



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Castro-Díaz, Sergio; Gómez-Restrepo, Carlos; Gil, Fabián; Uribe Restrepo, Miguel;
Miranda, Carlos; de la Espriella, Mauricio; Arenas, Álvaro; Pinto, Diana

Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en
Colombia

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 42, núm. 1, diciembre, 2013, pp. 27-35

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

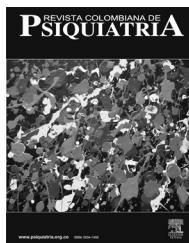
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80638951005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Artículo original

Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia



Sergio Castro-Díaz^{a,*}, Carlos Gómez-Restrepo^b, Fabián Gil^c, Miguel Uribe Restrepo^d, Carlos Miranda^e, Mauricio de la Espriella^f, Álvaro Arenas^g y Diana Pinto^h

^a Médico, residente de Psiquiatría de tercer año, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Médico psiquiatra, psicoanalista, epidemiólogo clínico, profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, director del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^c Estadístico y bioestadístico, profesor asistente del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^d Médico psiquiatra, psicoanalista, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^e Médico psiquiatra, director médico del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, profesor de la Universidad del Valle, Cali, Colombia

^f Médico psiquiatra, director médico de la Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Pasto. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Pasto, Colombia

^g Médico psiquiatra, director científico de la Clínica la Inmaculada. Instructor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^h Médica, magistra en Administración de Salud, DSc en Economía y Política de Salud Internacional. Profesora asociada del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESUMEN

Historia del artículo:

Recibido el 5 de octubre de 2013

Aceptado el 28 de noviembre de 2013

On-line el 5 de mayo de 2014

Palabras clave:

Factores de riesgo

Tercera edad

Depresión

Ideación suicida

Intentos suicidas

Introducción: La ideación suicida es un factor de mal pronóstico en depresión por el riesgo de intento de suicidio y suicidio consumado; sin embargo, es un aspecto que no ha sido estudiado lo suficiente en la población colombiana. Es importante conocer factores asociados para desarrollar estrategias adecuadas de tratamiento.

Objetivo: Identificar factores de riesgo para la ideación suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor entre los 18 y 65 años, en 5 ciudades de Colombia.

Método: Se empleó la información de 295 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor que participaron en el Estudio de Carga Económica de la Depresión en Colombia. La asociación de variables clínicas y psicosociales con la ideación suicida se evaluó por medio de modelos multinivel.

Resultados: El sexo femenino fue un factor asociado con un menor riesgo de ideación suicida. Los factores asociados con ideación suicida incluyen desempleo, consumo de cigarrillo y de alcohol en los últimos 30 días, percepción de la salud mental como regular o mala, diagnóstico de depresión doble, tratamiento intrahospitalario, bajos ingresos y haber sufrido una gran crisis financiera en los últimos 2 años.

Conclusiones: La ideación suicida es altamente prevalente en pacientes con trastorno depresivo mayor. Dentro de los factores de riesgo para ideación suicida se identifican elementos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergiomariocastro@gmail.com (S. Castro-Díaz).

clínico como psicosocial que deben ser abordados con especial cuidado en pacientes con este diagnóstico al momento de hacer una evaluación de riesgo.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Risk Factors for Suicidal Ideation in Patients with Depressive Disorders in Colombia

ABSTRACT

Keywords:
Risk factors
Elderly
Depression
Suicide ideas
Suicide attempts

Introduction: Suicidal ideation is a poor prognostic factor in patients with depression, due to the risk of suicide attempt or completed suicide. However, it is a relatively unexplored aspect in the Colombian population. It is important to identify the associated factors in order to develop appropriate treatment strategies.

Objective: To identify risk factors for suicidal ideation in patients with major depressive disorder between 18 and 65 years in 5 Colombian cities.

Methods: Data from 295 patients diagnosed with major depressive disorder were used from the Study of the Economic Burden of Depression in Colombia. The association between the clinical and psychosocial variables with the presence of suicidal ideation was assessed using two-level hierarchical models.

Results: Female sex was a factor associated with a lower risk of suicidal ideation. Factors associated with the presence of suicidal ideation include unemployment, smoking and alcohol use in the past 30 days, mental health perceived as fair or poor, diagnosis of double depression, inpatient treatment, low income, unemployment, and a major financial crisis in the last 2 years.

Conclusions: Suicidal ideation is highly prevalent in patients with major depressive disorder. Risk factors associated with both the clinical and psychosocial domain must be carefully evaluated during risk assessment of patients with this diagnosis.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La conducta suicida es uno de los posibles desenlaces de los trastornos mentales^{1,2} y probablemente el más temido, por el costo que significa para la sociedad^{3,4}. El espectro de la conducta suicida está compuesto por la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio.

Dentro de los diagnósticos psiquiátricos, los trastornos afectivos tienen gran importancia al momento de evaluar el riesgo de conductas suicidas. En un estudio multicéntrico realizado en 17 países se informó que el diagnóstico de cualquier trastorno afectivo aumenta de forma significativa las probabilidades de presentar ideación suicida (OR: 4,7; IC: 4,2-5,2), plan suicida (OR: 4,9; IC: 4,9-6,9) e intento suicida (OR: 5,9; IC: 5,0-7,1)⁵.

Sin embargo, la relación entre este espectro de conductas y los trastornos depresivos es compleja. No solo algunas de estas conductas hacen parte del espectro sintomático de la depresión y son altamente prevalentes en estos trastornos, sino que la depresión aumenta de manera independiente el riesgo de conducta suicida⁶.

Esto se hace más claro al observar cómo en algunas muestras de pacientes con depresión, el riesgo de suicidio consumado alcanza a ser 20 veces mayor que en la población general^{7,8}. En otros estudios se ha informado que la mortalidad por suicidio en los pacientes con depresión va del 2,2 al 8,6%⁹⁻¹⁴ y que la mayoría de suicidios consumados por personas con diagnóstico de depresión se realizaron en el primer intento¹⁵.

En referencia a los intentos y la ideación suicida, se ha visto que la proporción de pacientes con diagnóstico de depresión que han realizado al menos un intento a lo largo de la vida luego del primer episodio depresivo es cercana al 40%¹⁶. Mientras que la ideación de algún tipo se presenta entre el 47 y el 69% de los pacientes con este diagnóstico^{17,18}.

Al explorar los aspectos psicopatológicos de la relación que existe entre la conducta suicida y los trastornos depresivos, se ha sugerido el dolor psíquico como un factor de riesgo para la aparición de la primera¹⁹. Por un lado, este ha sido uno de los temas más frecuentemente expuestos en las cartas suicidas²⁰ y, por otro, el dolor psíquico informado por los pacientes con depresión ha sido descrito como peor que cualquier dolor físico experimentado previamente²¹. Algunos estudios han intentado medir esta relación y han concluido que un mayor dolor psíquico no solo se relaciona con la aparición de ideación y actos suicidas, sino con su intensidad y frecuencia²².

De esta manera, la conducta suicida en depresión puede verse como un continuum que inicia por la ideación suicida, pasa por el intento suicida y llega finalmente al suicidio consumado. Varios investigadores han informado diferentes factores de riesgo para el desarrollo de conductas de este tipo. Entre los riesgos informados, el antecedente de un intento previo y la ideación suicida sobresalen como los predictores más poderosos para la realización de un intento suicida o de un suicidio consumado²³.

Algo que ha resultado llamativo en el ámbito de la investigación es la bidireccionalidad que existe entre los intentos suicidas y la ideación suicida. Fergusson, en un estudio realizado en adultos jóvenes, informó que al menos un tercio de los participantes que tenían ideación suicida informaron un intento suicida dentro de sus antecedentes²⁴. Por otro lado, en un estudio realizado en una clínica ambulatoria, alrededor de la mitad de los participantes que informaron ideación suicida de larga data expusieron al menos un intento suicida¹⁶.

La ideación suicida también tiene consecuencias clínicas. En un estudio recientemente publicado se encontró una asociación con niveles más altos de marcadores inflamatorios de pacientes con depresión e ideación suicida, en comparación con aquellos que no presentaban ideación suicida²⁵. Los niveles más altos de marcadores inflamatorios en los trastornos depresivos se encuentran relacionados con peores desenlaces cardiovascular²⁶ y metabólico, como obesidad²⁷ y síndrome metabólico²⁸.

Respecto a los factores de riesgo o predictores de la ideación suicida, la mayoría de los estudios provienen de muestras de población psiquiátrica general^{29,30}. En estos, se han identificado como factores predictores de ideación suicida el dolor físico, deterioro funcional percibido²⁸, desempleo, juventud relativa³¹, comorbilidad con enfermedad somática^{32,33}, menor soporte social percibido²⁸ y sexo masculino. En los estudios que han evaluado la relación entre conducta suicida y depresión existe la tendencia a considerar solamente los intentos suicidas y los suicidios consumados. Los estudios que han estudiado la relación entre los trastornos depresivos y la ideación suicida son pocos. Sin embargo, en estos se han identificado estresores sociales y eventos vitales³⁴ como factores de riesgo.

Un mejor conocimiento de los factores asociados con la ideación suicida en los pacientes con depresión puede llevar a una mejor detección y reconocimiento temprano de los pacientes potencialmente suicidas³⁵, y, de esta manera, iniciar medidas de prevención de conducta suicida. El objetivo de este estudio es identificar factores ambientales, situacionales y demográficos relacionados con la ideación suicida sin plan suicida o ideación suicida con plan suicida en pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Materiales y métodos

Participantes y procedimientos

En el estudio general se decidió utilizar un análisis de carga de la enfermedad desde la perspectiva de la sociedad. Para obtener la información referente a costos de manejo hospitalario y ambulatorio en pacientes con depresión, se decidió aplicar una serie de entrevistas semiestructuradas. Una primera inicial y un seguimiento a los 6 y a los 12 meses.

En estas entrevistas se recolectaron, además de los datos necesarios para el cálculo de los costos de la enfermedad (gastos incurridos, tanto de carácter médico como no médico y gastos derivados de la discapacidad relacionada con la depresión), información general de los pacientes, información sobre el estado de salud de los pacientes, comorbilidades médicas y psiquiátricas, situación laboral y familiar, entre otros.

Para el diseño de estas entrevistas se formaron grupos focales entre los investigadores para definir las variables por incluir, el lenguaje que iban a utilizar los entrevistadores y el desarrollo de la base de datos posterior. Algunos aspectos de estas entrevistas se diseñaron a partir del Cuestionario de Salud y Desempeño en el Trabajo (*Health and Work Performance Questionnaire [HPQ]*), de la OMS³⁶; el *Depression Outcomes Module*, de la Universidad de Arkansas³⁷; el cuestionario de desenlaces socioeconómicos utilizado en el Proyecto Internacional de Depresión, y la Forma 65 para desenlaces socioeconómicos del *International Depression Project*³⁸.

La sección de interés para esta publicación se incluyó solamente en la primera entrevista e indagaba en los pacientes sobre la ideación suicida de la siguiente manera:

- Ausencia de ideación suicida.
- Ideación suicida sin plan para cometer suicidio.
- Ideación suicida con plan para cometer suicidio.

Se incluyó a pacientes entre los 18 y los 65 años, reclutados en 7 instituciones de 5 ciudades de Colombia, con diagnóstico de depresión mayor o depresión doble (distimia más depresión mayor), de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV TR y el CIE-10. Los centros provenían de instituciones de Medellín, Pasto, Ibagué, Cali y 3 de Bogotá (2 instituciones privadas y una pública).

Se excluyó a pacientes que no estaban en capacidad de responder a la encuesta (por ejemplo, pacientes con retardo mental, psicosis activa u otro trastorno orgánico que afectara la memoria, la confiabilidad de los datos o la comunicación eficaz), pacientes con enfermedades de otro tipo con discapacidad permanente o que fuera factible que en el corto plazo (antes de un año) pudieran fallecer. También, se excluyó a aquellos que no dieron su consentimiento informado para el seguimiento.

Los pacientes elegibles fueron contactados por un miembro del equipo, quien explicó los objetivos del estudio y los invitó a participar. A todo paciente se le solicitó su consentimiento informado para participar en el estudio y se le garantizó la confidencialidad de la información. En cada institución, el investigador responsable se encargó de los procesos de selección de los pacientes.

Para la realización de las entrevistas se hizo un entrenamiento a profesionales de la salud con conocimiento de medicina (residente de psiquiatría, profesional de psicología, estudiante de maestría en psicología clínica) y de manera simultánea se digitaban los datos obtenidos en las entrevistas para hacer una revisión en tiempo real ante cualquier dificultad presentada durante su diligenciamiento. Esta revisión estaba a cargo del asistente de investigación que efectuaba la coordinación de actividades de campo.

Análisis de los datos

La información del estudio original fue capturada en Microsoft Access® por doble digitación y posteriormente se conciliaron las inconsistencias del proceso. El análisis estadístico fue desarrollado con el programa Stata® (versión 13.1). En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables socio-demográficas y clínicas de los sujetos incluidos en la muestra,

con medidas de resumen y de tendencia central, de acuerdo con la ideación suicida de los sujetos (no tengo ninguna idea de suicidarme/tengo ideación suicida leve/tengo ideación suicida grave).

Para la identificación de factores independientes asociados con la ideación suicida se realizó, inicialmente, un análisis bivariado, empleando regresión logística multinomial, tomando como base el no tener ninguna idea de suicidarse. Los potenciales factores evaluados fueron las variables demográficas y sociales, y las condiciones de salud recolectadas en el formulario durante la entrevista. Se empleó un nivel de significación del 5% para la evaluación de las asociaciones y un nivel de confianza del 95% para el cálculo de los intervalos de confianza.

Una segunda etapa del análisis de asociación involucró las variables que se asociaron significativamente en el análisis bivariado, incluyéndolas conjuntamente como variables independientes en un modelo multivariado de regresión logística multinomial. La selección final de los factores en el modelo multivariado empleó técnicas de selección de variables (*backward y forward*), con probabilidades de entrada y salida de 0,05.

Resultados

Entre junio de 2008 y junio de 2009, 295 pacientes que asistieron a los servicios de hospitalización y de consulta externa de las instituciones participantes aceptaron hacer parte del estudio de carga económica de la depresión en Colombia. Seis pacientes debieron ser excluidos, debido a que no cumplían el criterio de edad para ingresar al estudio.

Variables demográficas

La edad promedio de los pacientes que aceptaron participar fue de 40,1 años, con una desviación estándar de 12,2 años. Las dos terceras partes del total de la muestra fueron personas de sexo femenino (65,3%), mientras que el estado civil de la mayoría fue soltero o casado. El 38,8% de los participantes tenía un nivel educativo de secundaria, mientras que cerca de un cuarto de los pacientes reportaron un nivel educativo universitario. Una descripción más detallada de las características demográficas se resume en la tabla 1.

Más de la mitad de los pacientes de nuestra muestra informaron tener ideación suicida de cualquier tipo en los últimos 7 días. Este grupo de pacientes fue dividido en el grupo de pacientes que presentaban ideación suicida sin un componente de plan para cometer suicidio (35,3% de la muestra total) y aquellos que presentaban un plan suicida (20,1% de la muestra total).

Análisis de las asociaciones

En el análisis de las asociaciones con variables demográficas y clínicas se observó una relación significativa entre la ideación suicida con las variables de género, ingreso económico, ocupación, consumo de alcohol en el último mes, consumo de cigarrillo en el último mes, salud física, salud mental, comorbilidad con distimia y sitio del tratamiento. No se encontró asociación con comorbilidades médicas informadas.

En el análisis de asociación con variables situacionales tampoco se encontró una asociación entre las situaciones estresantes en los últimos 2 años que fueron incluidas en nuestra entrevista e ideación suicida de cualquier tipo. Los resultados de este análisis bivariado, así como las situaciones estresantes, se encuentran resumidos en la tabla 2.

Los modelos de regresión logística con análisis multivariado que predicen la ideación suicida se presentan en la tabla 2. El sexo femenino fue el único factor asociado con una disminución del riesgo de presentar ideación suicida de cualquier tipo. Los factores más fuertemente asociados con la ideación suicida leve son el desempleo, consumo de cigarrillo en los últimos 30 días, percepción de la salud mental propia como regular o mala, depresión doble y encontrarse recibiendo tratamiento intrahospitalario. Dentro de los factores con mayor asociación con ideación suicida grave encontramos, además de todos los anteriores, remuneración laboral con uno o 2 salarios mínimos, desempleo, consumo de alcohol en los últimos 30 días y haber sufrido una gran crisis financiera en los últimos 2 años.

Discusión

El presente estudio muestra uno de los pocos datos de ideación suicida y sus factores asociados en una población colombiana con diagnóstico de trastorno depresivo. El primer hallazgo que resulta llamativo es la alta prevalencia (55,4%) de ideación suicida en esta muestra. Este es un hallazgo que se ha presentado de manera consistente en estudios de poblaciones similares de otros países^{28,39}.

Al encontrarse en más de la mitad de los sujetos, se puede afirmar que la ideación suicida es un síntoma frecuente en los pacientes con depresión; además, al ser tan frecuente, su relación con la gravedad de los síntomas no es clara. En algunos estudios su aparición se relacionó con una mayor gravedad del trastorno depresivo^{30,32,40}, pero la distribución de este hallazgo en relación con la prevalencia de cada nivel de gravedad hace pensar que puede tratarse más bien de un síntoma que podría pasar desapercibido en casos leves y moderados.

A diferencia de lo informado en la literatura^{41,42}, en nuestra muestra el sexo femenino fue un factor protector frente a la ideación suicida. La interpretación de estos resultados es compleja. Se proponen hipótesis a partir del control de factores de riesgo para el desarrollo de esta. La mayoría de las mujeres en el estudio se encontraban casadas o en unión libre, con una edad promedio mayor de la que se encuentra informada en la literatura y con presiones culturales frente a la importancia de la mujer y su rol en la familia. Otro posible factor determinante de estos resultados puede estar relacionado con la caracterización sintomática de la depresión. Un estudio⁴³ muestra que la desesperanza se relaciona directamente con la ideación suicida. Es posible que en las mujeres incluidas en el estudio, dicho síntoma no sea tan común como en otras muestras; sin embargo, el tipo de estudio utilizado no permite determinar cuáles son los factores asociados con este hallazgo.

Respecto a las comorbilidades psiquiátricas, se encontraron datos interesantes. Por un lado, no se observó ningún tipo de asociación entre la comorbilidad con trastornos de ansiedad y la ideación suicida, hallazgo que es frecuentemente

Tabla 1 – Distribución de datos demográficos y clínicos

| Variables | Sin ideación suicida | | Ideación suicida leve | | Ideación suicida grave | | p |
|---|----------------------|--------|-----------------------|-------|------------------------|-------|--------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Género* | | | | | | | 0,04 |
| Masculino | 38 | 38,38 | 33 | 33,33 | 28 | 28,28 | |
| Femenino | 88 | 47,83 | 67 | 36,41 | 29 | 15,77 | |
| Nivel educativo* | | | | | | | 0,007 |
| Ninguno | 1 | 33,33 | 2 | 66,67 | 0 | 0,00 | |
| Primaria | 26 | 44,07 | 20 | 33,90 | 13 | 22,03 | |
| Secundaria | 36 | 33,03 | 39 | 35,78 | 34 | 31,19 | |
| Técnico/tecnólogo | 14 | 48,28 | 12 | 41,38 | 3 | 10,34 | |
| Universitario | 41 | 56,94 | 24 | 33,33 | 7 | 9,72 | |
| Posgrado | 7 | 77,78 | 2 | 22,22 | 0 | 0,00 | |
| Estado civil | | | | | | | 0,85 |
| Soltero | 39 | 43,33 | 31 | 34,44 | 20 | 22,22 | |
| Casado | 46 | 50,55 | 30 | 32,97 | 15 | 16,48 | |
| Separado/divorciado | 20 | 40,82 | 16 | 32,65 | 13 | 26,53 | |
| Viudo | 6 | 42,86 | 6 | 42,86 | 2 | 14,29 | |
| Unión libre | 15 | 39,47 | 16 | 42,11 | 7 | 18,42 | |
| Vive con | | | | | | | 0,32 |
| Familia | 114 | 45,78 | 87 | 34,94 | 48 | 19,28 | |
| Solo | 9 | 33,33 | 9 | 33,00 | 9 | 33,33 | |
| Otros | 3 | 50,00 | 3 | 50,00 | 0 | 0,00 | |
| Salario mínimo legal vigente* | | | | | | | 0,033 |
| < 1 SMLV | 58 | 47,93 | 41 | 33,88 | 22 | 18,18 | |
| 1 o 2 SMLV | 30 | 31,91 | 38 | 40,43 | 26 | 27,66 | |
| 3 o más SMLV | 32 | 56,14 | 17 | 29,82 | 8 | 14,04 | |
| Ocupación* | | | | | | | 0,001 |
| Trabajador | 59 | 45,38 | 49 | 37,69 | 22 | 16,92 | |
| Desempleado | 6 | 16,67 | 14 | 38,89 | 16 | 44,44 | |
| Estudiante | 13 | 61,90 | 8 | 38,10 | 0 | 0,00 | |
| Otras | 43 | 53,09 | 22 | 27,16 | 16 | 19,75 | |
| Incapacitado | 5 | 35,71 | 6 | 42,86 | 3 | 21,43 | |
| Grupo etario | | | | | | | 0,11 |
| 16 a 25 | 20 | 40,00 | 16 | 32,00 | 14 | 28,00 | |
| 26 a 45 | 51 | 40,80 | 45 | 36,00 | 29 | 23,20 | |
| 46 o + | 55 | 51,40 | 39 | 36,45 | 13 | 12,15 | |
| Salud física* | | | | | | | <0,001 |
| Muy buena/buena | 60 | 53,57 | 36 | 32,14 | 16 | 14,29 | |
| Regular | 59 | 45,38 | 47 | 36,15 | 24 | 18,46 | |
| Mala/muy mala | 7 | 17,50 | 16 | 40,00 | 17 | 42,50 | |
| Salud mental* | | | | | | | <0,001 |
| Muy buena/buena | 41 | 70,69 | 11 | 18,97 | 6 | 10,34 | |
| Regular | 63 | 45,32 | 51 | 36,69 | 25 | 17,99 | |
| Mala/muy mala | 19 | 22,89 | 38 | 45,78 | 26 | 31,33 | |
| Diagnóstico de trastorno de pánico | 15 | 62,50 | 3 | 37,50 | 21 | 0,00 | 0,47 |
| Diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada | 13 | 50,00 | 8 | 30,77 | 5 | 19,23 | 0,85 |
| Diagnóstico de depresión doble* | 4 | 13,33 | 15 | 50,00 | 11 | 36,67 | <0,001 |
| Tratamiento* | | | | | | | <0,001 |
| Ambulatorio | 97 | 61,78 | 46 | 29,30 | 14 | 8,92 | |
| Hospitalización | 28 | 22,40 | 54 | 43,20 | 43 | 34,40 | |
| Enfermedades | | | | | | | |
| Hipertensión arterial | 19 | 59,38 | 10 | 31,25 | 3 | 9,38 | 1,44 |
| Diabetes mellitus | 3 | 50,00 | 2 | 33,33 | 1 | 16,67 | 1 |
| Artritis | 5 | 38,46 | 6 | 46,15 | 2 | 15,38 | 0,76 |
| Enfermedad coronaria/infarto | 3 | 60,00 | 2 | 40,00 | 0 | 0,00 | 0,72 |
| Asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 4 | 80,00 | 1 | 20,00 | 0 | 0,00 | 0,36 |
| Gastritis | 42 | 50,00 | 29 | 34,52 | 13 | 15,48 | 0,36 |
| Enfermedad tiroidea | 17 | 51,52 | 12 | 36,36 | 4 | 12,12 | 0,47 |
| Enfermedad oncológica | 2 | 100,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,68 |
| Epilepsia | 4 | 44,44 | 2 | 22,22 | 3 | 33,33 | 0,55 |
| Infección por VIH | 4 | 50,00 | 4 | 50,00 | 0 | 0,00 | 0,42 |

Tabla 1 – (continuación)

| Variables | Sin ideación suicida | Ideación suicida leve | Ideación suicida grave | p |
|--|----------------------|-----------------------|------------------------|-------|
| <i>Eventos desencadenantes</i> | | | | |
| Enfermedad seria, herida o agresión | 26 | 42,62 | 26 | 42,62 |
| Pariente cercano con enfermedad seria, herida o agresión | 28 | 52,83 | 17 | 32,08 |
| Muerte de familiar en primer grado | 11 | 50,00 | 9 | 40,91 |
| Muerte de amigo u otro pariente | 31 | 55,36 | 17 | 30,36 |
| Divorcio/separación | 22 | 40,00 | 20 | 36,36 |
| Término de relación amorosa estable | 28 | 43,75 | 24 | 37,50 |
| Problema serio con vecino o amigo | 29 | 55,88 | 19 | 33,33 |
| Perdió su empleo o buscó por más de un mes | 25 | 55,56 | 12 | 26,67 |
| Despedido del trabajo | 6 | 33,33 | 10 | 55,56 |
| Gran crisis financiera* | 46 | 54,12 | 28 | 32,94 |
| Problemas con la justicia o legales | 6 | 54,55 | 4 | 36,36 |
| Pérdida o robo de posesión valiosa | 16 | 48,48 | 12 | 36,36 |
| | | | | 0,79 |

* Diferencia sistemáticamente significativa $p \leq 0,05$.

informado en otros estudios. Se pueden plantear 2 hipótesis: la primera es que la ansiedad se relaciona con la aparición de intentos suicidas o suicidios consumados, mas no con la ideación suicida. Y una segunda posible razón es que la ansiedad que se presenta y se relaciona con la conducta suicida lo hace en el contexto de pacientes con rasgos de personalidad particulares, como impulsividad y agresividad^{40,44}. De acuerdo con los hallazgos del estudio de Nock, es más probable que esté relacionado con la segunda razón. Ya que se observó que en países de ingresos bajos y medianos la ideación suicida está relacionada con la impulsividad⁵.

Por otro lado, se encontró asociación entre la comorbilidad con distimia y la ideación suicida; este es el factor más fuertemente relacionado tanto en el análisis bivariado como en el multivariado. En la actualidad, se conoce que la depresión doble es indicadora de un peor pronóstico y de una mayor gravedad en los síntomas^{42,45}. Estos hallazgos son novedosos en este tipo de población, ya que no han sido informados por otros estudios en nuestro conocimiento. Además, muestran que los pacientes con distimia al momento de presentar un episodio depresivo tienen mayor riesgo de conducta suicida y requieren mayor atención por parte del clínico.

El consumo de alcohol y cigarrillo puede llegar a constituir una comorbilidad psiquiátrica que ha sido descrita como un factor de riesgo importante para el desarrollo de ideación suicida, tanto en pacientes con diagnóstico de depresión^{28,46,47} como en población psiquiátrica en general^{17,48-50}. En nuestro estudio, esta relación es clara, especialmente con el consumo de cigarrillo. Para explicar este fenómeno se han propuesto varias hipótesis, dentro de las que se incluyen la vulnerabilidad genética del sistema serotoninérgico hacia un mal funcionamiento de este^{51,52}, los efectos de la nicotina en el aumento de los niveles de serotonina en la corteza frontal en el corto plazo, pero una disminución de estos con su uso crónico⁵³, e incluso rasgos de personalidad comunes al consumo de cigarrillo y la tendencia a la conducta suicida^{54,55}.

Los resultados de este estudio mostraron que el consumo de alcohol en pacientes con diagnóstico de depresión se relacionó solamente con la ideación suicida grave. Este hallazgo es importante, pues el consumo de alcohol es un predictor importante para la realización de intentos suicidas⁵⁶. Esto podría

interpretarse como una conducta de riesgo que algunos proponen como parte del espectro de conductas suicidas que se presentan en el trastorno depresivo⁵⁷.

La evidencia respecto a las comorbilidades médicas y su relación con ideación suicida es contradictoria. Por un lado, se encuentran estudios que informan una asociación entre estas^{31,32}, mientras que hay otros estudios³⁸ que no la encontraron. El estudio se encuentra en la línea de aquellos que no encontraron ningún tipo de asociación. Al igual que en otros estudios, esto puede deberse a que los participantes tuvieron una edad promedio menor y también a que estos pacientes se consideraron a sí mismos con mejor estado de salud.

La asociación entre los estresores económicos y el riesgo de suicidio que se observó es un hallazgo que se ha informado en estudios en población general⁵⁸. Estos datos son novedosos y exploran cómo ciertos estresores pueden influir en la percepción del sujeto de sus propios síntomas y cómo llevarían de alguna manera a un bajo funcionamiento social, que también se ha visto relacionado con las conductas suicidas.

Finalmente, el hecho de observar una asociación clara entre la ideación suicida y una percepción de peor estado general de salud mental y mayor riesgo de tratamiento intrahospitalario habla del carácter propio generador de sufrimiento emocional que trae consigo la ideación suicida, por lo cual debe abordarse y darle la importancia propia que se merece no solo como factor predictor de intento de suicidio y suicidio consumado, sino como un factor predictor de mayor discapacidad en estos individuos.

Aunque el presente estudio brinda elementos importantes desde el punto de vista psicopatológico, sus resultados deben ser interpretados teniendo en cuenta sus limitaciones. La primera de ellas es que el carácter transversal del estudio impide observar relaciones causales y los hallazgos necesitan ser confirmados por medio de estudios longitudinales. Además, no se utilizó un instrumento específico para cuantificar la ideación suicida; tampoco se tomaron en cuenta el nivel de gravedad del trastorno depresivo ni la fase del tratamiento del paciente para el análisis de los resultados. Para terminar, la muestra proviene de pacientes que consultan hospitales psiquiátricos, cuyas características pueden ser diferentes de aquellos que son atendidos en otro tipo de instituciones.

Tabla 2 – Factores de riesgo para desarrollo de ideación suicida

| Variable | Análisis bivariado | | | | | | Análisis multivariado | | | | | |
|--|-----------------------|-------|-------|------------------------|------|-------|-----------------------|-------|-------|------------------------|------|-------|
| | Ideación suicida leve | | | Ideación suicida grave | | | Ideación suicida leve | | | Ideación suicida grave | | |
| | OR | IC95% | OR | IC95% | OR | IC95% | OR | IC95% | OR | IC95% | OR | IC95% |
| Sexo | | | | | | | | | | | | |
| Femenino | 0,88 | 0,50 | 1,54 | 0,45 | 0,23 | 0,85 | 0,89 | 0,45 | 1,75 | 0,37 | 0,17 | 0,83 |
| Estado civil | | | | | | | | | | | | |
| Separado/divorciado | 1,01 | 0,45 | 2,26 | 1,27 | 0,52 | 3,06 | - | - | - | - | - | - |
| Casado | 0,82 | 0,42 | 1,59 | 0,64 | 0,29 | 1,41 | - | - | - | - | - | - |
| Viudo | 1,26 | 0,37 | 4,29 | 0,65 | 0,12 | 3,52 | - | - | - | - | - | - |
| Unión libre | 1,34 | 0,57 | 3,13 | 0,91 | 0,32 | 2,59 | - | - | - | - | - | - |
| Con quién vive | | | | | | | | | | | | |
| Familia | 0,76 | 0,29 | 2,00 | 0,42 | 0,16 | 1,13 | - | - | - | - | - | - |
| Otros | 1,00 | 0,16 | 6,35 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - | - | - | - |
| Salario | | | | | | | | | | | | |
| 1 o 2 SLMV | 1,79 | 0,96 | 3,34 | 2,28 | 0,26 | 1,65 | - | - | - | - | - | - |
| 3 o más SLMV | 0,75 | 0,37 | 1,53 | 0,66 | 0,23 | 0,62 | - | - | - | - | - | - |
| Situación laboral | | | | | | | | | | | | |
| Desempleado | 2,81 | 1,00 | 7,86 | 7,15 | 2,48 | 20,61 | - | - | - | - | - | - |
| Estudiante | 0,74 | 0,28 | 1,93 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - | - | - | - |
| Incapacitado | 1,44 | 0,42 | 5,02 | 1,61 | 0,35 | 7,30 | - | - | - | - | - | - |
| Otras | 0,62 | 0,33 | 1,17 | 1,00 | 0,47 | 2,12 | - | - | - | - | - | - |
| Consumo de alcohol últimos 30 días | | | | | | | | | | | | |
| Consumo de cigarrillo últimos 30 días | 1,97 | 0,95 | 4,05 | 3,14 | 1,44 | 6,88 | - | - | - | - | - | - |
| Eventos desencadenantes (vs. No) | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad seria, herida o agresión | 1,35 | 0,73 | 2,51 | 0,72 | 0,31 | 1,66 | - | - | - | - | - | - |
| Pariente cercano con enfermedad seria, herida o agresión | 0,72 | 0,37 | 1,40 | 0,57 | 0,24 | 1,35 | - | - | - | - | - | - |
| Muerte de familiar en primer grado | 1,03 | 0,41 | 2,60 | 0,38 | 0,08 | 1,77 | - | - | - | - | - | - |
| Muerte de amigo u otro pariente | 0,63 | 0,32 | 1,22 | 0,50 | 0,21 | 1,17 | - | - | - | - | - | - |
| Divorcio/separación | 1,18 | 0,60 | 2,31 | 1,40 | 0,65 | 3,02 | - | - | - | - | - | - |
| Término de relación amorosa estable | 1,11 | 0,59 | 2,06 | 0,93 | 0,44 | 2,00 | - | - | - | - | - | - |
| Problema serio con vecino o amigo | 0,78 | 0,41 | 1,50 | 0,63 | 0,28 | 1,43 | - | - | - | - | - | - |
| Perdió su empleo o buscó por más de un mes | 0,55 | 0,26 | 1,16 | 0,66 | 0,28 | 1,57 | - | - | - | - | - | - |
| Despedido del trabajo | 2,22 | 0,78 | 6,34 | 0,73 | 0,14 | 3,72 | - | - | - | - | - | - |
| Gran crisis financiera | 0,68 | 0,38 | 1,19 | 0,42 | 0,20 | 0,88 | - | - | - | - | - | - |
| Problemas con la justicia o legales | 0,83 | 0,23 | 3,04 | 0,36 | 0,04 | 3,04 | - | - | - | - | - | - |
| Pérdida o robo de posesión valiosa | 0,94 | 0,42 | 2,08 | 0,66 | 0,23 | 1,90 | - | - | - | - | - | - |
| Salud física | | | | | | | | | | | | |
| Regular | 3,02 | 1,41 | 6,46 | 2,71 | 1,02 | 7,18 | 4,39 | 1,79 | 10,76 | 3,73 | 1,19 | 11,71 |
| Mala/muy mala | 7,45 | 3,14 | 17,68 | 9,35 | 3,30 | 26,48 | 11,55 | 4,22 | 31,56 | 16,17 | 4,71 | 55,55 |
| Enfermedades (vs. No) | | | | | | | | | | | | |
| Hipertensión arterial | 0,63 | 0,28 | 1,41 | 0,31 | 0,09 | 1,10 | - | - | - | - | - | - |
| Diabetes mellitus | 0,84 | 0,14 | 5,11 | 0,73 | 0,07 | 7,19 | - | - | - | - | - | - |
| Artritis | 1,54 | 0,46 | 5,22 | 0,88 | 0,17 | 4,68 | - | - | - | - | - | - |
| Enfermedad coronaria/infarto | 0,84 | 0,14 | 5,11 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 0,31 | 0,03 | 2,80 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Gastritis | 0,82 | 0,46 | 1,44 | 0,59 | 0,29 | 1,22 | - | - | - | - | - | - |
| Enfermedad tiroidea | 0,87 | 0,40 | 1,93 | 0,48 | 0,16 | 1,51 | - | - | - | - | - | - |
| Enfermedad oncológica | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - | - | - | - |
| Epilepsia | 0,62 | 0,11 | 3,47 | 1,69 | 0,37 | 7,83 | - | - | - | - | - | - |
| Infeccción por VIH | 1,27 | 0,31 | 5,21 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tuberculosis/lepra/malaria | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Enfermedad cerebrovascular | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Diagnóstico de trastorno de pánico (vs. No) | 0,75 | 0,17 | 3,21 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (vs. No) | 0,76 | 0,30 | 1,90 | 0,84 | 0,28 | 2,47 | - | - | - | - | - | - |
| Diagnóstico de depresión doble (vs. No) | 5,38 | 1,73 | 16,78 | 7,29 | 2,21 | 24,06 | 5,81 | 1,57 | 21,54 | 7,32 | 1,69 | 31,62 |
| Manejo intrahospitalario | 4,07 | 2,29 | 7,23 | 10,64 | 5,10 | 22,19 | 5,87 | 2,98 | 11,56 | 13,77 | 5,88 | 32,25 |

Conclusiones

La ideación suicida es altamente prevalente en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Dentro de los factores de riesgo se incluyen elementos de dominio tanto clínico como psicosocial, que deben ser abordados con mayor cautela en pacientes con este diagnóstico, especialmente al momento de hacer una evaluación de riesgo. La ideación suicida, independientemente de su nivel de gravedad, está relacionada con una percepción negativa de su estado de salud mental y, por lo tanto, con el estado global del paciente.

Conflictos de intereses

Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Agradecimientos

La ejecución del estudio fue posible gracias a la financiación de Colciencias, mediante el contrato 326-2007. Se agradece la contribución de Roberto Estévez y Andrea Chaux, como asistentes de investigación y por la recolección de la información.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harris EC, Barracough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-28.
2. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007;101:27-34.
3. Ajetunmobi O, Taylor M, Stockton D, Wood R. Early death in those previously hospitalised for mental healthcare in Scotland: A nationwide cohort study, 1986-2010. *BMJ Open*. 2013, doi: 10.1136/bmjopen-2013-002768.
4. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine H, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013, doi:pii: S0140-6736(13)61611-6.
5. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192:98-105.
6. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*. 2005;293:2487-95.
7. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekbom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:844-50.
8. Høyer EH, Mortensen PB, Olesen AV. Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993. *Br J Psychiatry*. 2000;176:76-82.
9. Simon GE, von Korff M. Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *Am J Epidemiol*. 1998;147:155-60.
10. Blair-West GW, Cantor CH, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML. Lifetime suicide risk in major depression: Sex and age determinants. *J Affect Disord*. 1999;55:171-8.
11. Boardman AP, Healy D. Modelling suicide risk in affective disorders. *Eur Psychiatry*. 2001;16:400-5.
12. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1925-32.
13. Brådvik L, Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P. Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947-1997: severity and gender. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;117:185-91.
14. Inskip HM, Harris EC, Barracough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998;172:35-7.
15. Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry*. 1994;151:530-6.
16. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord*. 1995;34:173-85.
17. Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, Kaplan ML, van Praag HM, Harkavy-Friedman JM. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients I: Description and prevalence. *Am J Psychiatry*. 1993;150:108-12.
18. Bronisch T, Wittchen HU. Suicidal ideation and suicide attempts: Comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1994;244:93-8.
19. Shneidman E. The suicidal mind. Oxford: Oxford University Press; 1996.
20. Valente SM. Messages of psychiatric patients who attempted or committed suicide. *Clin Nurs Res*. 1994;3:316-33.
21. Osmond H, Mullaly R, Bisbee C. The pain of depression compared with physical pain. *Practitioner*. 1984;228:849-53.
22. Olié E, Guillaume S, Jaussent I, Courtelet P, Jollant F. Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *J Affect Disord*. 2010;120:226-30.
23. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114:151-8.
24. Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med*. 2003;33:61-73.
25. O'Donovan A, Rush G, Hoatam G, Hughes BM, McCrohan A, Kelleher C, et al. Suicidal ideation is associated with elevated inflammation in patients with major depressive disorder. *Depress Anxiety*. 2013;30:307-14.
26. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: Evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med*. 2004;66:305-15.
27. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:220-9.
28. Pan A, Keum N, Okereke OI, Sun Q, Kivimaki M, Rubin RR, et al. Bidirectional association between depression and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Diabetes Care*. 2012;35:1171-80.
29. Sokero TP, Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:1094-100.
30. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 2:57-62.
31. Schulberg HC, Lee PW, Bruce ML, Raue PJ, Lefever JJ, Williams Jr JW, et al. Suicidal ideation and risk levels among primary care patients with uncomplicated depression. *Ann Fam Med*. 2005;3:523-8.

32. Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL. Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med.* 2003;65:501-5.
33. Unützer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams Jr JW, Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:1550-6.
34. Monroe SM, Harkness K, Simons AD, Thase ME. Life stress and the symptoms of major depression. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189:168-75.
35. Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, Sirey JA, Kakuma T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:1048-53.
36. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKenas D, et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med.* 2003;45:156-74.
37. Kramer TL, Smith GR, D'Arezzo KW, Card-Higginson P. Depression outcomes module. The guide to behavioral health outcomes management systems. University of Arkansas for Medical Sciences. Little Rock AR. 2000;71-83.
38. Gómez-Restrepo C, Bohórquez Peñaranda A, Okuda Benavides M, Gil Laverde JF, Sanchez Díaz N. Primary care physician satisfaction with patients diagnosed with depression: International depression project results from Colombia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:283-9.
39. Gensichen J, Teising A, König J, Gerlach FM, Petersen JJ. Predictors of suicidal ideation in depressive primary care patients. *J Affect Disord.* 2010;125:124-7.
40. Pfaff JJ, Almeida OP. Detecting suicidal ideation in older patients: Identifying risk factors within the general practice setting. *Br J Gen Pract.* 2005;55:269-73.
41. Oquendo MA, Bongiovanni ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: A prospective study. *Am J Psychiatry.* 2007;164:134-41.
42. Klein DN, Shankman SA, Rose S. Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am J Psychiatry.* 2006;163:872-80.
43. Soker P, Eerola M, Rytälä H, Melartin T, Leskelä U, Lestelä-Mielonen P, et al. Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness. *J Affect Disord.* 2006;95:95-102.
44. Dumais A, Lessage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky 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.
45. Keller MB, Lavori PW, Endicott J, Coryell W, Klerman GL. Double depression: Two-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 1983;140:689-94.
46. Schaffer A, Levitt AJ, Bagby RM, Kennedy SH, Levitan RD, Joffe RT. Suicidal ideation in major depression: Sex differences and impact of comorbid anxiety. *Can J Psychiatry.* 2000;45:822-6.
47. Pages KP, Russo JE, Roy-Byrne PP, Ries RK, Cowley DS. Determinants of suicidal ideation: The role of substance use disorders. *J Clin Psychiatry.* 1997;58:510-5, quiz 516-7.
48. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med.* 2000;30:23-39.
49. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:837-46.
50. Park HS, Schepp KG, Jang EH, Koo HY. Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *J Sch Health.* 2006;76:181-8.
51. Lerman C, Caporaso NE, Bush A, Zheng YL, Audrain J, Main D, et al. Tryptophan hydroxylase gene variant and smoking behavior. *Am J Med Genet.* 2001;105:518-20.
52. Reuter M, Hennig J. Pleiotropic effect of the TPH A779C polymorphism on nicotine dependence and personality. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2005;134B:20-4.
53. Kenny PJ, File SE, Rattray M. Nicotine regulates 5-HT(1A) receptor gene expression in the cerebral cortex and dorsal hippocampus. *Eur J Neurosci.* 2001;13:1267-71.
54. Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF, Vincent ML. Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *Am J Public Health.* 1993;83:179-84.
55. Angst J, Clayton PJ. Personality, smoking and suicide: A prospective study. *J Affect Disord.* 1998;51:55-62.
56. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: A literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:1725-36.
57. Husky MM, Guignard R, Beck F, Michel G. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *J Affect Disord.* 2013;151:1059-65.
58. Pérez-Olmos I, Ibáñez-Pinilla M, Reyes-Figueroa JC, Atuesta-Fajardo JY, Suárez-Díaz MJ. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. *Rev Salud Pública.* 2008;10:374-85.