés postraumático) y sus respectivos intervalos de confianza ajustados, tomando en cuenta la complejidad del diseño muestral. Se ajustaron modelos de regresión logística para obtener ODDS RATIO (OR) que evalúan la asociación entre cada una de las variables, es decir, deseo suicida e intento suicida con los trastornos de ansiedad antes mencionados en la población urbana de Lima Metropolitana y

Callao en el año 2002, controlando algunas variables sociodemográficas y económicas que corresponde al primer modelo de ajuste de variables (OR<sup>1</sup>). En un segundo momento se realizó un análisis de regresión logística incluyendo además los trastornos afectivos (OR<sup>2</sup>).

Finalmente, se clasificó a los encuestados en cuatro categorías a partir de la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad y cualquier trastorno afectivo para obtener OR ajustados, controlando las variables sociodemográficas y económicas con la finalidad de observar si el riesgo del intento suicida y deseo suicida aumenta cuando la persona presenta ambos tipos de trastornos a la vez. El procesamiento de los datos se realizó utilizando el módulo para muestras complejas del paquete estadístico SPSS versión 15.

## **V. CAPITULO 5: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS**

La muestra de adultos sobre la cual se realizó el estudio fue de 2077 adultos de Lima Metropolitana y Callao en año 2002. El 59.6% son de sexo femenino y 40.3% del masculino. La edad promedio de los individuos fue de 38 años, correspondiendo el mayor porcentaje a los grupos de edad comprendidos entre 18 a 44 años.

La prevalencia de vida del deseo suicida fue de 30.3%(n=689). En cuanto a la conducta suicida que denota una afectación más seria; el 5.2% (n=127) de la población ha intentado suicidarse alguna vez en su vida.

Entre los trastornos, el desorden más frecuente fue el episodio depresivo con un 18.2%. En relación a las prevalencias de vida de los diferentes trastornos de ansiedad, considerados en el presente estudio, observamos que el desorden más

frecuente fue el Trastorno de ansiedad generalizada con el 9.9%, en segundo lugar la fobia social con una prevalencia de 7.9% (Ver tabla 1).

**Tabla 1 Prevalencia de vida de Trastornos de Ansiedad y afectivos, Lima Metropolitana y Callao 2002**

TRASTORNOS MENTALES Diagnóstico CIE-10	PREVALENCIA		
	n	%	IC(95%)
<b>TRANSTORNOS DE ANSIEDAD</b>			
<b>TAG pura</b>	206	9,9	( 8.4 - 11.7 )
<b>Trastorno de fobia social</b>	159	7,9	( 6.5 - 9.5 )
<b>TEPT</b>	155	6,8	( 5.6 - 8.2 )
<b>Trastorno de Pánico</b>	88	3,7	( 2.9 - 4.8 )
<b>T. de Agorafobia con T. de pánico</b>	27	1,1	( 0.6 - 1.9 )
<b>T. de Agorafobia sin T. de pánico</b>	76	3,4	( 2.6 - 4.5 )
<b>Trastorno Obsesivo compulsivo</b>	35	1,6	( 1.1 - 2.4 )
<b>TRANSTORNOS AFECTIVOS</b>			
<b>Episodio Depresivo</b>	405	18,2	( 16.2 - 20.4 )
<b>Presencia de distimia (actual 2 años)</b>	32	1,2	( 0.8 - 1.8 )

Los resultados del análisis de la asociación entre *ideación suicida e intento suicida* con los diferentes trastornos de ansiedad se muestran en la tabla 2. En la primera parte de la tabla se muestran los resultados de la asociación entre las variables mencionadas controlando el efecto de la edad, género, estado civil, nivel de instrucción y número de Necesidades Básicas Insatisfechas constituyendo el primer modelo de ajuste de variables; y en la segunda parte se muestra los resultados del análisis de las mismas variables pero agregando los trastornos afectivos, constituyendo el segundo modelo de ajuste de variables.

Encontramos asociación significativa entre ideación suicida con trastorno de pánico (OR<sup>1</sup>: 4.31; OR<sup>2</sup>:3.32), y fobia social (OR<sup>1</sup>: 2.2; OR<sup>2</sup>:1.85) en el primer y segundo modelo de ajuste de variables respectivamente.

El intento suicida estuvo asociado significativamente con los trastornos de pánico (OR<sup>1</sup>: 6.73; OR<sup>2</sup>:4.36) y TEPT (OR<sup>1</sup>:3.25; OR<sup>2</sup>:2.33) en el primer y segundo modelos de ajuste de variables respectivamente.

**Tabla 2. Asociación de Trastornos de ansiedad y afectivos con ideación e intento suicidas, Lima Metropolitana y Callao 2002**

TRASTORNOS MENTALES Diagnóstico CIE-10	Ideación suicida				Intento suicida			
	Si n=689 %	No n=1384 %	OR <sup>1</sup> aj (IC95%)	OR <sup>2</sup> aj (IC95%)	Si n=127 %	No n=1946 %	OR <sup>1</sup> aj (IC95%)	OR <sup>2</sup> aj (IC95%)
TAG pura								
Si	12,3	8,9	1.17 (0.79 - 1.72)	1.22 (0.83 - 1.78)	15,7	9,6	1.53 (0.76 - 3.10)	1.78 (0.86 - 3.64)
No	87,7	91,1			84,3	90,4		
Trastorno de pánico								
Si	8,9	1,4	4.31 (2.21 - 8.41)	3.32 (1.63 - 6.80)	21,1	2,8	6.73 (3.38 - 13.40)	4.36 (2.09 - 9.11)
No	91,1	98,6			78,9	97,2		
Trastorno de estrés post-traumático								
Si	12,4	4,4	2.17 (1.40 - 3.37)	1.56 (0.99 - 2.44)	24,8	5,8	3.25 (1.68 - 6.31)	2.33 (1.29 - 4.21)
No	87,6	95,6			75,2	94,2		
Trastorno de fobia social								
Si	15,1	4,8	2.20 (1.36 - 3.54)	1.85 (1.12 - 3.07)	19,8	7,2	1.44 (0.72 - 2.90)	1.27 (0.65 - 2.46)
No	84,9	95,2			80,2	92,8		
Trastorno de agorafobia con T. de pánico								
Si	2,9	0,3	5.34 (1.49 - 19.15)	3.47 (0.88 - 13.66)	6,2	0,8	6.98 (2.29 - 21.29)	4.22 (1.48 - 12.10)
No	97,1	99,7			93,8	99,2		
Trastorno de agorafobia sin T. de pánico								
Si	5,6	2,5	1.51 (0.79 - 2.89)	1.44 (0.75 - 2.76)	6,7	3,2	2.08 (0.97 - 4.47)	1.64 (0.73 - 3.69)
No	94,4	97,5			93,3	96,8		
Trastorno obsesivo compulsivo								
Si	3,1	0,9	1.68 (0.54 - 5.17)	0.91 (0.30 - 2.79)	3,8	1,5	0.57 (0.09 - 3.61)	0.40 (0.09 - 1.77)
No	96,9	99,1			96,2	98,5		
Distimia								
Si	3,2	0,4	N.A.	4.63 (1.10 - 19.44)	7,9	0,9	N.A.	3.53 (1.26 - 9.93)
No	96,8	99,6			92,1	99,1		
Episodio depresivo								
Si	35,6	10,8	N.A.	2.88 (2.13 - 3.91)	59,7	16,0	N.A.	4.41 (2.61 - 7.45)
No	64,4	89,2			40,3	84,0		

N.A. No aplicado

OR<sup>1</sup>aj odds ratios ajustados para la regresión logística con las variables sociodemográficas, económicas y trastornos de ansiedad

OR<sup>2</sup>aj odds ratios ajustados para la regresión logística agregando trastornos afectivos a las variables sociodemográficas y trastornos de ansiedad.

En la tabla 3 se muestra el resultado del análisis de regresión logística para muestras complejas controlando las variables sociodemográficas y económicas agrupando los trastornos de ansiedad y afectivos en cuatro categorías: *solo trastornos de ansiedad, solo trastornos afectivos, ambos y ninguno*.

Encontramos que la *ideación suicida* se encuentra asociado significativamente con los trastornos de ansiedad (OR:2.0) y con los trastornos afectivos (OR:3.7) y se incrementa cuando los trastornos de ansiedad y afectivos están presentes (OR:6.3). De la misma manera el *intento suicida* se asocia con los trastornos de ansiedad (OR: 3.4) y trastornos afectivos (OR: 5.1), además un notable incremento con la presencia de ambos grupos de trastornos (OR: 14.7).

**Tabla 3. Asociación de Trastornos mentales categorizados con ideación e intento suicidas, Lima Metropolitana y Callao 2002**

TRASTORNOS MENTALES Diagnóstico CIE-10	Ideación Suicida			Intento Suicida		
	Si n=689 %	No n=1384 %	ORaj (IC95%)	Si n=127 %	No n=1946 %	ORaj (IC95%)
<b>Categorías</b>						
Ni trastornos de ansiedad ni afectivos *	43.6	75.1	1	21,3	68,0	1
Sólo trastornos de ansiedad	19.0	13.8	2.05 (1.47 - 2.86)	18,2	15,2	3.45 (1.79 - 6.66)
Sólo trastornos afectivos	15.4	6.2	3.67 (2.47 - 5.44)	15,6	8,6	5.11 (2.34 - 11.19)
Trastornos de ansiedad y afectivos	22,0	4,8	6.34 (4.21 - 9.53)	45,0	8,1	14.72 (7.99 - 27.13)

OR<sup>aj</sup> odds ratios ajustados para la regresión logística controlando las variables sociodemográficas.

\* Categoría de referencia

## VI. CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN

La prevalencia de vida del Deseo suicida supera en 6 veces a la presentada para intento suicida en nuestra población de estudio; cifras semejantes encontró Kessler y sus colaboradores en su estudio sobre prevalencia y factores de riesgo para intento suicida donde reportaron que la prevalencia de vida es cuatro veces superior para ideación suicida y planes suicidas sobre el intento suicida.<sup>11</sup>

La prevalencia de vida de ideación suicida que encontramos en nuestro estudio fue 30.3% superando grandemente a lo encontrado por Kessler y colaboradores donde informa una prevalencia de vida para ideación suicida de 13.5% y de intento suicida en 3.9%. En relación a la ideación suicida es importante considerar que nosotros evaluamos la ideación suicida con la pregunta “¿alguna

vez en su vida ha deseado morir?”, esto involucra una de las fases iniciales del proceso en el pensamiento suicida que describió Joiner y Beck<sup>23</sup> y que sería de gran utilidad en el propósito de encontrar a los individuos con potencial riesgo suicida desde el inicio del proceso cognitivo. El deseo de morir que evaluamos constituye uno de los pasos previos a la elaboración activa de hacerse daño. En cambio, Kessler y Sareen evaluaron la ideación suicida con la pregunta ¿alguna vez en su vida ha pensado seriamente en cometer suicidio? y ¿alguna vez se sintió tan mal que pensó en cometer suicidio?, respectivamente. Sin embargo, Gunnell y colaboradores en su estudio en adultos ingleses sobre factores que influyen en el desarrollo de pensamiento suicida utilizó varias preguntas similares a la nuestra.<sup>11,42</sup>

En el análisis de prevalencia por trastornos en nuestra población encontramos que el episodio depresivo fue el más prevalente, sin embargo resaltamos que los trastornos de ansiedad constituyen, como grupo, el trastorno más prevalente de los trastornos psiquiátricos, incluso mayor que el episodio depresivo, así lo afirma el informe epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en Lima. En relación a la depresión nuestros hallazgos coinciden con la literatura internacional que ubica este trastorno como el desorden con la más alta prevalencia de vida, en un rango que va desde el 5% hasta incluso el 25%.<sup>5,12,43</sup>

La asociación entre trastorno de pánico y conducta suicida fue significativa cuando controlamos variables sociodemográficas y económicas, la mencionada asociación se mantuvo cuando analizamos además la asociación con el episodio depresivo y la distimia. Nuestros hallazgos coinciden con Allgulander y Lavori quienes hallaron un incremento del riesgo suicida de este trastorno en ausencia de

diagnósticos comorbidos<sup>5,29</sup>; mientras que otros estudios han indicado que los pacientes con trastorno de pánico tienen similares tasas de suicidio que pacientes con depresión mayor.<sup>30,31</sup> Encontramos mayor asociación con el intento suicida que con la ideación suicida, esto podría estar relacionado más específicamente con la experiencia y el impacto de los trastornos de pánico, nuestros hallazgos se contraponen a lo que Meredith y colaboradores quienes en su estudio prospectivo concluyeron que los desordenes de pánico no estaban asociados a la conducta suicida en ausencia de otros factores de riesgo.<sup>29,35</sup>

En Fobia social encontramos una asociación significativa sólo para ideación suicida, coincidentemente Schneier en 1992 en una muestra de 13 000 adultos mostró que la tasa de ideación suicida fue significativamente elevada, incluso después de que la co-morbilidad fue controlada.<sup>5</sup> La pobre asociación con el intento suicida, en ambos modelos podría indicar que la fobia social necesitaría de la co-morbilidad de varios trastornos además de la depresión mayor como lo mencionan también Nelson y Weissman en sus estudios.<sup>5</sup>

La literatura menciona que el trastorno de Estrés Post Traumático, es el desorden con mayor asociación que el resto de trastornos de ansiedad<sup>29</sup>; nosotros encontramos que la asociación con ideación suicida fue significativa sólo en el primer modelo de análisis, cuando todavía no controlamos los cuadros depresivos, esto podría explicar que la co-morbilidad con episodio depresivo mayor se asocia e incrementa el riesgo para conducta suicida.<sup>36,37,38</sup> No obstante existen otros estudios donde encontraron que los síntomas del TEPT incrementaron el riesgo de ideación suicida incluso después de que los autores del estudio controlaron el componente depresivo mayor.<sup>40</sup>



La asociación significativa que encontramos con el intento suicida, también se corresponde con los hallazgos de Oquendo, Ullman y Brecklin todos ellos coinciden en que este trastorno podría estar más claramente asociado con suicidio que cualquier otro trastorno de ansiedad.<sup>5</sup>

Simeón afirma que el TAG no ha sido bien estudiado debido a que los hallazgos respecto a su asociación con suicidio son confundidos con la presencia de depresión pero que la co-morbilidad del TAG con depresión mayor estuvieron asociados con un mayor riesgo suicida que si presentaban los dos trastornos separados<sup>12</sup>, nuestro análisis no encontró asociación significativa aún si participaba la co-morbilidad depresiva con los factores sociodemográficos y económicos. Este hallazgo podría explicarse por dificultades en la ejecución de la encuesta, sin embargo no descartamos que en nuestra población podría estar ocurriendo que los valores estén subestimados por la presencia de depresión con la que se superpone.<sup>5</sup>

Varios estudios han demostrado que la ocurrencia de trastorno de ansiedad asociado a depresión mayor estuvo asociada con un alto riesgo de intento suicida en comparación con la presentación de depresión mayor aislada.<sup>29, 44</sup> Nuestro análisis por grupos en categorías que mostramos en la última tabla demuestra que la ideación y el intento suicida se incrementaron en 2 y 3.4 veces respectivamente, con la presencia de T. de ansiedad y de T. afectivos y más alta cuando se presentan ambos trastornos a la vez. Este hecho que se reporta por primera vez en nuestro medio, ya ha sido señalado por Saaren y colaboradores quienes condujeron un estudio prospectivo a lo largo de cinco años en población europea y establecieron una relación significativa entre los trastornos de ansiedad con el intento y deseo suicidas.<sup>7</sup>

El reconocimiento temprano, más efectivo y el tratamiento a largo plazo de los trastornos de ansiedad y depresión es un paso elemental en prevenir el suicidio,<sup>40</sup> teniendo en cuenta que la enfermedad mental, en general ha sido menos estigmatizada en los últimos años.<sup>45</sup>

Desde la perspectiva de la salud pública, es muy importante el hallazgo del presente estudio pues implicaría que en la evaluación de riesgo suicida de los pacientes que acuden a los servicios de salud se incluya a los trastornos de ansiedad, además de los trastornos anímicos. Sobre todo estos hallazgos implican que las estrategias de manejo desde la perspectiva de la salud pública dirigidas a reducir la conducta suicida en la comunidad debiera dirigirse a personas que presentan de forma independiente los trastornos del afecto o los trastornos de ansiedad; pero especialmente aquellos que presentan tanto los trastornos de ansiedad como del afecto.<sup>42</sup>

Debido a que nuestro estudio es transversal no podemos establecer la relación causa y efecto limitando el hallazgo de factores de riesgo. Además es un estudio de fuente secundaria siendo probable que algunas estimaciones y variables no se hayan tomado en cuenta, y no descartamos que estemos subestimando o quizás sobrestimando la real prevalencia de los trastornos de ansiedad en nuestra población.

Con nuestros hallazgos consideramos que es importante reconocer y tratar desde un inicio los trastornos de ansiedad especialmente aquellos que se asocian a trastornos afectivos como una manera de reducir la conducta suicida en la comunidad.

## **VII. CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES**

- Los trastornos de ansiedad están relacionados a ideación e intento suicidas independientemente de los trastornos del ánimo, en adultos de Lima Metropolitana y Callao.
- La presencia de los trastornos de ansiedad, co-mórbidos a los trastornos afectivos incrementa la probabilidad de ocurrencia de intento e ideación suicidas.

## **VIII. CAPÍTULO 8: RECOMENDACIONES**

- Recomendamos realizar futuros estudios longitudinales donde se evalúe el riesgo suicida y se incluyan además otras variables que influyen en la ocurrencia de intento o deseo suicida.
- Considerar en las políticas de salud de nuestro país, en particular para la salud mental, programas de prevención del suicidio mediante el tamizaje de individuos con potencial riesgo suicida, sobre todo en etapas iniciales del proceso. Considerando además las variables relacionados al intento e ideación suicida en la evaluación inicial de pacientes que acudan a los servicios de atención médica en general, y valorando el deseo de morir en la interacción con personas que presentan síntomas ansiosos solamente o asociados a depresión.
- Evaluar en estudios posteriores si el tratamiento de los trastornos de ansiedad reducen el riesgo del comportamiento suicida.

## **IX. CAPÍTULO 9: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

1. World Health Organization(WHO). The World Health Report 2001. Geneva.
2. Bousoño M, Baca Baldomero E, Álvarez E, Eguiluz I, Martín M, Roca M, et al. Complicaciones de la depresión a largo plazo. Actas Esp Psiquiatr 2008; 36(Supl. 2):44-52.
3. De Souza Minayo Maria C, Gonçalves Cavalcante Fatima, Ramos de Souza Edinilsa. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenom. Cad Saúde publica Rio de Janeiro 2006; 22(8): 1587-1596.
4. Kaplan&Sadock´s.Synopsis of Psychiatry.10ed. United States of America:Lipincott Williams&Wilkins,2007.
5. Simon Robert I, Hales Robert E. Suicide assessment and management. 1ed.United States of America:American Psychiatric Publishing Inc, 2006.
6. Bartels SJ, Cakley E, Oxman TE, Constantino G. Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. Am J Geriatric Psychiatry 2002; 10(4):417-27.
7. Sareen Jitender, Brian J Cox, Tracie O Afifi, Ron de Graaf, Gordon J G Asmundson, ten Have Margreet, et al.Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 1249-1257.
8. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Anales de Salud mental 2002; 12(18). ISSN-1023-389X.
9. Chávez-Hernandez Ana M, Medina Núñez Miriam C, Macías-García Luis F. Modelo Psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. Salud Mental 2008; 31(3):197-203.

- 
10. Van Heeringen K: The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 2003, 48(5):292-300.
  11. Kessler R, Borges G, Walters E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen psychiatry* 1999; 56:617-626.
  12. Swinson Richard. Management of Anxiety Disorders. *The Can J psychiatry* 2006; 51 [Suppl 2].
  13. Posada-Villa José A, Buitrago-Bonilla Jenny P, Medina-Barreto Yanithza, Rodríguez-Ospina Marcela. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. *Nova – Publicación Científica - ISSN: 1794-2470* 2006; 4(6):1-114.
  14. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Fronteras. *Anales de Salud Mental* 2006; 22 (1-2). ISSN-1023-389X.
  15. Murray C, López A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1436-1442.
  16. OPS(Organización Panamericana de la Salud). Contexto global del bienestar en Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. 1997: 31.
  17. Sarró B. Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat* 1984; 16:512-6.
  18. Beautrais Annette. Suicide prevention strategies. *AeJAMH* 2006; 5(1):1446-7984. ISSN:.[www.auseinet.com/journal](http://www.auseinet.com/journal).

- 
19. Guibert Reyes Wilfredo. La Promoción de salud ante el suicidio. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002; 18(1):33-45.
  20. Christiansen Erik, Borge Frank Jensen. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry* 2007; 41:257-265.
  21. Gutiérrez-García A, Contreras C, Orozco-Rodríguez R. El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental* 2006; 29(5): 66-74.
  22. Goodwin FK: Preventing inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(1):13.
  23. Kimberly A. Van Orden, Katherine A. Merrill and Thomas E. Joiner Jr. Interpersonal-Psychological Precursors to Suicidal Behavior: A Theory of Attempted and Completed Suicide. *Current Psychiatry Reviews* 2005; 1(2).
  24. Forster PL, Wu LH: Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. *Rev Psychiatry* 2002; 21:75-113.
  25. Bobes García J, Saiz-Martínez PA, González García-Portilla MP, Bousoño García M. Depresión y conducta suicida Madrid. *Aula Médica* 1997; 79-95.
  26. Gorwood P, Batel P, Ades J, Hamon M, Boni C. Serotonin transporter gene polymorphisms, alcoholism, and suicidal behavior. *Biol Psychiatry* 2000; 48:259-64.
  27. Chen YW, Dilsaver SC: Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorder relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996; 39:896-9.
  28. Sharma V. Atypical antipsychotics and suicide in mood and anxiety disorders. *Bipolar Disord* 2003;5(Supl.2):48-52.

- 
29. Sareen J, Houlahan T, Cox B, Asmundson G. Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the national Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis.* 2005 Jul; 193(7):450-4.
  30. Weisman M, Klerman G, Markowitz J, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med* 1989; 321:1209-14.
  31. Lepine J, Chignon J, Teherani M: Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:144-9.
  32. Allgulander C, Suicide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:708-12.
  33. Noyes R Jr. Suicide and panic disorder: a review. *J Affect Disord* 1991; 22:1–11.
  34. Placidi G, Oquendo M, Malone K, Brodsky B, Ellis S, Mann J. Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1614-8.
  35. Warshaw M, Dolan R, Keller M. Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *Am J psychiatry* 2000; 157:1876-8.
  36. Oquendo M, Brent D, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B. et al Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *Am J psychiatry* 2005; 162:560-6.

- 
37. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen H U, Kessler KS. Lifetime and 12 month prevalence of DSM III-R psychiatric disorder in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
  38. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048-60.
  39. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991; 21:713-21.
  40. Marshall R, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening E. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1467-73.
  41. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178:228-233.
  42. Gunnell D, Harbord R, Singleton N, Jenkins R, Lewis G. Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. *British Journal Psychiatry* 2004; 185:385-93.
  43. Arselault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4:37.
  44. Gonda X, Fountoulakis K, Kaprinis G, Rihmer Z. Review Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. *Annals General Psychiatry* 2007; 6: 23.



- 
45. Sudak H, Maxim K, Carpenter M. Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Academic Psychiatry* 2008; 32(2).