

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN
PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA DEL MUNICIPIO DE LA VIRGINIA,
RISARALDA, 2018.**

CARLOS ANTONIO SIERRA MARTELO

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PEREIRA
2018**

Caracterización clínica y del acceso a servicios de salud en pacientes con conducta suicida del municipio de La Virginia; Risaralda, 2018.

Autor:

Carlos Antonio Sierra Martelo, MD
Estudiante Especialización en Psiquiatría

Para optar al título de:
Especialista en Psiquiatría

Asesora:

Dra. Dora Cardona Giraldo, MD
Psiquiatra, Docente Especialización en Psiquiatría

**Universidad Tecnológica de Pereira
Facultad Ciencias de la Salud
Pereira
2018**

DEDICATORIA

A Dios.

A mi esposa Angela Maria, por su amor incondicional.

A mi hija Maria Camila, que es un milagro del Señor.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Dora Cardona Giraldo, por su apoyo, comprensión y paciencia durante la realización de mis estudios y de esta tesis.

A la Doctora Aura Ruiz que me apoyó y orientó en la estructuración de este trabajo.

A la ESE. San Pedro y San Pablo del municipio de la Virginia, que brindó las herramientas necesarias para la realización del presente estudio.

A mis profesores, que con su experiencia y dedicación dejaron su marca en mí.

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	8
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
3.	OBJETIVOS	12
3.1	Objetivo general	12
3.2	Objetivos específicos	12
4.	MARCO DE REFERENCIA	13
4.1	Antecedentes históricos	13
4.2	Marco contextual	19
4.2.1	Salud mental y atención primaria en salud	19
4.2.2	Acceso a los servicios de salud mental	21
4.2.3	Barrera de acceso a servicios en salud mental	22
4.3	Área de estudio	24
4.3.1	E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo	24
5.	MARCO TEÓRICO	26
4.4	Factores del suicidio	30
4.4.1	Factores asociados al sujeto	¡Error! Marcador no definido.
4.4.2	Factores sociales	¡Error! Marcador no definido.
4.5	Fases del suicidio	36
4.6	Epidemiología del suicidio	38
4.6.1	En el mundo	38
4.6.2	Panorama del suicidio en la región de las Américas	41
4.6.3	En Colombia	43
5.	METODOLOGÍA	45
5.1	Diseño de estudio	45
5.2	Población	45
5.2.1	Criterios de inclusión:	45
5.2.2	Criterios de exclusión:	45
5.2.2	Criterios de eliminación:	45
5.3	Muestra	45
5.4	Instrumentos	46
5.4.1	Instrumento datos demográficos y clínicos:	46
5.4.2	Escala de Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio:	46

5.4.3 Encuesta de acceso a los servicios de salud:.....	47
5.5 Variables	48
5.6 Procesamiento de la información	53
5.7 Plan de análisis	53
5.8 Aspectos éticos.....	53
6. RESULTADOS	55
Aspectos sociodemográficos de los pacientes	55
Aspectos psicosociales de los pacientes	56
Estado clínico de los pacientes.....	57
Caracterización del acceso a los servicios de salud desde el momento del intento de suicidio hasta la evaluación de la escala de <i>Columbia</i> para la severidad de la ideación suicida.	62
Aspectos psicosociales de los pacientes que participaron en la aplicación de la escala <i>Columbia</i> para la severidad de la ideación suicida.....	64
Escala de <i>Columbia</i> para la severidad de la ideación suicida.....	66
Escala de <i>Columbia</i> para la severidad de la ideación suicida con inensidad de la ideación.	68
Escala de <i>Columbia</i> para la severidad de la ideación suicida con intento real.	70
Escala de <i>Columbia</i> para la severidad de la ideación suicida con intento interrumpido... ¡Error! Marcador no definido.	
7. DISCUSIÓN	74
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	92
Anexo 1. Formato de recolección de información socio-demográfica y acceso a los servicios de salud	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 2. Escala de <i>Columbia</i> para evaluar la seriedad de la ideación suicida	93
Anexo 3. Formato de Consentimiento informado	95

1. INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud deben responder, al menos, a tres grupos de pacientes con potencial suicida, de acuerdo al riesgo y clasificación de la conducta; el primer grupo corresponde a los pacientes con ideación suicida manifestada o después de hacer un intento de suicidio, el segundo grupo comprende los pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, sin intencionalidad suicida conocida y un último grupo de pacientes es aquel que asiste con una patología física específica, pero que presenta un riesgo de suicidio oculto o silente (1).

Un desafío para el sistema de salud, con este tipo de pacientes, tiene que ver con la accesibilidad a servicios oportunos, integrales e integrados, acordes a la humanización del servicio que busca la normatividad en salud en Colombia. Los servicios tanto hospitalarios como extra hospitalarios tienen una responsabilidad en la atención de los pacientes con conducta suicida, ya que son los primeros sitios donde los individuos asisten.

Particularmente, los servicios de urgencias deben brindar la asistencia e intervención inicial de los casos dado a que es donde se da el manejo de la causa de lesión de acuerdo al protocolo de atención a la conducta suicida. Siempre propendiendo por la preservación de la salud y/o la vida de los consultantes, debiendo lograr la articulación con otros servicios en los que el paciente pueda acceder de manera fácil a los procedimientos de vigilancia, cribado y tratamiento de las situaciones, alteraciones o patologías asociadas a la conducta.

Durante la atención de urgencias se pueden llevar a cabo varios procedimientos, de acuerdo a la clasificación del evento, entre los que se incluyen, intervención en crisis, derivación a manejo ambulatorio o remisión para intervención en nivel especializado; en lo posible, los pacientes se deben incorporar a programas de prevención. Para ello, el personal de salud debe conocer cómo identificar, acercarse y tratar a un paciente con riesgo/conducta suicida, además de la ruta de atención específica.

Actualmente, hay desconocimiento, a nivel asistencial y administrativo, sobre el seguimiento clínico y de acceso a los servicios de salud de pacientes con conducta suicida

atendidos en urgencias, pues la atención posterior, con frecuencia, debe ocurrir en otros niveles de atención u otras instituciones y no hay un adecuado funcionamiento del sistema de referencia y contra-referencia.

Esta investigación se enmarca en el interés de dilucidar las características clínicas y la identificación de obstáculos que eviten o retrasen la atención de este fenómeno, a simple vista difícil de evitar, mediante un acercamiento al entendimiento del acceso a los servicios de salud de los pacientes con conducta suicida atendidos en un servicio de urgencias, pues estos servicios constituyen la puerta de identificación de los pacientes que requieren manejo, seguimiento y tratamiento.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio se ha convertido actualmente en un problema de salud pública, alrededor de un millón muertes anuales ocurren en el mundo (2) o lo que es más preocupante, aproximadamente cada año se suicidan 16 personas de cada 100.000 (1). El costo para EE. UU asociado al suicidio se estima en unos 25.000 millones de dólares anuales, entre gastos directos e indirectos (2).

En el mundo se presentan entre 8 y 10 mil intentos de suicidios diarios, de estos 1000 terminan en suicidio consumado. Según datos de la OMS en los países civilizados el suicidio representa la décima causa de muerte; de igual manera el suicidio aporta el 1,5% de las muertes en el mundo, con especial proporción en los países menos desarrollados. De acuerdo a la OMS, el suicidio consumado representa actualmente un problema de salud pública, estimándose que en lo que llevamos del siglo XXI, se han producido más de cinco millones de muertes, y se estima que para el año 2020, el suicidio aportará el 2,4% de las muertes en el mundo (2).

En la actualidad, el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo entre los 10 y 24 años (1). De acuerdo al Instituto Nacional de Medicina Legal, durante el año 2016 en Colombia se reportaron 2.310 suicidios, 242 casos (10,4 %) más que en el año inmediatamente anterior. El decenio 2007-2016 acumulo 19.177 casos, con una media de 1.918 eventos por año, lo que indica 193 suicidios al mes, y seis suicidios por día. La tasa de lesiones fatales autoinflingidas en 2016 fue de 5,20 eventos por cada 100.000 habitantes (3). En relación con el departamento de Risaralda la tasa de suicidio para el año 2016 fue de 6,69 eventos por cada 100.000 habitantes y para el municipio de La Virginia fue de 3,41 casos por cada 100.000 habitantes (3).

A pesar que se cuenta con suficiente evidencia científica que demuestra que muchos de los casos de suicidio son evitables y prevenibles, las instituciones públicas y privadas que intervienen los casos, no le dan la prioridad ni el reconocimiento que estas investigaciones

aportan al conocimiento y manejo del suicidio; sumado a lo anterior, el estigma y el tabú en el tema del suicidio lleva a que muchas personas no acudan en busca de ayuda y solo accedan al sistema de salud cuando se presenta una conducta o intento suicida que requiere atención en el servicio de urgencias, y aun así las instituciones en salud no alcanzan a proporcionar una ayuda eficaz y oportuna (4).

Una atención integral institucional debe contemplar el entorno tanto familiar como social del paciente atendido. También es importante reconocer que no es fácil para el profesional en salud identificar un intento de suicidio o en el caso cuando ya ha ocurrido, se desencadenan una serie de situaciones que ni la misma familia o entorno social del individuo implicado pueden predecir, generando inquietudes y responsabilidades compartidas, que posiblemente pudieran ser atendidas y resueltas a tiempo.

Este estudio pretende caracterizar el seguimiento clínico y el acceso a los servicios de salud de un grupo de pacientes con conducta suicida, con el fin de mostrar algunos puntos de importancia en el proceso de atención por parte de una institución en salud, que puede partir desde la atención de urgencias hasta el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, permitiendo dar algunas pautas descriptivas para la detección de dichas situaciones o conductas suicidas y preparar al personal en salud para manejar o abordar de manera adecuada a las personas que reciben la atención primaria en salud y advertir cualquier situación que pueda desencadenar una conducta en los usuarios que están bajo su responsabilidad, brindando una atención integral y de calidad humana que ayude a minimizar el desenlace fatal del individuo.

Así la investigación plantea como pregunta de trabajo: ¿Cuáles son las características clínica y del acceso a los servicios de salud de los pacientes con conducta suicida atendidos en una institución de mediana complejidad del municipio de la Virginia?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar las características clínicas y del acceso a los servicios de salud de un grupo de pacientes con conducta suicida atendidos en una institución en salud del municipio de La Virginia, Risaralda entre los meses de Julio de 2017 y Julio de 2018.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos y psicosociales del grupo de pacientes.
- Identificar la evolución y estado actual de los pacientes para determinar el potencial suicida.
- Determinar el acceso a los servicios de salud desde el momento del intento de suicidio hasta la evaluación.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 Antecedentes históricos

Respecto a los antecedentes históricos, es más fácil enmarcar el tema del suicidio en la historia, que narrar la historia del suicidio. A pesar de tener registros históricos la documentación es poco concluyente por no mostrar en forma detallada y exhaustiva la historia del suicidio por eras, espacios geográficos o culturas; otra razón es que existen más datos sobre cómo se ha manifestado, cómo ha sido considerado y conceptualizado el tema en diversas épocas, sociedades y religiones (5).

Es la Grecia antigua una de las primeras culturas que aborda seriamente el problema del suicidio, más allá del análisis puramente sociológico-filosófico y hasta político planteado por Aristóteles y Platón, quienes lo condenaron, existió una visión menos castigadora del acto de matarse, pues se conoce que esta conducta implicaba una forma de supervivencia de la aldea, en la cual el anciano, el deforme o el enfermo debían abandonar la aldea hacia la intemperie, sin comida, ni agua, para garantizar mayores cantidades de alimento que serían utilizadas por los otros miembros de la comunidad (5,6,7).

Además en la antigua Grecia, el suicidio era un delito contra el Estado y los castigos para los suicidas era la mutilación del cadáver, los entierros aislados e incluso la deshonra familiar del suicida (6). Con Platón, Aristóteles y un poder muy fuerte del Estado, el suicidio llegó a ser categorizado como delito, salvo ciertas condiciones. Para Platón (427-347 AC) el suicidio era un delito contra la sociedad, pero reconocía excepciones posibles, en función de la ley civil o la respuesta a eventos adversos graves. Dos lecturas dan cuenta de una idea del pensamiento Platónico, la más importante en el Libro Las Leyes (5).

Aristóteles (384-322 AC) condena tácitamente el suicidio, como un acto de cobardía y atentado contra el Estado: “(...) y el que, en un acceso de ira, se degüella voluntariamente, lo hace contra la recta razón, cosa que la ley no permite, luego obra injustamente. Pero ¿contra quién? ¿No es verdad que contra la ciudad, y no contra sí mismo? Sufre, en efecto, voluntariamente, pero nadie es objeto de trato injusto voluntariamente. Por eso también la ciudad lo castiga, y se impone cierta pérdida de derechos civiles al que intenta destruirse a sí mismo, por considerarse que comete una injusticia contra la ciudad” (8). Está claro que en Grecia, cuna del pensamiento moderno, el suicidio ya representaba un problema; si se

revisan las figuras importantes que se suicidaron en esta época, está sobradamente respaldada dicha preocupación, lo que llevó a dos de sus más grandes pensadores a cavilar sobre el acto de matarse (5).

Los conceptos anti-suicidas de Aristóteles y Platón, continuaron en el Imperio Romano; sin embargo, dieron pie a algunas variaciones sobre el concepto y su penalización. Según Tondo (2000): “el suicidio no era extraño, y a veces se consideraba honorable entre los líderes cívicos e intelectuales” (9). El Imperio Romano vivió dos etapas de reflexión acerca el suicidio. La primera, con Cicerón (106-43), que si bien condenaba el suicidio, avalaba el mismo si era una forma de heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor. La segunda, con Constantino (290- 337), penalizó el suicidio y como estrategia preventiva tomaron medidas estrictas, tales como la confiscación de los bienes de la familia después del suicidio, para compensar al Estado por la pérdida de un ciudadano (6,9). La frase Non Compos Mentis, que deriva del latín y significa “sin control de su mente”, aparece citada en los textos de la época, como la figura romana legal por excelencia, para referirse a aquellos estados suicidas bajo influjo de enfermedades; representa la primera interpretación legal de una conducta derivada de un estado mental alterado (5,10).

Roma da grandes pasos en torno al tema de la legalidad y el castigo del suicidio:

1. Primero, no fue regulado ni penalizado en casos de enfermedad, filosofía, amor, honor o condena; los casos más emblemáticos fueron los de Lucrecia, Catón y Nerón (11,12).
2. Segundo, el suicidio estaba regulado y penalizado en tanto este comprometiera los bienes económicos del estado o de un miembro de la comunidad. Por ejemplo, suicidios de guerreros, esclavos y estafadores (9).

En la Edad Media los reportes sobre el suicidio no son amplios, la religión influencio mucho la visión de las personas sobre el mismo, pero también se siguieron los conceptos grecorromanos, que bien sabemos castigaban al suicida, por esto ahondar en este capítulo de la historia no resulta relevante.

La literatura que arriba con el renacimiento, revela el marco sobre el cual discurría la comprensión del suicidio. Para Dante Allighieri (1265-1321) el suicidio podía verse de dos formas: el suicidio de las “almas nobles” que irían al Limbo y el de los otros, que serían condenados a lo más profundo del infierno (13). Erasmo (1466-1536) consideró al suicidio

como la forma de librarse a uno mismo, del “agobio de la vida” (14). Evidentemente, la última parte de la edad media representa una re-evaluación del suicidio, con base a su finalidad; aun así, todavía queda claro que la penalidad del suicidio estaba vigente (5).

Posterior a esta etapa, es en el Renacimiento cuando aparecen observaciones que pretenden despenalizar el suicidio, estas observaciones devinieron de una reafirmación de conceptos grecorromanos más racionales e influenciadas por una intelectualidad francesa, está claro en este punto, que esta intelectualidad sería la responsable de la despenalización completa del acto suicida, posterior a la Revolución Francesa, prueba de esto es que no existen penalización respecto al suicidio en los Códigos Napoleónicos (5, 9, 15,16).

Si se lee la literatura y textos del renacimiento, se entiende que el suicidio para nada era condenado, más al contrario en algún caso fue exaltado y en otros fue visto como necesario. Hasta ahora, en el decurso histórico del suicidio no se encuentra asociado con la depresión. De hecho, el concepto romano “*no compos mentis*”, que hacía referencia a una mente alterada, no tomaba en cuenta a la depresión, por el contrario se la comprendía en términos de locura, insanidad e ira (5, 9).

Los siglos XVII y XVIII marcaron nuevamente una estigmatización del suicidio, se recuperaron los conceptos de *non compos mentis* y *felo de sé*, el último es una mente sana. Ante esta nueva estigmatización, la aristocracia, que llegó a considerar el suicidio vergonzoso y propio de las clases más pobres recurrió, como una forma no directa de matarse, al duelo. Así lo refleja Tondo (2000): “El duelo se convirtió en sustituto del suicidio, una muerte heroica era lo que ellos buscaban” (5, 9).

“Anatomía de la Melancolía”, el libro escrito por Burton, fue uno de los primeros ensayos que claramente asoció el suicidio a la depresión, un texto complejo, con una clara intención clínica pero que abandonó luego sus pretensiones, apuntando fundamentalmente al vacío, al aburrimiento, a la falta de risa y al tedio, el ser melancólico, mismo que será luego el ser suicida. Una apología del suicidio para algunos, una crítica para otros, lo cierto es que luego de Burton, el suicidio y la depresión irían de la mano, complejizando mucho más el análisis del acto de matarse (17). Burton, en tono socarrón, pero que finalmente servía a sus propósitos, que era curarse, decía: “¿Las causas? Puede ser una falla en el cerebro, una descomposición en la temperatura del cuerpo, una feroz hipocondría. Puede ser provocada

por los ángeles, las musas, el diablo, las brujas, las estrellas. Feliz de aquel -dice Burton- que encuentre la causa iniciadora entre todas las causas” (5, 17).

El suicidio, siguiendo los cambios de la Revolución Francesa, para algunos ya la edad contemporánea, se va despenalizando por toda Europa, pero a su vez entra en conflicto con diversas instituciones, lo cual obliga a grandes revisiones sobre el acto matarse; nacen estudios estadísticos y revisiones de lo que implica esta conducta, siendo los más importantes los sociológicos y médicos; este cambio de paradigma, más iluminista, adquiere más adelante en Emili Durkheim y su libro “Le Suicide” su máxima expresión. “Le Suicide” el libro escrito por Durkheim, luego padre de la Sociología, es un libro de culto para el estudio; sin embargo, el afán es completamente sociológico, liberando el acto individual y asociándolo a una respuesta social; la revisión realizada por Durkheim es muy amplia y existen apartados que a la fecha son anacrónicos y hasta absurdos (ej. el suicidio de la mujer) (18). Sin embargo, hace un acercamiento a un análisis científico del acto mismo. Durkheim dividió tantas veces y en diferentes formas al suicidio, que luego obvió lo más importante, el nexo común que hace que todas esas personas estudiadas se maten (5).

La Época contemporánea va abrazando con éxito para algunos u oprobio para otros el suicidio como una enfermedad y, sobre todo, de índole mental. La Psiquiatría, que ya años atrás se había apropiado de este fenómeno acuña, probablemente desde el citado artículo de Brian Barraclough, que la enfermedad mental se acompaña en un porcentaje elevado de suicidio y tal aseveración basada en un estudio epidemiológico serio, que refuerza el concepto, en desmedro de las múltiples teorías acá analizadas. Este abordaje médico-biológico, indican algunos, olvida al ser humano y su elección, Shneidman, padre de la suicidiología moderna, indicaba que “someter el suicidio a la depresión era el peor juego de manos al cual podía reducirse el acto suicida”; por otra parte, otros autores fácilmente aceptan que un cerebro suicida es un cerebro dañado y por tanto un cerebro enfermo (19, 20, 21, 22).

En este tenor, el interés sobre el suicidio se hace mayor y nace la idea de su identificación, diagnóstico y tratamiento; sin embargo, las dificultades que todavía representa comprenderlo implican los esfuerzos denodados en áreas aún más complejas, como la Neurociencia (5).

La Organización Mundial de la Salud indica que por los menos un 70% de los suicidios ocurren en un estado depresivo, tanto unipolares como bipolares; este último aspecto, es tal vez uno de los grandes avances en la comprensión del suicidio, junto con la teoría planteada por Joiner, quien brillantemente responde la pregunta que encabeza su libro: ¿Por qué la gente se mata? (21,23,24).

Thomas Joiner es tal vez uno de los más resonantes teóricos en el campo de la suicidiología actual, quien sostiene que no es suficiente con que la persona desee matarse, lo más importante es cuando lo hace, implica ir en contra de uno de los instintos más fuertes y antiguos en el ser humano, el instinto de auto-preservación, para los cual pueden ser dos los caminos tomados: el ensayo error que se justifica en los múltiples intentos o vivir en un estado de sufrimiento continuo (ej. dolor crónico, anorexia etc.), ambas rutas desensibilizarían el miedo a morir y luego aboliría la auto-preservación (5,21).

La época contemporánea tampoco abandona los presupuestos punitivos que representa suicidarse, sin embargo, el hecho de considerar al suicidio como una enfermedad cambia el panorama para el sujeto suicida y el suicidio y debería reducir el estigma. Sin embargo, no es así; posiblemente la persistencia del castigo y el estigma devienen todavía de la concepción religiosa fuertemente enraizada en nuestra cultura (5).

El Cristianismo, al tiempo de Constantino, comenzó a castigar el suicidio, pero este castigo no devino de una ley bíblica propiamente. Los Diez mandamientos de Moisés hacían referencia en su sexta regla al “*acto de matar*” no al “*acto de matarse*”, y estas son dos cosas muy diferentes. Aunque esta argumentación aparenta ser un sofisma, queda claro que para los mismos intelectuales cristianos el fenómeno suicida fue tan complejo que necesitó una regulación posterior, nacida de una reinterpretación de este mandamiento (5).

Técnicamente son 4 personajes en la Biblia, quienes cometieron suicidio: Saúl (1a Samuel 31:4), Ahitofel (2a Samuel 17:23), Zimri (1a Reyes 16:18), y Judas (Mateo 27:5), no existe en la Biblia una referencia directa sobre la cuestión del suicidio, esto es si está bien o está mal; sí existen, por otra parte, formas diferentes de evaluar los actos autodestructivos a la luz de sus personajes (p. ej. Judas se suicidó pero Sansón se sacrificó) (5, 25, 26).

La preocupación de la Iglesia respecto al suicidio vino después. Con el “*martirio voluntario*”, que fue una especie de filosofía, muchos fieles cayeron a manos de los soldados romanos y fueron expuestos a muertes públicas, algunas terribles. ¿Hubo

asesinato?, sí; pero también hubo, por parte de estos fieles, provocación y búsqueda de la muerte con un solo fin: el de obtener, a través del sacrificio por la fe, los beneficios divinos, el paraíso, etc. (9). A propósito de esto último, es interesante la Historia de los Circunceliones y los Donatistas en esta época (5).

Si bien el “Martirio Voluntario” era una forma altruista de obtener la gracia divina, al mismo tiempo la Iglesia perdía también seguidores, es decir amainaba el número de personas que apoyaba la causa cristiana, de esta preocupación fue participe, un importante personaje en la Historia del suicidio, San Agustín (354 DC-430 DC), quien debió buscar una razón para considerar al suicidio como un pecado, y entonces halló en el sexto mandamiento su justificación (9,27): *“Aplicaremos al hombre las palabras no matarás, entendiendo: ni a otro ni a ti, puesto que quien se mata a sí mismo mata a un hombre”* (27). También dice: *“Sabemos que no existe ley alguna que permita quitar la vida, incluso al culpable, por iniciativa privada, y, por tanto, quien se mata a sí mismo es homicida. Y tanto más culpable se hace al suicidarse cuanto más inocente era en la causa que le llevó a la muerte”* (5,27).

Siguiendo la línea Agustiniana, los Concilios Católicos expresaron su desaprobación del suicidio, lo prohibieron e indicaron que representaba no solo un atentado contra uno mismo, sino un atentado contra Dios. Tomás de Aquino (1225-1274) consideró el suicidio como un pecado, una afrenta a Dios (28). La interpretación del sexto mandamiento redefinió al suicidio a partir de la edad media, al convertirse en una afrenta a Dios, se convirtió en un pecado, uno de los más graves tal vez. La iglesia del siglo 20 se torna menos punitiva en torno al suicidio y acepta la existencia de una alteración mental en el acto de matarse, sin embargo, ese discurso nunca se revisó y amplió más. Las últimas palabras en torno al suicidio fueron del Papa Juan Pablo II quién retomó la oposición frente al suicidio, el aborto y la eutanasia, afirmando que estos eran delitos contra la vida, semejantes a los homicidios (5,29).

4.2 Marco contextual

4.2.1 Salud mental y atención primaria en salud

Documentar la Atención Primaria en Salud (APS) desde sus orígenes y su proceso de implementación en diversas regiones del mundo, permite comprender que los cambios paradigmáticos, si bien históricamente no son fáciles de aprehender y generan muchas resistencias, finalmente terminan por ser aceptados por las comunidades, como en el caso de la APS que, producto de la consolidación de estrategias y resultados alentadores de su implementación, terminó proyectando estos cambios en el sistema de salud y a la vez en la calidad de la atención en algunos países del mundo (30).

La Estrategia y Plan de Acción Sobre Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009), identifica en los antecedentes de esta propuesta el reconocimiento a un hito importante en la década de los noventa, como es el surgimiento de un interés particular por la salud mental en las Américas. Se afirma que en la Declaración de Caracas (OPS y OMS, 1990) se hizo hincapié en que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad. A partir de este momento, la evaluación y seguimiento a la inclusión de la salud mental entre las prioridades en salud y su pertinencia en las agendas públicas, fue un objetivo fundamental, sobre el cual se han recogido datos que muestran su importancia en la sustentación para la estrategia y plan de acción de la OPS (30).

En resumen, el propósito para la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental, plantea fortalecer la respuesta del sector de la salud mediante la ejecución de intervenciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en el campo de la salud mental. Presenta, de igual manera, la brecha que existe en atención, la brecha financiera y de información, como determinantes de la situación actual en salud mental y que debe ser de obligatoria y oportuna intervención, para garantizar los objetivos de la APSM (Atención Primaria en Salud Mental). Resalta la importancia de reconocer el estigma generado por la pobreza, la inequidad y la exclusión social (30).

La respuesta a esta situación actual, se evidencia desde la Estrategia y Plan de Acción que se esperan sean implementados en un período de 10 años (2009-2019). La inclusión de

políticas, planes y legislación, así como la capacidad para producir, evaluar y usar la información, deberán ser atendidas de carácter urgente, ya que desde allí será posible la planeación y ejecución de otras propuestas complementarias, que contribuirán al fortalecimiento del recurso humano y sus implicaciones en la calidad de la prestación de los servicios y en la rehabilitación de enfermedades prioritarias y lo más importante la APS. De igual manera, las acciones y estrategias incluyen la promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales (30).

En Colombia la APS se materializó en el “Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”, del MSPS, construido frente a los grandes retos en el tema de salud pública, muchos de ellos originados en las grandes diferencias que existen entre regiones y grupos poblacionales. Busca reducir la inequidad, en la medida que se avance hacia la garantía del derecho a la salud, se mejoren las condiciones de vida que modifican la situación en salud y se disminuya la carga de enfermedad. Igualmente, pretende lograr cero tolerancia hacia la enfermedad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Una de las vías que permitirá hacer monitoreo a los indicadores de salud pública y seguimiento a las condiciones de salud, es la creación y puesta en marcha del Observatorio Nacional de Salud (30).

La estrategia de APS desde el Plan Decenal, hace énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las acciones intersectoriales para impactar los determinantes sociales de la salud, la cultura del autocuidado y la orientación individual, familiar y comunitaria. Lo anterior es posible gracias a la formación del talento humano organizado en equipos multidisciplinarios lo que, de alguna manera, contribuirá a fortalecer la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad. Una vez formados estos equipos de salud, sus funciones se relacionan con el diagnóstico familiar, identificación de riesgo individual, familiar y comunitario, informar a las familias sobre el portafolio de salud, promover la afiliación al sistema cuando se identifica su ausencia e inducir la demanda de servicios en casos de los eventos relacionados con salud pública. En resumen, la intervención de los determinantes sociales de la salud, es el horizonte de lo que implica trabajar por la salud. Se busca mantener sana la población, no un modelo basado en la enfermedad (30).

Igualmente, es necesario destacar las implicaciones de la normatividad en el reconocimiento de la salud mental como un derecho fundamental, lo anterior es posible gracias a la Ley 1616 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual dispuso

el ajuste de la política nacional de salud mental (1998), de acuerdo con los cambios epidemiológicos y normativos que han ocurrido en el país en los últimos 15 años. En esta ley es importante destacar el derecho a una atención oportuna y digna, bajo los preceptos de salud, desde el concepto positivo de salud mental, la salud integral y la atención primaria en salud que responden al panorama actual de la salud mental. Es importante resaltar también, que una justificación más para que esta ley sea reglamentada y puesta en marcha, tiene relación con el hecho de que los problemas psicológicos desatendidos, se traducen en la pérdida de oportunidades para el desarrollo social y económico y aumento del desempleo y la violencia, entre otros (30).

Retomando los lineamientos de la Ley 1438 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, que ordena que “las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental, para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del plan de beneficios, la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental” (30).

En cumplimiento de lo anterior, la implementación de la estrategia de APS resulta en una reducción de la brecha entre la prevalencia de trastornos mentales y el número de usuarios que recibe atención y, a su vez, en la reducción de la carga que generan los trastornos mentales para las personas afectadas, sus familias y la sociedad en general. Esta Ley plantea que el acceso a los servicios de salud mental debe ser una realidad para los usuarios y debe favorecer el rol de la familia y la comunidad en los procesos de atención y rehabilitación (30).

4.2.2 Acceso a los servicios de salud mental

La oferta y la demanda de servicios de salud mental en Colombia están moduladas por el desarrollo del Sistema de Seguridad Social, la presencia de conflictos sociales y las características socio-culturales de cada localidad, entre las cuales se considera la situación económica de sus habitantes. A partir de la reforma del sistema de salud en 1993, los servicios se orientan de acuerdo con la demanda. Las empresas promotoras de salud (EPS) responden por la planeación, la prestación y la calidad de los servicios de salud, y el Estado

tiene la obligación de asegurar la cobertura y vigilar y controlar la prestación de los mismos. Las entidades deben prestar un plan obligatorio de salud (POS), que incluye las acciones para mantener la salud. Sin embargo, en cuanto a la salud mental, existen limitaciones e imprecisiones sobre los requerimientos de tratamientos psiquiátricos, lo que impide, en algunas ocasiones, ofrecer cobertura, calidad, continuidad, seguimiento y prevención, incluyendo la búsqueda activa de casos, así como asegurar la terapia y medicación adecuadas y oportunas (31).

La reglamentación de la cobertura de servicios en salud mental para los afiliados al régimen contributivo tiene tres tipos de restricciones: 1: la psicoterapia prolongada o mayor de 30 días; 2: la hospitalización superior a 30 días de pacientes con crisis aguda, y que no representen peligro para sí mismos, sus familiares o la comunidad; las normas no establecen que estas restricciones sean por año o por usuario; 3: los medicamentos no incluidos y que no cumplen las condiciones establecidas en la reglamentación sobre formulación, despacho de medicamentos y su recobro posterior al Fosyga (31).

La atención a algunas problemáticas psicosociales se realiza a través del plan de salud pública con programas colectivos; las psicoterapias individuales no están incluidas. Otros problemas son atendidos por el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, la división de justicia y las organizaciones sociales. Los factores que dificultan el acceso a servicios de salud mental pueden ser diferentes para cada municipio, como también los problemas que enfrentan. Lo anterior se basa en el supuesto de que una mayor cantidad de servicios puede aumentar la aceptación del problema y su consiguiente demanda. Por tanto, el sistema de salud juega un papel importante al determinar la oferta y la disponibilidad de los servicios (31).

4.2.3 Barrera de acceso a servicios en salud mental

Estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación son términos ampliamente relacionados y de gran importancia en psicología social y comunitaria y, por lo tanto, para la salud mental de los colectivos. La historia ha mostrado que muchas personas que reúnen criterios para algún trastorno mental han sido etiquetadas repetidamente de alguna forma como personas o ciudadanos «indeseables» (32). Esta marca negativa es el estigma (32,33), de tal manera

que todas las personas que presentan síntomas ubicados en el espectro de los trastornos mentales se clasifican sesgadamente del igual modo. Se consolida un estereotipo, una forma unificada de calificar a un grupo de personas, solo por una característica particular (32,34). Si esta calificación se hace de una manera desfavorable, que lleva a los portadores a juicios, posiciones o situaciones de desprestigio o descrédito, condicionan que siempre se los considere negativamente. Esto es lo que representa un prejuicio, juzgar inequívocamente a los ciudadanos que portan ese rasgo particular (32,35). Todo lo anterior justifica la negación de los derechos de estas personas, que se materializa en comportamientos o prácticas sistemáticas de exclusión o marginación, lo que se entiende propiamente como discriminación (32, 35, 36).

La experiencia del estigma y sus componentes cognitivos, emocionales y conductuales debe entenderse tanto desde la perspectiva de la personas o colectivos que imponen el estigma (perpetrador) como desde las personas o grupos que son blanco de la estigmatización (víctima) (32-36). A esta experiencia en relación con la característica estigmatizada, vivida por las víctimas en las interacciones con otras personas o instituciones, se la denomina estigma percibido, mientras que a la opinión negativa de la misma persona que reúne criterios de trastorno mental se la llama autoestigma o estigma internalizado o anticipado (32, 37).

Por su parte, por barreras de acceso se entiende toda situación o condición que limita o impide recibir o disfrutar la atención o los beneficios que ofrece el sistema de salud. Este conjunto de situaciones se traduce en subutilización de los servicios ofrecidos. Las barreras de acceso pueden ser geográficas, financieras, administrativas o institucionales y socioculturales (32, 38, 39).

Las barreras geográficas tienen relación con las distancias entre los usuarios y las entidades que prestan los servicios. Las barreras financieras son los costos o la inversión monetaria de la persona que necesita o solicita servicios. Las barreras administrativas son las relacionadas con los trámites burocráticos y el mismo sistema de salud que dificultan el disfrute de los planes de beneficios. Las barreras socioculturales son los comportamientos y las costumbres de los colectivos y las discrepancias existentes con la cultura de los administrativos y profesionales de la salud y con la forma en que se organizan los servicios de salud (32, 38, 39).

El estigma percibido es una barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud mental y priva a las personas que reúnen criterios de trastorno mental de la posibilidad de disfrutar de atención integral e integrada. El estigma en salud mental se perpetra mediante el olvido y la negligencia; los actores ejecutivos y legislativos olvidan el componente mental en la mayoría de los programas, planes y sistemas de salud, no solo en países en vías de desarrollo, como Colombia, sino también en países desarrollados (32, 40).

4.3 Área de estudio

El municipio de la Virginia se encuentra localizado en la parte media central del departamento de Risaralda, a 30 km. de Pereira capital departamental, limitando por el norte con el departamento de Caldas a la altura del municipio de Belalcazar, por el sur con el municipio de Pereira (corregimiento de Caimalito), por el oriente con los municipios de Pereira y Marsella y por el occidente con los municipios de Balboa y Santuario. La extensión territorial total de la Virginia es de 33 Km² (41) conformados por su casco urbano más las veredas Mina Rica, La Palma y el Aguacate que ocupan el 83% del área total del municipio. La primera de ellas está casi desaparecida desde el punto de vista administrativo, ante el proceso de privatización de la tenencia de la tierra. Este fenómeno tiene lugar en la mayoría de los suelos del municipio, para ser dedicados a la ganadería y el cultivo de caña de azúcar en grandes extensiones de tierra. La temperatura promedio de La Virginia oscila entre los 27 y 28 °C, con máximos cercanos a los 37 °C y mínimos de 16 °C a una altura sobre el nivel del mar de 900 m (42). El municipio de la Virginia tiene una población total de 32.192 habitantes proyectada para el año 2017.

4.3.1 E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo

Es una Empresa Social del Estado regional que presta servicios de baja y mediana complejidad. “Es una Empresa de origen público; fue creada en el año 1954, año en que se inició la construcción de la planta física, la cual se dio al servicio en abril 15 de 1956”. Según Acuerdo No. 013 de Septiembre 8 de 1987 se creó como establecimiento público de Orden Municipal y en 1991 se empezó a construir la primera etapa del nuevo hospital en un lote donado por el Concejo Municipal. En 1992 se trasladó el área de Consulta Externa hacia la nueva sede y el 28 de Febrero de 1995 se trasladaron los

servicios de Hospitalización, Urgencias y Administración a la segunda etapa, quedando así concentrado el funcionamiento de la ESE en su nueva sede. Según Acta No. 001 de la asamblea de socios del 29 de Diciembre de 1995 se reunieron los doctores Diego Patiño Amariles en su calidad de Gobernador del Departamento y el Doctor José Diego Villa Ramírez, en su calidad de Alcalde del Municipio de La Virginia; ambos debidamente facultados por el artículo 1° de la Ordenanza No. 014 del 18 de Diciembre de 1995 “Por la cual se faculta al Gobernador para ajustar la Estructura administrativa del Hospital de la Virginia, a los requerimiento jurídicos y técnicos que demande la asunción del manejo de la prestación del Servicio de Salud en el Segundo Nivel de Atención” y por el artículo 1° del Acuerdo 05 de Diciembre 27 de 1995 “Por el cual se autoriza al Alcalde para participar en la creación de una entidad Descentralizada de tipo de Asociación entre entidades públicas que funcionará como una Empresa Social del Estado del Orden Departamental” (43).

5. MARCO TEÓRICO

En 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (44).

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado). La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos (45,46).

Los criterios de clasificación de la conducta suicida de Diekstra (47) diferencian entre suicidio, intento de suicidio y para-suicidio, en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta. Por su parte, O`Carroll et al. (48) plantearon una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el National Institute of Mental Health (NIMH) de EE.UU. y considerada como una de las más operativas. En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado. Posteriormente se han publicado varios artículos sobre la adecuación de la terminología empleada para el suicidio, concluyéndose que, aunque no se recoge toda la complejidad del fenómeno, el uso de una nomenclatura común facilita la comunicación, la formación y la investigación en suicidio.

En 2007, Silverman et al. (49,50) propusieron una revisión de la nomenclatura de O`Carroll et al. (48) en la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta (51).

En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida y, además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida (Cuadro 1).

Cuadro 1. Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al., propuesta por Silverman et al.

Tabla 1. Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al., propuesta por Silverman et al.

Ideación suicida	a. Sin intencionalidad suicida b. Con grado indeterminado de intencionalidad c. Con alguna intencionalidad suicida	1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
Comunicación suicida*	a. Sin intencionalidad suicida: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I) b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II) c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)	
Conducta suicida*	a. Sin intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada) b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada) c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)	

*Clasificación adicional para Comunicación y Conducta suicida:

- Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación)
- Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control)
- Foco mixto

Silverman et al. (49, 50) añadieron los tipos I, II y III con el fin de intentar simplificar la terminología e incluir todas las permutaciones y combinaciones posibles de las diferentes variables clínicas. Así, se considera comunicación suicida Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y Tipo III cuando existe alguna intencionalidad. La conducta suicida se clasifica de Tipo I si no provoca lesiones y de Tipo II si provoca lesiones.

Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

1- **Ideación suicida:** Pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

2- **Comunicación suicida:** Acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida.

La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la

conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones.

Existen dos tipos de comunicación suicida:

- a. **Amenaza suicida:** Acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- b. **Plan suicida:** Es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

3- Conducta suicida: Conducta potencialmente lesiva y auto-infligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

- a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
- b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera conducta suicida:

- **Autolesión:** Conducta potencialmente lesiva auto-infligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad.

Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte auto-infligida no intencionada).

- **Conducta suicida no determinada:** Conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte auto-infligida con grado indeterminado de intencionalidad).

- **Intento de suicidio:** Conducta potencialmente lesiva auto-infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

- **Suicidio:** Muerte auto-infligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de auto-provocarse la muerte (52).

Otro autor como Spiller considera el suicidio como *“el acto consumado, intencional de finalizar con la propia vida. Incluye todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, quien es consciente de la meta que desea lograr”*. Por otro lado, tenemos un concepto más actualizado, según el Instituto

Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2006) que lo define como el acto de matarse de forma voluntaria en el que intervienen tanto los pensamientos suicidas como los intentos o el acto suicida en sí.

Nizama lo concibe como el acto auto-infligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí.

Por otro lado, se entiende como “*conducta suicida*” a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo (53).

Durkheim (54) lo definió como “*Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima y que, según ella sabía, debía producir este resultado*”. Hizo una distinción entre varios tipos de suicidio:

1. Suicidio altruista: Este tipo de suicidio sucede por una excesiva “*integración*” del sujeto con la sociedad a la que pertenece, a tal punto que la personalidad individual no cuenta. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es “*un deber*”. Este tipo de suicidios, se da según el autor, cuando la importancia del “*yo*” es muy baja. Es la versión opuesta al suicidio egoísta y existen 3 tipos:

Suicidio Altruista obligatorio: El que está condicionado por la sociedad, una sociedad que exige el suicidio. Por ejemplo, en sociedades asiáticas (normalmente relacionado con temas sobre el honor); o antiguamente, cuando en los pueblos celtas, y parece que también recientemente en nuestro entorno, los ancianos se quitaban la vida para no representar una carga para la sociedad en la que vivían. En este tipo de casos, la sociedad podría, en ocasiones, despreciar a la persona, si no lleva a cabo el suicidio.

Suicidio Altruista facultativo: La situación sería parecida a la anterior, con la diferencia de que la sociedad no demanda el suicidio del individuo. Por ejemplo, una viuda que se quita la vida, pero no por problemas psicológicos, sino porque siente que ya ha cumplido con su cometido en la vida.

Suicidio Altruista agudo: Cuando la persona se quita la vida por placer. Es común que se dé este caso en relación con temas religiosos. Por ejemplo, alguien que se suicida para alcanzar una supuesta gloria divina.

2. Suicidio egoísta: Aquel que es inversamente *“proporcional al grado de integración de los grupos de los que el individuo es parte”*. La intensidad de los vínculos religiosos, familiares y políticos frena la tendencia a la autodestrucción suicida de quienes puedan sentirse tentados por ella. En definitiva, la integración actúa como freno a las fuerzas sociales suicidogénicas.

En resumen, el suicidio egoísta es aquel cometido por quienes no están integrados o lo están de manera muy reducida. Se da cuando el sujeto está poco integrado en la sociedad. Por ejemplo, el alumno que va a una escuela y dispara indiscriminadamente, arrebatándoles la vida a otros, para después, quitarse la vida generándose un suicidio egoísta por falta de integración.

El suicidio anómico: Es aquel en el que influyen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez o de vinculación.

4.4 Factores del suicidio

4.4.1 Factores asociados al sujeto:

Entre los factores asociados al sujeto cabe destacar factores psicológicos del individuo, factores biológicos y genéticos (53).

Refiriéndome a los factores psicológicos, el *“International Journal of Psychological Research”* (2008) se basa en el análisis psicológico y psicoanalítico de los individuos para explicar las causas del suicidio. Bedout (56) señala como causas del problema algunos rasgos de personalidad predominantes en los suicidas como *“la agresividad, la irritabilidad, la baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, falta de habilidades, desesperanza e impotencia, un concepto pobre de sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad de control externo”* (53).

También las experiencias pueden ser vistas como catastróficas y desencadenar el proceso suicida, especialmente cuando existe dependencia de alcohol y de otras drogas, antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia, el aislamiento social, enfermedades dolorosas o discapacitantes y, particularmente los trastornos, como la depresión y la esquizofrenia. Bedout (56) plantea por otro lado una estrecha relación entre los trastornos afectivos y la propensión a causarse daño a sí mismo deliberadamente con el

objetivo de encontrar algún alivio al aniquilarse o escapar. Otras entidades que con frecuencia se asocian al suicidio son el trastorno bipolar y la esquizofrenia.

Por otro lado, más que desde la teoría, Raison (57) habla desde su propia experiencia como experto en salud mental. Según este autor, las personas que realizan intentos de suicidio pueden tener todo tipo de motivaciones y que estos son “*un grito*” para pedir ayuda o una manera de castigar a las personas con las que están molestas o una forma en la que buscan controlar una situación (53). A su juicio, la gente sólo se quita la vida por tres razones; porque se enfrentan a una condición incurable que solo les augura un corto futuro lleno de dolor, otras que se encuentran en un episodio psicótico y creen que deben morir por alguna razón que no tiene sentido para nadie más y otras que están perdiendo la batalla contra una depresión severa.

Pérez Barrero (58) considera, sin embargo, que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable. En los adolescentes este postulado también se cumple, al menos en una serie de casos, y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades: depresión, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol, abuso de drogas, trastornos incipientes de la personalidad, trastorno esquizofrénico y trastornos de la alimentación, como la anorexia o la bulimia (53).

Cortina, Peña y Gómez (59) evaluaron a pacientes (20 mujeres y 4 hombres) que habían presentado intentos de suicidio. Este estudio demostró la presencia de factores psicológicos como desesperanza, bajos niveles de autoeficacia y rasgos de personalidad, como descontento, sumisión, discrepancia, indecisión, preservación, individualidad, introversión, intuición e innovación. En segundo lugar, en cuanto al factor genético, científicos de la Universidad de EE.UU. Johns Hopkins han identificado una pequeña región en el cromosoma 2, que está asociada con un mayor riesgo de intento de suicidio.

Por último, en cuanto al factor biológico estudios han proporcionado información alentadora con respecto a la neurobiología de suicidio. Ellos muestran una anomalía del mecanismo serotoninérgico, tales como aumento de subtipos de receptores de serotonina y disminución de metabolitos de serotonina. Estos estudios también sugieren alteraciones de los mecanismos de señalización ligados al receptor, tales como fosfoinosítido y la adenilil ciclasa. Otros sistemas biológicos que parecen estar alteradas en el suicidio involucran el

eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, neurotrofinas y receptores de neurotrofinas. En este caso ocurre que a lo largo de la vida se presenta una descompensación neuroquímica que puede ser causado por múltiples factores traumáticos depresores (53).

4.4.2 Factores asociados a la familia:

Caballero (2013) destaca como causa principal de suicidio los problemas familiares, siendo el maltrato físico de los padres de especial importancia, debido a una cultura machista, en la que los hombres no expresan sus sentimientos y dicha represión se manifiesta en violencia hacia uno mismo y hacia los demás. Además, añade el factor emocional como una segunda causa de esta problemática. Le da importancia también al maltrato psicológico en el colegio, destacando el bullying.

Caballero (2013) comenta que actualmente los hogares se han convertido solo en casas, donde no se conversa ni se comparte con la familia, por lo que se hace más difícil la identificación de situaciones de riesgo, como la depresión, el estrés, o el maltrato psicológico (53).

Herrera y Avilés (60) también estudiaron los factores familiares de riesgo en el intento suicida. Realizaron una entrevista dirigida a veintitrés personas para identificar la presencia de factores de riesgo del medio familiar, así como su funcionamiento y las crisis que más se presentaban en la convivencia. Como resultado obtuvieron que el funcionamiento familiar es un factor de riesgo importante, ya que los pacientes que realizaron intentos suicidas tenían familiar regular y mala, en los que la presencia de crisis familiares no eran transitorias y además las relaciones entre ellos estaban dañadas (53).

Según Nizama (2011) el suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, por lo cual son considerados como una crisis familiar por desorganización. No obstante, el hecho de que este evento se considere una crisis por su carácter estresor, no implica que se deje de considerar a la familia, su funcionamiento y la presencia de otras crisis, como factor de riesgo para el intento suicida. Este enfoque conduce a valorar adecuadamente la importancia del funcionamiento familiar saludable en cada uno de sus miembros. Diversos estudios demuestran que en la mayoría de los núcleos familiares de los pacientes que realizaron

intento suicida, se evidenció la presencia de crisis familiares, con predominio de las crisis por desorganización y desmoralización, además de un marcado deterioro de las relaciones familiares (53).

4.4.3 Factores sociales:

Fue Durkheim, a finales del siglo XIX, el primero en otorgarle al suicidio una estricta causa social, porque según él, las sociedades albergan diversos síntomas patológicos que contribuyen a la decisión de una persona de terminar con su vida. Una frase extraída del texto de Emile Durkheim decía; *“Un ser vivo no puede ser feliz y hasta no puede vivir más que si sus necesidades están suficientemente en relación con sus medios. De otro modo, si exigen más de lo que se les puede conceder, estarán contrariadas sin cesar y no podrán funcionar sin dolor”* (54).

Lo que explica un poco que el ser humano es inconformista por naturaleza y siempre está en una constante sensación de frustración y disconformidad, por lo tanto, solo los que saben gestionar bien dichas emociones negativas podrán seguir viviendo y disfrutando del resto del tiempo. El tipo de suicidio que interesa particularmente a Durkheim es el suicidio anómico, por la influencia que tienen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez sobre la tendencia al suicidio. Es el más característico de la sociedad moderna. Este suicidio es el que se refleja en la correlación entre la frecuencia de los suicidios y las fases del ciclo económico (53,54).

Durkheim creó esta clasificación del suicidio en concreto, después de observar que en sociedades donde la tasa de divorcios es alta, la tasa de suicidios era mayor. También observó estas variaciones en sociedades que padecían crisis políticas y desordenes sociales. Por ejemplo, para no ir muy lejos, todas las personas que se han visto afectadas tras la reforma laboral, muchos de los que se quedaron sin trabajo y con cargas familiares sufrieron los embargos de sus propiedades, presentaron una mayor vulnerabilidad al suicidio (53,54).

Aparentemente, las estadísticas revelan una tendencia al aumento de los suicidios en los períodos de crisis económica. En cambio hay otro fenómeno curioso: una tendencia a la disminución de la frecuencia de los suicidios en los períodos de grandes acontecimientos políticos. Así, durante los años de guerra, disminuye el número de suicidios (53,54).

Por otro lado, Durkheim procura demostrar que los tipos sociales que ha elaborado corresponden aproximadamente a tipos psicológicos: El suicidio egoísta se manifestará por un estado de apatía y de ausencia de apego a la vida. El suicidio altruista por la energía y la pasión. Y el suicidio anómico se caracterizará por un estado de irritación y de disgusto, irritación vinculada con las múltiples ocasiones de decepción que la existencia moderna ofrece. Es por tanto que las causas reales del suicidio, según Durkheim, son fuerzas sociales que varían según las sociedades, los grupos y las religiones: *“Las causas emanan del grupo y no de los individuos por separado”*. Durkheim no solo investigó los suicidios a nivel social, sino que también analizó si los factores ajenos a la sociedad, pudieron afectar al porcentaje de suicidios, tales como: la raza, la herencia y la imitación (53,54).

Haciendo referencia a investigaciones más actuales, Pérez Barrero (58) identificó dos tipos de problemas sociales para explicar las causas del suicidio. Por un lado, los problemas socioeconómicos, pues una escasa educación y el desempleo son factores de riesgo para el suicida, ya que limitan la participación social activa, impiden la satisfacción de las necesidades y coartan la libertad. Y por otro lado, los factores asociados a la cultura adquieren una importancia en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso cultural por pérdida de identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes.

Oberg (1998) fue el primero en utilizar el término *“shock cultural”* para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por: esfuerzos para adaptarse a la nueva cultura, sentimientos de pérdida y pena, sentimientos de rechazo, confusión en el rol, expectativas, valores e identidad y sentimiento de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura (53,54).

Herrera (60) realizó un análisis de los principales factores de riesgo sociales en adolescentes los cuales pueden ser motivo de suicidio. Señala cinco elementos sociales que influyen en este hecho:

1. Inadecuado ambiente familiar. Cuando la familia es disfuncional, no cumple sus funciones básicas y no quedan claras las reglas y roles familiares, se dificulta el libre y sano desarrollo de la personalidad del adolescente. Es necesario que exista un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individualización del adolescente.

2. Pertenencia a grupos antisociales. Este factor tiene como causa fundamental la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad del seguimiento del código grupal. Por lo general cuando los adolescentes no encuentran una vía adecuada de autoafirmación tratan de buscarla en este tipo de grupo donde fácilmente la encuentran, con el reconocimiento grupal ante la imitación de sus patrones inadecuados.

3. La promiscuidad. Es un factor de riesgo social que no sólo puede ser motivo de embarazos precoces y enfermedades de transmisión sexual, sino que también propicia una autovaloración y autoestima negativas que puede deformar la personalidad del adolescente.

4. Abandono escolar y laboral. Este hecho provoca que el adolescente se halle desvinculado de la sociedad, y no encuentre la posibilidad de una autoafirmación positiva, al disminuir las posibilidades de comprobar sus destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades, lo cual resquebraja su autoestima, la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de desarrollo social.

5. Bajo nivel escolar, cultural y económico. Estos son elementos considerados como protectores del desarrollo y la salud y el hecho de presentar un déficit en ellos le impide al adolescente un enfrentamiento adecuado a las situaciones de conflicto.

Para concluir y hablando de manera general podemos decir que la sociedad, el sistema de salud, los servicios sociales y la familia deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el logro de una adecuada autoestima, que les brinden posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva, y que proporcione espacios sociales adecuados para lograr un soporte familiar abierto y brindar la oportunidad de superación educacional y cultural que le faciliten la solución a los problemas. La ausencia de vías para la solución puede llevar al adolescente a alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por tanto a la autodestrucción y al suicidio.

Además existen otros factores de riesgo los cuales podemos encasillarlos, en tres tipos o modelos de suicidio: subjetivo, objetivo o mixto (53).

El suicidio de origen subjetivo es aquel que se plantea ante una evaluación negativa de la realidad por parte del sujeto, muchas veces motivado a partir de diversos trastornos

mentales, como la depresión o el consumo abusivo de drogas, sin que existan claramente razones para ello (53).

Hay que destacar en todo este proceso, la relevancia de las diferencias individuales entre sujetos, ya que cada cual consta de su propia personalidad, de sus propios sentimientos, pensamientos, emociones, y que no todos se afectan por igual, ante las mismas realidades.

En cuanto al suicidio de origen objetivo es aquel que se origina, por ejemplo, por el conjunto de diversas situaciones ciertas y observables como la muerte o suicidio de un hijo o allegado, o una enfermedad grave, que puede unirse a otros factores como una depresión o trastorno mental, familias desestructuradas, maltrato, etc. La persona se siente desbordada, no logra soportar ni aceptar lo ocurrido, está sometido a muchos factores de riesgo, no sabe gestionar tales emociones y la única salida que encuentra es suicidarse.

Y el suicidio de origen mixto es una mezcla de los anteriores, determinado tanto por motivos subjetivos como objetivos (53).

Presentados ya los factores de riesgo que influyen en el suicidio y los tipos o modelos existentes, cabe destacar también la importancia del concepto de resiliencia. No todos aquellos que conciben el acto suicida lo consuman, muchos se quedan en intentos o pensamientos (53).

La resiliencia hace referencia a la capacidad de los individuos o sistemas de afrontar con éxito las situaciones estresantes y salir fortalecidos. Por lo que no todos aquellos que presentan situaciones estresantes, depresiones, drogadicción u otra psicopatología, conciben o consigue llegar al acto suicida (53). Así, se cuenta con una serie de factores protectores, relacionados con la prevención de la conducta suicida, que se explicarán posteriormente en el apartado de “*prevención*”.

4.5 Fases del suicidio

Presentados diversos datos estadísticos actuales sobre el suicidio y analizadas las causas o los motivos según varios autores, es necesario saber también cuáles son las fases que preceden al acontecimiento (53).

Al igual que todo acto tiene un curso que va de principio a fin, el suicidio no iba a ser menos. Se diferencian en él cuatro fases previas y una quinta refiriéndose al acto en sí (53).

1. La ideación suicida: Es el más importante indicador de suicidio pues se refiere a la existencia misma de la idea. Manifestación consciente sobre pensar o desear morir que puede ser o no manifestada.
2. La amenaza suicida: Presencia de manifestaciones o exclamaciones acerca del deseo de morir.
3. Plan suicida: Estructuración del cómo, cuándo y dónde sin pasar al acto con el propósito más o menos consciente de obtener beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás.
4. Acto liberado de morir: Manifestación de la conducta voluntaria de quitarse la vida, ésta es de modo consciente y la persona sabe de los resultados que se obtendrán.
5. Suicidio consumado: Acto de autodestrucción en donde el individuo termina con su vida (53).

Desde su perspectiva Aláez (61) identifica las siguientes fases:

1. Fase ideativa. La persona recibe el impacto emocional negativo que la lleva a pensar en el suicidio. No descarta el hecho ni la posibilidad de su comisión.
2. Fase deliberativa. El sujeto sigue recibiendo estimulación negativa. No busca ayuda o si la busca no se le ofrece de modo efectivo. Puede ocurrir que la persona tampoco ofrezca los datos suficientes para poder ser ayudada por miedo o vergüenza. El caso es que comienza a tomar el suicidio como su última posibilidad.
3. Fase decisiva. Por fin el individuo decide llevar a cabo el hecho y se tranquiliza. Tras haber luchado contra sí mismo ya se ve inducido a poner en práctica el suicidio y a llevarlo a cabo, le guste o no. Aquí aún se puede frenar a la persona y prestarle ayuda. La persona siempre va dando muestras de que no desea hacerlo y, en ocasiones, lo anuncia.
4. Fase dilatoria: El sujeto tiene la esperanza de que ocurra algo que pueda disuadirle de cometer el hecho, pero no suele ocurrir nada. Entonces va alargando el plazo de la comisión.
5. Fase operativa: El individuo va preparando su muerte y dejando arreglados todos los asuntos para cuando no se encuentre en este mundo. En esta fase los parientes piensan que ocurre algo extraño, pero no sospechan el qué.
6. Fase ejecutiva: El sujeto lleva a cabo su idea (53).

Es importante aclarar que las fases no son completamente equivalentes entre los autores mencionados y se presentan diferencias de enfoque.

4.6 Epidemiología del suicidio

4.6.1 En el mundo

En la actualidad, el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo y en algunos países es la segunda causa en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera en los de 15 a 44. Su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones (1). Sin embargo, los diferentes procedimientos de registro, así como los valores sociales y las prácticas culturales de cada país probablemente tienen efecto en el registro de defunciones y pueden conducir a errores de cuantificación del suicidio (1).

Diariamente, se producen en el mundo de 8 mil a 10 mil intentos de suicidio, de los que 1.000 lo consiguen. Según la OMS, el suicidio sería la décima causa de muerte en los países civilizados. Según los cálculos, el suicidio representa el 1,5% de los fallecimientos en todo el mundo, con especial prevalencia en los países menos desarrollados (1).

Las cifras crecientes de los casos de suicidio consumado representan un grave problema de salud pública, estimándose que en lo que llevamos de siglo ya se han producido más de cinco millones de muertes por suicidio en el mundo. Según cálculos de la OMS los suicidios representaban el 1,8% de las muertes en el año 1998 y estimaban que para el año 2020 se incrementaría hasta el 2,4% (1).

La depresión es la causa del 70% de los suicidios. Según la Organización Mundial de la Salud, hacia el año 2020, la depresión será el 2o problema de salud en todo el mundo y la 1a causa de baja laboral en los Países desarrollados (OMS). En algunos países el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte en personas entre los 15 y 44 años, y la segunda causa de muerte en el grupo de edad entre los 10 y los 24 años. En estas cifras no se incluyen los intentos de suicidio que son hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado (1).

Acorde a la edad, las tasas de suicidio no tienen una distribución igual en la población general. Un marcador demográfico importante del riesgo de suicidio es la edad. A nivel

mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad. Aunque tradicionalmente las cifras han sido más altas entre los varones de edad avanzada, las tasas de los jóvenes han ido en aumento hasta tal punto que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Entre los 15 y 30 años el suicidio es la segunda causa de muerte, tras los accidentes de tráfico. Conforman el 30% de las muertes entre los estudiantes universitarios y del 10% de las muertes en personas entre 25 y 34 años. Es la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Sin embargo, más del 70% de las personas que se suicidan son mayores de 40 años y la frecuencia aumenta en los mayores de 60 años, sobre todo en los varones (62).

En cuanto al sexo, la frecuencia de suicidios entre varones es cuatro veces superior a la de las mujeres; es decir, estos consuman el suicidio en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres, no obstante, ellas hacen intentos con una frecuencia tres veces mayor (62).

En lo referente a las autolesiones, a nivel mundial se estiman un 3-5% de la población mayor de 16 años, incluidos los suicidios consumados. La cifra anual en la Unión Europea es de 800 -1.000 casos por cada cien mil habitantes. El 15-30 % de los pacientes que se autolesionan repiten la conducta antes del año, y entre el 1-2% se suicidarán entre los 5 y 10 años siguientes a la tentativa (62).

En los países desarrollados murieron por suicidio 189 500 personas, la mitad de ellas entre las edades de 30-44 años, y en el tercer mundo murieron de esta forma aproximadamente 106 500 personas, la mayoría de ellas en las edades de 15-29 años (62).

Observamos que este fenómeno afecta en edades más tempranas a los países en vías de desarrollo, constituyendo un serio problema social, pues frustra miles de vidas potencialmente productivas en su periodo óptimo de formación y desarrollo psicosocial (62).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica tasas bajas las que están por debajo de 5 suicidios por cien mil habitantes, medias entre 5 - 14, altas entre 15 a 30 y por encima de treinta se denominan muy altas. Según las tasas de suicidio por cien mil habitantes, los diferentes países se pueden dividir en 4 grupos. En el año 1993 el cuadro a nivel mundial era el siguiente:

Primer grupo: Comprende aquellos países que tienen una tasa de suicidio por encima de 25. Figuran aquí Lituania, 47,6; Rusia, 43,7; Estonia, 42,9; Hungría, 36,1; China, 33,8 y Finlandia, 27,7.

Segundo grupo: Incluye a aquellos países cuyas tasas son de 19 a 25. Ellos son Ucrania, 23,7; Croacia, 23,1; Dinamarca y Austria, 22,4; Suiza y Francia, con 21,5.

Tercer grupo: Son aquellos en los que las tasas están entre 12 y 18. Son Bulgaria, 17,5; Japón, 17; Suecia, 16,2; Alemania, 15,7; Polonia, 14,6; Noruega, 13,8; Canadá, 13,2; Estados Unidos, 12,1.

Cuarto grupo: Con tasas menores de 11. En este grupo están Australia, 11,6; Puerto Rico, 9; Italia, 8,1; Corea del Sur, 8; España, 7,2; Israel, 7; Chile, 4,9; Colombia, 3,1; Albania, 2,3; Azerbaiján, 1,6 y Malta que tiene 0,5. El país con mayor índice de suicidio en 1994 era Lituania, y el de menor, Malta, mientras que el grupo de países más afectados por el suicidio en los últimos años es el de Europa del Este, el llamado “*cinturón suicida*”.

Las variaciones en las estadísticas parecen indicar que la comparación internacional de las tasas de suicidio sería más provechosa cuando los expertos de los países de que se trate pudieran reunirse para explicar los factores responsables de esas variaciones, la manera en que se llega al dictamen de suicidio en los diferentes países, y la forma en que una defunción por suicidio se registra en las estadísticas nacionales (62).

Otros datos estiman que las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas que en las rurales. Se ha observado que los individuos blancos se suicidan con una frecuencia casi del doble, que los individuos de otras razas. También difiere la tasa de suicidio según el estado civil, las personas casadas tienen menos probabilidades de intentar o de consumar el suicidio que las personas separadas, divorciadas o viudas que viven solas. Los suicidios son más frecuentes entre los familiares de quienes han realizado un intento o se han suicidado (62).

Se ha señalado que el 90% de quienes se quitan la vida tienen algún tipo de trastorno mental, y que el 50% de los suicidas cumplía los criterios de depresión (esta asociación es algo más débil en los países asiáticos). En la misma línea, se señala que 10%-15% de los individuos con trastorno bipolar muere por esta causa; mientras que en el caso de la esquizofrenia, el suicidio está presente en el 4%-5% de los fallecimientos. Patologías como el cáncer, el sida, la esclerosis múltiple o la epilepsia también aumentan el riesgo, según se

ha observado en algunos estudios. Parece que las estaciones del año tienen cierta influencia, ya que se ha observado que se da un aumento del suicidio en primavera y en otoño (62). Se ha señalado que los ateos tienen una tasa más alta de suicidios que los creyentes, y entre estos, la tasa más alta es la de los budistas, seguidos de los cristianos, hindúes y por último los musulmanes (62).

4.6.2 Panorama del suicidio en la región de las Américas

Con alrededor de 65.000 defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7,3 por 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009, el suicidio constituye un problema de salud pública de extremada importancia en las Américas. Desde una perspectiva subregional, el Caribe no hispano y América del Norte presentaron las tasas más elevadas en el periodo 2005-2009, mientras que las tasas más bajas se observaron en las subregiones de América Central, Caribe hispano y México, y de América del Sur (Cuadro 1.1). No obstante, varios países del Caribe no hispano carecen de datos completos por lo que las tasas se deben interpretar con cautela (63).

Cuadro 1.1. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes, no ajustadas y ajustadas según la edad, en la Región de las Américas y sus subregiones, 2005–2009^a.

Región y subregiones	Tasas no ajustadas según la edad			Tasas ajustadas según la edad		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
América	7,62	12,1	3,14	7,26	11,54	3,04
América Latina y el Caribe	5,20	8,22	2,10	5,23	8,39	2,12
América del Norte	11,43	18,24	4,80	10,07	15,88	4,27
América Central, Caribe hispano y México	5,06	8,11	1,97	5,30	8,50	2,02
América del Sur	5,22	8,18	2,13	5,16	8,27	2,13
Caribe no hispano	7,36	11,76	3,13	7,37	11,84	3,12

^aEstándar utilizado: población mundial 2005–2009.

La tasa ajustada según la edad correspondiente a América Latina y el Caribe fue de 5,2 por 100.000 habitantes para ambos sexos. Por subregiones, las tasas anuales de suicidio por 100.000 habitantes, conjuntas para ambos sexos, ajustadas según la edad, fueron: América del Norte, 10,1; América Central, Caribe hispano y México, 5,3; Suramérica, 5,2; y Caribe no hispano, 7,4 (63).

Si se incluían todos los grupos de edad, el suicidio en la Región constituía la 36.a causa principal de muerte; la 21.a entre los hombres y la 46.a entre las mujeres. En América del Norte ocupaba el puesto más alto, ubicándose en la 21.a posición. Entre las personas de 20 a 24 años era la tercera causa principal de muerte en las Américas; entre las personas de 10 a 19 años y de 25 a 44 años era la cuarta causa de muerte (63).

El suicidio representaba el 12,4% de las causas externas de muerte en las Américas, pero ello variaba según la subregión, con 19,5% en América del Norte y 7,9% en América del Sur (63).

4.6.3 En Colombia

Durante el año 2016 se reportaron 2.310 Suicidios, 242 casos (10,4 %) más que en el año inmediatamente anterior. El decenio 2007-2016 acumulo 19.177 casos, con una media de 1.918 eventos por año, lo que indica 193 suicidios al mes, y seis suicidios por día. La tasa de lesiones fatales auto-infligidas en 2016 fue de 5,20 eventos por cada 100.000 habitantes (3).

Se observó en el año 2016 un comportamiento alto en el grupo de edad entre los 20-24 años y entre los 25-29 años (270 y 228 casos respectivamente) para los hombres; mientras que en las mujeres entre los 15-17 y 20-24 años (71 y 57 casos respectivamente) (3).

El mecanismo de asfixia es el más común adoptado por hombres y mujeres, presentando 1.421 casos (61,52 %); seguidos por tóxicos 447 casos (19,35 %) y por el proyectil de arma de fuego 266 casos (11,52 %) (3).

En cuanto a la razón del suicidio se reporta que las enfermedades físicas y mentales son las primeras causas para asumir esta determinación, reportándose 311 casos (29,09 %); el conflicto de pareja o expareja es la segunda causa con 277 casos (25,91 %) (3).

La vivienda (72,13 %) sigue siendo el escenario donde la víctima opta por el suicidio. El 78% de los municipios que reportaron casos de suicidio durante el año 2016, tuvieron una tasa por 100.000 habitantes superior a la nacional. Las mayores tasas se registraron en los municipios de Vetás-Santander (91,78), Berbeo-Boyacá (58,04), El Guacamayo -Santander (55,83); Gutiérrez-Cundinamarca (53,13) y Galán-Santander (49,29) (3).

Los casos y tasas de suicidio para el departamento de Risaralda y sus municipios, en especial La Virginia se presentan en el cuadro 3.

Cuadro 3. *Suicidios, casos y tasas por 100.000 habitantes según departamento Risaralda y municipios del hecho y sexo de la víctima. Colombia, 2016*

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab	Casos	Tasa x 100.000 hab	Casos	Tasa x 100.000 hab
66	Risaralda	49	11,47	10	2,20	59	6,69
66088	Belén de Umbría	2	15,39	-	0,00	2	7,96
66170	Dosquebradas	9	10,00	1	1,05	10	5,39
66400	La Virginia	1	7,28	-	0,00	1	3,41
66440	Marsella	1	9,22	-	0,00	1	4,62
66456	Mistrató	1	13,89	-	0,00	1	7,10
66001	Pereira	28	13,57	6	2,59	34	7,76
66572	Pueblo Rico	1	16,86	-	0,00	1	8,61
66594	Quinchía	1	6,46	2	13,57	3	9,93
66682	Santa Rosa de Cabal	5	14,97	-	0,00	5	7,51
66687	Santuario	-	0,00	1	14,99	1	7,00

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño de estudio

Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

5.2 Población

La población objeto de estudio fueron los pacientes atendidos en la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, Risaralda (Colombia) por intento suicida entre julio de 2017 y julio de 2018, que cumplieron con los siguientes criterios:

5.2.1 Criterios de inclusión:

- ✓ Ser mayor de 18 años
- ✓ Que haya sido atendido en la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo del municipio de la Virginia por intento de suicidio (no fatal) entre julio de 2017 y julio de 2018.
- ✓ Que acepte participar en el estudio y firme el consentimiento informado.

5.2.2 Criterios de exclusión:

- ✓ No estar en capacidad de comprender las indicaciones de la entrevista y el cuestionario.

5.2.2 Criterios de eliminación:

- ✓ Tener la información de los instrumentos de recolección incompleta o inadecuadamente diligenciada.

5.3 Muestra

Para este estudio se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando los pacientes que fueron atendidos en la unidad de urgencias del Hospital San Pedro y San Pablo del municipio de la Virginia entre julio de 2017 y julio de 2018 por intento de

suicidio. La muestra corresponderá a todos los pacientes que cumplan con los criterios de selección.

5.4 Instrumentos

En la presente investigación se seleccionaron como instrumentos un formato diseñado por el investigador que permite recolectar los datos sociodemográficos y clínicos necesarios, la Escala de Columbia para evaluar el riesgo de suicidio y una encuesta para valorar el acceso a los servicios de salud desde el intento de suicidio en la población de estudio. A continuación, se describirán los instrumentos y las variables a evaluar y recolectar.

5.4.1 Instrumento datos demográficos y clínicos: Se trata de un formato para recolectar las variables socio demográficas y de antecedentes clínicos del entrevistado a tener en cuenta en el estudio. Estas son: Edad, sexo ocupación, escolaridad, estado civil, creencia religiosa, zona de residencia, etnia, afiliación al sistema de salud.

5.4.2 Escala de Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio, Versión desde último contacto: El instrumento seleccionado para determinar el riesgo suicida actual del grupo de pacientes incluidos en este estudio es el *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (Escala de Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio) según sus siglas C-SSRS, que fue diseñado con el fin de abordar las incongruencias en la nomenclatura y su impacto en la identificación precisa del riesgo de suicidio, así como la necesidad de hacer medición y seguimiento de la gravedad de la ideación y la conducta suicida durante un período establecido. La escala *Columbia* es una herramienta de seguimiento y su aplicación no incluye el evento índice.

La escala tiene como objetivos: i) ofrecer definiciones de ideación y conducta suicida, conducta autodestructiva no suicida, y las evaluaciones correspondientes; ii) cuantificar el espectro completo de la ideación suicida y la conducta suicida, y medir su gravedad en determinados periodos; iii) distinguir entre conducta suicida y conducta autodestructiva no suicida; y iv) emplear un formato intuitivo que permita la integración de información de múltiples fuentes. Estos criterios se consideran indispensables para juzgar la utilidad de las escalas de evaluación del suicidio y la C-SSRS cumple todos estos criterios (64). La C-SSRS es una entrevista semiestructurada que recoge la aparición, la gravedad y la

frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el período de evaluación (64), que mide 4 constructos.

El primero es la gravedad de la ideación, con una sub-escala en la que evalúa 5 tipos de ideaciones de gravedad creciente con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 = deseos de morir a 5 = ideación suicida con plan específico e intención). El segundo es la intensidad de la ideación, con una sub-escala compuesta por 5 elementos; 2 de ellos (frecuencia y duración) se evalúan con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros 3 (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evaluarán con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5). El tercero es la conducta suicida, con una sub-escala en que se evaluarán tentativas reales, interrumpidas y abortadas, actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida con una escala nominal. La cuarta es la letalidad de la conducta suicida, con una sub-escala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa que se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 = no hay daño físico a 5 = muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal de 3 puntos (64). El instrumento en dos versiones evaluó la temporalidad del intento, el primero a lo largo de la vida y el momento de mayor gravedad y una segunda versión sobre la última visita que evaluó el cambio en tendencias suicidas desde la última consulta (65). Ver Anexo

La C-SSRS fue validada al español (65) en el año 2015, mostrando que el instrumento tiene altos niveles de validez y confiabilidad (Coeficiente de Pearson de la sub-escala de ideación $P < .000$, valor discriminante entre pacientes con y sin intento suicida $P < .000$ y un Alfa de Cronbach de 0.53), para ser usada para evaluar la ideación suicida en la práctica clínica diaria y en investigación.

Los datos clínicos se obtuvieron bajo el protocolo de entrevista semiestructurada realizada por un médico residente de Psiquiatría, quien ha recibido ya la formación académica y práctica necesaria para llevar a cabo este tipo de procedimientos con pacientes con riesgo suicida.

5.4.3 Encuesta de acceso a los servicios de salud: Adicionalmente, se utilizó un instrumento diseñado por el investigador que consiste en una serie de preguntas cerradas dirigidas a determinar el acceso a los servicios de salud desde el intento de suicidio identificado y atendido. De manera específica, estas preguntas evaluaron los componentes de accesibilidad (tiempo hasta el servicio, costos, posibilidad de movilización),

aceptabilidad (percepción de necesidad de tratamiento clínico, uso de medicamentos, controles con psicología), contacto (cantidad de valoraciones por psicología y psiquiatría desde el intento de suicidio, suministro de medicamentos de forma completa y a tiempo) y cobertura efectiva (satisfacción por parte del paciente con los servicios de salud mental) por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la población de estudio.

Los componentes y sub ítems evaluados en este instrumento son determinados de acuerdo al modelo de cobertura efectiva de Tanahashi, que se caracteriza por combinar las variables propias del contexto del sistema como la disponibilidad de los recursos o el porcentaje de afiliación de la población específica con variables propias de la población como el costo, la disponibilidad de tiempo de traslado o el deseo de utilizar dichos servicios.

5.5 Variables

La lista de las variables incluidas para análisis en el presente estudio, se encuentran especificadas en el siguiente cuadro:

Cuadro de operacionalización de variables

Nombre	Naturaleza	Nivel de medición	Forma de interrelacionarse	Categoría / Unidad de medida
Edad	Cuantitativa - Discreta	De Razón	Independiente	en años cumplidos
Sexo	Cualitativa	Nominal	Independiente	Hombre Mujer
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Independiente	Abierta
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Independiente	0: Ninguno 1: Primario 2: Bachillerato 3: Técnica 4: Tecnología 5: Profesional 6: Posgrado
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Soltero 2: Casado 3: Divorciado 4: Viudo 5: Separado 6: Unión libre
Creencia religiosa?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Si

				2: No
Zona de residencia	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Urbana 2: Rural
Etnia	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Indígena 2: Mestizo 3: Blanco 4: Negra
Afiliación a salud	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Subsidiado 2: Contributivo 3. No tiene
Acceso a los servicios en salud				
Disponibilidad de servicios de salud mental	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Sí 2: No
Tiempo hasta servicio de salud mental	Cuantitativa	De razón	Independiente	Tiempo en minutos que le toma a la persona llegar hasta el servicio de salud mental desde su domicilio
Costo para acceder a servicios de salud mental	Cuantitativa	De razón	Independiente	Costo en pesos colombianos que gasta el paciente para un contacto con servicios de salud mental
Facilidad de acceso a salud mental (permiten sus obligaciones tener facilidad para consultar a salud mental)	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Sí 2: No
Método utilizado para llegar al servicio de salud mental	Cualitativa	Nominal	Independiente	Abierta
Autopercepción de necesidad de manejo por psiquiatría y psicología	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Sí 2: No
Autopercepción de necesidad de necesita manejo con medicamentos	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Sí 2: No
Disposición frente a adherencia al manejo por psiquiatría y psicología	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Sí 2: No
Cantidad de atenciones por psiquiatría desde el intento de suicidio	Cuantitativa	De razón	Independiente	Número de veces que ha sido valorado por psiquiatría
Cantidad de atenciones por psicología desde el intento de suicidio	Cuantitativa	De razón	Independiente	Número de veces que ha sido valorado por psicología

Entrega de medicamentos de acuerdo a las indicaciones médicas	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Sí 2: No
Satisfacción con los servicios de salud mental desde el intento de suicidio	Cuantitativa	Ordinal	Independiente	1: Muy insatisfecho 2: Insatisfecho 3: Satisfecho 4: Bastante satisfecho 5: Muy satisfecho
Oportunidades de mejoramiento de los servicios de salud mental	Cualitativa	Nominal	Independiente	Abierta
Escala C-SSRS				
Deseos de morir	Cualitativa	Nominal	Dependiente	1: Sí 2: No
Pensamientos suicidas activos no específicos	Cualitativa	Nominal	Dependiente	1: Sí 2: No
Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar	Cualitativa	Nominal	Dependiente	1: Sí 2: No
Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico	Cualitativa	Nominal	Dependiente	1: Sí 2: No
Ideación suicida activa con plan específico e intención	Cualitativa	Nominal	Dependiente	1: Sí 2: No
Frecuencia. ¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?	Cuantitativa	De razón	Dependiente	#
Duración. ¿Cuándo tiene esos pensamientos, ¿Cuánto tiempo duran?	Cuantitativa	De razón	Dependiente	Horas
Control. ¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?	Cualitativa	Nominal	Dependiente	(1) Puede controlar los pensamientos fácilmente (2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad (5) No puede controlar los pensamientos (0) No intenta controlar los pensamientos
Impedimentos. ¿Hay cosas - alguien o algo (p ej., la familia, la religión, el dolor	Cualitativa	Nominal	Dependiente	(1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de

al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?				suicidio (2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron (0) No corresponde
Razones para la ideación	Cualitativa	Nominal	Dependiente	(1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor. (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (0) No corresponde
Número total de intentos	Cuantitativa	De razón	Dependiente	#
¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?	Cualitativa	Nominal	Dependiente	1: Si 2: No
¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera?	Cualitativa	Nominal	Dependiente	1: Si 2: No
¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo?	Cualitativa	Nominal	Dependiente	1: Si 2: No
¿Ha hecho algún preparativo	Cualitativa	Nominal	Dependiente	1: Si

para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)?				2: No
Grado de letalidad y lesiones:	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	<p>0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales).</p> <p>1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces).</p> <p>2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de Conducto sanguíneo principal).</p> <p>3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves).</p> <p>4. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital).</p> <p>5. Muerte</p>
Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real	Cualitativa	Nominal	Dependiente	<p>0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones</p> <p>1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte</p> <p>2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención medica disponible</p>

5.6 Procesamiento de la información

La recolección de la información se realizó aplicando los instrumentos diseñados para la toma de datos. Esto se desarrolló mediante visitas domiciliarias previamente acordadas con los participantes (de acuerdo a los datos suministrados por parte de la E.S.E. San Pedro y San Pablo de La Virginia, área de salud mental).

La recolección se realizó en formatos impresos, diligenciados por un residente de Psiquiatría, que en su formación académica ha recibido adecuado entrenamiento para esta tarea. Posteriormente, una persona independiente verificó el adecuado diligenciamiento de la información. Cada instrumento diligenciado fue sistematizado en una tabla de datos elaborada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016. Posteriormente, esta tabla de datos fue exportada al paquete estadístico SPSS versión 20, y fue revisada y verificada por los investigadores. Los análisis estadísticos se realizaron en este mismo programa.

5.7 Plan de análisis

Para el análisis descriptivo de los aspectos sociodemográficos, psicosociales, de acceso a los servicios de salud y clínicos de la población de estudio se utilizaron tablas de frecuencia absoluta, frecuencia relativa e indicadores de resumen como medidas de tendencia central, de posición y de dispersión. Se estableció el criterio de normalidad de la edad de los pacientes y con base a esta prueba se utilizó la prueba U Mann Whitney para la diferencia entre grupos independientes. La descripción del riesgo suicida actual del grupo de pacientes participantes en el estudio fue obtenida mediante la escala C-SSRS, para lo que se realizó la medición de la prevalencia puntual arrojada por este instrumento.

5.8 Aspectos éticos

Esta investigación se consideró como de riesgo mínimo, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 008430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud de Colombia. Contó con

aprobación por parte del comité de Ética de la Universidad Tecnológica de Pereira y con autorización administrativa de la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia.

Por medio del formato de consentimiento informado se invitó a participar a cada paciente, previo cumplimiento de criterios de selección; se informó el objetivo y alcance del estudio y se resolvieron las dudas. Se estableció el debido proceso frente al derecho de escuchar y entender el consentimiento informado por parte de los participantes, incluyendo las limitaciones y los alcances del estudio, además de la voluntariedad de la participación (Ver Anexo).

Este proyecto no generó impactos negativos ambientales o sociales; por otro lado, debido a que se fundamentó en la aplicación de la Escala C-SSRS que evalúa el riesgo de suicidio, los sujetos en los que se evidenció algún tipo de impacto psicológico por parte del investigador (quien tiene formación en psiquiatría), previa ampliación, intervención de urgencia requerida, se direccionaron a la unidad local de salud para su seguimiento a través del programa de salud mental correspondiente.

No se compartirá la identidad de los participantes en la investigación. La información de este proyecto de investigación se mantendrá bajo criterios de confidencialidad. Toda la información del paciente, registrada en los instrumentos, se identifica mediante un número en vez de su nombre. Solo los investigadores saben cuál es el número de cada paciente y la información se mantendrá guardada en un archivador con llave, en las instalaciones del Hospital. No será compartida ni entregada a nadie, excepto al mismo grupo de investigadores. Se garantizará una adecuada custodia de la información recolectada de las historias clínicas seleccionadas.

Además, se tuvo en cuenta la resolución colombiana 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. La base de datos que se obtuvo no tiene en cuenta registros que permitieran individualizar al sujeto de estudio, en ellas se omitió el nombre, apellidos y el documento de identificación.

6. RESULTADOS

Aspectos generales

Se revisaron las historias clínicas de 69 pacientes que ingresaron por intento suicida al servicio de urgencias del Hospital San Pedro y San Pablo del Municipio de la Virginia entre los meses de Julio de 2017 y Julio de 2018, a quienes se le aplicaron las escalas sociodemográficas y clínica. Solo 21 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión pre-establecidos para la aplicación de la escala *Columbia* para la severidad de la ideación suicida y acceso a los servicios.

Aspectos sociodemográficos de los pacientes

De las historias clínicas de 69 pacientes, el 66,7% (n=46) eran mujeres con una mediana de edad de 18 años (RI=8) y la mediana de la edad de los hombre fue 24 años (RI= 20 años), se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad entre mujeres y hombres (p=0,011). Con respecto a otros aspectos sociodemográficos del paciente como el estado civil, la ocupación, la religión y el nivel educativo, el no reporte de información superó el 56%, debido a que no se encontraba registrado en las historias clínicas. Ver tabla 1.

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas según reporte de la historia clínica.

		Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Sexo	<i>Femenino</i>	46	66,7%
	<i>Masculino</i>	23	33,3%
Estado civil	<i>Soltero(a)</i>	12	40%
	<i>Casado(a)</i>	4	13,3%
	<i>Unión libre</i>	11	36,6%
	<i>Divorciado(a)</i>	3	2,9%
<i>No reporta</i>	39	56,5%	
Ocupación	<i>Agricultor</i>	2	8,3%
	<i>Ama de casa</i>	2	8,3%
	<i>Artesano</i>	1	4,1%
	<i>Asesor comercial</i>	1	4,1%

	<i>Empleada domestica</i>	1	4,1%
	<i>Estudiante</i>	12	50%
	<i>Desempleado</i>	4	16,6%
<i>No reporta</i>		46	66,7%
Religión	<i>Católica</i>	4	80%
	<i>Cristiana</i>	1	20%
<i>No reporta</i>		64	92,8%
Nivel educativo	<i>Primaria</i>	3	11,1%
	<i>Secundaria</i>	23	85,1%
	<i>Universitaria</i>	1	3,7%
<i>No reporta</i>		42	60,9%

Aspectos psicosociales de los pacientes

Al describir los aspectos psicosociales según los registros de las historias clínicas se registraron discapacidades de tipo intelectual (n=2), ningún paciente reportó situaciones de desmovilización, inmigración o catástrofe, pero el 71,0% reportó problemas familiares y el 63,8% refirió apoyo de la familia. Ver tabla 2.

Tabla 2. Distribución de las características psicosociales según reporte de la historia clínica.

		Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Discapacidad	<i>Si (retardo mental)</i>	2	2,9%
	<i>No</i>	67	97,1%
Inmigrante	<i>No</i>	69	100,0%
Desmovilizado	<i>No</i>	69	100,0%
LGTBI	<i>Si</i>	1	1,4%
	<i>No</i>	68	98,6%
Pérdida personal	<i>Si</i>	2	2,9%
	<i>No</i>	67	97,1%
Pérdidas familiares	<i>Si</i>	13	18,8%
	<i>No</i>	56	81,2%
Pérdida económica	<i>Si</i>	1	1,4%
	<i>No</i>	68	98,6%
Desempleado	<i>Si</i>	6	8,7%
	<i>No</i>	63	91,3%

Alguna catástrofe	No	69	100,0%
Algún desarraigo	Si	2	2,9%
	No	67	97,1%
Aislamiento	Si	5	7,2%
	No	64	92,8%
Violencia ambiental (intergeneracional)	Si	4	5,8%
	No	65	94,2%
Problemas familiares	Si	49	71,0%
	No	20	29,0%
Tiene apoyo de la familia	Si	44	63,8%
	No	25	36,2%
Violencia doméstica, abandono, desamparo	Si	6	8,7%
	No	63	91,3%

Estado clínico de los pacientes al ingreso a urgencias

Los síntomas más frecuentemente reportados en las historias clínicas fueron baja autoestima (95,7%), frustración (92,8%), cambios recientes del estado de ánimo (84,1%), depresión (82,6%) y ansiedad (76,8%), Ver tabla 3.

Tabla 3. Distribución de antecedentes psicológicos del paciente según reporte de la historia clínica.

		Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Ansiedad	Si	53	76,8%
	No	16	23,2%
Depresión	Si	57	82,6%
	No	12	17,4%
Bajo autoestima	Si	66	95,7%
	No	3	4,3%
Cambios de ánimo	Si	58	84,1%
	No	11	15,9%
Alteraciones del sueño	Si	29	42,0%
	No	40	58,0%
Frustración	Si	64	92,8%
	No	5	7,2%

Diagnósticos de enfermedad mental al ingreso a Urgencias

De los 69 pacientes, a 49 se les realizó diagnóstico psiquiátrico (71%). El diagnóstico de enfermedad mental más habitual fue Depresión en 37 (53,6%), 11 con Trastorno por Consumo de Sustancias Psicoactivas (15,9%), 5 con Trastorno Bipolar (7,2%) y 2 con Trastorno de Adaptación (2,8%), Ver tabla 4.

Tabla 4. Distribución de antecedentes diagnóstico de enfermedad mental al ingreso a urgencias según reporte de la historia clínica.

Diagnostico	Subtipo	Parcial	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Depresión	<i>Ira vez</i>	23	37	53,6%
	<i>Trastorno depresivo</i>	14		
Trastorno por consumo de sustancias	<i>Consumo Múltiples</i>	6	11	15,9%
	<i>Consumo Cannabis</i>	4		
	<i>Consumo de Cocaína</i>	1		
Trastorno Bipolar			5	7,2%
Trastorno de Adaptación			2	2,8%
Retraso Mental Leve			2	2,8%
Reacción al Estrés Agudo			1	1,4%
Psicosis no especificada			1	1,4%

En 7 de los 11 pacientes con Trastorno por consumo de sustancias se observó otra morbilidad psiquiátrica, 1 paciente con Trastorno Bipolar y 6 con Depresión.

Al indagar sobre el tipo de intento de suicidio, 36,7% presentaron intoxicación con medicamentos, 29% corte con objeto cortante o corto-punzante y 20,3% intoxicación con veneno. De acuerdo a la historia clínica, el investigador clasificó el grado de letalidad del intento suicida en: baja un 56,5% (Comportamiento con poca probabilidad de lesiones), media con un 21,7% (Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte), y alta en el 21,7%. (Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención medica

disponible) Ver tabla 5.

Tabla 5. Distribución del intento de suicidio del paciente según reporte de la historia clínica.

		Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Método de elección para el intento	<i>Intoxicación con medicamentos</i>	25	36,2%
	<i>Corte con objeto cortante o corto punzante</i>	20	29,0%
	<i>Intoxicación con veneno</i>	14	20,3%
	<i>Ahorcamiento</i>	5	7,2%
	<i>Lanzarse de un puente o sitio alto</i>	3	4,3%
	<i>Intoxicación auto inflingida con gases</i>	1	1,4%
	<i>Accidente en moto</i>	1	1,4%
Letalidad	<i>Baja</i>	39	56,5%
	<i>Media</i>	15	21,7%
	<i>Alta</i>	15	21,7%

Antecedentes familiares

Los antecedentes familiares psiquiátricos y psicológicos sumaron cerca del 29%, siendo la depresión, el consumo de drogas y alcohol, junto con los intentos suicidas los observados con más frecuencia. Además en 2,8% de los pacientes que se le revisaron historia clínica, tenían antecedentes de suicidio en la familia, Ver tabla 6.

Tabla 6. Distribución de antecedentes familiares según reporte de la historia clínica.

Antecedentes Familiares	Subtipo	Parcial	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Psiquiátricos	Depresión	6	12	17,3%
	Consumo de alcohol y drogas	4		
	Trastornos de ansiedad	2		
Psicológicos	Intentos suicidas (Padres o hermanos)	4	8	11,5%
	Suicidio (Tío, primo)	2		

	Muerte de familiar (Padre, abuela)	2	
Cáncer (Madre)		2	2,8%

Antecedentes personales de los pacientes

De los 69 pacientes, 45 reportaron antecedentes personales (65,2%). Entre los antecedentes psicológicos y psiquiátricos más sobresalientes tenemos: el Trastorno por Consumo de Sustancias que fue el más frecuente (31,8%), seguido de la Depresión (27,5%), comportamentales como las lesiones autoinflingidas intencionalmente o “Cutting” (13%) y Trastorno Bipolar (7,2%). Respecto a otros antecedentes personales relevantes, se resaltan los reportes de otros diagnósticos médicos (11,5%) y abuso sexual (1,4%), Ver tabla 7.

Tabla 7. Distribución de antecedentes personales de enfermedad mental al ingreso a urgencias según reporte de la historia clínica.

Antecedentes Personales	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Trastorno por consumo de sustancias (<i>Cannabis, Cocaína, Basuco, Psicotrópicas</i>)	22	31,8%
Intento suicida	19	27,5%
Depresión	14	20,2%
“Cutting” Autoagresión por cortes	9	13%
Trastorno bipolar	5	7,2%
Retardo mental	2	2,8%
Cáncer	2	2,8%
Dolor crónico	2	2,8%
Abuso sexual	1	1,4%
Otros diagnósticos médicos (<i>Hipertensión, Diabetes, Asma, Enf. Neurológica, Ulcera gástrica</i>)	8	11,5%

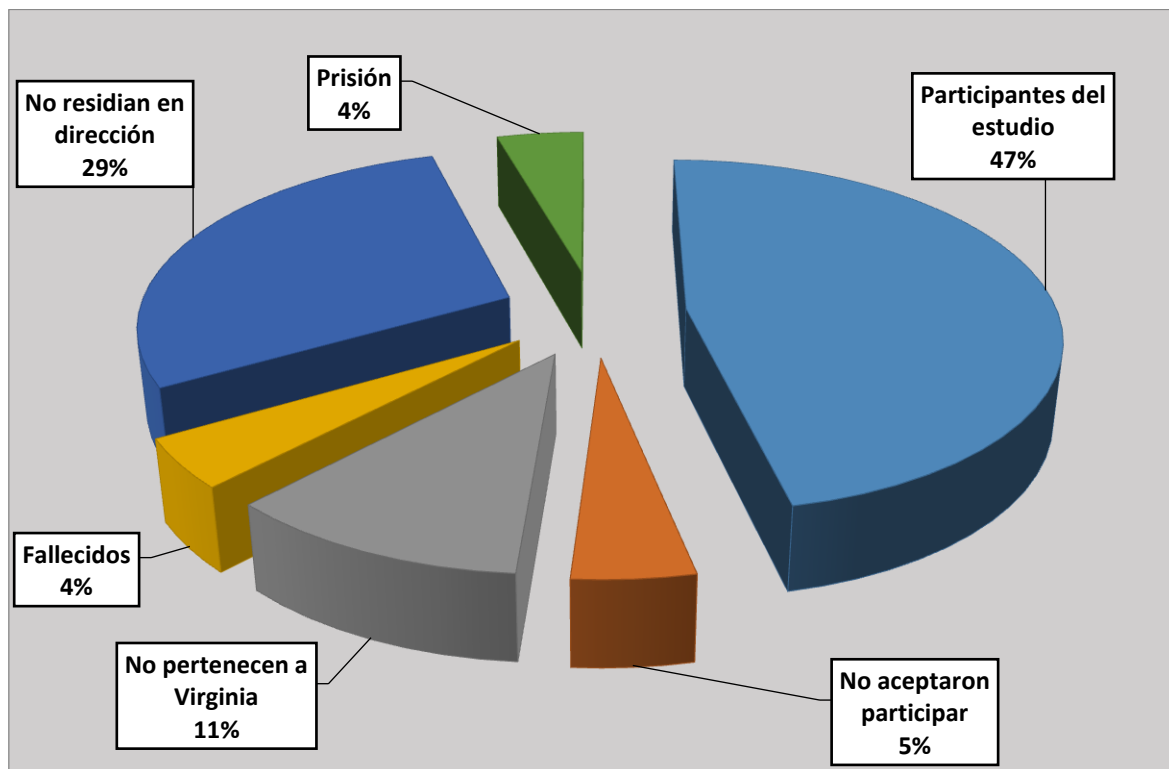
Resultados de la selección de pacientes

Dado que la población objeto del estudio eran los mayores de 18 años, se excluyeron 24 pacientes por ser menores de edad. Los datos principales de este grupo son: rango entre 9 y 17 años, predominio de sexo femenino (83,3%) y procedencia del municipio de la Virginia (87.5%); los principales métodos de autoagresión de este grupo fueron cortes e intoxicación con sustancias diversas, seguidos de ahorcamiento y lanzarse desde un sitio alto (Puente al río).

De los 45 pacientes adultos, 24 no fueron incluidos, por las siguientes razones: 5 no pertenecían al municipio de la Virginia o al corregimiento de Caimalito, 2 habían fallecido debido a enfermedad crónica terminal (Cáncer), 2 se encontraban en prisión, 13 no residían en la dirección suministrada, haciendo imposible su localización, 2 se encontraban fuera del país y 2 se negaron a participar.

Los 21 restantes se incluyeron en el estudio de caracterización clínica y de acceso de servicios en salud, Ver figura 1.

Figura 1. Distribución de los criterios de selección de los participantes.



Caracterización del acceso a los servicios de salud desde el momento del intento de suicidio hasta la evaluación de la escala de *Columbia* para la severidad de la ideación suicida.

Finalmente, 21 pacientes participaron de manera voluntaria y con consentimiento informado en la aplicación de la encuesta de acceso a servicios de salud y la escala de *Columbia* para la severidad de la ideación suicida. Los participantes tuvieron una mediana de edad de 23 años (RI: 17 años), predominio de sexo femenino (71,4%) y nivel educativo secundaria (71,4). Ver tabla 10.

Tabla 10. Distribución de las características sociodemográficas de los pacientes que participaron en la escala Columbia.

		Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Sexo	<i>Femenino</i>	15	71,4%
	<i>Masculino</i>	6	28,6%
Estado civil	<i>Soltero(a)</i>	8	38,1%
	<i>Casado(a)</i>	3	14,3%
	<i>Unión libre</i>	9	42,9%
	<i>Divorciado(a)</i>	1	4,8%
Ocupación	<i>Ama de casa</i>	7	33,3%
	<i>Estudiante</i>	3	14,3%
	<i>Desempleado</i>	5	23,8%
	Otros	6	28,6%
Religión	<i>Católica</i>	13	61,9%
	<i>Cristiana</i>	3	14,3%
	<i>Ninguna</i>	5	23,8%
Nivel educativo	<i>Primaria</i>	5	23,8%
	<i>Secundaria</i>	15	71,4%
	<i>Técnico</i>	1	4,8%

En relación con el acceso a los servicios de salud después del egreso hospitalario por el intento suicida índice, el 90,5% de los pacientes tenían afiliación al régimen de salud. A todos se les indicó seguimiento por psiquiatría y psicología. Respecto a psiquiatría, el

61,9% tuvo acceso al servicio, 14,3% tuvo problemas de acceso y 23,8%, rechazaron el servicio. En cuanto a psicología, el 52,4% tuvo acceso al servicio, 19% tuvo problemas de acceso y 28,6%, rechazaron el servicio.

El medio de transporte más frecuente para la asistencia a las citas de salud mental fue el transporte público y bicicletas, y al 100% de los participantes sus obligaciones le permiten asistir a los controles clínicos.

El 69,3% de los participantes que toman medicamentos psiquiátricos manifestaron tener problemas administrativos para recibirlos. Frente a la satisfacción de los pacientes, menos del 5% de ellos se sienten insatisfechos con la atención recibida en el servicio de salud mental. Ver tabla 11.

Tabla 11. Distribución del acceso a los servicios de salud de los pacientes que participaron en la escala Columbia.

Acceso a servicios de salud post egreso		Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Tipo de afiliación en salud	<i>Contributivo</i>	8	38,1%
	<i>Subsidiado</i>	11	52,4%
	<i>Vinculado</i>	2	9,5%
Disponibilidad para valoración psiquiátrica	<i>Si</i>	13	61,9%
	<i>No</i>	3	14,3%
	<i>No aceptación de cita por paciente</i>	5	23,8%
Disponibilidad para valoración psicológica	<i>Si</i>	11	52,4%
	<i>No</i>	4	19,0%
	<i>No aceptación de cita por paciente</i>	6	28,6%
Medio de transporte que utiliza para ir a las citas de salud mental	<i>Servicio público</i>	5	38,4%
	<i>Bicicleta</i>	4	30,7%
	<i>Caminando</i>	2	15,3%
	<i>Motocicleta</i>	2	15,3%
¿Le permiten sus obligaciones asistir a controles de psiquiatría / psicología?	<i>Si</i>	13	100%
	<i>No</i>	0	0%
Considera que es necesario para su caso el manejo con:	<i>Psiquiatría</i>	1	4,8%
	<i>Psicología</i>	1	4,8%
	<i>Medicamentos</i>	1	4,8%

	<i>Con todos los anteriores</i>	8	38,1%
	<i>No lo considero necesario</i>	10	47,6%
¿Si toma medicamentos por psiquiatría ha tenido problemas para recibirlos?	<i>Si</i>	9	69,3%
	<i>No</i>	5	30,7%
¿Qué tan satisfecho se siente con la atención recibida en salud mental?	<i>Insatisfecho</i>	1	4,8%
	<i>Satisfecho</i>	16	76,2%
	<i>Bastante satisfecho</i>	1	4,8%
	<i>Muy satisfecho</i>	3	14,3%
¿Qué podría mejorar el servicio de salud mental?	<i>Mejorar los convenios con la Virginia para las citas y no viajar a Pereira para las valoraciones.</i>	8	38,1%
	<i>Entrega completa de los medicamentos</i>	2	9,5%
	<i>Todo está bien</i>	9	42,9%
	<i>No sabe</i>	2	9,5%

Aspectos psicosociales de los pacientes que participaron en la aplicación de la escala *Columbia* para la severidad de la ideación suicida.

Solo un paciente presento problemas de discapacidad, ninguno de los pacientes que participaron en la escala manifestó situación de desmovilización, de inmigración o pertenecía algún grupo LGTBI. Los aspectos psicosociales más relevantes fueron problemas familiares, ansiedad, depresión, frustraciones intensas, bajo autoestima, cambios de ánimo y alteraciones del sueño. Ver tabla 12.

*Tabla 12. Distribución de las características psicosociales de los participantes en la aplicación de la escala *Columbia* para la severidad de la ideación suicida.*

		Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Discapacidad	<i>Si</i>	1	4,8%

	<i>No</i>	20	95,2%
Inmigrante	<i>No</i>	21	100,0%
Desmovilizado	<i>No</i>	21	100,0%
LGTBI	<i>No</i>	21	100,0%
Ha presentado algún cambio en su posición socioeconómica	<i>Si</i>	1	4,8%
	<i>No</i>	20	95,2%
Pérdida personal	<i>Si</i>	1	4,8%
	<i>No</i>	20	95,2%
Esta desplazado	<i>Si</i>	1	4,8%
	<i>No</i>	20	95,2%
Ha sufrido alguna catástrofe	<i>No</i>	21	100,0%
Ha sufrido algún desarraigo	<i>Si</i>	1	4,8%
	<i>No</i>	20	95,2%
Ha presentado algún aislamiento	<i>Si</i>	2	9,5%
	<i>No</i>	19	90,5%
Violencia ambiental (intergeneracional)	<i>No</i>	21	100,0%
Problemas familiares	<i>Si</i>	16	76,2%
	<i>No</i>	5	23,8%
Tiene apoyo de la familia	<i>Si</i>	10	47,6%
	<i>No</i>	11	52,4%
Violencia doméstica, abandono, desamparo	<i>Si</i>	4	19,0%
	<i>No</i>	17	81,0%
Ha tenido en los últimos meses pérdidas familiares	<i>Si</i>	4	19,0%
	<i>No</i>	17	81,0%
¿Ha presentado frustraciones intensas?	<i>Si</i>	16	76,2%
	<i>No</i>	5	23,8%
¿Sufre ansiedad?	<i>Si</i>	19	90,5%
	<i>No</i>	2	9,5%
¿Sufre de depresión?	<i>Si</i>	14	66,7%
	<i>No</i>	7	33,3%
¿Presenta baja autoestima?	<i>Si</i>	21	100,0%
¿Presenta cambios bruscos en su estado de ánimo?	<i>Si</i>	16	76,2%
	<i>No</i>	5	23,8%
¿Presenta alteraciones del sueño?	<i>Si</i>	6	28,6%
	<i>No</i>	15	71,4%

Escala de Columbia para la severidad de la ideación suicida.

Al evaluar los aspectos generales de la severidad de la ideación suicida, el 38,1% (n=8) de los participantes han deseado estar muertos o quedarse dormidos y no despertar. Son diversos los motivos que describen esta situación como *el cansancio y el estrés, acostarme y no levantarme, el consumo de drogas y alcohol, el desespero, problemas familiares*, entre otras. 7 de los 21 pacientes han pensado en matarse realmente y 6 de los 21 pacientes han pensado como hacerlo. Los demás aspectos de la ideación suicida de estos pacientes se observan en la tabla 13.

Tabla 13. Distribución de la escala Columbia para la severidad de la ideación suicida en los pacientes desde el evento índice.

		Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
¿Deseos de morir pregunta 1: ha deseado estar muerto o quedarse dormido y no despertar?	<i>Si</i>	8	38,1 %
	<i>No</i>	13	61,9%
Describe la situación	<i>Por el cansancio y el estrés</i>	1	12,5%
	<i>Acostarme y no levantarme</i>	1	12,5%
	<i>Por el consumo de drogas y alcohol</i>	2	25,0%
	<i>Por el desespero</i>	1	12,5%
	<i>Por problemas familiares</i>	1	12,5%
	<i>Por problemas personales</i>	1	12,5%
¿Pensamientos suicidas activos no específicos pregunta 2: ha pensado realmente en matarse?	<i>Si</i>	7	33,3 %
	<i>No</i>	14	66,7%
Describe la situación	<i>A veces por rabia</i>	1	14,2%
	<i>Lo he pensado, pero me he podido contener</i>	1	14,2%
	<i>Por momentos lo pienso</i>	1	14,2%

	<i>Quería desaparecer</i>	1	14,2%
	<i>Tantas, veneno, tirarme de un puente</i>	1	14,2%
	<i>Tomar unas pastas</i>	2	28,5%
¿Ideación suicida activa con cualquier método sin intención de actuar, pregunta 3: ha pensado en cómo podría hacerlo?	<i>Si</i>	6	28,5%
	<i>No</i>	1	4,8%
	<i>N/A</i>	14	66,7%
Describe la situación	<i>He tenido deseos de lanzarme al vacío</i>	1	16,6%
	<i>Muchas cosas, tirarse de un puente, colgarse.</i>	1	16,6%
	<i>No sé</i>	1	16,6%
	<i>Pienso, pero desde la última vez me frena mi familia</i>	1	16,6%
	<i>Pues sí, no sé</i>	1	16,6%
	<i>Tomarme unas pastas</i>	1	16,6%
¿Ideación suicida activa con cierta intención de actuar sin un plan específico, pregunta 4: ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?	<i>Si</i>	3	14,3%
	<i>No</i>	4	19,0%
	<i>N/A</i>	14	66,7%
Describe la situación	<i>Por momentos quisiera tirarme al río</i>	2	66,6%
	<i>Tomarme unas pastas</i>	1	33,3%
¿Ideación suicida activa con plan específico e intención, pregunta 5: ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? Tiene la intención de llevar a cabo este plan?	<i>Si</i>	2	9,5%
	<i>No</i>	5	23,8%
	<i>N/A</i>	14	66,7%
Describe la situación	<i>Cortarme o tirarme al río</i>	1	50,0%
	<i>Elaborarlo, pero no lo he hecho</i>	1	50,0%

Escala de Columbia para la severidad de la ideación suicida con intensidad de la ideación.

Al evaluar la intensidad de la severidad de la ideación, 2 manifestaron el nivel más alto y 4 de 8 participantes presentaron una frecuencia de estos pensamientos de menos de una vez por semana. La razón más común de la ideación fue mayormente para terminar con el dolor en 6 de los 8 pacientes. Los demás aspectos de la intensidad de la ideación se observan en la tabla 14.

Tabla 14. Distribución de la escala Columbia para la severidad de la ideación suicida en los pacientes de los aspectos de intensidad de la ideación desde el evento índice.

		Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Ideación más seria: siendo 1 el menos severo y 5 el más severo	2	2	9,5%
	3	3	14,1%
	4	1	5,0%
	5	2	9,5%
	N/A	13	61,9%
Describe la situación	<i>Ahorcarme</i>	2	25,0%
	<i>Cortarme las venas</i>	1	12,5%
	<i>Tomar veneno</i>	1	12,5%
	<i>Tirarme del puente al río</i>	1	12,5%
	<i>Tomar medicamentos o pastas</i>	3	37,5%
Frecuencia: ¿cuántas veces ha tenido estos pensamientos?	<i>menos de una vez por semana</i>	4	19,0%
	<i>una vez por semana</i>	2	9,5%
	<i>de 2 a 5 veces por semana</i>	1	4,7%
	<i>diariamente o casi diariamente</i>	1	4,7%
	N/A	13	61,9%
Duración: ¿cuándo tiene estos pensamientos, cuanto tiempo dura?	<i>fugaces (pocos segundos o minutos)</i>	6	28,5%
	<i>menos de una hora (algo de tiempo)</i>	1	4,8%
	<i>más de 8 horas</i>	1	4,8%

	<i>(persistentes o continuo).</i>		
	<i>N/A</i>	13	61,9%
Control: ¿podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?	<i>puede controlar los pensamientos fácilmente</i>	5	23,8%
	<i>puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad</i>	1	4,8%
	<i>no puede controlar los pensamientos</i>	1	4,8%
	<i>no intenta controlar los pensamientos</i>	1	4,8%
	<i>N/A</i>	13	61,9%
Impedimentos: ¿hay cosas (alguien o algo) que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?	<i>los impedimentos detuvieron sus intentos de suicidio</i>	3	14,2%
	<i>los impedimentos probablemente lo detuvieron</i>	3	14,2%
	<i>no está seguro que los impedimentos lo hayan detenido</i>	1	4,8%
	<i>los impedimentos definitivamente no lo detuvieron</i>	1	4,8%
	<i>N/A</i>	13	61,9%
Razones para la ideación: que razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? Puede que haya sido para terminar con el dolor, o con la manera en que se sentía o para llamar la atención, vengarse, u obtener una reacción de los demás?	<i>mayormente para terminar con el dolor</i>	6	28,5%
	<i>absolutamente para terminar con el dolor</i>	2	9,5%
	<i>N/A</i>	13	61,9%

Escala de Columbia para la severidad de la ideación suicida con comportamiento suicida, intento real.

Al evaluar la conducta suicida con intento real, 2 de los 21 participantes han intentado realmente suicidarse, 7 han hecho algo para hacerse daño y consideran que era algo peligroso con posible consecuencia fatal, 6 con un intento y uno con más de dos, el hecho más común fue el consumo de medicamentos. Los demás aspectos de intento real se observan en la tabla 15.

Tabla 15. Distribución de la escala Columbia para la severidad de la ideación suicida con conducta suicida de los pacientes desde el evento índice; intento real.

		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
¿Ha intentado suicidarse?	<i>Si</i>	2	9,5%
	<i>No</i>	19	90,5%
¿Ha hecho algo para hacerse daño?	<i>Si</i>	7	33,3%
	<i>No</i>	14	66,7%
¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto?	<i>Si</i>	7	33,3%
	<i>No</i>	14	66,7%
¿Qué hizo?	<i>Me corté</i>	2	28,5%
	<i>Tomé medicamentos</i>	4	57,1%
	<i>Tomé veneno</i>	1	14,2%
¿Lo hizo como una manera de terminar con su vida?	<i>Si</i>	2	9,5%
	<i>No</i>	5	23,8%
	<i>N/A</i>	14	66,7%
¿Lo hizo por otras razones sin ninguna intención de suicidarse?	<i>Si</i>	5	9,5%
	<i>No</i>	2	23,8%
	<i>N/A</i>	14	66,7%
Si la respuesta es afirmativa, describa	<i>Aliviar estrés y sentir dolor</i>	1	20%
	<i>Olvidar las cosas</i>	1	20%
	<i>Para que mi esposo se sintiera mal</i>	1	20%
	<i>Para sentir dolor</i>	1	20%

	<i>Puede ser de todo un poco, descansar, no molestar</i>	1	20%
Número de intentos	<i>Uno</i>	6	85,7%
	<i>Dos</i>	1	14,2%
¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?	<i>Si</i>	5	23,8%
	<i>No</i>	2	9,5%
	<i>N/A</i>	14	66,7%
¿Qué hizo?	<i>Consumir drogas y alcohol</i>	1	20,0%
	<i>Cutting y golpearse</i>	2	40,0%
	<i>Deja de comer</i>	1	20,0%
	<i>Golpearse</i>	1	20,0%

Escala de Columbia para la severidad de la ideación suicida con comportamiento suicida, intento interrumpido e intento abortado y grado de letalidad.

Al evaluar los intentos interrumpidos, 3 de los participantes empezaron algún acto para terminar con su vida y en los 3 casos fueron detenidos por un tercero, además 3 de ellos iniciaron un acto que posteriormente abortaron. En uno de los participantes se encontraron comportamientos preparatorios (Juntar pastas). Frente al grado de letalidad y lesiones, 5 de los 21 no presentaron daño físico o muy poco daño físico, 1 daño menor y 1 daño moderado. En relación a la letalidad potencial, 5 de los 21 participantes presentaron comportamiento con poca probabilidad de lesiones y 1 con probabilidad de lesiones, pero no de muerte. Los otros aspectos relevantes se pueden observar en la tabla 16.

Tabla 16. Distribución de la escala Columbia para la severidad de la ideación suicida de los pacientes desde el evento índice de los aspectos de intento interrumpido, abortado y grado de letalidad.

		Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Intento Interrumpido			
¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida, pero alguien o algo lo detuvo antes de que lo hiciera?	<i>Si</i>	3	14,3%
	<i>No</i>	18	85,7%
Si la respuesta es afirmativa, describa	<i>Los amigos no me dejaron colgar</i>	1	33,3%
	<i>Me encontraron con las pastas y las quitaron</i>	1	33,3%
	<i>Mi exnovio me detuvo</i>	1	33,3%
Número de intentos	<i>Uno</i>	3	100%
Intento Abortado			
¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo?	<i>Si</i>	3	14,3%
	<i>No</i>	18	85,7%
Si la respuesta es afirmativa, describa	<i>Pensé en tirarme del viaducto</i>	1	33,3%
	<i>No me tiré</i>	1	33,3%
	<i>A veces me pasa eso</i>	1	33,3%
Actos de comportamiento preparatorios			
¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse?	<i>Si</i>	1	4,8%
	<i>No</i>	20	95,2%
Si la respuesta es afirmativa, describa	<i>Juntar pastillas</i>	1	100%

Responda solamente por intentos reales			
Grado de letalidad y lesiones	<i>no hay daño físico o muy poco daño físico</i>	5	71,4%
	<i>daño físico menor</i>	1	14,2%
	<i>daño físico moderado</i>	1	14,2%
	<i>daño físico moderadamente grave</i>	0	0%
Letalidad potencial: conteste solamente si hay comportamiento suicida, intento real.	<i>comportamiento con poca probabilidad de lesiones</i>	5	71,4%
	<i>comportamiento con probabilidad de lesiones, pero no de muerte</i>	2	28,6%
	<i>comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica</i>	0	0%

Tres de los pacientes fueron direccionados al servicio de salud mental del municipio de la Virginia al identificar ideación suicida seria, en 2 casos conducta suicida y actos previos de mediana letalidad y uno actos preparatorios. Además, en todos los casos, se realizó psicoeducación para la utilización de los servicios de salud y se reforzó la importancia de la identificación de los eventos potencialmente prevenibles y el papel del grupo primario de apoyo.

7. DISCUSIÓN

La revisión de las historias clínicas de los pacientes con conducta suicida que fueron atendidos en el servicio de urgencias del hospital San Pedro y San Pablo en el periodo de Julio de 2017 y Julio de 2018 arrojó lo siguiente:

La mayoría los pacientes evaluados pertenecían al sexo femenino (66,7%) resultado similar a lo encontrado en diversas investigaciones; un estudio realizado en México entre 1997 y el 2000 mostró una prevalencia de 12,1% (n=641) de intentos suicidas en mujeres, y 4,3% (n= 208), en los hombres, lo que representa una proporción de tres mujeres por cada hombre. En el 2000, la prevalencia en las mujeres aumentó a 15,1% (n=802), y en hombres disminuyó a 3,9% (n=207), por lo que la proporción hombre-mujer se incrementó a casi 4:1 (68). En un estudio realizado por Cañón y colaboradores (69), “Caracterización de la población con conducta suicida en la clínica San Juan de Dios de Manizales de julio a noviembre de 2010”, se encontró que del total de personas evaluadas el 67% pertenecían al sexo femenino. En la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 se observa que el 5,5% de los varones y el 7,6% de las mujeres han pensado en suicidarse y que el 1,9% de los varones y el 3,3% de las mujeres, han intentado suicidarse (70).

En cuanto a la edad, en las mujeres tuvo una mediana de edad de 18 años y en los hombres fue 24 años, resultado que difiere a lo encontrado en el año 2003 en el estudio Nacional de salud Mental Colombia donde se evidenció el mayor riesgo tanto para ideación como intento de suicidio es de 35-49 años seguido por 18-34 años y finalmente 50-64 años (71), sin embargo en la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 se observó una proporción mayor en el grupo etario de 18-44 años (6,6%), que al de mayores de 45 años (6,5%) (70).

En relación con otros aspectos sociodemográficos tales como estado civil, ocupación, religión y nivel educativo, la falta de información varió entre un 56% y 92%. Entre los factores asociados a suicidio (Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015), se establecieron ser mayor de 45 años, impulsividad, el género masculino, ser viudo, separado o divorciado, vivir solo, estar desempleado o jubilado, tener mala salud física, tener armas

de fuego en casa y dentro de los protectores tener amigos, algunas religiones y apoyo familiar (72). La omisión de registros en la historia clínica se convierte en un obstáculo para la evaluación del riesgo de un nuevo intento suicida. El estado civil reportado en este estudio que más sobresalió fue soltero 40%, concuerda con el estudio realizado en Lima Perú sobre la prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes en donde el 41,7% eran solteros y 46,1% solteras (73), mientras que difiere con los registros del 2015 en Colombia (70), que mostro una proporción más alta en viudos o divorciados (7,4%), seguidos de casados y unión libre (6,5%) y por último los divorciados (6,3%).

El 34% de los pacientes que realizaron intento suicida eran menores de edad (24), y su rango de edad estuvo entre 9 y 17 años, el 83,3% fueron mujeres y el 16,7% fueron hombres. Shaffer (1974) publicó un artículo de 30 casos de suicidio entre 12 y 14 años ocurridos entre 1962 y 1968 en Inglaterra (74), en el que concluye que un grupo de estos niños eran inteligentes y aislados, y sus madres frecuentemente tenían problemas psiquiátricos; y otro grupo era agresivo, presentaba problemas conductuales en el colegio y exhibía una conducta de suspicacia y vulnerabilidad frente a la crítica.

Los principales métodos de autoagresión fueron cortes e intoxicación con sustancias diversas seguidos de ahorcamiento y lanzarse de un sitio alto, resultados análogos con Hoberman y Garfinkel (75), en 1988 en el cual estudiaron 21 casos de niños y adolescentes tempranos con suicidio, encontrando que el ahorcamiento fue el método suicida más frecuentemente utilizado entre los 10 a 15 años de edad (75). Groholt (76) publicó en 1998 un estudio comparativo entre niños menores de 15 años ($n = 14$) con adolescentes entre 15 y 19 años de edad que cometieron suicidio ($n = 115$) y un grupo control ($n = 889$). Los resultados muestran que los niños y adolescentes tempranos, comparados con los adolescentes tardíos suicidas, más frecuentemente usaron el ahorcamiento como método (93% vs 35%), los adolescentes mayores tenían más trastornos psiquiátricos (77% vs 43%). Los factores de riesgo de suicidio para los dos grupos estudiados fueron: trastornos del ánimo, trastornos disruptivos y no vivir con ambos padres biológicos. Ellos concluyeron que los niños y adolescentes tempranos están tan expuestos como los adolescentes tardíos a cometer suicidio cuando los factores de riesgo están presentes (76).

En cuanto al estado clínico de los pacientes dentro de los antecedentes psicológicos más frecuentes fueron ansiedad 76,8%, depresión 82,6%, baja autoestima 95,7%, cambios de estado de ánimo 84,1% y frustraciones 92,8%. De los hallazgos con relación a la presencia de enfermedad mental el 71% de los pacientes con intento suicida tuvieron diagnóstico de trastorno mental, siendo la depresión la más frecuente (53,6%), seguida de Trastorno por Consumo de Sustancias Psicoactivas (15,9%) y Trastorno Bipolar (7,2%). Se encontró que más del 13% de los pacientes tenían antecedentes personales de “Cutting” o autolesión. Margalida Gili, “Los Trastornos Mentales como Factor de Riesgo del Comportamiento Suicida en Personas Jóvenes: Un Metanálisis y Revisión Sistemática” (77) en 2017 revisó cerca de 25.000 trabajos encontró una asociación entre trastorno mental e intentos suicidas y cuando se estudiaron trastorno mentales específicos, solo los trastornos afectivos predijeron intentos de suicidio, esos resultados fueron corroborados con metanálisis realizados en población adulta (Harris y Barraclough, 1997; Cavanagh y cols 2003, Asenault-Lapierre y cols.2004). La personalidad límite y el consumo de sustancias fueron otro factor asociado al intento suicida; en un amplio estudio nacional británico sobre el suicidio en jóvenes menores de 20 años y adolescentes tardíos, se encontró que hasta un 10% de ellos una semana antes de su muerte se habían autolesionado, el 27% expresó su intención suicida y el 43% no tenía antecedentes (77). Existe evidencia que apoya una fuerte relación entre depresión y conducta suicida. Los trastornos depresivos que comienzan a temprana edad en la gran mayoría de veces se asocian con síntomas del trastorno de conducta, estudios de conducta suicida en adolescentes han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y/o drogas (78, 79).

Los problemas familiares representan un porcentaje importante, 71% de los pacientes al ingreso a urgencias manifestaron problemas familiares. La literatura ha definido como factor de riesgo la disfunción familiar esto se relaciona con los encontrado por Cañón y colaboradores en el 2009 (69), en su estudio se evidencio como la conducta suicida se encuentra asociada a los diversos conflictos familiares y a la existencia de familias disfuncionales; las cuales representan la base del problema debido a que tener una familia

con buena comunicación permite a las personas tener un factor protector ante la problemática.

Las relaciones intrafamiliares pueden o no tener una contribución al riesgo de conducta suicida en adolescentes, más allá de los efectos de la depresión y los síntomas conductuales (78,79).

En cuanto a los 21 participantes finalmente seleccionados en el estudio Caracterización clínica y del acceso a servicios de salud en pacientes con conducta suicida del municipio de La Virginia; Risaralda, 2018, se resaltan los siguientes hallazgos:

Entre las barreras de acceso a los servicios se encontró que el 69,3% de los pacientes presentaron problemas en la entrega de los medicamentos, al igual que al acceso a citas de psiquiatría (14,3%) y psicología (19%), esto coincide con lo descrito por Henao S. y colaboradores en 2009, afirma que el problema del suministro de medicamentos es una barrera importante al acceso, al igual que la falta de profesionales idóneos o con una formación especializada en municipios que obliguen al desplazamiento a las cabeceras municipales (31), en este caso la dificultad se presenta en relación con los convenios de las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud, esto porque independientemente de contar con personal especializado y un servicio adecuado en la entrega de medicamentos a nivel local, los diversos convenios obligan al desplazamiento de los pacientes a la cabecera municipal; Jairo Restrepo y colaboradores en un estudio sobre acceso a servicios de salud, analiza las barreras y estrategias utilizadas en algunos centros del sistema de salud en Colombia y cita a Abadia C, Oviedo D (2009), sobre el sistema Colombiano desde el concepto de los “*itinerarios burocráticos*” y concluye que el sistema de salud puede ser considerado en sí una barrera estructural para el acceso (80).

Lograr una aproximación lo más cercana posible para medir al riesgo real de cometer suicidio en los pacientes, es posible a través de un instrumento que permita la evaluación global del paciente y hacer una predicción que oriente la conducta del médico. Esta evaluación global implica una valoración de los dominios posibles relacionados con la

conducta para hacer una estimación más confiable del riesgo. El instrumento seleccionado para determinar el riesgo suicida actual del grupo de pacientes incluidos en este estudio es el Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala de *Columbia* para Evaluar el Riesgo de Suicidio) (81) para la evaluación de la encuesta de acceso de servicios de salud y la escala de Columbia para la severidad de la ideación suicida, participaron de forma voluntaria 21 pacientes.

El primer aspecto evaluado en la escala abarca el tema de ideación suicida, que al comparar con los aspectos psicológicos, se encontró que la baja autoestima fue positiva en todos los participantes encuestados. Varias investigaciones concluyen que el nivel de autoestima puede ser un factor protector ante la depresión, y los niveles altos de autoestima protegen contra la aparición de ideas suicidas, lo cual es apoyado por investigaciones realizadas por Devries y Pallone (82) y Pinto y Whisman (83) que demostraron una correlación negativa entre niveles altos de autoestima y la depresión, es así que a más alta autoestima, menor será el riesgo de expresar sintomatología depresiva y poco posible la aparición de ideas suicidas, actuando como un factor protector.

Al relacionar algunos síntomas clínicos con la ideación suicida, más del 70% de los pacientes manifestaron problemas de ansiedad, depresión, frustraciones intensas, baja autoestima, cambios de ánimo o alteraciones del sueño, resultado que está en concordancia con la investigación realizada por Sánchez y colaboradores: “Ideación suicida en adolescentes universitarios prevalencia y factores asociados Bogotá Colombia”, se encontró que el factor que más se relacionó con la presencia de ideación suicida fue el diagnóstico psiquiátrico (84).

La ideación suicida persistió en el 38% de los participantes del estudio después del evento índice, lo que se asemeja con lo encontrado por Jaramillo M, Vallejo C, Rojas B y Medina P en un estudio realizado en un establecimiento penitenciario de Antioquia, evaluaron ideación suicida y factores asociados, encontrando 14,9% con ideación suicida alta, al igual que un mayor porcentaje de intentos suicidas (50,0%) en los reclusos con un intento previo (85). En cuanto al impacto psicológico y posibles orígenes pueden ser explicados por

reportes de estudios llevados a cabo en distintas poblaciones sobre la relación positiva y significativa entre la desesperanza, la ideación suicida, depresión y triada cognitiva negativa, por lo tanto se puede afirmar que la ideación suicida es más probable que se presente en personas con desesperanza, visión negativa de sí mismos del mundo y del futuro (86).

El segundo y tercer aspecto evaluado en la escala abarca el tema de la intensidad de la ideación suicida y el comportamiento suicida (intento real e intento interrumpido o abortado), se encontró que cerca del 10% presentó un nuevo intento suicida, 33% hizo algo peligroso por lo cual pudo haber muerto, siendo el hecho más común el consumo de medicamentos; además, 14,3% tuvo un intento abortado o un intento interrumpido. Gustavo Turecki, David Brent: “Suicidio y conducta suicida” en 2016 describe como individuos con ideación suicida presentan conducta suicida en los siguientes 12 meses en un 1% de países desarrollados y 2% de países de bajos ingresos; el hecho de asociar la ideación, con la planeación del intento, incrementa más el riesgo, además, aproximadamente una tercera parte de los adolescentes van a realizar un nuevo intento suicida en el próximo año, incrementando el riesgo de suicidio a 1,6% y el intento suicida a 16,3% e incrementando el riesgo de suicidio a 5 años hasta un 3,6% (87). De acá radica la importancia del abordaje integral de este tema.

El cuarto tema evaluado, grado de letalidad, lesiones y letalidad potencial, nos orienta a la valoración de la severidad del comportamiento suicida y posibles nuevos eventos, esto relacionado con daño físico, la necesidad de una intervención médica y la probabilidad de que las lesiones pudieran generar la muerte; en una revisión sistemática realizada por Marco L, Carmela M, Salvatore S: “Seriedad y letalidad del intento suicida” establecieron que además de factores psicosociales, la enfermedad mental, la ideación y conducta suicida, hay otros factores que aportan información como predictor, tales como la estrategia utilizada para el intento, severidad y grado de letalidad (88); los individuos con intentos graves tienen semejanzas con los pacientes que cometen suicidio y esto ha ampliado el ámbito para posibles investigaciones en los sobrevivientes de intentos graves, tanto en lo

psicológico, como en los procesos que conducen al acto(88). Esta información es crucial en la prevención y mayor posibilidad de identificación del factor de riesgo.

Dentro de las limitaciones del estudio se halló un registro inadecuado de la información clínica y administrativa, lo cual limitó un mayor tamaño de muestra a pesar de no contar con un diseño probabilístico. Por lo tanto, una mejora en la calidad de la información de las instituciones en salud participantes, puede favorecer la realización de nuevos estudios de tipo observacional analítico, permitiendo resultados más profundos y de comparación; se sugiere que las instituciones en salud realicen constantes intervenciones (auditorías internas o externas) que les permitan identificar los focos de problemas en la información y se minimicen los posibles sesgos, garantizando una mejor calidad del dato para futuras investigaciones.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como conclusiones que se esbozan a raíz de la realización del presente trabajo tenemos:

- Se evidencia la persistencia de estigmas relacionado con los sistemas de salud, el uso de tratamientos somáticos o psicológicos y el desconocimiento de la enfermedad mental como parte de la salud del individuo, esto reflejado en la negativa de muchos de los pacientes en el manejo y seguimiento del intento suicida.
- Se observa una deficiente integración entre los servicios de salud locales y los departamentales lo cual impide el seguimiento eficaz de la patología psiquiátrica y de la conducta suicida en el Municipio de la Virginia.
 - El régimen contributivo de salud no tiene un plan de contratación para el seguimiento de los pacientes con enfermedad mental en el municipio de la

Virginia, lo cual genera un problema de acceso al servicio y a la entrega de medicamentos.

- La necesidad de desplazamiento para el seguimiento y manejo de la enfermedad mental fuera del municipio obliga a los afectados a incurrir en gastos económicos convirtiéndose en una barrera para acceso a los servicios de salud mental y seguimiento de riesgo suicida.

- Hay una percepción positiva del servicio de salud mental a nivel local en el municipio de la Virginia, esto podría favorecer la implementación de programas preventivos.

- Se evidenció un alto porcentaje de intentos suicidas en menores de edad y como se ha establecido la generación de un factor de riesgo para suicidio en dicha población que ocasionalmente es subvalorada.

- Se evidenció la persistencia de ideación suicida en un gran porcentaje de los participantes, que en algunos casos se asoció con intención suicida y la creación de planes suicidas, siendo esto un predictor de posibles suicidios si no se realiza una intervención futura.

- La educación de la familia es preponderante en lo relacionado con factores de riesgo: desde la presencia de antecedentes familiares de intentos suicidas, personales de enfermedad mental, el desconocimiento en la persistencia de factores de riesgo, núcleos de apoyos percibidos como insuficientes y factores psicosociales que rodean al individuo.

- Se evidenciaron fallas en la consignación de información en la historia clínica que no permiten identificar factores de riesgo psicosociales (Estado civil, religión, ocupación, etc.) y evaluar el grado de seriedad en los paciente con intento suicida que asistieron al servicio de urgencias en el periodo de tiempo estudiado.

- Este estudio aportó a la identificación de las características de los pacientes que han presentado algún intento suicida o que se encuentran con atención intrahospitalaria debido a su auto agresión, mejorando el reconocimiento del perfil aportando en el establecimiento de estrategias preventivas que permitan disminuir la recurrencia de estos eventos.

Es preponderante profundizar en la creación de estrategias eficaces para el seguimiento de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por intentos suicidas. Un seguimiento interdisciplinario del equipo de salud mental a nivel comunitario asociado a un instrumento sencillo que oriente como predictor de ideación suicida, puede evidenciar el alto riesgo de suicidio en pacientes que ya han tenido uno o más intentos, y convertirse en una real herramienta preventiva de suicidio, haciendo visible y favoreciendo la intervención en salud y el establecimiento de protocolos efectivos, evitando posibles casos que pudiesen terminar con el acto suicida y de forma oportuna se evite la materialización del riesgo.

Se recomienda retomar el manejo a nivel local del programa interdisciplinario de salud mental (Psicólogo, psiquiatra, trabajo social, promotores de salud, estudiantes), esencial en el manejo de la enfermedad mental y la prevención y seguimiento del intento suicida.

Es imperativo hacer educación, socialización e intervenciones a cerca de salud mental y del intento y conducta suicida no solo a nivel individual, sino también a nivel de familia y comunidad.

Se deben revisar a nivel local y con las diversas instituciones del régimen contributivo y subsidiado la contratación de programas de salud mental y que estos no sean obstáculo para su acceso, dando cumplimiento a la directriz de este derecho fundamental como se establece en la Ley 1616 de 2013 en su artículo 7: “El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación...”.

Es importante concluir que el tipo de estudio realizado solo muestra tendencias lógicas pero no de causalidad. Los resultados no pudieran ser estadísticamente generalizados a toda la población, pero muestran una tendencia a nivel local y regional.

Este es el primer estudio de este tipo realizado en el Municipio de la Virginia, sentando así una base para futuras investigaciones; se sugiere la realización de próximos estudios que incluyan muestras representativas de las diferentes poblaciones estudiadas, para un seguimiento a nivel longitudinal del riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Barrero Sergio, Reytor Sol Francisco. El suicidio y su atención por el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1995 Ago [citado 2018 Ene 21] ; 11(4): 11-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400001&lng=es.
2. Preventing Suicide. Program Activities Guide [Internet]. USA: Department Health & Human Services. [citado 25 sep 2017]. Disponible en: <http://https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/prevention.html>
3. Rodríguez JM. Comportamiento del suicidio en Colombia 2016. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Forensis 2016; Volumen 18 (1) Junio 2017. p. 403
4. Generalitat Valenciana. Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. [citado 25 sep 2017]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf
5. Amador GH. Suicidio: Consideraciones Históricas. Rev. Méd. La Paz. 2015; [citado 2017 sep12]; 21(2): 91-98. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es.

6. Minois G. History of Suicide, Voluntary Death, in Western Culture. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1999.
7. Platón. Leyes. Traducción, introducción y notas. Lisi, Francisco. Madrid: Gredos; 1999.
8. Aristóteles. Ética Nicomaquea. Madrid: Gredos; 1998.
9. medscape.org[Base de datos Internet].California: Medscape[actualizada en Marzo de 2015; acceso 10 de agosto 2017].Disponible en: http://www.medscape.org/viewarticle/413194_5
10. Neugebauer R. Medieval and early modern theories of mental illness. Arch. Gen. Psychiatry .1979: 477-483.
11. Serra J. Terminología para la muerte y el suicidio (Lucrecio, Séneca, San Agustín, Sidonio). Cuadernos de filología clásica. Estudios latinos 4.1993.: 27-38.
12. Andrés G. Las designaciones de la muerte voluntaria en Roma. Hápax: Revista de la Sociedad de Estudios de Lengua y Literatura 3. 2010: 47-62.
13. Alighieri, Dante. Divina comedia (Resumen). Ediciones Rialp, 2015.
14. Erasmo de Rotterdam. Elogio de la locura. Buenos Aires: Colihue; 2007.
15. Martínez José. Suicidio, crisis política y medicina mental en la Francia del siglo XIX (1801-1885. Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría. 2001: 39-65.
16. Juanatey-Dorado C. Derecho, Suicidio y Eutanasia. Madrid. 1994.
17. Burton R. Anatomía de la melancolía. Madrid: Revista de la Asociación Española de Psiquiatría; 1995.
18. Durkheim Emile. El suicidio. Mexico D.F. : Ediciones Akal; 1992.
19. Barraclough B, et al. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br. J. Psychiatry . 1997: 205-228.

20. Bondy B, Peter Z. Neurobiology of suicide. En: Molecular biology of neuropsychiatric disorders. Berlin: Springer ; 2009: 205-227.
21. Joiner, Thomas. Why people die by suicide. Boston: Harvard University Press; 2009.
22. Chávez-Hernández A, Antoon A. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. Salud mental. 2010: 355-360.
23. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization;2014
24. 28th European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) Congress. Abstract P.2.d.003. Presented August 30, 2015.
25. Burckhardt J, Imaz E. Del paganismo al cristianismo: la época de Constantino el Grande. México D.F.: Fondo de cultura económica; 1982.
26. Varios Autores. Biblia Latinoamericana. Navarra: Verbo.1995.
27. San Agustín. La ciudad de Dios. Lima: Centauro; 2013.
28. Ugarte José. El derecho a la vida y la Constitución. Revista chilena de derecho.2006: 509-527.
29. Juan Pablo II. Evangelio de Vida. Orígenes. 1995: 24:689-727.
30. Rodríguez de Bernal MC, Rubiano Soto N. Salud mental y atención primaria en salud: una necesidad apremiante para el caso colombiano. [citado 25 sep 2017]. Disponible en: http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/Articulo_MSF_y_ColPsic_14-10-2015_DC_7_final.pdf
31. Henao S, Restrepo V, Álzate AF, González CM. Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(3): 271-281.
32. Campo A, Oviedo H, Herazoc E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Rev colomb psiquiat. 2014;43(3):162–167.

33. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Sociol.* 2001;27:363–85.
34. Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. *Ann Rev Psychol.* 2005;56:393–421.
35. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med.* 2008;67:358–67
36. Haghghat R. A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to stigmatisation. *Br J Psychiatry.* 2001;178:207–15.
37. Cox WT, Abramson LY, Devine PG, Hollon SD. Stereotypes, prejudice, and depression: The integrated perspective. *Perspect Psychol Sci.* 2012;7:427–49.
38. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004;20Supl2:S190–8.
39. Landini F, Cowes VG, D'Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad Saude Publica.* 2014;30:231–44.
40. Burns JK. Mental health and inequity: a human rights approach to inequality, discrimination, and mental disability. *Health Human Right.* 2009;20:19–31.
41. Alcaldía de La Virginia. (2004). Plan Básico de Ordenamiento Territorial de La Virginia. Secretaría de Planeación.
42. Cardona Salazar Jhonier. (2011). Dinámica migratoria en el municipio de La Virginia. Universidad Libre seccional Pereira. isbn-978-958-8755-09-0.
43. Asociación de Hospitales de Risaralda. ESE Hospital San Pedro y San Pablo. [citado 28 sep 2017]. Disponible en: http://ahr.com.co/?portfolio_page=ese-hospital-san-pedro-y-san-pablo-la-virginia
44. Bille Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s [Internet]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998 [citado 31 sep 2017]. Disponible en: <http://selvmord.wnm.dk/lecachecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebillebrahe1998.pdf>

45. Chinchilla A, Correas J, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003.
46. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(8):e1-e21.
47. Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;371:9- 20.
48. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 1996;26(3):237-5.
49. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):248-63.
50. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):264-77.
51. De Leo D, Bertolote JM, Lester D. Self-directed violence. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World Report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 183-212.
52. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I Evaluación y Tratamiento. [citado 20 sep 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
53. Ágora Arcos Rodríguez. Proyecto de investigación sobre el suicidio. Grado de Trabajo Social. Universidad de La Laguna. [citado 20 sep 2017]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1>
54. Durkheim, E. (1960). Emile Durkheim. El Suicidio. Recuperado de: <http://www.angelfire.com/planet/danielmr/Emile%20Durkheim/El%20suicidio.htm>

55. OMS | Las 10 causas principales de defunción en el mundo. (2012). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
56. Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio. *International Journal of Psychological Research*. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>
57. Raison, C. (2012). Las tres razones que llevan a una persona a pensar en el suicidio. *Expansión*. Recuperado de: <http://mexico.cnn.com/salud/2012/08/22/las-tres-razones-que-llevan-a-una-persona-a-pensar-en-el-suicidio>
58. Pérez, A. (2008). Factores de riesgo suicida en la adolescencia. *Psicologia-online.com*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml>
59. Cortina, E., Peña, M., & Gómez, Y. (2009). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16-25 años del Valle de Aburrá. *Revista De Psicología*, (1), 55-74. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865205>
60. Herrera, P. & Avilés Betancourt, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 16(2), 134-137. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000200005&script=sci_arttext
61. Aláez García, María. Fases del suicidio. Líneas de Pensamiento de un suicida. Recuperado de: <http://suite101.net/article/lineas-de-pensamiento-de-un-suicida-a39940>.
62. Paula Mel de Landa Esteban . El suicidio y la importancia de su prevención. Universidad Del Pais Vasco (2013). [citado 20 sep. 2017]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/10323/EI?sequence=1>
63. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC : OPS, 2014. ISBN 978-92-75-31843-0
64. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multi- site studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168:1266-77.

65. Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, et al. Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016 Jul-Sep;9(3):134-42.
66. Protocolo de investigación básica de psiquiatría y Psicología forense. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2009
67. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia Guía completa 2017 - Guía No 60.
68. González C, Villatoro J, Alcantar I, Medina E, Bautista C, et al. Prevalencia de Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental* 2002; 25(6):1-12.
69. Cañón Buitrago, Sandra, Toro Duque, Patricia, Caracterización De La Poblacion Con Conducta Suicida En La Clinica San Juan De Dios De Manizales De Julio A Noviembre De 2010. *Archivos de Medicina (Col)* [en linea] 2012, 12 (Enero-Junio): Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273824148008>> ISSN 1657-320X.
70. Álvaro Arenas, Carlos Gómez-Restrepo, Marín Rondón. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2016; 45(S1):68-75. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.006>>. Fecha de acceso: 27 Nov. 2018
71. Duque, MSC, Patricia et al. Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003 (ENSM). *Nova*, [S.l.], v. 5, n. 7, p. 84-91, june 2007. ISSN 2462-9448. Disponible en: <<http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/nova/article/view/378>>.
72. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 27 Nov 2018]. Disponible en: <<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud mental tomoI.pdf>>
73. Bazan-Lopez, José L; Olortegui-Malaver, Víctor M; Vargas-Murga, Horacio B Y Huayanay-Falconi, Leandro. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Rev Neuropsiquiatr* [online]. 2016, vol.79,

n.1 pp.3-16. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-8597.

74. Larraguibel Q. Marcela, González M. Patricia, Martínez N. Vania, Valenzuela G. Ricardo. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2000 Mayo 183-191. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002>.
75. Hoberman HM, Garfinkel BD: Completed suicide in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27: 689-95.
76. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. Am J Psychiatry 1985; 142: 1061-4.
77. Margalida Gili, Pere Castellví, Margalida Vives, Alejandro de la Torre-Luque, José Almenara, Mario J Blasco, Ana I Cebria, Andrea Gabilondo, Ma Angeles Perez, Miranda Mendizábal, Carolina Lagares, Oleguer Pares, José A Piqueras, Tiscar Rodriguez, Jesús Rodriguez, Victoria Soto, Jordi Alonso, Miquel Roca. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis systematic review of longitudinal studies. Journal of Affective Disorders, 2019; v.245, p: 152-162. Disponible en:<<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>>. Fecha de acceso: 06 Dic 2018
78. Brent DA, Perper JA, Moritz G: Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 521-9.
79. Shaffer D, Gould MS, Fisher P: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 339-48.
80. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya F, Andrade-Rivas S, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2014; 13(27):242-295. Disponible en: < <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa> >. Fecha de acceso: 16 Dic 2018
81. Rangel-Garzón, Claudia Ximena; Suárez-Beltrán, María Fernanda; Escobar-Córdoba, Franklin. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria.

Revista de la Facultad de Medicina, [S.l.], v. 63, n. 4, p. 707-716, oct. 2015. ISSN 2357-3848. Disponible en: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/50849/54062>>.

82. Devries R, Pallone De Devries, A. Adolescencia, desafío para padres. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1995.
83. Pinto A, Whisman M A. Negative affect and cognitivebiases in suicidal and nonsuicidal hospitalizedadolescents. Journal of the American Academy of Childand Adolescent Psychiatry. 1996; 35(2):158-165.
84. Sánchez, Ricardo, Cáceres, Heidy, Gómez, Dora, Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. Biomédica [en línea] 2002, 22 (diciembre): Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84309609>> ISSN 0120-4157 .
85. Jaramillo M, Vallejo C, Rojas B y Medina P. Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia). Revista Colombiana de Psiquiatría, 2015;44(2):100-105. Disponible en: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.01.006>>. Fecha de acceso: 27 Nov 2018
86. Toro-Tobar, Ronald Alberto; Grajales-Giraldo, Francly Lorena; Sarmiento-López, Julián Camilo. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión.Aquichan, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 473-486, jun. 2016. ISSN 2027-5374. Disponible en: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5002/4475>>. Fecha de acceso: 02 dic. 2018
87. Gustavo Turecki, David Brent. Suicide and suicidal behaviour. Lancet, 2016 March 19;384(10024):1227-1239. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319859/pdf/nihms5511.pdf>>. Fecha de acceso: 14 Dic 2018
88. Marco-Liotta, Carmela Mento, Salvatore Settineri. Seriousness and lethality of attempted suicide: Asystematic review. Aggression and Violent Behavior; 21(2015) p.97-109. Disponible en: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.12.013>>. Fecha de acceso: 16 Dic 2018

ANEXOS

Anexo 1. Formato de recolección de información socio-demográfica y acceso a los servicios de salud

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Fecha _____ Ocupación _____
Estado Civil _____ Etnia _____ Escolaridad _____
Zona de residencia _____ Religión _____
Tipo de afiliación a salud: _____ Fecha del intento de suicidio (índice) _____

Desde el intento de suicidio, ha tenido disponibilidad de valoración por:

Psiquiatría _____ ¿Cuántas citas? _____
Psicología _____ ¿Cuántas citas? _____

¿Qué medio de transporte utiliza para ir a citas de salud mental? _____

¿Cuánto tiempo le toma desplazarse hasta el lugar de atención en salud mental? _____
(Considere el tiempo en minutos en el medio de transporte más utilizado)

¿Cuánto dinero gasta para ser atendido por los servicios de salud mental? _____

¿Le permiten sus obligaciones (Trabajo, hogar) asistir a controles de Psiquiatría/Psicología
Si _____ Si, pero con dificultades _____ No _____

Considera que es necesario para su caso el manejo:

Con Psiquiatría _____ Con Psicología _____ Con medicamento _____

Si toma medicamentos por Psiquiatría, ¿Ha tenido problemas para recibirlos? _____

¿Qué tan satisfecho se siente con la atención recibida en salud mental? _____
(1: Muy insatisfecho, 2: Insatisfecho, 3: Satisfecho, 4: Bastante satisfecho, 5: Muy satisfecho)

¿Qué podría mejorar el servicio de salud mental? _____

Anexo 2. Escala de Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida, desde la última visita.

IDEACIÓN SUICIDA														
<p>Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.</p>		Desde la última visita												
<p>1. Deseos de morir El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. <i>¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido/a y no despertar?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>												
<p>2. Pensamientos suicidas activos no específicos Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "He pensado en suicidarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el período de evaluación. <i>¿Ha pensado realmente en matarse?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>												
<p>3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo". <i>¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>												
<p>4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo". <i>¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>												
<p>5. Ideación suicida activa con plan específico e intención Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. <i>¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tiene la intención de llevar a cabo este plan?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>												
INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN														
<p>Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo).</p> <p>Ideación más seria:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo N° (1-5)</th> <th>Descripción de la ideación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Frecuencia <i>¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?</i> (1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 5 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Duración <i>Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran?</i> (1) Fugaces/pocos segundos o minutos (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día (2) Menos de 1 hora/algo de tiempo (5) Más de 8 horas/persistentes o continuos (3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Control <i>¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?</i> (1) Puede controlar los pensamientos fácilmente (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad (2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (5) No puede controlar los pensamientos (3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (0) No intenta controlar los pensamientos</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Impedimentos <i>¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?</i> (1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron (2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron (3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (0) No corresponde</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Razones para la ideación <i>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?</i> (1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor (0) No corresponde</td> </tr> </tbody> </table>		Tipo N° (1-5)	Descripción de la ideación	Frecuencia <i>¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?</i> (1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 5 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día		Duración <i>Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran?</i> (1) Fugaces/pocos segundos o minutos (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día (2) Menos de 1 hora/algo de tiempo (5) Más de 8 horas/persistentes o continuos (3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo		Control <i>¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?</i> (1) Puede controlar los pensamientos fácilmente (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad (2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (5) No puede controlar los pensamientos (3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (0) No intenta controlar los pensamientos		Impedimentos <i>¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?</i> (1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron (2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron (3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (0) No corresponde		Razones para la ideación <i>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?</i> (1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor (0) No corresponde		Más seria
Tipo N° (1-5)	Descripción de la ideación													
Frecuencia <i>¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?</i> (1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 5 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día														
Duración <i>Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran?</i> (1) Fugaces/pocos segundos o minutos (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día (2) Menos de 1 hora/algo de tiempo (5) Más de 8 horas/persistentes o continuos (3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo														
Control <i>¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?</i> (1) Puede controlar los pensamientos fácilmente (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad (2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (5) No puede controlar los pensamientos (3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (0) No intenta controlar los pensamientos														
Impedimentos <i>¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?</i> (1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron (2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron (3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (0) No corresponde														
Razones para la ideación <i>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?</i> (1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor (0) No corresponde														

COMPORTAMIENTO SUICIDA (Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)	Desde la última visita
<p>Intento real: Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i>. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay cierta intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.</p> <p>¿Ha intentado suicidarse? ¿Ha hecho algo para hacerse daño? ¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto? ¿Qué hizo? ¿Usted _____ como una manera de terminar con su vida? ¿Quería morirse (aunque fuera un poco) cuando usted _____? ¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____? ¿O pensó que era posible que podría haber muerto por _____? ¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)? (Comportamiento autodestructivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describa:</p> <p>¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos _____</p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autodestructivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo la detiene. ¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera? Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos _____</p>
<p>Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. ¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo? Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados _____</p>
<p>Actos o comportamiento preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). ¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)? Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Suicidio:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Responda solamente por intentos reales</p>	<p>Fecha del intento más letal:</p>
<p>Grado de letalidad y lesiones: 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte</p>	<p>Ingrese código _____</p>
<p>Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara). 0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</p>	<p>Ingrese código _____</p>

Anexo 3. Formato de Consentimiento informado



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Invitación a participar

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en el trabajo de investigación *“Caracterización clínica y del acceso a servicios de salud en pacientes con conducta suicida del municipio de La Virginia, Risaralda, 2017 a 2018”*, que es llevado a cabo por el médico **CARLOS SIERRA MARTELO**, estudiante de la especialización en Psiquiatría, y la médica psiquiatra **DORA CARDONA GIRALDO**, docente de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Este estudio tiene como objetivo identificar el riesgo actual de suicidio y el acceso a los servicios de salud mental de un grupo de personas quienes fueron atendidas en la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Risaralda) por intento de suicidio.

¿Quiénes participarán en el estudio?

En este estudio participarán personas mayores de 18 años que fueron atendidas en la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia por intento de suicidio entre julio de 2017 y julio de 2018, y que de manera voluntaria desee responder las preguntas de la entrevista.

Beneficios de su participación

Al participar en la investigación se identificará si usted presenta o no riesgo suicida al momento de la valoración por parte de un médico con adecuado entrenamiento en Psiquiatría, y será informado de ello. Si requiere atención por salud mental, el investigador está disponible para ampliar su información y recomendar la intervención más apropiada a su caso, la cual será implementada en común acuerdo con los funcionarios de la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia.

Además, a través de este estudio usted contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos sobre conducta suicida y el acceso a los servicios de salud para población en riesgo de suicidio, lo que puede ayudar a guiar políticas y programas para mejorar la atención.

¿Incurriré en algún gasto?

Su participación en este estudio no implicara ningún costo para usted.

Remuneración por participación en investigación

Usted no será remunerado económicamente por su participación en este estudio.

Riesgos y molestias

Este es un estudio de riesgos mínimos para su salud, debido a que se responden preguntas de una entrevista (no se realizarán en usted procedimientos ni toma de muestras). Sin embargo, algunas de estas preguntas podrían tener un impacto psicológico negativo (molestias, ansiedad, pena) que el investigador, dada su formación profesional, está en capacidad de ayudarle a manejar. En caso de ser necesario, usted se remitirá a una unidad especializada.

Confidencialidad de los datos

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos serán usados para la redacción de un informe académico, en el cual se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal como: nombre, apellido, número de identificación, teléfono y dirección. De igual manera este estudio no requiere en ningún momento datos personales para su análisis.

Participación voluntaria

La participación en el estudio es libre y voluntaria. Los participantes podrán retirarse de la investigación en el momento que lo deseen, sin ningún tipo de consecuencia.

Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee a cualquier miembro del equipo de trabajo de este proyecto, en cualquier momento de su participación en el estudio.

El presente estudio cuenta con aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Contactos para preguntas acerca del estudio y sus derechos

Carlos Antonio Sierra Martelo.

e-mail: casierrampereira@hotmail.com

Celular: 3174412080

Carta de Aceptación de participación en el proyecto de investigación

Caracterización clínica y del acceso a servicios de salud en pacientes con conducta suicida del municipio de La Virginia, Risaralda, 2017 a 2018

Yo he leído (o me han leído) la hoja de información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el estudio tras haber hablado con:

Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin consecuencias negativas para mí.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información¹.

Firma del Participante

Fecha

Nombre del testigo 1

Cédula:

Firma del testigo 1

Nombre del testigo 2

Cédula:

Firma del testigo 2

Firma del Investigador

Fecha

¹ No firme la presente carta hasta que haya leído toda la información proporcionada y haya hecho todas las preguntas que desee. Se le proporcionará una copia de este documento firmado.