

**DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE INDIVIDUOS QUE REALIZARON INTENTO
DE SUICIDIO O SUICIDIO EN EL SECTOR URBANO DEL MUNICIPIO DE LA
PLATA HUILA EN EL AÑO 2013.**

CARLA VARON SEPÚLVEDA COD: 30.054.294

MARÍA DEL PILAR QUEVEDO MORALES COD: 55.069.746

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES ARTES Y HUMANIDADES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
LA PLATA HUILA
2014**

**DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE INDIVIDUOS QUE REALIZARON INTENTO
DE SUICIDIO O SUICIDIO EN EL SECTOR URBANO DEL MUNICIPIO DE LA
PLATA HUILA EN EL AÑO 2013.**

CARLA VARON SEPÚLVEDA

MARÍA DEL PILAR QUEVEDO MORALES

Trabajo de Grado para optar al Título de Psicólogo

ASESOR

LUIS ALEJANDRO PABÓN CORTÉS

Psicólogo

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES ARTES Y HUMANIDADES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
LA PLATA HUILA
2014**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1 Planteamiento del Problema	8
1.2 Pregunta de Investigación.....	11
1.3 Hipótesis	11
2. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo General	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3. JUSTIFICACIÓN	13
4. REFERENTES CONCEPTUALES	15
4.1 Marco Teórico	15
4.2 Marco Contextual	26
4.3 Marco Legal	28
5. ANTECEDENTES.....	31
5.1 Locales.....	31
5.2 Departamentales.....	31
5.3 Nacionales	32
5.4 Internacional.....	34
6. METODOLOGÍA.....	36
6.1 Descripción de Instrumentos.....	36
6.2 Población	40
6.3 Criterios de Inclusión.....	40
6.4 Criterios de Exclusión.....	41
6.5 Variables a Estudiar	41
6.6 Ética	41
6.7 Fases de la Investigación.....	41

6.8 Recursos	42
6.9 Cronograma	43
7. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	44
7.1 Tablas	44
7.2 Gráficas.....	52
8. DISCUSIÓN.....	55
9. CONCLUSIONES	58
10.RECOMENDACIONES.....	69
11.BIBLIOGRAFÍA.....	60
12.ANEXOS.....	66
12.1 Anexo 1. Inventario de Depresión de Beck	66
12.2 Anexo 2. APGAR Familiar	69
12.3 Anexo 3. Caracterización	70
12.4 Anexo 4. Consentimiento Informado	71

INTRODUCCIÓN

El Intento de Suicidio y Suicidio son unos de los eventos en salud mental más preocupantes de los últimos tiempos, la mortalidad por esta causa va en aumento, lo cual debe ser vista como un problema de salud pública con la gran necesidad que se estudie el comportamiento familiar para detectar de manera temprana el riesgo que tienen sus integrantes frente a este flagelo y de esta manera prestarles la atención profesional necesaria. Es en el seno familiar donde se comparten y se viven experiencias, que pueden de alguna manera estar ocasionando que se gesten sentimientos de desesperanza, Depresión, culpabilidad, etc. debilitando el comportamiento de sus integrantes en el manejo del estrés y de situaciones adversas, como conflictos constantes, produciendo Depresión generalizada o extendida a toda la familia.

La presente investigación determina la existencia de Depresión en familiares de personas que intentaron Suicidarse o se Suicidaron en la zona urbana del municipio de La Plata Huila, durante el año 2013, teniendo en cuenta a la familia como protagonista, pues es en ella donde se aprenden los comportamientos, se moldea el carácter y personalidad de los individuos, ya que existe poca información sobre estudios realizados a las familias de las personas que realizaron Intento de Suicidio o Suicidio después de llevar a cabo dicho evento, puesto que la mayoría de los estudios se enfocan más hacia el individuo que realiza el Intento de Suicidio que a la propia familia; que es donde se observan la mayoría de estos sucesos de una manera constante y a veces recurrentes al interior de las mismas.

Aunque se presentó un alto porcentaje de ausencia de Depresión, es altamente significativo el porcentaje restante que evidencia la presencia de Depresión ya sea leve, moderada o grave, lo que indica que sí es necesaria la intervención profesional en estas familias con alto riesgo suicida.

También es importante el análisis de la funcionalidad familiar arrojada por el APGAR Familiar que evidencia un gran porcentaje de funcionalidad familiar, pero de igual manera la presencia de disfuncionalidad familiar presente en los resultados de la investigación, indica que la atención debe ser priorizada a las familias de las personas que realizaron Intento de Suicidio o Suicidio.

Por lo tanto esta investigación es trascendental e importante puesto que conlleva a que se tenga en cuenta el núcleo familiar donde existan Intentos de Suicidio o Suicidio, con el fin de minimizar o contrarrestar futuros eventos propiciados desde la Depresión.

RESUMEN

Se realizó una investigación basados en los Intentos de Suicidio y Suicidio registrados en el SIVIGILA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica) para realizarles una caracterización y de esta manera determinar la muestra de la investigación. El estudio es de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, no experimental, aplicado a 28 familias donde hubo Intento de suicidio o Suicidio en alguno de sus integrantes durante el año 2013 en el área urbana del municipio de la Plata – Huila, con el objetivo de detectar Depresión y una posible relación de disfuncionalidad al interior de sus familias. Se aplicaron instrumentos como el APGAR familiar, y El Test Inventario de Depresión de Beck, por ello la técnica empleada para la recolección de la información en la presente investigación fue la Encuesta. Encontrándose que un 41,2% de las familias sufren de Depresión, y un 58.8% no la presentan, en un 35.3% hay Disfunción familiar y un 64.7%. Hay funcionalidad familiar, observándose que a medida que se presenta Depresión existe una relación de disfuncionalidad familiar.

Palabras clave

Depresión

Suicidio

Familia

La Plata

Huila

ABSTRACT

DEPRESSION IN FAMILY OF INDIVIDUALS THAT WERE ATTEMPTED SUICIDE OR SUICIDE IN THE URBAN SECTOR OF THE MUNICIPALITY OF LA PLATA HUILA IN THE YEARS 2013

An investigation was carried out based on suicide and suicide attempts report in The SIVIGILA (Epidemiological surveillance system) became a characterization for this way determine the research sample. The study is descriptive quantitative, non-experimental approach applied to 28 families where there was attempted suicide or suicide in some of its members during the year 2013 in the urban area of the municipality of the Plata-Huila, aiming to detect depression and possible relationship of dysfunctional families inside. Instruments were applied as family APGAR, and the Test Inventory of Depression of Beck, so the technique used for the collection of the information in this research was the survey. Finding that 41.2% of families suffer from depression, and a 58.8% do not have it, a 35.3% there is family dysfunction and a 64.7% there is functionality family, noting that as depression occurs there is a dysfunctional family relationship.

Key words:

Depression

Suicide

Family

La Plata

Huila

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

El Suicidio es catalogado como una de las principales causas de muerte en países en vía de desarrollo y en los desarrollados (Kaplan, Harold, 1998). La palabra Suicidio viene del latín que se compone de dos términos: SUI, de sí mismo y CAEDERE, matar. Por lo tanto significa; matarse a sí mismo. Este término se define como el acto consciente de aniquilación auto inducido, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución de sus problemas (Kaplan, Harold, 1998).

En cuanto al mayor estudio realizado a la fecha en los Estados Unidos llamado (ECA), sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en la comunidad en general, se estudiaron a 18.000 sujetos, mayores de 18 años, donde el 2.9% reportaron que habían Intentado Suicidarse en algún momento de sus vidas. Todos ellos presentaban alguna forma de patología psiquiátrica. Otros factores de riesgo identificados, fueron el género femenino, el ser separados, divorciados o viudos y un nivel socioeconómico bajo.

Se estima que existe una proporción de 8.1 entre los intentos y las muertes por Suicidio, aunque existen amplias diferencias según edad y género, pero la incidencia es mucho más grande en mayores de 60 años. De aquellos que intentaron Suicidio y fallaron, fueron reincidentes una tercera parte al año siguiente, intentando de nuevo un Suicidio fallido.

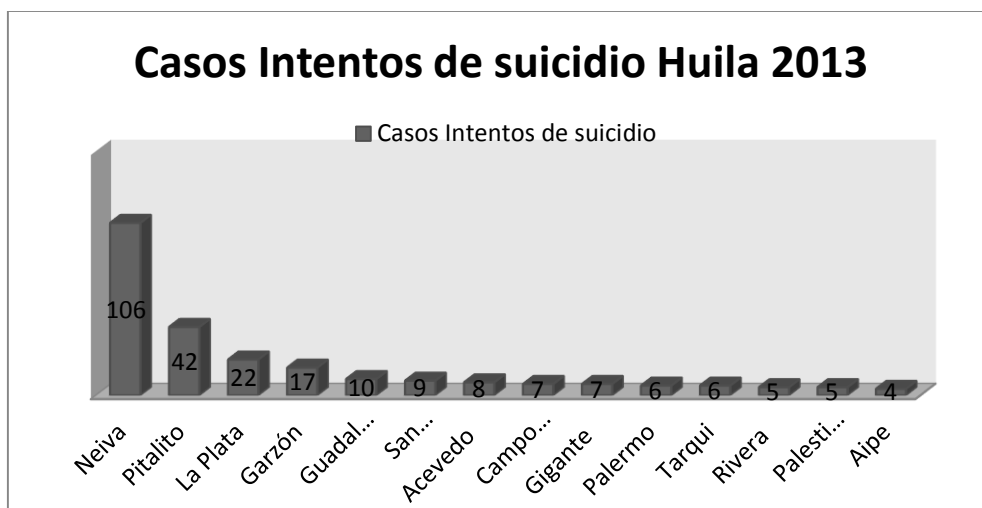
En Colombia, el Suicidio representa el 5.3% de las muertes violentas, de acuerdo con los informes del Instituto de Medicina Legal. Sesenta de las 1.492 víctimas de Suicidio en 1994 fueron estudiadas por medio de extensas entrevistas familiares y relacionadas (“autopsias psicológicas”) donde se encontró presencia significativa de trastornos psiquiátricos. (León, 1995)

Es así como el Departamento del Huila registra un alto índice en Intentos de Suicidio y Suicidio según lo reportado por la Secretaria de Salud Departamental del Huila en su página web. A pesar de los grandes avances que la red de salud mental del departamento ha obtenido, llegando a cada municipio con una labor importante en contra de este problema, realizado por grupos de psicólogos que forman parte de la red de salud mental, no obstante el número de casos sigue en aumento pese a los grandes esfuerzos.

Según lo registrado por Medicina Legal, en el año 2002, el Huila tuvo la tasa más alta de Suicidios seguido por Valle del Cauca y Nariño, lo que indica que es un tema relevante que debe tener la atención de las autoridades competentes, más centrada en su mitigación y prevención a través de estrategias dirigidas a sus familias y de esta manera prevenir futuros intentos.

La Plata, municipio del suroccidente del Huila, ha presentado una cifra considerable en el reporte de estos casos. Según el último boletín emanado por el SIVIGILA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica), el departamento del Huila registra hasta la semana epidemiológica 20 de 2013, 20 casos de Suicidio, 18 confirmados, que equivalen a una tasa de incidencia del 1.6 casos de Suicidio por cada cien mil habitantes. Los Intentos de Suicidio presentados en el departamento a semana epidemiológica 20, corresponden a los municipios de:

Gráfica N°1. *Casos de Intento de Suicidio Huila 2013*



Fuente: SIVIGILA 2013.

La gráfica muestra la recurrencia en los casos de Intentos de Suicidio en el Huila para el año 2013, según el reporte del SIVIGILA. 35 de los 36 municipios reportaron casos de Intento de Suicidio, empezando por la capital Neiva con un número considerable de casos; 106 personas que Intentaron Suicidarse, seguido por Pitalito con 42 casos y La Plata con 22 casos. Nuestro municipio ubicado en el tercer lugar en el departamento del Huila que han realizado Intento de Suicidio, lo que indica que es preocupante la cantidad de reportes para este evento. Garzón presenta 17 casos, Seguido de Guadalupe con 10, San Agustín con 9 y Acevedo

con 8 casos. Campoalegre y Gigante presentan igual número de reportes; 7 casos. Palermo y Tarqui con 6 casos. Rivera y Palestina con 5 casos. Aipe, Timaná, La Argentina y Baraya con 4 casos. Isnos, Suaza, Tello, Oporapa, Colombia, Santa María, Agrado y Teruel, cada uno con 3 casos reportados. Yaguará y Hobo con 2 casos cada municipio reportados. Pital, Saladoblanco, Tesalia, Villavieja, Nátaga, Altamira y Elias con un caso cada municipio.

Por lo tanto, es primordial el apoyo fundamental de todas las personas involucradas como la familia, las autoridades y la misma sociedad, ya que se requieren estrategias sólidas para lograr intervenir y disminuir los Intentos de Suicidio en el municipio de La Plata, estrategias que tengan que ver con trabajo en la comunidad, el rescate de los valores familiares, la intervención de todas las autoridades competentes en este caso y de la misma población. Para ello es relevante en primer lugar tener en cuenta la familia como núcleo fundamental de la sociedad y personalidad de cada individuo. La familia se comprende como una dinámica sistémica que se establece entre los miembros de una misma, para que esta funcione positivamente, cumpla sus funciones y sirva para el desarrollo de la individualidad. Horwitz N., Florenzano R & Ringeling (1985).

Como lo indican los autores Horwitz N., Florenzano R & Ringeling (1985), la familia es un factor psicosocial que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar. Las conductas suicidas causan impacto en las familias y el entorno del adolescente pues nos enfrenta con la realidad de que nuestros adolescentes encuentran la vida tan dolorosa que prefieren causarse la muerte, por esta razón es importante reflexionar las causas que los llevan a la autodestrucción, y conocer cuál es el significado de este acto para el adolescente y cualquier miembro del grupo familiar y cómo prevenirlo, pues, el individuo que lo intenta está constantemente emitiendo señales de auxilio, con el fin de detectar el riesgo de que ocurra y atenderlos oportunamente buscando las herramientas y el apoyo de profesionales que puedan guiarlo a fin de cambiar la perspectiva de sus conflictos.

Según la revista especializada "The Lancet" (The Lancet, 2002), en una investigación danesa se demuestra la relación entre una historia familiar con antecedentes psiquiátricos y Suicidio y un aumento en los riesgos de Suicidio, lo que indica que las personas con antecedentes familiares de Suicidio son 2.5 veces más propensas a cometer Suicidios que los que no los tenían.

La guía para la familia de pacientes suicidas en la sala de emergencia de NAMI nos indica que a la hora de registrar el historial familiar del Suicidio se debe prestar mucha atención a las familias con un historial de Suicidio, pues el riesgo del mismo es mayor. Por ello es relevante darles trascendencia a las familias que han sido afectadas por intentos de Suicidio o Suicidio, pues pueden presentar un riesgo mayor de Suicidio según las investigaciones, y lo que se pretende demostrar es la existencia de Depresión y Disfuncionalidad Familiar.

La gran mayoría de las investigaciones están orientadas hacia las personas que intentan Suicidarse pero no hay estudios completos y profundos de ayudas a las familias de las personas que intentaron suicidarse o se suicidaron, por lo tanto el problema a investigar es demostrar si existe Depresión en las familias de las personas que se Intentaron Suicidar o se Suicidaron en el municipio de La Plata en el año 2013. No hay estudios concretos dirigidos a las familias para valorar su estado psicosocial, donde se preocupen no solamente por la persona que se intentó suicidar sino también por su núcleo familiar, por lo que es importante tener en cuenta la familia de las personas que Intentaron Suicidarse o se Suicidaron ya que pueden generar algún estado depresivo y no son tratados directamente por los profesionales en salud mental, de esta manera poder mitigar un posible o probable nuevo Intento de Suicidio en alguno de los familiares.

1.2 Pregunta de Investigación

¿Existe Depresión en familiares de individuos que realizaron Intento de Suicidio o Suicidio en el sector urbano del municipio de La Plata Huila durante el año 2013?

1.3 Hipótesis

1.3.1 Alternativa:

Existe Depresión en las familias de las personas que Intentaron Suicidarse o se Suicidaron en el área urbana del municipio de La Plata en el 2013.

1.3.2 Nula:

No existe ningún tipo de Depresión en las familias de las personas que Intentaron Suicidarse o se Suicidaron en el área urbana del municipio de La Plata en el 2013

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar si existe Depresión en familiares de individuos que realizaron Intento de Suicidio o Suicidio en el sector urbano del municipio de La Plata Huila durante el año 2013.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Determinar el grado de Depresión en las familias de las personas que se Intentaron Suicidar o se Suicidaron en el municipio de La Plata en el 2013.
- ✓ Determinar la Funcionalidad de la unidad familiar de las personas que Intentaron Suicidarse o se Suicidaron en el municipio de La Plata en el 2013
- ✓ Establecer si existe alguna relación entre Depresión y Disfuncionalidad familiar o ausencia de Depresión y Funcionalidad familiar

3. JUSTIFICACIÓN

La importancia tan significativa de esta investigación desde la psicología permite abordar temas tan complejos y cotidianos como la Depresión, que sin la atención adecuada puede desencadenar en un Intento de Suicidio o Suicidio, por lo tanto la psicología como ciencia aplicada a esta investigación permite una mejor perspectiva y comprensión desde lo individual a lo familiar, logrando así evidenciar un tema al que poca importancia se le presta en el municipio de La Plata Huila.

Como son evidentes las cifras de la Secretaria de Salud Departamental, el municipio de La Plata en el departamento del Huila, presenta un alto índice en casos de Intentos de Suicidio y Suicidio, por lo que el beneficio social del tema tratado en esta investigación redundaría en pro de una comunidad afectada seguidamente por casos de Intento de Suicidio y Suicidio, más aun cuando no se lleva a cabo una atención priorizada en salud mental a las familias de quienes realizaron Intento de Suicidio o Suicidio, más allá de un simple acompañamiento al paciente en caso del Intento de Suicidio.

Aunque exista un vacío en la investigación sobre esta temática, podemos constatar que en el año 2010 se realizó un estudio en la Universidad Sur colombiana de Neiva donde sus resultados sugieren una transformación en las relaciones entre jóvenes y adultos las cuales influyen de manera positiva en la perspectiva de los jóvenes. Magnolia del Pilar Ballesteros y María Elsa Gutiérrez Malaver entre otros, (2010).

En consecuencia la investigación demuestra mediante el análisis de los datos obtenidos y conceptos básicos del Intento de Suicidio y Suicidio, la existencia de Depresión en las familias de las personas que Intentaron Suicidarse o de las que se Suicidaron en el sector urbano del municipio de La Plata en el año 2013, por lo que se determina una investigación importante, pues a partir de los datos arrojados con esta investigación, se podría realizar proyectos de intervención para mitigar esta problemática. Esta investigación es pertinente debido a que el municipio de La Plata ocupa el tercer puesto en el departamento por Intento de Suicidio y Suicidio, como se ha demostrado en el SIVIGILA del 2013 ya que los datos reportados han sido de cifras importantes para el municipio de La Plata en el departamento del Huila, por lo que se considera una investigación relevante y actualmente no se cuentan con estudios dirigidos a las familias de las personas que realizaron Intento de Suicidio o se Suicidaron, que es a donde está encaminada esta investigación.

Por lo tanto esta investigación es coherente ya que es evidente la situación en Colombia y principalmente en la región del Huila, lo que indica la ausencia de actividades dirigidas al núcleo familiar para reducir el riesgo de Intento suicida o el Suicidio. De esta manera se demuestra la existencia de Depresión dentro del núcleo familiar y que tipo de Funcionalidad se cumple en la familia para prevenir un posible nuevo caso de ideación suicida o Suicidio, por consiguiente es una investigación favorable que aporta datos significativos para el manejo y atención de estos casos y abordaje más preciso en el municipio, involucrando directamente a las familias de las personas que realizaron Intento de Suicidio o Suicidio.

4. REFERENTES CONCEPTUALES

4.1 Marco Teórico:

La investigación va dirigida principalmente a la familia como parte fundamental y formadora de un individuo en la sociedad, luego de generarse un Intento de Suicidio o un Suicidio dentro de la misma, ésta debe ser atendida y valorada para determinar su situación, establecer si existe Depresión en sus integrantes, si han sido afectados directa o indirectamente por el evento del Intento de Suicidio o Suicidio.

4.1.1 Salud Mental:

Según lo plantea la OMS (2001), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. “La salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Está relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Por lo tanto, la salud mental es una parte integral de la salud, es más que la ausencia de enfermedad y está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta. Las diferencias entre los valores de países, culturas, clases y géneros pueden parecer demasiado grandes para permitir un consenso sobre una definición (OMS, 2001), sin embargo al igual que la edad o la riqueza tienen en sí muchas expresiones alrededor del mundo, y aun así mantienen un significado universal de sentido común medular.

Los problemas mentales, al igual que la salud y la enfermedad, están determinados por muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica. La mayor evidencia se refiere a los riesgos de enfermedades mentales, las cuales en los países desarrollados y en vías de desarrollo están asociados con indicadores de pobreza y trastornos mentales parece ser universal, ocurre en todas las sociedades, independientemente de sus niveles de desarrollo. Los factores tales como la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física pueden explicar la mayor

vulnerabilidad de las personas pobres en cualquier país, a desarrollar enfermedades mentales (Patel & Kleinman, 2003). La salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad, y los valores culturales. Está influenciada por experiencias de la vida diaria, experiencias en la familia y la escuela, en las calles y en el trabajo (Lehtinen, Riikonen & Lahtinen, 1997).

Se entiende que las enfermedades mentales son comunes y universales. Por ello a nivel mundial los trastornos mentales y de conducta representaban en 1990 el 11% de la carga total de la enfermedad, expresado en términos de años de vida ajustados por discapacidad (OMS, 2001). Se predice que para el 2020 esto va a aumentar en un 15%. Los problemas de salud mental también resultan en una serie de otros costos para la sociedad (OMS, 2003), por lo que la Depresión fue la cuarta importante de aportación a la carga de enfermedad en 1990 y se espera que para el 2020 sea la segunda causa en importancia después de la enfermedad cardiaca isquémica. Datos recientes recopilados por la OMS demuestran la gran diferencia que existe entre los recursos que están disponibles en los países para salud mental y la carga causada por los problemas de salud mental (OMS, 2001).

4.1.2 Depresión: Proviene del término latino *depressio*, que a su vez procede de *depressus* “abatido” o “derribado”. Según lo establecido por la enciclopedia virtual la Depresión (2008), para la medicina y la psicología se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen irritabilidad, cambios bruscos en el humor, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia que supera lo que es considerado normal.

Según lo indica el CIE 10 (2001), la Depresión en primera instancia se puede caracterizar como un episodio depresivo, F32 Episodios depresivos; la persona sufre de un humor depresivo, pérdida de la capacidad de disfrutar e interesarse por las cosas y hay una disminución de su vitalidad y conlleva un cansancio exagerado. La Depresión varía escasamente de un día para otro, su presentación clínica puede ser distinta de cada individuo y episodio. Para el diagnóstico de episodio depresivo se requiere de una duración de dos semanas de los síntomas de la depresión.

El episodio depresivo leve F32.0 Debe presentar al menos dos de los tres síntomas por lo menos durante dos semanas sin ser recurrentes ni presentarse en un grado intenso. Se presenta con síndrome somático o sin síndrome somático.

Mientras que en el episodio depresivo moderado F32.1 al presentar los síntomas es probable que se presenten algunos en grado intenso y permanecer por lo menos dos semanas, también se presenta el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos y sin síntomas psicóticos.

En el eje F33 se ubican los trastornos depresivos recurrentes con episodio actual leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, con síntomas psicóticos.

Para el DSM IV (López JJ, 2002) dentro de la clasificación de los estado de ánimo se encuentran los trastornos depresivos y dentro de los episodios afectivos se ubica el episodio depresivo mayor donde se tiene en cuenta el estado depresivo la mayor parte del día, disminución del interés o la capacidad para el placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, insomnio o hipersomnia casi todo el día, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de la energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para concentrarse o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte.

Según la OMS en su portal web, la Depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del apetito y del sueño, falta de concentración y sensación de cansancio. La Depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y puede afectar el rendimiento laboral o escolar y la capacidad para afrontar la vida diaria. *“En su forma la Depresión puede conducir al suicidio”* (OMS, 2001). La Depresión leve se puede tratar sin emplear medicamentos, pero cuando su carácter es moderado o grave se puede necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La Depresión puede ser tratada por especialistas en el ámbito de la atención primaria.

La Depresión clínica es más que un tema de melancolía, nervios o desánimo, los sentimientos de tristeza, infelicidad y ansiedad no desaparecen, están presentes casi todo el tiempo, por ello debe ser tratada sino puede verse afectada su parte laboral y personal, entre los síntomas de la Depresión se encuentran la sensación de soledad y desesperanza y los pensamientos suicidas. Existen algunas causas que generan Depresión entre ellas las causas genéticas transmitidas de padres a hijos o por experiencias traumáticas en la infancia que hayan sido mal canalizadas. Las consecuencias más graves de la Depresión pueden ir desde el aislamiento social hasta la imposibilidad de cumplir con sus actividades diarias, llegando incluso hasta el Suicidio.

4.1.3 Comportamiento Suicida:

Según el profesor Dr. Andrés Pérez Barrero en el 2007, miembro de la OMS para la prevención del Suicidio; el comportamiento Suicida abarca manifestaciones como el deseo de morir; que representa la insatisfacción del sujeto con su modo de vivir. La representación Suicida, significado por imágenes mentales del Suicidio de su propio ser, donde hay ideación de un Suicidio, las ideas suicidas pueden ser sin un método específico, con un método inespecífico, con un método específico no planificado y la idea suicida planificada.

También se encuentra la amenaza suicida, la insinuación verbal de sus intenciones de acabar con su vida. El gesto suicida; incluye un acto, un ademán suicida. El Intento Suicida, es un acto contra su propia vida donde se hace daño así mismo pero no ocasiona la muerte. Otra manifestación de comportamiento suicida es un Suicidio frustrado; el Suicidio accidental.

Para la Dra. Martha de la Torres Martí de la Universidad Autónoma de Madrid (2000), la ideación suicida desde la perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que plantee el Suicidio, experimenta ideas suicidas o pensamientos suicidas. La ideación suicida se define como “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”, incluyendo aquellos pensamientos que tienen que ver con la falta de valor de su propia vida, deseos de muerte, fantasías de Suicidio y planificación de un acto letal. Es importante diferenciar el término de la propia conceptualización del suicidio o acto auto lesivo que resulta en muerte, así como el Intento de Suicidio que supone la tentativa, autoeliminación o autolesión sin resultado de la muerte.

De ahí que las causas de la Ideación Suicida son múltiples y dependen de la perspectiva de análisis de que se parte, puede ser cultural, psicológico, social, biológico etc. Es importante prestar atención a todas las perspectivas por separado a la hora de analizar los factores que influyen en el proceso de generación de ideación suicida, no existe ninguna teoría que explique de forma completa el Suicidio o la ideación suicida. Desde la perspectiva de la psicología clínica cognitivo-conductual, se han presentado algunos factores que podrían determinar la aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida. Las personas suicidas mantienen una pesimista perspectiva sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos. Así como un estilo atribucional depresivo que establece una causa interna estable y global sobre los eventos negativos. (Beck, Rush y Emery, 1979).

4.1.4 Suicidio: El primer aporte importante al estudio de las influencias sociales y culturales del Intento de Suicidio fue realizado a finales del siglo XIX, por el sociólogo francés Emile Durkheim (1897), quien en un intento de explicar los patrones estadísticos dividió los Suicidios en tres categorías: Suicidio egoísta, Suicidio altruista y Suicidio anómico.

En primer lugar está el Suicidio egoísta que incluye las personas que se suponían no estaban bien integrados en ningún grupo social, la integración familiar o su falta, podría utilizarse para explicar porque las personas no casadas son vulnerables al Suicidio que las personas casadas, y porqué las parejas con hijos están más protegidas que las parejas sin hijos. Las comunidades rurales tenían mayor integración social que las áreas urbanas y por consiguiente menor índice de suicidios.

En segundo lugar el Suicidio altruista describe aquel cuya tendencia al suicidio deriva de su excesiva integración en un grupo. Durkheim utiliza como ejemplo el soldado japonés que sacrificaba su vida en la batalla.

Y por último el Suicidio anómico tiene lugar cuando una alteración del equilibrio de la integración de la persona con la sociedad es baja, esta sin normas habituales de conducta. (Kaplan, Harold, 1998)

Según Menninger, (1938) el Suicidio es; *“un deseo de matar, un deseo de ser matado y uno de morir”*.

En consecuencia para la teología cristiana el Suicidio consiste en “darse la muerte directamente así mismo”. Por la iglesia Católica el Suicidio es visto como un pecado puesto que en la biblia habla “no mataras” lo que implica a uno mismo (Guillon y Bonniec, 1982). Paracelso, (1531), exponía que quien se suicida por desesperación es inspirado por el diablo. El suicidio empezó a ser considerado pecado en el siglo IV con San Agustín, según la Iglesia Católica porque viola el sexto mandamiento de la Ley de Dios. En la Edad Media la Iglesia Católica rechazaba al suicida y era negado su sepultura en el campo santo, degradaban el cadáver arrastrándolo por las calles con la cabeza abajo con una estaca en el corazón y una piedra en la cabeza para inmovilizar el cuerpo y que no volviera a dañar los vivos, de esta forma el suicida era condenado en el infierno por la eternidad. (Ackertnecht, 1968).

Entre tanto en Inglaterra cerca del año 1800, el cuerpo suicida era duramente castigado, sus bienes eran confiscados, y la viuda deshonrada y desheredada a excepción del caso del soldado que se suicidaba por honor (Ackertnecht, 1968).

Algunos estudios relacionan las crisis económicas con el aumento de las muertes por Suicidio por el desempleo, así como los trastornos mentales derivados como ansiedad y Depresión indicado por la OMS en el año 2012 en ocasión al Día Mundial de la Salud Mental y bajo el lema “*la Depresión, una crisis mundial*” se expuso la influencia de las causas económicas en el problema y señaló al desempleo como causa principal del suicidio.

“Cada Suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos” ha declarado la Dra. Catherine Le Gales-Camus, subdirectora general de la OMS (2002), para Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, por lo que se producen más muertes por Suicidios que por la suma de homicidios y guerras.

Según la OMS (2002), el comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso del alcohol y estupefacientes, los maltratos de la infancia y el aislamiento social determinan trastornos como la Depresión, también tiene gran influencia en numerosos Suicidios.

Entre los factores de protección contra el suicidio es importante una alta autoestima y unas buenas relaciones sociales, sobre todo con familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales. La identificación pronta de la Depresión y un tratamiento adecuado es importante como estrategia preventiva. Según la OMS existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en identificar la enfermedad y el tratamiento puede minimizar el riesgo de Suicidio entre los grupo de riesgo, observado en países como Finlandia y el Reino Unido (OMS, 2004).

4.1.5 Inventario de Depresión de Beck: El inventario ha sido creado por el investigador, psiquiatra y fundador de la Terapia Cognitiva Aaron, T, Beck. Es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Uno de los instrumentos más empleados para determinar la severidad de la Depresión. Compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos como la irritabilidad y desesperanza, cogniciones como sentimientos o culpa como estar siendo castigados así como síntomas físicos relacionados con la Depresión como pérdida de peso, fatiga o falta de apetito sexual.

Actualmente existen tres versiones del BDI (Inventario de Depresión de Beck); la versión original publicada en 1961, la revisión de 1971 con el título BDI-1ª; y el

BDI-II, publicado en 1996. Es empleado como herramienta de evaluación de la Depresión por profesionales de la salud, aunque es necesario el uso de más herramientas para realizar un diagnóstico de Depresión el BDI sirve como chequeo (JAGT, 2008).

El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la Depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con Depresión. El BDI ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la Depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

El cuestionario en relación al género se ha optado expresiones neutras como “alguien” o “algunas personas”, en las demás ocasiones se ha optado por emplear el masculino como genérico. Es importante responder el cuestionario teniendo en cuenta como se ha sentido la persona e la última semana incluyendo el día de hoy.

La interpretación del resultado, el cuestionario consta de 21 preguntas, a cada pregunta se le proporciona una puntuación de 0 a 3. La puntuación máxima es 63, por ello es importante tener en cuenta; el corte sugerido hasta 10 es normal, entre 11 y 16 ligero trastorno emocional, entre 17 y 20 Depresión clínica bordelinde, entre 21 y 30 Depresión moderada, entre 31 y 40 Depresión severa, más de 40 Depresión extrema. (Erbaugh, 1961).

4.1.6 Familia: Según la sociología, la familia es un conjunto de personas que se encuentran unidos por lazos parentales; pueden ser por afinidad como el matrimonio y de consanguinidad como ser la filiación entre padres e hijos.

Autores como Elizabeth Jelin nos dice: *“La familia es la institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a estas dos necesidades”* (Jelin, 1988), haciendo referencia a la sexualidad y la procreación, y continúa... *“incluye también la convivencia cotidiana, expresada en la idea del hogar y del techo: una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano, que van unidos a la sexualidad `legítima` y la procreación”* (Jelin, 1988).

Desde la perspectiva de Jelin (1988), cada sociedad con sus estructuras productivas diversas y organizaciones sociopolíticas han producido organizaciones familiares variadas. La heterogeneidad de estas estructuras de parentescos tienen algo en común: se trata siempre de cómo se organizan la convivencia, la sexualidad y la procreación. Dicho de otra manera, el animal humano partiendo de distintos escenarios sociopolíticos y productivos ha ido conformado organizaciones familiares variadas, sin embargo, siempre en función de la organización de la convivencia, la procreación y las prácticas relacionadas con goces sexuales.

Es en el núcleo familiar donde se satisfacen las necesidades básicas más elementales de las personas como dormir, comer, alimentarse etc. Se prodiga amor, protección, cariño y se preparan los hijos para la vida adulta. La unión familiar asegura a los integrantes estabilidad emocional, económica y social, donde se aprende a dialogar, a escuchar y a entender los derechos y deberes como persona humana.

Por lo tanto, la familia en la sociedad tiene importantes tareas según lo explica, Majó & Darker, (1934) pues funciona de manera biológica; para satisfacer el apetito sexual del hombre y de la mujer, además de la reproducción humana. Tiene una función educativa; socializando tempranamente al niño en hábitos, valores, conductas etc. Su función económica; satisfaciendo las necesidades básicas como el alimento, el techo, la ropa y la salud. También cuenta con una función solidaria; desarrollando afectos que permiten valorar la ayuda al prójimo y finalmente cuenta con una función protectora pues da seguridad y cuida los niños, las personas con discapacidad y de la tercera edad.

En efecto la historia y evolución de la familia como la conocemos hoy es difícil de datar, se sabe que el desarrollo histórico tuvo inicio con la horda; la primera forma de vínculo consanguíneo, al pasar el tiempo las personas se unen por vínculos de parentesco y forman agrupaciones como las bandas y las tribus. Las actividades de agricultura obligan a contar con muchos brazos, de allí la necesidad de tener muchos hijos e integrar al núcleo familias sobre un mismo techo. Más adelante con la industrialización las personas se trasladan a las ciudades, donde se especializa el trabajo, los matrimonios ya no necesitan muchos hijos, y

económicamente es difícil mantenerlos; nace la familia nuclear o conyugal que contempla al padre, la madre y los hijos.

Durante la historia se han dado algunas características sobre vínculos de parentesco como la horda; donde se unen hombres y mujeres con fines de procreación, búsqueda de alimentos y defensa, no existía conciencia de vínculos familiares. Le sigue el matriarcado; el cual el parentesco se da por vía materna, la mujer-madre es el centro de la vida familiar y única autoridad. En el patriarcado la autoridad pasa de la madre a padre y el parentesco se reconoce por línea paterna, se practica la poligamia. La familia extendida; se basa en los vínculos consanguíneos de una gran cantidad de personas incluyendo padres, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás y también está la familia nuclear; llamada también conyugal, compuesta por padre, madre e hijos y la monoparental donde los hijos conviven con unos de los padres.

4.1.9 APGAR Familiar: El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente obtiene información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar.

La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares.

La valoración del estado de salud incluye información sobre el estilo de vida y creencias sanitarias. Esta información se utiliza para formular un “perfil de salud”, el que a su vez proporciona los datos necesarios para establecer un diagnóstico y planificar intervenciones apropiadas, encaminadas a promover un óptimo estado de salud mediante la modificación del estilo de vida. (Smilkestein Gabriel, 1978).

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funciona como una escala en donde el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas claves que son considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

Este instrumento de origen reciente, diseñado en 1978 por el Dr. Gabriel Smilkstein, en la Universidad de Washington, basado en su experiencia como médico de familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de atención primaria, en su aproximación al análisis familiar. El test está basado en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y manifiestan el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Fue denominado APGAR familiar debido a que era una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de los recién nacidos propuesto por la Dra. Virginia Apgar, y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación.

El APGAR familiar es un instrumento útil para evidencia la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado de esta manera es fácil establecer, es aplicable a las personas que no manifiesten abiertamente sus problemas familiares. Este instrumento se emplea en casos como embarazo, depresión del postparto, hipertensión arterial condiciones alérgicas, y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de las familias.

El acrónimo del APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: Adaptabilidad (Adaptability), cooperación (Partnertship), desarrollo (Growth), afectividad (Affection) y capacidad resolutive (Resolve). Smilkstein Gabriel, 1978). El APGAR familiar en comparación a otras escalas similares presenta una gran ventaja por su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. En nuestro medio esta validada por Bellon y Cols (1996). Sirve para poner sobre la pista una posible disfuncionalidad familiar no para diagnosticarla, para establecer los parámetros por las cuales la salud de las familias pudiera ser medida: La adaptabilidad; mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando hay situaciones de crisis. La Participación; mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo. En el desarrollo (Growth) Gradiente de crecimiento, mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y conducta. El Afecto mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones. La Resolución mide la tarea de compartir el tiempo, dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción de la persona que responde el instrumento con su vida familiar, y la percepción de que un integrante tiene de su núcleo familiar.

4.1.10 Funcionalidad Familiar: Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y dinámicas relacionales tanto internos como externos y el conjunto de valores y creencias respecto de lo que debe ser la familia, es decir, los paradigmas familiares. Por lo tanto lo que hace funcional una familia es la capacidad de resolución de problemas (Jackson, 1965). La diferencia entre la familia normal y disfuncional está relacionado con: Estrategias para resolver problemas. Clima emocional de la familia. Capacidad de cambio durante ciclo vital de la familia, equilibrar distancia y proximidad, formación de fronteras generacionales funcionales. (Riskin, 1976).

Es así como la teoría transgeneracional; la funcionalidad familiar depende de la individuación y crecimiento de cada uno de sus miembros. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por la que atraviesa. Para que exista una funcionalidad familiar deben existir criterios que determinan la funcionalidad como la comunicación; que debe ser clara, directa y específica. La individualidad; donde la autonomía debe ser respetada y la indiferencia tolerada. La toma de decisiones; donde se busca la solución más apropiada a un problema y la reacción a los eventos críticos, donde debe haber flexibilidad para adaptarse a las demandas exigentes.

La homeostasis familiar según Jackson, (1965) es el equilibrio interno que conserva unida la familia a pesar de las presiones. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de homeóstasis, de tal manera que las fuerzas del grupo permiten avanzar en tiempo de crisis, resolviendo los problemas de manera que cada miembro va adquiriendo un grado de madurez.

Las familias funcionales mantienen sus relaciones e interacciones de maneras aceptables y armónicas, donde los roles de todos los miembros de la familia están bien definidas, sin que existan puntos críticos, sin ostentar posiciones de primacía, donde todos laboran igualmente y con entusiasmo para el bien colectivo. Mientras que en las familias disfuncionales, existe una incapacidad para reconocer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. No se respeta la distancia generacional y se invierte la jerarquía.

Es así como teniendo en cuenta las teorías de diferentes autores expuestos anteriormente, las cuales funcionan como base preliminar para comprender la realidad social de las familias de los individuos que Intentaron Suicidarse o se Suicidaron en el área urbana del municipio de La Plata Huila para el año 2013, y de esta manera identificar desde la misma concepción de la psicología llevar a cabo una investigación más precisa y acorde con la realidad del contexto.

4.2 MARCO CONTEXTUAL

Es importante conocer la situación actual del municipio de La Plata Huila, y ubicarnos a nivel del departamento, cual ha sido la situación frente a los Suicidios e Intentos de Suicidio. San Sebastián de La Plata, es un municipio de Colombia ubicado en el departamento del Huila al suroccidente, con una población aproximada de 57.381 habitantes según el DANE con proyección al 2010. Con una altitud de 1.050 msnm. Ubicado en las estribaciones de la cordillera Central, limitando por el norte con el departamento del Cauca, por el sur con el municipio de La Argentina, por el oriente con los municipios de Paicol y Pital y por el occidente con el departamento del Cauca. Imagen 1.

Es la cuarta ciudad en el departamento después de Neiva la capital, Pitalito y Garzón. Cuenta con 19 Instituciones Educativas tanto en la zona urbana como la rural cada una con sus respectivas sedes.

Según datos reportados por la Secretaría de Salud departamental del Huila en el año 2009 se registraron 59 Suicidios y 1.008 Intentos de Suicidio, y en 2010 los Suicidios disminuyeron a 40 y los Intentos de Suicidio a 697, pero revisando de manera exhaustiva, en el municipio de la plata esa disminución no se vivió pues en el año 2009 se registraron 62 Intentos de Suicidio y ni un solo Suicidio y en cambio en el 2010 se incrementó esa cifra aunque a nivel departamental haya disminuido en el municipio eso no se notó pues hubo 3 Suicidios y 77 Intentos de Suicidio en el transcurso del año. (SIVIGILA, 2010).

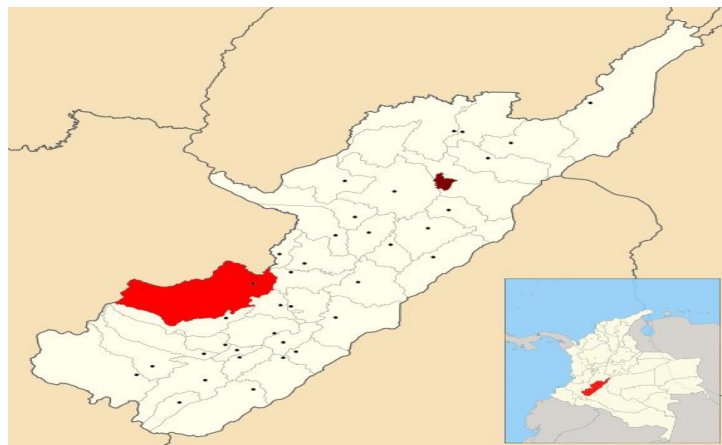


Imagen 1. Tomado de: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Colombia_-_Huila_-_La_Plata.svg

El municipio de La Plata cuenta con el SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, que se ha creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población Colombiana, con el fin de:

- Orientar las políticas y la planificación en salud pública.
- Tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud.
- Optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones.
- Racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva. (SIVIGILA, 2004)

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, entidad de salud de segundo nivel donde se reciben la mayoría de los casos de Suicidio y de Intentos de Suicidio, quienes realizan la atención primaria y de urgencia para estas personas. La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua tiene sus inicios en 1912, cuando el padre Manuel Antonio Ortiz inicia gestiones para la adquisición de un terreno que hacia parte de la finca museñas, quedando estipulado en escritura pública para la parroquia de la Villa de San Sebastián de La Plata un hospital de caridad, después de grandes procesos y años de trabajo se consolido el Hospital del municipio de La Plata, hoy llamado E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, es una entidad de segundo nivel de complejidad de atención en Salud la cual recibe la atención de los pacientes con intento suicida y los suicidas, es la que se encarga de hacer la atención inicial y de urgencias médica, o de medicina legal. En su parte asistencial cuenta con; urgencias, consulta externa, hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico.

Un paciente con Intento Suicida se atiende por urgencias, muchas veces en reanimación por su condición grave de salud, cuando se estabiliza se hospitaliza dependiendo de su seguridad social, si es subsidiado en Medicina Interna, si es contributivo en pensión o media pensión, y es atendido por el personal profesional de médicos, psicólogo y trabajadora social. Luego de terminado su tratamiento y estabilizado físicamente vuelve a citas por consulta externa con psicología para

continuar con un seguimiento psicológico sencillo. El grupo que hace el seguimiento durante el año a los casos reportados por el SIVIGILA en el municipio es el PIC (Plan de Intervenciones Colectivas) pues hacen parte un gran número de profesionales en salud mental quienes realizan visitas domiciliarias a todos los pacientes con reportes en cualquier evento de salud mental del municipio.

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), donde se incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos que el Estado debe desarrollar, las cuales están dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y el control de riesgos en salud de alta externalidad y de esta manera dar cumplimiento a las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, complementarias a las acciones de prevención, promoción, y atención previstas en los planes de salud del Sistema General de Seguridad Social (Resolución 425 de 2008). El PIC busca articular diferentes actividades, promoviendo la participación social de actores y sectores reconociendo el carácter colectivo de la salud y la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables que garanticen la dignidad humana.

4.3 MARCO LEGAL

En Colombia el Intento de Suicidio no es considerado un delito. Inducir, ayudar o instigar a otra persona al Suicidio sí es considerado un delito y puede ser penalizado con 1 a 6 años de prisión, dependiendo de la existencia o no de una intención humanitaria.

- La OMS considera el 10 de septiembre como Día Mundial en la Prevención del suicidio.
- Constitución Política Colombiana Art 11: *“El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”.*
- Ley 599 de 2000 Artículo 107: *“Inducción o Ayuda al Suicidio. <Penas aumentadas por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004, a partir del 1o. de enero de 2005. El texto con las penas aumentadas es el siguiente:> El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento ocho (108) meses”.*

Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses.

- *Ley 599 de 2000 Artículo 131: “Omisión de socorro. El que omitiere, sin justa causa, auxiliar a una persona cuya vida o salud se encontrare en grave peligro, incurrirá en prisión de dos (2) a cuatro (4) años.”*

Este artículo de nuestro código penal, muy probablemente fue incluido dentro de la normatividad existente con el fin de prevenir que se abandone a una persona víctima de un accidente o una enfermedad que le aqueje en vía pública, sin embargo, también puede ser aplicado a un trabajador de salud quien conociendo la intención suicida de un paciente, la cual puede verse como un pedido de socorro, no busca evitar un desenlace fatal. Si bien con anterioridad se mencionó ciertas impropiedades en la práctica médica como ayuda efectiva frente al suicidio, el artículo 131 podría cobijar a cualquier persona.

No prestarle ayuda a una persona que tiene en curso un Intento de Suicidio o quizás omitir información con respecto a la ideación suicida de alguien y que posteriormente termine en un intento efectivo, podría llegar a considerarse una interpretación admisible para el artículo 131, por parte del sistema judicial.

- Ley 906 de 2004, artículo 74 numeral 2 “inducción o ayuda al suicidio. Delitos que requieren querrela. Modificado por el art. 4, Ley 1142 de 2007, Modificado por el art. 108, Ley 1453 de 2011. Para iniciar la acción penal será necesario querrela en los siguientes delitos, excepto cuando el sujeto pasivo sea un menor de edad. 2. Inducción o ayuda al suicidio (C. P. artículo 107)”.
- Política Nacional de Salud (2007-2011) Capítulo IV. Situación de Salud. Violencia y lesiones de causa externa.
- Plan Decenal de Salud Pública 2012.2021. Componente: 7.3.3.1, Promoción de la salud mental y la convivencia.
- Ordenanza No 017 de 2013 Plan de Desarrollo “Huila Competitivo”.

- Plan de Desarrollo Municipal La Plata Huila 2012 – 2015. Componente de salud mental.

5. ANTECEDENTES

5.1 Locales

5.1.1 Alcoholismo en casos de Intento de Suicidio Bajo seguimiento de programa estrategias para la vida del Plan de Intervenciones Colectivas de la E.S.E San SEBASTIAN DEL Municipio de La Plata.

Claudia Marcela Vargas Tovar, Liliana Achury. Su objetivo general consiste en identificar si existe relación de alcoholismo en casos de intento de suicidio originados entre 15 Octubre al 15 de Noviembre bajo seguimiento del programa de estrategias para la vida del Plan de Intervenciones Colectivas de la E.S.E San Sebastián del municipio de La Plata Huila. Esta investigación arrojó resultados tales como; de género, masculino 40% y femenino 60%, procedencia; 45% urbano y 55% rural, además se enfatizó en la existencia de una relación entre el consumo de alcohol a la hora del Intento Suicida.

5.2 Departamentales

5.2.1 Perfil multidimensional de personas que han realizado Intento de Suicidio

Nicolás Arturo Núñez Gómez, Silvia Leonor Olivera Plaza e Iván Daniel Losada Ramírez. Universidad Sur Colombiana – Neiva. Se realizó el perfil multidimensional a 116 personas que presentaron Intento de Suicidio, 90 eran estudiantes y 26 pacientes de los diferentes centros de salud, incluyendo La Plata Huila, realizándose una entrevista semiestructurada efectuada por un grupo de profesionales, donde se recogió información sociodemográfica, registro de información médica, registro de enfermedades mentales y los resultados de la aplicación de pruebas y cuestionario como EPQ-A adultos y EPQ-K jóvenes, inventario de depresión de Beck; cuestionario CAGE (detección de alcoholismo); prueba letalidad intento de suicidio de Beck; prueba escala de valoración intento de suicidio de Weisman y Worden; prueba escala intencionalidad suicida de Beck;

prueba escala de ideación suicida, elaborada por Beck. Los resultados arrojaron que en los que intentaron suicidio en los años del 2003 al 2005, eran personas de escasos recursos económicos, con un nivel de estudios secundarios, solteros, viven en la cabecera municipal, también mujeres que viven con sus familias y adolescentes. Este grupo de personas al realizar intento de suicidio presentaban extraversión media, síndrome de Depresión grave, y alcoholismo neocriticismo bajo y psicoticismo alto, también se detectó un grupo familiar disfuncional e intolerante.

Este grupo de personas al realizar Intento de Suicidio presentaban extraversión media, síndrome de Depresión grave, y alcoholismo neocriticismo bajo y psicoticismo alto, también se detectó un grupo familiar disfuncional e intolerante.

5.2.3 El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales.

Investigación realizada por Magnolia del Pilar Ballesteros y María Elsa Gutiérrez Malaver entre otros, (2010). Se realizó una reconstrucción sobre el Suicidio de manera teórica desde las representaciones sociales de los jóvenes estudiantes de la Universidad Sur colombiana de Neiva. Se empleó el método cualitativo interpretativo, diseño metodológico de la teoría fundamentada. Se emplearon instrumentos como: grupos focales, red de asociaciones, entrevista en profundidad y técnicas complementarias de frases, dibujos y soportes gráficos. Sus resultados arrojaron que las representaciones sociales del Suicidio en la juventud se agrupan en torno a las perturbaciones psíquicas, el drama existencial y los problemas vitales. Las conclusiones de esta investigación nos sugiere una transformación necesaria en las relaciones entre los jóvenes y adultos, donde se respeten los derechos de los jóvenes y permitan expresar sus sentimientos, así se influirá de manera positiva en la construcción del futuro de los jóvenes de Colombia.

5.3 Nacionales

5.3.1 Eventos vitales adversos y suicidio: y estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia

Medellín, Colombia. Eventos vitales adversos y suicidio: y estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. Jenny García Valencia, Carlos Palacio Acosta, Jhonatan Diego. Este estudio se realizó a 108 personas que se suicidaron y a 108 fallecidas por otras circunstancias y hacer un paralelo, basados en un estudio de autopsia psicológica para determinar los factores de riesgo desencadenantes del suceso, recolectando información de 6 meses antes de la muerte. Al reconstruir acontecimientos previos al suceso tanto biográficos como psicopatológicos de los suicidas, por entrevistas a familiares, amigos y la revisión de su historial médico así como documentos personales, dieron como resultado que las personas se suicidaron por problemas económicos, divorcios, por tener enfermedad terminal o grave, desempleo, o pérdida de un ser querido, como característica particular que la mayoría había tenido varios Intentos de Suicidio, un 89% presentaban trastorno mental, también antecedentes de Suicidio en la familia. La situación económica, falta de empleo, la pérdida de un ser querido, las rupturas con la pareja afectiva, aumentan el riesgo de suicidio, aparte de otros factores de riesgo, estos deben tenerse en la cuenta para programas de estudio, prevención y en las políticas de salud mental.

5.3.2 Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de Suicidio.

Medellín 2006. Diana C Toro, Ramón Paniagua. Carlos González. Universidad de Antioquia. Esta investigación tiene como objetivo encontrar una posible asociación entre el riesgo de Suicidio, consumo de psicoactivos, Depresión y disfunción familiar en adolescentes escolarizados. El Suicidio en los adolescentes ha sido asociado a estados depresivos, soledad, angustia, desesperos, relaciones familiares deterioradas, dificultad en el aprendizaje, historias de abuso físico y sexual, consumo de sustancias psicoactivas, entre muchos otros factores desencadenantes en un Suicidio por parte del adolescente. La adolescencia está delimitada entre los 10 y 19 años de edad según la OMS, siendo esta etapa de crecimiento y enfrentamiento, a cambios biológicos psicológicos, y sociales, están en busca de una identidad y es en este proceso donde muchos de ellos no saben afrontar los cambios y los retos propios de su edad, terminando algunos en intento o en el Suicidio mismo. El estudio busca establecer los factores de riesgo del adolescente escolarizado para así mismo dar pautas preventivas hacia este grupo poblacional. Dando como resultados que no es relevante el sexo, pero si suceden en la adolescencia temprana, ubicados en los estratos 1,2,3 y 4 con familias

disfuncionales, la mayoría viven con sus dos padres. El consumo de sustancias psicoactivas, la Depresión y la disfunción familiar están entre los factores de riesgo de Suicidio más alto para los adolescentes. Este estudio dejó la posibilidad de trabajar estrategias para la prevención de los riesgos de suicidio en los adolescentes escolarizados.

5.4 Internacional

5.4.1 Escala de calificación de éxito predice intentos de suicidio – Guías de Intervención

Dr. Kelly Posner director del Centro de la Universidad de Columbia para la Evaluación de Riesgo de suicidio en Nueva York. El estudio busca evaluar la precisión de la escala de calificación de la severidad del Suicidio de Columbia, que ya está siendo empleada por la OMS, psiquiatras, jueces y planteles educativos. Fue creada hace 8 años por profesionales clínicos. La Escala C-SSRS riesgo de suicidio se encuentra disponible en 103 idiomas y busca establecer el riesgo de suicidio, invitando a médicos a utilizarla en los pacientes pues está demostrado que casi la mitad de los casos las personas con ideación suicida asiste al médico por lo menos un mes antes y que debería establecerse como un examen de rutina tal como se hace el control de la presión arterial. La escala C-SSRS ha demostrado su eficacia y precisión debido a su simplicidad y fácil aplicación.

5.4.2 Factores familiares de riesgo en el Intento Suicida.

Patricia M, Herrera y Kenya Avilés Betancourt. Revista Cubana. Ciudad La Haban Cuba. Abril 2000. En el periodo comprendido entre los años 1995 y 1996. Se hace un estudio descriptivo y retrospectivo con 23 pacientes que intentaron suicidarse, y por medio de una entrevista se busca establecer los factores de riesgos vistos en el contexto familiar así como la dinámica de convivencia de la familia. El suicidio siendo una de las formas de muerte violentas más difíciles de aceptar, y el proceso de adaptación y aceptación ante el suceso es para la familia traumático y difícil de sobrellevar haciéndose indispensable trabajar en torno de la familia para ayudarles con sus miedos, temores, angustias, ira, culpabilidad y que

puedan ir superando las etapas de duelo consecuentes a los acontecimientos. Dando como resultado el deterioro de las relaciones familiares, divorcio, drogadicción, retraso mental, muerte del cónyuge, embarazo en adolescencia, con uno o más de dos tipos de crisis en la familia. Del funcionamiento familiar depende la estabilidad física emocional, mental de los integrantes de la misma y estos están deteriorados en el caso de las familias de los 23 pacientes que tuvieron Intento de Suicidio, vistos desde las crisis familiares, con el deterioro de las relaciones de los integrantes de las mismas.

6. METODOLOGÍA

Esta investigación se desarrollará bajo los planteamientos del enfoque cuantitativo, donde según Hernández (2003), el propósito central es emplear la recolección de información y el análisis de los datos para contestar la pregunta de investigación y probar las hipótesis establecidas previamente. El diseño planteado es el descriptivo pues en los términos que lo plantea Dankhe (1986), *“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”*.

Es importante tener en cuenta además el tipo de investigación la cual será direccionada de manera no experimental, realizada sin manipular deliberadamente las variables como lo señala, Kelinger (1979), *“La investigación no experimental o expos-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones”*. De corte transversal, puesto que se analizarán los datos obtenidos de un grupo de personas en un momento determinado, una investigación que recopila datos en un solo momento como lo indica Kelinger (1979), su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

La técnica que se empleará en la presente investigación para la recolección de información es la encuesta, destinada a obtener datos de diversas personas, cuyas opiniones interpersonales solo interesan al entrevistador, como lo indica Briones (2008), de la encuesta se obtiene información importante; demográfica, socioeconómica, de conductas, opiniones, actitudes e imágenes sociales.

Para la obtención real de datos precisos sobre los Intentos de Suicidio y Suicidio en el municipio de La Plata durante el año 2013 en el área urbana, se acude al empleo de instrumentos tales como; el Test de Depresión de Beck, el APGAR Familiar, y la caracterización la cual se realizará inicialmente para determinar la población. Instrumentos los cuales se aplicarán a los familiares de las personas que Intentaron Suicidarse o se Suicidaron en primer grado de consanguinidad (padres, hermanos, hijos y cónyuges), con el objetivo de verificar casos de Depresión y funcionalidad de estas familias.

6.1 Descripción de Instrumentos:

6.1.1. Inventario de Depresión de Beck: (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y Cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21

ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la Depresión, conteniendo cada ítem varias frases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Actualmente adaptada al español con validación por Conde y Cols (1975) versión que se empleará en el presente trabajo de investigación.

El Inventario de Depresión de Beck es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. El contenido del Inventario enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, puesto que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. Schotte CK, Maes (1997). (Anexo 1).

La interpretación del Inventario de Depresión de Beck permite que la persona a responder seleccione cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. El objetivo del Inventario de Depresión de Beck es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, (1987). Los puntos de corte usualmente aceptados según Beck AT, Steer RA, Garbin MG (1988) para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y Cols (2000), en ≥ 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos. A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es ≥ 21 puntos como lo indica Hamilton M, Shapiro CM (1990).

Se ha cuestionado algunos aspectos de su validez de contenido, ya que los síntomas referidos al estado de ánimo tienen poco peso y, además, parte de la premisa de que la depresión se caracteriza por una inhibición general, ya que sólo recoge síntomas por defecto. Tiene escasa capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad, y tampoco resulta adecuado para realizar un diagnóstico diferencial frente a otros trastornos psiquiátricos o para diferenciar distintos subtipos de Depresión como lo plantea Steer RA, Beck AT, Brown G (1986, 1987).

El Inventario de Depresión de Beck, al ser un cuestionario auto aplicado puede ser difícil de aplicar en pacientes graves o con bajo nivel cultural. Se trata posiblemente del cuestionario auto aplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de Depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja.

Dentro de sus propiedades psicométrica el Inventario de Depresión de Beck cuenta con fiabilidad; sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

La validez del Inventario de Depresión de Beck presenta una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS.) En pacientes psiquiátricos se

han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6).

6.1.2 APGAR Familiar: El cuestionario APGAR Familiar (*Family APGAR*) fue diseñado en 1978 por Smilkstein (1978), para determinar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnertship*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutive (*resolve*). (Anexo 2)

Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser cumplimentado directamente por la persona entrevistada. Consta de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por tanto de 0 a 10.

En su interpretación el APGAR Familiar es útil como herramienta para detectar disfunción familiar. Según Casarrubios E, Lareo J, Arribas JM, Frieyro JE (1988) el APGAR familiar se ha utilizado en diversos estudios tanto en screening como la valoración familiar en casos de infección de HIV, alcoholismo, Depresión y embarazos en adolescentes. Rodríguez E, Gómez A, García A (1997).

Se ha propuesto una puntuación > 6 como funcional y ≤ 6 como disfuncional. En algunos casos como lo registra Rodríguez E, Gea A, Gómez A, García JM (1996), se valora de 0 a 2 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve. No parecen influirse los resultados por el nivel cultural del entrevistado y se ha utilizado desde edades tan tempranas como los 10-11 años.

En cuanto a sus propiedades psicométricas el APGAR Familiar presenta fiabilidad test – retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84) Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P (1996).

La validez del APGAR Familiar; en el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El

análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).

6.1.3 Caracterización: Documento tipo encuesta para determinar la población a la cual se le aplicaran los instrumentos Inventario de Depresión de Beck y APGAR Familiar. Se realiza a la persona que ejecutó el Intento de Suicidio o en caso de Suicidio a los familiares, para determinar los miembros de su familia en primer grado de consanguinidad que se encuentran conviviendo actualmente con la persona del evento. (Anexo 3)

6.2 Población:

La población se encuentra conformada por las familias de las 28 personas que han intentado o realizaron suicidio en el área urbana del municipio de La Plata Huila en el año 2013.

6.2.1 Muestra: La muestra se encuentra determinada teniendo en cuenta la Caracterización de la primera fase del proyecto de investigación. De las 28 personas reportadas en el SIVIGILA Se aplica la caracterización solo a 18 personas que habían Intentado Suicidarse según el SIVIGILA para el año 2013 del sector urbano, pues en algunos no concordaron sus datos como teléfonos dirección, una no quiso participar, y otros no se encontraban en el municipio, para así determinar la muestra en sus familiares empleando los criterios de inclusión y exclusión, luego de su aplicación arrojó que solo 17 personas, familiares, cumplían con los requisitos para poder ser parte de la muestra, a quienes se les aplicaron los instrumentos Inventario de Depresión de Beck y APGAR Familiar.

6.3 Criterios de Inclusión: Todos los familiares en primer grado de consanguinidad o cónyuge que en el momento del evento del Intento de Suicidio o Suicidio convivan en el mismo espacio físico como casa, apartamento u otro y que actualmente convivan con él.

6.4. Criterios de Exclusión: La zona rural del municipio de La Plata, personas consideradas menores de edad, es decir menores de 18 años, personas en estado de discapacidad, y familiares que no sean en primer grado de consanguinidad, personas que se encuentren privadas de su libertad o que hagan parte de las Fuerzas Militares, personas mayores de 70 años de edad. Personas que en el momento de recoger la información se encuentren hospitalizadas o fuera del municipio.

6.5. Variables a Estudiar: Depresión, Edad, género, procedencia, nivel socioeconómico, nivel educativo, funcionalidad familiar.

6.6 Ética: Con la presente investigación, se dará a conocer los resultados al municipio una vez finalice dicho proceso investigativo.

- ✓ Datos Confidenciales: No se divulgó la información personal.
- ✓ Daños: No se realizó daño físico o mental a los participantes.
- ✓ Riesgos Económicos: No existieron costos para los participantes. Ni riesgos económicos para los mismos.
- ✓ Riesgos Psicológicos: No se realizaron intervenciones adicionales a lo expresado en los instrumentos.
- ✓ Privacidad: Los datos de los participantes fueron anónimos con el fin de manejar la información confidencial.
- ✓ Se diligenció consentimiento informado por parte de cada participante. (Anexo 4)

6.7. Fases de la Investigación:

6.7.1 Fase de Caracterización de las familias: Se realizó visitas a las personas que realizaron Intento de Suicidio en el año 2013 del área urbana del municipio de La Plata, como un primer contacto, de esta manera se determinó la población a las cuales se les aplicó el Test de Depresión de Beck y el APGAR Familiar según los resultados arrojados en la caracterización.

6.7.2 Fase de recolección de información: Se realizó segunda visita a las familias de las personas que Intentaron Suicidarse en el año 2013 en la zona urbana del municipio de La Plata, teniendo en cuenta la caracterización y seleccionada la muestra se procedió a la aplicación de los instrumentos; el Test Inventario de Depresión de Beck y APGAR Familiar a las personas incluidas en la caracterización, inicialmente se les diligenció Consentimiento informado donde se les explicó el objetivo central de la investigación, cuál era su participación en la misma y se les leyó el Consentimiento Informado, se les explicó los valores éticos tenidos en cuenta para la investigación, finalmente fue firmado por cada participante.

6.7.3 Fase de análisis de información: Se llevó a cabo tabulación y análisis de los instrumentos aplicados a las personas participantes incluidas en la muestra para la obtención de datos y resultados.

6.8. Recursos

6.8.1. Humanos: Asesor Luis Alejandro Pabón, y dos estudiantes del programa de psicología de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD Carla Varón Sepúlveda y María del Pilar Quevedo Morales.

6.8.2 Económicos:

ARTICULO	CANTIDAD	VALOR UNIDAD/\$	VALOR TOTAL/\$
Rema papel carta	2	11000	22000
Esfero	10	1000	10000
Lápiz	4	1000	4000
Tajalápiz	4	500	2000
Borrador	2	500	1000
Resaltador	4	1500	6000
Fotocopias	600	50	30000
Gasolina transporte/galón	20	8723	174460
Minutos celular	120	100	12000
GRAN TOTAL			261460

6.9. Cronograma de Actividades

ITEM	ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1	FASE 1: Caracterización				■	■	■		■			■	■	■	■				■	■	■	■				■	■	■	■				
2	FASE 2: Recolección		■	■	■				■	■	■	■					■	■	■	■				■	■	■	■				■	■	
3	FASE 3: Análisis de Información	■	■				■	■	■	■				■	■	■	■					■	■	■	■				■	■	■	■	

AGOSTO	■
SEPTIEMBRE	■
OCTUBRE	■

7. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados de la investigación se presentan en el orden en que ocurrieron sus fases, en primer lugar se evidencia la participación en la caracterización a las personas que realizaron Intento de Suicidio en el área urbana del municipio de La Plata y su resultado pues es imprescindible ya que de esta se desprende la muestra para la investigación, es decir la Fase 1. Seguidamente se presentan los resultados del Test Inventario de Depresión de Beck y APGAR Familiar, siendo la Fase 2. Finalmente se presenta una relación importante entre los resultados del Test Inventario de Depresión de Beck y APGAR Familiar.

FASE 1: Caracterización.

Son 28 personas reportadas por el SIVIGILA como Intentos de Suicidio del año 2013, en la zona urbana del municipio de La Plata Huila. Según los registros no hay Suicidios en el 2013, pero al realizar la caracterización a los eventos de Intento de Suicidio del año anterior se reportaron por familiares 2 Suicidios, es decir después del Intento de Suicidio, hubo un nuevo Intento para dos personas que finalmente terminaron con su vida; uno realizado el año anterior el cual no se encuentra reportado en el SIVIGILA y el otro llevado a cabo durante este año

7.1 Tablas

Tabla N° 1. *Participación en Caracterización.*

N=28

Ítem	N°	%
Si Participaron	16	57.1
No viven en el Municipio	2	7.1
No quiso participar	1	3.5
Datos erróneos para ubicación	7	25
Suicidios	2	7.1
TOTAL	28	99,8

Fuente: Propia

Es importante resaltar que 2 de las 28 personas registradas en la base donde se aplicó la caracterización, se suicidaron después del evento de Intento de Suicidio que tuvieron el año 2013, es decir el 7.1% de la población caracterizada reincidió en el evento y finalmente perdieron la vida. Una persona no quiso participar de la investigación por considerar que no tenía ningún problema y que eran datos confidenciales. 2 personas actualmente no residen en el municipio de La Plata, una persona se encuentra radicada en Cundinamarca y la otra persona en el Tolima. 7 personas, es decir el 25% de la población a caracterizar presenta datos incorrectos para su ubicación o no viven en las direcciones registradas. Por lo tanto se aplicó caracterización a 18 personas de las 28 registradas como Intentos de Suicidio del año 2013 en el área urbana del municipio de La Plata, incluyendo a los 2 suicidios pues se recolectaron datos de sus familiares para diligenciar la ficha de caracterización.

Tabla N° 2. *Resultados Caracterización*

INDIVIDUOS	RESULTADOS CARACTERIZACIÓN
1	1
2	2
3	2
4	1
5	3
6	0
7	1
8	2
9	1
10	2
11	1
12	0
13	0
14	0
15	0
16	0
17	0
18	1
TOTAL	17

Fuente: Propia

Los resultados según la caracterización arrojan 17 personas para aplicar los instrumentos. Es decir la muestra de esta investigación consiste en 17 personas como lo evidencia la tabla N° 2 y a estas personas se les aplica en la segunda fase los instrumentos Test Inventario de Depresión de Beck y APGAR Familiar.

FASE 2: RECOLECCION DE INFORMACIÓN: Aplicación de Instrumentos.

Tabla N° 3. *Resultados Test Inventario de Depresión de Beck.*

TEST INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

N=17

ÍTEMS	RESPUESTAS				TOTALES
	1	2	3	4	
1. Tristeza	11	2	3	1	17
2. Pesimismo	13	0	4	0	17
3. Sentimiento de Fracaso	14	1	1	1	17
4. Pérdida de Placer	9	6	1	1	17
5. Sentimiento de Culpa	9	8	0	0	17
6. Sentimiento de Castigo	13	2	0	2	17
7. Insatisfacción con uno Mismo	14	3	0	0	17
8. Auto-críticas	9	4	3	1	17
9. Pensamientos de Suicidio	15	2	0	0	17
10. Llanto	8	3	3	3	17
11. Agitación	8	1	5	3	17
12. Pérdida de Interés	14	3	0	0	17
13. Indecisión	10	4	3	0	17
14. Aspecto físico	13	2	1	1	17
15. Pérdida de Energía	15	0	2	0	17
16. Cambios en el patrón de sueño	10	3	3	1	17
17. Cansancio o fatiga	9	7	1	0	17

18. Cambios en el apetito	14	2	1	0	17
19. Pérdida de peso	15	2	0	0	17
20. Salud	14	2	1	0	17
21. Pérdida de interés en el sexo	11	4	0	2	17

ESTOY A DIETA PARA ADELGAZAR	SI	1	NO	16
-------------------------------------	----	---	----	----

Fuente: Propia

En la tabla N° 3 se presentan los resultados del Test Inventario de Depresión de Beck, se especifican los 21 ítems aplicados a los 17 individuos de la muestra de la investigación. Se expresa ítem por ítem las respuestas de cada participante.

Tabla N° 4. *Resultados Test Inventario de Depresión de Beck por participante.*

N=17

PARTICIPANTES	RESULTADOS BECK
1	0
2	2
3	23
4	7
5	34
6	19
7	14
8	21
9	0
10	2
11	9
12	3
13	9
14	2
15	1
16	12
17	16

Fuente: Propia

Se consignan los resultados arrojados del Test Inventario de Depresión de Beck por cada participante como lo muestra la tabla N° 4 y de esta manera se obtienen los resultados del Test y su calificación para cada participante.

Tabla N° 5. *Resultados del Inventario de Depresión de Beck.*

N=17

Item	Depresión	Número	%
1	Ausencia de Depresión	10	58.8
2	Depresión Leve (10 – 18)	3	17.6
3	Depresión Moderada (19 – 29)	3	17.6
4	Depresión Grave (Mayor de 30)	1	5.8
	TOTAL	17	99.8

Fuente: Propia

De acuerdo a los resultados obtenidos del Test Inventario de Depresión de Beck para cada participante se procede a la calificación según las especificaciones del Test arrojando un alto porcentaje, el 58.8% presenta ausencia de Depresión, sin embargo el porcentaje restante presenta Depresión en sus tres esferas; leve moderado y grave por lo que demuestra la existencia de Depresión en más de un 40% de la población como lo muestra la tabla N° 5.

Tabla N° 6. *Resultados APGAR Familiar*

APGAR FAMILIAR									
N°	PREGUNTA	A		B		C		TOTALES	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	4	23.5	3	17.6	10	58.8	17	99.9
2	Conversan entre ud. Los problemas que tienen en casa?	4	23.5	4	23.5	9	52.9	17	99.9
3	Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	5	29.4	3	17.6	9	52.9	17	99.9
4	Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?	4	23.5	6	35.2	7	41.1	17	99.9

5	Siente que su familia le quiere?	2	11.7	2	11.7	13	76.4	17	99.9
---	----------------------------------	---	------	---	------	----	------	----	------

Fuente: Propia

Se especifican las respuestas de los participantes para cada una de las cinco preguntas del APGAR Familiar y sus porcentajes evidenciado en la tabla N° 6.

Tabla N° 7. Resultados APGAR Familiar por cada participante.

PARTICIPANTE	PREGUNTA 1			PREGUNTA 2			PREGUNTA 3			PREGUNTA 4			PREGUNTA 5			RESULTADOS APGAR
	OPCIONES			OPCIONES			OPCIONES			OPCIONES			OPCIONES			
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	
	1			2			2			2			2			
2			2			2			2			2			2	10
3			2			2			2			2			2	10
4			2			2			2			2			2	10
5			2	0			0					2			2	6
6	0			0			0			0			0			0
7	0					2		1			1		0			4
8	0				1			1		0				1		3
9		1		0			0				1				2	4
10			2			2			2			2			2	10
11			2		1			1			1				2	7
12			2		1				2			2			2	9
13		1				2			2	0					2	7
14			2			2			2		1				2	9
15			2			2			2		1				2	9
16		1			1		0				1				2	5
17	0			0			0			0				1		1

Fuente: Propia

Se presenta de manera clara y evidente el análisis de cada respuesta obtenida de los participantes a quienes se les aplicó el APGAR Familia y muestra uno a uno sus respuestas y el resultado total de la aplicación del instrumento para cada participante como lo muestra la tabla N° 7.

Tabla N° 8. Resultados totales APGAR Familiar.

N=17

Ítem	APGAR FAMILIAR FUNCIONALIDAD/ DISFUNCIONALIDAD	N°	%
1	Disfuncionalidad Grave (0-2)	2	11.7
2	Disfuncionalidad Leve (3 -6)	4	23.5
3	Funcionalidad (Mayor de 6)	11	64.7
	TOTAL	17	99.9

Fuente: Propia

La funcionalidad familiar es el predominante en los resultados de la investigación, la cual arroja un 64.7% como lo muestra la tabla N° 8, sin embargo no se descarta una disfuncionalidad familiar presentada con el 35.3% restante, que equivale a un 11.7% de disfuncionalidad grave y un 23.5% de disfuncionalidad leve evidenciado en la tabla N° 8.

Tabla N° 9. Relación entre los resultados del Test Inventario de Depresión de Beck y el APGAR Familiar para cada participante.

PARTICIPANTES	RESULTADOS BECK	ANALISIS DE RESULTADOS BECK	RESULTADOS APGAR	ANALISIS DE RESULTADOS APGAR
1	0	Ausencia de depresión	10	Funcionalidad
2	2	Ausencia de depresión	10	Funcionalidad
3	23	Depresión moderada	10	Funcionalidad
4	7	Ausencia de depresión	10	Funcionalidad
5	34	Depresión Grave	6	Disfuncionalidad Leve
6	19	Depresión moderada	0	Disfuncionalidad Grave
7	14	Depresión Leve	4	Disfuncionalidad Leve
8	21	Depresión moderada	3	Disfuncionalidad Leve

9	0	Ausencia de depresión	4	Disfuncionalidad Leve
10	2	Ausencia de depresión	10	Funcionalidad
11	9	Ausencia de depresión	7	Funcionalidad
12	3	Ausencia de depresión	9	Funcionalidad
13	9	Ausencia de depresión	7	Funcionalidad
14	2	Ausencia de depresión	9	Funcionalidad
15	1	Ausencia de depresión	9	Funcionalidad
16	12	Depresión Leve	5	Disfuncionalidad Leve
17	16	Depresión Leve	1	Disfuncionalidad Grave

Fuente: Propia

Relación entre los resultados arrojados por el Test Inventario de Depresión de Beck y APGAR Familiar para cada participante relacionado en la tabla N°9:

Se presenta significativa relación entre los resultados del Test Inventario de Depresión de Beck y el APGAR Familiar. Las personas que presentan ausencia de Depresión, evidencian funcionalidad familiar. Igualmente ocurre con las personas que presentan algún tipo de Depresión hay disfuncionalidad familiar, excepto dos casos los participantes 3 y 9 donde no existe esa proporcionalidad como lo indica la tabla N°9, puesto que en el primer caso se evidencian una depresión moderada con una funcionalidad familiar y en el segundo caso existe una ausencia de Depresión junto con una Disfuncionalidad Leve familiar. Lo importante es que de manera general la relación entre Depresión y Disfuncionalidad familiar es constante.

Tabla N° 10. *Relación entre Depresión y Disfuncionalidad Familiar, Ausencia de Depresión y Funcionalidad de forma global.*

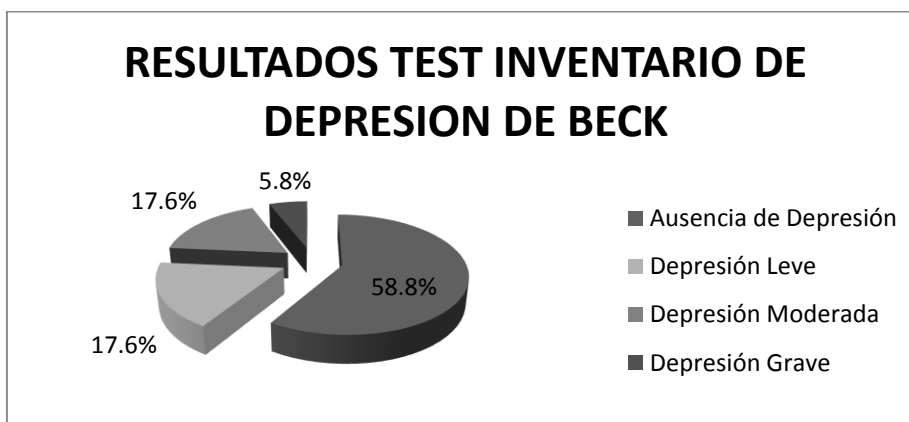
ítem	Relación	Número	%
1	Depresión – Disfuncionalidad Familiar	6	35

2	Ausencia Depresión Funcionalidad Familiar	-	9	53
3	Ausencia Depresión Disfuncionalidad Familiar	-	1	6
4	Depresión - Funcionalidad Familiar		1	6
	TOTAL		17	100%

La tabla N° 10 presenta los resultados de la relación entre Depresión y la Disfuncionalidad Familiar o Ausencia de Depresión y Funcionalidad Familiar, solo se presentaron 2 casos que no cumplen con esta relación, pero es constante en la mayoría de los casos la relación existente entre Depresión y una disfuncionalidad Familiar.

7.2 Gráficas.

Gráfica N° 2. Resultados Test Inventario de Depresión de Beck

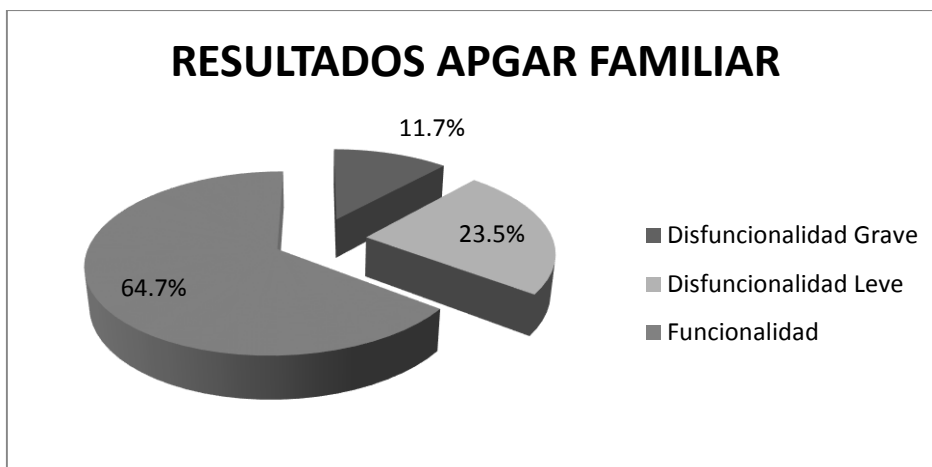


Fuente: Propia

Teniendo en cuenta el análisis que se debe realizar desde la perspectiva de su interpretación del Test Inventario de Depresión de Beck; ausencia de depresión para la calificación de 0 a 9 puntos, es decir 10 personas a quienes se les aplicó el Test Inventario de Depresión de Beck con un 58.8%. Para el ítem 2 depresión Leve calificada entre 10 y 18 puntos, arroja a 3 personas, es decir 17.6%. Para depresión moderada calificada entre los 19 y 29 puntos arroja tres personas, el 17.6% y para la depresión grave calificada con la puntuación mayor de 30, arroja a una persona es decir un 5.8% lo que indica en la gráfica N° 2 que aunque existe

un alto porcentaje el 58.8% que presenta ausencia de Depresión, el otro restante si padece algún tipo de Depresión, por lo tanto se responde a la pregunta de la investigación al determinar que si existe Depresión en familiares de individuos que realizaron Intento de Suicidio o Suicidio en el municipio de La Plata en el área urbana para el año 2013.

Gráfica N° 3. *Resultados APGAR Familiar*

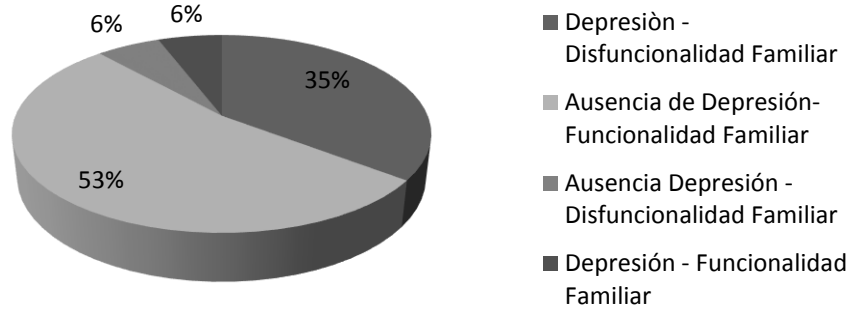


Fuente: Propia

Teniendo en cuenta el criterio de calificación del APGAR Familiar el cual le da un valor de 0 a 2, incluyendo la disfuncionalidad grave en la puntuación de 0 a 2, arrojándonos 2 personas, es decir el 11.7%. Para la disfuncionalidad leve calificado en la puntuación de 3 a 6, arrojó 4 personas es decir el 23.5%. Para la Funcionalidad la puntuación debe ser mayor de 6, donde 11 personas registran funcionalidad familiar, es decir el 64.7%. La gráfica 3 muestra en un gran porcentaje funcionalidad familiar en las familias de los participantes, sin embargo el porcentaje de disfuncionalidad es preocupante para familias con antecedentes de Intento de Suicidio y Suicidio.

Gráfica N° 4. *Relación entre Depresión y Disfuncionalidad Familiar, Ausencia de Depresión y Funcionalidad Familiar.*

Relación entre Depresión y Disfuncionalidad Familiar, Ausencia de Depresión y Funcionalidad Familiar



Fuente: Propia

Esta relación indica que el mayor porcentaje se presenta en la relación entre Ausencia de Depresión con una Funcionalidad familiar en un 53% es decir 9 personas, indicado en la gráfica N° 4 y tabla N° 10, el siguiente porcentaje indica que al haber Depresión hay una relación con Disfuncionalidad Familiar en un 35% indicando 6 personas. En cuanto a la no relación, hay un caso en que se presenta Ausencia de Depresión con Disfuncionalidad Familiar, igualmente ocurre en otro caso donde existe Depresión y una relación de Funcionalidad.

8. DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación; Depresión en familiares de individuos que Intentaron Suicidarse o se Suicidaron en el área urbana del municipio de La Plata Huila en el año 2013, confirman el planteamiento inicial de la misma en cuanto a que si existe Depresión en los familiares de las personas que realizan Intento de Suicidio o Suicidio como lo indica la tabla N° 5 y la gráfica N°2; con los resultados del Test Inventario de Depresión de Beck, donde se muestra un porcentaje del 58.8% hay ausencia de Depresión, sin embargo se evidencia en el porcentaje restante 41.2% que hay presencia de Depresión, leve en un 17.6%, moderada 17.6% y grave en un 5.8%. Esto nos indica que probablemente la Depresión pueda desencadenar en Intento de Suicidio o Suicidio como lo expresa la (OMS, 2001) donde la Depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y puede afectar el rendimiento laboral o escolar y la capacidad para afrontar la vida diaria. *“En su forma la Depresión puede conducir al suicidio”* (OMS, 2001).

En cuanto a la aplicación del APGAR Familiar se obtuvieron resultados que aunque demuestra una funcionalidad familiar en un 64.7% como lo indica la tabla N°8 y la gráfica N°3, el porcentaje restante de 35.3% demuestra que si se presenta una disfuncionalidad familiar; de este porcentaje un 11.7% es disfuncionalidad grave y un 23.% disfuncionalidad leve. Lo que indica que es determinante la influencia familiar en el estado emocional, mental o psicológico en el momento de tomar decisiones de cada individuo, teoría de disfuncionalidad familiar apoyada según Horwitz N., Florenzano R & Ringeling (1985), donde incluía a la familia como un factor psicosocial que desempeña una importante función al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio, generando una mayor o menor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar.

Al hacer una correlación entre los resultados arrojados por cada participante en el Test Inventario Depresión de Beck y el APGAR Familiar se encontró una importante relación entre sus resultados, pues en la mayoría de los casos en que se presentaba ausencia de Depresión, de la misma manera se presentaba funcionalidad familiar y en el caso contrario de presentar una depresión en cualquiera de sus escalas, existían una disfuncionalidad familiar, los resultados fueron proporcionales excepto dos casos en los que no coincidía esa proporcionalidad, pero de 17 participantes 15 de ellos presentaron esa importante relación, como lo muestra la tabla 9 y 10 y la gráfica 4, en donde un 35% presenta

relación entre Depresión y Disfuncionalidad Familiar, un 53% una relación entre Ausencia de Depresión y Funcionalidad Familiar, tan solo un 2% no presenta esta relación, lo que indica que las relaciones familiares inciden en el estado de ánimo de los participantes, en este caso la familia si es un agente modulador del comportamiento o de la salud mental de sus miembros o de sus integrantes como lo indica Horwitz N., Florenzano R. & Ringeling (1985).

Es importante destacar que en el transcurso de la investigación se evidenciaron dos eventos de Suicidio, los cuales no se encontraban registrados en el SIVIGILA de donde se sustrajo la información inicial y dichos casos aparecen registrados solo como Intentos de Suicidio. Posteriormente se encuentra que en dos de los casos habían realizaron un segundo intento de Suicidio con su fin alcanzado.

Respondiendo la pregunta de investigación en el planteamiento del problema ¿Existe Depresión en familiares de individuos que realizaron Intento de Suicidio o Suicidio en el sector urbano del municipio de La Plata Huila durante el año 2013? Podemos afirmar que en un 41.2% si existe Depresión en las personas a quienes se les aplicaron los instrumentos, y aunque un 58.8% presenta ausencia de Depresión, si existe Depresión en familiares de los individuos que generaron Intento de Suicidio el año 2013 en el municipio de La Plata en su área urbana.

Se cumple con la hipótesis alternativa formulada para esta investigación ya que se presenta Depresión en estas personas como lo evidencia la Tabla N° 5 y la gráfica N° 2. Los datos obtenidos en la presente investigación son sustentados por las estadísticas universales en donde según la OMS en el 2012, la Depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, y donde se expone que la Depresión en el peor de los casos es causante de Suicidio lo cual es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes al año, además según la OMS, 2013; se calcula que para el 2020 la Depresión será la segunda causa de muerte en el mundo.

Es evidente la Depresión en un 41.2% de los personas a quienes se les aplicaron los instrumentos y una gran disfuncionalidad en las familias del 35.3% de los participantes de la presente investigación, encontrándose una relación significativa entre Depresión y Disfuncionalidad familiar como lo muestra la tabla N° 8 y gráfica N° 3, lo que es sustentado según la guía para la familia de pacientes

suicidas en la sala de emergencia de NAMI, la cual nos indica que a la hora de registrar el historial familiar del Suicidio se debe prestar mucha atención a las familias con un historial de suicidio, pues el riesgo del mismo es mayor.

En la fundamentación de este trabajo, se trajo la relación entre una historia familiar con antecedentes psiquiátricos o de suicidio, reportado por la revista especializada "The Lancet" (The Lancet, 2012), en esta investigación danesa se demuestra dicha relación y se presentó un aumento en los riesgos de suicidio, lo que indica que las personas con antecedentes familiares de suicidio son 2.5 veces más propensas a cometer suicidios que los que no los tenían. Esto es corroborado con indagaciones que se realizaron a los familiares donde se evidencia los Intentos de Suicidio en otros miembros de las familias llevados a cabo con anterioridad.

También es importante tener en cuenta que en la aplicación de los instrumentos, se pudo presentar el fenómeno de Deseabilidad Social en la cual las personas estarían respondiendo para obtener buenos resultados en los instrumentos, lo que se traduce en sesgos sobre las respuestas relacionadas con la realidad de cada individuo participante en la presente investigación, según lo reporta la IX Conferencia Española de Biometría en Coruña mayo de 2003 en el efecto de deseabilidad social en preguntas sobre temas comprometidos. Por lo tanto la Deseabilidad Social presentada por las personas participantes de esta investigación, generó tendencia a contestar dando una imagen demasiado favorable de cada uno de ellos

Así mismo se debe tener en cuenta una posible Depresión enmascarada (Cytryn L y McKnew D, 1972), la cual puede actuar como una enfermedad silenciosa donde se pueden somatizar los síntomas psicológicos en físicos, pues no conectan bien sus emociones con sus sentimientos y esto podría haber afectado las respuestas a los instrumentos. En la Depresión enmascarada no evidencia síntomas de tristeza ni de melancolías, sus quejas son por problemas físicos como dolor de espalda o fatiga generalizada, cefaleas, algias, vértigos los cuales pueden encubrir los síntomas psicológicos, este tipo de Depresión enmascarada o somatoforme como lo denomina (Rojtenberg, 2001), hay una preocupación más constante por el esquema corporal, con una tendencia a la autoobservación y una interpretación errónea de los síntomas físicos.

9. CONCLUSIONES

- La respuesta a la pregunta formulada responde la existencia de Depresión en familiares de individuos que intentaron suicidarse o se suicidaron en la zona urbana del municipio de La Plata para el año 2013 en un gran porcentaje.
- Los datos obtenidos reportan una relación de proporcionalidad entre la ausencia de Depresión y Funcionalidad familiar y en la existencia de Depresión una disfuncionalidad familiar.
- La posibilidad de existencia de depresión enmascarada abre las puertas a nuevas investigaciones para los familiares de personas que intentaron suicidarse o se suicidaron en el área urbana del municipio de La Plata para el año 2013.
- Se evidenció en los familiares de las personas que Intentaron Suicidarse o se Suicidaron en el área urbana del municipio de La Plata para el año 2013 que ya se habían presentado casos de Intento de Suicidio anteriores al evento que se analizó en la investigación en otros familiares.
- El Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) del municipio de La Plata no está registrando adecuadamente los eventos en salud mental, puesto que se evidenciaron dos suicidios en el año 2013 los cuales no están registrados sino solamente como Intento de Suicidio, ya que posterior a el evento del Intento reincidieron y lograron su cometido.

10.RECOMENDACIONES

- Ampliar la investigación a todos los miembros de las familias de personas que se Intentaron Suicidar o se Suicidaron en el área urbana del municipio de La Plata para el año 2013, incluyendo familiares de segundo grado de consanguinidad y menores de edad.
- Realizar proyectos de Investigación sobre la Depresión enmascarada para detectar si está presente en las personas a quienes se les aplicaron los instrumentos.
- Realizar seguimiento y acompañamiento psicológico no solo a las personas que realizan Intento de Suicidio sino a los familiares de esas personas que según la presente investigación presentan Depresión y una disfuncionalidad familiar, lo que los hace vulnerables a repetir las conducta de Intento de Suicidio o Suicidio según lo ratificado en la fundamentación del trabajo y los resultados.
- Dar a conocer los resultados de la investigación a las autoridades locales interesadas en la temática del Suicidio e Intento de Suicidio.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Beck AT, Steer RA, (1993). *Beck Depression Inventory*. San Antonio, Psychological Corporation.
- Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. (1996). *Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar*. Rev; Atención Primaria; Vol 18(6): 289-96.
- Casarrubios E, Lareo J, Arribas JM, Frieyro JE. (1988). *Uso del índice APGAR familiar en medicina de familia: medida de la disfunción familiar inducida por alcohol*. Rev; Atención Primaria; 91: 732-5.
- Freud, S. Duelo y Melancolía. En: S. Freud (1976). *Obras completas Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*. Vol. XIV, 241 – 255. Buenos Aires: Amorrortu Editores (Obras Originales 1914).
- Hamilton M, Shapiro CM. Depression.(1990) En: Peck DF, Shapiro CM (eds.). *Measuring human problems: a practical guide*. New York: Wiley, p 27, 35, 184.
- Horwitz N, Florenzano R, Ringeling I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana (2):144-55. Chile.
- Kaplan, Harold (1998). *Sinopsis de psiquiatría*. Urgencia en psiquiatría, suicidio. Editorial Médica Panamericana. Octava Edición. Filadelfia.
- Kendall PC, Hollon SD, (1987). Beck AT et al. *Issues and recomendations regarding use of the Beck Depression Inventory* Vol 11: 289-299.
- Lasa L. Ayuso-Mateos JL, Vázquez JL et al. (2000). *The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis*. J Affect Disord 57: 261-265.
- Menninger, K. 1938) *El hombre contra sí mismo*. Barcelona (2ª Ed): Ed. Peninsula.

- Rojtenberg, Sergio L. (2001). *Depresiones y antidepresivos*. 40-41. Argentina
- Rodríguez E, Gea A, Gómez A, García JM. (1996). *Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar*. Rev, Atención Primaria 17: 338-41.
- Schotte CK, Maes M, (1997) *Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population*. J Affect Disord; 46: 115-125.
- Steer RA, Beck AT, Brown G (1987). *Self-reported depressive symptoms that differentiate recurrent-episode major depression from dysthymic disorders*. J Clin Psychol; 43: 246-250.
- Ackerknecht, Erwin H. Breve (1968). *Breve Historia de la Psiquiatría*. Recuperado de:
<http://books.google.com.co/books?id=EghLAKWHVdIC&pg=PA43&dq=Paracelso+suicida+por+desesperaci%C3%B3n&hl=es&sa=X&ei=eHt-U9bjFoyJ8gGOuYHwAw&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=Paracelso%20suicida%20por%20desesperaci%C3%B3n&f=false>
- Alcaldía Municipal La Plata Huila. (2012) *Plan de Desarrollo Alcaldía municipal La Plata*. Recuperado de http://www.laplata-huila.gov.co/apc-aa-files/62323566643338623838643630626438/plan-de-desarrollo-2012-2015_1.pdf
- American Psychiatric Association (2001) *Psicomed. DSM IV TR*. Recuperado de <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv6.html#2>
- American Psychiatric Association (2001) *Psicoactiva. CIE 10*. Recuperado de <http://www.psicooactiva.com/cie10/cie1.htm>
- Ballesteros M, Gutierrez-Malaver M, Sanchez L, Herrera N, Gómez A, Izzedin R. (2010). *El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n3/v39n3a07.pdf>
- Barrero A. (2007). *El comportamiento Suicida*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml>

- Beck, Rush y Emery, (1979). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Recuperado de http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Bellon y Cols, (1996). Percepción de la satisfacción de la función familiar que tienen los pacientes de diálisis peritoneal. 2013. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842013000500013&script=sci_arttext
- Briones (2008). Metodología de la Investigación cuantitativa en las ciencias sociales. 1996. Recuperado de: <ftp://puceftp.puce.edu.ec/Facultades/CienciasEducacion/Maestria/CienciasEducacion/Paralelo1/modulo2.pdf>
- Centro de Psicología Alboran Málaga (2013). Inventario de Depresión de Beck. Recuperado de https://www.google.com.co/?gfe_rd=cr&ei=OFRSU8KYE6LI8qe9v4CACQ#q=inventario+de+depresi%C3%B3n+de+beck
- Consejo General de Colegios General de Psicólogos. Evaluación del Inventario BDI-II. Recuperado el 08 de Abril de 2014 de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Cytryn L y McKnew D, (1972). Las depresiones infantiles. 1988. Recuperado de: [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=YxCXh5ZvTksC&oi=fnd&pg=PA54&dq=Depresi%C3%B3n+enmascarada+\(Cytryn+L+y+McKnew+D,+1972\),&ots=uG9QcR0d0r&sig=mdPmZgteaXJ4wJGthYiybFaWR40#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=YxCXh5ZvTksC&oi=fnd&pg=PA54&dq=Depresi%C3%B3n+enmascarada+(Cytryn+L+y+McKnew+D,+1972),&ots=uG9QcR0d0r&sig=mdPmZgteaXJ4wJGthYiybFaWR40#v=onepage&q&f=false)
- Dankhe (1986), Metodología de la investigación. 1997. Recuperado de: https://docs.google.com/document/d/1KT8Lg1RaZbj_YWT_5Ojs7W8YQ-0c4VAjd6JB8OoQGY/edit?pli=1
- De la Torre, M (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Recuperado de http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf

- Erbaugh, (1961). Inventario de Depresión de Beck. 2010. Recuperado de: <http://soberanamente.com/inventario-de-depresion-beck/>.
- Emile Durkheim, (1897). Sociología 1991. Recuperado de: http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/anthony_giddens_-_sociologia.pdf
- Enciclopedia Virtual (2008). Depresión. Recuperado de: <http://definicion.de/depresion/>.
- Guillon y Bonniec, (1982). Blog Se feliz. 2011. Recuperado de: <http://suicidiologia.blogspot.com/2011/11/el-suicidio-comprension-elementos.html>.
- Hernández (2003), Metodología de la investigación. 2003. Recuperado de: <http://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/files/2014/04/Hernandez-Sampieri-Cap-1.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2013). SIVIGILA. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/sivigila.aspx>
- Jackson, (1965). Blog Medicina Familiar. 2008. Recuperado de: <http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad-familiar.html>
- Jelin, (1988). Blog ¿Qué es la familia?. 2009. Recuperado de: <http://www.blogpsicologia.com/que-es-la-familia/>
- Kellingner (1979), Técnicas de estudio. Recuperado de: <http://www.tecnicas-de-estudio.org/investigacion/investigacion37.htm>
- Lehtinen, Riikonen & Lahtinen, (1997). Promoción de la salud Mental. OMS Ginebra 2004. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.
- León (1995). *Primer estudio poblacional de Salud Mental Medellín*. Recuperado de: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales>

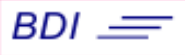
[/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011--2012.pdf.](#)

- López JJ, 2002 American Psychiatric Association (2001) Psicomed. DSM IV TR. Recuperado de <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv6.html#2>
- Majo & Darker (1934) La Familia: Concepto. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado el 25 de Marzo de 2014 <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/>
- Ministerio de la Protección Social (2007). Plan Nacional de Salud Pública. Recuperado el Marzo de 2014 de http://javeriana.edu.co/redcups/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf
- Muñiz y Fernández-Hermida, (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. 2010. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1801.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2004). El Suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Ginebra. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la Salud Mental. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Paracelso, (1531). Asociación Mexicana de Tanatología 2013. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/124%20El%20suicidio.pdf>
- Patel & Kleinman, (2003). Promoción de la salud Mental. OMS Ginebra 2004. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.

- Revista Facultad Nacional de Salud Pública. (2008). Investigación Cualitativa al estudio del Intento de Suicidio en Jóvenes de Tabasco. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12027106.pdf>
- Revista Médica Sanitas. (2010). El Suicidio y los Factores de Riesgo Asociado en niños y adolescentes. Recuperado de <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/18/suicidio.pdf>
- Riskin, (1976). La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedades de los trabajadores. 2004. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5_01_04/rst11104.html
- Rojtenberg, (2001). Depresiones y antidepresivos. 2001. Recuperado de: [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=vnGO_Iz37IUC&oi=fnd&pg=PR11&dq=este+tipo+de+Depresi%C3%B3n+enmascarada+o+somatofor+me+como+lo+denomina+\(Rojtenberg,+2001\),+&ots=OznAqGDqcF&sig=aOkPqP6KIIbM0WdKegxJnTfTUxl#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=vnGO_Iz37IUC&oi=fnd&pg=PR11&dq=este+tipo+de+Depresi%C3%B3n+enmascarada+o+somatofor+me+como+lo+denomina+(Rojtenberg,+2001),+&ots=OznAqGDqcF&sig=aOkPqP6KIIbM0WdKegxJnTfTUxl#v=onepage&q&f=false)
- Smilkestein Gabriel, (1978). Revista Médica La Paz. APGAR Familiar, una herramienta para detectar disfunción familiar. 2014. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext
- The Lancet (2002). Los antecedentes familiares duplican el riesgo de suicidio 2002. Recuperado de: <http://www.dmedicina.com/vida-sana/2002/10/13/antecedentes-familiares-duplican-riesgo-suicidio-5392.html>.
- Torres Martha (2000). Universidad Autónoma de Madrid. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Recuperado de: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Valle C. (2012) *Funcionalidad Familiar* (Blog Medicina Familiar). Recuperado de <http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad-familiar.html>

ANEXOS

Anexo 1. Inventario de Depresión de Beck



Identificación Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

Identificación **Fecha**

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación **Fecha**

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

Anexo 2. APGAR Familiar



Family-APGAR

Identificación Fecha

Conteste a las siguientes preguntas según los siguientes criterios:

A: Casi nunca **B:** A veces **C:** Casi siempre

	A	B	C
1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
5.- ¿Siente que su familia le quiere?			

TOTAL:

Anexo 3. Caracterización



**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES ARTES Y HUMANIDADES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE INDIVIDUOS QUE REALIZARON INTENTO DE
SUICIDIO O SUICIDIO EN EL SECTOR URBANO DEL MUNICIPIO DE LA PLATA
HUILA PARA EL AÑO 2013**

FORMATO: CARACTERIZACIÓN

FECHA:

EDAD:						PROCEDENCIA:		
ESTADO CIVIL:		S	C	D	U	V	OCUPACIÓN:	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:								
NIVEL DE ESCOLARIDAD	NINGUNO			PRIM.	SEC.	TÉC.	SUP .	OTR OS

PERSONAS QUE CONVIVÍAN EN EL MOMENTO DEL INTENTO DE SUICIDIO

PARENTEZCO	EDAD	CONVIVE ACTUALMENTE	CONVIVE ACTUALMENTE	HOSPITALIZADO	DISCAPACIDAD	MILITAR

DILIGENCIÓ

Anexo 4: Consentimiento Informado.



**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE INDIVIDUOS QUE REALIZARON INTENTO DE SUICIDIO O SUICIDIO EN EL SECTOR URBANO DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA PARA EL AÑO 2013.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Identificado con Cédula de Ciudadanía número _____ expedida en _____, expreso mi consentimiento para que las estudiantes de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, realicen el trabajo de campo de la opción de grado INVESTIGACIÓN, señalando que he sido debidamente informado sobre el proceso, los alcances y las condiciones del ejercicio académico que se va a adelantar en la investigación: DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE INDIVIDUOS QUE REALIZARON INTENTO DE SUICIDIO O SUICIDIO EN EL SECTOR URBANO DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA PARA EL AÑO 2013.

En constancia firmo;

La Plata, _____