

Factores de riesgo relacionados con el suicidio en la ciudad de Cartagena de Indias

2010- 2011 y 2012

Giselle Bolaño Ramírez

Universidad Tecnológica de Bolívar

Tabla de contenido

Resumen.....	4
Disciplina científica.....	5
Entidades interesadas	6
Justificación del problema.....	7
Marco teórico.....	12
Suicidio: teorías y mitos	12
Intento de suicidio.....	15
Características Sociodemográficas.....	16
Factores psicosociales y ambientales.....	17
Hallazgos clínicos específicos	20
Comorbilidad	22
Rasgos de personalidad	23
Redes de apoyo.....	25
Descripción del problema.....	28
Objetivos	33
General.....	33
Específicos	33
Hipótesis	34
Metodología.....	35
Diseño	35
Participantes.....	35
Criterios de inclusión.....	36
Criterios de exclusión.....	36
Instrumento.....	36
Definición operacional.....	37
Procedimiento.....	37
Consideraciones éticas.....	38
Resultados.....	39

Resultados descriptivos	39
Perfil de intentos de suicidio 2010	39
Perfil de intentos de suicidio 2011	45
Perfil de intentos de suicidio 2012	51
Perfil de intentos de suicidio 2010 – 2011 – 2012.....	57
Resultados Coeficiente de contingencia	63
Resultados correlacionales 2010	63
Resultados correlacionales 2011	67
Resultados correlacionales 2012	74
Resultados correlaciones 2010 – 2011 – 2012.....	79
Discusión.....	86
Recomendaciones.....	94
Bibliografía.....	96
Anexos.....	111
Anexo 1	112
Anexo 2	117
Anexo 3	124

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo realizar un perfil de características sociodemográficas y clínicas con mayor prevalencia en la conducta suicida en la ciudad de Cartagena de Indias. Es un estudio descriptivo que contó con las valoraciones de factores de riesgo realizadas por el equipo de salud mental del CRUE - DADIS en los años 2010 (60 intentos de suicidio), 2011 (90 intentos de suicidio) y 2012 (67 intentos de suicidio) y se empleó la descripción de frecuencias y el coeficiente de contingencia para buscar asociaciones entre variables sociodemográficas y clínicas. Los resultados revelaron que las mujeres son quienes mayor intentaron el suicidio, las edades con mayor frecuencia se mantuvieron entre los 11 y los 30 años, con una prevalencia del estado civil soltero y ocupación de estudiantes y desempleados. Los problemas que más aquejaron a estas personas fueron los relativos al grupo primario, ambiente social y económicos. La sintomatología clínica que más se presentó fueron la desesperanza, desamparo, ansiedad, baja auto estima y disforia; y el rasgo de personalidad más prominente fue la dependencia. La mayoría tenían al menos un intento de suicidio previo y el método más usado fue la intoxicación por químicos varios, medicamentos y raticidas. La mayoría de los hallazgos encontrados en esta investigación están apoyados en la literatura, sin embargo la ciudad de Cartagena de indias posee factores de riesgo característicos, por tanto se recomienda desde el DADIS y la Universidad Tecnológica de Bolívar emprender acciones preventivas que correspondan a las necesidades de la población.

Palabras clave: conducta suicida, hombres, mujeres, problemas psicosociales, síntomas clínicos, rasgos de personalidad y comorbilidad.

Disciplina científica

Psicología

Entidades interesadas

Los resultados de esta investigación beneficiaran directamente al Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) en dos de sus áreas de trabajo, siendo en primer lugar el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres debido a que este es el lugar operativo donde se regula a los pacientes que ingresan al servicio de urgencias por intentos de suicidio, lugar en el cual se realiza el primer acercamiento con el paciente; y en segundo lugar el área de Salud Pública la cual se encarga del seguimiento a estos pacientes, velando por su recuperación y bienestar. Es de anotar que a través de estas dos áreas de trabajo se mejorara la atención en urgencias al paciente suicida, así como las intervenciones realizadas luego de su estadía en los centros de salud mental y posterior seguimiento.

Así mismo este trabajo beneficiara a la Universidad Tecnológica de Bolívar en su política de responsabilidad social, la cual tiene como misión tener en cuenta las preocupaciones, necesidades y expectativas de la sociedad, visionando para el año 2014 la inclusión de proyectos de gran impacto para la transformación del entorno, mejorando así la calidad de vida de la comunidad Cartagenera.

Justificación del problema

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2012) la tasa global de suicidios en los últimos 45 años se ha acrecentado en un 60%, y aun siendo más alarmante cada 40 segundos en el mundo hay alguien que se quita la vida. Por su parte el programa de acción para superar las brechas en salud mental de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (2009) han identificado el suicidio como una de las enfermedades con mayor prioridad en el área de la salud debido a los altos costos de mortalidad, morbilidad y discapacidad que este genera, asociándose a su vez con violaciones de los derechos humanos.

Estos datos corroboran la información de la OMS del año 1976, en la que afirma que si bien las tasas de suicidio a veces se mantienen constantes o van en aumento, más que el número de suicidios es importante considerar factores como el sexo, la edad, clase social y estado civil que fluctúan de un año a otro. También ha existido intentos fallidos por intentar explicar el suicidio en relación con factores como situación económica, costumbres sociales, raza, clima, religión entre otros; y aunque las acciones que ha emprendido la OMS para creación de programas de intervención eficaces para los pacientes suicidas está justificada, debería ser aún más importante las investigaciones que se centren en considerar los factores que se asocian a la conducta suicida identificando grupos de población o individuos con mayor riesgo dentro de una sociedad, ya que las tasas de suicidios e intentos que se conocen están muchas veces por debajo de las tasas reales.

Herrero, Melis y Negrero (2010) consideran que si bien las acciones preventivas para el sector salud a nivel internacional deben centrarse en reducir las tasas de suicidio primero deben tener claro que el reto es poder identificar qué factores hacen más proclives a los individuos hacia este flagelo, y es aún más significativo para los países que los estudios se realicen también a nivel local debido a que existen factores particulares en función de la cultura, los valores, las creencias religiosas que aumentan la probabilidad del suicidio en los individuos; por lo que es de gran utilidad tener en cuenta que los factores de riesgo representan rasgos individuales, lo que para uno simboliza un riesgo, para otro puede no simbolizar problema alguno. Estos avances permiten vigorizar las estrategias promocionales en salud mental y prevención del suicidio con un apoyo intersectorial como entidades que velan por la salud, defensoría del pueblo, fiscalía, medicina legal y entidades militares (Arias, et al, 2007; Cabra, Infante & Sossa, 2010; Castro, Oswaldo & Paul, 2006, Tuesca & Molina, 2003).

Guibert (2002) propone que en lo que respecta al área de la promoción en salud relacionada con el problema del suicidio, la concentración del trabajo debe estar guiada a la creación de condiciones psicosociales que favorezcan la participación de la sociedad como actores sociales para la promoción de su propia salud, creando una mentalidad positiva promoviendo y manteniendo conductas saludables y erradicando las no saludables.

La investigación de los factores asociados al suicidio ha sido el foco de atención de muchos autores y de entidades a nivel local, nacional e internacional, una de ellas la Organización Mundial de la Salud, quien considera que la prevención del suicidio es

una tarea interdisciplinaria que requiere la participación de la comunidad en general, por tal razón esta entidad reunió un grupo de expertos quienes crearon diferentes documentos guía para la prevención del suicidio y estimación del riesgo suicida. Estos documentos van dirigidos a médicos generalistas, profesionales en el área de la comunicación, docentes y personal que labora en instituciones educativas, trabajadores de la atención primaria en salud, personal que labora en las cárceles, bomberos, policías, socorristas, consejeros, entre otros, enseñando desde su área de trabajo como realizar el respectivo abordaje al paciente suicida y cómo prevenir que este tipo de conductas sigan en aumento (OMS, 2000a, 2000b, 2000c, 2000d, 2001, 2006a, 2006b & 2009).

Si bien todo lo hasta aquí expuesto es fundamental para las investigaciones sobre el suicidio, también los gobiernos con el pasar de los años y las transformaciones de la sociedad, han acrecentado la importancia de la salud mental en los individuos creando leyes que permiten la promoción y prevención de esta como las que se conocerán a continuación.

Es así como en los años 2003 y 2006c la OMS ha emitido manuales que legislan la salud mental, en estos se ratifica que para los gobiernos es ventajoso permitir investigación para las personas que sufren determinados cuadros y elaborar datos estadísticos que permitan conocer más a fondo los diferentes factores de riesgo en salud mental, teniendo en cuenta el suicidio, ya que dentro de sus objetivos está la protección de grupos vulnerables hacia diferentes flagelos que pueden poner en riesgo su salud mental.

Considerando también que a través de este tipo de investigaciones se mejoran las políticas de salud mental en sus diferentes componentes: sensibilización, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de todos los ciudadanos que necesitan mantener o mejorar su salud mental (OMS, 2001).

En lo que respecta a las políticas nacionales sobre salud mental en Colombia el pasado 21 de enero de 2013 se aprobó la ley n° 1616 la cual considera la salud mental como derecho fundamental el cual contribuye al bienestar general y mejoramiento de la calidad de vida de los Colombianos, cuyo fin es que a través del ministerio de Salud se mejore el sistema de salud teniendo en cuenta como factor primordial la salud mental orientada hacia procesos de transformación de la atención integral e integrada en salud mental según las necesidades de cada quien.

Así mismo es necesario que mediante la salud pública se realice promoción y prevención de la salud mental, se desarrollen programas de intervención eficaces encaminados al reconocimiento temprano de los factores de riesgo, como también el reforzamiento de los factores protectores necesarios para desarrollar habilidades y destrezas en resolución de problemas. Es por ello que el gobierno nacional debería priorizar las acciones preventivas de las conductas suicidas, el hostigamiento, el matoneo escolar, el consumo de sustancias psicoactivas entre otras, a las cuales deben realizarse seguimiento, evaluación de impacto y registro, ya que por medio de la gestión investigativa, los nuevos conocimientos derivados de esta y la innovación, se mejoren continuamente los planes de acción.

Este tipo de investigaciones como lo sugiere esta ley trae consigo diferentes beneficios, entre los cuales esta: la mejora de la calidad de vida, la salud mental y física, acciones preventivas eficaces en el área de la salud mental, reducción de las tasas de suicidio y de sus respectivos intentos, identificación oportuna del paciente suicida, menores gastos por hospitalizaciones y tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos y también el aumento del número de años de vida productivos. (Avila & Velarde, 2002; Ayala, Dussan, Pérez & Rodríguez, 2007; Manzo, 2005; OMS & OPS, 2009).

Marco teórico

Suicidio: teorías y mitos

El suicidio se considera un comportamiento que requiere de diferentes etapas como el pensamiento, el intento y la consumación del acto que se realiza mediante la agresión intencionada de sí mismo con conocimiento de su letalidad. La persona se provoca un daño físico que puede ser fatal, poniendo en peligro su integridad, requiriendo una atención médica especializada no solo para controlar los daños orgánicos que se han producido, sino también una atención psiquiátrica para evaluar y manejar los daños mentales presentes en la persona con este tipo de conducta (Campo, Borrero, García, Patiño & Valencia, 2011).

Aunque el suicidio es una problemática mundial de salud mental que se ha venido acrecentando con el pasar de los años, es un flagelo que viene desde épocas históricas, que genera en las distintas sociedades actitudes y respuestas disimiles que varían de acuerdo a principios filosóficos, religiosos e intelectuales (García & Peralta, 2002; Rocha, citado por Ojeda & Villalobos, 2011), es así como la sociedad se ha encargado de crear un estigma hacia el suicidio, aludiendo que quien lo realiza padece de desórdenes mentales, asumiendo una actitud de lastima hacia quien toma esta decisión. Por consiguiente, el suicidio se considera una “mala elección”, debido a que se aleja de lo socialmente aceptable, ya que la persona interfiere con el proceso natural de la muerte (Manzo, 2005).

Investigaciones científicas han encontrado que la conducta suicida es un proceso que comprende la ideación suicida mediante diferentes expresiones como amenazas, gestos, intentos, llegando hasta la consumación del suicidio; cualquiera de estos indicadores compone un signo que el individuo presenta, estimado según especialistas de alto riesgo y que requiere para su entendimiento la interdisciplinariedad integral, abarcando agentes individuales, sociales y familiares (Guibert & Torres, 2001).

Villalobos (2009) en sus investigaciones describe el concepto de espectro suicida para referir que las conductas suicidas atraviesan diversas etapas de menor a mayor complejidad, empezando por la ideación suicida en la cual el sujeto piensa y articula el plan suicida, pasando luego a la tentativa o intento suicida en la que ejecuta actos con consecuencias no fatales cuya pretensión es la auto agresión y cambios a través de los resultados que tales actos pueden llegar a tener; y por último está el suicidio cuyo objetivo final es la autoeliminación.

Pero más que basarse en la conducta suicida, De Zubiria (2007) considera que se debe profundizar en las condiciones psico evolutivas que predisponen al suicidio: la incompetencia intrapersonal, la incompetencia interpersonal y la autofragilidad. La primera hace referencia a la ausencia de la capacidad de un individuo para conocer y aceptar sus cualidades; la segunda a la soledad o poca capacidad de una persona para establecer relaciones con el medio que lo rodea y la ultima en la cual el individuo no tiene la capacidad para enfrentar las diferentes y frecuentes problemáticas de la vida, y aún más indefenso ante los diferentes eventos vitales, ocasionando que ante cualquier problemática de baja intensidad se active el espectro suicida. En medida que se detecta

a tiempo la ausencia de estas capacidades, se facilita el diseño de programas educativos en prevención del suicidio, propiciando en quienes lo reciben una enseñanza para el abordaje y afrontamiento de situaciones complejas.

Otro aspecto a resaltar acerca de la conducta suicida, son los mitos que la rodean, creados por la sociedad y culturalmente aceptados aunque carezcan de veracidad científica, actuando como obstáculos para la prevención de este flagelo, siendo necesaria su erradicación. Algunos de estos mitos son: “el que se quiere matar no dice”, “el que dice no lo hace”, “los que intentan suicidarse no desean morir, solo hacen alarde”, “el sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer”, “todo el que intenta el suicidio está en peligro toda su vida” entre muchos otros; sin embargo dos llaman especialmente la atención: uno de ellos es “si en verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren” porque se incurre en el delito calificado como auxilio al suicida penalizado a través del código penal vigente en nuestro país por proporcionarle al individuo otro método de mayor letalidad; y el otro “al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice” para el cual se debe tener claro que preguntar por el suicidio no es sugerirlo, al contrario, se reduce el riesgo de cometerlo e incita al otro a analizar si esta idea es necesaria (Pérez, 2005).

Es por ello que para la comprensión del suicidio es necesario conocer los factores de riesgo que se constituyen como condiciones individuales, ambientales y sociales relacionadas entre sí que aumentan las probabilidades de cometer un suicidio, así como de conocer los factores protectores entendidos como condiciones que

disminuyen el riesgo de incurrir en la acción suicida los cuales guardan relación de forma directa o indirecta con la problemática, por lo que pueden actuar como causantes, precipitantes, predisponente o concurrentes, ya sea por su ausencia o presencia en ciertas circunstancias (Ojeda & Villalobos, 2011).

Intento de suicidio

La conducta suicida ha sido estudiada desde hace muchos años, sin embargo existen errores con respecto al uso de las palabras que esta conducta incita, tanto así que se empleaba el término autolesión cuando se referían al comportamiento sin razones aparentes para cometerlo e intento de suicidio cuando eran actos fallidos para quitarse la vida.

Por esta controversia en 1969 Kreitman (citado por Ezquiaga, et al, 2004) introdujo la palabra parasuicidio o intento de suicidio para hacer alusión a las conductas suicidas sin consecuencias mortales, sin tener en cuenta el grado de complejidad.

Tanto el suicidio como los intentos de suicidios son considerados eventos vitales que repercuten en las diferentes áreas en las que el individuo quien lo ejecuta se desempeña. Este último no tiene en ocasiones como meta la autoeliminación, sino otras motivaciones como castigar a alguien, la pretensión de ganar algo o llamar la atención (Avilés & Herrera, 2000; Ayala, Dussán, Pérez & Rodríguez, 2007; Atenzio, et al, 2010).

Características Sociodemográficas

Según la Organización Mundial de la Salud (2000c) el suicidio es considerado un acto personal, el cual acontece en el contexto de una sociedad, por lo cual existen factores o variables sociodemográficas asociadas.

El sexo es una característica fundamental en la mayoría de las investigaciones y el suicidio no es la excepción, ya que diferentes estudios han encontrado que quienes llegan a consumar el suicidio son en su mayoría hombres con una proporción de 4,7 por cada mujer que consumaron el acto (Navarro & Tuesca, 2003; Sola, 2011), mientras que la razón de personas que intentaron el suicidio con respecto al sexo son inversas, representando las mujeres de 2 y hasta 4 intentos más que los hombres (Castillo, Jiménez & Ledo, 2007; Castro, et al, 2006), esto debido a que las mujeres utilizan técnicas menos exitosas que los hombres para cometer este acto suicida (Betancourt, 2008).

En relación con las edades, los intentos de suicidio están siendo mucho más prevalentes en población adolescente y adultos jóvenes entre los 15 y 29 años de edad, las personas más jóvenes tienen porcentajes más elevados de estructurar planes suicidas y de realizar tentativas y que ese primer intento puede dar lugar a intentos posteriores llegando al suicidio consumado (Castro, et al, 2006); y que específicamente el grupo de 10 a 19 años constituye aproximadamente un tercio o más de la población que intenta el suicidio (Castillo, et al, 2007).

El estado marital supone también una característica especial debido a que se observa mayor tasa de suicidios en personas solteras, divorciadas o viuda; vivir solo

también se considera un factor de riesgo (OMS, 2000c), este dato lo sustenta la investigación de Alonso y Guibert (2001) debido a que sus resultados muestran que el 55,5% de las personas que intentaron el suicidio eran solteras, y que esa separación o soltería actúan como el detonador del intento por sentirse carentes de apoyo social. El matrimonio actúa en muchos casos como un factor protector para los hombres con respecto al riesgo suicida, pero no llega a ser tan significativo para las mujeres.

Es valioso también considerar el número de hijos, pues el mayor porcentaje de personas que intenta el suicidio (29,8%) no tiene hijos, continuado por los que tienen dos hijos (23,9%) y de los que tienen un solo hijo (21,4%) representando el 75,1% de la población, una cifra bastante alta (Camacho, Castro, Rangel & Rueda, 2010).

La variable de ocupación juega un papel importante en los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, la pérdida inesperada del empleo se relaciona más con este flagelo que el desempleo, aunque en investigaciones se sustente que los desempleados y las amas de casa son el porcentaje de personas que mayor intenten el suicidio ya que al no encontrarse vinculados a una actividad social y productiva se generaron sentimientos negativos que aumentan su vulnerabilidad (Alonso & Guibert, 2001).

Factores psicosociales y ambientales

Manzo (2005) consideró que el suicidio es consecuencia de la auto percepción del individuo de acuerdo al contexto en el que se desenvuelve y que es este quien determina su conducta auto destructiva. Así mismo, el individuo busca su calidad de vida, pero al no lograr el bienestar socio económico deseado surge una visión negativa

de sí mismo, una tendencia a interpretar los acontecimientos negativamente y una visión negativa de su mundo, lo que daría lugar entonces a una conducta suicida como un deseo extremo de escapar a problemas que desde su punto de vista carecen de solución.

Del Toro, Hernández y Huerta (2012); y Guibert y Torres (2001) expresan que uno de los factores psicosociales que predisponen al individuo al suicidio es la familia quien ejerce influencia temprana, duradera y directa en el individuo en la formación de su personalidad y actúa como agente modulador entre este y su entorno. Conflictos como la desorganización familiar, las riñas familiares, la agresión física y psicológica, la falta de comunicación, el abandono físico y emocional, sentimientos de rechazo familiar son algunos ejemplos de los problemas relativos al grupo primario que inciden en la conducta suicida.

Por su parte los problemas académicos han alcanzado relevancia debido a la presión académica que se ejerce sobre los estudiantes y la insatisfacción con el rendimiento que se ha alcanzado ante cierta meta. De igual forma un fracaso académico o los problemas escolares actúan como factores precipitantes ante la conducta suicida, ligados a una imposición académica y una falta de apoyo de la red social en la que se desenvuelve el estudiante (Buendía, Riquelme & Ruiz, 2004).

Los problemas laborales constituyen una circunstancia difícil en relación con el suicidio, en un estudio realizado en Medellín, Colombia se observó que uno de los factores asociados al suicidio fue la pérdida del trabajo y el desempleo en la cual se

pierde la capacidad adquisitiva y de manutención de sí mismo y quienes están bajo su responsabilidad (Diago, et al., 2008).

Problemas de pobreza con vivienda deficientes, expectativas insatisfechas y problemas migratorios aumenta el riesgo de suicidio, según este estudio que realizo una caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario Del Valle un 95,4% de las personas que fueron hospitalizadas por intento de suicidio desde 1994 a 2010 se mantuvieron en niveles socioeconómicos bajo-bajo, bajo y medio, los cuales vivían en condiciones precarias que no les permitían satisfacer necesidades básicas de vivienda, servicios públicos y alimentación (Borrero, Campo, García, Patiño & Valencia, 2011).

Y en esta misma investigación se encontró que los problemas de salud que enfrentaban los participantes actuaban como una de las múltiples causas que conllevan a realizar el intento de suicidio.

Estudios como los de Bénézech y Rager citados por Gómez, et al (2002) consideran que factores judiciales como la lentitud en los procedimientos, los formalismos jurídicos, las dificultades que atraviesa un proceso legal, la situación de encarcelamiento y las características del lugar penitenciario aumentan el riesgo de suicidio y son la razón por la cual en algunas cárceles el riesgo suicida es mayor que el de la población en general.

Hallazgos clínicos específicos

Muchas de las personas que intentan el suicidio si bien no presentan diagnósticos específicos de enfermedades mentales, si presentan algunos de sus síntomas. Los trastornos mentales que mayor correlación tienen con el suicidio son los del estado de ánimo, seguidos por los trastornos de ansiedad y los trastornos psicóticos, es por ello que si bien no hay un diagnóstico claro, se deben indagar acerca de algunos síntomas relacionados con estas enfermedades (Duque, Garzón, Posada & Rodríguez, 2007).

Los síntomas que pueden presentarse y que se asocian con estas enfermedades son los siguientes: ansiedad grave, ataques de pánico, sentimientos de desamparo, ideas de desesperanza cuya manifestación es la imposibilidad de poder modificar la realidad existente, alteraciones del sueño como el insomnio y la somnolencia que también se relacionan con otros trastornos mentales, la baja autoestima, disforia, hipoprosexia, alucinaciones, ideas delirantes (Bohórquez, et al, 2002).

Un estudio realizado por Aristizabal, García, González, López y Palacio (2009) sobre los factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en personas con trastorno depresivo mayor encontró que las ideas de desesperanza se encuentran correlacionadas a una intencionalidad suicida alta, lo que a su vez aumenta la letalidad del acto suicida.

La baja autoestima es un síntoma que aumenta el riesgo suicida, más del 25% de mujeres no se gustan así mismas por lo que la ideación suicida aparece con mayor frecuencia, mientras que en los hombres aproximadamente un 10% no está conforme

consigo mismo por lo que los pensamientos suicidas aparecen en menor frecuencia (Díaz, Prado & Ruiz, 2004).

Tanto en los niños como los ancianos uno de los síntomas que prevalece cuando aparece la ideación suicida seguida de los intentos es la disforia, para los niños esta puede representar junto con otros síntomas como la agresividad y la hostilidad un trastorno relacionado con el control de impulsos; mientras que para los ancianos este síntoma puede estar asociado a un posible trastorno depresivo mayor (García, Madre & Tejedor, 2005; Pérez, 1999).

En lo que concierne a síntomas psicóticos como alucinaciones e ideas delirantes se encontró que estos síntomas son frecuentes en pacientes con lesiones autoinflingidas y que a veces estas lesiones ocurren como resultado de la presencia de ideas delirante y alucinaciones (Cardeño, et al, 2011). Así mismo en los pacientes que presentan alucinaciones e ideas delirantes el riesgo de suicidio aumenta, una persona con esta sintomatología tiene mayor probabilidad de realizar varias tentativas suicidas, en comparación con persona que las carece, aunque estos síntomas en general se asocian menos con este tipo de conductas (Addington, 2006).

Con respecto a la ideación suicida, la encuesta nacional de Salud Mental realizada en Colombia (2003) relevó que la prevalencia de la ideación suicida a lo largo de la vida en el sexo masculino es del 12,1% y en el sexo femenino de 12,5%, mientras que la planificación del acto suicida a lo largo de la vida en el sexo masculino es de 3,8% y de mujeres del 4,9%.

El diagnostico de un trastorno mental incrementa la ideación suicida, según el trastorno con mayor riesgo es el trastorno depresivo mayor (20 veces), seguido por el

trastorno afectivo bipolar (15 veces), los trastornos adaptativos (14 veces), luego el trastorno distímico (12 veces), el trastorno de ansiedad (10 veces), la esquizofrenia (8,5 veces), los trastornos de personalidad (6 veces) y por último el abuso de sustancias (6 veces) (Alsen, Nimeus & Traskman, citado por De la Espriella, 2010).

Comorbilidad

En la praxis clínica se ha observado que la mayoría de los pacientes que intentan el suicidio presentan un trastorno mental de base, algunos de los cuales pueden ser diagnosticados a tiempos como los trastornos del estado de ánimo ocupan un mayor porcentaje, seguidos por los trastornos que obedecen al consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos de ansiedad (Bohórquez, et al, 2002; Duque, et al, 2003).

Las personas que consuman el suicidio, así como las personas que han realizado intentos tienen en su historial intentos anteriores que son importantes debido a que estos actuaron como primer paso hacia la perfección del método empleado para lograr su acometida, también esta variable tiene relevancia clínica para predecir un acto suicida y que el riesgo se acrecienta durante el primer año siguiente al intento (Bohórquez, et al, 2002; Herrera & Rivera, 2002).

En estudios realizados sobre los factores de riesgo y protectores del suicido en Colombia se ha encontrado que la mayor parte de las personas que intentaron el suicidio utilizó medicamentos (42,2%), seguidos del uso de venenos (23%), las armas cortopunzantes (21,7%), las armas de fuego (5%), salto al vacío (2,5%), ahorcamiento (2,5%), lanzamiento desde un vehículo en movimiento (1,9%) y por ultimo está el uso de otros métodos (1,2%) (Camacho, et al, 2010).

Cuando se evalúan los factores de riesgo deben examinarse si se presentan en familiares o amigos conductas autodestructivas como una vía de escape para poner fin a la vida debido a que este factor incrementa el riesgo suicida hasta nueve (9) veces (Calvo, Sánchez & Tejada, 2003; Cruz, Hernández, Moreira, Orraca & Pérez, 2011; Pérez, 1999).

Un estudio realizado en Colombia en el año 2011 sobre las diferencias por sexo en pacientes con suicidabilidad no encontró relación entre la presencia de una enfermedad terminal o incapacitante con el suicidio, teniendo en cuenta también las diferencias por sexo en las cuales el puntaje no fue estadísticamente significativo, por lo cual los hombres y mujeres participantes de este estudio consideraron que la enfermedad guardaba relación con su decisión de suicidarse (Díaz, et al, 2011).

Una de las problemáticas sociales que atrae la atención de investigadores es el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales y su multiplicidad de consecuencias: económicas, políticas, y del sector salud tanto biológicas como mentales, de estas últimas abarca la incidencia que tienen en la conducta suicida, logrando así que los consumidores se vuelvan más proclives a esta (Larrobola & Pouyt, 2007), y es que el problema de las sustancias psicoactivas comprende la juventud en quienes la presencia de violencia y drogas simultáneamente se proyecta como un desencadenante de situaciones dramáticas sumamente letales como los accidentes de tránsito, homicidios y suicidios (Bravo, et al, 2005).

Rasgos de personalidad

Poca ha sido la claridad que se tiene frente a la relación existente entre el suicidio y la personalidad, sin embargo en estudios como el de Figueroa, et al (2004)

que indaga acerca de los tipos de personalidad y la conducta suicida se encontró que las características de personalidad que tienen mayor prevalencia en personas que han intentado el suicidio son el neuroticismo que denota los niveles de ansiedad e inestabilidad emocional de una persona (61%) y el psicoticismo (69%) que representa atributos como la crueldad, la falta de empatía, la generación de conflictos (Eysenck, citado por Zambrano, 2011) y que estos rasgos pueden influenciar recaídas posteriores de la conducta suicida (Gómez & Hernández, 2009).

Otros perfiles que evalúan la personalidad como el 16pf a jóvenes que intentaron el suicidio dejaron al descubierto que las características de personalidad que más definen a estas personas son la inestabilidad emocional, la inseguridad, angustia, la frustración y el agobio, lo que demuestra un desequilibrio de la personalidad (Casas, Gallardo, Gómez, Padilla & Peña, 2002).

Estudios realizados en Colombia demuestran que rasgos de personalidad como la impulsividad están altamente correlacionados con los intentos de suicidio, los cuales se presentan en hombres con un porcentaje de 41,92% y en mujeres 51,77%, sin existir una diferencia estadísticamente significativa entre estos (Camacho, Castro, Díaz, Rangel & Rueda, 2011).

Otro factor de riesgo asociado al intento de suicidio es la pérdida o rechazo interpersonal, la pérdida de una relación significativa o la amenaza de ruptura de una relación interpersonal estrecha (Bohórquez, et al, 2002; Camacho, et al, 2002), debido a la singularidad y el compromiso emocional que este acarrea (Alonso & Guibert, 2001).

Blum, Espinosa y Romero (2009) coinciden en que uno de los trastornos de personalidad en los que el riesgo suicida es alto es el trastorno límite de la personalidad estimándose que un 70% de las personas que lo padece ha realizado al menos un intento suicida, debido a la falta de control y a la elevada intensidad de los estados emocionales que este acarrea, en este tipo de personas prevalecen comportamiento exagerados con el fin de evitar ser abandonados por otro a quien le guardan aprecio (Escribano, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (2000c), y Navarro y Sánchez (2005) consideran que los trastornos de personalidad están frecuentemente relacionados con el suicidio, en especial los trastornos limítrofes y la personalidad antisocial. Los trastornos de personalidad como la narcisista e histriónica así como otros rasgos como la agresión y la impulsividad, en los cuales se busca ser el centro de atención, se exageran los comportamientos y las expresiones emocionales, se encuentran también asociados a esta problemática.

Redes de apoyo

Las redes de apoyo favorecen al individuo dentro de su comunidad, propiciando el desarrollo de la capacidad para enfrentar sus problemas, así como de sopesar los acontecimientos vitales negativos que puedan presentarse en su vida, lo cual se considera un proceso de carácter dinámico y transaccional. Estas pueden ser de tres formas: las formales que incluye personas o instituciones sociales cuya labor es contribuir a la salud de las personas, las informales constituidas por personas o grupos que prestan deliberadamente su ayuda o contribuyen a la salud de las personas prestan

ayuda o favorecen a la salud de las personas o formal e informal que representa una combinación de las anteriormente planteadas.

Toda red de apoyo tiene diferentes funciones: de carácter emocional la cual busca brindar seguridad, afecto y empatía emocional con el otro, valorativa en la cual se suministran consejos, se da aliento, valoraciones y se intercambia información y la última funciones es de brindar alternativas de solución ante las diferentes situaciones que enfrenta una persona (Guibert & Sánchez, 2001).

Según Pérez y Lorenzo (2004) la familia se constituye como la principal red de apoyo ante los acontecimientos estresantes por los que atraviesa un individuo a lo largo de su vida, amortiguando las tensiones que se presentan; pero para que esto sea posible es necesaria un sistema familiar que sea capaz de enfrentar las crisis, expresar los afectos y que permita el crecimiento personal de cada uno de sus integrantes, respetando su autonomía.

La religión es un tema interesante y juega un papel importante en los factores de riesgo asociados al suicidio, Guadalupe Manzo (2005) en su artículo sobre el suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural afirma que la religión protege contra el suicidio haciendo énfasis en la religión católica debido a que este es concebido como un pecado mortal, por lo cual el individuo que se atreve a ejecutar una conducta suicida es un pecador.

En estudios de casos y controles realizados en Nariño sobre el suicidio y muertes violentas en ese departamento, se halló que la deserción de las prácticas religiosas y la falta de soporte social son variables con alta significancia en lo que corresponde a la

predicción del suicidio, por lo cual se debe dar importancia a las dinámicas familiares y a los procesos culturales y sociales dentro de los cuales está la persona, la familia y la comunidad como paso clave en la ejecución de acciones preventivas de este flagelo (Gutiérrez & Muñoz, 2010).

Así mismo Ojeda y Villalobos (2011) a través de sus investigaciones encontraron los factores que protegen contra el suicidio pueden darse en diferentes niveles: individual como tener una relación de pareja estable y practicar deporte o actividades lúdicas, familiar teniendo siempre la familia como apoyo para las diferentes circunstancias que se le presentan al individuo, sociocultural que abarca el apoyo de amigos, la pertenencia a grupos deportivos o artísticos, la educación formal e informal y a nivel político en el cual se promueva la adopción de conductas saludables, las ofertas de actividades académicas y deportivas así como también la implementación de programas que permitan mejorar habilidades y competencias personales.

Descripción del problema

El intento de suicidio también llamado autolesión intencionada, parasuicidio, intento de auto eliminación o tentativa suicida se define como un acto sin consecuencia fatal en la que un individuo ejecuta una conducta deliberadamente con el fin de hacerse daño, en el cual la persona tiene pleno conocimiento de su accionar, buscando generar un cambio en su entorno. El suicidio consumado alude a todas esas lesiones auto infligidas realizadas de forma voluntaria en las cuales el resultado es la muerte (Pérez, 1999).

Herrero, Melis y Negrero (2010) plantean que el suicidio es un fenómeno complejo y multidimensional, producto de diferentes factores genéticos, ambientales, culturales, psicológicos, biológicos, sociales que puede ser estudiado desde perspectivas tanto médicas, sociales o psicológicas, necesitando entonces de diferentes profesionales para su estudio, tratamiento y prevención.

Esta problemática que cobra la vida de aproximadamente un millón de víctimas al año (1.000.000) alrededor de todo el mundo, constituye en un gran reto para la salud pública debido al gran impacto social y sanitario, requiriendo acciones de vigilancia epidemiológica y prevención de lesiones, suponiendo la devastación social y económica de quienes rodean a la persona suicida como familia y amigos más cercanos. Se estima que este fenómeno afecta aproximadamente seis (6) personas cercanas al individuo que ha intentado hacer este tipo de acciones; aunque las consecuencias que este flagelo son nocivas, se puede resaltar que es un problema que prevenible, cuando se interviene con medidas coordinadas y eficaces para impedir que siga cobrando la

vida de más víctimas, lo que exige que el sistema de salud aborde este fenómeno con urgencia. (Castro, Oswaldo & Paul, 2006; Navarro & Tuesca, 2003; OMS, 2004; Robert & Suelves, 2012).

La OMS (2012) estima que a nivel mundial durante los últimos 45 años las tasas de suicidio se han acrecentado en un 60% y que cada año casi un millón de personas se suicidan, es decir cada 40 segundos se da una muerte a causa del suicidio, proporcionando una mortalidad mundial de 16 por cada 100.000 habitantes.

En cuanto a las muertes por suicidio, este ocupa el primer lugar en personas de 15 a 44 años en diferentes países y el segundo lugar en personas de 10 a 24 años, sin embargo no se tienen cifras exactas de las tentativas de suicidio cuya proporción sería 20 veces mayor que los casos de suicidio consumado.

Un mapamundi que pone a disposición la OMS, informa tasas de suicidio por cada cien mil habitantes estableciendo tres categorías: la categoría alta que corresponde a países en los cuales el suicidio es >13 por cada 100.000 habitantes, la categoría media en la cual las tasas de suicidio varían de 6.5 a 13 por cada 100.000 habitantes y baja cuya tasa de suicidio es <6.5 por cada 100.000 habitantes. En la revisión de este mapamundi los mayores estándares obedecen a los países en su mayoría del continente Asiático y Europeo, seguidos por Oceanía, América del norte y algunos países de América del sur como Ecuador, Argentina y Chile cuya tasa de suicidios varía entre el 6,5 y 13, mientras que la tasa más baja se encuentra en países de América central y el resto de los países sudamericanos; por último cabe expresar que en la mayoría de países africanos no se tienen datos de las tasas de suicidio.

En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses a través de “Forensis, datos para la vida” cuya finalidad es la descripción y el análisis de información sobre las lesiones de causa externa que se presentaron en el país durante cada año, proporciona las cifras exactas de los suicidios quienes actúan como sustento de la categoría asignada según la OMS, actualmente la cifra exacta por 100.000 habitantes es de 4,10 y el número de suicidios ha aumentado, en el año 2009 la cantidad de suicidios fue de 1.845 personas, en el año 2010 ascendió a 1.864 y en el año 2011 siguió su ascenso a 1.889 suicidios.

Los departamentos en los que se registraron mayores tasas de suicidio durante el 2011 fueron Antioquia (313 casos), Valle del Cauca (184 casos), Cundinamarca (144 casos) y por ultimo Santander (106 casos).

La distinción por ciudades evidencia que en el 2011 el mayor número de muertes a causa del suicidio lo obtuvo Bogotá con 277 (14,66%) de los intentos a nivel nacional, seguida de Medellín (6,08%), Cali (3,91%), Pasto (1,85 %) e Ibagué, Cartagena y Barranquilla, cuyo porcentaje fue igual (1,64%).

En Cartagena en el año 2009 se presentaron 33 suicidios, en el año 2010 hubo 27 y en el año 2011 un total de 31 víctimas por esta causa, sin embargo las cifras de los intentos de suicidio son aún más alarmantes, según el perfil epidemiológico que elabora el Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS en el año 2011 fueron reportados 207 intentos de suicidio, es decir, que por cada suicidio presentado en la ciudad de Cartagena en el año 2011 hubo de 6 a 7 intentos de suicidio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que para el año 2020 las tasas de suicidio serán del 2,4% a nivel global en países con economía de mercado y en los antiguos países socialistas y que el número total de víctimas ascenderá a 1,5 millones de personas anuales.

De esta manera, es significativo resaltar los costos que generan tanto los intentos de suicidio, como los suicidios consumados para la salud pública y para el individuo, dentro de los cuales podemos encontrar los gastos funerarios, los gastos médicos por hospitalización a medicina interna, pediatría, unidades de cuidados intermedios e intensivos según lo amerite en caso y clínicas de salud mental, así mismo los tratamientos y seguimientos farmacológicos y psicoterapéuticos a estos pacientes. A nivel organizacional, se ven también las consecuencias de este flagelo debido al bajo rendimiento de los individuos durante su jornada laboral, mayores ausentismos, los días que se le otorguen de incapacidad y las demandas por discapacidad, para el individuo (OMS, 2006c).

De acuerdo con lo que se ha venido planteando, la creciente tasa de suicidios consumados, las cifras alarmantes de los intentos, la preocupación por el amplio número de casos no registrados y los costos que representa para un país el cuidado de estos pacientes, así como los costos en estrategias de intervención para la prevención de este flagelo, es importante conocer los factores que se asocian a las conductas suicidas para de esta manera dirigir los esfuerzos de los entes de la salud para su prevención ya sea mediante la modificación de programas ya existentes o creación de nuevos programas que permitan intervenir de manera eficaz este flagelo que genera

tantas consecuencias negativas en el entorno. Por ello es importante conocer la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el perfil de características sociodemográficas y clínicas de mayor prevalencia en los intentos de suicidio en la ciudad de Cartagena de Indias durante los años 2010 – 2011 y 2012?

Objetivos

General

Desarrollar el perfil de características sociodemográficas y clínicas de mayor prevalencia en los intentos de suicidio en la ciudad de Cartagena de Indias, a través de la valoración de pacientes con factores de riesgo relacionados con el suicidio establecido por el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres.

Específicos

Describir las características socio demográficas, indicadores clínicos y antecedentes médicos de los pacientes con intentos de suicidios reportados en los años 2010 – 2011 – 2012 en la ciudad de Cartagena de Indias.

Identificar los problemas psicosociales y ambientales y los rasgos de personalidad predominantes en los pacientes con intentos de suicidios reportados en los años 2010 – 2011 – 2010 en la ciudad de Cartagena de Indias.

Comparar las diferencias existentes entre los perfiles de los intentos de suicidio en los años 2010 – 2011 – 2012 en la ciudad de Cartagena de Indias.

Determinar asociación entre las características sociodemográficas, rasgos de personalidad, hallazgos clínicos específicos y problemas psicosociales y ambientales predominantes los pacientes con intento de suicidio reportados durante los años 2010 – 2011 – 2012 en la ciudad de Cartagena de Indias.

Hipótesis

Hipótesis nula

Los factores de riesgo relacionados con el suicidio en la ciudad de Cartagena de Indias en el año 2010 – 2011 y 2012 son iguales tanto en los resultados descriptivos como en los resultados correlacionales.

Hipótesis alterna

Los factores de riesgo relacionados con el suicidio en la ciudad de Cartagena de Indias en el año 2010 – 2011 y 2012 son diferentes tanto en los resultados descriptivos como en los resultados correlacionales.

Metodología

Diseño

El presente estudio se enmarca dentro de la investigación cuantitativa, con diseños no experimental de cohorte transaccional en el cual se recolectan los datos de la investigación en un momento determinado.

El estudio es descriptivo - correlacional, el cual cumple cuatro propósitos propósitos: el primero es describir como se manifiesta un fenómeno en particular identificando las características que se vinculan a este, seguido por conocer la proporción de personas con características especiales, tercero medir el grado de asociación entre dos o más variables y por último, realizar un pronóstico de acuerdo a como se presentan las variables de investigación. Añadido a esto, este tipo de estudio se caracteriza por ser rígido y apoyarse en una o más hipótesis específicas. (Baptista, Fernández & Hernández, 2003; García, 2009; Sardury, 2007; Namakforoosh, 2010).

Participantes

Este estudio cuenta con los registros suministrados por el Centro Regulator De Urgencias, Emergencias Y Desastres de 217 personas que intentaron el suicidio en la ciudad de Cartagena de indias distribuidas de la siguiente manera:

- Año 2010 (60 personas)
- Año 2011 (90 personas)
- Año 2012 (67 personas)

Criterios de inclusión

El criterio de inclusión es todos los pacientes que hayan intentado el suicidio durante los años 2010, 2011 y 2012 cuyo caso haya sido reportado al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del distrito de Cartagena de Indias y valorado por el equipo de Salud Mental que labora en esa entidad.

Criterios de exclusión

- Casos de intentos de suicidio que hayan sido regulados a través del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres pero no valorados por el personal de salud mental que labora en esta entidad.
- Valoraciones de factores de riesgo relacionados con el suicidio que se hayan sido mal diligenciadas (información incompleta o letra no legible).

Instrumento

El instrumento que se utilizó en esta investigación fue la valoración de pacientes con factores de riesgo relacionados al suicidio que utiliza el equipo de salud mental del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres de la ciudad de Cartagena de Indias, creada por el Psiquiatra Alex González Grau en el año 2009.

Esta herramienta tiene en cuenta las variables socio demográficas del paciente, trastorno psiquiátrico conocido, uso de sustancias así como patrón de consumo, problemas psicosociales y ambientales, hallazgos clínicos específicos, antecedentes del paciente en relación con el intento de suicidio, antecedentes médicos y rasgos de personalidad que predominan en el individuo que ha intentado suicidarse que han sido

los factores que consideran diferentes autores a nivel internacional, así como la OMS son importantes a considerar en el riesgo suicida (Ver Anexo 1).

Definición operacional

Ver anexo 2.

Procedimiento

Luego de haber establecido comunicación con el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, se busca en los archivos las carpetas contenedoras de las valoraciones realizadas durante los años 2010, 2011 y 2012, se realiza una reunión con el equipo de salud mental para la codificación de los intentos de suicidio y a partir de esta codificación se procedió a la realización de la base de datos.

A partir de la base de datos se comenzó el análisis de los datos mediante paquete informático “Statistical Package for the Social Sciences” SPSS para Windows versión 19 en español describiendo las frecuencias absolutas, frecuencias relativas y frecuencias acumuladas de las características sociodemográficas, los problemas psicosociales y ambientales, los hallazgos clínicos específicos, la comorbilidad, los rasgos de personalidad y las redes de apoyo de los participantes de la presente investigación por año 2010, 2011 y 2012.

Posteriormente, se utilizó la técnica del Coeficiente de contingencia midiendo la asociación de dos variables medidas en escala nominal (sexo, edad, estado civil, problemas psicosociales y ambientales, hallazgos clínicos específicos y rasgos de personalidad) (Diez & Juez, 1997).

Para emplear esta técnica fue necesaria la conversión de las variables: edad que fue organizada en menores de edad y mayores de edad, y estado civil cuya sustitución fue situación sentimental con pareja o sin pareja.

Por último se le solicito al programa extraer el riesgo relativo entre las variables anteriormente mencionadas, cuya importancia radica en la necesidad de estimar cuales son las características que asociadas aumentarían la probabilidad de ocurrencia de un evento, que en este caso sería el intento de suicidio (García, 1998); este paso con el fin de comparas las diferencias existentes entre los perfiles de cada uno de los años en los que se realizaron las valoraciones.

Consideraciones éticas

El presente estudio se llevó a cabo teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 mediante la cual el Ministerio de Salud de la Republica de Colombia asegura el respeto por la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los pacientes, clasificándose como investigación sin riesgo al ser de carácter retrospectivo.

Se cumple lo que respecta al Título II “De la investigación en seres humanos”, capítulo 1 “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, artículo 6, párrafo g el cual obliga a iniciar la investigación con autorización previa de la institución donde se realice la investigación debido a que el Departamento Administrativo Distrital de Salud- DADIS a través del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres autoriza el uso de las valoraciones con la respectiva base de datos para los fines de esta investigación (Ver Anexo 3).

Resultados

Resultados descriptivos

En primera instancia de acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación se procedió a la técnica descriptiva de las bases de datos correspondientes a los años 2010, 2011 y 2012, en la cual se evidencian a continuación las variables con mayor porcentaje obtenidos.

Perfil de intentos de suicidio 2010

Características sociodemográficas

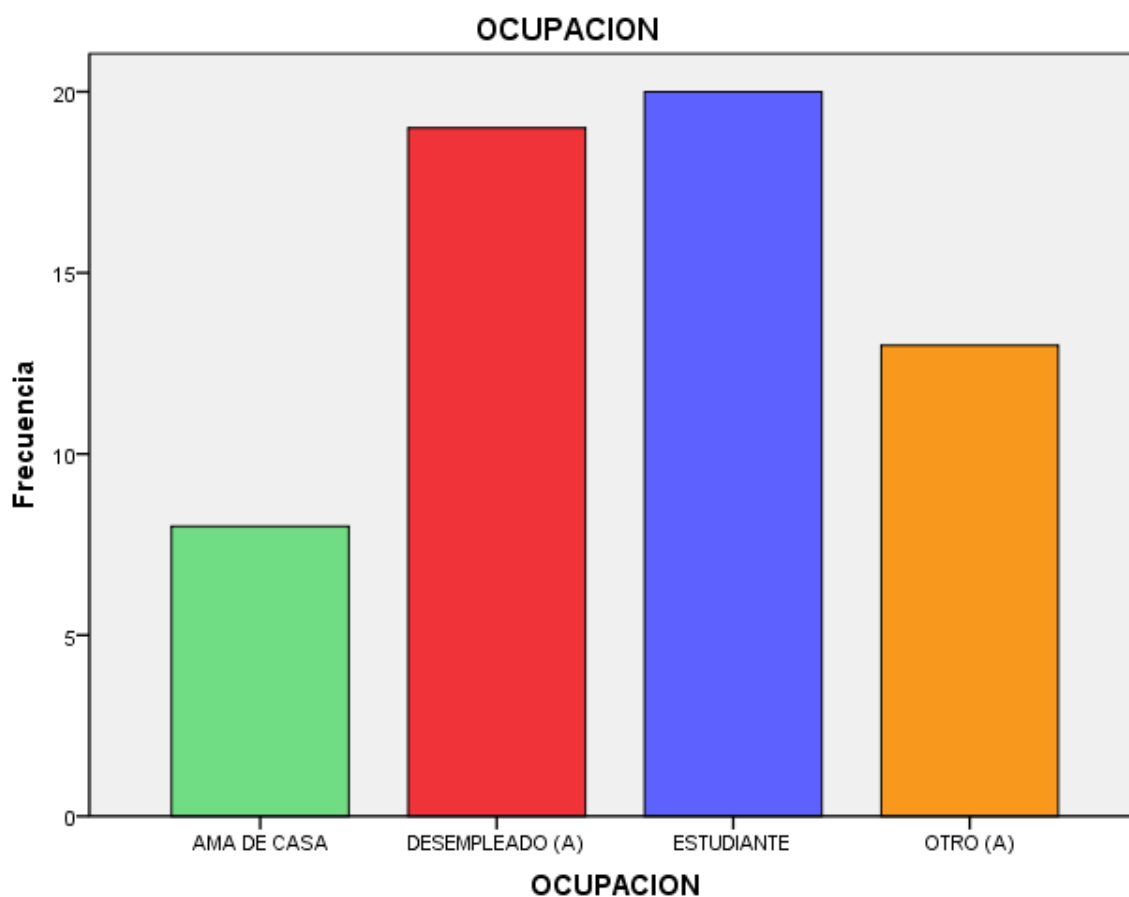
En lo que concierne a las características sociodemográficas, durante el año 2010 un 53,3% de los casos que se presentaron de intentos de suicidio fueron ejecutados por hombres. Los rangos de edad que mayor porcentaje obtuvieron en la conducta suicida obedecieron de 21 a 30 años con un 41,7%, de 11 a 20 años con un 35% y de 31 a 40 años con un 11,7%.

Con respecto al estado civil cuyas categorías son casado (a), unión libre, soltero (a) con novio, soltero (a) sin novio, separado (a), divorciado (a) y viudo (a), predominaron con un 30% solteros sin novio, 28,3% solteros con novio y un 21,7% de personas que se encontraban en unión libre. De las personas valoradas, un 88,3% convive en compañía, el 60% no tiene hijos, seguidos por un 15% que tiene un solo hijo, un 13,3% que tiene dos hijos y un 30% vive con sus hijos.

La ocupación con mayor número de casos de intentos de suicidio fueron los estudiantes con un 33,3%, las personas que se encuentran desempleadas con un 31,7%, la categoría otros que agrupa todas aquellas personas que se encuentren activas laboralmente con un 21,7% y por último se encuentran las amas de casa con un 13,3% (Ver grafica 1).

Grafica 1

Ocupación 2010



Factores psicosociales y ambientales

Los factores psicosociales y ambientales que se presentaron con mayor proporción en los intentos de suicidio del año 2010 fueron los relativos al grupo primario (85%), económicos (63,3%) y relativos al ambiente social (48,3%), (Ver tabla 1).

Tabla 1

Problemas psicosociales y ambientales 2010

Problemas psicosociales y ambientales	Frecuencia	Porcentaje
Relativos al grupo primario	51	85,0%
Económicos	38	63,3%
Relativos al ambiente social	29	48,3%
Laborales	15	25,0%
De vivienda	8	13,3%
Académicos	4	6,7%
De salud	2	3,3%
Legales	2	3,3%
Otros problemas	0	0,0%

Nota: Un individuo puede estar afectado por varias problemáticas

Hallazgos clínicos específicos

En los intentos de suicidio valorados por el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres durante el año 2010 se halló que las alteraciones clínicas más significativas fueron el desamparo (91,7%), la desesperanza (90%), la baja autoestima (88,3%), la disforia (81,7%) y la ansiedad grave (70%) (Ver tabla 2).

Tabla 2

Hallazgos clínicos específicos 2010

Hallazgos clínicos específicos	Frecuencia	Porcentaje
Desamparo	55	91,7%
Desesperanza	54	90,0%
Baja autoestima	53	88,3%
Disforia	49	81,7%
Ansiedad grave	42	70,0%
Hipoprosxia	27	45,0%
Insomnio severo	24	40,0%
Planes suicidas estructurados	23	38,3%
Ideas suicidas persistentes	19	31,7%
Somnolencia	12	20,0%
Ataques de pánico	10	16,7%
Delirios	6	10,0%
Alucinaciones	0	0,0%

Nota: Un individuo puede padecer varios síntomas clínicos

Comorbilidad

Dentro de los trastornos psiquiátricos previamente diagnosticados a los pacientes que ejecutaron un intento de suicidio en el año 2010 se encontraron con un porcentaje de 31,7% el trastorno depresivo mayor, un 3,3% con trastorno bipolar II y un 1,7% de trastorno esquizoafectivo. De estas personas previamente diagnosticadas solo el 16,7% se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico.

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas un 60% acepta que si consume. La más usada es el alcohol con un 50%, seguida por la cocaína con un 8,3% y el cannabis con un 1,7%; en su mayoría el patrón de consumo es social con un 46,7%.

En los intentos de suicidio previos se encontró que un 75% de los pacientes había intentado el suicidio al menos una vez, un 15% habían intentado el suicidio dos veces, un 8,3% lo había intentado tres veces y un 1,7% había intentado acabar con su vida en cuatro ocasiones.

El método más utilizado para realizar el intento de suicidio es la intoxicación mediante químicos varios (35%), seguidos de la intoxicación con raticida (31,7%) y la intoxicación medicamentosa (13,3%) (Ver tabla 3).

Tabla 3

Método usado para el intento de suicidio 2010

Método	Frecuencia	Porcentaje
Químicos varios	21	35,0%
Raticida	19	31,7%
Medicamentos	8	13,3%
Ahorcamiento	6	10,0%
Heridas con arma blanca	3	5,0%
Heridas con arma de fuego	2	3,3%
Salto al vacío	1	1,7%

Rasgos de personalidad

En relación con la exploración de rasgos de personalidad que presentaban los pacientes con intentos de suicidio del año 2010 es evidente que la dependencia es un rasgo que se presenta en este tipo de paciente con un 61,7% de los casos (Ver tabla 4). Este rasgo de personalidad es definido como una sumisión para tomar decisiones por sí

mismo (a) por un miedo ilógico al abandono por parte de una persona (Barlow& Durand, 2001)

Tabla 4

Rasgos de personalidad 2010

Rasgos de personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia	37	61,7%
Impulsividad	23	38,3%
Inestabilidad	12	20,0%
Pobre control de la ira	8	13,3%
Teatralidad	7	11,7%
Control	4	6,7%
Relaciones simbióticas	2	3,3%

Nota: Un individuo puede presentar varios rasgos de personalidad

Redes de apoyo

La religión es un tema clave en los factores de riesgo o protectores contra el suicidio, un 86,7% de los pacientes que intentaron el suicidio en el año 2010 se consideran católicos, sin embargo un 78,3% no ejerce práctica activa de esta.

Así mismo se conoció que un 86,7% de los pacientes no presenta ningún sistema de apoyo, definiendo estos como aquellos grupos que favorecen el desarrollo del individuo dentro de la sociedad, propiciando en ellos la capacidad para afrontar los problemas y sopesar los acontecimientos vitales negativos que se presentan a lo largo de su vida.

Perfil de intentos de suicidio 2011

Características sociodemográficas

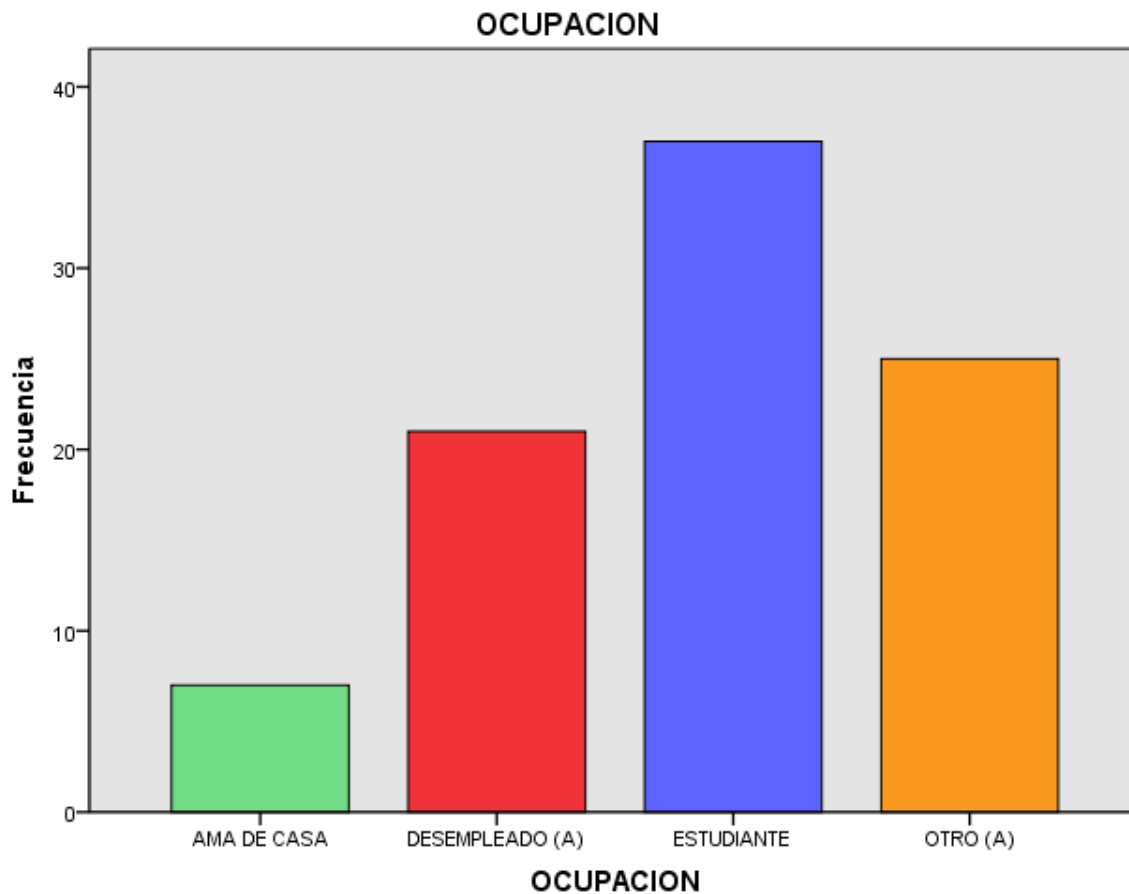
Los intentos de suicidio del año 2011 corresponden a un 54,4% al sexo femenino. Los rangos de edad que más intentaron el suicidio en este lapso fueron: 21 a 30 años con un 36,7%, 11 a 20 son 33,3% y 31 a 40 con 17,8%.

El estado civil que mayor frecuencia obtuvo fue soltero sin novio (30%), luego unión libre (26,7%) y soltero con novio (23,3%). Un 97,8% de estas personas vive en compañía de otras.

El 50% de las personas que realizaron conductas parasuicidas no tiene hijos, un 26,7% tiene un hijo y un 11,1% tiene dos hijos; y un 36,7% vive con estos.

La ocupación que predomina son los estudiantes (41,1%), seguido de otra (a) (27,8%), desempleados (23,3%) y amas de casa (7,8%) (Ver gráfica 2).

Gráfica 2

Ocupación 2011***Problemas psicosociales y ambientales***

Dentro de los problemas psicosociales y ambientales con mayor influencia en la conducta suicida se encuentran los relativos al grupo primario (95,6%), económicos (62,2%) y relativos al ambiente social (56,7%) (Ver tabla 5).

Tabla 5

Problemas psicosociales y ambientales 2011

Problemas psicosociales y ambientales	Frecuencia	Porcentaje
Relativos al grupo primario	86	95,6%
Económicos	56	62,2%
Relativos al ambiente social	51	56,7%
De vivienda	38	42,2%
Laborales	32	35,6%
Académicos	26	28,9%
Legales	14	15,6%
De salud	12	12,2%
Otros problemas	0	0,0%

Nota: Un individuo puede estar siendo afectado por varias problemáticas

Hallazgos clínicos específicos

Las alteraciones clínicas que más aquejaron a los pacientes con intentos de suicidio del año 2011 fueron la desesperanza (95,6%), la baja autoestima (94,4%), la disforia (93,3%), el desamparo (93,3%), la Hipoprosexia (73,3%), la ansiedad grave (73,3%), el insomnio severo (62,2%) y las ideas suicidas persistentes (54,4%) (Ver tabla 6).

Tabla 6

Hallazgos clínicos específicos 2011

Hallazgos clínicos específicos	Frecuencia	Porcentaje
Desesperanza	86	95,6%
Baja autoestima	85	94,4%
Disforia	84	93,3%
Desamparo	84	93,3%
Ansiedad grave	66	73,3%
Hipoprosxia	66	73,3%
Insomnio severo	56	62,2%
Ideas suicidas persistentes	49	54,4%
Somnolencia	41	45,6%
Ataques de pánico	39	43,3%
Planes suicidas estructurados	33	36,7%
Delirios	7	7,8%
Alucinaciones	3	3,3%

Nota: Un individuo puede tener varios síntomas clínicos

Comorbilidad

De las personas que intentaron el suicidio en el año 2011 un 27% estaba previamente diagnosticado con un trastorno mental y solo un 8,9% se encontraba bajo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Los que mayores prevalencia tenían eran el trastorno depresivo mayor con un 16%, esquizofrenia con 3,3% y un trastorno de estrés agudo con 2,2%.

En lo que corresponde al consumo de sustancias un 44,4% afirma que si consume. La principal sustancia consumida por estos pacientes fue el alcohol 35,6%, también cannabis 5,6% y cocaína 3,3%; en su mayoría el consumo fue social con un 37,8%.

En los antecedentes previos al intento de suicidio se encontró que un 73,3% de los casos han realizado un intento previo y un 22% de los casos dos intentos previos.

El método más utilizado es la intoxicación de la cual se derivan tres categorías: el uso de químicos varios (34,4%), medicamentos (22,2%) y raticidas (18,9%) (Ver tabla 7).

Tabla 7

Método usado para el intento de suicidio 2011

Método	Frecuencia	Porcentaje
Químicos varios	31	34,4%
Medicamentos	20	22,2%
Raticida	17	18,9%
Heridas con arma blanca	11	12,2%
Ahorcamiento	9	10,0%
Salto al vacío	1	1,1%
Heridas con arma de fuego	0	0,0%

Rasgos de personalidad

La dependencia (61,1%) y la impulsividad (60,0%) son los rasgos de personalidad que se presentan con mayor frecuencia (Ver tabla 8). En este año se añade un rasgo de personalidad que es la impulsividad definida como una acción rápida no planificada sin previa reflexión o toma de conciencia de los hechos que ocurren, así como de las posibles respuestas y sus consecuencias (Bolinches, et al, 2002).

Tabla 8

Rasgos de personalidad 2011

Rasgos de personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia	55	61,1%
Impulsividad	54	60,0%
Inestabilidad	38	42,2%
Pobre control de la ira	30	33,3%
Teatralidad	28	31,1%
Control	13	14,4%
Relaciones simbióticas	7	7,8%
Otros rasgos de personalidad	0	0,0%

Nota: Un individuo puede presentar varios rasgos de personalidad

Redes de apoyo

En su mayoría los pacientes son católicos con un 76,6%, sin embargo solo un 12,2% se considera activo en la religión.

Las personas que intentaron el suicidio en el año 2011 manifestaron en un 92,2% no tener redes de apoyo (familiares, asociaciones o agremiaciones, equipos deportivos, entre otras) y un 6,7% manifestó que su práctica deportiva constituía su red de apoyo.

Perfil de intentos de suicidio 2012

Características sociodemográficas

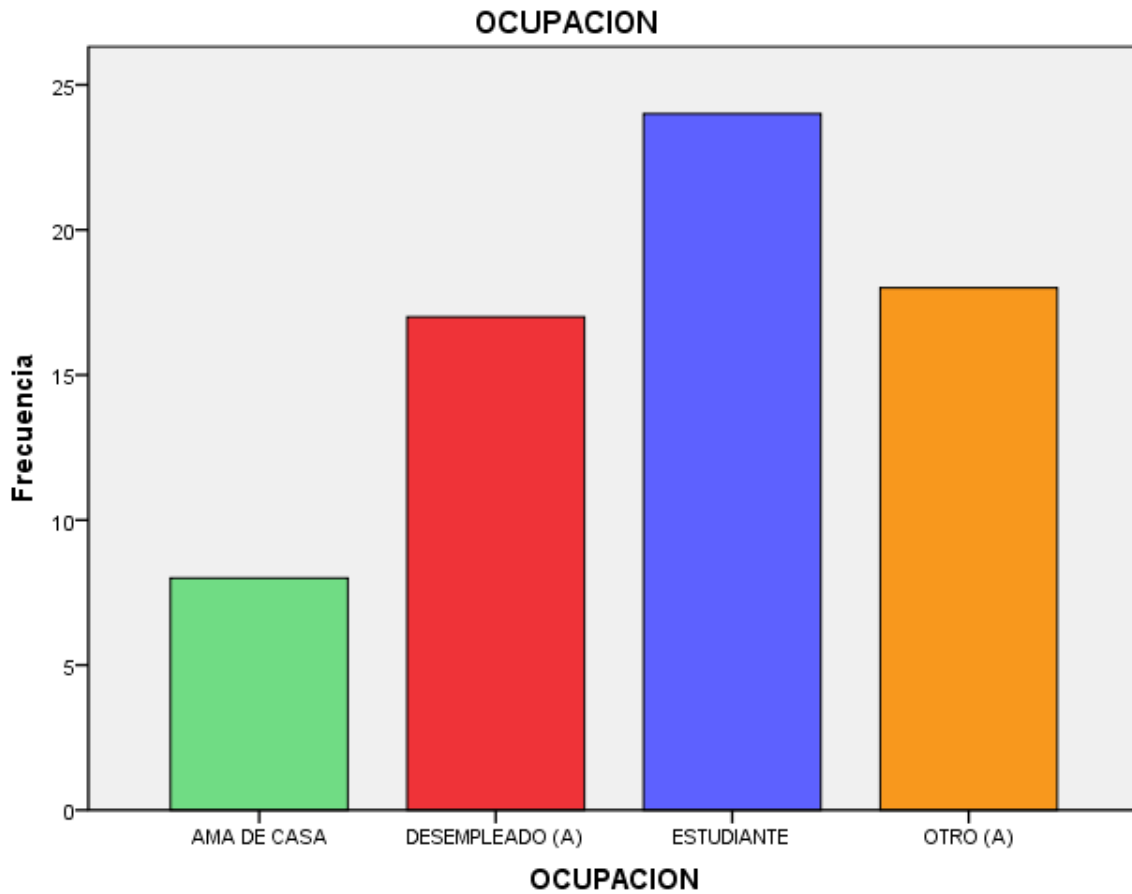
El sexo femenino es el que presento mayor porcentaje de intento de suicidio con un 59,7% de los casos. Los rangos de edad entre los cuales variaron la mayor cantidad de pacientes con intentos de suicidio fueron: de 11 a 20 años (38,8%), de 21 a 30 años (31,3%) y de 31 a 40 años (11,9%).

Los solteros sin novio constituyen el 46,3% de los casos, seguidos de los solteros con novio con el 20,9% y las personas en unión libre con el 19,4%. Un 94% de estas personas viven en compañía de otras.

En lo que concierne al número de hijos un 58,2% de los pacientes no tiene, un 17% tiene dos hijos y un 13,4% tiene un hijo.

La mayoría de las personas que intentaron el suicidio durante el año 2012 fueron estudiantes (35,8%), luego los desempleados (37,3%), pertenecientes a la categoría otro (26,9%) y por último las amas de casa (11,9) (ver gráfica 3).

Grafica 3

Ocupación 2012***Problemas psicosociales y ambientales***

Los intentos de suicidio del año 2012 relevaron que los problemas psicosociales y ambientales a los que mayor están expuestos estos pacientes son los relativos al grupo primario (91%) y al ambiente social (61,2%) (Ver tabla 9).

Tabla 9

Problemas psicosociales y ambientales 2012

Problemas psicosociales y ambientales	Frecuencia	Porcentaje
Relativos al grupo primario	61	91,0%
Relativos al ambiente social	41	61,2%
Económicos	31	46,3%
De vivienda	22	32,8%
Laborales	16	23,9%
De salud	12	17,9%
Académicos	6	9,0%
Legales	1	1,5%
Otros problemas	1	1,5%

Nota: Un individuo puede estar siendo afectado por varias problemáticas

Hallazgos clínicos específicos

Los hallazgos clínicos específicos que se obtuvieron mayor porcentaje de prevalencia durante este año fueron: desamparo (86,6%), baja autoestima (85,1%), desesperanza (83,6%), disforia (77,6%) e Hipoprosexia (50,7%) (Ver tabla 10).

Tabla 10

Hallazgos clínicos específicos 2012

Hallazgos clínicos específicos	Frecuencia	Porcentaje
Desamparo	58	86,6%
Baja autoestima	57	85,1%
Desesperanza	56	83,6%
Disforia	52	77,6%
Hipoprosxia	34	50,7%
Somnolencia	29	43,3%
Ideas suicidas persistentes	20	40,3%
Ansiedad grave	25	37,3%
Insomnio severo	20	29,9%
Planes suicidas estructurados	15	22,4%
Ataques de pánico	15	22,4%
Alucinaciones	4	6,0%
Delirios	3	4,5%

Nota: Un individuo puede tener varios síntomas clínicos

Comorbilidad

En lo que concierne a un trastorno mental de base un 34,3% de los casos estaba diagnosticado y solo un 10,4% estaba bajo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Los trastornos mentales que mayor se relacionaron con esta conducta fueron: trastorno depresivo mayor (19,4%) y el trastorno adaptativo (6%).

En cuanto al uso de sustancias un 35,8% las consume, de este porcentaje un 13,4% consume cocaína, un 11,9% consume alcohol y un 9% consume cannabis. El patrón de consumo en su mayoría es social con un 20,9%.

Los intentos de suicidio ejecutados en el año 2012 revelaron un 62,2% de los casos ha ejecutado al menos un intento de suicidio previo, así mismo revelaron que la

intoxicación medicamentosa (35,8%) y la intoxicación con raticidas (22,4%) son los métodos más utilizados para realizar este acto, constituyendo más del 50% de los casos (Ver tabla 11).

Tabla 11

Método usado para el intento de suicidio 2012

Método	Frecuencia	Porcentaje
Medicamentos	24	35,8%
Raticida	15	22,4%
Ahorcamiento	9	13,4%
Químicos varios	7	10,4%
Salto al vacío	5	7,5%
Heridas con arma blanca	5	7,5%
Heridas con arma de fuego	0	0,0%

Rasgos de personalidad

Los rasgos de personalidad que mayor distinguen a los pacientes con intentos de suicidio del año 2012 fueron la impulsividad (82,1%), inestabilidad (70,1%), pobre control de la ira (55,2%) y dependencia (53,7%) (Ver tabla 12).

Durante este año se acrecentaron los rasgos de personalidad que caracterizaron a los pacientes con intento de suicidio, evidenciándose la inestabilidad y el pobre control de la ira que son rasgos representativos del trastorno de personalidad límite en el cual las personas que lo padecen carecen del control de sus emociones, pueden pasar de estados de depresión profunda a ira intensa y sus relaciones son bastante inestables (Barlow & Durand, 2001).

Tabla 12

Rasgos de personalidad 2012

Rasgos de personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Impulsividad	55	82,1%
Inestabilidad	47	70,1%
Pobre control de la ira	37	55,2%
Dependencia	36	53,7%
Teatralidad	33	49,3%
Control	18	26,9%
Relaciones simbióticas	13	19,4%
Otros rasgos de personalidad	2	3,0%

Nota: Un individuo puede presentar varios rasgos de personalidad

Redes de apoyo

La religión católica fue la que mayor predominancia tuvo en este año con un 70,1%, aunque de todas las personas que afirmaron pertenecer a una religión solo el 25,4% se considera practicante.

Añadido a esto, un 77,6% de estas personas consideran que no tienen ningún sistema de apoyo, un 9% considera que su sistema de apoyo es la familia y un 7,5% sus amigos.

Perfil de intentos de suicidio 2010 – 2011 – 2012***Características sociodemográficas***

El procesamiento de datos de los tres años en que fueron ejecutados intentos de suicidio un 53,9% fueron cometidos por mujeres, con una prevalencia de edades de 21 a 30 años (36,4%), seguidos de 11 a 20 años (35,5%) y 31 a 40 años (14,4%).

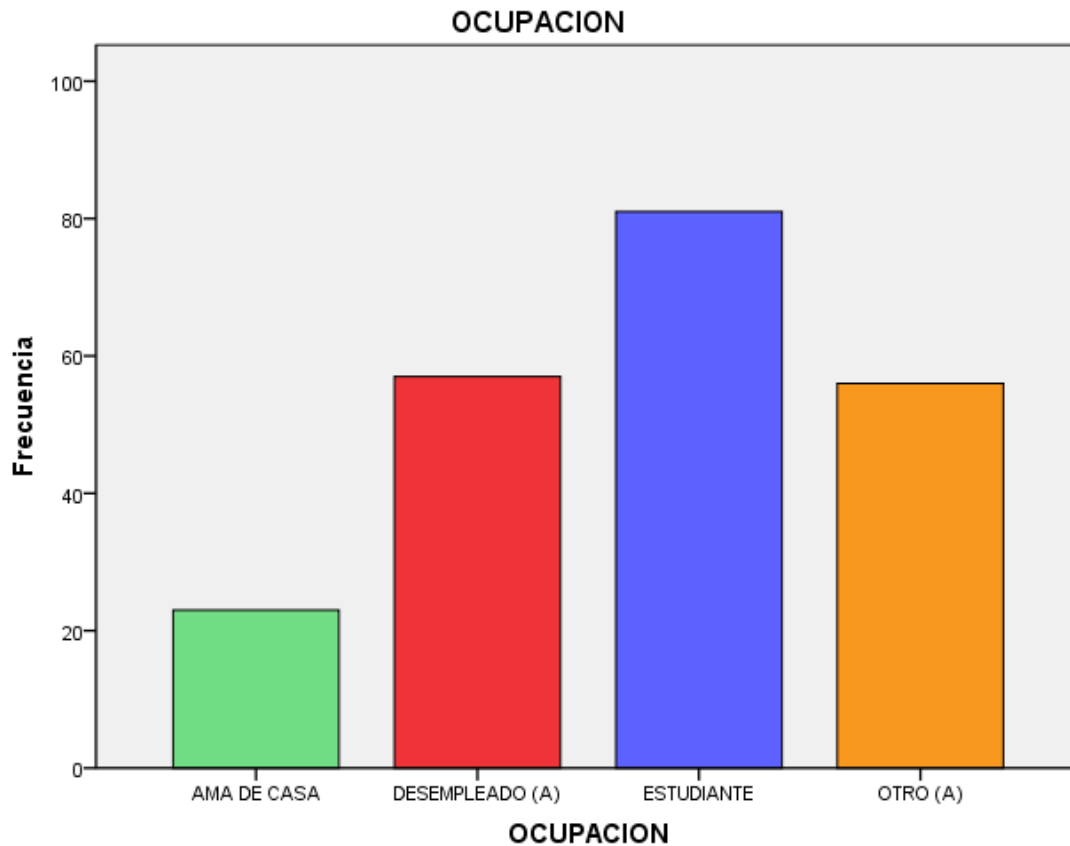
En cuanto al estado civil, la mayoría de quienes intentaron el suicidio en este lapso de tiempo fueron solteros sin novios (35%), solteros con novio (24%) y personas que se encontraban en unión libre (23%).

Un 94% de estas personas vive en compañía de otras; en cuanto al número de hijos un 55,3% no tiene, un 19,4% tiene un hijo y un 13,8% tiene dos hijos.

La ocupación con mayor predominancia fueron los estudiantes con un 37,3%, los desempleados con un 26,3%, otro (a) con un 25,8% y por último las amas de casa con un 10,6% (Ver grafica 4).

Grafica 4

Ocupación 2010 – 2011 – 2012



Problemas psicosociales y ambientales

En lo ocurrido durante el año 2010 – 2011 y 2012 se encontró que los problemas psicosociales y ambientales que mayor prevalencia tienen en la conducta suicida de los Cartageneros son los problemas relativos al grupo primario (91,2%), los problemas económicos (57,6%) y los relativos al ambiente social (55,8%) (Ver tabla 13).

Tabla 13

Problemas psicosociales y ambientales 2010 – 2011 – 2012.

Problemas psicosociales y ambientales	Frecuencia	Porcentaje
Relativos al grupo primario	198	91,2%
Económicos	125	57,6%
Relativos al ambiente social	121	55,8%
De vivienda	68	31,1%
Laborales	63	29,0%
Académicos	36	16,6%
De salud	25	11,5%
Legales	17	7,8%
Otros problemas	1	0,5%

Nota: Un individuo puede estar siendo afectado por varias problemáticas

Hallazgos clínicos específicos

Por su parte los síntomas clínicos que más aquejaron a estos pacientes fueron el desamparo (90,8%), desesperanza (90,3%), baja autoestima (89,9%), disforia (85,3%), ansiedad grave (61,3%) y la hipoprosexia (58,5%) (Ver tabla 14).

Tabla 14

Hallazgos clínicos específicos 2010 – 2011 – 2012.

Hallazgos clínicos específicos	Frecuencia	Porcentaje
Desamparo	197	90,8%
Desesperanza	196	90,3%
Baja autoestima	195	89,9%
Disforia	185	85,3%
Ansiedad grave	133	61,3%
Hipoprosxia	127	58,5%
Insomnio severo	100	46,1%
Ideas suicidas persistentes	95	43,8%
Somnolencia	82	37,8%
Planes suicidas estructurados	71	32,7%
Ataques de pánico	64	29,9%
Delirios	16	7,4%
Alucinaciones	7	3,2%

Nota: Un individuo puede tener varios síntomas clínicos

Comorbilidad

En cuanto al trastorno psiquiátrico de base, un 32,2% de los pacientes había sido previamente diagnosticado, un 11,5% se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico y el trastorno mental que más aquejo a estos pacientes fue el trastorno depresivo mayor con una prevalencia del 21,7%.

Por su parte, lo que respecta al consumo de sustancias un 46,1% de las personas que intentaron el suicidio acepta el consumo, de estos un 32,3% de los casos obedece al consumo de alcohol, un 7,8% a la cocaína, un 5,5% cannabis y solo un 0,5% consume otro tipo de sustancias alucinógenas. De este grupo, la mayoría del consumo es de carácter social con un porcentaje de 35%.

Los antecedentes previos de intentos evidencian que un 70,5% ha realizado un intento previo de intento de suicidio y un 20,3% ha realizado dos intentos previos.

El método suicida más utilizado es la intoxicación, mediante tres mecanismos: químicos varios (27,2%), medicamentos (24%) y raticidas (23,5%) (Ver tabla 15).

Tabla 15

Método utilizado para el intento de suicidio 2010 – 2011 – 2012.

Método	Frecuencia	Porcentaje
Químicos varios	59	27,3%
Medicamentos	52	24,1%
Raticida	51	23,6%
Ahorcamiento	24	11,1%
Heridas con arma blanca	19	8,8%
Salto al vacío	7	3,2%
Heridas con arma de fuego	2	0,9%
Otros métodos	2	0,9%

Rasgos de personalidad

Los rasgos de personalidad con mayor predominancia durante estos tres años fueron la impulsividad (60,8%) y dependencia (59%) (Ver tabla 16).

Tabla 16

Rasgos de personalidad 2010 - 2011 – 2012.

Rasgos de personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Impulsividad	132	60,8%
Dependencia	128	59,0%
Inestabilidad	97	44,7%
Pobre control de la ira	75	34,4%
Teatralidad	68	31,3%
Control	35	16,1%
Relaciones simbióticas	22	10,1%
Otros rasgos de personalidad	2	0,9%

Nota: Un individuo puede presentar varios rasgos de personalidad

Redes de apoyo

La religión católica tuvo mayor prevalencia en los pacientes que intentaron el suicidio durante estos años con un 77,4%, sin embargo, solo un 18,9% se considera practicante.

Al investigar por otros sistemas de apoyo se encontró que el 86,2% considera que no tiene red de apoyo y que un 6,9% considera que su red de apoyo es asistir a una práctica deportiva.

Resultados Coeficiente de contingencia

En segunda instancia con el fin de conocer la asociación entre las variables planteadas en la metodología se procedió a emplear la técnica del coeficiente de contingencia el cual se utiliza cuando las variables son medidas en forma nominal.

Resultados correlacionales 2010

Sexo

Problemas psicosociales y ambientales

Durante el año 2010 los problemas psicosociales y ambientales que se asociaron al sexo fueron los relativos al ambiente social con un coeficiente de contingencia de 0,347 estadísticamente significativo al nivel de 0,004 y un riesgo relativo de 4,773, entendiéndose que los hombres tienen cuatro veces más posibilidades de ser afectados por este tipo de problemáticas, estadísticamente significativo que indica causalidad entre las variables convirtiéndolas a su vez en un factor de riesgo hacia el suicidio (ver tabla 17).

Tabla 17

Problemas psicosociales y ambientales asociados al sexo 2010

Problemas psicosociales y ambientales	Coefficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Relativos al ambiente social	0,347	0,004	4,773	1,593	14,302
Relativos al grupo primario	0,202	0,111	0,275	0,052	1,452
De salud	0,195	0,124	0	0	0
Legales	0,171	0,178	0	0	0
Laborales	0,152	0,232	2,091	0,616	7,099
De vivienda	0,072	0,577	1,543	0,334	7,136
Económicos	0,051	0,654	1,235	0,431	3,538
Académicos	0,018	0,890	0,867	0,114	6,593
Otros problemas	0	0	0	0	0

Hallazgos clínicos específicos

En lo que concierne a los hallazgos clínicos específicos solo las ideas suicidas persistentes se relacionaron con el sexo con un coeficiente de contingencia de 0,268, significancia de 0,03 y un riesgo relativo revela que los hombres poseen 3,578 veces más probabilidad de padecer este síntoma (ver tabla 18).

Tabla 18

Hallazgos clínicos específicos asociados al sexo 2010

Hallazgos clínicos específicos	Coefficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Ideas suicidas persistentes	0,268	0,031	3,578	1,085	11,795
Baja autoestima	0,208	0,830	0,840	0,171	4,124
Ataques de pánico	0,205	0,105	0,310	0,072	1,342
Desesperanza	0,197	0,121	0,200	0,022	1,827
Disforia	0,181	0,154	0,360	0,085	1,520
Desamparo	0,159	0,212	0,259	0,027	2,470
Insomnio severo	0,148	0,245	1,863	0,649	5,345
Ansiedad grave	0,102	0,429	0,636	0,207	1,959
Delirios	0,089	0,490	1,857	0,313	11,005
Planes suicidas estructurados	0,087	0,500	0,698	0,246	1,986
Somnolencia	0,033	0,796	0,846	0,239	3,001
Hipoprosxia	0,040	0,755	1,176	0,424	3,266
Alucinaciones	0	0	0	0	0

Situación sentimental*Hallazgos clínicos específicos*

En cuanto a la situación sentimental y los hallazgos clínicos específicos se halló que las ideas suicidas persistentes están estrechamente relacionadas con un coeficiente de contingencia de 0,249 significativamente estadístico al nivel de 0,050. La evaluación del riesgo relativo reveló que las personas que tienen pareja sentimental tiene 3,778 veces más probabilidad de padecer este síntoma, lo cual no indica causalidad entre las variables pero si se considera un factor de riesgo (ver tabla 19).

Tabla 19

Hallazgos clínicos específicos asociados a la situación sentimental 2010

Hallazgos clínicos específicos	Coefficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Ideas suicidas persistentes	0,249	0,050	3,778	0,950	15,028
Desesperanza	0,229	0,068	4,750	0,789	28,595
Insomnio severo	0,212	0,094	2,714	0,828	8,897
Hipoprosexia	0,209	0,099	0,400	0,133	1,202
Desamparo	0,168	0,186	3,353	0,512	21,938
Ansiedad grave	0,152	0,232	2,000	0,636	6,289
Baja autoestima	0,145	0,255	0,298	0,033	2,665
Ataques de pánico	0,125	0,327	2,250	0,431	11,758
Planes suicidas estructurados	0,120	0,348	1,725	0,550	5,412
Delirios	0,117	0,361	0,459	0,084	2,516
Disforia	0,03	0,813	1,179	0,301	4,619
Somnolencia	0	1	1,000	0,261	3,826
Alucinaciones	0	0	0	0	0

Resultados correlacionales 2011

Sexo

Problemas psicosociales y ambientales

En el año 2011 se encontró que los problemas psicosociales y ambientales asociados con el sexo fueron los problemas relativos al ambiente social (coeficiente de contingencia 0,251, p 0,014) y los problemas de vivienda (coeficiente de contingencia 0,207, p 0,014).

Para estas dos problemáticas se evaluó el riesgo relativo, revelando que los hombres están 2,966 veces más expuestos a ser afectados por los problemas relativos al ambiente social y los problemas de vivienda (ver tabla 20).

Tabla 20

Problemas psicosociales y ambientales asociados al sexo 2011

Problemas psicosociales y ambientales	Coeficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Relativos al ambiente social	0,251	0,014	2,966	1,234	7,130
De vivienda	0,207	0,045	2,388	1,014	5,623
Laborales	0,159	0,126	1,320	0,555	3,139
Académicos	0,106	0,314	1,599	0,639	3,999
Económicos	0,069	0,509	0,750	0,319	1,765
De salud	0,067	0,523	1,509	0,425	5,356
Legales	0,066	0,529	2,475	0,757	8,089
Relativos al grupo primario	0,019	0,855	0,830	0,112	6,165
Otros problemas	0	0	0	0	0

Rasgos de personalidad

El rasgo de personalidad que presenta una buena asociación con el sexo fue el control, con un coeficiente de contingencia de 0,251 estadísticamente significativo al nivel de 0,014 cuyo riesgo relativo reporta que los hombres están cuatro veces más en riesgo de tener este rasgo de personalidad (ver tabla 21).

Tabla 21

Rasgos de personalidad asociados al sexo 2011

Rasgos de personalidad	Coeficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Control	0,251	0,014	4,946	1,259	19,431
Pobre control de la ira	0,201	0,052	2,413	0,984	5,917
Inestabilidad	0,164	0,114	1,976	0,846	4,62
Teatralidad	0,154	0,138	1,973	0,799	4,874
Impulsividad	0,153	0,142	1,905	0,803	4,523
Relaciones simbióticas	0,149	0,152	3,264	0,598	17,801
Dependencia	0,089	0,399	1,446	0,613	3,413
Otros rasgos de personalidad	0	0	0	0	0

Edad*Problemas psicosociales y ambientales*

Los problemas psicosociales y ambientales relacionados con la edad en el año 2011 fueron los problemas académicos (coeficiente de contingencia 0,460, p 0,000), laborales (coeficiente de contingencia 0,287, p 0,004) y relativos al ambiente social (coeficiente de contingencia 0,212, p 0,039).

De acuerdo a la evaluación del riesgo relativo los resultados revelan que los menores de edad poseen trece veces más problemas académicos y tres veces más problemas relativos al ambiente social (ver tabla 22).

Tabla 22

Problemas psicosociales y ambientales asociados a la edad 2011

Problemas psicosociales y ambientales	Coefficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Académicos	0,460	0,000	13,182	4,193	41,437
Laborales	0,287	0,004	0,137	0,030	0,634
Relativos al ambiente social	0,212	0,039	3,109	1,025	9,428
De salud	0,125	0,233	0,295	0,036	2,451
Relativos al grupo primario	0,118	0,259	0	0	0
De vivienda	0,113	0,282	1,711	0,640	4,575
Económicos	0,111	0,288	0,587	0,218	1,578
Legales	0,091	0,384	0,050	0,103	2,438
Otros problemas	0	0	0	0	0

Rasgos de personalidad

Durante este año el rasgo de personalidad que se relacionó con la edad fue la dependencia que reporto un coeficiente de contingencia de 0,202 con una significancia de 0,050, sin embargo al observar la tabla 23 se evidencia que aunque existe tal correlación no se puede establecer causalidad entre estas dos variables y tampoco riesgo (ver tabla 23).

Tabla 23

Rasgos de personalidad asociados a la edad 2011

Rasgos de personalidad	Coficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Dependencia	0,202	0,050	0,375	0,138	1,018
Control	0,077	0,464	0,555	0,113	2,730
Impulsividad	0,075	0,476	1,45	0,520	4,043
Relaciones simbióticas	0,062	0,556	0,525	0,258	2,183
Pobre control de la ira	0,056	0,597	0,750	0,060	4,626
Inestabilidad	0,046	0,662	0,800	0,294	2,177
Teatralidad	0,030	0,774	0,855	0,292	2,500
Otros rasgos de personalidad	0	0	0	0	0

Situación sentimental*Problemas psicosociales y ambientales*

Por su parte los problemas psicosociales y ambientales relacionados con la situación sentimental evidenciaron una asociación en cuanto a los problemas relativos al ambiente social (coeficiente de contingencia 0,337, p 0,001), académicos (coeficiente de contingencia 0,298 p 0,003), legales (0,285, p 0,005), económicos (coeficiente de contingencia 0,237, p 0,021) y de vivienda (coeficiente de contingencia 0,211, p 0,041). En este caso las personas que se encuentran en una relación sentimental poseen dos veces más riesgo de padecer problemas económicos (ver tabla 24).

Tabla 24

Problemas psicosociales y ambientales asociados a la situación sentimental 2011

Problemas psicosociales y ambientales	Coefficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Relativos al ambiente social	0,337	0,001	0,194	0,073	0,521
Académicos	0,298	0,003	0,245	0,094	0,639
Legales	0,285	0,005	0,185	0,053	0,648
Económicos	0,237	0,021	2,813	1,157	6,839
De vivienda	0,211	0,041	0,405	0,169	0,972
De salud	0,195	0,059	0,297	0,080	1,103
Laborales	0,192	0,063	2,438	0,940	6,321
Relativos al grupo primario	0,057	0,059	0,535	0,053	5,364
Otros problemas	0	0	0	0	0

Hallazgos clínicos específicos

En lo que respecta al área de la sintomatología clínica se halló que la hipoprosexia es el único síntoma relacionado con la situación sentimental en el 2011 con un coeficiente de contingencia de 0,254 y una significancia de 0,013 (ver tabla 25).

Tabla 25

Hallazgos clínicos específicos asociados a la situación sentimental 2011

Hallazgos clínicos específicos	Coefficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Hipoprosxia	0,254	0,013	0,240	0,074	0,779
Delirios	0,198	0,056	0,215	0,039	1,177
Baja autoestima	0,186	0,073	0	0	0
Ataques de pánico	0,170	0,101	2,091	0,859	5,087
Desesperanza	0,163	0,116	5,323	0,531	53,386
Desamparo	0,157	0,131	3,600	0,622	20,822
Alucinaciones	0,136	0,431	0	0	0
Ideas suicidas persistentes	0,114	0,553	0	0	0
Disforia	0,083	0,733	0	0	0
Planes suicidas estructurados	0,070	0,508	1,353	0,552	3,316
Somnolencia	0,069	0,509	0,750	0,319	1,765
Ansiedad grave	0,048	0,646	1,250	0,482	3,245
Insomnio severo	0,007	0,944	1,032	0,429	2,483

Rasgos de personalidad

En lo acontecido en el 2011 se encontró asociación entre los siguientes rasgos de personalidad y la situación sentimental: inestabilidad (coeficiente de contingencia 0,334, p 0,001), pobre control de la ira (coeficiente de contingencia 0,266, p 0,009) y teatralidad (coeficiente de contingencia 0,259, p 0,011) (ver tabla 26).

Tabla 26

Rasgos de personalidad asociados a la situación sentimental 2011

Rasgos de personalidad	Coficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Inestabilidad	0,334	0,001	0,218	0,088	0,543
Pobre control de la ira	0,266	0,009	0,302	0,121	0,755
Teatralidad	0,259	0,011	0,307	0,121	0,776
Relaciones simbióticas	0,198	0,056	0,215	0,039	1,177
Impulsividad	0,166	0,11	0,481	0,194	1,189
Control	0,071	0,501	0,667	0,204	2,181
Dependencia	0,037	0,729	1,167	0,488	2,788
Otros rasgos de personalidad	0	0	0	0	0

Resultados correlacionales 2012

Sexo

Hallazgos clínicos específicos

La hipoprosexia (coeficiente de contingencia 0,307, p 0,008) y la ansiedad grave (coeficiente de contingencia 0,296, p 0,011) fueron los síntomas clínicos que se asociaron al sexo en lo ocurrido en el año 2012.

Durante este año el riesgo relativo de los hallazgos clínicos específicos asociados al sexo reveló que los hombres tienen tres veces más posibilidades de tener como síntomas asociados al intento de suicidio la hipoprosexia y la ansiedad grave (ver tabla 27).

Tabla 27

Hallazgos clínicos específico asociados al sexo 2012

Hallazgos clínicos específicos	Coeficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Hipoprosexia	0,307	0,008	3,958	1,392	11,256
Ansiedad grave	0,296	0,011	3,750	1,321	10,644
Somnolencia	0,214	0,202	0	0	0
Insomnio severo	0,209	0,217	0	0	0
Desamparo	0,155	0,440	0	0	0
Delirios	0,116	0,341	3,120	0,269	36,243
Baja autoestima	0,088	0,472	1,697	0,398	7,242
Alucinaciones	0,078	0,520	0,474	0,047	4,818
Disforia	0,076	0,532	1,467	0,439	4,900
Ataques de pánico	0,076	0,532	0,682	0,204	2,274
Planes suicidas estructurados	0,070	0,568	1,400	0,440	4,457
Ideas suicidas persistentes	0,069	0,570	1,333	0,494	3,599
Desesperanza	0,036	0,771	1,220	0,320	4,653

Edad*Problemas psicosociales y ambientales*

En lo correspondiente a la edad, se encontró que los problemas psicosociales y ambientales que manifestaron relación con esta variable fueron los problemas académicos (coeficiente de contingencia 0,344, p 0,003) y los problemas laborales (coeficiente de contingencia 0,343, p 0,003). En este caso durante el 2012 la posibilidad de los menores de edad de tener problemas académicos asciende a 15,333 (ver tabla 28).

Tabla 28

Problemas psicosociales y ambientales asociados a la edad 2012

Problemas psicosociales y ambientales	Coeficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Académicos	0,344	0,003	15,333	1,658	141,846
Laborales	0,343	0,003	0	0	0
Relativos al grupo primario	0,200	0,094	0	0	0
Otros problemas	0,185	0,122	0	0	0
Económicos	0,146	0,228	0,516	0,175	1,523
Legales	0,080	0,511	0	0	0
Relativos al ambiente social	0,051	0,667	1,260	0,425	3,741
De salud	0,036	0,771	1,219	0,321	4,626
De vivienda	0,030	0,806	1,149	0,381	3,467

Hallazgos clínicos específicos

En lo que concierne a la relación entre la edad y los hallazgos clínicos específicos se encontró que solo insomnio severo se encuentra asociado a esta variable con un coeficiente de contingencia de 0,363, estadísticamente significativo al nivel de 0,006 (ver tabla 29).

Tabla 29

Hallazgos clínicos específicos asociados a la edad 2012

Hallazgos clínicos específicos	Coeficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Insomnio severo	0,363	0,006	0	0	0
Somnolencia	0,238	0,135	0	0	0
Ansiedad grave	0,227	0,056	0,310	0,090	1,067
Desamparo	0,197	0,257	0	0	0
Delirios	0,140	0,248	0	0	0
Ideas suicidas persistentes	0,136	0,262	0,531	0,174	1,62
Planes suicidas estructurados	0,118	0,330	1,810	0,544	6,014
Desesperanza	0,063	0,606	0,700	0,180	2,723
Hipoprosxia	0,055	0,650	1,275	0,446	3,646
Disforia	0,041	0,738	0,811	0,237	2,773
Ataques de pánico	0,041	0,738	1,233	0,361	4,219
Alucinaciones	0,027	0,827	0,772	0,075	7,904
Baja autoestima	0,001	0,991	0,992	0,229	4,299

Rasgos de personalidad

Por su parte dentro de los rasgos de personalidad se encontró que el control está asociado a la edad, revelando un coeficiente de contingencia de 0,241 y una significancia de 0,042 (ver tabla 30).

Tabla 30

Rasgos de personalidad asociados a la edad 2012

Rasgos de personalidad	Coefficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Control	0,241	0,042	0,215	0,044	1,046
Impulsividad	0,215	0,072	5,806	0,696	48,426
Dependencia	0,146	0,228	1,938	0,657	5,72
Inestabilidad	0,139	0,25	2,065	0,591	7,212
Pobre control de la ira	0,127	0,294	1,780	0,603	5,253
Otros rasgos de personalidad	0,114	0,349	0	0	0
Relaciones simbióticas	0,072	0,552	0,653	0,159	2,68
Teatralidad	0,01	0,936	1,043	0,366	2,972

Situación sentimental*Problemas psicosociales y ambientales*

Con respecto a la variable de situación sentimental durante el año 2012 se encontró que el problema psicosocial y ambiental asociado a esta son los problemas laborales con un coeficiente de contingencia de 0,261 con una significancia de 0,027. Y que las personas que se encuentran en una relación sentimental tienen tres veces más riesgo de tener problemas relacionados con su trabajo (ver tabla 31).

Tabla 31

Problemas psicosociales y ambientales asociados a la situación sentimental 2012

Problemas psicosociales y ambientales	Coefficiente	Significancia	Riesgo Relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Laborales	0,261	0,027	3,705	1,116	12,301
Académicos	0,175	0,147	0,221	0,024	2,002
Relativos al grupo primario	0,137	0,258	0,371	0,063	2,184
Legales	0,135	0,263	0	0	0
Otros problemas	0,110	0,364	0	0	0
De vivienda	0,073	0,548	1,368	0,492	3,810
Económicos	0,067	0,581	1,313	0,499	3,452
Relativos al ambiente social	0,039	0,746	1,178	0,437	3,173
De salud	0,029	0,811	0,857	0,242	3,035

Resultados correlaciones 2010 – 2011 – 2012

Sexo

Problemas psicosociales y ambientales

En los ocurrido estos tres años se evidencio que los problemas psicosociales y ambientales que se encuentran asociados al sexo son los relativos al ambiente social (coeficiente de contingencia 0,187, p 0,005) el cual para los hombres representa un riesgo relativo de 2,188 veces más que para las mujeres (ver tabla 32).

Tabla 32

Problemas psicosociales y ambientales asociados al sexo 2010 – 2011 – 2012

Problemas psicosociales y ambientales	Coeficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Relativos al ambiente social	0,187	0,005	2,188	1,262	3,794
Legales	0,142	0,035	3,055	1,037	8,995
Relativos al grupo primario	0,138	0,041	0,362	0,132	0,990
De vivienda	0,093	0,171	1,494	0,840	2,658
Otros problemas	0,063	0,354	0	0	0
Académicos	0,060	0,378	1,380	0,674	2,826
Laborales	0,060	0,373	1,306	0,726	2,349
De salud	0,043	0,528	1,307	0,568	3,012
Económicos	0,030	0,659	0,885	0,516	1,519

Rasgos de personalidad

En cuanto a los rasgos de personalidad el único que estuvo asociado al sexo fue el control con un coeficiente de contingencia de 0,170 estadísticamente significativo al nivel 0,011, con un riesgo relativo de 2,614, representando causalidad entre las variables y considerado un factor de riesgo (ver tabla 33).

Tabla 33

Rasgos de personalidad asociados al sexo 2010 – 2011 – 2012

Rasgos de personalidad	Coeficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Control	0,170	0,011	2,614	1,226	5,574
Dependencia	0,037	0,582	0,859	0,499	1,477
Pobre control de la ira	0,028	0,681	1,125	0,642	1,971
Relaciones simbióticas	0,026	0,697	1,191	0,493	2,877
Impulsividad	0,022	0,744	1,095	0,634	1,894
Otros rasgos de personalidad	0,008	0,911	1,172	0,072	18,977
Teatralidad	0,007	0,921	0,971	0,546	1,728
Inestabilidad	0,006	0,935	1,023	0,598	1,749

Edad*Problemas psicosociales y ambientales*

Por su parte los problemas psicosociales y ambientales que se asociaron a la edad fueron los académicos (coeficiente de contingencia 0,332, p 0,000), laborales (coeficiente de contingencia 0,281, p 0,000) y relativos al grupo primario (coeficiente de contingencia 0,173, p 0,009).

Al realizar la estimación del riesgo relativo se encontró que para los problemas académicos los menores de edad tienen 6,519 veces más riesgo, indicando una relación causal entre las variables (ver tabla 34).

Tabla 34

Problemas psicosociales y ambientales

Problemas psicosociales y ambientales	Coefficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Académicos	0,332	0,000	6,519	3,034	14,005
Laborales	0,281	0,000	0,104	0,031	0,348
Relativos al grupo primario	0,173	0,009	0	0	0
Otros problemas	0,119	0,078	0,981	0,945	1,018
Económicos	0,119	0,077	0,571	0,306	1,066
Legales	0,086	0,206	0,390	0,086	1,762
Relativos al ambiente social	0,053	0,436	1,284	0,684	2,412
De vivienda	0,032	0,635	1,173	0,607	2,265
De salud	0,004	0,958	0,974	0,367	2,583

Hallazgos clínicos específicos

Los hallazgos clínicos específicos que se asociaron a la edad en el intervalo de estos tres años fueron los delirios con un coeficiente de contingencia de 0,158 y significancia de 0,018, y el insomnio severo con un coeficiente de contingencia de 0,142 estadísticamente significativo al nivel 0,035 (ver tabla 35).

Tabla 35

Hallazgos clínicos específicos asociados a la edad 2010 – 2011 – 2012

Hallazgos clínicos específicos	Coefficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Delirios	0,158	0,018	0	0	0
Insomnio severo	0,142	0,035	0,502	0,263	0,957
Somnolencia	0,116	0,087	0,557	0,284	1,093
Ansiedad grave	0,120	0,075	0,568	0,304	1,063
Ideas suicidas persistentes	0,090	0,181	0,647	0,341	1,227
Planes suicidas estructurados	0,083	0,218	1,496	0,787	2,846
Desesperanza	0,068	0,317	0,613	0,234	1,611
Hipoprosxia	0,065	0,339	1,366	0,720	2,593
Baja autoestima	0,049	0,472	1,510	0,488	4,679
Desamparo	0,024	0,720	1,233	0,391	3,892
Alucinaciones	0,018	0,795	1,247	0,235	6,624
Ataques de pánico	0,015	0,827	0,926	0,467	1,837
Disforia	0,006	0,935	0,964	0,405	2,297

Situación sentimental*Problemas psicosociales y ambientales*

En lo que respecta a la situación sentimental correlacionada con los problemas psicosociales y ambientales se encontró tal asociación con los problemas laborales (coeficiente de contingencia 0,210, p 0,002), académicos coeficiente de contingencia 0,171, p 0,011), relativos al ambiente social (coeficiente de contingencia 0,153, p 0,022) y económicos (coeficiente de contingencia 0,139, p 0,039). Sin embargo al analizar el riesgo relativo se halló que solo los problemas laborales representan 2,789 veces más riesgo para las personas que están en una relación sentimental (ver tabla 36).

Tabla 36

Problemas psicosociales y ambientales asociados a la situación sentimental 2010 – 2011 – 2012

Problemas psicosociales y ambientales	Coeficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Laborales	0,210	0,002	2,789	1,457	5,339
Académicos	0,171	0,011	0,392	0,188	0,817
Relativos al ambiente social	0,153	0,022	0,525	0,302	0,915
Económicos	0,139	0,039	1,778	1,028	3,075
De salud	0,102	0,130	0,526	0,227	1,22
Legales	0,099	0,142	0,476	0,174	1,303
Otros problemas	0,080	0,238	0	0	0
De vivienda	0,070	0,301	0,738	0,414	1,315
Relativos al grupo primario	0,065	0,338	0,614	0,224	1,680

Hallazgos clínicos específicos

Por su parte los hallazgos clínicos específicos que se asociaron a la situación sentimental fueron el desamparo (coeficiente de contingencia 0,164, p 0,014), hipoprosexia (coeficiente de contingencia 0,145, p 0,031), ataques de pánico (coeficiente de contingencia 0,139, p 0,039) e insomnio severo (coeficiente de contingencia 0,136, p 0,043); para todas estas variables se calculó el riesgo relativo, sin embargo, solo para el desamparo hay 3,333 veces más riesgo en las personas que se encuentran en una relación sentimental (Ver tabla 37).

Tabla 37

Hallazgos clínicos específicos asociados a la situación sentimental 2010 – 2011 – 2012

Hallazgos clínicos específicos	Coefficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Desamparo	0,164	0,014	3,333	1,216	9,318
Hipoprosxia	0,145	0,031	0,541	0,309	0,947
Ataques de pánico	0,139	0,039	1,905	1,028	3,529
Insomnio severo	0,136	0,043	1,760	1,017	3,045
Desesperanza	0,131	0,051	2,458	0,974	6,206
Ansiedad grave	0,129	0,056	1,714	0,985	2,984
Delirios	0,117	0,083	0,405	0,142	1,158
Baja autoestima	0,099	0,141	0,485	0,182	1,293
Ideas suicidas persistentes	0,091	0,180	1,455	0,841	2,517
Disforia	0,068	0,317	1,467	0,691	3,113
Alucinaciones	0,056	0,407	0,530	0,116	2,430
Somnolencia	0,042	0,535	0,839	0,482	1,46
Planes suicidas estructurados	0,035	0,603	1,166	0,654	2,077

Rasgos de personalidad

Por último, los rasgos de personalidad asociados a la situación sentimental fueron el pobre control de la ira (coeficiente de contingencia 0,221, p 0,001), impulsividad (coeficiente de contingencia 0,200, p 0,003), inestabilidad (coeficiente de contingencia 0,190, p 0,004), teatralidad (coeficiente de contingencia 0,168, p de 0,012) y relaciones simbióticas (coeficiente de contingencia 0,146, p 0,030), sin embargo en la estimación de riesgo no se encontraron mayores probabilidades para las personas en una relación sentimental o sin ella. (Ver tabla 36).

Tabla 38

Rasgos de personalidad asociados a la situación sentimental 2010 – 2011 – 2012

Rasgos de personalidad	Coficiente	Significancia	Riesgo relativo	Límite Inferior	Límite Superior
Pobre control de la ira	0,221	0,001	0,380	0,214	0,675
Impulsividad	0,200	0,003	0,417	0,234	0,743
Inestabilidad	0,190	0,004	0,451	0,260	0,782
Teatralidad	0,168	0,012	0,476	0,266	0,853
Relaciones simbióticas	0,146	0,030	0,373	0,149	0,931
Otros rasgos de personalidad	0,082	0,227	0	0	0
Control	0,034	0,621	0,832	0,402	1,723
Dependencia	0,032	0,639	1,140	0,659	1,971

Discusión

El suicidio se define como una “terminación voluntaria con la vida propia” que es considerado no como una enfermedad mental sino como un comportamiento producto de diferentes circunstancias o diferentes factores de riesgo que interactúan y se asocian a una enfermedad mental (Abellan, 2005).

En nuestro país el suicidio sigue constituyendo una de las principales causas de muerte, revelando el Instituto Nacional de Medicina Legal que durante los primeros cinco meses del año en curso se han presentado 619 casos, ocupando por ahora la cuarta causa de muerte violenta.

En este estudio se encontró que intentos de suicidio por su parte son ejecutados principalmente por el sexo femenino con promedio de 53,9% de los casos que al ser contrastado con investigaciones como la de Benjet, Borges, Medina y Orozco (2010) se corrobora que prevalencia alrededor del mundo sigue siendo mayor en comparación con la de los hombres. Las edades que constituyen un factor de riesgo son los adolescentes y adultos jóvenes entre 11 y 30 años manifestándose en promedio 72,3% de los casos durante los 3 años, cifra que según las investigaciones de diferentes autores indican que la tasa de prevalencia va en aumento (Burunate, Pedraza & Rodríguez, 2004; Cañon, 2011), y en lo que respecta al estado civil se considera como factor de riesgo las personas solteras con una prevalencia promedio de 59,%, sustentado por investigaciones como las de Siomopulous, citado por Anaya, Calas, Pérez y Ros (1997) y Burunate, et al. (2004) quienes en su estudio las personas solteras constituían el porcentaje con un 35,1% de los casos.

Gran proporción de quienes intentan el suicidio son estudiantes, ya que las edades en que mayor porcentaje de suicidio se presentan abarca la etapa escolar y universitaria con promedio de 36,76%, seguidos por las personas desempleadas con un promedio de 30,76% cuyo estrés por la pérdida del trabajo aumenta la probabilidad del suicidio, corroborado por la investigación de Duran, Mazzotti y Vivar (1999) que encontró que el porcentaje de desempleados era de 40,3% y el de estudiantes de 24,2%.

En lo que correspondiente a los problemas psicosociales y ambientales que presentan los mayores porcentajes en la conducta suicida de los Cartageneros se han encontrado los problemas relativos al grupo primario como discordias familiares, poca comunicación con los padres, carencia de afecto y apoyo familiar que generan en la persona poca capacidad de afrontamiento y resolución de conflictos, problemas relativos al ambiente social y problemas de índole económica. Al realizar el contraste con otras investigaciones se encontró que Dávila y González (2009) consideran que en lo que respecta a los problemas psicosociales y ambientales uno de los factores que hacen proclives a las personas a incurrir en la conducta suicida son las crisis económicas, las cuales no solo tienen su incidencia en la conducta suicida sino que propician otros problemas de salud y problemáticas sociales. Burunate, et al. (2004) encontraron en su investigación que los problemas relativos al grupo primario y los problemas relativos al ambiente social también pueden incidir en la ejecución de la conducta suicida. Llama especialmente la atención que durante los 3 años en que se realizaron las valoraciones los problemas económicos han ido disminuyendo su ocurrencia, lo cual podría ser sustentado por la tasa de desempleo de Cartagena que

durante el 2010 fue de 11,5%, durante el 2011 bajo a 10,4% y en el año 2012 descendió nuevamente a 9,16%, cifras que son sustentadas por el Departamento Nacional de Estadísticas – DANE.

La sintomatología clínica en esta investigación revela que la ansiedad ($\Sigma = 61,3\%$) es considerada como un factor de riesgo de la conducta suicida tanto en adultos como en adolescentes, de igual forma se presentan la desesperanza ($\Sigma = 90,3\%$), el desamparo ($\Sigma = 90,8\%$), la baja autoestima definida como los sentimientos de inferioridad ($\Sigma = 89,9\%$) y una sensación de disforia ($\Sigma = 85,3\%$), hallazgos que son confirmados por diferentes investigaciones que han encontrado en pacientes suicidas de otras ciudades y países similitud de síntomas (González, Larraguibel, Martínez & Valenzuela, 2000; Morocho & Pinos, 2007; & OMS, 2011).

En lo que concierne a la comorbilidad en la ciudad de Cartagena de Indias se encontró que el trastorno mental que mayor fue diagnosticado en los pacientes suicidas fue el trastorno depresivo mayor, cuyo hallazgo es confirmado por la investigación de Álvarez, Arlaes, Cañizares & Hernández (1998) quienes encontraron que este trastorno es el que más incurre con la conducta suicida, así mismo se considera que el consumo y abuso del alcohol actúa como un factor predictor de la conducta suicida (Anaya, et al., 1997). También se conoció que el método más usado es la intoxicación usando diferentes medios como medicamentos, químicos varios y se resalta el uso del raticida como característica de la ciudad que posiblemente obedezca al fácil acceso a estos debido a su distribución gratuita y sus bajos costos (Duran, et al., 1999); y que los

intentos de suicidio previos constituyen una preocupación y se catalogan como factor de riesgo para perfeccionar el plan suicida.

Respecto a los antecedentes de conductas suicida en familiares o amigos cercanos la investigación de Anaya, et al. (1997) encontró que esta circunstancia se considera factor de riesgo, a esto se le llama suicidio por aprendizaje. Sin embargo, esta investigación permitió conocer que en Cartagena de Indias esta condición no se cumple, por tanto no se considera como factor de riesgo los antecedentes de intento de suicidio en familiares o amigos cercanos, lo que hace una característica especial de los intentos de suicidio en la ciudad.

Lo relacionado a las enfermedades medicas incapacitantes o de mal pronóstico o dolores crónicos se encontró que esto no representa un factor de riesgo para los Cartageneros, hallazgo que se contrapone al argumento de Nielsen, citado por Anaya, et al. (1997) quien considera que la enfermedad somática crónica actúa como un factor predictor de la conducta suicida.

En lo concerniente a las características de personalidad que representan a los pacientes suicidas en la Ciudad de Cartagena se halló como característica principal la dependencia, seguida de la impulsividad, el poco control de la ira y la inestabilidad. Estos rasgos se asocian con algunos trastornos de personalidad que tienen una fuerte incidencia en la conducta suicida como el trastorno de personalidad antisocial, trastorno de personalidad limítrofe y trastorno de personalidad dependiente; sin embargo se aclara que en este perfil se habla de rasgos representativos, sin pretender diagnosticar

a los individuos en estas patologías (Barlow & Durand, 2001; Contreras, Gutiérrez & Orozco, 2006).

Las redes de apoyo por su parte es una carencia en las personas que intentan el suicidio; la religión por ejemplo, aunque la mayoría de las personas que intentan el suicidio se consideran católicos (77,4%), la importancia radica en que estos no son practicantes activos (no practicantes 81,1%) y carecen a su vez de redes de apoyo (86,2%) como la familia, amigos, grupos o asociaciones en la que se involucren e interactúen en conjunto con otras personas. Investigaciones como la de Duran, et al. (1999) encontró que un 81,7% de sus participantes eran católicos, sin embargo consideran que no se pueden establecer inferencias de riesgo entre una religión en particular y el suicidio.

Luego de realizar esta descripción de las variables que mayor incidencia tienen en la conducta suicida en la ciudad de Cartagena de Indias, se continua con otro de los objetivos de esta investigación que es la búsqueda de asociación entre las variables socio demográficas: sexo, edad y situación sentimental con los problemas psicosociales y ambientales, hallazgos clínicos específicos y rasgos de personalidad.

La variable sexo asociada a los problemas psicosociales y ambientales revelo que en los problemas relativos al ambiente social se encuentran asociados y que los hombres presentan casi cuatro y tres veces más riesgo en los años 2010 y 2011 respectivamente.

Esta misma variable que exploraba la asociación con los hallazgos clínicos específicos encontró que síntomas como las ideas suicidas persistentes representan

tres veces más riesgo para los hombres durante el año 2010, la ansiedad grave representa tres veces más riesgo para los hombres durante el año 2012 y la hipoprosexia representa casi cuatro veces más riesgo para los hombres el año 2012.

La investigación con los rasgos de personalidad halló que existe una fuerte asociación entre el sexo y el control, representando un riesgo relativo cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres.

La siguiente exploración realizada entre la edad con los otros grupos de variables antes mencionados encontró que lo que respecta a los problemas psicosociales y ambientales existe una asociación con los problemas relativos al ambiente social (durante el 2011 hubo tres veces más riesgo para los menores de 18 años) y los problemas académicos (durante el 2011 hubo 13 veces más riesgo para los menores de 18 años y en el 2012 aumento el riesgo a 15 veces para los menores de 18 años); este último hallazgo es apoyado por estudios como el De las Heras y Polaino (1990) quienes consideran que el fracaso escolar es uno de los factores precipitantes de la conducta suicida en niños y adolescentes debido a que en muchas ocasiones los padres quienes ejercen una gran influencia en sus hijos les establecen altos estándares inflexibles que al no ser logrados incitan en el menor sentimientos de culpabilidad y frustración.

La ultima búsqueda de asociación entre la situación sentimental (con pareja/ sin pareja) revelo que en lo que respecta a los problemas psicosociales y ambientales las personas con pareja poseen mayor riesgo en los problemas laborales (en el 2012

tuvieron tres veces más riesgo) y en los problemas económicos (2011 tuvieron dos veces más riesgo).

La aplicación del coeficiente de contingencia entre la situación sentimental y los hallazgos clínicos específicos evidenció que las personas con pareja durante el 2010 tienen tres veces más riesgo de padecer de ideas suicidas persistentes y que la hipoprosexia también se encuentra asociada a la situación sentimental, sin embargo no existe una diferenciación en este caso. Se encontró también que una sintomatología clínica que llama la atención es el insomnio severo ya que se encuentra asociado tanto a la edad como a la situación sentimental y aunque no existe causalidad entre las variables ni discriminación del riesgo, autores como Buela, Cano y Espinosa (2003) argumentan que la presencia de ideas o tendencias suicidas son consideradas un factor de riesgo en la aparición de problemas relacionados con el sueño.

En lo respectivo a los rasgos de personalidad, la situación sentimental durante el año 2011 estuvo asociada a rasgos como el pobre control de la ira y la inestabilidad, aunque en la estimación de riesgo no revela una diferencia.

Por tanto, en lo que corresponde a la aplicación del coeficiente de contingencia, a excepción de la asociación entre la edad y los problemas académicos no se encontró evidencia en la literatura de investigaciones parecidas que busquen asociación y realicen estimación de riesgo, por tanto se consideran hallazgos novedosos las diferentes asociaciones entre las características socio demográficas y clínicas, los cuales contribuyen a las comprensión del fenómeno desde diferentes enfoques, lo que

permitirá un abordaje integral en los diferentes niveles de prevención en salud (Blanco y Maya, 2005).

De esta manera, la presentación de resultados individuales y los resultados en conjunto evidenciaron una variación de los factores que inciden en la conducta suicida de los Cartageneros con el pasar de los años y como la situación de la ciudad influye en la prevalencia de las diferentes variables de estudio, aceptándose por tanto la hipótesis nula formulada en esta investigación.

Recomendaciones

De acuerdo a los resultados de la presente investigación se realizan las siguientes recomendaciones:

- Ejecutar programas de intervención eficaces en prevención del suicidio desde el Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS – que estén orientados a las necesidades de la población con el fin de disminuir las tasas de intentos de suicidio, suicidios consumados y mejorar la salud mental y la calidad de vida de los Cartageneros. A continuación se explicara cuáles son los puntos que se deben de tener en cuenta para la ejecución de los programas:

Hombres y mujeres entre los 11 y 30 años de edad, cuya ocupación sea estudiantes y desempleados con estado civil unión libre o solteros (con o sin novio), que tengan entre 0 y 1 hijo, que manifiesten no tener redes de apoyo y no ser practicantes de una religión. En lo que respecta a los trastornos mentales de base enfatizar en el trastorno depresivo mayor y en la identificación oportuna de trastornos mentales para iniciar tratamiento temprano. Personas que consuman alcohol y cannabis, con patrón de consumo social y dependiente, con problemas psicosociales y ambientales como problemas relativos al grupo primario, relativos al ambiente social, académicos, legales, laborales y económicos. Así mismo que presenten sintomatología clínica de desamparo, desesperanza, ansiedad grave, baja autoestima, disforia e hipoprosexia y rasgos de personalidad dependencia, impulsividad e inestabilidad. Con respecto a la comorbilidad personas que hayan

tenido entre uno y dos intentos de suicidio previos y que hayan utilizado como principal método la intoxicación (químicos varios, medicamentos y raticida).

- Promover que las entidades de salud notifiquen los ingresos por intento de suicidio y realizar la respectiva valoración del paciente.
- Ejercer mayor control en la distribución de los raticidas debido a que cada año este están siendo utilizados como un método para ejecutar la conducta suicida.
- Realizar informes anuales de los factores de riesgo que inciden en la conducta suicida de los Cartageneros para conocer su variabilidad y modificar las intervenciones de manera que siempre atiendan a las nuevas necesidades.
- Desde la universidad Tecnológica de Bolívar se debe tomar medidas para realizar tanto investigaciones como intervenciones de gran impacto en el tema del suicidio, teniendo en cuenta que estas acciones hacen parte de la política de responsabilidad social que están orientadas a mejorar la salud mental de los Cartageneros.
- Como psicólogos velar porque se realicen los debidos procesos de prevención, identificación oportuna de posibles casos, atención prioritaria y tratamiento efectivo a los pacientes que ejecuten conductas suicidas.

Bibliografía

- Abellan, A. (2005). El suicidio entre las personas de edad. *Revista Mult de gerontología*, 15 (1), 65-67.
- Abril, E., Cubillas, M., Monge, J. & Román, R. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y salud*, 17 (1), 45-51.
- Addington, D. (2006). Seguridad en esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio. *Revista de toxicomanías*, (49), 17-24.
- Agudelo, D., Blanco, A., Buela, G., Carretero, H., Pitti, C. & Spielber, C. (2005). Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del ST/DEP revisado. *Salud Mental*, 28 (3), 32-41.
- Alonso, A. & Guibert, W. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de medicina general integral*, 17 (2), 155-163.
- Álvarez, C., Arlaes, L., Cañizares, T. & Hernández, G. (1998). Conductas suicidas. Factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de medicina general integral*, 14 (2), 122-126.
- Anaya, T., Calas, R., Pérez, S. & Ros, L. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista Cubana de medicina general integral*, 13 (1), 7-11.

Anthony, P., Castro, V., Díaz, P., Rangel, A. & Ruela G. (2010). Factores de riesgo y factores protectores para intento suicida en adultos Colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 39 (4), 705-715.

Anthony, P., Castro, V., Díaz, P., Rangel, A. & Ruela G. (2011). Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 40 (4), 1-8.

Arango, C., Moreno, M. & Rojas, J. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 37 (4), 538-563.

Arango, J., García, J., López, C., López, M., Montoya, G., Montoya, P. & Palacio, C. (2011). Características de los suicidios en áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 40 (2), 1-10.

Arias, S., Calle, J., García, J., López, C., Ocampo, J., Palacio, C., Restrepo, D. & Vargas, G. (2007). Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 36 (4), 610-627.

Aristizabal, A., García, J., González, A., López, C. & Palacio, C. (2009). Factores asociados a la letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 38 (3), 446-463.

Atenzio, E., Castro, F., Chávez, R., Leyva, A., Pérez, B. & Rivera, L. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de

educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52 (4), 324 – 333.

Atuesta, J., Ibáñez, M., Pérez, I., Reyes, J. & Suarez, M. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004. 2006. *Revista de salud pública*, 10 (3), 374-385.

Ávila, C. & Valverde, E. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44 (4), 349-361.

Avilés, K. & Herrera, P. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana de medicina general integral*, 16 (2), 134 – 137.

Ayala, J., Dussán, M., Pérez, I. & Rodríguez, E. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003 – 2005. *Revista de Salud Pública*, 9 (2), 230 – 240.

Ballesteros, M., Gómez, A., Gutiérrez, M., Herrera, N., Izzedin, R. & Sánchez, L. (2010). El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 39 (3), 523-543.

Baptista, P., Fernández, C. & Hernández, R. (2003). *Metodología de la investigación*. México, D. F.: McGraw- Hill.

Barlow, D. & Durand, V. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral* (2da edición). México, D. F.: Editorial Thomson.

- Benjet, C., Borges, G., Medina, M. & Orozco, R. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52 (4), 292-304.
- Blanco, J. & Maya, J. (2005). *Fundamentos de salud pública* (2da edición). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Blum, B., Jaime, J. & Romero, M. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, 32, 317-325.
- Bohórquez, A., Diazgranados, N., Fernández, C., Gómez, C., Ospina, M. & Rodríguez, N. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población Colombiana. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 31 (4), 271-286.
- Borrero, C., Campo, G., García, A., Patiño, M. & Valencia, H. (2011). Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario Del Valle, Cali (1994-2010). *Revista Colombiana de psiquiatría*, 40 (4), 619-636.
- Bravo, L., Bravo, P., Bravo, S., Erazo, A., Porras, B. & Valderrama, J. (2005). Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali. *Colombia médica*, 36 (3), 146-152.
- Buela, G., Cano, M. & Espinosa, L. (2003). Una revisión de las alteraciones de sueño en la depresión. *Revista de neurología*, 36 (4), 366 – 375.

- Burunate, M., Pedraza, M. & Rodríguez, R. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Revista Cubana medica mil*, 33 (1), 1-5.
- Cabra, O., Infante, D. & Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista médica sanitas*, 13 (2), 28-35.
- Cáceres, H., Gómez, D. & Sánchez, R. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores. *Biomédica*, 22, 407-422.
- Calvo, J., Sánchez, R. & Tejada, P. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista de Salud pública*, 5 (2) 123-143.
- Camargo, C., Dulce, B., Hidalgo, J. & Jiménez, M. (2011). Una mirada global frente al intento de suicidio. *Revista Unimar*, (58), 27-45.
- Cañon, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de medicina*, 11 (1), 62-67.
- Cardona, G. & Ladino, F. (2009). Conducta suicida en la localidad de Kennedy: análisis y estrategias de prevención desde el modelo de sobre posición de Blumenthal. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 10 (1), 23-38.
- Cardeño, C., Cortes, V., Duque, M., Escobar, L., Paramo, L. & Restrepo, D. (2011). Psicosis y quemaduras autoinflingidas. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 40 (4), 798-806.

Casas, L., Gallardo, M., Gómez, T., Padilla, M. & Peña, L. (2002). Comportamiento de intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de medicina militar*, 31 (3), 182-187.

Casas, M. & Guardo, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 4, 195-219.

Castellan, N. & Siegel, S. (2007). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México D. F.: Editorial Trillas.

Castillo, I., Jiménez, Y. & Ledo, H. (2007). Caracterización de intentos suicidas en adolescentes del municipio de Rodas. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 7 (1), 125-142.

Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1616 (21 de enero, 2013). Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

Contreras, C., Gutiérrez, A. & Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29 (5), 66-74.

Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología* (3ª edición). Ciudad de México: Manual Moderno.

Cruz, E., Hernández, P., Moreira, I., Orraca, O. & Pérez, N. (2011). Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del rio. *Revista de ciencias médicas*, 15 (4), 52-61.

DANE (2010). Informe de coyuntura económica regional 2010 Bolívar. Recuperado de http://www.dane.gov.co/files/icer/2010/bolivar_icer__10.pdf

DANE. (2011). Informe de coyuntura económica regional 2011 Bolívar. Recuperado de http://www.dane.gov.co/files/icer/2011/bolivar_icer__11.pdf

Dávila, C. & González, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta sanitaria*, 23 (4), 261-265.

Davivienda (2012). Informe de mercado laboral 2012. Recuperado de <https://www.davivienda.com/wps/wcm/connect/e6842eb3-5c4a-474f-b209-6e2d3229f8e7/Mercado+Laboral+2012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e6842eb3-5c4a-474f-b209-6e2d3229f8e7>

Daza, D., Domínguez, D. & Martelo, M. (2011). Epidemiología del suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante los años 2004 – 2010. *Revista de la facultad de Ciencias Sociales*, 8 (2), 159 – 168.

De la Espriella, R. (2010). Suicidio en instituciones psiquiátricas, 1998-2007. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 39 (2), 268-290.

De las Heras, F. & Polaino, A. (1990). En torno al fracaso escolar como hipótesis justificatoria – explicativa del suicidio infantil. *Revista complutense de educación*, 1 (2), 223-229.

De Zubiria, M. (2007). Mil motivos y tres causas del suicidio juvenil. *Tesis Psicológica*, (2), 11-34.

- Diago, J., García, J., López, G., López, M., Ortiz, J. Palacio, C. & Zapata, C. (2008). Eventos vitales adversos en el suicidio: un estudio de autopsia psicología en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 37 (1), 11-28.
- Díaz, F., Prados, M. & Ruiz, M. (2004). Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 4 (1), 10-19.
- Diez, J. & Juez, P. (1997). *Probabilidad y estadística en medicina*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Duque, P., Garzón, A., Posada, J. & Rodríguez, M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con el suicidio en el Instituto Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. *Nova*, 5 (7), 84-91.
- Duran, D., Mazzotti, G. & Vivar, A. (1999). Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. *Revista de neuropsiquiatría*, 62, 226-241.
- Escribano, T. (2006). Trastorno límite de la personalidad: estudio y tratamiento. *Intelligo*, 1 (1), 4-20.
- Ezquiaga, E., García, E., Huertas, A., Lozano, C., Martínez, C. & Rodríguez, F. (2004). Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Revista asociación Española de neuropsiquiatría*, (91), 11 – 22.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia*, (3), 1-16.

Flores, L., González, J., Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S. & Vega, J. (2004).

Tipos de personalidad y conducta suicida. *Investigación en Salud*, 6 (2), 108-113.

Franco, A. (2001). Ética y conductas suicidas. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 30 (4), 369-382.

Galindo, B., Juárez, F. & Santos, J. (2010). Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento. *Psicología y salud*, 20 (1), 41-55.

García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales: un enfoque de enseñanza basado en proyectos* (1ª edición). Ciudad de México: Manual Moderno.

García, J. (1998). Medición del riesgo en epidemiología. *Revista Mexicana de pediatría*, 65 (2), 76-83.

García, C., Madre, M. & Tejedor, M. (2005). El suicidio como balance vital en el anciano. *Informaciones psiquiátricas*, (167), 179-180.

García, E. & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales*, 25, 87-96.

Gómez, I., Landazábal, M., Morales, S., Páez, D., Ruiz, J. & Sánchez, V. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de psicología*, (11), 99-114.

- González, P., Larraguibel, M., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de pediatría*, 71 (3), 183-191.
- González, J. & Restrepo, L. (2007). De Pearson a Spearman. *Revista Colombiana de ciencias pecuarias*, 20, 183-192.
- Gonzalvo, G. (1978). *Diccionario de metodología estadística*. Madrid: ediciones Morata.
- Guibert, W. & Sánchez, L. (2001). Ancianos con intento suicida en el municipio 10 de octubre. *Revista Cubana Hig de Epidemiología*, 39 (2), 126-135.
- Guibert, W. (2002). La promoción de la salud ante el suicidio. *Revista Cubana de medicina general integral*, 18 (1), 33-45.
- Gutiérrez, M. & Muñoz, E. (2010). Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 39 (2), 291-312.
- Hernández, Q. & Lucio, E. (2009). Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes. *Revista médica del instituto Mexicano de seguro social*, 47, 33-40.
- Instituto Nacional de medicina legal y ciencias forenses. (2009). Forensis, Epidemiología del suicidio. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2009/Suicidio.pdf>
- f

Instituto Nacional de medicina legal y ciencias forenses. (2010). Forensis, la respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2010/SUICIDIO.pdf>

Instituto Nacional de medicina legal y ciencias forenses. (2011). Forensis, comportamiento del suicido en Colombia. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2011/6-F-11-Suicidio.pdf>

Instituto Nacional de medicina legal y ciencias forenses. (2013). Muertes violentas en Colombia durante 2013. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/oficina-de-prensa/636-muertes-violentas-en-colombia-durante-2013>

Larrobla, C. & Pouy, A. (2007). Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas. *Revista Médica de Uruguay*, 23 (4), 221-232.

Lorenzo, Z. & Pérez, V. (2004). Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. *Revista Cubana de medicina general integral*, 20 (5), 1-8.

Manzo, G. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Revista Cuicuilco*, 12 (33), 153-171.

Ministerio de la protección social. (2003). Estudio nacional de salud mental Colombia

2003. Recuperado de

http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf

Morocho, I. & Pinos, G. (2009). Estudio del perfil suicida en pacientes que acuden al

hospital Vicente Corral Mocoso, Cuenca, 2007. *Revista de la facultad de*

Ciencias médicas Universidad de cuenca, 29 (31), 31-36.

Namakforoosh, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D. F.: Editorial

Limusa.

Navarro, I., Sánchez, I. & Villaseñor, D. (2005). Los trastornos de la personalidad y los

trastornos relacionados con el abuso de sustancias. *Revista digital universitaria*,

6 (11), 1-11.

Navarro, E. & Tuesca, R. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de

suicidio. *Salud Uninorte*, 17, 19-28.

Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15 (2), 1-5.

Ojeda, D. & Villalobos, F. (2011). Elementos para una política pública desde la

percepción del suicidio en Nariño. *Revista Colombiana de psicología*, 20 (1), 1-

12.

OMS (1976). El suicidio y los intentos de suicidio. Recuperado de

[http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_58_\(part1\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_58_(part1)_spa.pdf)

OMS (2000a). Prevención del suicidio, ¿Cómo establecer un grupo de sobrevivientes?.

Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf

OMS (2000b). Prevención del suicidio, un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Recuperado de

http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

OMS (2000c). Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas.

Recuperado de

http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf

OMS (2000d). Prevención del suicidio, un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud. Recuperado de

http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

OMS (2001). Prevención del suicidio, un instrumento para docentes y demás personal institucional. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

OMS (2004). El suicidio un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>

OMS (2006a). Prevención del suicidio, un recurso para consejeros. Recuperado de

http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf

OMS (2006b). Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Recuperado de

http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

OMS (2006c). Prevención del suicidio, un instrumento en el trabajo. Recuperado de

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf

OMS (2007). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Recuperado de

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_update_spanish.pdf

OMS (2009). Prevención del suicidio, un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Recuperado de

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_responders_spanish.pdf

OMS & OPS (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Recuperado de

http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf

OMS (2012). Prevención del suicidio (SUPRE). Recuperado de

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/index.html

Orbegoso, O., Paredes, C. & Rosales, P. (2006). Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004. *Revista Peruana de Medicina Exp de Salud Pública*, 23 (4), 293-294.

Pérez, S. & Reytor, F. (1995). *Revista Cubana de medicina general integral*, 11 (4), 11-18.

- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de medicina general integral*, 15 (2), 196-217.
- Pérez, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 34 (3), 386-394.
- Ritchey, F. (2008). *Estadística para las ciencias sociales*. México D. F.: Mc Grau- Hill.
- Robert, A. & Suelves, J. (2012). La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *Revista española de medicina legal*, 38 (4), 137-142.
- Rosseli, D. & Rueda, J. (2011). El deseo de la muerte y el suicidio en la cultura occidental. Parte I: la edad antigua. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 40 (1), 145-151.
- Sardury, Y. (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativas y cualitativas. *Revista Cubana de salud pública*, 33 (2), 1-11.
- Sola, M. (2011). Socio demografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina, 1999-2007. *Revista Argentina de salud pública*, 2 (9), 18-23.
- Villalobos, F. (2009). Validez y fiabilidad del inventario de ideación suicida positiva y negativa- PANSI, en estudiantes Colombianos. *Universitas Psychological*, 9 (2), 509-520.
- Zambrano, R. (2011). Revisión sistemática del cuestionario de personalidad de Eysenck. *Liberabit*, 17 (2), 147-155.

Anexos

Anexo 1

Valoración de pacientes con factores de riesgo relacionados con el suicidio.

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Nombre del paciente:

Identificación ____ No _____

Factores epidemiológicos

Sexo: M ____ F ____ **Edad:** ____ años

Fecha de Nacimiento: D/M/A ____/____/____

Ciudad: _____

Estado marital:

- Casado.....()
- Unión libre.....()
- Soltero con novio (a)..... ()
- Soltero sin novio (a)..... ()
- Separado..... ()
- Divorciado..... ()
- Viudo..... ()

Vive solo: sí___ no___

Número de hijos: _____

Vive con alguno de ellos: sí___ no___

Estado ocupacional

Ocupación: _____

Trabaja actualmente: sí___ no___

Tiempo de estar cesante: _____

Problemas financieros: sí___ no___

Lugar de residencia: _____

Ubicación del paciente: _____

Teléfono: _____

Lugar de difícil acceso: sí___ no___

Religión: _____

Practicante: sí___ no___

Otros sistemas de apoyo:

Trastorno psiquiátrico conocido:

Está en tratamiento: sí___ no___

Usa sustancias: sí___ no___ Cuales:

Patrón de consumo:

- Social

- Dependencia
- Abuso

Problemas psicosociales y ambientales:

- Relativos al grupo primario de apoyo ()
- Relativos al ambiente social ()
- Académicos ()
- Laborales ()
- De vivienda (ej., sin hogar, barrio inadecuado) ()
- Económicos ()
- De acceso a los servicios de salud ()
- Legales ()
- Otros: _____

Hallazgos clínicos específicos

- Ideas de desesperanza: sí___ no___
- Sentimientos de desamparo: sí___ no___
- Insomnio severo: sí___ no___
- Somnolencia: sí___ no___
- Ideas suicidas persistentes: sí___ no___
- Planes suicidas estructurados: sí___ no___
- Ansiedad grave: sí___ no___
- Ataques de pánico: sí___ no___
- Baja autoestima: sí___ no___
- Disforia: sí___ no___

Dificultad para concentrarse: sí____ no____

Alucinaciones: sí____ no____

Contenido:

Delirios: sí____ no____

Contenido:

Antecedentes

Intentos de suicidio en el paciente

Número de intentos: _____

Métodos utilizados:

¿Intentos impulsivos __ o planeados __?

Suicidio en familiares: Sí __ No ____

Suicidio en amigos cercanos: Sí __ No ____

Antecedentes médicos

Enfermedades incapacitantes o de mal pronóstico: Sí __ No ____

Cual: _____

Dolor crónico, severo: Sí __ No ____

Rasgos de personalidad

Control..... ()

Dependencia..... ()

Impulsividad..... ()

Pobre control de la ira..... ()

Inestabilidad..... ()

Teatralidad..... ()

Relaciones simbióticas..... ()

Conducta tomada:

Remisión:

Observaciones:

Realizado por:

Anexo 2

Definición operacional de las variables de estudio.

MACROVARIABLES	VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN	METODO DE RECOLECCION
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Sexo	Condición biológica	Cualitativa	Nominal	Hombre/Mujer	Encuesta
	Rango de edad	Categoría que comprende periodos de 10 años	Cuantitativa	De intervalo	Menores de 10 años, de 11 a 20 años, de 21 a 30 años...	Encuesta
	Estado civil	Situación jurídica de una persona determinada por sus relaciones de familia	Cualitativa	Nominal	Casado, unión libre, soltero con novio, soltero sin novio, separado, divorciado y viudo.	Encuesta
	Convivencia	Vivir en estado de soledad o con otras personas en el mismo hogar.	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Hijos	Número de hijos propios	Cuantitativa	De razón	0, 1, 2, 3...	Encuesta
	Convivencia con los hijos	Vivir con los hijos en el mismo hogar	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Ocupación	Actividad la que se dedica una persona	Cualitativa	Nominal	Ama de casa, estudiante, desempleado, otro.	Encuesta
	Lugar de residencia	Área de residencia	Cualitativa	Nominal	Urbana, Rural	Encuesta
PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES	Problemas relativos al grupo primario	Atribuye a las problemáticas familiares o amorosas	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta

	Problemas relativos al ambiente social	Se refiere las problemáticas que se presentan en el ambiente	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Problemas académicos	Considera los problemas escolares o universitarios	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Problemas laborales	Factor que evalúa los problemas en el área de trabajo	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Problemas de vivienda	Hace referencia al mal estado de la vivienda	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Problemas económicos	Factor que evalúa la carencia económica	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Problemas de salud	Atribuye a los problemas de salud	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Problemas legales	Atribuye a los problemas de carácter legal	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Otros problemas	Atribuye a otros problemas psicosociales	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
HALLAZGOS CLINICOS ESPECIFICOS	Ideas de desesperanza	Ideación de pesimismo ante las circunstancias	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Desamparo	Se define como la falta de protección o sensación de abandono	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta

	Insomnio severo	Difícil conciliación del sueño y/o permanecer dormido	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Somnolencia	Sensación de cansancio acompañada de debilidad y falta de agilidad mental	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Ideas suicidas persistentes	Factor que evalúa si la ideación suicida prevalece durante periodos extensos de tiempo	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Planes suicidas estructurados	Componente que evalúa la estructuración de planes para cometer una acción suicida	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Ansiedad grave	Respuesta emocional ante acontecimientos estresantes	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Ataques de pánico	Periodos de miedo intenso en los que el individuo experimenta diferentes sensaciones físicas como la taquicardia, hiperventilación, mareos, dificultad para respirar durante periodos de tiempo relativamente cortos	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Baja autoestima	Poca valoración hacia sí mismo	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Disforia	Emoción de desagrado o tristeza acompañado de ira e inquietud	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta

	Hipoprosexia	Definida por la poca capacidad para concentrarse	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Alucinaciones	Se definen como percepciones sensoriales sin estímulos reales	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Contenido de las alucinaciones	Incluye los diferentes tipos de alucinaciones	Cualitativa	Nominal	De comando, voces que conversan, voces que comentan sus actos, voces que le hablan, otras alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales complejas y otras alucinaciones	Encuesta
	Delirios	Se define como aquella creencia errónea acerca de la realidad externa	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Contenido de los delirios	Incluye los diferentes tipos de ideas delirantes	Cualitativa	Nominal	Desesperanza, místicos, religiosos, celotípicos, sexuales, extraños, desamparo, culpa, minusvalía, nihilistas, de prejuicio y otros delirios	Encuesta
	COMORBILIDAD	Intentos de suicidio previo	Número de intentos de suicidio realizados con anterioridad	Cualitativa	De razón	1, 2, 3, 4...
Método utilizado		Ultimo método suicida utilizado	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
Antecedente de suicidio en familiares		Suicidio cometidos por familiares	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta


Antecedente de suicidio en amigos	Suicidio cometidos por amigos	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
Enfermedad medica incapacitante o de mal pronostico	Existencia de enfermedades biológicas que incapaciten a una persona o que pongan en riesgo su vida	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
Enfermedad	Cual enfermedad	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
Dolor crónico	Sensación de malestar que dura más de 6 meses	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
Trastorno mental conocido	Síndrome o patrón comportamental de significación clínica que afecta el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
Tratamiento psiquiátrico	Tratamiento farmacológico para el control de la enfermedad mental	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
Consumo de sustancias	Ingerir drogas legales o ilegales	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
Cual sustancia	Se refiere a la sustancia ya sea legal o ilegal que la persona consume	Cualitativa	Nominal	Alcohol, cannabis, cocaína, benzodiacepinas otras sustancias	Encuesta
Patrón de consumo	Frecuencia del consumo de sustancias	Cualitativa	Nominal	Social, dependencia y abuso	Encuesta

RASGOS DE PERSONALIDAD	Control	Rasgo que se caracteriza por planificar, organizar y dictar ordenes en todas las situaciones	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Dependencia	Comportamiento de sumisión, en el cual existe la incapacidad para ocuparse de sí mismo y de las situaciones que se le presentan	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Impulsividad	Respuesta inmediata y no planificada ante estímulos externos	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Pobre control de la ira	Poca capacidad para el control de emociones negativas	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Inestabilidad	Alteración frecuente del carácter y el humor	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Teatralidad	Exagerada expresión emocional	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
	Relaciones simbióticas	Relaciones afectivas dependientes	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta
REDES DE APOYO	Religión	Creencias relacionadas con la fe que profesan las personas	Cualitativa	Nominal	Católica, evangélica, testigo de Jehová, adventista, otra religión, ninguna religión	Encuesta
	Practicante	Profesar activamente la religión	Cualitativa	Nominal	Si/No	Encuesta

	Otros sistemas de apoyo	Pertenencia a otros grupos de personas que actúan como respaldo para enfrentar un problema	Cualitativa	Nominal	Familiares, amigos, práctica deportiva, agremiaciones o asociaciones, voluntariado o trabajo comunitario, otros sistemas de apoyo o ningún sistema de apoyo	Encuesta
--	--------------------------------	--	-------------	---------	---	----------

Anexo 3

Autorización del uso de los registros para el trabajo de grado.



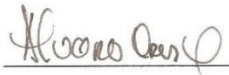
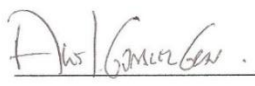
ALCALDÍA MAYOR DE CARTAGENA

Cartagena de indias, D. T. y C. Marzo de 2013

A QUIEN INTERESE:

El Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) a través del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) autoriza a la estudiante GISELLE PATRICIA BOLAÑO RAMIREZ con cedula de ciudadanía N° 1.143.354.665 de la ciudad de Cartagena de indias a hacer uso de los datos de las valoraciones de factores de riesgo relacionadas con el suicidio que ha realizado el equipo de salud mental que labora en esta entidad durante los años 2010, 2011 Y 2012 con fines investigativos para su trabajo de grado.

Cordialmente,

 Md. Alvaro Cruz Quintero Coordinador CRUE	 Md. Alex Gonzalez Grau Psiquiatra CRUE
---	---

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD – DADIS
Centro Getsemaní Carrera 10B No 25 -10 Calle Larga Casa Fátima 2 Piso Teléfonos:
6602381 – 6602193 – 3175010966