

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE
SUICIDIO EN LA CIUDAD DE NEIVA
DURANTE EL AÑO 2006**

**LUIS ALEXANDER MORA MORA
LUZ ADRIANA ARISTIZABAL BECERRA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
NEIVA
2008**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN LA
CIUDAD DE NEIVA DURANTE EL AÑO 2006**

**LUIS ALEXANDER MORA MORA
LUZ ADRIANA ARISTIZABAL BECERRA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de
Especialista en Epidemiología**

**Asesor
DR. JORGE VICTORIA RESTREPO
Médico Epidemiólogo
Organización Panamericana de la Salud**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
NEIVA
2008**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Neiva, abril 28 del 2008

DEDICATORIA

A aquel que nos dio la capacidad de soñar
de crear, de vivir y de investigar

A aquellos que un día pensaron en suicidarse
pero con valentía asumieron el reto de vivir
de la forma mas desafiante

AGRADECIMIENTOS

*Al creador por el don de vivir y la felicidad de realizar nuestros sueños.
Doy gracias a mi esposa por estar a mi lado en cada etapa de investigación,
por acompañarme a soñar a crear y a construir, por animarme con sus
palabras y compañía cuando todo parecía perdido,
por estar conmigo desde el inicio hasta el final.*

Alexander

*A Dios sea la gloria y la honra por ser el motivo y la inspiración de mis logros.
Agradezco a mis padres, y a mi hermana por hacer parte de mis sueños,
quienes con su silencio, paciencia y denuedo creyeron en mi y hoy
representan el visionar de nuevos retos avasallantes.*

Adriana

*Agradecemos al Dr. Jorge Victoria por su apoyo y asesoría, por compartir con
nosotros su vasta experiencia e invitarnos a dar un aporte a nuestra ciudad;
a la Dra Dolly Castro quien forjó en nosotros la capacidad crítica de indagar;
al Dr. Javier Eslava, Favio Rivas y Alejandro González, quienes con su
experticia lograron inyectarnos el pensamiento de un epidemiólogo.*

*A todos los que participaron de este trabajo con su apoyo incondicional, tiempo y
sugerencias para llevar a fin este proyecto.*

Alex y Adriana

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	13
1. ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACION	15
2. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	20
3. OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GENERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
4. MARCO TEÓRICO	24
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL “INTENTO DE SUICIDIO”	24
4.2 FACTORES DE RIESGO	27
4.2.1 Factores culturales y sociodemográficos	28
4.2.2 Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez	29
4.2.3 Estilo cognitivo y personalidad	30
4.2.4 Trastornos Psiquiatricos	30
4.2.5 Acontecimientos negativos de la vida cotidiana	31
4.3 MARCO LÓGICO: ENFOQUE Y CONCEPTOS BÁSICOS	31
4.4 ESTUDIO DE CASO Y CONTROL	34
4.4.1 Tipos de estudio de caso y control	34
4.4.2 Técnica de un estudio de caso control	34
4.4.3 Ventajas de los estudios de caso control	34
4.4.4 Inconvenientes de los estudios de caso control	35
5. DISEÑO METODOLOGICO	36
5.1 ACTORES INVOLUCRADOS	36
5.2 ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS	36
5.3 TIPOS DE ESTUDIO	37
5.4 DEFINICIÓN DE CASO	38
5.5 DEFINICIÓN DE CONTROL	38

5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	38
5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	38
5.8 SELECCIÓN DE CONTROLES	39
5.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	39
5.10 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL ESTUDIO	39
5.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
5.12 LUGAR	41
5.13 POBLACIÓN Y MUESTRA	41
5.14 RECORRIDO METODOLÓGICO	42
5.15 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	42
6. RESULTADOS	44
6.1 ANÁLISIS UNIVARIADO	44
6.2 ANÁLISIS BIVARIADO	48
7. DISCUSIÓN	54
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
9. CRONOGRAMA	61
10. PRESUPUESTO	62
BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	69

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Matriz de Involucrados	36
Tabla 2 Comparación de las variables relacionadas con los factores de riesgo en las poblaciones de casos y controles	52
Tabla 3 Resumen del análisis bivariado en el evento de intentos de suicidio	53

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Intentos de suicidio en Neiva	19
Gráfico 2 Genero de los sujetos de estudio	45
Gráfico 3 Métodos utilizados	47
Gráfico 4 Eventos negativos durante la niñez	48
Gráfico 5 Estilo cognitivo y personalidad	49
Gráfico 6 Acontecimientos negativos de la vida cotidiana	49

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Comparación de las variables relacionadas con los factores de riesgo en las poblaciones de casos y controles	70
Anexo B Resumen comparación de Análisis Bivariado	89
Anexo C Instructivos de Cuestionario	92
Anexo D Instrumento de Medición. Cuestionario	93
Anexo E Libro de Códigos	96

RESUMEN

El Intento de Suicidio es una problemática que por décadas ha afectado la salud pública de una nación. En Colombia, se suicidan 32.8 personas por cada 100.000 habitantes con edades comprendidas entre 15 y 24 años. Teniendo en cuenta que la tasa nacional promedio es de 4.4 suicidios por cada cien mil habitantes; se estima que por cada suicidio consumado hay entre 10 y 20 intentos que dejan como resultado lesiones, hospitalización, trauma emocional y mental. Por lo tanto se realizó en la ciudad de Neiva un estudio epidemiológico analítico de “casos y controles” y se determinaron los factores de riesgo que incidieron en la presencia de intentos de suicidio, agrupándolos en las siguientes variables: 1. Factores sociodemográficos, 2. Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez, 3. Estilo cognitivo y personalidad, 4. Trastornos psiquiátricos y 5. Eventos negativos de la cotidianidad. A partir de los hallazgos se determinó la fuerza de asociación entre cada uno de ellos, y la fracción atribuible a la población en la que se manifestó, destacando la necesidad de construir políticas sólidas que permitan controlar y prevenir este evento, al mismo tiempo que diseñar una intervención biopsicosocial desde el campo interdisciplinario de la salud con el fin de mitigar la repercusiones de este evento, mejorar el estado de salud mental de los neivanos y la calidad de vida de la población vulnerable.

Palabras claves: Intento de Suicidio, factores de riesgo, casos y controles, salud publica, población.

ABSTRACT

The Intent of Suicide is a problem that has affected the public health of a nation per decades. In Colombia, 32.8 people commit suicide for each 100.000 inhabitants with ages understood between 15 and 24 years. Keeping in mind that the rate national average is of 4.4 suicides for each a hundred thousand inhabitants; he/she is considered that for each accomplished suicide there are among 10 and 20 intents that you/they leave lesions, hospitalization, emotional and mental trauma as a result. Therefore he/she was carried out in the city of Neiva an analytic epidemic study of "cases and controls" and the factors of risk were determined that impacted in the presence of suicide intents, containing them in the following variables: 1. factors sociodemográficos, 2. family Patterns and negative events during the childhood, 3. I am Used cognitivo and personality, 4. psychiatric Dysfunctions and 5. negative Events of the day-to-dayness. Starting from the discoveries the association force was determined among each one of them, and the attributable fraction to the population in which showed, highlighting the necessity to build political solid that allow to control and to prevent this event, at the same time that to design an intervention biopsicosocial from the interdisciplinary field of the health with the purpose of mitigating the repercussions of this event, to improve the state of mental health of the neivanos and the quality of the vulnerable population's life.

Key words: Intent of Suicide, factors of risk, cases and controls, health publishes, population.

INTRODUCCION

El intento de suicidio en la ciudad de Neiva¹ no es solo un problema de salud pública sino un problema social que surge como consecuencia de la influencia de factores situacionales de tipo sociocultural, económico y personal que permiten encontrar una forma de dar salida a las divergencias y conflictos de un individuo. Se ha observado un incremento progresivo en el número de casos en el país en los últimos años y esta ciudad no se escapa a este flagelo.

En Colombia, los estudios de Medicina Legal (2003), registran tasas de aproximadamente 32.8 casos por 100.000 personas que se quitan la vida entre 15 y 24 años señalando una tasa nacional promedio de 4.4 suicidios por cada cien mil habitantes. Teniendo en cuenta que por cada suicidio consumado hay entre 10 y 20 intentos que dejan como resultado lesiones, hospitalización, trauma emocional y mental, es de notar que no todos los casos de intentos de suicidio quedan documentados en los centros asistenciales, debido a factores desconocidos o a la ausencia de ayuda profesional.

El intento de suicidio normalmente hace referencia a una acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo. Diferentes factores contribuyen al acto de cometer una conducta suicida. La existencia de situaciones como el aislamiento social, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, el envejecimiento, el desempleo, los problemas económicos, los sentimientos de culpa, y la dependencia de las drogas o el alcohol entre otros factores desencadenan el intento de suicidio. Los métodos de intento de suicidio varían desde los relativamente no violentos como envenenamiento o sobredosis, hasta los violentos como auto agredirse con armas blancas o uso de la horca.

En Neiva el grupo de edad de mayor riesgo, comprende un rango amplio entre los 13 años y los 60 años de edad y las mujeres intentan con mas frecuencia el acto suicida que los hombres, en una proporción 2:1. La incidencia en esta ciudad se incrementó con un registro en los últimos años de 150 casos en promedio por año y en el año 2007 se registraron 191 casos aproximadamente, cifra que es alarmante para el desarrollo productivo de la ciudad. La intervención médica y psicológica ha sido oportuna pero se queda en una etapa inicial incompleta con un alto riesgo de reincidencia en los pacientes. Por lo tanto, es necesario impulsar una metodología que permita el desarrollo de habilidades, de alternativas de

¹ Neiva, capital del departamento del Huila (Colombia) que cuenta con una población aproximada de 370.000 habitantes de acuerdo al censo realizado en el año 2005. DANE, 2006

afrontamiento y de modificaciones en los significados personales disfuncionales, recopilados en programas educativos y de capacitación profesional.

De acuerdo a lo señalado por la OPS, se partió de la premisa que: *“el diseño es un proceso fundamental en el ciclo de vida de un proyecto que, si bien no garantiza el logro de los objetivos, es un requisito indispensable para ellos”*². Por lo tanto, el diseño de este proyecto, utilizó el Marco Lógico como estrategia de apoyo, centrado en la ejecución y evaluación del mismo, garantizando una confiabilidad en los datos obtenidos, para establecer mediante un estudio de casos y controles los posibles factores de riesgo asociados al intento suicida en Neiva, con el fin de aportar a la construcción de un modelo de intervención en este evento.

² Tomado del Manual para el Diseño de Proyectos de Salud de la OPS, elaborado por Nora Blaistein con la colaboración de Pablo Pucciarelli. 2002

1. ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El fenómeno suicida considera los pensamientos y/o actos que realizados en su totalidad conducen a seria injuria o incluso la muerte; es un espectro de riesgo y propensión, con una progresión implícita en el nivel de riesgo, desde pensamientos a planes específicos, gestos o actos auto lesivos menores a intentos con variable rango de letalidad potencial hasta el suicidio consumado. El intento de suicidio es descrito por la OMS como un “acto no habitual con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”³.

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio⁴.

Según la Organización Mundial de la Salud⁵, se estima que la tasa de suicidio mundial es aproximadamente de 15 por 100000 habitantes, resultado preocupante que ponen en alerta la población vulnerable de cada país. Cuba y Puerto Rico han sido considerados como los países latinoamericanos con mayor prevalencia de suicidio con un registro respectivo de 11 y 10 casos por 100000 habitantes.

En el mundo anualmente está muriendo cerca de un millón de personas a causa del suicidio. A escala global, representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En el año 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500.000) y por guerras (230.000)⁶.

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS / *Informe Mundial sobre la violencia y la Salud*, Oct. 2000

⁴ Ibid, 2004

⁵ Ibid, 2002

⁶ Ibid, 2004

Un estudio de la Universidad de Virginia, en Estados Unidos, mostró que cerca de un tercio de las personas que intentan suicidarse, reinciden dentro de un período de un año y cerca del 10% de aquellos que amenazan o intentan quitarse la vida, finalmente lo logran.

El suicidio es frecuente, pero aún más el intento suicida. Cada año ocurre un millón de suicidios en el mundo, afectando por lo menos a 6 o 7 sobrevivientes por suicidio.⁷ En Colombia una proporción de 4.9% de la población ha intentado suicidarse. El mayor índice de suicidios se registra en el Eje Cafetero, seguido de Tolima, Huila, Nariño y Santander.⁸

En los últimos años, en Bogotá y Colombia, el grupo de 16 a 30 años de edad ha ocupado el primer lugar en frecuencia de suicidios. Los años de vida productiva perdidos por suicidio en 2003 fueron 64.343. Los métodos suicidas preferidos fueron la intoxicación (31 %), arma de fuego (29 %) y ahorcamiento (20 %) (10-11). En Colombia en 2003 murieron por suicidio 160 menores de edad, 86 % mujeres; a su vez, el 25 % de las 64 mujeres que se suicidaron en Bogotá en el mismo año eran menores de edad, 50 % tenía 16 a 17 años. El 75 % tuvo fácil acceso al método empleado⁹.

En Bogotá la tasa de intento de suicidio y el acto propio, se han incrementado en adolescentes entre 14 y 20 años de edad, según la Secretaría de Salud, y el problema ataca más a hombres que a mujeres. Está catalogado como epidemia y es la cuarta causa de muerte violenta en el país.

La Secretaría de Educación Distrital, frente a esta tendencia en incremento, realizó un estudio para especificar las conductas y las razones que llevan a los adolescentes a tomar la decisión de quitarse la vida. Encontró que las principales motivaciones están asociadas con: las relaciones intra familiares conflictivas, la ausencia o deficiencia de diálogo y comunicación, el sentimiento de soledad, las rupturas emocionales, el rendimiento académico y la relación conflictiva con algún docente.

De igual forma reveló que en el 2006 hubo al menos 358 intentos de suicidio, atendidos en hospitales y centros de salud en la ciudad. Añadió que por cada intento reportado se calcula que por lo menos hay 4 intentos de quitarse la vida que ni se reportan ni se atienden¹⁰.

⁷ Revista Colombia Médica. Vol. 34 No.1, 2003. Proyecto intento de Suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. Gerardo Campo. MD y otros.

⁸ Ministerio de Protección Social, Encuesta Nacional de Salud Mental, 2003.

⁹ Isabel Pérez-Olmos, Esther Rodríguez-Sandoval, Mónica M. Dussán-Buitrago y Juan P. Ayala-Aguilera, Revista de Salud Pública V.9, No.2 Bogotá abr/jun de 2007.

¹⁰ Alejandro Posada Boada, Daniel Delgado Serrano. Artículo Crónica de una muerte sin anunciar. Plaza Capital. Edición 11. www.plazacapital.org.

En un informe realizado por la Revista de Salud Pública, acerca de las características del suicidio en Bogotá, se evidenció que el problema está convirtiéndose en tendencia. Se detectaron 171 casos de suicidio en 1985, 222 en 1990, 273 en 1995 y 329 en el año 2000.

En la ciudad de Barranquilla en el año 1999 y 2000 se realizó un estudio de casos y controles "*Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio*", cuyo resultado reveló, que de una muestra de 37 casos de intentos de suicidios y 56 controles, el 54.1 % correspondió a mujeres. La medida de edad fue de 28,10 (D. E, 14,8) años. Con relación al nivel educativo, el 37,8 % había culminado el bachillerato y el 24,3%, no había terminado la secundaria. La ocupación de este grupo es variable: estudiante (17,6%), ama de casa (23,8%), desempleado (17,6%) y empleados (17,6%).

Las características de quienes intentan un acto suicida y los suicidas al parecer son similares, ya que los factores de riesgo de mayor frecuencia corresponde a la exposición o abuso del alcohol o a sucesos sociales, tales como: fenómenos relacionados con el desplazamiento o migración y el antecedente o exposición de conducta suicida. Con respecto al papel de las enfermedades mentales, la depresión y otras afecciones mentales están estrechamente relacionadas con este problema.¹¹

Así mismo, se encontró que según estudio realizado entre el año 2003 y 2005, en la ciudad de Montería en una muestra de 900 personas adultas, socialmente funcionales y sin antecedentes clínicos de depresión, se encontraron frecuencias del 16% de ideación suicida; un 7 % de elaboración suicida, 4.4% de intento de suicidio y un 0.10% de suicidios consumados. La prevalencia general encontrada fue de 60 individuos con ideación o elaboración suicida por cada 100.000 habitantes adultos registrados en el Municipio de Montería.

Entre 450 individuos del sexo masculino socialmente funcionales y sin presencia de depresión, se encontró una proporción de ideación suicida en el 13,8%, de elaboración suicida en el 10,4%, de intentos suicidas en el 4,2% y un suicidio consumado en (0,20%).

Entre 450 mujeres adultas socialmente funcionales y sin antecedentes de depresión, se encontraron proporciones de 18,2% ideación suicida, de 19,5% de elaboración suicida, 4,6% de intentos suicidas y ninguno de los sujetos de estudio de este género consumo suicidio hasta el cierre del seguimiento especializado. El periodo de vida en el cual se iniciaron los pensamientos suicidas oscilan entre la escolaridad y el fin de la etapa de adulto – joven. La persistencia de las ideas

¹¹ Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio, Rafael Tuesca Molina y Edgar Navarro Lechuga, Universidad del Norte Barranquilla, 2003.

suicidas se observaron más en el sexo masculino. Este mismo grupo es reacio a solicitar y recibir el tratamiento especializado.¹²

Considerando esta temática de interés colectivo, se evidencia que el suicidio y el intento de suicidio está incrementando de manera abrupta en la capital de Colombia y en otras localidades con factores de riesgo avasallantes¹³. Ya no son suicidios pasionales que se presentan por problemas de amor o desilusión, si no que también se hayan implícitas presiones sociales que muchas personas no son capaces de asumir.

La información epidemiológica sobre el intento suicida es poco confiable por el subregistro, mal registro de la causa de muerte, deficiente comunicación, etc, sin embargo, pese a estas dificultades estudios internacionales describen prevalencias en la población general entre 0.04% y 4.6% durante el ciclo vital y 0.8%/año para todas las edades; la relación entre intento suicida y suicidio fluctúa entre 6:1 a 25:1, con un promedio de 18:1 en el mundo; del total de las personas que intentan suicidarse terminan en suicidio posteriormente entre el 10% y el 15%.

En Neiva hay una población de aproximadamente 370.000 habitantes¹⁴ y en los registros realizados con bases de datos de los diferentes entes de Salud y consolidados por la secretaria de Salud Municipal se ha encontrado un promedio de 149 casos por año durante el periodo de 2004 – 2006. En este ultimo año se halló un 83% de Intentos de suicidio, entre edades de 15 a 44 años; y con un índice de 1 hombre por cada 2 mujeres¹⁵.

Hasta el momento se han realizado estudios de intentos de suicidio que no determinan con claridad la fuerza de los factores de riesgos que predisponen la presencia de este evento. La Universidad Surcolombiana ha realizado estudios del perfil psicológico de personas que han intentado suicidarse, al mismo tiempo que se ha aplicado la “autopsia psicológica” en casos de suicidio y se ha hecho un intento por formular un política de atención en intentos de suicidio en el departamento del Huila, que hasta el momento no está condensada. A partir de estos faltantes surgió la propuesta de este estudio de determinar los factores de riesgo en Intentos de Suicidio a través de un estudio epidemiológico riguroso.

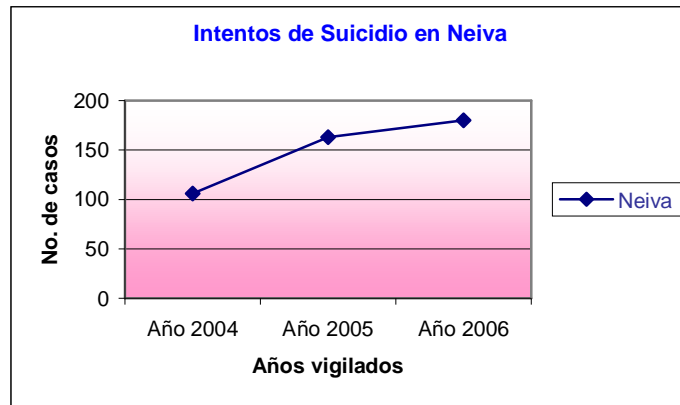
¹² Pensamientos y planes suicidas en la población adulta. Montería, Córdoba, Colombia 2003, Concepción Elena Amador Ahumada.

¹³ Estudio de Factores de riesgo en Intentos de Suicidio en la población colombiana. Bogotá, 2002

¹⁴ DANE, 2005

¹⁵ Boletín epidemiológico de suicidio. Secretaria de Salud Municipal, 2007

Gráfico 1. Intentos de suicidio en Neiva



Fuente: Boletín epidemiológico de Neiva – 2007

Teniendo en cuenta que el Intento de Suicidio es una de las principales causas de muerte en diferentes países, es preciso determinar los factores de riesgo que inciden en la presencia de este evento, teniendo en cuenta las diferencias culturales de cada región. De ahí la importancia de caracterizar con precisión los factores asociados con esta tendencia en la ciudad de Neiva, a fin de identificar los grupos vulnerables y diseñar intervenciones preventivas.

El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Es necesario adoptar con urgencia medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas.

Desde los anteriores planteamientos, la investigación pretendió responder la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo del "intento de suicidio en la ciudad de Neiva?"

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La ciudad de Neiva, en su intento por recopilar información sobre el intento de Suicidio, ha perseguido los criterios de la ley 3518 (SIVIGILA) con el fin de realizar una permanente Vigilancia epidemiológica en este evento y de esta forma construir grandes aportes para la mitigación y prevención de esta problemática de interés social. Sin embargo pese a la buena voluntad estatal, la información epidemiológica obtenida hasta el momento es poco confiable por el subregistro, mal registro de la causa de muerte, deficiente comunicación, y otros factores que se salen del control institucional. De igual forma el análisis realizado ha sido vago para el alcance e impacto de esta problemática en la ciudad debido a la mirada focal y no holística del panorama desencadenante. Por lo tanto, surge el interés de este estudio, en hallar los factores de riesgo en intentos de suicidios, la fuerza de asociación entre cada uno de ellos, y la fracción atribuible a nuestra población en la que se manifiesta.

De igual forma, adheridos al propósito de la OPS, quien ha indicado repetidamente la *“necesidad de mejorar la capacidad del manejo del ciclo de proyectos, como fundamental para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la salud y, en último termino, para mejorar las condiciones de la población vulnerable”*¹⁶, es de sumo interés generar un aporte para el departamento que contribuya al mejoramiento de la salud de los huilenses, asegurando un bienestar mas equitativo y productivo para la comunidad y de esta forma contribuir en el logro de un América sano¹⁷.

Por lo tanto, a partir de la detección de esta problemática es necesario diseñar y ejecutar acciones que permitan abordar el Intento de Suicidio desde un enfoque integral con el fin de contribuir en la reducción de esta tasa de incidencia que aqueja al departamento del Huila. Siendo concientes de esta necesidad, este estudio es considerado **útil** para las apuestas de salud del departamento, **válido** en cuanto al rigor científico impuesto en la ejecución del mismo y **pertinente** de acuerdo a la urgencia de encontrar los factores de riesgo más predominantes que aquejan a la población neivana.

La importancia de este proyecto radica en la “gestión integral”¹⁸ que se pretende realizar a través de las diferentes fases interrelacionadas como lo son: a) el diseño, b) la ejecución y c) la evaluación, que aporta nuevos conocimientos y hallazgos a la comunidad neivana al mismo tiempo que determina las bases sólidas para intervenir en la disminución del intento de suicidio.

¹⁶ HIDALGO Liliانا y ROSENBERG Hernán. Oficina Regional de la Organización Panamericana de la. 2002

¹⁷ Salud en las Américas, 2007. Volumen II – Países. OPS/ OMS

¹⁸ BLAISTEIN N., PUCCIARELLI P. *Manual para el Diseño de Proyectos de Salud*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional, 2002

Este proyecto, a su vez garantiza el aporte a la Gerencia en Salud para la protección Social orientada a lograr resultados que deben solucionar o transformar problemas como lo es el intento de suicidio. A su vez, posibilita claramente la formulación de objetivos y metas que trasciendan de un estado de pasividad a un estado de actividad que mitigue las repercusiones de esta problemática.

Los resultados de este estudio, desde la perspectiva de sistemas, endosará la peripezia de interactuar con otros proyectos municipales que estén bajo la misma línea de investigación e intervención, teniendo en cuenta las realidades políticas, sociales y organizacionales que abarcan a la ciudad de Neiva, al mismo tiempo que viabilizan acuerdo de voluntades interinstitucionales a cerca de lo que se espera lograr.

Reconociendo la importancia y necesidad de realizar este estudio en la ciudad de Neiva, se han establecido los siguientes criterios para señalar el evento: “*intentos de suicidio*” como una prioridad de Salud Pública para el departamento:

✚ Características y magnitud de la población afectada: De acuerdo a la magnitud del problema y a los indicadores que señalan la realidad de intentos de suicidio no solo en la ciudad de Neiva, sino también en el departamento del Huila, se hace necesario la ejecución de esta investigación que determine el conducto por el cual seguir ante el propósito de disminuir los casos de intentos de suicidio en la ciudad y por consiguiente en el departamento.

✚ Prioridad que representa en los lineamientos de política definidos por las máximas autoridades. Las máximas autoridades, han establecido como prioridad la salud y la protección social en nuestro departamento, por lo tanto comprendiendo el intento de suicidio como un desajuste o un desequilibrio en la salud mental de los neivanos, es imperioso intervenir sobre esta problemática.

✚ Capacidad del equipo de gestión para incidir sobre el problema (governabilidad). Partiendo de la confluencia de voluntades entre la Universidad Surcolombiana, la Secretaría de Salud Departamental y Municipal y la oficina de Neiva de la OPS, se comparte el interés de hallar cuales son los factores de riesgo que inciden en la presencia de Intentos de Suicidio. Esta red de interacciones entre las instituciones mencionadas, determina la viabilidad del presente proyecto, asegurando un óptimo resultado.

✚ Incidencia que tiene el problema en la generación de otros: A nivel individual se presenta una destrucción contra sí mismo, poniendo en riesgo el estado de salud y su propia vida. A nivel familiar se despliega una incertidumbre frente a la evolución de este evento, puede presentarse una fragmentación en los vínculos interpersonales y por lo tanto una desintegración del núcleo familiar. A

nivel social existe una pérdida de producción, necesaria para el desarrollo de una localidad. De igual forma, la presencia de esta problemática, genera un aumento en gastos de intervención que podrían ser utilizados en el fortalecimiento del bienestar social.







Además de estos criterios, es preciso tener en cuenta que el ámbito de Acción de este proyecto es bastante amplio, ya que los objetivos propuestos efectivamente pueden ser alcanzados por el proyecto, tomando en cuenta el recurso humano y económico con el que cuenta el equipo de trabajo, en función de su ubicación y conformación como especialistas en Epidemiología. De igual forma, se resalta el ámbito de Gobernabilidad por la capacidad que tiene este equipo de trabajo para incidir en el problema social específico de “Intentos de Suicidio” y de esta forma contribuir a la transformación de un departamento mas sano y con una alta calidad de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados al “Intento de Suicidio” en la ciudad de Neiva durante el año 2006

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

-  Generar un aporte desde los resultados de este estudio para la construcción posterior de un modelo de intervención en los eventos de Intentos de Suicidio para la ciudad de Neiva.
-  Determinar los factores socio-demográficos que están asociados al intento de suicidio en la ciudad de Neiva.
-  Identificar los patrones familiares y eventos negativos durante la niñez, asociados al intento de suicidio en la ciudad de Neiva
-  Establecer la correlación que existe entre el estilo cognitivo, la personalidad de un individuo y el intento de suicidio.
-  Identificar la asociación entre los trastornos psiquiátricos y el intento de suicidio.
-  Conocer cuales son los eventos negativos de la cotidianidad que influyen en la presencia del intento de suicidio.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE “INTENTO DE SUICIDIO”

Conducta suicida “es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos”¹⁹

El intento de Suicidio “Es un acto no habitual con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”. OMS

“El suicidio es un fenómeno que ha acompañado la historia del hombre. Y aunque en diferentes épocas la explicación de sus causas y la actitud hacia el mismo han variado, el comportamiento o el acto han existido en casi todas las culturas. En efecto, las mayores diferencias no se encuentran en los índices de suicidio sino en la perspectiva de valoración y la reacción de la sociedad frente al mismo. En la antigüedad, en países como Japón, China y gran parte de Europa, el suicidio no sólo era frecuente sino que en muchos casos era honroso; en los siglos VII y VIII, la Iglesia empezó a castigar severamente a quienes intentaban suicidarse y en el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino atribuyó el suicidio a una inspiración demoníaca y a un pecado contra Dios. Sólo seis siglos más tarde se haría un importante avance en la materia: hacia 1820, el médico J.P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un "trastorno mental" y en 1838, Esquirol se refirió al acto suicida como a una consecuencia de una crisis de tipo afectiva.

Hacia finales del siglo XIX, Morselli (1879) y el sociólogo francés Durkheim (1897) introducen los factores sobre los cuales se basarían los estudios posteriores y las teorías sociológicas sobre el suicidio. En sus textos, Durkheim define el suicidio como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado" y concluye que la forma de prevención más eficaz es la promoción del sentido de pertenencia de los individuos a un grupo o a una comunidad”.

Otros importantes autores desarrollaron ideas muy distintas a la anterior y mientras que algunas de estas teorías permanecen vigentes, otras han

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001

desaparecido de la comprensión actual del suicidio: Freud introdujo la teoría sobre la presencia innata de una pulsión de agresión y de muerte, una tendencia a la autodestrucción presente en el inconsciente; Ringel (1953) señaló que en el síndrome presuicida la inhibición de la agresividad causa el aislamiento del individuo y que éste termina descargando la agresión contra si mismo; y Schneider (1954) indicó, quizá por primera vez, las diferencias entre el suicidio y la tentativa suicida. Algunos años más tarde, Kreitmen (1977) propuso la substitución de la expresión "tendencia suicida" por la palabra "parasuicidio", introduciendo en este concepto el acto deliberado de ingerir drogas en cantidades no prescritas en las fórmulas terapéuticas, pero eliminando igualmente la intencionalidad de morir. En este mismo sentido, Farbelow y Litman (1970) clasificaron la conducta suicida en tres categorías: "Ser" (quienes no quieren morir pero consideran la posibilidad de llamar la atención por medio de una tentativa de suicidio), "No ser" (quienes ya tomaron la decisión de hacerlo y no buscan ayuda) y "Ser o no ser" (quienes no pueden decidir entre morir o vivir y dejan que sea el 'destino' o el azar quien decida por ellos). Según estos autores, la mayor parte de estos individuos guardan la esperanza de ver cambiar su situación, en caso de ser salvados."²⁰

Así, Las concepciones alrededor del suicidio y de la autonomía individual sobre la vida han sido muchas históricamente. Para Sócrates, el suicidio es un atentado contra los dioses, para Platón supera lo religioso, Aristóteles lo califica como una cobardía «que atenta contra la polis». En otra línea, para Séneca, la vida es responsabilidad del individuo, por tanto el suicidio es una salida a la que todo hombre tiene derecho.²¹

Se han barajado muchos factores que contribuyen al acto de cometer una conducta suicida. Freeman y Reinecke (1995) desde un modelo cognitivo, en la línea de Beck, destacan tres factores comunes que colocan al sujeto en un mayor riesgo de cometer una conducta suicida:

A. La impulsividad conductual: Tendencia a no anticipar la relación actos-consecuencias.

B. Pobreza en la capacidad de resolución de problemas: El intento de suicidio crónico y repetitivo se relaciona con una baja capacidad para elaborar, evaluar y poner en práctica soluciones alternativas. El uso de alcohol y drogas son intentos inadecuados de afrontamiento de las situaciones de malestar.

C. La existencia de esquemas y significados personales ideosincráticos del paciente sobre sí mismo, el mundo y su futuro personal.

²⁰ Suicidio, Nuevos Rumbos. W3.nuevosrumbos.org

²¹ Conducta suicida en Bogotá 2002 – 2003. Versión Preliminar. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Enero 30 de 2004.

Del anterior modelo se deriva que las intervenciones con los sujetos suicidas deberían focalizarse en el desarrollo de habilidades alternativas de afrontamiento secuenciadas y la modificación de los significados personales disfuncionales.²²

El intento de suicidio que no resulta en muerte sobrepasa por mucho a los suicidios verdaderos. Muchos intentos de suicidio no exitosos se llevan a cabo en una forma en que el rescate sea posible, lo cual a menudo representa “un grito desesperado” buscando ayuda.

Como se puede observar, no podemos separar el tema “intento de suicidio”, del “suicidio”, pues finalmente la diferencia entre uno y otro es que en el primero, no se logra consumar el hecho, pero básicamente la intención es la misma, sólo que en unos casos se cuenta con un resultado efectivo y en otros no y finalmente, como lo muestran las estadísticas, no en todos los casos en los que resulta frustrado este hecho, se desiste del mismo y se supera aquella inclinación, sino que por el contrario casi siempre se persiste en el acto, para finalmente terminar en el suicidio.

Por lo tanto, si bien la investigación se centra en los factores que inciden en el intento de suicidio, este se encuentra íntimamente ligado con el suicidio, por lo que es importante resaltar los principales aspectos del mismo.

En el tiempo, los ojos del mundo a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han estado puestos en la problemática del Suicidio en el Mundo, queriendo con esto, poner en alerta a la sociedad de la relación que existe con estos hechos de intento o suicidio y la salud mental, y de esta forma sensibilizar a la sociedad en el mundo de la problemática que se vive, y de esta forma empezar a generar un clima que permita reducir los riesgos y nexos existentes en cada lugar que lo padece. Fue así como en el *año 2006, en la conmemoración del día Mundial de la salud Mental*, lo dedicó exclusivamente a este tema; El suicidio.

Al parecer la preocupación está plenamente justificada en los antecedentes mundiales que de estos hechos se conocen, así, se sabe que un antecedente de intento de suicidio, es una de las variables que tiene más relevancia clínica para predecir un eventual suicidio, aún cuando es mayor el riesgo durante el primer año después del intento.

En los primeros años del siglo 21, más de cinco millones de personas en el mundo tomaron la decisión de acabar con sus vidas a través del suicidio. Y estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cifran en más de un millón y medio el

²² PSICOTERAPIA COGNITIVA DE URGENCIA Juan José Ruiz Sánchez y Cols. ESMD-ÚBEDA, 1ª Edición 1999

número de individuos que podrían cometer suicidio y morir en el intento en el año 2020.

Más personas mueren por suicidio en el mundo que del total combinado de fallecidos en guerras y por asesinatos. La tendencia se ha observado tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.²³

4.2 FACTORES DE RIESGO

La correlación más importante para suicidio en jóvenes, es el antecedente de un intento de suicidio previo; adicionalmente se ha asociado con depresión, uso de sustancias, pérdida de un familiar o amigo por suicidio, fácil acceso a armas de fuego, género femenino, ser víctima o generador de violencia, familias monoparentales, sobre todo con ausencia del padre, rasgos de personalidad narcisista, o antisocial, pobreza, problemas de interrelación, abuso físico o sexual, etc. Desde hace cuatro siglos se reconoce una asociación entre el comportamiento suicida y la melancolía y otros trastornos mentales severos; en efecto se acepta que alrededor de 90% de los suicidios están relacionados con un diagnóstico psiquiátrico o un abuso de sustancias o con la presencia de ambos, donde cerca del 60% está asociado con un trastorno afectivo.

Es así como las conductas suicidas pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, el sentimiento de soledad e incompreensión, el aislamiento social o problemas más graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Las conductas suicidas a menudo ocurren como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, tal como factores situacionales de tipo socioeconómico, el desempleo, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, crónicas o dolorosas, el envejecimiento, los sentimientos de culpa y la dependencia de las drogas o el alcohol, entre otros²⁴.

Dentro de los factores psicológicos causales se enfatiza, desde la psicodinamia, la presencia de conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones, donde el suicidio es visto como un acto depresivo o psicótico, asociado algunas veces con fantasías de escape, recompensa, reunión o resurrección²⁵.

La psicología conductual propone el comportamiento suicida como una condición depresiva aprendida generada por carencia de reforzamiento positivo o exposición

²³ Día Mundial de la Salud Mental 2006 - 10 de octubre. "Sensibilizar y reducir los riesgos: la enfermedad mental y el suicidio"

²⁴ Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio, Rafael Tuesca Molina y Edgar Navarro Lechuga, Universidad del Norte Barranquilla, 2003.

²⁵ Hendin, H. Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *Am J Psychiatr* 1991; 148: 1150-1158.

prolongada a situaciones negativas aparentemente insolubles que producen una sensación de incapacidad, o los enfoques cognitivos que atribuyen el suicidio a una impotencia aprendida y de desesperanza como un esquema patológico persistente y automático de organizar e interpretar las experiencias²⁶ y factores sociológicos que plantean la influencia de distintos modelos de estructura u organización social como la familia, cultura, religión, ocupación, clase socioeconómica y otros grupos u organizaciones en la génesis del suicidio. Específicamente se observa mayor ocurrencia de suicidio en los extremos del espectro socioeconómico o cambios abruptos del *status* socioeconómico; o incluso el llamado efecto Werther, donde el comportamiento suicida difundido por medios masivos de comunicación es imitado por los jóvenes²⁷

Desde hace cuatro siglos se reconoce una asociación entre el comportamiento suicida y la melancolía y otros trastornos mentales severos; en efecto se acepta que alrededor de 90% de los suicidios están relacionados con un diagnóstico psiquiátrico o abuso de sustancias o con la presencia de ambos, donde cerca de 60% está asociado con un trastorno afectivo²⁸.

El método suicida utilizado y la preferencia del mismo según género pudieran estar influidos por la disponibilidad inmediata del mismo y los patrones culturales de crianza, donde en Colombia se espera un comportamiento agresivo y autoafirmado del hombre (machismo) y, en las mujeres un comportamiento delicado y no agresivo (marianismo)²⁹

La Organización Mundial de la Salud, en una publicación sobre Prevención en Intentos de Suicidio³⁰, señala que en circunstancias particulares, el comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras, debido a factores genéticos y medioambientales. Aclaran que los factores de riesgo que se describen a continuación dependen de los rasgos culturales, políticos y económicos que difieren aún entre países vecinos.

4.2.1 Factores culturales y sociodemográficos. El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo. Los pueblos indígenas y los inmigrantes pueden ser asignados a este

²⁶ Beck A, Kovacs M, Weisseman A. Hopelessness and suicidal behaviour. *En: Maltzberger J, Goldblatt M (editors) Essential papers on suicide.* New York: New York University Press; 1996. p. 331-341.

²⁷ LESTER B. Learning from Durkheim and beyond: the economy and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 15-31.

²⁸ REVISTA COLOMBIA MEDICA. Vol No. 1, 2003. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali

²⁹ Cardinal C. Sexualidad. *En: Toro G, Yepes L (editores.). Fundamentos de Medicina. Psiquiatría.*

²⁹ ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1990. p. 163-165.

³⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS / *Prevención del Suicidio, un instrumento para docentes y demás personal institucional.* Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2000

grupo, dado que a menudo experimentan no solo dificultades emocionales y lingüísticas, sino también falta de redes sociales. En muchos casos estos factores se combinan con el impacto psicológico de la tortura, heridas de guerra y aislamiento.

Estos factores se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con los valores de los diversos grupos. Específicamente, este conflicto es un valor poderoso para las jóvenes nacidas o criadas en un país nuevo y más libre, pero que retienen fuertes raíces en la cultura de sus padres aún profundamente conservadora.

Los niños y los adolescentes que no son aceptados abiertamente en su cultura por su familia y sus compañeros o por su escuela y otras instituciones tienen serios problemas de integración y carecen de los modelos de apoyo para un desarrollo óptimo.

4.2.2 Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez. Los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes, desde ese momento en adelante, especialmente si no pudieron superar el trauma³¹.

Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativa y desestabilizadora que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son:

- ✚ Psicopatología de los padres³² con presencia de trastornos psiquiátricos en particular emocionales;
- ✚ abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia;
- ✚ antecedentes familiares de suicidios o intentos de suicidios;
- ✚ familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño)
- ✚ escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia;
- ✚ peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión o tensiones;
- ✚ divorcio, separación o muerte de los padres cuidadores;
- ✚ mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes;
- ✚ expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores;
- ✚ padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada;

³¹ SUDAK HS, FORD AB, RUSHFORTH NB. Adolescent suicide: an overview. American journal of psychotherapy, 1984, 38:350-363

³² GOULD MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999, 37(9):915-923

- ✚ falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o cuidado;
- ✚ rigidez familiar;
- ✚ familias adoptivas o afines.

Estos patrones familiares, muchas veces pero no siempre, caracterizan las situaciones de los niños y adolescentes que intentan o comenten suicidio. La evidencia sugiere que los jóvenes suicidas a menudo vienen de familias con más de un problema, en el cual los riesgos son acumulativos.

4.2.3 Estilo cognitivo y personalidad . Los siguientes rasgos de personalidad se observan frecuentemente durante la adolescencia, pero también se asocian con el riesgo de intento de suicidio logrado (a menudo con trastornos mentales), de forma que su utilidad para predecir el intento de suicidio es limitada:

- ✚ Humor inestable, enojo o agresividad;
- ✚ Comportamiento antisocial;
- ✚ Conductas irreales, representación de fantasías;
- ✚ Alta impulsividad;
- ✚ Irritabilidad
- ✚ Rigidez de pensamiento y de cumplir patrones;
- ✚ Escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades;
- ✚ Inhabilidad para entender la realidad;
- ✚ Tendencia a vivir en un mundo ilusorio;
- ✚ Fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización;
- ✚ Se defrauda fácilmente;
- ✚ Ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones;
- ✚ Petulancia;
- ✚ Sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones abiertas de superioridad, comportamiento provocador o de rechazo hacia los compañeros y adultos; incluyendo a los padres;
- ✚ Incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual;
- ✚ Relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos.

Mientras que existe mucho interés en las relaciones entre el despliegue extensivo de la personalidad y los factores cognitivos y de riesgo en el comportamiento suicida de las personas, la evidencia de las investigaciones disponibles para los rasgos específicos es generalmente escasa y a menudo equívoca.

4.2.4 Trastornos Psiquiátricos. El comportamiento suicida supera la media en las personas que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos:

- ✚ Depresión
- ✚ Trastornos de ansiedad
- ✚ Abuso de alcohol y sustancias
- ✚ Trastornos alimentarios
- ✚ Trastornos psicóticos
- ✚ Intentos previos de suicidio

4.2.5 Acontecimientos negativos de la vida cotidiana. Generalmente se observa en personas suicidas, una susceptibilidad marcada frente al estrés, junto al estilo cognitivo y los rasgos de personalidad (debido a factores genéticos hereditarios y también a patrones de familia y situaciones estresantes negativas experimentadas muy temprano en la vida)³³.

Esta susceptibilidad hace difícil manejar los acontecimientos negativos de la vida en forma adecuada y el comportamiento suicida está precedido, a menudo, de algún acontecimiento estresante. Se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono, que pueden aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios³⁴.

4.2 MARCO LÓGICO: ENFOQUE Y CONCEPTOS BÁSICOS

El Marco Lógico es una metodología útil para encarar la gestión integral de una intervención concreta que busca transformar, en algún aspecto o en todos, una situación actual, que no es satisfactoria, en otra deseada. La “gestión integral” de una intervención es un proceso que comprende diferentes momentos o fases interrelacionados: diseño, ejecución y evaluación. Lo que caracteriza a la metodología del ML es una concepción de la gestión de una intervención concreta como proceso, las relaciones que por lo tanto establece entre los momentos o fases de este proceso y las herramientas e instrumentos que define para mantener un vínculo dinámico entre ellos.

1 Se entiende por “intervenciones” aquellas acciones que diferentes actores realizan para alcanzar una situación deseada. Esas acciones están orientadas a satisfacer o compensar necesidades, o a resolver o minimizar problemáticas identificadas, apuntando a remover las causas que la originan. En este sentido son intervenciones tanto los proyectos como los programas a los planes.

³³ BEAUTRAIS AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youth age 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1543-1551

³⁴ DE WILDE EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149:45-51

2 Operativamente, la metodología de ML para el diseño de proyectos comprende dos etapas:

- Etapa Analítica: centrada en el análisis de la realidad que ha motivado el proceso de diseño de un proyecto y que –a través de distintos momentos y técnicas– va delineando y delimitando mecanismos de intervención posibles sobre la misma.
- Etapa de Planificación: centrada en la planificación de los elementos de un proyecto que definen con precisión el tipo de intervención por la que se ha optado a partir del análisis previo.

3 Gestión Integral. La metodología de ML que aquí se desarrolla se basa, en gran parte, en la adoptada por las Agencias de Cooperación Alemana (GTZ) y de EEUU (USAID) y por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y se encuadra dentro de un enfoque particular, desarrollado por OPS, que da sustento y orienta su utilización.

Este enfoque integra diversas perspectivas de la gerencia social que presenta las siguientes características y lineamientos:

- Gerencia orientada a resultados. Las intervenciones en Salud Pública están orientadas a lograr resultados que deben solucionar o transformar problemas específicos. Los resultados se identifican claramente a través de objetivos y metas que son evaluados permanentemente. Los equipos gerenciales se responsabilizan por la obtención de esos resultados.
- Trabajo en equipo. Tanto para el diseño como para la ejecución de una intervención es una condición necesaria la conformación de un equipo de trabajo o de gestión, con la participación de los "actores" sociales más importantes que se encuentren involucrados en la temática a abordar. Esta condición permite enriquecer el proceso con aportes interdisciplinarios, facilita y viabiliza la gestión – en tanto los actores se sienten parte del mismo – y permite maximizar esfuerzos y compromisos en busca de objetivos comunes y reducir costos.
- Participación. La participación de los distintos actores sociales involucrados es una condición esperada aún cuando, por distintos motivos, a veces sea poco factible. La metodología propone, a través de un instrumento específico, el análisis de las percepciones de todos ellos sobre el problema abordado, en función de sus intereses, sus recursos y mandatos, y la posibilidad de conflicto o apoyo a una intervención concreta.

Generalmente, los técnicos y profesionales de los organismos responsables de la gestión de una intervención tienen un mayor nivel de participación que otro tipo de actores. Pero es importante que en los momentos de toma de decisiones de la gestión, estén representados los intereses, las percepciones y la valoración de todos los actores involucrados en el problema abordado. Esta es una condición que permite garantizar formas organizacionales para la gestión que ganen en gobernabilidad y aseguren actitudes democráticas.

- Proceso continuo. La gestión de una intervención se concibe como un proceso continuo que no termina con la ejecución sino que, a través del seguimiento y la

evaluación, se retroalimenta con la experiencia adquirida. Existe una relación dinámica y continua entre los distintos momentos que abarca la gestión integral de esa intervención.

- Evaluación como aprendizaje. Para lograr la continuidad del proceso de gestión se requiere de la evaluación durante todas las fases de la intervención. Con este objetivo, las distintas actividades evaluativas son tomadas como instancias de generación de información, conocimiento y aprendizaje para el equipo de gestión y todos los actores involucrados. De este modo, se alimenta la toma de decisiones oportuna y pertinente sobre la posibilidad o no de modificar lo planificado, a fin de garantizar los mejores resultados.

- Método científico – encadenamiento de hipótesis. Toda intervención constituye un encadenamiento lógico de "hipótesis" ya que al realizarse una determinada acción se espera obtener ciertos resultados. Pero toda intervención de desarrolla en un contexto de incertidumbre por lo que al ejecutarla se ponen a prueba dichas hipótesis.

Dentro del enfoque de ML, las hipótesis están representadas por los distintos niveles de objetivos bajo la relación medios – fin. En este sentido, la gestión de las intervenciones debe verse como un proceso que busca verificar las hipótesis planteadas y, por lo tanto, permite lograr un aprendizaje sobre la relación medios – fin.

- Perspectiva de sistemas. Las intervenciones no se llevan a cabo en el vacío, sino en un ambiente donde interactúan con otros proyectos y se encuentran sometidas a diferentes realidades políticas, sociales y organizacionales. En consecuencia, el diseño de las intervenciones debe incluir tanto el análisis del sistema más amplio del cual forma parte como de los subsistemas que lo integran y sus relaciones.

- Acuerdos contractuales. Una vez diseñadas las intervenciones como proyectos, representan contratos entre las personas u organizaciones. Como contrato, un proyecto desde el enfoque del ML, significa un acuerdo de voluntades acerca de lo que se espera lograr (Fin y Propósito), un conjunto de productos (Resultados), y circunstancias externas que están fuera del control del equipo de gestión (Supuestos).

4.3 ESTUDIO DE CASO Y CONTROL

Un **estudio de casos control**, es un estudio epidemiológico, observacional, analítico, en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados los individuos en cada grupo, se investiga si estuvieron expuestos o no a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

4.3.1 Tipos de estudio de caso control

- **Estudio de caso control retrospectivo:** Todos los casos han sido diagnosticados antes de que se inicie el estudio.
- **Estudio de caso control prospectivo:** Los casos son diagnosticados con posterioridad al inicio del estudio y así pueden incluirse los casos nuevos que se detecten durante cierto tiempo establecido previamente.
- **Estudio de caso control de base poblacional:** Combina elementos del estudio de cohorte y de caso control. Se sigue a un grupo de individuos hasta que aparece la enfermedad de interés como en un estudio de cohortes. Estos casos se comparan con un grupo control, muestreado de la misma población. Una vez que se obtienen todos los casos y los controles se analiza el tipo de exposición previa o actual como en un estudio de caso control.

4.3.2 Técnica de un estudio de caso control

- Seleccionar una muestra de población con la enfermedad o con el problema de estudio. A los individuos de esta muestra se les llama casos.
- Seleccionar una muestra de la población de riesgo de enfermar pero que esté libre de la enfermedad problema, que será el grupo control.
- Medir las variables predictoras, que son los factores de riesgo.

4.3.3 Ventajas de los estudios caso control

- Son útiles para estudiar eventos raros.
- Permiten el estudio con tamaños muestrales relativamente pequeños.

- Exigen poco tiempo en su ejecución.
- Relativamente baratos comparados con los estudios de cohortes. Los de diseño de base poblacional suelen ser más caros.
- Proporcionan estimadores de odds ratio.
- Evalúan muchos factores de riesgo para una enfermedad o suceso

4.3.4 Inconvenientes de los estudios caso control

- Es ineficiente para el estudio de efectos de exposición raros.
- No establece la secuencia de eventos de interés.
- Posibles errores de selección de casos y controles. Este sesgo es menor en el diseño de base poblacional.
- Posible sesgo de supervivencia.
- Sólo pueden estudiar una variable de resultado (enfermedad).
- No proporcionan estimadores de prevalencia, incidencia o riesgo atribuible. En el diseño de base poblacional, sí se puede estimar la incidencia.
- Son inapropiados cuando el resultado de interés no se conoce al comienzo del estudio o cuando el resultado es una variable continua.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 ACTORES INVOLUCRADOS

A. Los que tienen relación directa con el diseño y la ejecución del proyecto: Universidad Surcolombiana como entidad patrocinante y responsable de la ejecución, la oficina de Neiva de la OPS, como asesora directa del proyecto.

B. Los que se ven afectados positivamente por los resultados del proyecto: La Secretaría de Salud Departamental y Municipal y la población neivana sobre la cual están orientados los propósitos de disminuir el intento de suicidio.

5.2 ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS³⁵

Tabla 1. Matriz de Involucrados

0. Actores	1. Problema Percibido	2. Intereses y Mandatos	3. Poder	4. Interés	5. Valor
Secretaria de Salud Departamental	Alta incidencia de Intentos de Suicidio en el Departamento	Identificar las causas que propician el evento para implementar estrategias que disminuyan el No. de casos en el departamento	5	3	+15
Secretaria de Salud Municipal	Alta incidencia de Intentos de Suicidio en el Municipio de Neiva	Identificar las causas que propician el evento para implementar estrategias que disminuyan el No. de casos en Neiva	5	3	+15
OPS – Regional Huila	Afección en la salud mental del departamento	Garantizar buenas condiciones de salud mental en el Huila	5	3	+15
Universidad Surcolombiana	Alta incidencia de Intentos de Suicidio sin intervenciones específicas a los factores causantes	Identificar los factores de riesgo del evento para aportar las bases que determinen la intervención específica en esta problemática	5	3	+15
Equipo de trabajo	Alta incidencia de Intentos de Suicidio, sin una investigación que revele los factores de riesgo que ocasionan el evento	Desarrollar la investigación con hallazgos validos y confiables de interés para el departamento. Fortalecer en la práctica los conocimientos epidemiológicos	5	3	+15
Población Neivana	Los jóvenes están intentando suicidarse	Evitar que los jóvenes sigan intentando suicidarse	3	3	+9

³⁵ Basados en el Manual para el Diseño de Proyectos de Salud de la OPS, elaborado por Nora Blaistein con la colaboración de Pablo Pucciarelli. 2002

Para las variables Poder (3) e Interés (4) se le asignaron valores a las posibles alternativas, facilitando el análisis del Valor (5).

✚ Para la primera de ellas –Poder - la asignación de números a significados conceptuales se basó en la siguiente regla:

1. Bajo
2. Medio Bajo
3. Medio
4. Medio Alto
5. Alto

✚ En el caso de la variable Interés, según la pauta de asignación anterior, se obtienen dos resultados, dependiendo si el efecto de es positivo o negativo para ese actor:

Efecto Positivo:

1. Bajo
2. Medio
3. Alto

Efecto Negativo:

- 1 Bajo
- 2 Medio
- 3 Alto

5.3 TIPO DE ESTUDIO

La investigación se realizó a partir de un enfoque cuantitativo de casos y controles. Es un estudio observacional analítico, basado en la metodología de Marco Lógico, centrado en el análisis de la realidad de Intentos de Suicidio que ha motivado el proceso de diseño de este proyecto y que a través de sus hallazgos va delineando y delimitando mecanismos de Intervención posibles sobre la misma³⁶

En el diseño, nuestro procedimiento es postfacto: “*Es la experimentación de los hechos, donde el investigador no controla ni regula las condiciones*”³⁷, es decir, se parten de los casos registrados durante el año 2006 en la Secretaria de Salud Municipal, donde no se tenía ningún control sobre la incidencia del evento.

Teniendo en cuenta los lineamientos instaurados por la OPS en la implementación del Marco Lógico como metodología y por lo tanto el abordaje de “gestión integral”,

³⁶ Tomado del Manual para el Diseño de Proyectos de Salud de la OPS, elaborado por Nora Blaistein con la colaboración de Pablo Pucciarelli. 2002

³⁷ OSPINA J.A. *Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud*. Colombia, 2004

se hace necesario la conformación de un equipo de trabajo³⁸ que tenga todos los elementos para saber que hacer y como hacer. Este equipo está constituido por:

- ✚ Un Médico y una Psicóloga, encargados de analizar la información, autores del presente proyecto.
- ✚ Dos psicólogas con experiencia en la temática encargadas de aplicar el instrumento de recolección de la información
- ✚ Un medico experto en epidemiología, consultor de la OPS en Neiva, asesor del estudio.

5.4 DEFINICIÓN DE CASO

Hombre o mujer que se haya intentado suicidar durante el año 2006 y haya asistido a cualquier entidad de salud del municipio de Neiva, ya sea por urgencias o consulta médica.

5.5 DEFINICIÓN DE CONTROL

Hombre o mujer que se haya enfermado por cualquier causa diferente al intento de suicidio durante el año 2006 y haya asistido a cualquier entidad de salud del municipio de Neiva, ya sea por urgencias o consulta médica.

5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✚ Casos registrados en las fichas de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud Municipal.
- ✚ Sujetos que hayan intentado suicidarse durante el año 2006 en la ciudad de Neiva.
- ✚ Sujetos casos que voluntariamente aceptan participar, previo consentimiento informado.

5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✚ Sujetos que vivan en otra ciudad diferente a Neiva.
- ✚ Sujetos intoxicados de manera accidental.
- ✚ Sujetos que reincidieron en el intento suicida.

³⁸ Tomado del Manual para el Diseño de Proyectos de Salud de la OPS, elaborado por Nora Blaistein con la colaboración de Pablo Pucciarelli. 2002. Pag. 9

5.8 SELECCIÓN DE CONTROLES

Una vez se tuvieron definidos los criterios de selección de los casos, se dieron las pautas para los criterios de selección de los controles. Estos últimos corresponden a la población que también está en riesgo pero que no presentan el evento de estudio: “Intentos de Suicidio”.

- Los controles fueron seleccionados de la misma base población de los casos: Personas que enfermaron durante el año 2006 y acudieron a consulta médica por razones diferentes al intento de suicidio.
- En el supuesto de que el control haya desarrollado el evento durante el año 2006, inmediatamente se incluye dentro del grupo de Casos³⁹
- La selección de los controles fue proporcional al tiempo que el sujeto permaneció elegible para desarrollar el evento de intento de suicidio.
- Los controles fueron apareados con los casos en las variables: edad, género y fecha de consulta del mismo día del caso.

Se conoce que si se usara más de un grupo control se daría mayor credibilidad a los resultados de este estudio, pero de igual forma, si se tuviera más de tres controles por un caso no es usualmente costo-eficiente, por lo tanto, conociendo algunas limitaciones económicas y de tiempo del equipo de trabajo, se decide hallar un control por cada caso.

5.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Entrevista por pautas con cuestionario de alternativas fijas⁴⁰ (Ver anexo)

5.10 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL ESTUDIO

Con el fin de garantizar la confiabilidad y validez de este estudio, se tuvo un riguroso cuidado (en la medida de las posibilidades), con las amenazas o riesgos que este estudio traía implícitos; de esta forma se buscó controlar los viables sesgos.

Control de sesgo de selección. Los controles se eligieron de personas que enfermaron durante el año 2006 y acudieron a consulta médica por razones diferentes al intento de suicidio. “*Con el fin de evitar los sesgos de selección se*

³⁹ LAZCANO-PONCE, Eduardo y cols. *Estudios epidemiológicos de casos y controles: Fundamento teórico, variantes y aplicaciones*. Revista de Salud Pública México, Vol 43, No. 2, marzo-abril de 2001

⁴⁰ OSPINO RODRIGUEZ J.A., *Metodología de la Investigación en ciencias de la salud*. Colombia, 2004

*recomienda excluir como posibles controles a aquellos pacientes que presentan enfermedades cuya asociación con el factor estudiado se sospecha o se conoce*⁴¹. Para nuestro caso particular es excluir a las enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, no se pudo tener un mayor control en la selección de los casos al tener que contar en su mayoría con la participación de personas vinculadas a una EPS de seguridad contributiva. También, es pertinente reconocer las limitaciones que se tuvieron con las *pérdidas de seguimiento* de algunos casos que se trasladaron de vivienda y por lo tanto se dispó el hallazgo, otros fallecieron o reincidieron en el evento. Esta situación disminuyó el tamaño muestral ocasionando una pérdida de poder en el estudio.

Con el fin de controlar el sesgo de memoria de los participantes en el estudio, se eligieron casos del año 2006, después de un proceso de intervención o reelaboración, partiendo de la premisa que *“la memoria se activa con mayor fuerza en momentos de reposo que en momentos de saturación”*⁴².

De igual forma, para controlar el sesgo del entrevistador, se capacitaron previamente los entrevistadores y se realizó la prueba piloto para evitar sesgos de información.

El instrumento de medición, fue analizado detenidamente por expertos en el área y fue llevado a prueba previa al pilotaje; sin embargo se reconoce que la medición hubiera sido mas precisa en la variable de “Factores de personalidad”, si se hubiera aplicado el test psicológico **MMPI**, con validez estándar para dicho ítem, pero ya que este requiere un tiempo amplio de aplicación, el costo del estudio superaría las posibilidades existentes y por lo tanto no se acudió a dicha ayuda.

Factor como la pobreza, sería considerado un sesgo de confusión ya que puede ser una amenaza para la presencia del suicidio, y cuya erradicación estaría supeditada con dificultad a las decisiones estatales.

5.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio, consideró con severidad los aspectos éticos pronunciados en la Declaración de Helsinki (1975/1983), en la resolución 8430 de Colombia “Consentimiento Informado”, y en la ley 23 de 1981 de Ética Médica. Se les explico a todos los participantes, el tipo de estudio que se estaba realizando y se les aclaro que estaban en libertad de participar en el mismo, obteniendo finalmente su firma en el cuestionario, como consentimiento de suministrar los datos. Se les garantizo previamente a todos los entrevistados la confidencialidad

⁴¹ LONDOÑO FERNÁNDEZ Juan Luis. *Metodología de la Investigación Epidemiológica*. Antioquia, 1998, pag. 92

⁴² MENDOZA GARCÍA, J., 2004

en el manejo de los datos; los cuales después de ser grabados en la base de datos sin identificar nombres, fueron destruidos.

5.12 LUGAR

Este estudio se desarrolló en la ciudad de Neiva, capital del departamento del Huila, quien cuenta con aproximadamente 370.000 habitantes de acuerdo a los registros censales del año 2005.







5.13 POBLACIÓN Y MUESTRA

En este estudio, se tomó una muestra representativa aleatorizada de sujetos que habían intentado suicidarse durante el año 2006 y asistieron a cualquier entidad de salud del municipio de Neiva por urgencias o consulta médica.

Con un Intervalo de Confianza del 95% , una probabilidad de error de 0.5, y un tamaño de población de intento de suicidio en la ciudad de Neiva durante el año 2006 de 180 casos⁴³, se calculó una muestra de 123 casos y 123 controles, calculada a través del software de McStat 2.0, usando el modelo Chi cuadrado.

Todo caso de intento de suicidio había sido registrado en las fichas epidemiológicas, las cuales se revisaron con detenimiento para hacer la distribución por azar del tamaño muestral. Al corroborar la información de estas fichas, se halla que 24 casos aparecen sin registro de ubicación domiciliar y por lo tanto al reducirse la población también se reduce la muestra (111), de esta forma se decide aplicar el instrumento a toda la población restante (156 casos).

Seguido a esto se comenzaron a hacer las visitas a cada uno de los casos de la muestra, aplicando el instrumento de medición. En este trabajo de campo, se hallaron las siguientes variaciones ajenas a la voluntad de los investigadores y entrevistadores:

-  30 casos no vivían en las direcciones consignadas en las fichas epidemiológicas (17%)
-  41 casos presentaron error en la dirección (no existe) (23%)
-  9 casos no se encontraron en la casa durante los tres momentos de intento de visita (5%)
-  2 casos se encontraban en la cárcel (1%)
-  10 casos vivían en otra ciudad fuera de Neiva (6%)
-  2 casos se habían suicidado (1%)

⁴³ Boletín epidemiológico de intentos de suicidio. Secretaria de Salud Municipal. Neiva, 2007

- ✚ 10 casos reincidieron en el evento (6%)
- ✚ 3 casos se habían intoxicado de manera accidental (2%)
- ✚ 1 caso falleció por muerte natural (0.55%) y
- ✚ 1 caso se encontraba prestando el servicio militar (0.55%)

Se halló una pérdida de 109 casos del total de la población (156 sujetos), para una muestra de 47 casos. En esta línea se seleccionaron 50 controles: hombres o mujeres que se enfermaron por cualquier causa diferente al intento de suicidio durante el año 2006 y asistieron a cualquier entidad de salud del municipio de Neiva por urgencias o consulta médica, para determinar un total de muestra de **97** sujetos de estudio.

Teniendo en cuenta las limitantes de la selección de la muestra, es de aclarar que para encontrar el tamaño de la muestra que se ajustaba al cálculo inicial (123 casos y 123 controles) se necesitaba más de un año de recolección de datos, hecho que traspasaba el objetivo del estudio y superaba las posibilidades económicas de los entrevistados.

5.14 RECORRIDO METODOLÓGICO

- Contacto con la Secretaría de Salud del municipio de Neiva
- Acceso a la base de datos de los casos de intentos de suicidio durante el año 2006
- Aplicación del Instrumento de recolección de los datos
- Análisis de información
- Socialización de los hallazgos encontrados con las entidades gubernamentales competentes.

5.15 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

De acuerdo a las afirmaciones del Dr. Juan Luis Londoño Fernández⁴⁴, quien refiere: *“en la medida en que se avanza en la búsqueda del conocimiento sobre los factores que afectan la salud de los individuos y de los pueblos, se hace necesario plantear relaciones multifactoriales”*; en las cuales el evento de intento de Suicidio, como variable dependiente, se explica o se predice por múltiples factores o variables independientes.

Se diseñó una base de datos (BaseDatos.I.S.) en el software EPIINFO versión 8, codificando las variables de acuerdo al directorio de variables del Anexo 5. Para el análisis univariado se emplearon las distribuciones de frecuencia representadas por el promedio, la desviación estándar y la mediana en el caso de variables

⁴⁴ Metodología de la Investigación Epidemiológica. Editorial Universidad de Antioquia. Pag. 165

continuas, y las proporciones en las variables categóricas. Para el análisis bivariado en EpiInfo se emplearon las comparaciones de proporciones mediante la prueba de Chi-cuadrado. La razón de desigualdades -OR, Odds Ratio- con sus respectivos intervalos de confianza del 95% se empleó para evaluar la asociación de los factores de riesgo examinados con la condición de ser caso o control y finalmente el riesgo atribuible a la población, RAP%.

6. RESULTADOS

6.1 ANALISIS UNIVARIADO

Después de realizar el contacto con la Secretaría de Salud del municipio de Neiva, y efectuar una revisión sistemática detallada de los casos de Intentos de Suicidio durante el año 2006; se encontró que el número total de casos (180) no corresponde al dato encontrado en el boletín epidemiológico de la ciudad ya que el 13% de los registros se encontraban incompletos con ausencia de la dirección o el teléfono para contactarlos y otros fueron suicidios.

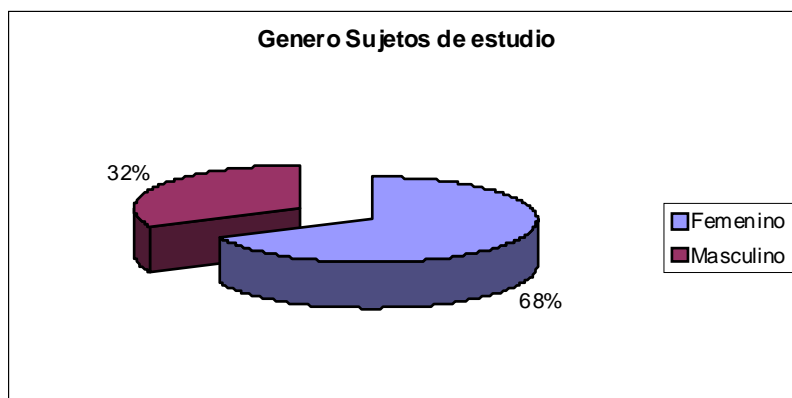
Finalmente, se señaló un total de 156 casos de intentos de Suicidio, a los cuales se les realizó la búsqueda activa para solicitar la participación en el estudio, suministrando la información del instrumento de medición.

Al finalizar la búsqueda, sólo se hallaron 47 (26%) casos, que participaron voluntariamente en este estudio, ya que 30 (17%) casos no vivían en la dirección suministrada por la Secretaría de Salud; las direcciones de 41 (23%) sujetos fueron declaradas inexistentes ya que no fue hallada la nomenclatura designada; después de tres intentos de visitas, no fue posible hallar a 9 (5%) individuos del estudio. De igual forma 10 (6%) de estas personas vivían fuera de la ciudad; otros 10 individuos (6%) reincidieron en el intento suicida, lo cual fue determinado como criterio de exclusión en el estudio. En el momento de la visita, dos individuos estaban en la cárcel y otros 2 habían culminado el propósito del suicidio (2%). Finalmente el 3% de los casos fueron excluidos, ya que uno de los sujetos falleció por muerte natural, otro se encuentra prestando el servicio militar obligatorio y otros cuatro fueron descartados ya que el evento no fue propiamente Intento de Suicidio, sino accidental.

Un total de 97 personas participaron en el estudio. Fueron clasificados como casos –Intento de Suicidio- 47 participantes y 50 controles. De estos sujetos 66 pertenecían al sexo femenino y 32 al masculino. Las edades se encontraron entre los 13 años y 60 años, para una edad promedio de 17 y 18 años, con el 50% de los participantes menores de 22 años.

Un poco más de la mitad, con 56 sujetos (57%) nacieron en Neiva y aunque los demás provenían de otros departamentos, vivieron gran parte de su vida en Neiva. De los participantes 81, (83.5%) vivían en casas y 64 (66.0%) tienen vivienda propia.

Gráfica 2



Fuente: Cuestionarios de Intento de Suicidio

El lugar de vivienda es fijo para 79 sujetos (81.4%), donde han vivido mínimo 1 año. De los 97 participantes 59 (60.8%) son solteros y 26 (26.8%) viven en Unión Libre, que corresponden al 87.6% del total. Conviven con padres y hermanos entendido como núcleo familiar 75 (77.3%). Se observa que 72 (74.2%) de los participantes son católicos. No hay diferencia significativa si los participantes son padres o no lo son, con el 46.4% y 48.5% respectivamente, lo cual indica además que se encuentran madres adolescentes en casi el 50% de los participantes.

Al momento de la encuesta 64 (66.0%) sujetos, pertenecían al régimen de seguridad social contributivo. Solamente 10 personas, el 10.2% son desplazados. La educación de los participantes fue muy diversa desde 33 personas, (34.0%) con primaria, 41 personas (42.3%) con secundaria, hasta profesionales 14 (14.4%). Los participantes pertenecen a estrato bajo: 43 (44.3%) y medio: 52 (53.6%), según los ingresos de la población Neivana.

Un numero importante de sujetos 29(29.9%), han tenido familiares con intento de suicidio, lo cual también los involucra directa o indirectamente en el entorno de dicho evento. Noventa y tres (95.9%) son heterosexuales. El mayor numero de participantes son trabajadores independientes en un 27.8%, seguido de 22 sujetos (22.7%) que son estudiantes; 19 (19.6%) empleados y 12 (12.4%) amas de casa, seguidos de otros que combinan estas actividades, principalmente amas de casa 8.3%. Solamente 27 (61.4%) tienen ingresos fijos tanto de empleados como trabajadores independientes, de los 97 participantes. De igual forma 34 – (35.1%) no tienen fuentes de ingresos. El promedio de ingresos mensuales es de menos de un salario mínimo vigente (SMV) hasta 1 SMV, con el 79.7%.

En la percepción del entorno, las relaciones familiares son buenas en 54 participantes (55.7%), seguido de relaciones familiares regulares con 30 participantes (30.9%), que se considera alto. Cuentan con apoyo en los momentos

difíciles 74 (76.3%) de los participantes. La persona de mayor confianza es muy variable, desde la madre para 32 sujetos, (43.2%), seguido de la pareja en 13 (17.6%), los hermanos en 10, (13.5%) hasta un amigo en 7(9.5%). Se ocupa el tiempo libre en descanso o cuidado personal al igual que con la familia con un promedio total de 64%. Prefieren estar acompañados 67 (69.1%) de los sujetos y la mayoría 65 (67.0%) se sienten amados.

En los patrones familiares y eventos negativos durante la niñez, se observa que el factor de mayor impacto es la separación, divorcio o muerte de los padres con 49 (50.5%) de los participantes, seguido de poca comunicación dentro de la familia en 45 sujetos (46.4%) y falta de tiempo para compartir por parte de los padres o cónyuge con 41 (42.3%). Entre otros se destacan el maltrato infantil, 39.2%; la violencia intra familiar, 40.2%; abuso de alcohol u otras sustancias, 36.1%, y rigidez familiar, donde no hay libertad de expresión y a su vez incide en la falta de comunicación, con el 40.2%.

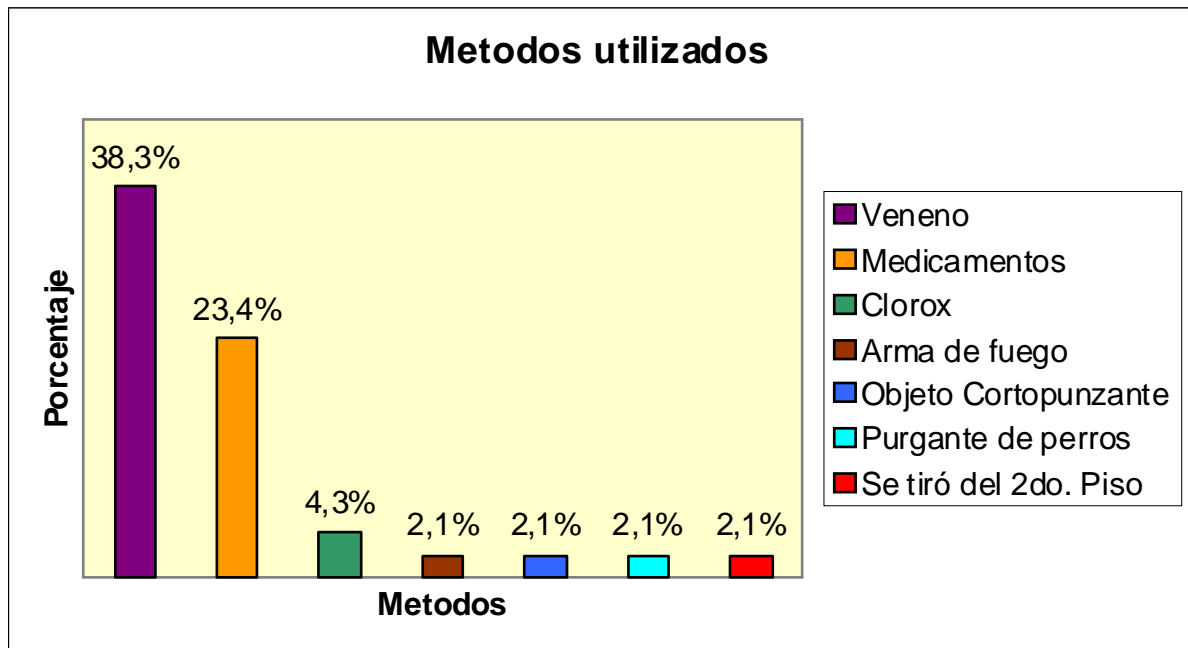
En el estilo cognitivo y los rasgos de personalidad los factores de mayor importancia están dados por la desmotivación o que los sujetos se defraudan fácilmente frente a situaciones personales 48 participantes (49.5%); seguido de humor inestable, enojo, agresividad o irritabilidad en 46 (47.4%) y alta impulsividad en 42 sujetos (43.3%). Una condición igualmente importante, se encuentra en los cambios constantes en la relación con los padres, pareja, familiares, amigos u otras personas con 36 (37.1%).

Se encuentran algunas alteraciones emocionales, principalmente la depresión en 44 participantes (45.4%).

En los acontecimientos negativos de la vida cotidiana se encuentran factores de mayor importancia en 36 (37.1%) participantes dado por problemas familiares; 32 (33.0%) sujetos a quienes se les ha muerto una persona querida o una persona importante; seguido de estrés continuo en 30 (30.9%); 29 (29.9%) sujetos se sienten víctimas generalmente ante los diferentes problemas; 28 (28.9%) se han separado y 25 (25.8%) han tenido una terminación dolorosa de una relación amorosa.

Del total de casos, se encuentra que el motivo del intento de suicidio fue dado principalmente por problemas sentimentales con 26 sujetos (55.3%). El método mas utilizado para llevar a cabo el evento fue por veneno en 18 sujetos (38.3%), seguido de sobredosis de medicamentos en 11 (23.4%). La época del año donde mas se registran eventos son el mes de mayo, 8 casos (16.9%), septiembre 6 casos (12.6%), junio y octubre con 5 casos cada uno, con un total de 10.5%.

Gráfica 3



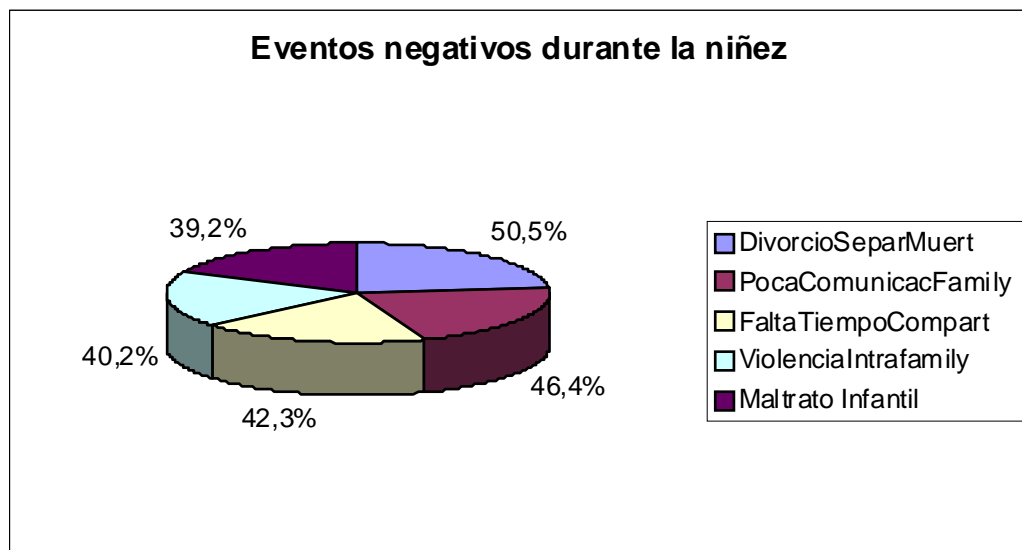
Fuente: Cuestionarios de Intento de Suicidio

6.2 ANALISIS BIVARIADO

Los factores de riesgo relacionados con las características personales de los participantes, estadísticamente significativos, se relacionan en los casos y controles con tener una escolaridad solo hasta primaria y pertenecer a estratos socioeconómicos bajos.

Al observar la distribución de los posibles factores de riesgo relacionados con los patrones familiares y eventos negativos durante la niñez, aparece una diferencia estadísticamente significativa en la variable Divorcio Separación o Muerte de los padres, debido a la distribución desigual, ya que casi la mitad corresponde a casos. De igual forma se observa que la Poca Comunicación dentro de la Familia y la Falta de tiempo para compartir en la misma mostraron una asociación estadísticamente significativa con el hecho de ser caso o control.

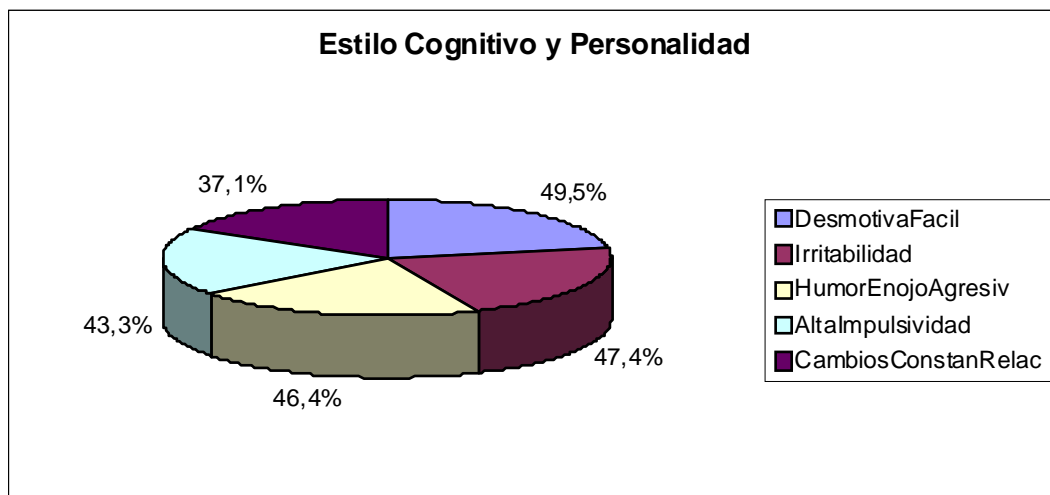
Gráfico 4



Fuente: Cuestionarios de Intento de Suicidio

Las variables que estuvieron asociadas con el estilo cognitivo y rasgos de personalidad, que también muestran diferencias al ser caso o control son: Se desmotiva o defrauda fácilmente; el humor inestable, el enojo o agresividad; cambios constantes en el estado de ánimo que hacen que el individuo sea irritable y la alta impulsividad en la reacción, que hacen actuar, sin medir consecuencias de los actos.

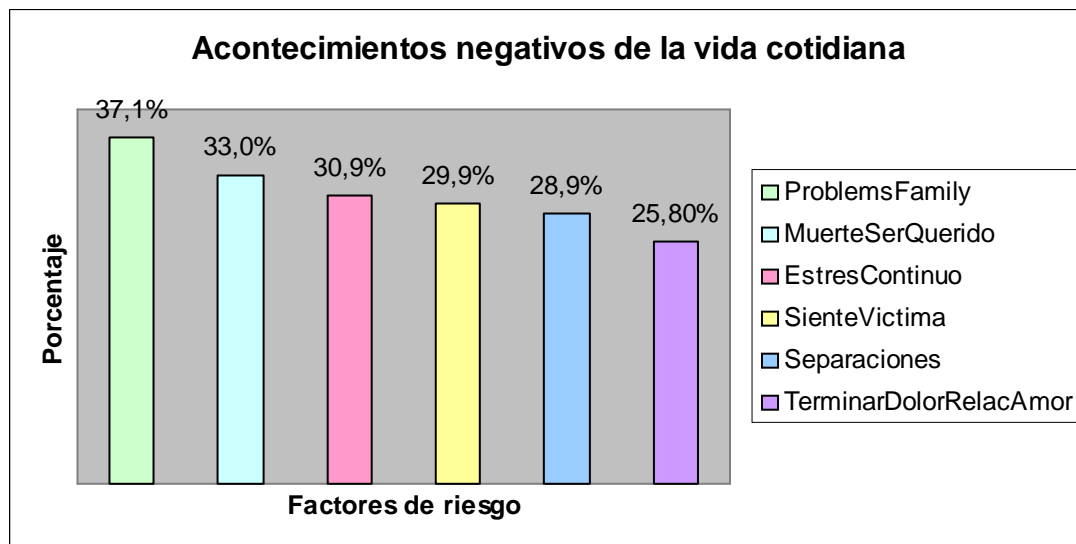
Gráfico 5



Fuente: Cuestionarios de Intento de Suicidio

Los acontecimientos negativos de la vida cotidiana que indican factores de riesgo con el hecho de ser caso o control fueron los problemas familiares, la muerte de un ser querido, el estrés continuo, el sentirse generalmente víctima ante los diferentes problemas, las separaciones familiares o de amigos y la terminación dolorosa de una relación amorosa.

Gráfico 6



Fuente: Cuestionarios de Intento de Suicidio

Por ultimo las variables que estuvieron relacionadas al intento de suicidio por alteraciones emocionales y estadísticamente significativas fueron tanto la depresión, como la ansiedad.

De acuerdo a los resultados encontrados en otras investigaciones y al aporte de la Organización Panamericana de la salud en su estudio focalizado en intento de suicidio, se determinaron 94 variables como posibles factores de riesgo, los cuales se delimitaron al observar con rigurosidad el valor de **p**, **Chi cuadrado**, **Odds Ratio**, **Riesgos atribuibles a la población**, hallando como factores de riesgo: sujetos con escolaridad únicamente hasta primaria OR= 4.75 (IC 95% 1.89 – 11.94) y p=0.0005926, que pertenecen a estrato socio económico bajo OR= 4.14 (1.77 – 9.72), p=0.0008401; quienes han vivenciado durante la infancia situaciones como: el divorcio, la separación o muertes de los padres OR= 3.44 (1.49 – 7.94), p=0.0031859, abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas en las familias OR= 4.55 (1.85 – 11.17), p=0.0006693, poca comunicación familiar OR= 4.98 (2.10 – 11.81), p=0.0001794 y falta de tiempo para compartir en la familia OR= 4.19 (1.78 – 9.91), p=0.0008218; sujetos con rasgos de personalidad tales como: irritabilidad OR= 3.13 (1.36 – 7.17), p=0.0063206, humor inestable, enojo y agresividad constante OR= 2.86 (1.25 – 6.53), p=0.0115972 y alta impulsividad OR= 6.87 (2.79 – 16.91), p=0.0000126; individuos con presencia de alteraciones emocionales como: depresión OR= 6.76 (2.77 – 16.50), p=0.0000131 y ansiedad OR= 12.15 (4.09 – 36.14) p=0.0000007 y los relacionados con acontecimientos negativos en la vida cotidiana quienes generalmente se sienten víctimas ante los diversos problemas OR= 9.39 (3.17 – 27.84), p=0.0000101. Ver tablas 2 y 3.

A partir de las variables seleccionadas se analizaron los factores de riesgo de mayor impacto atribuibles al riesgo absoluto en la población (RAP%) para presentar intento de suicidio en la ciudad de Neiva. Los resultados obtenidos demostraron que el 41.6% % del Riesgo Absoluto en las personas que intentan suicidarse (Expuestos) es debido a la depresión, indicando de esta manera que si se eliminara este factor de riesgo, se conseguirá reducir el 41.6% el riesgo de presentar un intento de suicidio en la ciudad de Neiva.

En menor medida, pero también importante, “la alta impulsividad” como estilo cognitivo de los sujetos de estudio, señala que el 40% del Riesgo Absoluto en las personas que intentan suicidarse en Neiva se debe a la presencia de dicho factor, por lo tanto si se logra modificar estas conductas impulsivas en la población neivana, disminuirá el intento de suicidio en un 40%.

De igual forma, el 36.5% de la población neivana, se verá beneficiada si se logra erradicar o reducir factores como: ansiedad y poca comunicación al interior de las familias. Es de considerar estos factores como características que se construyen durante el transcurso de la vida, influenciadas por el entorno familiar y social; de igual forma su erradicación implicaría un trabajo interdisciplinario.

Al observar la tabla de resultados y diferenciar las variables se halla que el divorcio, la separación o muerte de los padres presentan un riesgo de 31.2%, relacionados con los patrones familiares y con eventos negativos durante la niñez. De igual forma, se aprecia en los hallazgos que el 31.2% de intentos de suicidio corresponde al estrato socioeconómico bajo en el que se encuentran los individuos del estudio. Si se logra evitar alguna ruptura en la vinculación familiar, al mismo tiempo que fortalecer el nivel de entrada de recursos económicos para los neivanos, se podría reducir en un 31.2% la presencia de intentos de suicidio en la ciudad. Este último resulta ser bastante complicado a la hora de modificar, ya que requeriría estrategias estatales que parten desde su propia autonomía.

Tabla 2
COMPARACION DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LOS FACTORES
DE RIESGO EN LAS POBLACIONES DE CASOS Y CONTROLES

VARIABLES CATEGORICAS	CASOS	%	CONTROLES	%	Valor-p
Estado Civil Soltero	31	31.9	28	28.9	0.3153608
No tener Hijos	24	24.7	23	23.7	0.6179700
Escolaridad hasta Primaria	24	24.7	9	9.2	0.0005926
Estrato socioeconómico Bajo	29	29.8	14	14.4	0.0008401
Intentos de suicidio en la Familia	11	11.3	18	18.5	0.1756652
No Cuenta con alguien en momentos difíciles	10	10.3	13	13.4	0.5846315
Prefiere soledad	18	18.5	12	12.3	0.1278524
No se siente amado	15	15.4	17	17.5	0.8272100
Divorcio Separación o Muerte de padres	31	31.9	18	18.5	0.0031859
Maltrato Infantil	23	23.7	15	15.4	0.0562121
Violencia Intra familiar	19	19.5	20	20.6	0.9659267
Abuso de Alcohol y Sustancias en las familias	25	25.7	10	10.3	0.0006693
Poca Comunicación Familiar	31	31.9	14	14.4	0.0001794
Falta de tiempo para Compartir en la familia	28	28.8	13	13.4	0.0008218
Rigidez Familiar	23	23.7	16	16.4	0.0891017
Desmotivación fácil	27	27.8	21	21.6	0.1283383
Irritabilidad	29	29.8	17	17.5	0.0063206
Humor, enojo y agresividad	28	28.8	17	17.5	0.0115972
Alta Impulsividad	31	31.9	11	11.3	0.0000126
Cambios Constantes en las Relaciones familiares	20	20.6	16	16.4	0.2822872
Depresión	32	32.9	12	12.3	0.0000131
Trastornos de Ansiedad	27	27.8	5	5.1	0.0000007
Problemas Familiares	18	18.5	18	18.5	0.8148959
Muerte de un Ser querido	15	15.4	17	17.5	0.8272100
Estrés Continuo	14	14.4	16	16.4	0.8137086
Frente a los problemas se siente Víctima	24	24.7	5	5.1	0.0000101
Separación Familiar o de amigos	13	13.4	15	15.4	0.7993250
Terminación dolorosa de relaciones amorosas.	6	6.1	19	19.5	0.0045158

Tabla 3. RESUMEN DEL ANALISIS BIVARIADO EN EL EVENTO DE INTENTOS DE SUICIDIO

No.	VARIABLES CATEGORICAS	CASOS	%	CONTROLES	%	Chi ²	Valor-p*	OR	IC95%			RA P%
									Lim Inf	-	Lim Sup	
1	Estado Civil Soltero	31	66.0%	28	56.0%	1.01	0.3153608	1.52	0.67	-	3.46	13.1%
2	No tener Hijos	24	51.1%	23	46.0%	0.25	0.6179700	1.22	0.55	-	2.72	5.1%
3	Escolaridad hasta Primaria	24	51.1%	9	18.0%	11.80	0.0005926	4.75	1.89	-	11.94	25.8%
4	Estrato socioeconómico Bajo	29	61.7%	14	28.0%	11.15	0.0008401	4.14	1.77	-	9.72	31.2%
5	Intentos de suicidio en la Familia	11	23.4%	18	36.0%	1.83	0.1756653	0.54	0.22	-	1.32	-9.3%
6	No Cuenta con alguien en momentos difíciles	10	21.3%	13	26.0%	0.30	0.5846315	0.77	0.30	-	1.97	-3.2%
7	Prefiere soledad	18	38.3%	12	24.0%	2.32	0.1278524	1.97	0.82	-	4.72	10.7%
8	No se siente amado	15	31.9%	17	34.0%	0.05	0.8272100	0.91	0.39	-	2.12	-1.6%
9	Divorcio Separación o Muerte de padres	31	66.0%	18	36.0%	8.70	0.0031859	3.44	1.49	-	7.94	31.2%
10	Maltrato Infantil	23	48.9%	15	30.0%	3.65	0.0562121	2.24	0.97	-	5.14	16.0%
11	Violencia Intra familiar	19	40.4%	20	40.0%	0.00	0.9659267	1.02	0.45	-	2.29	0.4%
12	Abuso de Alcohol y Sustancias en las familias	25	53.2%	10	20.0%	11.57	0.0006693	4.55	1.85	-	11.17	26.8%
13	Poca Comunicación Familiar	31	66.0%	14	28.0%	14.04	0.0001794	4.98	2.10	-	11.81	36.5%
14	Falta de tiempo para Compartir en la familia	28	59.6%	13	26.0%	11.19	0.0008218	4.19	1.78	-	9.91	30.0%
15	Rigidez Familiar	23	48.9%	16	32.0%	2.89	0.0891017	2.04	0.89	-	4.65	14.6%
16	Desmotivación fácil	27	57.4%	21	42.0%	2.31	0.1283384	1.86	0.83	-	4.17	15.8%
17	Irritabilidad	29	61.7%	17	34.0%	7.46	0.0063206	3.13	1.36	-	7.17	27.2%
18	Humor, enojo y agresividad	28	59.6%	17	34.0%	6.37	0.0115972	2.86	1.25	-	6.53	24.6%
19	Alta Impulsividad	31	66.0%	11	22.0%	19.07	0.0000126	6.87	2.79	-	16.91	40.0%
20	Cambios Constantes en las Relaciones familiares	20	42.6%	16	32.0%	1.16	0.2822874	1.57	0.69	-	3.61	8.7%
21	Depresión	32	68.1%	12	24.0%	19.00	0.0000131	6.76	2.77	-	16.50	41.6%
22	Trastornos de Ansiedad	27	57.4%	5	10.0%	24.67	0.0000007	12.15	4.09	-	36.14	36.5%
23	Problemas Familiares	18	38.3%	18	36.0%	0.05	0.8148956	1.10	0.48	-	2.52	1.9%
24	Muerte de un Ser querido	15	31.9%	17	34.0%	0.05	0.8272100	0.91	0.39	-	2.12	-1.6%
25	Estrés Continuo	14	29.8%	16	32.0%	0.06	0.8137086	0.90	0.38	-	2.14	-1.7%
26	Frente a los problemas se siente Víctima	24	51.1%	5	10.0%	19.49	0.0000101	9.39	3.17	-	27.84	30.2%
27	Separación Familiar o de amigos	13	27.7%	15	30.0%	0.06	0.7993250	0.89	0.37	-	2.15	-1.7%
28	Terminación dolorosa de relaciones amorosas	6	12.8%	19	38.0%	8.06	0.0045158	0.24	0.09	-	0.67	-17.5%

7. DISCUSIÓN

El suicidio e intento de suicidio, es una problemática de gran importancia y pertinencia para el departamento del Huila; esto debido al gran impacto que genera en la mortalidad, morbilidad y salud pública de la región. Como investigadores, hemos aplicado nuestros mejores esfuerzos, en generar un aporte sobre los factores de riesgo que están asociados al intento de suicidio y con ello posibilitar la construcción de un modelo de intervención, al mismo tiempo que despertar la sensibilidad por esta problemática y consolidar políticas en salud para el control y prevención del intento de suicidio.

Es de reconocer que los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en la ciudad de Neiva señalan bastante congruencia con los datos encontrados en otras localidades de Colombia, hecho que nos indica una mayor alerta frente a una situación que de “pocos” trasciende a “muchos” y de no intervenir oportuna y eficazmente puede propiciar el fenómeno de masificación tan degradante en este aspecto.

Para este punto, es preciso resaltar que en diferentes estudios realizados sobre el tema, la ocurrencia de los intentos de suicidio para cualquier grupo de edad se reportan con muy poca frecuencia⁴⁵, situación que disminuye el nivel de confiabilidad de las cifras señaladas, especialmente en los eventos de intentos de suicidio a diferencia del suicidio donde existe un objeto consumado y conocido por obligatoriedad.

Conociendo estas limitaciones y la ausencia de datos previos sobre intentos de suicidio en la ciudad de Neiva, surge la necesidad de hallar los factores de riesgo asociados al intento de suicidio con el interés fehaciente de proporcionar las bases para la construcción posterior de un modelo de intervención eficiente y un modelo predictor que mitigue las repercusiones de este evento sobre la población vulnerable. Podría suponerse con un criterio de veracidad que estas estrategias aún no han sido abordadas en la ciudad de Neiva debido a la ausencia de datos confiables que determinan la magnitud y/o el impacto de esta problemática, limitando así el avance en el control y prevención de este evento.

El análisis de los datos encontrados en la ciudad de Neiva tuvo limitaciones ajenas a la voluntad de los investigadores y difíciles de controlar debido a factores externos que se hallaban inmersos dentro de los criterios de exclusión tales como: muerte del caso, cambio de residencia fuera de la ciudad, reincidencia del evento. Pese a estas dificultades, se realizó un análisis riguroso, de acuerdo al cuidado que se tuvo en la aplicación de los cuestionarios donde se manejó un mismo

⁴⁵ MOSCIKI EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1999 Sept; 20(3): 499-517

lenguaje para los entrevistados y donde hubo un excelente apareamiento de casos y controles.

Es de reconocer que las dificultades anteriormente mencionadas, señalan deliberadamente la ausencia de seguimiento a estos casos, sosteniendo en una postura respetuosa la importancia de seguimientos psicosociales a esta población con el fin de evitar la reincidencia en el evento y por ende la contaminación emocional entre los seres cercanos. Estos hallazgos, críticamente podrían ser considerados sesgos de confusión que no estaban al margen de control y rigor de los investigadores, al mismo tiempo pueden ser un llamado de atención para las autoridades en salud pública del municipio para fortalecer el seguimiento a cada uno y con ello tener un CONTROL de los posibles factores que inciden en la presencia del intento de suicidio.

De acuerdo a los hallazgos encontrados, se determinó una prevalencia de intentos de suicidio en el género femenino (66% mujeres y 32% hombres), cifras que se confabulan con los datos nacionales y mundiales, donde el porcentaje de intentos de suicidio es mayor en mujeres 2-3:1, a diferencia del suicidio consumado, el cual es mayor en hombres. Aunque la prevalencia del intento de suicidio sea evidentemente mayor en mujeres y niñas, el género no ha sido asociado significativamente con la incidencia de los casos. De esta forma, se aclara el concepto de vulnerabilidad en el género femenino, cuestionando su asociación con el intento de suicidio y destacando interrogantes sobre otros factores que si podrían ser determinantes en esta conexión.

De igual forma, en la ciudad de Neiva, se encontró la predominancia del intento de suicidio en personas con edades comprendidas entre los 13 y 60 años con una edad promedio de 17 años, donde se evidencia que la adolescencia es la etapa de mayor vulnerabilidad, cifras que al compararse con los reportes estadísticos de Medicina Legal son similares. Estos últimos informes incluyen a la población entre 15 y 18 años de edad como la edad más predominante que intenta suicidarse. En esta misma línea, datos de estudios de corte transversal han demostrado consistentemente que las tasas de prevalencia de punto y de período del intento de suicidio son mayores en grupos más jóvenes que en ancianos, hallazgo que también coincide con estudios realizados en otros países. El suicidio es la cuarta causa de muerte para los jóvenes en el mundo. En la UN, aunque no hay cifras oficiales sobre número de suicidios, la evaluación de las historias clínicas muestra que la estructura emocional de un alto porcentaje de los admitidos los ubica como población en riesgo, por lo tanto, la prevención se convierte en un asunto político que nos involucra a todos⁴⁶.

⁴⁶ ESCOBAR, Hernando. nandoev@yahoo.es. *Revista El Contexto*

Acorde a estos hallazgos, donde se evidencia la vulnerabilidad de los adolescentes en la ocurrencia del intento de suicidio, surge el cuestionamiento crítico sobre la evaluación de los entornos donde se hayan inmersos los jóvenes. ¿Existe acaso alguna variación entre los espacios escolares, familiares, comunitarios donde los menores se desarrollaban antes en comparación con los de hoy?. Todo factor intrínseco que posibilite la presencia de este fenómeno, es sencillamente el producto de la interacción que el sujeto tiene con su medio externo circundante. José Martí⁴⁷, destaca el importante papel de la socialización primaria y secundaria en la formación y desarrollo de cualidades en la personalidad de los niños, y es justamente en dichas fortalezas donde se encuentran las herramientas para sobreponerse a los eventos adversos de la vida sin tener que atentar contra ella.

Aunque existe información sobre los factores de riesgo asociados al intento de suicidio, es preciso consolidar y determinar cuales son los factores de riesgo determinantes en la población Neivana, ya que por diferencias culturales se tenía el supuesto de que los datos podrían diferir. Sin embargo, es asombroso encontrar que a pesar de ser una ciudad en vía de desarrollo, presenta datos similares a los de otras localidades desarrolladas.

Analizando el OR (odds ratio), el RA Exp (Riesgo atribuible a expuesto) y el RAP (Riesgo atribuible a la población), de cada una de las variables que se tuvieron en cuenta en este estudio, se determinaron las variables que se asocian con mayor fuerza al intento de suicidio. De esta forma se determinó que la variable: “*Ansiedad*” es una de las variables que presentó el dato de OR mas elevado (12.15), indicando que el riesgo de presentar intento de suicidio es **12.15** veces mayor en las personas que presentan ansiedad que en las que no presentan este factor de riesgo. Este dato se afirma con el Chi cuadrado obtenido de **24.67** señalando una fuerte asociación entre esta variable y el evento en mención.

Este hallazgo señala la necesidad de fortalecer la capacidad de resiliencia en la población vulnerable; Medicina Legal (Forensis, 2003) señala, además, que el análisis de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes generalmente se halla asociado «a la ausencia de un proyecto de vida y a la falta de reconocimiento de un espacio dentro de la sociedad», situación que está ligada al sentimiento de “víctima” ante los problemas y a la concepción errada de no contar con las herramientas necesarias para afrontar un problema.

De igual forma, en el presente estudio se estimó que el mayor Riesgo atribuible a los expuestos está en la variable de “**Depresión**” con un 20.2% y seguidamente la “**Ansiedad**” con un 17.8%, lo cual indica que el exceso de riesgo de presentar intento de suicidio se atribuye a la presencia de Trastornos de ansiedad y depresión en las personas, de esta forma, por cada 100 personas que padecen de

⁴⁷ JOSE MARTI. Sus ideas sobre el desarrollo psíquico en el hombre. Cuba, 1890

trastornos de ansiedad y depresión, 20 y 18 respectivamente tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse .

Rafael Tuesca Molina y Edgar Navarro en el estudio realizado sobre intento de suicidio en la ciudad de Barranquilla, afirman que las conductas suicidas pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, el sentimiento de soledad e incompreensión, el aislamiento social o problemas más graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Las conductas suicidas a menudo ocurren como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, tal como factores situacionales de tipo socioeconómico, el desempleo, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, crónicas o dolorosas, el envejecimiento, los sentimientos de culpa y la dependencia de las drogas o el alcohol, entre otros⁴⁸.

Dentro de los factores psicológicos causales se enfatiza, desde la psicodinamia, la presencia de conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones, donde el suicidio es visto como un acto depresivo o psicótico, asociado algunas veces con fantasías de escape, recompensa, reunión o resurrección⁴⁹. Esto nos lleva a resaltar las dificultades emocionales que enfrentan los seres humanos en contraste con las exigencias del entorno y que a veces parecen superar la capacidad de afrontamiento. Se observa inéditamente un trance pronunciado en el manejo de las relaciones interpersonales, el estrés causado por diversos factores internos y externos, el manejo de la inconformidad, el desacuerdo y el conflicto. Pareciera que el ser humano gasta sus recursos en aspectos inherentes al dinero, poder, éxito, etc., olvidando que la fortaleza del poder parte desde sus mismas estructuras psíquicas para confabular los devenires como oportunidades de crecimiento y no atentados contra el ego⁵⁰.

Finalmente los hallazgos encontrados en la ciudad de Neiva, revelan que “*la depresión*” sigue siendo la variable con el RAP% (Riesgo atribuible a la población) mas alto, demarcado en un 41.6% lo cual indica que la depresión da cuenta del 42% del Riesgo Absoluto de presentar un intento de suicidio, por lo tanto, si se eliminara este factor de riesgo de toda la población, se conseguirá reducir un 42% el riesgo de presentar un intento de suicidio. De igual forma, el “*divorcio, la separación o alguna pérdida durante la infancia*” junto con la “*poca comunicación al interior de los hogares*”, resultan ser las variables que requieren mayor cuidado e intervención para disminuir la incidencia del evento en mención.

⁴⁸ Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio, Rafael Tuesca Molina y Edgar Navarro Lechuga, Universidad del Norte Barranquilla, 2003.

⁴⁹ Hendin, H. Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *Am J Psychiatr* 1991; 148: 1150-1158.

⁵⁰ UTRERA, Maria Teresa. Terapia transpersonal. Argentina, 2003

Teniendo en cuenta el peso de estas variables, es clara la necesidad de diseñar programas masivos de detección precoz por el personal de los servicios de salud permitiendo identificar personas en alto riesgo antes que se presenten complicaciones tan serias como un intento suicida, de ahí parte la propuesta de diseñar un modelo predictor para el departamento del Huila, el cual puede estar seriamente basado en estos hallazgos. De igual forma, se considera “importante y necesario la búsqueda de estrategias de aproximación más adecuadas por parte del personal de salud, que logren establecer un vínculo terapéutico sólido que permita el seguimiento psiquiátrico necesario, o pensar incluso en mecanismos legales que hagan imperativa la asistencia al tratamiento”⁵¹

Finalmente, considerando que muchas de las características sociodemográficas, personales, psicosociales y culturales del grupo de este estudio son compartidas por cientos de miles de Huilenses y Colombianos, es necesario la realización de estudios posteriores que permitan identificar los factores protectores que impiden la aparición de un intento suicida en el grueso de la población vulnerable: de 15 a 44 años, que son los mas propensos a intentar suicidarse.

Este trabajo de investigación fue un esfuerzo por comenzar a dar luces sobre la situación del intento suicida en la ciudad de Neiva en el marco de una realidad local y regional que si bien parece validar las descripciones de otras latitudes, evidentemente se hallaba oculta para muchos.

⁵¹ Tomado de la Revista Colombia Médica. Vol 34 No. 1, 2003 Cali, Valle. Estudio: Intentos de Suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Ahora se conoce estadísticamente que los factores de riesgo que tienen una mayor fuerza de asociación y son los mas atribuibles a la población están categorizados en: **a.** eventos negativos durante la niñez: Divorcio, separación y/o muerte de los padres, abuso de alcohol y sustancias en las familias; poca comunicación familiar y falta de tiempo para compartir en familia; **b.** Rasgos cognitivos o de personalidad: Irritabilidad, humor de enojo e irritabilidad y alta impulsividad; **c.** Alteraciones emocionales como la depresión y ansiedad; y **d.** eventos cotidianos tales como terminación dolorosa de relaciones amorosas y el sentimiento de víctima frente a los problemas.

Conociendo los factores de riesgo asociados a situaciones vividas durante la niñez, estilo cognitivo, alteraciones emocionales y acontecimientos negativos de la vida cotidiana, se hace necesario la intervención psicoanalítica terapeuta - usuario que permita la reelaboración de experiencias traumáticas o esquemas errados y por lo tanto la resignificación de los mismos garantizando una disminución o anulación del poder de dichas variables.

Teniendo en cuenta los resultados anteriormente descritos es necesario intervenir desde un campo interdisciplinario las personas vulnerables a presentar dicho evento. Estos factores de riesgo son los que deberían tenerse en cuenta en la consolidación e implementación de estrategias preventivas que tengan puntos focales de aplicación, garantizando el cumplimiento de los indicadores de logro y mejorando la salud mental de la población neivana.

El conocimiento de los factores de riesgo atribuibles a la población, posibilita la construcción de un modelo predictor que permita reconocer cuando la situación de un individuo está siendo vulnerable para presentar un intento de suicidio..

El equipo de salud que trabaja en la línea de intento de suicidio, debe ser un conocedor experto de la materia, de tal forma que cuando el médico encargado determine la presencia de los factores de riesgo, remitan diligentemente el caso al terapeuta encargado. Ningún caso o posible caso, puede dejarse sin intervención completa, ya que esto genera reincidencia o fortaleza en el evento.

Con el fin de mejorar los indicadores de salud mental en el departamento y mitigar las repercusiones de intentos de suicidio, se propone la creación de un sistema de vigilancia que permita determinar un perfil de riesgo útil para todo el departamento.

Se recomienda la elaboración de un modelo de intervención en salud pública, que enfoque los siguientes factores de riesgos (en orden prioritario), ya que si se erradican o disminuyen en un gran porcentaje, se lograría mitigar la presencia de intentos de suicidio en la ciudad de Neiva: **a)** depresión (RAP% 41.6), **b)** alta impulsividad (RAP% 40), **c)** poca comunicación familiar (RAP% 36.5), **d)** trastornos de ansiedad (RAP% 36.5), **e)** estrato socioeconómico bajo (RAP% 31.2), **f)** divorcio, separación de padres o seres queridos (RAP% 31.2), **g)** sentirse víctima frente a los problemas (RAP% 30.2) y **h)** falta de tiempo para compartir (RAP% 30.0).

Estas recomendaciones son posibles si el departamento del Huila trabaja como **sistema** de cooperación interdisciplinario, donde todos los profesionales de la salud, aunamos esfuerzos en reducir y mitigar las repercusiones de intento de suicidio en la población. Esta es una invitación para considerar la vida como un *excelsiur: plus altus at plus ultra* (latín: mas arriba y mas allá), donde mano a mano sostenemos debilidades y engrandecemos fortalezas.

9. CRONOGRAMA

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad												
Revisión del Estado del Arte												
Selección de la pregunta de Investigación												
Formulación de los objetivos												
Selección del diseño de investigación												
Selección de la muestra de estudio												
Elaboración de la metodología de Investigación												
Evaluación del instrumento de medición												
Ajustes y cambios al Instrumento de medición												
Aplicación del instrumento												
Análisis de la información												
Informe final												

10. PRESUPUESTO

Tabla 1. Presupuesto Global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles \$)

RUBROS	TOTAL
PERSONAL	10.00.000
EQUIPOS	3.000.000
MATERIALES	260.000
MATERIAL BIBLIOGRAFICO	300.000
PUBLICACIONES	1.000.000
TOTAL	14.560.000

Tabla 2. Impresión de los gastos de personal (en miles \$)

Investigador experto	Impresión Académica	Función dentro del Proyecto	Dedicación	Recursos
Alexander Mora	Médico	Investigador	6 semanales	5.000.000
Adriana Aristizábal	Psicóloga	Investigadora	6 semanales	5.000.000
Total				10.000.000

Tabla 3. Impresión de los equipos que se planea adquirir (en miles \$)

EQUIPO	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS
Computador	Consignación de datos, manejo del software de Epiinfo, impresión de la Impresión, Impresión del informe final	2.750.000
Impresora Láser	Impresión de planillas, material necesario de vigilancia e informe final.	250.000
Total		3.000.000

Tabla 4. Materiales, suministros (en miles \$)

MATERIALES	JUSTIFICACION	VALOR
Papel Bond tamaño carta	Para planillas de vigilancia e informe final	20.000
Cartucho de impresión	impreso del proyecto	240.000

Total		280.000
-------	--	---------

Tabla 5. Bibliografía (en miles \$)

ITEM	JUSTIFICACION	VALOR
Libros y documentos sobre Intentos de Suicidio, Epidemiología y Salud Publica.	Necesarios para el manejo conceptual de la temática de investigación	300.000
Total		300.000

BIBLIOGRAFÍA

ABBOT J. et al .1995. *Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an Emergency department population* JAMA 273: 1763-1767.

AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (A.I.D) *Evaluation Handbook. A.I.D., Program Design and Evaluation Methodology. Report No. 7. A.I.D., WDC, 1989*

ANDER E., AGUILAR IDÁÑEZ M.J., *Como elaborar un Proyecto*. Ed. Lumen, Buenos Aires, 1995.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, OFICINA DE EVALUACIÓN (EVO). *Evaluación: Una Herramienta de Gestión para Mejorar el Desempeño de los Proyectos*. BID, WDC, 1997.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO Y ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO. *Seguimiento y Evaluación en América Latina y el Caribe: Fortalecimiento de la Capacidad de Evaluación para un Desarrollo Sostenible*. BID/OCDE, WDC, 1993

BEAUTRAIS AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youth age 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1543-1551

BECK A, KOVACS M, WEISSEMAN A. Hopelessness and suicidal behaviour. *En: Maltzberger J, Goldblatt M (editors) Essential papers on suicide*. New York: New York University Press; 1996. p. 331-341.

BLAISTEIN N., PUCCIARELLI P. *Manual para el Diseño de Proyectos de Salud*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional, 2002

BOSTWICK J, Pankratz V. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1925-1932. NORDSTROM P. et al 1995 Survival Analysis of suicide risk after attempted suicide. *Act Psychiatr Scand* 91: 336-340.

BRUCE M.L PEARSON JL. 1999, *Designing an intervention to prevent suicide-PROSPECT*(Prevention of suicide in primary care elderly:collaborative trial) *Dialogues Clin Neurosci* 1: 100-112.

CAMPO G, ROA J.A., Pérez A., SALAZAR O., PIRAGAUTA C. , LÓPEZ L., RAMÍREZ C., *Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali*. REVISTA COLOMBIA MÉDICA. Vol No. 1, 2003.

CARDINAL C. Sexualidad. En: Toro G, Yepes L (editores.). *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría*. 2ª ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1990. p. 163-165.

CASTRO G., CHAVEZ P., *Evaluación de Impacto de Proyectos Sociales*, UNESCO, Caracas, 1994.

DE WILDE EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149:45-51

DUBERSTEIN PR et al. 1997 *Personality disorders and completed suicide- a methodological and conceptual review*. *Clin Psycholog Sci Pract* 4 : 359-376.

DURKHEIM E. *El Suicidio*, Buenos Aires, Shapiro. 1897

FERNÁNDEZ, Pita S., Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña (España). *Cad Aten Primaria* 1996; 3: 83-85.

GÓMEZ-RESTREPO C, RODRÍGUEZ N, DE ROMERO. L, et al. *Suicidio y lesiones autoinflingidas*. Colombia, 1973-1996. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002; 2: 123-136.

GOULD MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 37(9):915-923

GTZ. *Methods and Instruments for Project Planning and Implementation*. Eschborn, Germany, 1991.

HENDIN, H. *Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young*. *Am J Psychiatr* 1991; 148: 1150-1158.

HERNANDEZ LUIS ROGELIO. *Diseño de Investigaciones en ciencias de la salud y sus fundamentos epistemológicos*. ECOE Ediciones. Bogotá D.C., 2001

H.DELGADO-H.NOBUCHI. *Programa de Prevención del Suicidio. Cifra de Suicidios*. Instituto Especializado de Salud Mental Oficina de Estadística e Informática, Lima Perú, 2002.

H.DELGADO-H.NOBUCHI. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, IESM Capítulo sobre Suicidio. 2002*, Ed. Especial de Anales de Salud Mental, 2003, Lima-Perú.

H.DELGADO-H.NOBUCHI. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana. IESM, 2003, Ed. Especial de Anales de Salud Mental 2004, Lima Perú.*

JOURDAN HIDALGO L., *Enfoque Lógico para la Gestión de Proyectos en la OPS. OPS, WDC.*

LESTER B. Learning from Durkheim and beyond: the economy and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 15-31.

LIN E, von KORFF M. Et al 1989 *Identifying suicide potential in primary care. J.Gen Inter Med* 4 : 1-6.

LONDOÑO FERNANDEZ JUAN LUIS. *Metodología de la Investigación Epidemiológica.* Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, 1998

LADAME F. LAEDERACH J., *La Depresión y el suicidio antes de los 20 años, Neuropsy, Jan, pp.41-46. 1998*

LAZCANO-PONCE, Eduardo y cols. *Estudios epidemiológicos de casos y controles: Fundamento teórico, variantes y aplicaciones.* Revista de Salud Publica México, Vol 43, No. 2, marzo-abril de 2001

LOPEZ CABALLERO ALFONSO. *Iniciación al análisis de casos: Una metodología activa de aprendizaje en grupos.* Ediciones Mensajeros. Bilbao, 1997

MENDOZA GARCIA, Jorge. *Las formas del recuerdo y la memoria narrativa.* Universidad Autónoma de Barcelona. España, 2004

MINSA. *Estadísticas e Indicadores Básicos de Salud, Perú , 2003.*

MINSA, *Protocolo Integral para la atención de la conducta Suicida.* Cuaderno de Trabajo. Perú, 2004.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN, FUNDACIÓN FES SOCIAL. *Estudio Nacional de Salud Mental.* Colombia, 2003

MORTON E. *Partner homicide-suicide involving female homicide victims: a population study in North Carolina, 1988-1992.* *Violence Vict.* 13: 91-106. 1998

MOSCIKI E. Epidemiology of suicide. En: Jacobs D (editor) *Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide.* San Francisco: Jossey-Bass; 1998. p. 40- 51.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS *I Informe Mundial sobre la violencia y la Salud, Oct. 2000.*

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS / *Prevención del Suicidio, un instrumento para **médicos generales***. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2000

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS / *Prevención del Suicidio, un instrumento para **docentes y demás personal institucional***. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2000

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS / *Prevención del Suicidio, un instrumento para profesionales de los **medios***. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2000

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS / *Prevención del Suicidio, ¿Cómo iniciar un grupo de sobrevivientes?*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2000

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS / *Prevención del Suicidio – SUPRE*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2000

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS. *Salud en las Américas, 2007*. Volumen II – Países.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. *Enfoque Lógico para la Gestión de Proyectos en la OPS, Manual del Instructor*. OPS, WDC, 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. *Pan American Journal of Public Health*. <http://revista.paho.org>

OPS y FNUAP. *Proyecto Regional de Gerencia en Salud Reproductiva. Módulos 2 y 3*. OPS / OMS y FNUAP, Washington DC, 1998.

OSPINO RODRIGUEZ J.A., *Metodología de la Investigación en ciencias de la salud*. Universidad Cooperativa de Colombia, Villavicencio, 2004

PEARSON J. et al-1996 *Suicide and Ageing*. International Perspectives. New York:Springer Publishing Co.

PEREZ SERRANO GLORIA. *Elaboración de Proyectos Sociales*. Nancea, S.A. Ediciones. Madrid, 1996

REBAGLIATO M., RUIZ I., ARRANZ M. *Metodología de Investigación en Epidemiología*. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1996

RIHNER Z. 1996 *Strategies of suicide prevention: focus on health care*. J.Affect Disord 39: 83-91.

SCHNEIDER Dona, PhD, MPH, FACE. *Principios de Epidemiología*. Conferencia 10.

Sistema de Información Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO), Secretaría de Desarrollo Social de la Nación Argentina y UNESCO. *Gestión Integral de Programas Sociales Orientada a Resultados. Módulo de Planificación y Evaluación*. Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1997.

Sistema de Información Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO), Secretaría de Desarrollo Social de la Nación Argentina, INDES – BID. *Planificación Estratégica de Políticas y Programas Sociales*. Buenos Aires, 1997.

SUDAK HS, FORD AB, RUSHFORTH NB. Adolescent suicide: an overview. *American journal of psychotherapy*, 1984, 38:350-363

SUSSER M. *Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en ciencias de la salud*. México: Biblioteca de la Salud; 1991.

TONDO L, Baldessarini R. Suicide: causes and clinical management. *Clin Update*; 2001. www.medscape.com

VÁSQUEZ F. Y COLS. *El Panorama de los suicidios en el Perú durante el año 2003*. Programa de Prevención del Suicidio IESM H.Delgado-H.Noguchi, Lima. Perú.

VÁSQUEZ F. Y COLS. *El perfil del intentador de suicidio atendido en el IESM H.Delgado-H.Noguchi 2003*, En Prensa. Lima-Perú.

VÁSQUEZ F. Y COLS. *Análisis de la conducta suicida en el Perú año 2004*. Cuaderno de trabajo. En prensa. IESM H.Delgado-H.Noguchi.

VIGOYA J, Campo G. Comportamiento suicida en niños. *En: Roa JA, Echandía CA (editores). Emergencias y urgencias en pediatría*. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal; 1996. p. 527-539.

ANEXOS

Anexo A
TABLAS 2x2 - ANALISIS BIVARIADO

1. Factores de Riesgo: Características Personales

Tabla 1. Escolaridad

		I. suicidio			
		+	-		
Escolaridad hasta primaria	+	24	9	33	72.7
Educación mas avanzada	-	23	41	64	35.9
		47	50	97	48.5

$$\text{Chi}^2 = \frac{n(ad-bc)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}$$

Chi²= 11.8

Si hay asociación entre el intento de suicidio y tener escolaridad solo hasta primaria, rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

OR= **4.75**

*El riesgo de presentar intento de suicidio en las personas que han tenido Escolaridad solo hasta primaria es **4.75** veces mayor que en los que han tenido educación mas avanzada.*

Impacto:

RA Exp= 72.7 por c/ 100 – 35.9 por c/ 100 = 36.8 C/ 100

El exceso de riesgo (36.8) de presentar intento de suicidio se atribuye a tener Escolaridad solo hasta primaria. Por cada 100 personas que tienen Escolaridad solo hasta primaria, 37 tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse.

R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.

RAP= 48.5 – 35.9 = 12.6 por c/ 100

El Exceso de riesgo (12.6) de presentar intento de suicidio, atribuible a tener Escolaridad solo hasta primaria es de 13 por 100 habitantes.

$$\text{R.A \%} = \frac{\text{Inc.Exp.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Exp.}}$$

$$\text{R.A \%} = \frac{72.7-35.9}{72.7} = 50\%$$

El 50% del Riesgo Absoluto en las personas que intentan suicidarse (Expuestos) es debido a tener escolaridad solo hasta primaria.

$$\text{R.A.P \%} = \frac{\text{Inc.Pob.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Pob.}}$$

$$\text{R.A.P \%} = \frac{48.5-35.9}{48.5} = 26\%$$

Tener escolaridad solo hasta primaria da cuenta del 26% del Riesgo Absoluto de intentar suicidarse, por lo tanto, si se eliminara el factor de riesgo: "Tener escolaridad solo hasta primaria", se conseguirá reducir el 26% el riesgo de presentar un intento de suicidio en la ciudad de Neiva.

Tabla 2. Estrato Socioeconómico bajo

		I. suicidio		Incd.	
		+	-		
Estrato Socioeconómico Bajo	+	29	14	43	67.4
Otros estratos	-	18	36	54	33.3
		47	50	97	48.5

Fuente: Propia

Chi2= 11.15

Si hay asociación entre el intento de suicidio y ser de estrato socioeconómico Bajo, rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

OR= **4.14**

El riesgo de presentar intento de suicidio en las personas que son de estrato socioeconómico Bajo es **4.14** veces mayor que en las personas de otros estratos.

Impacto:

R.A.Exp. = Inc.Exp. - Inc.No Exp.

$$RA \text{ Exp} = 67.4 \text{ por c/ } 100 - 33.3 \text{ por c/ } 100 = 34.1 \text{ C/ } 100$$

El exceso de riesgo (34.1) de presentar intento de suicidio se atribuye a pertenecer a estrato socioeconómico bajo. Por cada 100 personas que son de estrato socioeconómico bajo, 34 tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse.

R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.

$$RAP = 48.5 - 33.3 = 15.2 \text{ por c/ } 100$$

El Exceso de riesgo (15.2) de presentar intento de suicidio, atribuible a pertenecer a estrato socioeconómico bajo es de 15 por 100 habitantes.

R.A % = $\frac{\text{Inc.Exp.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Exp.}}$

$$R.A \% = \frac{67.4 - 33.3}{67.4} = 76\%$$

El 76% del Riesgo Absoluto en las personas que intentan suicidarse (Expuestos) es debido a pertenecer a estrato socioeconómico bajo.

R.A.P % = $\frac{\text{Inc.Pob.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Pob.}}$

$$R.A.P \% = \frac{48.5 - 33.3}{48.5} = 31.3$$

*Pertenecer a estrato socioeconómico bajo da cuenta del 31% del Riesgo Absoluto de intentar suicidarse, por lo tanto, si se eliminara el factor de riesgo: “**pertenecer a estrato socioeconómico bajo**”, se conseguirá reducir el 31% el riesgo de presentar un intento de suicidio en la ciudad de Neiva.*

2. Factores de Riesgo: Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez

Tabla 3. Divorcio, separación o muerte de los padres

		I. suicidio		Incd.
		+	-	
Divorcio, separación o muerte de los padres	+	31	18	49
No Divorcio, separación o muerte de los padres	-	16	32	48
		47	50	97
				48.5

Fuente: Propia

Chi²= 8,69.

Si hay asociación entre el intento de suicidio y Divorcio, separación o muerte de los padres, rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

$$OR = \frac{992}{288} = 3.4$$

El riesgo de presentar intento de suicidio en las personas que han tenido Divorcio, separación o muerte de los padres es 3.4 veces mayor que en los que no han tenido Divorcio, separación o muerte de los padres.

Impacto:

R.A.Exp. = Inc.Exp. - Inc.No Exp.

$$RA\ Exp = 63.2 \text{ por } c/ 100 - 33.3 \text{ por } c/ 100 = 29.9 \text{ C/ } 100$$

El exceso de riesgo (29.9) de presentar intento de suicidio se atribuye al divorcio, separación o muerte de los padres durante la infancia. Por cada 100 personas que durante la niñez han vivenciado el divorcio, separación y/o muerte de los padres, 30 tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse.

R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.

$$RAP = 48.5 - 33.3 = 15.2 \text{ por } c/ 100$$

El Exceso de riesgo (15.2) de presentar intento de suicidio, atribuible al divorcio, separación o muerte de los padres durante la infancia es de 15 por 100 habitantes.

$$R.A \% = \frac{Inc.Exp. - Inc.No Exp.}{Inc. Exp.}$$

$$R.A \% = \frac{63.2 - 33.3}{63.2} = 47.3\%$$

El 47.3% del Riesgo Absoluto en las personas que intentan suicidarse (Expuestos) es debido al divorcio, separación o muerte de los padres durante la infancia.

$$R.A.P \% = \frac{Inc.Pob. - Inc.No Exp.}{Inc. Pob.}$$

$$R.A.P \% = \frac{48.5 - 33.3}{48.5} = 31.3\%$$

La presencia del divorcio, separación o muerte de los padres durante la infancia da cuenta del 31% del Riesgo Absoluto de intentar suicidarse, por lo tanto, si se eliminara el factor de riesgo: **“divorcio, separación o muerte de los padres durante la infancia”**, se conseguirá reducir el 31% el riesgo de presentar un intento de suicidio en la ciudad de Neiva.

Tabla 4. Poca comunicación dentro de la familia

		I. suicidio		Incd.	
		+	-		
Poca Comunicación dentro de la familia	+	31	14	45	68.8
No Poca Comunicación dentro de la familia	-	16	36	52	30.7
		47	50	97	48.5

Fuente: Propia

$$Chi^2 = \frac{n(ad-bc)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)} = \frac{97(1116-224)^2}{5499000} = \frac{77179408}{5499000} = 14,0$$

Chi²= 14,0 Si hay asociación entre el intento de suicidio y Poca Comunicación dentro de la familia, rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

$$OR = \frac{1116}{224} = 4.9$$

El riesgo de presentar intento de suicidio en las personas que han tenido Poca Comunicación dentro de la familia es 4.9 veces mayor que en los que no han tenido Poca Comunicación dentro de la familia.

Impacto:

R.A.Exp. = Inc.Exp. - Inc.No Exp.

$$RA\ Exp = 68.8 \text{ por c/ } 100 - 30.7 \text{ por c/ } 100 = 38.1 \text{ C/ } 100$$

El exceso de riesgo (38.1) de presentar intento de suicidio se atribuye a la poca comunicación que hayan tenido las personas dentro de su familia en los años de infancia.

Por cada 100 personas que han tenido poca comunicación con sus familias, 35 tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse.

R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.

$$RAP = 48.5 - 30.7 = 17.8 \text{ por c/ } 100$$

El Exceso de riesgo (17.8) de presentar un intento de suicidio atribuible a la poca comunicación familiar es de 18 por 100 habitantes.

R.A % = $\frac{\text{Inc.Exp.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Exp.}}$

$$R.A \% = \frac{68.8 - 30.7}{68.8} = 55.3\%$$

El 65% del Riesgo Absoluto en las personas que han intentado suicidarse (Expuestos) es debido a la poca comunicación dentro de la familia durante sus años de infancia.

R.A.P % = $\frac{\text{Inc.Pob.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Pob.}}$

$$R.A.P \% = \frac{48.5 - 30.7}{48.5} = 37\%$$

La poca comunicación al interior de las familias da cuenta del 37% del Riesgo Absoluto de presentar un intento de suicidio, por lo tanto, si se eliminara el factor de riesgo: “poca comunicación familiar” de toda la población, se conseguirá reducir un 37% el riesgo de presentar un intento de suicidio.

Tabla 5. Falta de tiempo para compartir

	I. suicidio		Incd.	
	+	-		
Falta de tiempo para compartir por parte de los padres o cónyuge	28	13	41	68.2
No Falta de tiempo para compartir por parte de los padres o cónyuge	19	37	56	33.9
	47	50	97	48.5

Fuente: Propia

$$\text{Chi}^2 = \frac{n(ad-bc)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)} = \frac{97(1036-247)^2}{5395600} = \frac{60384537}{5395600} = 11,1$$

Chi²= 11,1. Si hay asociación entre el intento de suicidio y la Falta de tiempo para compartir por parte de los padres o cónyuge, rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

$$\text{OR} = \frac{1036}{247} = 4.1$$

El riesgo de presentar intento de suicidio en las personas que han tenido Falta de tiempo para compartir por parte de los padres o cónyuge es **4.1** veces mayor que en los que no han tenido Falta de tiempo para compartir por parte de los padres o cónyuge.

Impacto:

R.A.Exp. = Inc.Exp. - Inc.No Exp.

$$\text{RA Exp} = 68.2 \text{ por } c/100 - 33.9 \text{ por } c/100 = 34.3 \text{ C}/100$$

El exceso de riesgo (34.3) de presentar intento de suicidio se atribuye a la falta de tiempo para compartir con los padres o conyugue.

Por cada 100 personas que tienen poco tiempo para compartir con los padres o conyugue, 35 tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse.

R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.

RAP= 48.5 – 33.9 = 14.6 por c/ 100

El Exceso de riesgo (14.6) de presentar intentos de suicidio, atribuible a la falta de tiempo para compartir con los padres o conyugue es de 15 por 100 habitantes.

R.A % = $\frac{\text{Inc.Exp.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Exp.}}$

R.A % = $\frac{68.2 - 33.9}{68.2} = 50.2\%$

El 50% del Riesgo Absoluto en las personas que han intentado suicidarse (Expuestos) es debido a la poca comunicación dentro de la familia durante sus años de infancia.

R.A.P % = $\frac{\text{Inc.Pob.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Pob.}}$

R.A.P % = $\frac{48.5 - 33.9}{48.5} = 30\%$

La falta de tiempo para compartir en la infancia por parte de los padres da cuenta del 30% del Riesgo Absoluto de presentar intento de suicidio, por lo tanto, si se eliminara este factor de riesgo, se conseguirá reducir un 30% el riesgo de presentar intento de suicidio.

Tabla 6. Abuso de alcohol y/o sustancias en las familias

	I. suicidio		Incd.	
	+	-		
Abuso de alcohol o Sustancias	25	10	35	71.4
No Abuso de alcohol o Sustancias	22	40	62	35.4
	47	50	97	48.5

Chi2= 11.57

Si hay asociación entre el abuso de alcohol y sustancias en las familias y el intento de suicidio, rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

OR= **4.55**

*El riesgo de presentar intento de suicidio en las personas que han vivenciado el consumo del alcohol y/o otras sustancias en las familias es **4.55** veces mayor que en los que no han vivenciado abuso de alcohol y/o otras sustancias. en las familias*

Impacto:

R.A.Exp. = Inc.Exp. - Inc.No Exp.

RA Exp= 71.4 por c/ 100 – 35.4 por c/ 100 = 36 C/ 100

El exceso de riesgo (36) de presentar intento de suicidio se atribuye al abuso de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas en las familias. Por cada 100 personas que han vivenciado abusado del alcohol y/o sustancias , en las familias 36 tienen el exceso de riesgo de presentar intento de suicidio.

R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.

RAP= 48.5 – 35.4 = 13.1 por c/ 100

El Exceso de riesgo (13.1) de presentar intento de suicidio, atribuible al abuso de alcohol y/o sustancias en las familias es de 13 por 100 habitantes.

R.A % = $\frac{\text{Inc.Exp.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Exp.}}$

R.A % = $\frac{71.4 - 35.4}{71.4} = 50.4\%$

El 50.4% del Riesgo Absoluto en las personas que intentan suicidarse (Expuestos) es debido a haber vivenciado abuso de alcohol o sustancias en las familias.

R.A.P % = $\frac{\text{Inc.Pob.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Pob.}}$

$$\text{R.A.P \%} = \frac{48.5 - 35.4}{48.5} = 27\%$$

El abuso de alcohol y/o sustancias en las familias da cuenta del 27% del Riesgo Absoluto de presentar intento de suicidio, por lo tanto, si se eliminara el factor de riesgo: "abuso de alcohol y/o sustancias" en las familias, se conseguirá reducir un 27% el riesgo de presentar intento de suicidio.

3. Factores de Riesgo: Estilos Cognitivos y Rasgos de personalidad

Tabla 7. Irritabilidad

		I. suicidio		Incd.	
		+	-		
Irritabilidad	+	29	17	46	63
No Irritabilidad	-	18	33	51	35.2
		47	50	97	48.5

Fuente: Propia

Chi2=7.46

Si hay asociación entre la irritabilidad y el intento de suicidio, ya que rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

OR= **3.13**

*El riesgo de presentar intento de suicidio en las personas que se consideran irritables es **3.13** veces mayor que en las que no se consideran irritables.*

Impacto:

R.A.Exp. = Inc.Exp. - Inc.No Exp.

RA Exp= 63 por c/ 100 – 35.2 por c/ 100 = 27.8 C/ 100

El exceso de riesgo (27.8) de presentar intento de suicidio se atribuye al estilo de personalidad irritable.

Por cada 100 personas que se consideran irritables, 28 tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse.

$$\mathbf{R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.}$$

$$RAP= 48.5 - 35.2 = 13.3 \text{ por c/ } 100$$

El Exceso de riesgo (13.3) de presentar intento de suicidio, atribuible al estilo de personalidad irritable es de 13 por 100 habitantes.

$$\mathbf{R.A \% = \frac{Inc.Exp. - Inc.No Exp.}{Inc. Exp.}}$$

$$R.A \% = \frac{63 - 35.2}{63} = 44.1\%$$

El 44.1% del Riesgo Absoluto en las personas que han intentado suicidarse(Expuestos) es debido al estilo de personalidad irritable de cada una de ellas.

$$\mathbf{R.A.P \% = \frac{Inc.Pob. - Inc.No Exp.}{Inc. Pob.}}$$

$$R.A.P \% = \frac{48.5 - 35.2}{48.5} = 27.4\%$$

La irritabilidad da cuenta del 27.4% del Riesgo Absoluto de presentar intento de suicidio, por lo tanto, si se eliminara el factor de riesgo: "irritabilidad" de toda la población, se conseguirá reducir un 27.4% el riesgo de presentar intento de suicidio.

Tabla 8. Humor inestable, enojo o agresividad

		I. suicidio		Incd.	
		+	-		
Humor inestable, enojo o agresividad	+	28	17	45	62.2
No Humor inestable, enojo o agresividad	-	19	33	52	36.5
		47	50	97	48.5

Chi2= 6.37

Si hay asociación entre “el humor inestable, el enojo y/o agresividad” y el intento de suicidio, rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

OR= **2.86**

*El riesgo de presentar intento de suicidio en las personas que se consideran de humor inestable, enojo y/o agresividad, es **2.86** veces mayor que en las personas que no tienen humor inestable.*

Impacto:

R.A.Exp. = Inc.Exp. - Inc.No Exp.

RA Exp= 62.2 por c/ 100 – 36.5 por c/ 100 = 25.7 C/ 100

El exceso de riesgo (25.7) de presentar intento de suicidio se atribuye al humor inestable, enojo y agresividad de las personas.

Por cada 100 personas que consideran que tienen un humor inestable, enojo y agresividad, 25.7 tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse.

R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.

RAP= 48.5 – 36.5 = 12 por c/ 100

El Exceso de riesgo (12) de presentar intento de suicidio atribuible al humor inestable de las personas es de 12 por 100 habitantes.

R.A % = $\frac{\text{Inc.Exp.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Exp.}}$

R.A % = $\frac{62.2 - 36.5}{62.2} = 41.3\%$

El 41.3% del Riesgo Absoluto en las personas que intentan suicidarse(Expuestos) es debido a su humor inestable.

R.A.P % = $\frac{\text{Inc.Pob.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Pob.}}$

$$\text{R.A.P \%} = \frac{48.5 - 36.5}{48.5} = 24.7\%$$

El humor inestable de las personas da cuenta del 24.7% del Riesgo Absoluto de presentar intentos de suicidio, por lo tanto, si se eliminara el factor de riesgo: "humor inestable" de toda la población, se conseguirá reducir un 25% el riesgo de presentar un intento de suicidio.

Tabla 9. Alta impulsividad

		I. suicidio		Incd.	
		+	-		
Alta impulsividad	+	31	11	42	73.8
No Alta impulsividad	-	16	39	55	29
		47	50	97	48.5

Fuente: Propia

Chi2=19.07

Si hay asociación entre la alta impulsividad y el intento de suicidio, rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

OR= **6.87**

*El riesgo de presentar intentos de suicidio en las personas con alta impulsividad es **6.87** veces mayor que en las personas de baja impulsividad.*

Impacto:

R.A.Exp. = Inc.Exp. - Inc.No Exp.

RA Exp= 73.8 por c/ 100 – 29 por c/ 100 = 44.8 C/ 100

El exceso de riesgo (44.8) de presentar intentos de suicidio se atribuye a la alta impulsividad de personas.

Por cada 100 personas que tienen alta impulsividad 45 tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse.

R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.

$$RAP = 48.5 - 29 = 19.5 \text{ por c/ } 100$$

El Exceso de riesgo (19.5) de presentar intento de suicidio atribuible a la alta impulsividad es de 19.5 por 100 habitantes.

R.A % = $\frac{\text{Inc.Exp.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Exp.}}$

$$R.A \% = \frac{73.8 - 29}{73.8} = 60.7\%$$

El 60.7% del Riesgo Absoluto en las personas que han intentado suicidarse (Expuestos) es debido a la alta impulsividad como estilo de personalidad.

R.A.P % = $\frac{\text{Inc.Pob.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Pob.}}$

$$R.A.P \% = \frac{48.5 - 29}{48.5} = 40.2\%$$

La alta impulsividad como estilo de personalidad da cuenta del 40.2% del Riesgo Absoluto de presentar intento de suicidio, por lo tanto, si se eliminara este factor de riesgo, se conseguirá reducir un 40% el riesgo de presentar intentos de suicidio en la ciudad de Neiva.

4. Factores de Riesgo: Alteraciones emocionales

Tabla 10. Depresión

		I. suicidio			
		+	-		
Depresión	+	32	12	44	72.7
No Depresión	-	15	38	53	28.3
		47	50	97	48.5

Fuente: Propia

Chi2= 19.00

Si hay asociación entre la depresión y el intento de suicidio, rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

OR= **6.76**

El riesgo de presentar intentos de suicidios en las personas que se deprimen es **6.76** veces mayor que en los que no se deprimen.

Impacto:

R.A.Exp. = Inc.Exp. - Inc.No Exp.

RA Exp= 72.7 por c/ 100 – 28.3 por c/ 100 = 44.4 C/ 100

El exceso de riesgo (44.4) de presentar intento de suicidio se atribuye al factor de la depresión.

Por cada 100 personas que se deprimen 44 tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse.

R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.

RAP= 48.5 – 28.3 = 20.2 por c/ 100

El Exceso de riesgo (20.2) de presentar intento de suicidio atribuible a la depresión es de 20 por 100 habitantes.

R.A % = $\frac{\text{Inc.Exp.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Exp.}}$

R.A % = $\frac{72.7 - 28.3}{72.7} = 61\%$

El 61% del Riesgo Absoluto en las personas que han intentado suicidarse(Expuestos) es debido a trastorno depresivo que padecen.

R.A.P % = $\frac{\text{Inc.Pob.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Pob.}}$

$$\text{R.A.P \%} = \frac{48.5 - 28.3}{48.5} = 41.6\%$$

La depresión da cuenta del 41.6% del Riesgo Absoluto de presentar intento de suicidio, por lo tanto, si se eliminara el factor de riesgo: "Depresión" de toda la población, se conseguirá reducir un 42% el riesgo de intentar suicidarse.

Tabla 11. Trastornos de ansiedad

		I. suicidio		Incd.
		+	-	
Trastornos de ansiedad	+	27	5	32
No Trastornos de ansiedad	-	20	45	65
		47	50	97
				48.5

Fuente: Propia

Chi2= 24.67

Si hay asociación entre los trastornos de ansiedad y el intento de suicidio, rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

OR= **12.15**

*El riesgo de presentar intentos de suicidio en las personas que han sufrido trastornos de ansiedad es **12.15** veces mayor que en los que no han tenido trastornos de ansiedad en su vida.*

Impacto:

R.A.Exp. = Inc.Exp. - Inc.No Exp.

RA Exp= 84.3 por c/ 100 – 30.7 por c/ 100 = 53.6 C/ 100

El exceso de riesgo (53.6) de presentar intento de suicidio se atribuye a la presencia de Trastornos de ansiedad en las personas.

Por cada 100 personas que padecen de trastornos de ansiedad 54 tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse.

R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.

$$RAP = 48.5 - 30.7 = 17.8 \text{ por c/ } 100$$

El Exceso de riesgo (17.8) de presentar intento de suicidio atribuible a la presencia de trastornos de ansiedad es de 18 por 100 habitantes.

R.A % = $\frac{\text{Inc.Exp.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Exp.}}$

$$R.A \% = \frac{84.3 - 30.7}{84.3} = 63.5\%$$

El 63.5% del Riesgo Absoluto en las personas que han intentado suicidarse (Expuestos) es debido a presencia de trastornos de ansiedad en sus vidas.

R.A.P % = $\frac{\text{Inc.Pob.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Pob.}}$

$$R.A.P \% = \frac{48.5 - 30.7}{48.5} = 37\%$$

Los trastornos de ansiedad dan cuenta del 37% del Riesgo Absoluto de presentar intentos de suicidio, por lo tanto, si se eliminara el factor de riesgo: "trastornos de ansiedad", se conseguirá reducir un 37% el riesgo de presentar un intento de suicidio.

5. Factores de Riesgo: Acontecimientos Negativos de la Vida Cotidiana

Tabla 12. Se siente victima ante los problemas

		I. suicidio		Incd.	
		+	-		
Se siente victima ante los problemas	+	24	5	29	82.7
No Se siente victima ante los problemas	-	23	45	68	33.8
		47	50	97	48.5

Chi2= 19.49

Si hay asociación entre la condición de sentirse víctima ante los problemas y el intento de suicidio, rebasa el valor crítico 3.84

Fuerza de asociación:

OR= **9.39**

*El riesgo de intento de suicidio en las personas que se sienten víctimas ante los problemas es **9.39** veces mayor que en los que no se sienten víctimas ante los problemas.*

Impacto:

R.A.Exp. = Inc.Exp. - Inc.No Exp.

RA Exp= 82.7 por c/ 100 – 33.8 por c/ 100 = 48.9 C/ 100

*El exceso de riesgo (48.9) de presentar intento de suicidio se atribuye a la condición humana de sentirse víctima ante los problemas cotidianos.
Por cada 100 personas que se sienten víctimas ante los problemas 49 tienen el exceso de riesgo de intentar suicidarse.*

R.A.P. = Inc.Pob. - Inc.No Exp.

RAP= 48.5 – 33.8 = 14.7 por c/ 100

El exceso de riesgo (14.7%) de presentar intentos de suicidio es atribuible a la condición humana de sentirse víctima ante los problemas.

R.A % = $\frac{\text{Inc.Exp.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Exp.}}$

R.A % = $\frac{82.7 - 33.8}{82.7} = 59.1\%$

El 59.1% del Riesgo Absoluto en las personas que han intentado suicidarse (Expuestos) es debido a la condición humana de sentirse victima ante los problemas y dificultades de la vida cotidiana.

R.A.P % = $\frac{\text{Inc.Pob.} - \text{Inc.No Exp.}}{\text{Inc. Pob.}}$

$$\text{R.A.P \%} = \frac{48.5 - 33.8}{48.5} = 30.2\%$$

El sentirse víctima frente a los problemas da cuenta del 30.2% del Riesgo Absoluto de presentar intento de suicidio, por lo tanto, si se eliminara el factor de riesgo: "sentirse víctima frente a los problemas" de toda la población, se conseguirá reducir un 30% el riesgo de presentar intento de suicidio.

Anexo B

RESUMEN COMPARACIÓN DE ANALISIS BIVARIADO

		Intento de Suicidio			Incidencia	OR	RA Exp	RAP%
		Casos	Controles	Total				
Estrato Socio económico bajo	Exp	29	14	43	67,4	4,14	34,1%	24%
	No Exp	18	36	54	33,3			
			47	50	97	44,3		

		Intento de Suicidio			Incidencia	OR	RA Exp	RAP%
		Casos	Controles	Total				
Divorcio, Separación o muerte de los padres	Exp	31	18	49	63,2	3,40	29,9%	34,0%
	No Exp	16	32	48	33,3			
			47	50	97	50,5		

		Intento de Suicidio			Incidencia	OR	RA Exp	RAP%
		Casos	Controles	Total				
Poca comunicación dentro de la familia	Exp	31	14	45	68,8	4,90	38,1%	33,8%
	No Exp	16	36	52	30,7			
			47	50	97	46,4		

		Intento de Suicidio			Incidencia	OR	RA Exp	RAP%
		Casos	Controles	Total				
Falta de tiempo para compartir por parte de los padres o convivientes	Exp	28	13	41	68,2	4,1	34,3%	19,8%
	No Exp	19	37	56	33,9			
			47	50	97	42,3		

Intento de Suicidio

		Casos	Contróles	Total	Incidencia	OR	RA Exp	RAP%
Abuso de alcohol y/o sustancias	Exp	25	10	35	71,4	4,55	36%	1,9%
	No Exp	22	40	62	35,4			
		47	50	97	36,1			

Intento de Suicidio

		Casos	Contróles	Total	Incidencia	OR	RA Exp	RAP%
Irritabilidad	Exp	29	17	46	63	3,13	27,8%	25,7%
	No Exp	18	33	51	35,2			
		47	50	97	47,4			

Intento de Suicidio

		Casos	Contróles	Total	Incidencia	OR	RA Exp	RAP%
Humor, enojo o agresividad	Exp	28	17	45	62,2	2,86	25,7%	21,3%
	No Exp	19	33	52	36,5			
		47	50	97	46,4			

Intento de Suicidio

		Casos	Controles	Total	Incidencia	OR	RA Exp	RAP%
Alta impulsividad	Exp	31	11	42	73,8			
	No Exp	16	39	55	29,0	6,87	44,8%	33,0%
		47	50	97	43,3			

Intento de Suicidio

		Casos	Controles	Total	Incidencia	OR	RA Exp	RAP%
Depresión	Exp	32	12	44	72,7			
	No Exp	15	38	53	28,3	6,76	44,4%	37,6%
		47	50	97	45,4			

Intento de Suicidio

		Casos	Controles	Total	Incidencia	OR	RA Exp	RAP%
Ansiedad	Exp	27	5	32	84,3			
	No Exp	20	45	65	30,7	12,2	53,6%	6,9%
		47	50	97	33,0			

Anexo C

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL CUESTIONARIO

FACTORES DE RIESGO EN INTENTOS DE SUICIDIO

Universidad Surcolombiana de Neiva

Especialización en Epidemiología

INFORMANTE RESPONSABLE.

La contestación correcta de este cuestionario, es responsabilidad del psicólogo encargado de suministrarlo y de la persona directamente entrevistada

MANEJO DEL CUESTIONARIO

Este cuestionario será entregado únicamente a los autores de la investigación de manera confidencial.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR CORRECTAMENTE EL CUESTIONARIO

- A Este cuestionario deberá llenarse SÓLO por el psicólogo profesional encargado
 - B La aplicación deberá ser individual ÚNICAMENTE al sujeto caso y control del estudio
- Reitere al entrevistado que este cuestionario no es un instrumento evaluativo y que su identificación será oculta para el público, por lo tanto, se requiere veracidad en sus respuestas
- C
 - D Aclare la importancia del consentimiento informado del entrevistado para la aplicación del instrumento

1. Características personales

Estas preguntas corresponden a los primeros enunciados del ítem No. 1 hasta el No. 21

Marque con una X el tipo de respuesta que señale el entrevistado.

Evite dejar alguna pregunta o ítem sin contestar

Especifique claramente la información cuando en el cuestionario lo indique

Utilice las técnicas de entrevista que posibiliten la veracidad de las respuestas

2. Factores familiares, cognitivos, psiquiátricos, culturales y sociales

Estas preguntas corresponden al segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto y séptimo punto enunciados

Basado en el cuestionario, realice preguntas de fácil comprensión para el entrevistado

Marque con una X el tipo de respuesta que señale el entrevistado.

No profundice en cada ítem, evite revictimizar al entrevistado

Repita cuantas veces sea necesaria la pregunta

Si hay sospecha de incompreensión de la pregunta por parte del entrevistado, asegúrese que la respuesta sea coherente al enunciado

FECHA DE REGISTRO

Escriba la fecha exacta en la que fue aplicado el cuestionario.

FIRMA DEL INFORMANTE

Asegúrese que el entrevistado firme el cuestionario confirmando la aprobación de sus respuestas

- * Al finalizar puede escribir al respaldo de la hoja alguna sugerencia u opinión psicológica referente a los entrevistados que intentaron suicidarse

****Este documento ha tomado algunos apartes del cuestionario de Intentos de Suicidio o Suicidio INEGI, elaborado por el instituto Nacional de Estadística, geografía e Informática de la ciudad de México en el año 2001.**

Anexo D. INSTRUMENTO DE MEDICION

1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

(marque con X la (s) que corresponda (n))

Caso
Control

<p>1. SEXO</p> <p>Masculino <input type="checkbox"/></p> <p>Femenino <input type="checkbox"/></p>	<p>9. ESTADO CIVIL</p> <p>Soltero <input type="checkbox"/></p> <p>Casado <input type="checkbox"/></p> <p>Viudo <input type="checkbox"/></p> <p>Divorciado <input type="checkbox"/></p> <p>Union Libre <input type="checkbox"/></p> <p>Separado <input type="checkbox"/></p> <p>Se ignora <input type="checkbox"/></p>	<p>15. ALFABETISMO Y ESCOLARIDAD</p> <p>SIN ESCOLARIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe leer y escribir</p> <p>CON ESCOLARIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> Primaria</p> <p><input type="checkbox"/> Secundaria</p> <p><input type="checkbox"/> Pregrado</p> <p><input type="checkbox"/> Postgrado</p> <p>Otra (especifique) _____</p> <p><input type="checkbox"/> SE IGNORA</p>
<p>2. EDAD</p> <p>Escriba los años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Se ignora <input type="checkbox"/></p>	<p>10. RELIGION O CULTO</p> <p>Católico <input type="checkbox"/></p> <p>Protestante <input type="checkbox"/></p> <p>Cristiano <input type="checkbox"/></p> <p>Testido de Jehová <input type="checkbox"/></p> <p>Pentecostal <input type="checkbox"/></p> <p>Otra <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna <input type="checkbox"/></p>	<p>16. ESTRATO SOCIOECONÓMICO</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo</p> <p><input type="checkbox"/> Medio</p> <p><input type="checkbox"/> Alto</p>
<p>3. LUGAR DE NACIMIENTO</p>	<p>11. PRESENCIA DE HIJOS</p> <p>Tiene hijos <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene hijos <input type="checkbox"/></p> <p>Se ignora <input type="checkbox"/></p>	<p>17. INTENTOS DE SUICIDIO EN LA FAMILIA</p> <p><input type="checkbox"/> Existen</p> <p><input type="checkbox"/> No existen</p> <p><input type="checkbox"/> Se ignora</p>
<p>4. LUGAR DE RESIDENCIA</p> <p>_____ Barrio</p> <p>_____ Comuna</p> <p>Urbana? <input type="checkbox"/></p> <p>Rural? <input type="checkbox"/></p>	<p>12. SEGURIDAD SOCIAL</p> <p>Contributivo <input type="checkbox"/></p> <p>Subsidiado <input type="checkbox"/></p> <p>Vinculado <input type="checkbox"/></p> <p>Particular <input type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="checkbox"/></p> <p>Se ignora <input type="checkbox"/></p>	<p>18. ORIENTACIÓN SEXUAL</p> <p><input type="checkbox"/> Hetero Sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Homosexual</p>
<p>5. EL LUGAR DONDE VIVE ES:</p> <p>Casa <input type="checkbox"/></p> <p>Apartamento <input type="checkbox"/></p> <p>Cambuche <input type="checkbox"/></p>	<p>19. OCUPACION</p> <p>(especifique el nombre de la actividad a que se dedica agregando una breve descripción)</p> <p>Ejemplo: Independiente / Vendedor (Ambulante)</p>	
<p>6. CONDICION DE VIVIENDA</p> <p>Propia <input type="checkbox"/></p> <p>Arriendo <input type="checkbox"/></p> <p>Arrimado <input type="checkbox"/></p>		
<p>7. PERSONAS CONVIVIENTES</p> <p>Padre <input type="checkbox"/></p> <p>Madre <input type="checkbox"/></p> <p>Hermano(s) <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(os) <input type="checkbox"/></p> <p>Esposo(a) <input type="checkbox"/></p>		

Otros <input type="checkbox"/> Cual ó Cuales? _____ _____	13. ASEGURADORA _____ _____	<input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabj. Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <i>Si es empleado responde:</i> El empleo es: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Inestable
8. Considera su lugar de vivienda: Fijo <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/>	14. ¿DESPLAZADO? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
20. Tiene usted alguna fuente de ingresos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<i>Si tiene alguna fuente de ingreso responde:</i> 21. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales? Menos de un SMV <input type="checkbox"/> Un SMV <input type="checkbox"/> Dos SMV <input type="checkbox"/> Igual o superior a tres SMV <input type="checkbox"/>	

2. PERCEPCIONES DE SU ENTORNO		
1. ¿Cómo son las relaciones en su familia? Muy malas <input type="checkbox"/> Malas <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Muy buenas <input type="checkbox"/>	2. ¿Cuenta con alguien en momentos difíciles? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quien? <i>(Señale el parentesco)</i>	3. ¿En qué ocupa su tiempo libre? Descanso o cuidado personal <input type="checkbox"/> Trabajo / estudio <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otro <i>(Indique)</i> <input type="checkbox"/>
4. ¿Está usted conforme con su nacionalidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5. Señale lo que prefiere: Soledad <input type="checkbox"/> Compañía <input type="checkbox"/>	6. La mayor parte del tiempo se siente: Amado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Desapercibido <input type="checkbox"/>

3. PATRONES FAMILIARES Y EVENTOS NEGATIVOS DURANTE LA NIÑEZ	
<i>(marque con X la (s) que corresponda (n))</i>	
1. Divorcio, separación o muerte de los padres	<input type="checkbox"/>
2. Maltrato Infantil	<input type="checkbox"/>
3. Violencia Intrafamiliar	<input type="checkbox"/>
4. Abuso Sexual Infantil	<input type="checkbox"/>
5. Trastornos psiquiátricos de padres	<input type="checkbox"/>








Anexo E

LIBRO DE CODIGOS

casYcon	1=Casos; 2=controles
Sexo	1= Masculino; 0=Femenino
Edad	Edad del entrevistado en años cumplidos
LugarNacimiento	Lugar de nacimiento del entrevistado
Comuna	Comuna del lugar de vivienda
Barrio	Barrio de vivienda
Ubicacion	1= Rural; 2= Urbana
Vivienda	1= Casa ; 2= Apartamento; 3=Cambuche
CondicVivienda	1=Propia; 2=Arriendo; 3=Arrimado
PersonsConviviens	1=Núcleo Familiar; 2=Parientes; 3=Amigos; 4=Otros
ConsVivienda	1=Fijo; 2= Inestable
EstadoCivil	1=Soltera; 2=Casado; 3=Viudo, 4=Divorciado, 5=Unión Libre, 6=Separado, 7=Se ignora
Religion	1=Católico; 2=Protestante; 3=Cristiano; 4=Testigo de Jehová; 5=Pentecostal; 6=Otra; 7=Ninguna
Hijos	1=Sí tiene; 2=No tiene; 3=Se ignora
SeguSocial	1=Contributivo; 2=Subsidiado; 3=Vinculado; 4=Particular; 5=Otro; 6=Se ignora
Aseguradora	Aseguradora a la cual está afiliado
Desplazado	1=Si está desplazado; 2=No está desplazado
Escolaridad	1=Sin escolaridad sabe leer, 2= Sin escolaridad no sabe leer; 3=Primaria; 4=Secundaria; 5=Pregrado; 6=Postgrado; 7=Otro
EstratSoeconimic	1=Bajo; 2=Medio; 3=Alto
IntSuicFamily	1=Si se han presentado intentos de Suicidio en la Familia; 2= No; 3= Se ignora
OrientSex	1=Heterosexual; 2=Bisexual; 3=Homosexual
*Ocupacion	1=Ama de Casa, 2=Estudiante, 3=Desempleado; 4=Trabajador Independiente; 5=Empleado (*Si es mas de una opción se escriben las dos, separadas por punto. Ej: Estudiante y Empleado = 2.5)
Empleo	1=Fijo; 2= Inestable
Fuentingress	1= Si tiene alguna fuente de ingresos; 2= No
IngressMes	1=Menos de 1SMV; 2=Un SMV; 3=Dos SMV; 4=Igual o superior a res SMV
RelacFamily	1=Las relaciones familiares son muy malas; 2= Malas; 3=Regulares; 4=Buenas; 5= Muy buenas
MomentsDific	1=Si cuenta con el apoyo de alguien en momentos difíciles; 2=No
Quien	Si la opción = 1 Señale, quien es esa persona
TiempoLibre	1=Descanso o cuidado personal; 2=Trabajo/Estudio; 3=Familia; 4=Amigos; 5=Deporte; 6=Otro
ConformNacionali	1=Si está conforme con su nacionalidad; 2= No
PrefiSoledCompa	1=Prefiere estar Solo; 2= Prefiere estar acompañado
SeSiente	1=Amado; 2=Rechazado; 3=Desapercibido
DivorcioSeparMuert	1=Si ha vivenciado el divorcio, separación o muerte de

MaltratoInfantil	los padres; 2= No
ViolenciaIntrafamily	1=Si fue maltratado durante la niñez; 2= No
ASI	1=Si ha vivenciado la violencia intrafamiliar; 2= No
TrastPsiquiaPadres	1=Si ha vivenciado el abuso sexual durante la infancia; 2= No
AbusoAlcoholSust	1=Si ha vivenciado el trastorno psiquiátrico en sus padres; 2= No
ComptAntisocialFamily	1=Si ha abusado del consumo de alcohol y sustancias; 2= No
CarePadresInfancia	1=Si ha vivenciado comportamientos antisociales en la familia; 2= No
PocaComunicacFamily	1=Si tuvo un escaso cuidado de sus padres durante la infancia; 2= No
ExpectAltasBajasFamily	1=Si hubo un poco comunicación dentro de la familia; 2= No
PoEAutoridadExces	1=Si hubo expectativas demasiado altos o bajas por parte de la familia; 2= No
FaltaTiempCompart	1=Si tuvo padres o esposo(a) con autoridad excesiva e inadecuada; 2= No
RigidezFamiliar	1=Si vivenció la falta de tiempo para compartir por parte de los padres o familia; 2= No
FamiliasAdoptivas	1=Si vivenció una rigidez familiar; 2= No
HumorEnojoAgresiv	1=Si creció en una familia adoptiva; 2= No
ComportAntisocial	1=Si es de un humor inestable, con bastante enojo y agresividad; 2= No
ConductirrealFantasia	1=Si tiene un comportamiento antisocial; 2= No
AltaImpulsividad	1=Si tiene una conducta irreal y representación de fantasías; 2= No
Irritabilidad	1=Si tiene alta impulsividad; 2= No
RigidezPensamiento	1=Si tiene alta irritabilidad; 2= No
EscasaHabilSolcProblems	1=Si tiene rigidez de pensamiento y de cumplir patrones; 2= No
DificultAcceptProblems	1=Si tiene una escasa habilidad para solucionar los problemas; 2= No
TendencDesearNOTener	1=Si tiene dificultad para aceptar los problemas; 2= No
SentimSuperiodad	1=Si tiene la tendencia a desear lo que no puede tener; 2= No
SentimInferioridad	1=Si tiene sentimiento de superioridad sobre otros; 2= No
DesmotivaFacil	1=Si tiene sentimientos de inferioridad sobre otros; 2= No
AnsiedadExces	1=Si se desmotiva o defrauda fácilmente; 2= No
AgresionDesacuerdo	1=Si presenta ansiedad excesiva ante pequeñas decepciones o malestares; 2= No
RechazoAotros	1=Si es agresivo física o verbalmente cuando no está de acuerdo con algo; 2= No
IncertidumbreIdentidadGenero	1=Si rechaza a otros; 2= No
	1=Si presenta incertidumbre con relación a la identidad

CambiosConstRelaciones	de género u orientación sexual; 2= No 1=Si presenta cambios constantes en la relación con los padres, pareja, familiares, otros; 2= No
Depresión	1=Si ha presentado depresión como trastorno psiquiátrico; 2= No
TrastornoAnsiedad	1=Si ha presentado trastorno psiquiátrico; 2= No
AbusoAlcoholDrogas	1=Si ha presentado abuso de alcohol y drogas; 2= No
TrastornosAlimentarios	1=Si ha presentado trastornos en la alimentación; 2= No
TrastornosPsicoticos	1=Si ha presentado trastornos psicóticos; 2= No
EstrésContinuo	1=Si ha presentado en la cotidianidad estrés continuo; 2= No
ProblemasFamily Separaciones	1=Si ha presentado problemas familiares; 2= No
MuerteSerQuerido	1=Si ha presenciado la muerte de una persona querida o importante para el; 2= No
TerminarDolorRelacAmor	1=Si ha terminado una relación amorosa con dolor; 2= No
ConflictosInterpersonal	1=Si ha presentado conflictos interpersonales; 2= No
ProblemsLegalesDisc	1=Si ha presentado problemas legales o disciplinarios; 2= No
PresionGrupo	1=Si se ha sentido presionado por el grupo o aceptación autodestructiva por parte del mismo; 2= No
SienteVictima	1=Si. Generalmente se siente víctima; 2= No
DecepcionResult	1=Si siente decepción por resultados laborales o escolares ; 2= No
AltasExigenciasExtern	1=Si tiene altas exigencias por parte de externos; 2= No
FaltaEmpleoProblemsEconomic	1=Si tiene falta de empleo y problemas económicos; 2= No
FaltaRecursosNBI	1=Si tiene falta de recursos, necesidades básicas insatisfechas ; 2= No
DeudasSuperiores	1=Si tiene deudas superiores a la capacidad económica ; 2= No
EmbarazoNOdeseado	1=Si tuvo o tiene un embarazo no deseado ; 2= No
Aborto	1=Si tuvo aborto ; 2= No
ETSVIH	1=Si tiene alguna enfermedad de transmisión sexual ; 2= No
EnfermdFisicaGrave	1=Si tiene una enfermedad física grave ; 2= No
DesastresNaturales	1=Si ha presentado desastres naturales ; 2= No
CasoDepresion	1=Si el motivo fue Depresión ; 2= No
CasoSoledad	1=Si el motivo fue Soledad ; 2= No
CasoRechazo	1=Si el motivo fue Rechazo ; 2= No
CasoProblemsEconomic	1=Si el motivo fue Problemas económicos ; 2= No
CasoProblemsFamily	1=Si el motivo fue Problemas Familiares ; 2= No
CasoProblemsSentiment	1=Si el motivo fue Problemas Sentimentales ; 2= No
CasoOtroMotivo	
CasoMetodoUtilizado	Método o forma de intento de suicidio
FechaDelIntento	Fecha de Intento de Suicidio

-  Características personales
-  Percepción del entorno
-  Eventos negativos durante la niñez
-  Estilo cognitivo y rasgos de personalidad
-  Alteraciones Emocionales
-  Acontecimientos negativos de la vida cotidiana
-  Circunstancias desencadenantes del evento (Casos)

Factores de riesgo asociados al intento de suicidio en la ciudad de Neiva

Alexander Mora Mora, Médico Epidemiólogo, Médico regulador del centro de urgencias y emergencias (CRUE - NEIVA) y atención psicológica Línea Amiga 125, Médico de Urgencias Clínica Saludcoop, Neiva, Colombia, galemor@yahoo.es

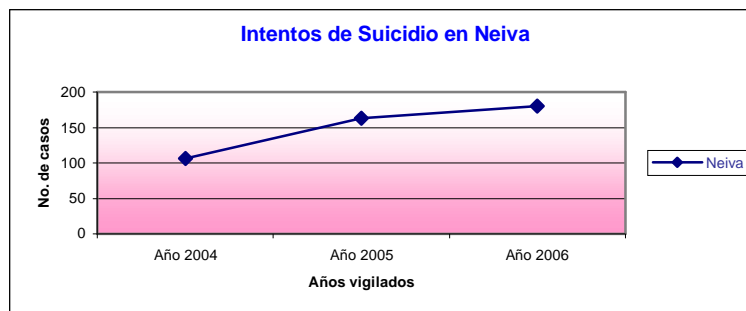
Luz Adriana Aristizábal, Psicóloga especialista en epidemiología. Integrante activa del grupo de Investigación CRECER. Coordinadora Departamental del Programa de Investigación Ondas - Colciencias. Neiva, Colombia. adriari@gmail.com

Jorge Ernesto Victoria, Médico magíster en epidemiología de la Universidad del Valle. Consultor de la Organización Panamericana de la Salud – oficina Neiva. Colombia. jovictor@col.ops-oms.org

INTRODUCCIÓN

El Intento de Suicidio es una problemática que por décadas ha afectado la salud pública de una nación. En Colombia, la tasa de mortalidad por suicidios en personas entre 15 y 24 años es de 32.8 personas por cada 100.000 habitantes con edades comprendidas entre 15 y 24 años. Teniendo en cuenta que la tasa nacional promedio es de 4.4 suicidios por cada cien mil habitantes; se estima que por cada suicidio consumado hay entre 10 y 20 intentos que dejan como resultado lesiones, hospitalización, trauma emocional y mental. En Neiva se evidencian registros con tendencia al incremento de casos de intentos de suicidio que propiciaron el interés para realizar un estudio epidemiológico analítico de “casos y controles” determinando los factores de riesgo que inciden en la presencia de intentos de suicidio. A partir de los hallazgos se determinó las frecuencias de cada una de las variables, la fuerza de asociación, y la fracción atribuible a la población en la que se manifestó el evento, destacando la necesidad de una intervención biopsicosocial desde el campo interdisciplinario de la salud con el fin de mitigar las repercusiones de este evento, mejorar el estado de salud mental de los colombianos y la calidad de vida de la población vulnerable.

Gráfica No. 1



OBJETIVO:

Determinar los factores de riesgos asociados al intento de suicidio en la población neivana de Colombia durante el año 2006.

MATERIALES Y MÉTODOS:

La investigación se realizó a partir de un enfoque cuantitativo de casos y controles: 47 casos y 50 controles apareados por género, edad y fecha de intento de suicidio. Los casos: intentos de suicidios, proceden del registro de vigilancia epidemiológica del municipio de Neiva. Los controles corresponden a personas que acudieron al servicio de consulta externa y por urgencias de diferentes centros de atención en salud de la ciudad, exceptuando consultantes a los servicios de psiquiatría y psicología. Se administró un cuestionario estructurado de aplicación directa para identificar las variables: 1.características personales, 2.percepción del entorno, 3.eventos negativos durante la niñez, 4.estilo cognitivo y rasgos de personalidad, 5.Alteraciones emocionales, 6.acontecimientos negativos de la vida cotidiana y 7.circunstancias desencadenantes del evento para los casos.

Se realizó un estudio observacional analítico, basado en la metodología de Marco Lógico, centrado en el análisis de la realidad de Intentos de Suicidio que ha motivado el proceso de diseño de este proyecto y que a través de sus hallazgos va delineando y delimitando mecanismos de Intervención posibles sobre la misma. Para garantizar la validez y confiabilidad del estudio, se tuvo un riguroso cuidado de los posibles sesgos manifiestos en el estudio. *“Con el fin de evitar los sesgos de selección se recomienda excluir como posibles controles a aquellos pacientes que presentan enfermedades cuya asociación con el factor estudiado se sospecha o se conoce”* (Londoño J.L., 1998). Los controles se eligieron de personas que enfermaron durante el año 2006 y acudieron a consulta médica por razones diferentes al intento de suicidio, excluyendo las enfermedades psiquiátricas. Con el fin de controlar el sesgo de memoria de los participantes en el estudio, se eligieron casos del año 2006, después de un proceso de intervención o reelaboración, partiendo de la premisa que *“la memoria se activa con mayor fuerza en momentos de reposo que en momentos de saturación”* (Mendoza García, J., 2004). De igual forma, para controlar el sesgo del entrevistador, se capacitaron previamente los entrevistadores y se realizó la prueba piloto.

Este estudio, consideró con severidad los aspectos éticos pronunciados en la Declaración de Helsinki (1975/1983), en la resolución 8430 de Colombia “Consentimiento Informado”, y en la ley 23 de 1981 de Ética Médica. Se les explico a todos los participantes, el tipo de estudio que se estaba realizando y se les aclaro que estaban en libertad de participar en el mismo, obteniendo finalmente su firma en el cuestionario, como consentimiento de suministrar los datos. Se les garantizo previamente a todos los entrevistados la confidencialidad

en el manejo de los datos; los cuales después de ser grabados en la base de datos sin identificar nombres, fueron destruidos.

RESULTADOS:

El 68% de la población neivana que había intentado suicidarse, corresponde al género femenino y el 32% restante al género masculino. Las edades de mayor prevalencia en este evento están comprendidas entre los 13 años y 60 años, para una edad promedio de 17 años, con el 50% de los participantes menores de 22 años. Un poco más de la mitad 57.7% de los sujetos de estudio nacieron en Neiva y los demás provienen de otros departamentos de Colombia, indicando una representatividad del país. El 60.8% de la población es soltera y el 26.8% viven en unión libre, se observa una predominancia de personas que se consideran católicas con un 74.2% de frecuencia. Un número importante de sujetos 29 (29.9%), han tenido familiares con intento de suicidio, lo cual también los involucra directa o indirectamente en el entorno de dicho evento. El 35.1% no tienen fuentes de ingresos y el 79.7% tienen en promedio ingresos mensuales iguales o inferiores a un salario mínimo vigente.

Del total de casos, se encuentra que el motivo del intento de suicidio fue dado principalmente por problemas sentimentales con un 55.3% de frecuencia. El método más utilizado para llevar a cabo el evento fue por veneno utilizado por 18 sujetos (38.3%), seguido de sobredosis de medicamentos con un 23.4% de prevalencia. La época del año donde más se registran eventos de intentos de suicidio es el mes de mayo (16.9%), septiembre (12.6%), junio y octubre (10.5%). De acuerdo a los resultados encontrados en otras investigaciones y al aporte de la Organización Panamericana de la salud en su estudio focalizado en intento de suicidio, se determinaron 94 variables como posibles factores de riesgo, los cuales se delimitaron al observar con rigurosidad el valor de **p**, **Chi cuadrado**, **Odds Ratio**, **Riesgos atribuibles a la población**, hallando como factores de riesgo: sujetos con escolaridad únicamente hasta primaria (OR= 4.75; p=0.0005926), con estrato socio económico bajo (OR=4.14; p=0.0008401); quienes han vivenciado durante la infancia situaciones como: el divorcio, la separación o muertes de los padres (OR=3.4; p=0.0031859), abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas (OR=4.55; p=0.0006693), poca comunicación familiar (OR=4.9; p=0.0001794), falta de tiempo para compartir en la familia (OR=4.1; p=0.0008218); sujetos con rasgos de personalidad tales como: irritabilidad (OR=3.13; p=0.0063206), humor inestable, enojo y agresividad constante (OR=2.86; p=0.0115972), alta impulsividad (OR= 6.87; p=0.0000126); individuos con presencia de alteraciones como: depresión (OR= 6.76; p=0.0000131), ansiedad (OR=12.15; p=0.0000007); y quienes en su vida cotidiana generalmente se sienten víctimas ante los diversos problemas (OR=9.39; p=0.0000101). *Ver anexo*

A partir de las variables seleccionadas se analizaron los factores de riesgo de mayor impacto atribuibles al riesgo absoluto en la población (RAP%) para presentar intento de suicidio en la ciudad de Neiva. Los resultados obtenidos

demonstraron que el 41.6% % del Riesgo Absoluto en las personas que intentan suicidarse (Expuestos) es debido a la depresión, indicando de esta manera que si se eliminara este factor de riesgo, se conseguirá reducir el 41.6% el riesgo de presentar un intento de suicidio en la ciudad de Neiva.

En menor medida, pero también importante, "la alta impulsividad" como estilo cognitivo de los sujetos de estudio, señala que el 40% del Riesgo Absoluto en las personas que intentan suicidarse en Neiva se debe a la presencia de dicho factor, por lo tanto si se logra modificar estas conductas impulsivas en la población neivana, disminuirá el intento de suicidio en un 40%.

De igual forma, el 36.5% de la población neivana, se verá beneficiada si se logra erradicar o reducir factores como: ansiedad y poca comunicación al interior de las familias. Es de considerar estos factores como características que se construyen durante el transcurso de la vida, influenciadas por el entorno familiar y social; de igual forma su erradicación implicaría un trabajo interdisciplinario.

Al observar la tabla de resultados y diferenciar las variables se halla que el divorcio, la separación o muerte de los padres presentan un riesgo de 31.2%, relacionados con los patrones familiares y con eventos negativos durante la niñez. De igual forma, se aprecia en los hallazgos que el 31.2% de intentos de suicidio corresponde al estrato socioeconómico bajo en el que se encuentran los individuos del estudio. Si se logra evitar alguna ruptura en la vinculación familiar, al mismo tiempo que fortalecer el nivel de entrada de recursos económicos para los neivanos, se podría reducir en un 31.2% la presencia de intentos de suicidio en la ciudad. Este último resulta ser bastante complicado a la hora de modificar, ya que requeriría estrategias estatales que parten desde su propia autonomía.

CONCLUSIONES:

Teniendo en cuenta los resultados anteriormente descritos es necesario intervenir desde un campo interdisciplinar las personas vulnerables a presentar dicho evento. De esta forma se tiene bastante cuidado con la población femenina, que se encuentra en la edad productiva y se están en estado de soltería o unión libre. Conociendo los factores de riesgo asociados a situaciones vividas durante la niñez, estilo cognitivo, alteraciones emocionales y acontecimientos negativos de la vida cotidiana, se hace necesario la intervención psicoanalítica terapeuta - usuario que permita la reelaboración de experiencias traumáticas o esquemas errados y por lo tanto la resignificación de los mismos garantizando una disminución o anulación del poder de dichas variables.

Todos estos factores posibilitan la construcción de un modelo predictor que permita reconocer cuando la situación de un individuo está siendo vulnerable para presentar un intento de suicidio.

El equipo de salud que trabaja en la línea de intento de suicidio, debe ser un conocedor experto de la materia, de tal forma que cuando el médico encargado determine la presencia de los factores de riesgo, remitan diligentemente el caso al terapeuta encargado. Ningún caso o posible caso, puede dejarse sin intervención completa, ya que esto genera reincidencia o fortaleza en el evento.

Ahora se conoce estadísticamente qué factores de riesgo tienen una mayor fuerza de asociación y cuales son los mas atribuibles a la población, por lo tanto, estos son los que deberían tenerse en cuenta en la consolidación e implementación de estrategias preventivas que tengan puntos focales de aplicación, garantizando el cumplimiento de los indicadores de logro y mejorando la salud mental de la población colombiana.

BIBLIOGRAFIA

AHUMADA C., Pensamientos y planes suicidas en la población adulta. Montería, Córdoba, Colombia 2003,.

BECK A, KOVACS M, WEISSEMAN A. Hopelessness and suicidal behaviour. *En: Maltzberger J, Goldblatt M (editors) Essential papers on suicide.* New York: New York University Press; 1996. p. 331-341.

BLAISTEIN N., PUCCIARELLI P. *Manual para el Diseño de Proyectos de Salud.*

CAMPO G., Revista Colombia Médica. Vol. 34 No.1, 2003. Proyecto intento de Suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali.

Conducta suicida en Bogotá 2002 – 2003. Versión Preliminar. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Enero 30 de 2004.

HENDIN, H. Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *Am J Psychiatr* 1991; 148: 1150-1158.

HIDALGO Liliana y ROSENBERG Hernán. Oficina Regional de la Organización LAZCANO-PONCE, Eduardo y cols. *Estudios epidemiológicos de casos y controles: Fundamento teórico, variantes y aplicaciones.* Revista de Salud Publica México, Vol 43, No. 2, marzo-abril de 2001

LESTER B. Learning from Durkheim and beyond: the economy and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 15-31
Ministerio de Protección Social, Encuesta Nacional de Salud Mental, 2003
Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional, 2002
Panamericana de la Salud. 2002

PEREZ I., RODRIGUEZ E., DUSSAN J.P., AYALA A., Revista de Salud Pública V.9, No.2 Bogotá abr/jun de 2007.

POSADA A., DELGADO D. Artículo Crónica de una muerte sin anunciar. Plaza Capital. Edición 11. www.plazacapital.org

RUIZ SANCHEZ J.J. y cols. Psicoterapia Cognitiva de Urgencia. ESMD-ÚBEDA, 1ª Edición 1999

SCHNEIDER D., Principios de Epidemiología. Conferencia 10., PhD, MPH, FACE Salud en las Américas, 2007. Volumen II – Paises. OPS/ OMS

TUESCA R., NAVARRO E., Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Universidad del Norte Barranquilla - Colombia, 2003.

Anexo. RESUMEN DEL ANALISIS BIVARIADO EN EL EVENTO DE INTENTOS DE SUICIDIO

No.	VARIABLES CATEGORICAS	CASOS	%	CONTROLES	%	Chi ²	Valor-p*	OR	IC95%			RAP%
									Lim Inf	-	Lim Sup	
1	Estado Civil Soltero	31	66.0%	28	56.0%	1.01	0.3153608	1.52	0.67	-	3.46	13.1%
2	No tener Hijos	24	51.1%	23	46.0%	0.25	0.6179700	1.22	0.55	-	2.72	5.1%
3	Escolaridad hasta Primaria	24	51.1%	9	18.0%	11.80	0.0005926	4.75	1.89	-	11.94	25.8%
4	Estrato socioeconómico Bajo	29	61.7%	14	28.0%	11.15	0.0008401	4.14	1.77	-	9.72	31.2%
5	Intentos de suicidio en la Familia	11	23.4%	18	36.0%	1.83	0.1756653	0.54	0.22	-	1.32	-9.3%
6	No Cuenta con alguien en momentos difíciles	10	21.3%	13	26.0%	0.30	0.5846315	0.77	0.30	-	1.97	-3.2%
7	Prefiere soledad	18	38.3%	12	24.0%	2.32	0.1278524	1.97	0.82	-	4.72	10.7%
8	No se siente amado	15	31.9%	17	34.0%	0.05	0.8272100	0.91	0.39	-	2.12	-1.6%
9	Divorcio Separación o Muerte de padres	31	66.0%	18	36.0%	8.70	0.0031859	3.44	1.49	-	7.94	31.2%
10	Maltrato Infantil	23	48.9%	15	30.0%	3.65	0.0562121	2.24	0.97	-	5.14	16.0%
11	Violencia Intra familiar	19	40.4%	20	40.0%	0.00	0.9659267	1.02	0.45	-	2.29	0.4%
12	Abuso de Alcohol y Sustancias en las familias	25	53.2%	10	20.0%	11.57	0.0006693	4.55	1.85	-	11.17	26.8%
13	Poca Comunicación Familiar	31	66.0%	14	28.0%	14.04	0.0001794	4.98	2.10	-	11.81	36.5%
14	Falta de tiempo para Compartir en la familia	28	59.6%	13	26.0%	11.19	0.0008218	4.19	1.78	-	9.91	30.0%
15	Rigidez Familiar	23	48.9%	16	32.0%	2.89	0.0891017	2.04	0.89	-	4.65	14.6%
16	Desmotivación fácil	27	57.4%	21	42.0%	2.31	0.1283384	1.86	0.83	-	4.17	15.8%
17	Irritabilidad	29	61.7%	17	34.0%	7.46	0.0063206	3.13	1.36	-	7.17	27.2%
18	Humor, enojo y agresividad	28	59.6%	17	34.0%	6.37	0.0115972	2.86	1.25	-	6.53	24.6%
19	Alta Impulsividad	31	66.0%	11	22.0%	19.07	0.0000126	6.87	2.79	-	16.91	40.0%
20	Cambios Constantes en las Relaciones familiares	20	42.6%	16	32.0%	1.16	0.2822874	1.57	0.69	-	3.61	8.7%
21	Depresión	32	68.1%	12	24.0%	19.00	0.0000131	6.76	2.77	-	16.50	41.6%
22	Trastornos de Ansiedad	27	57.4%	5	10.0%	24.67	0.0000007	12.15	4.09	-	36.14	36.5%
23	Problemas Familiares	18	38.3%	18	36.0%	0.05	0.8148956	1.10	0.48	-	2.52	1.9%
24	Muerte de un Ser querido	15	31.9%	17	34.0%	0.05	0.8272100	0.91	0.39	-	2.12	-1.6%
25	Estrés Continuo	14	29.8%	16	32.0%	0.06	0.8137086	0.90	0.38	-	2.14	-1.7%
26	Frente a los problemas se siente Victima	24	51.1%	5	10.0%	19.49	0.0000101	9.39	3.17	-	27.84	30.2%
27	Separación Familiar o de amigos	13	27.7%	15	30.0%	0.06	0.7993250	0.89	0.37	-	2.15	-1.7%
28	Terminación dolorosa de relaciones amorosas	6	12.8%	19	38.0%	8.06	0.0045158	0.24	0.09	-	0.67	-17.5%

