

**FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRAFICOS RELACIONADOS
CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIRGEN DE LOURDES DE BUESACO EN
EL PERIODO 2010 A 2013.**

**LEYDI JOHANA ALFARO ERAZO.
GABRIELA ESTEPHANIA BARAHONA LÓPEZ.
DIEGO ANDERSSON CHAVES BURBANO.
FREDY ALEXANDER CHIQUIZA.**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
LINEA DE INVESTIGACION: EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
NOVIEMBRE DE 2013**

**FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRAFICOS RELACIONADOS
CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIRGEN DE LOURDES DE BUESACO EN
EL PERIODO 2010 A 2013.**

**LEYDI JOHANA ALFARO ERAZO.
GABRIELA ESTEPHANIA BARAHONA LÓPEZ.
DIEGO ANDERSSON CHAVES BURBANO.
FREDY ALEXANDER CHIQUIZA.**

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el título de Médico
General

**Dr. CÁSTULO CISNEROS RIVERA
Médico Esp. Psiquiatría
Asesor Científico**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
LINEA DE INVESTIGACION: EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
NOVIEMBRE DE 2013**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por brindarnos el don de la vida y poder disfrutar de ella, por las oportunidades brindadas valorar la importancia de la Ciencia Médica al servicio de nuestros semejantes.

A nuestros Padres y Familiares, por su apoyo permanente en cada circunstancia.

A la Fundación Universitaria San Martín y a su equipo directivo, docente y administrativo por ofrecernos oportunidades para alcanzar nuestro mayor sueño.

*LEYDI JOHANA ALFARO ERAZO.
GABRIELA ESTEPHANIA BARAHONA LÓPEZ.
DIEGO ANDERSSON CHAVES BURBANO.
FREDY ALEXANDER CHIQUIZA.*

DEDICATORIAS

A Dios por ser mi guía y brindarme alegría, tranquilidad, seguridad y fortaleza en esta etapa de mi vida. A mis padres Mary Amanda Erazo y Luis Arturo Alfaro por su apoyo incondicional, por los consejos y valores que me han inculcado y por ser siempre mi ejemplo de perseverancia y dedicación. A mi hijo por ser mi motivación y la razón de culminar mis metas y ser mejor persona, hija y madre cada día.

Leydi Johana Alfaro Erazo

Dedico este trabajo final primero a Dios por darme la vida, por darme la luz del camino para mi futuro, porque a pesar de todas las adversidades, a sido mi fortaleza en los momentos mas difíciles de mi vida, porque todo lo que tengo mi familia, mi vida se la debo a el.

Agradezco a mi padre Carlos porque además de ser mi motor de vida, es un ejemplo a seguir con su amor , fuerza y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba me levanto y camina conmigo en mi gran sueño, por su amor incondicional, por el tiempo y el sacrificio que será recompensado. A mi Madre Lucia (q.e.p.d) hace 3 años camina junto a mí desde el Cielo, dedico cada esfuerzo, cada lágrima porque en mis inicios de mi carrera fue la mujer que mas me apoyo para llegar a donde estoy. Este trabajo, este título es la recompensa de todos los años que estuviste conmigo y ahora descansas en la paz del señor, es indiscutible el vacio que dejas pero en cada paso que doy de mi carrera se que estás conmigo. TE AMO.

A mis hermanas: Sandra, Paola y Gina por ser mi ejemplo a seguir, que a pesar de las adversidades nunca me dejaron sola, que siempre me animan a salir adelante y no darme por vencida. A dianita Enríquez aunque no es hermana de sangre es la persona que siempre ha estado conmigo en las buenas en las malas que más que una amiga es como mi otra hermana.

A mis sobrinos: angelita, Juan Camilo, mariana y Juan Manuel, por ser el otro pedacito de vida, por ser la alegría de todos los días, por ser mi motor de salir adelante para estar siempre con ustedes, los amor mis hermosos.

A mi familia en general porque además de estar conmigo en lo largo de mi carrera, me ayudaron de una y otra manera a esta donde estoy. Gracias infinitas.

A mis amigos: porque a lo largo de mi carrera encontré personas maravillosas con las cuales he compartido alegrías, tristezas, con las cuales luchamos juntas por un mismo sueño que esta a muy poco de cumplirse. Los quiero mucho.

Gabriela Barahona López

Este trabajo está dedicado a Dios quien me protege y guía mi camino, porque a él le debo todo lo que soy.

A mis padres Diego (q.e.p.d) y Floralba por no rendirse por darme una familia, a mi madre por su esfuerzo en salir adelante, a mi padre que desde el cielo esta conmigo cuidándome.

A mis hermanos Mauricio, Juan José y Sarita por ser el motor de mi vida y ser ejemplo para ellos, por ser la compañía que Dios puso en mi vida. A mi familia por el apoyo brindado para culminar una etapa más en mi vida.

A mis amigos y compañeros por compartir conmigo conocimientos y experiencias que me han hecho crecer como persona y han fortalecido mis capacidades.

Diego Andersson Chaves Burbano.

En el presente trabajo quiero hacer un humilde reconocimiento aquellas personas que contribuyeron en mi formación profesional y humana a lo largo de mi vida, la cual no sería igual sin las enseñanzas y atenciones brindadas en los momentos más adversos, no sería el mismo sin todos aquellos a quienes he conocido, a quienes aprecio y admiro. Agradezco en lo particular a: yohaly, Jorge, Luis, Alejandra, quienes integran mi familia. Pues sin el cariño y el amor de mis padres y el apoyo de mis hermanos muy probablemente hubiera perdido el camino. A leidy, Gabriela, diego, amigos con los cuales he podido compartir momentos de alegría y de tristezas pero con quienes he aprendido. Enormemente a todos ellos gracias totales.

Freddy Alexander Chiquiza

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado 1

Jurado 2

San Juan de Pasto, Mayo 26 de 2011

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE GRAFICAS	12
LISTA DE ANEXOS	13
INTRODUCCIÓN	14
1. ASPECTOS GENERALES	15
1.1 TITULO	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2.1 Descripción del Problema	15
1.2.2 Formulación del Problema	16
1.3 OBJETIVOS	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivo especifico	16
1.4 JUSTIFICACION	17
1.5 METODOLOGÍA	18
1.5.1 Enfoque	17
1.5.2 Tipo de Estudio	17
1.5.3 Población	17
1.5.4 Fuentes de recolección de información	17
1.5.5 Técnicas de recolección de información	17
1.5.6 Criterios de inclusión y de exclusión	18
1.5.6.1 Criterios de inclusión	19
1.5.6.2 Criterios de exclusión	19
1.5.7 Control de errores y sesgos	19

1.5.8 plan de análisis de los datos	19
1.5.9 consideraciones éticas	19
2 marco referencial	20
2.1 marco teórico	19
2.1.1 generalidades del suicidio e intento de suicidio	19
2.1.2 historia del suicidio e intentos de suicidio	20
2.1.3 manifestaciones del comportamiento suicida.	21
2.1.4 factores de riesgo asociados al intento de suicidio	22
2.1.5 factores socio demográficos	23
2.1.6 factores familiares	24
2.1.7 intentos de suicidio y enfermedad mental	25
2.1.7.1 trastorno depresivo mayor	26
2.1.7.2 trastorno bipolar	
2.1.7.3 esquizofrenia	27
2.1.7.4 trastorno de ansiedad	
2.1.7.5 trastornos de personalidad	27
2.1.7.6 trastornos de desesperanza	27
2.1.8 trastornos asociados al consumo de sustancias y alcohol.	28
2.1.9 factores específicos del paciente con intento suicida	28
2.1.10 factores protectores del riesgo suicida	28
2.1.11 manejo de urgencias y seguimiento en adolescentes con intento de suicidio.	28
2.2 MARCO CONTEXTUAL	29
2.2.1 Municipio de Buesaco	29
2.3 MARCO CONCEPTUAL	30

2.4 MARCO LEGAL	32
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
4. DISCUSIÓN	
5. CONCLUSIONES	
6. RECOMENDACIONES	
7.LIMITACIONES	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Figura 1. Distribución de casos de intentos de suicidio según la procedencia de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013	38
Figura 2. Distribución de casos de intentos de suicidio según la edad en la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013	39
Figura 3. Distribución de casos de intentos de suicidio según el estado civil de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013	40
Figura 4. Distribución de casos de intentos de suicidio según el género de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013.	40
Figura 5. Distribución de casos de intentos de suicidio según la escolaridad de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013	41
Figura 6. Distribución de casos de intentos de suicidio según la seguridad social de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013	41
Figura 7. Distribución de casos de intentos de suicidio según el antecedente de intentos de suicidio previos de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013	42
Figura 8. Distribución de casos de intentos de suicidio según problemas familiares de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013	43
Figura 9. Distribución de casos de intentos de suicidio según conflictos de pareja de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013	44
Figura 10 Distribución de casos de intentos de suicidio en relación con el consumo de alcohol de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013	44

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formato de recolección de la información	58

INTRODUCCION

“El suicidio se conoce como una muerte intencional con el conocimiento de su letalidad. Es un problema de salud pública de primera instancia que se relaciona principalmente con factores sociales, económicos, culturales y religiosos, que por lo general termina en autolesión sin resultado letal, que se traduce en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales. El suicidio e intento de suicidio en la actualidad se ha convertido en una enfermedad que afecta a la población mundial llevando a un gran impacto en la estructura social, familiar y económica en los entes de salud dejando unas cifras alarmantes según la OMS las cuales provocan casi la mitad de todas las muertes violentas dando como resultado un millón de víctimas al año se producen más muertes por suicidio que por homicidios y guerras. (1)

El comportamiento suicida está dado por múltiples causas, entre las más comunes está la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, la ruptura de relaciones emocionales y problemas jurídicos, presentándose estas conductas suicidas principalmente entre los jóvenes de 15 a 25 años. El abuso de sustancias psicoactivas, problemas en el desarrollo psicomotor infantil, la soledad y trastornos mentales entre ellos depresión y esquizofrenia, como también enfermedades terminales, son factores que influyen en los intentos de suicidio, entre los métodos que se utilizan tanto en el intento de suicidio como en el suicidio está la intoxicación por plaguicidas, sobredosis de fármacos, asfixias, armas de fuego y objetos contundentes que pueden llevar al desenlace fatal (2).

Este gran problema es prevenible con el apoyo de familiares, amigos, relación estable de pareja y la religión que conlleva a una alta autoestima, como también la oportuna identificación y manejo de trastornos psiquiátricos con el fin de disminuir las tasas de mortalidad por causa del suicidio. Este estudio nos permite realizar una investigación acerca de los factores que conllevan a los intentos de suicidio en adolescentes ya que al conocerlos se formara una conciencia con el fin de intervenir en la población y así lograr disminuir estos intentos.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 TÍTULO

Factores psicosociales y socio demográficos relacionados con el intento de suicidio de las personas atendidas en la empresa social del estado virgen de Lourdes de Buesaco en el periodo 2010 a 2013.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Descripción del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica (3). Una persona de cada 20 intentará suicidarse al menos una vez en su vida. La OMS reporta 20 millones de intentos de suicidio en un año a nivel mundial (4).

En el mayor estudio realizado hasta la fecha en los Estados Unidos (llamado ECA) sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en la comunidad general en 18.000 sujetos mayores de 18 años, 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. En Nueva York el 15% de las mujeres se ha intentado suicidar (5).

En Colombia, la encuesta nacional de salud mental del 2003 mostró que el 4,9% ha realizado intentos suicidas. Al diferenciar los datos por grupos de edad, se observó que la mayor prevalencia de conductas suicidas durante toda la vida se encontraba entre el grupo de 30 a 44 años de edad.(6). En Bogotá DC. En el año 2008 se registraron 1950 casos de intentos de suicidio, los cuales fueron disminuyendo para el año 2010 con 1584 casos, pero según el sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida para el 2011 los casos aumentaron a 1627 intentos de suicidio donde el 66% fueron mujeres y 23% hombres. (7).

En Antioquia, se cuenta con el Sistema de Información para la Vigilancia de eventos de Interés en Salud Pública-SIVIGILA para el manejo de la información de conducta suicida, en el cual se reportaron 1139 casos de intento de suicidio

durante el año 2010, de los cuales el 65% lo realizaron mujeres. La tasa de intento de suicidio fue de 48,6 intentos por cada cien mil habitantes. En cuanto a la edad, la mayoría de las personas que lo intentaron tenían entre 18 y 24 años se observa que la mitad de las personas que lo intentaron tenían 22 años o menos.(3).

Para el año 2010 en Cali, se reportaron al sistema de Vigilancia en Intento de suicidio 453 casos, es decir un aumento del 15% en número de casos en relación a los reportados en el año 2009. El 66% de los casos en el año 2010 ocurrieron en mujeres, lo que es similar a los años anteriores, sin embargo es claro el aumento del reporte en hombres. (5).

Los datos de los observatorios del delito de Pasto, Ipiales, Tumaco, Túquerres y La Unión, entre 2002 y 2007, municipios que reportaron 393 suicidios en este periodo. El 67.6% de los casos fueron en hombres, con una relación 2:1 hombre/mujer, promedio de 29 años .El lugar de mayor ocurrencia fue la casa (70.9%). Los conflictos de pareja fueron reconocidos como el principal factor de ocurrencia, 22% (6).

La subdirección de Servicios Forenses del instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el año 2010 durante el comportamiento suicida en Colombia el estado civil de los 599 casos reportados de suicidio fue mayor en personas solteras. Además de este se reportaron otros factores de riesgo como es , el consumo de sustancias psicoactivas ocupa un importante lugar dentro de los factores de vulnerabilidad de las víctimas suicidas (5).

Adicionalmente, Eraso, Chaves y Gámez (2008) encontraron que los casos de intento de suicidio atendidos en el Hospital Infantil del municipio de Pasto se caracterizaron por una mayor frecuencia en adolescentes de sexo femenino, entre 14 y 15 años, en su mayoría por intoxicaciones y asociados con la presencia de conflictos familiares y personales (5).

En el municipio de Buesaco se logró encontrar información de los casos registrados según la empresa social del estado Virgen de Lourdes y alcaldía municipal, tanto los intentos de suicidio como suicidios en los años 2008 a 2011 son una gran problemática por las alarmantes cifras con relación a otros municipios del departamento de Nariño; en el año 2008 se presentaron 5 casos de intentos de suicidio con predominio en el género femenino, edades que oscilan entre 17 a 21 años, la mayoría de ellos presentaron trastorno afectivo bipolar, depresión y estado de embriaguez, que sobresale como el factor inductor de estos intentos de suicidio, desafortunadamente de estos intentos 3 terminaron en desenlace fatal; en el periodo 2009 a 2010 se registraron 5 intentos de suicidios en el género femenino, asociados a trastornos afectivos y depresión; los últimos datos registrados en el 2011 se relacionan con 3 intentos de suicidios y 3 suicidios asociados a estados de ánimo inestables (8).

1.2.2 Formulación del Problema. ¿Cuáles son los factores psicosociales y socio demográficos relacionados con el intento de suicidio de las personas atendidas en la empresa social del estado Virgen de Lourdes de Buesaco en el periodo 2010 a 2013?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Identificar los factores psicosociales y socio demográficos relacionados con el intento de suicidio de las personas atendidas en la empresa social del estado Virgen de Lourdes de Buesaco en el periodo 2010 a 2013

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las condiciones socio demográficas de los pacientes del estudio que intentaron suicidarse.
- Reconocer si la violencia intrafamiliar es un factor desencadenante del intento de suicidio en la población a estudio.
- Determinar si el consumo de alcohol influye en el intento de suicidio de la población a estudio.

1.4 JUSTIFICACION

Este proyecto de investigación se fundamenta en buscar factores psicosociales y socio demográficos asociados al intento suicidio ya que con el pasar de los años ha incrementado de una manera significativa tanto a nivel mundial de nuestro país y de nuestro departamento y se ha ido convirtiendo en un problema de salud pública. (9).

Al ver esta problemática de salud pública y observando que los adolescentes son los más vulnerables, nace la idea de investigar a esta población con el fin de conocer cuáles son las causas que los llevan a intentar quitarse la vida por sus propios medios. Resulta fundamental indagar acerca de los factores que influyen en el paciente para poder así evaluar el riesgo real de realizar un intento suicidio y de reincidir en este. La eficiencia con que se realice la entrevista y se detallen los factores influyentes serán de ayuda para decidir la conducta de manejo y derivación adecuada según el contexto clínico en que nos encontremos.

Es de vital importancia identificar los factores psicosociales y socio demográficos que influyen con los intentos de suicidio ya que serán de gran ayuda para que las autoridades gubernamentales implementen actividades de salud pública de promoción y prevención con acciones enfocadas al bienestar integral de la comunidad y de esta manera se logre disminuir las tasas de intento de suicidio en esta población.

1.5 METODOLOGIA

1.5.1 Enfoque. Cuantitativo porque involucra medidas estadísticas, para determinar los factores que influyeron en los suicidios

1.5.2 Tipo de Estudio. Este es un tipo de estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Descriptivo, porque describe los datos obtenidos de las fichas de vigilancia epidemiológica y su análisis.

Retrospectivo, porque se hace una revisión de los casos de intentos de suicidio correspondientes a los años 2010-2013, que fueron atendidos en la E.S.E Virgen de Lourdes- Buesaco.

Transversal, por cuanto el estudio es realizado en un período de tiempo

1.5.3 Población

Personas atendidas con intento de suicidio en la empresa social del estado Virgen de Lourdes de Buesaco en el periodo 2010 a 2013.

1.5.4 Fuentes de recolección de Información. En esta investigación vamos a utilizar dos formas de recolección de datos tanto de fuentes primarias: fichas de notificación y fuentes de recolección secundaria son artículos, expertos del tema, base de datos realizada.

1.5.5 Técnicas para recolección de información

- Revisión de cada ficha de vigilancia epidemiológica.
- Formato de recolección de datos diseñado por los integrantes de la investigación y autorizado por su asesor científico
- Prueba piloto: se realizó prueba piloto con el fin de evaluar la eficacia de procedimientos de recolección y organización de los datos.

1.5.6 Criterios de inclusión y de exclusión

1.5.6.1 Criterios de inclusión.

- Hombres y mujeres pertenecientes tanto al casco rural como urbano del municipio de Buesaco.
- Todos los casos de intento de suicidio registrados por la empresa social del estado Virgen de Lourdes de Buesaco en el periodo 2010 - 2013.

1.5.6.1 Criterios de exclusión.

- Población atendida en el centro de salud virgen de Lourdes con edades menores a 7 años.
- Pacientes crónicos con intentos de suicidios recurrentes con ficha de notificación asociada a enfermedad mental.
- Casos de intentos de suicidio con fichas de notificación incompleta.
- Reporte de casos de suicidio son fichas de notificación epidemiológica incompleta

1.5.7 Control de errores y sesgos. Sesgos de información, para su control los investigadores realizaron la prueba piloto y la recolección de la totalidad de los datos. Para el control de los errores en la digitación se decidió que un investigador realizara la digitación de los datos y otro investigador el control de la calidad del dato en el 10% de los eventos.

1.5.8 Plan de análisis de los datos. El análisis estadístico se realizará por medio del registro de los datos en los siguientes programas Excel, para el análisis estadístico el programa a utilizarse es start grafic. Se realiza un análisis univariado utilizando estadísticos como la media la desviación estándar la moda para el caso de las variables cualitativas.

1.5.9 Consideraciones Éticas. En este estudio no existe ningún tipo de riesgo para los pacientes, ya que no es un estudio experimental y no requiere la toma de muestras de la población. El fin de la recolección de la información es solo estadístico y el manejo de la información será confidencial, como datos de índole personal, los cuales se los utilizara con fines estadísticos para cumplir el objetivo de la investigación sin alterar la susceptibilidad de las personas.

Beneficencia. Dentro del municipio de Buesaco no se han realizado estudios específicos sobre factores que influyen en los intentos de suicidio en la empresa social del estado virgen de Lourdes. Con esta investigación la población adolescente a estudio y futuras generaciones se beneficiaran al conocer cuáles son los factores que influyen en los casos de intentos de suicidio y así prevenir que atenten contra su vida.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 Generalidades del suicidio e intento de suicidio

El suicidio es un problema de salud pública importante, según la Organización Mundial de la Salud informan que más de un millón de personas se suicidan al año en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte en personas con edades comprendidas entre los 15 y 44 años, dentro de la conducta suicida se encuentran varios fenómenos entre los cuales destacamos: (revista de psiquiatría y salud mental órgano oficial de la sociedad española de psiquiatría y de la sociedad española de psiquiatría biológica. (10)

- suicidio consumado: muerte auto infringida con evidencia de que la persona tenía intención de morir.
- tentativa suicida: autolesión común con resultado no fatal acompañado de que la persona tenía intención de morir.
- ideación suicida: pensamiento de un sujeto de provocar su propia muerte. La distinción.

La organización mundial de la salud define el intento de suicidio como: *“un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”*.(11)

En el estudio realizado en los Estados Unidos (llamado ECA) sobre la prevalencia de enfermedades psiquiátricas en 18.000 sujetos mayores de 18 años, se reportaron 2,9 que habían intentado suicidarse en algún momento de sus vidas. Todos ellos presentaban alguna forma de patología psiquiátrica. Existe una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, la incidencia fue

mucho más grande en mayores de 60 años. De aquellos que intentaron el suicidio y fallaron, una tercera parte tuvieron otro intento en el curso del año siguiente. En Colombia, el suicidio representa el 5,3% de las muertes violentas de al Instituto de Medicina Legal (11). el suicidio en niños y adolescentes ha aumentado en Colombia en los últimos años; las cifras según el Estudio Nacional de Salud Mental indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1.000 colombianos intentan suicidarse durante su vida y que entre 10% y 15% culminan en suicidio, En las últimas décadas se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre niños, adolescentes y adultos jóvenes sin una explicación concreta; al parecer son múltiples los factores que influyen sobre los comportamientos suicidas los cuales si se los reconoce adecuadamente identificados e intervenidos podrían en un momento determinado disminuir estos comportamientos.

2.1.2 Historia del suicidio e intentos de suicidio

Los intentos de suicidio y suicidio son un fenómeno global el cual se encuentra enmarcado en épocas históricas, llevando a despertar sentimientos desde temor, Crítica, condena, etc. Diferentes culturas interpretaban de diferente manera el concepto de suicidio una de ellas es la sociedad japonesa la cual relacionaban el suicidio con el respeto a la tradición e implicaba una sanción auto infligida ante un papel social que no se cumplía. Se mencionan la muerte por suicidio de filósofos griegos como Anaxágoras y Sócrates, quienes terminaron con su vida de forma voluntaria en medio de acontecimientos sociales y políticos. En la cultura de la Grecia clásica; Plutarco se interesó en el suicidio en adolescentes recogiendo los datos entre los siglos III Y IV A.C, reportando que tanto suicidio como intentos de suicidio eran frecuentes entre los jóvenes griegos, quien determina como un una "epidemia suicida" entre los jóvenes de Mileto, que finalizó cuando se sometió a los cadáveres a la vergüenza pública. En la época romana durante la evolución del concepto y desarrollo del suicidio se presentó una actitud de rechazo a esta muerte intencional lo cual ellos no realizaban sepultura a los que suicidaban, destruyendo su testamento y confiscando sus bienes, En la Edad Media se impone la idea cristiana de suicidio como un crimen por homicidio y un pecado mortal, en base a los pensamientos de San Agustín y Santo Tomás de Aquino. En el siglo XVII se presentaron epidemias de suicidio en jóvenes, inspirados en el romanticismo hacia el tema del suicidio, uno de ellos Shakespeare lo incluyo el suicidio en romeo y Julieta. (12)

Durante la época del renacimiento, Dante relacionaba el suicidio así: si las personas que lo hacían eran almas nobles como poetas, filósofos ellos llegan a lo sagrado si por el contrario eran políticos ellos llegaban al infiero, citamos a otro autor Trasmos quien definió al suicidio como la forma de manejar el cansancio de la vida. Robert Burton aprobó que el suicidio era el desenlace de una depresión severa.

el año 693 d.c. en el Toledo en donde se impone la excomunión a quien lo realice. El suicidio es un fenómeno que ha evolucionado rápidamente, no solo en este país sino en el mundo, por el cual es un problema de salud pública.(13)

2.1.3 Manifestaciones del comportamiento suicida

Dentro del comportamiento suicida e ideas suicidas se manifiestan así:

1. **El deseo de morir.** Representa la inconformidad del sujeto con su modo de vivir en el momento y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”
2. **La representación suicida.** caracteriza por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.
3. **Las ideas suicidas.** Consisten en pensamientos de terminar vida y tiene diferentes formas de presentación:
 - *Idea suicida sin un método específico*, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.
 - *Idea suicida con un método inespecífico* en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”
 - *Idea suicida con un método específico no planificado*, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar.
 - *idea suicida planificada*, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.
4. **La amenaza suicida.** Consiste en afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

5. **El gesto suicida.** incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.
6. **El intento suicida.** denominado tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. es el acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.
7. **El suicidio frustrado.** Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.
8. **El suicidio accidental.** provocado por un método del cual se desconocía su verdadero efecto pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto.
9. **Suicidio intencional.** Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte

Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

2.1.4 factores de riesgo asociados al intento de suicidio

Si nos enfrentamos a una sociedad donde los jóvenes están expuestos a un entorno en el cual existen diversas problemáticas sociales, personales, familiares que los llevan a ser muy susceptibles a problemas y por falta de autoestima pueden llegar a desenlaces fatales, es por eso que debemos conocer muy bien cuáles son esos factores de riesgo que presenta el adolescente para así evaluar el riesgo real de realizar un intento de suicidio, reincidir en este y terminar en un desenlace fatal, todo esto depende que una buena anamnesis en la población específica, un buen enfoque sobre su personalidad y así identificar cuáles son los principales factores que serán de gran ayuda para decidir el manejo según el contexto clínico que encontremos.

2.1.5 factores socio demográficos.

1. Género

Según un estudio realizado por la universidad católica de Chile, nos afirma que las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres (14). Lo mismo nos confirma el estudio realizado en Ciudad de México por Gonzales y colaboradores (2004) en el cual indica que intentaban suicidarse tres mujeres por cada hombre. (15)

2. Edad.

Las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres. (14). En Colombia la mayor proporción de muertes causadas por suicidio, se presentan entre 15-24 años para mujeres y mayores de 60 años para hombres, según revista sanitas (16).

3. Estado Civil.

Según Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, las personas solteras tienen más predisposición al suicidio. El matrimonio actúa como un factor protector, y la viudez representa un riesgo que se incrementa hasta 15 veces en el género masculino sobre todo en el primer año tras la pérdida (17).

4. Nivel Socioeconómico y Ocupacional.

Estudios realizados nos indican que las personas desempleadas y con niveles económicos bajos son los más predisponentes para el intento de suicidio y suicidio (14). El desempleo se ha relacionado en muchos años como un riesgo tanto para el intento de suicidio como para el suicidio consumado con más aumento en el género masculino entre las edades de 35 a 45 años, consumidores de alcohol y con trastornos de la personalidad (3). Entre las ocupaciones más predisponentes en nuestro país encontramos que los agricultores y comerciantes en hombres, con respecto a las mujeres las encargadas de las actividades del hogar, los estudiantes tuvieron una participación importante tanto en mujeres como en hombres.

2.1.6 intentos de suicidio y enfermedad mental

La presencia de un trastorno mental es probablemente el mayor factor de riesgo para el suicidio. El comportamiento suicida se origina, según BLUMENTHAL (1988) por la interacción y solapamiento de cinco clases de factores, a saber: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales e historia familiar y genética, interacción que podría explicar por qué los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos de suicidios consumados y analizará la relación entre suicidio y trastornos mentales desde la perspectiva clínica y se analizarán el riesgo de suicidio inherente a los diferentes trastornos mentales y los factores predisponentes (18).

2.1.6.1 trastorno depresivo mayor

Los trastornos mentales, incluido el trastorno depresivo mayor, son un problema de salud pública con una importante carga en los individuos, la familia y la sociedad. Además, el trastorno depresivo mayor tiene una alta prevalencia actual en adultos de la población general, que puede oscilar entre 3,4 y 8,5%. Actualmente es el cuarto trastorno de salud con mayor carga global de enfermedad y discapacidad, con índices de 4,5% del total de años de vida perdidos ajustados con discapacidad y 12,1% del total de años de vida con discapacidad, después de los problemas perinatales, la infección respiratoria baja y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, aunque en el continente americano, el trastorno depresivo mayor presenta un avad de 8,0%, lo que lo convierte en el problema con mayor carga de enfermedad.(19)

2.1.6.2 trastorno afectivo bipolar

Trastorno bipolar (TB) describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología (20).

Bipolar I: Ha habido al menos una “subida” o fase maníaca que ha durado más de una semana. Algunas personas con Bipolar I tendrán solamente fases maníacas, aunque la mayoría tendrá también periodos de depresión.

Bipolar II: Si se tiene más de una fase depresiva severa pero solamente fases maníacas moderadas (llamadas hipomaníacas).

Las ideas de autoeliminación y el comportamiento suicida son frecuentes en los enfermos bipolares. La mayoría de los suicidios ocurren en las fases depresivas o en los estados mixtos en tanto que las ideas y los intentos de suicidio son más frecuentes en los estados mixtos que en los episodios de manía.

2.1.6.3 esquizofrenias

Cuando una persona padece esquizofrenia paranoide, el riesgo de suicidio no es máximo durante la fase alucinatoria activa, sino cuando el trastorno está controlado y se encuentra en la fase de recuperación depresiva (Ghosh y Victor, 1996), que es el momento en que las personas pueden presentar una mayor conciencia de su problema, reconociendo con mayor claridad la realidad de su situación. La desesperanza es un factor clave en la población esquizofrénica y, además, suele ser un factor de riesgo de suicidio en todos los trastornos psiquiátricos (21).

2.1.6.4 trastornos de ansiedad

Los estudios sobre ansiedad y suicidio son más limitados. HARRIS y BARRACLOUGH estiman que los trastornos de ansiedad aumentan 6-10 veces el riesgo de suicidio de la población general. La tasa de suicidio en los trastornos de ansiedad es menor que la observada en los trastornos depresivos. Algunos autores consideran que el abuso de alcohol enmascara los trastornos de ansiedad GÓMEZ y colaboradores (2002) señalan que la prevalencia total para ansiedad en Colombia fue de 17,8% y que en forma similar a lo sucedido con el síndrome depresivo, se observa un mayor número de intentos de suicidio al aumentar la severidad de la ansiedad. El trastorno de pánico es la entidad más estudiada (22)

2.1.6.5 trastorno de la personalidad

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos los cuales pueden provocar ideas suicidas. Es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos (23).

2.1.7 trastornos asociados al consumo de sustancias y alcohol.

La dependencia a drogas y sobre todo al alcohol aumenta el riesgo de suicidio hasta cinco veces más cuando coexiste con un trastorno depresivo. Según Ghosh y Victor (1996), los síntomas depresivos pueden ser el resultado de un trastorno afectivo subyacente, pero también pueden ser el resultado de los efectos tóxicos directos del alcohol (alteración hepática, malnutrición o síndromes cerebrales orgánicos secundarios a traumatismos craneales) (24). El trastorno por dependencia al alcohol está presente en el 26'7% de las personas que han llevado a cabo comportamientos auto lesivos, y el abuso de drogas lo está en un 8'7% (significativamente mayor la ratio de hombres que no de mujeres), siendo los hombres los que presentan más problemas de abuso de alcohol, cuando éste se relaciona con conductas suicidas (25).

Entre las personas que tratan de suicidarse, el alcoholismo es un diagnóstico común. Las depresiones considerables y el alcoholismo, respectivamente, son los trastornos psiquiátricos que se diagnostican con más frecuencia a los pacientes que llegan a cometer suicidio. Después de la edad, el alcoholismo y la drogadicción son los factores de riesgo que ocupan el segundo lugar en importancia para el suicidio. La posibilidad de suicidio en el alcoholismo diagnosticado está entre 60 y 120 veces más que en las personas que no sufren de enfermedades mentales (26).

El riesgo de suicidio durante toda la vida de los individuos alcohólicos es del 10 por ciento, un número 5 a diez veces mayor que el riesgo que muestra la población general. Entre un 15 por ciento y un 20 por ciento de alcohólicos intentarán suicidarse, y entre quienes lo han intentado en el pasado, del 15 al 20 por ciento lo intentarán nuevamente en los 5 años siguientes (27).

2.1.8 factores específicos del paciente con intento suicida

- ✓ Enfermedad crónica y terminal
- ✓ Aborto
- ✓ Problemas relacionados con la educación y alfabetización
- ✓ Problemas relacionados con el empleo y el desempleo
- ✓ Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias académicas
- ✓ Problemas relacionados con el ambiente social: ciclo vital, familia cultura, exclusión, discriminación, otros problemas relacionados con la crianza del niño
- ✓ Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (familia, pareja, padres)
- ✓ Problemas relacionados con circunstancias psicosociales: embarazo, multiparidad y conductas de riesgo
- ✓ Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales: procedimientos civiles, criminales, prisión, víctima.
- ✓ Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual
- ✓ Problemas relacionados con estilo de vida: consumo de spa y conductas sexuales
- ✓ Problemas relación con dificultades en el modo de vida: personalidad, enfermedad, discapacidad
- ✓ Síndrome del maltratado
- ✓ Historia familiar de trastorno mental y comportamiento
- ✓ Historia familiar de ciertas discapacidades y enfermedad crónica incapacitante.

2.1.9 factores protectores del riesgo suicida.

Los factores protectores del riesgo de suicidio más comúnmente aceptados (center for disease control and prevention, 2010; suicide prevention resource center, 2010) podrían dividirse en aquellos propios del individuo y los propios del entorno (31). Así, entre los primeros podemos incluir las actitudes, valores y

normas introyectadas en contra del suicidio, como sería el valor de la propia vida. Además, las habilidades sociales, el manejo de la ira y la capacidad de resolución de problemas favorecen la decisión de no suicidarse (32). Otras variables relacionadas con la protección son el cuidado y búsqueda de la salud mental y somática, las creencias religiosas que desapruében el suicidio, el temor al dolor y las conductas de riesgo, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la alta resiliencia (33) .

2.1.10. Manejo de urgencias y seguimiento en adolescentes con intento de suicidio.

Manejo del intento de suicidio.

Dependiendo del riesgo suicida que el médico detecte y teniendo en cuenta los controles externos de los que dispone el paciente, se decidirá el tratamiento más adecuado para cada paciente, lo que oscila entre:

A-Enviar al paciente a su domicilio y recomendar tratamiento psiquiátrico ambulatorio, que ha de realizarse antes de 72 horas. Así, la intervención tiene como propósito ayudar al individuo a afrontar la situación que le llevó a realizar el intento de suicidio, desde los servicios ambulatorios, que, a su vez, cuentan con la ayuda que proporcionan los familiares del paciente, o incluso, los grupos de autoayuda. Los requisitos para tratar al paciente en forma ambulatoria (34):

- ✓ Supervisión familiar.
- ✓ Alianza terapéutica con el paciente.
- ✓ Cuidado en la prescripción de psicofármacos, deben ser controlados por alguna persona responsable.
- ✓ Seguimiento por parte del psiquiatra que le corresponda antes de 72 horas.

Medicamentos:

Antidepresivos. Para procesos depresivos o presencia de trastornos de ansiedad. Hay evidencias para recomendar antidepresivos más sedantes y con mayor poder serotoninérgico, en el caso de depresiones con riesgo autolítico en las fases agudas.

Ansiolíticos: Para reducir los niveles de ansiedad, de cualquier patología psiquiátrica.

También puede ser necesario prestar ayuda psicoterapéutica a los familiares del paciente que realizó el intento de suicidio. No hay que olvidar que, en todos los casos en los que el paciente es enviado a su domicilio, debe hacerse bajo estrecha supervisión familiar, de tal manera que, en los casos en los que el paciente no cuente con un adecuado soporte familiar hay que realizar siempre su

ingreso hospitalario. Igualmente no conviene prescribir psicofármacos si estos no son controlados por los acompañantes.

B- Ingreso en un hospital general, en el Servicio que sea necesario para remontar la situación física del paciente que ha cometido un acto suicida, garantizando la asistencia psiquiátrica simultánea. Siempre que se sospeche que ha habido un intento de suicidio el paciente deberá estar al menos 24 horas en una Unidad de Observación Médica, incluso aunque el paciente no refiera ingesta farmacológica alguna. Este tiempo deberá ampliarse a tres días cuando se sospeche la ingesta de raticidas o similares, ya que su acción tiene lugar incluso a las 72 horas (35)

2.2 MARCO CONTEXTUAL

MUNICIPIO DE BUESACO

Está ubicado a 37 kilómetros al noreste de la capital del departamento de Nariño y limita por el norte con san Lorenzo, arboleda, Albán y el tablón; por el oriente con el tablón y el departamento de putumayo; por el sur con pasto y el departamento de putumayo y por el occidente con chachagüí y pasto. Se ubica a una altitud de 1.959 mts sobre el nivel del mar. Presenta una temperatura de 18 grados centígrados. Su área total es de 682 kilómetros cuadrados. Su ubicación astronómica y geográfica el territorio del municipio de Buesaco está comprendido entre los 1° 23' de latitud norte y 77° 8' de longitud oeste o del meridiano greenwich. Se ubica al sector sur-occidente del país y hace parte de la región natural andina. El municipio de Buesaco cuenta con una extensión aproximada de 62.032 hectáreas (620.3 kilómetros cuadrados) distribuidos en 7 corregimientos y 73 veredas. El municipio de Buesaco tiene una población de 20865 habitantes aprox. de los cuales 2.897 se localizan en el sector urbano equivalente al 19% y 14.697 en el área rural equivalente al 81%. Del total de habitantes 8.772 son hombres (49.86%) y 8.822 son mujeres (50.14%). el mayor porcentaje de población se encuentra en el sector rural, debido a que el municipio tiene vocación agropecuaria. las principales encuentros de tipo cultural que se realizan anualmente en el municipio son: fiestas patronales maría inmaculada concepción 7 y 8 de diciembre donde se realizan actividades de tipo religioso, cultural y lúdico. carnaval rojo, 7 de enero, tradicional fiesta de carnaval. Día ecológico, 8 de enero, vereda juanambú, festival de bandas, concurso de bandas departamentales, donde se invita a bandas de diferentes departamentos y de la república del ecuador. Las principales actividades deportivas que se realizan en el municipio son: el campeonato de verano de microfútbol y fútbol, el campeonato anual de fútbol inter-veredal y los

campeonatos anuales de chasa, baloncesto y voleibol que auspicia la alcaldía a través de su ente deportivo. (36)

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIRGEN DE LOURDES

La empresa social del estado virgen de Lourdes es una IPS que funciona en el municipio de Buesaco, es una buena infraestructura que se ofrece a los afiliados diferentes servicios entre ellos están consulta externa, odontología, enfermería, urgencias, laboratorio clínico, farmacia transporte básico a pacientes, rayos x, ginecobstetricia, pai, atiende a los tipos de régimen contributivo, subsidiado y vinculados.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Ansiedad: preocupación excesiva por una situación, a la persona le resulta difícil controlar este estado.

Depresión: estado de infelicidad transitorio o permanente, determinado por una tristeza sin razón.

Factores de riesgo: circunstancia que aumenta la probabilidad que se produzca algo.

Intento de suicidio: intención de quitarse la vida.

Personalidad de border-line: no regulación de las emociones, pensamiento y por ende malas relaciones interpersonales.

Trastorno: alteración de la salud o estado mental, desequilibrio que afecta las relaciones.

Neurotismo: inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad.

Extraversión: tendencia de la persona sociable a comunicar a los demás sus sentimientos: tiene muchos amigos gracias a su extraversión.

Anorexia nerviosa: pérdida auto inducida de peso acompañada por una distorsión de la imagen corporal, cuya presencia es indicativa de un estado patológico diferente del individuo.

Serotonina: neurotransmisor en la inhibición de: la ira la agresión, el sueño, el vómito, la sexualidad, y el apetito.

Suicidio: quitarse voluntariamente la vida, es un acto de auto lesión contra su propio cuerpo al sentir malestar de vivir e inconformidad con alguna situación o acontecimiento que se cree incapaz de resolver.

Sustancias psicoactivas: son sustancias naturales o artificiales que alteran las emociones y percepciones de las personas que las consumen.

Trastorno: es una alteración leve de la salud o del estado mental, es un desequilibrio que modifica el normal desarrollo de las relaciones interpersonales

Trastorno bipolar: enfermedad mental que causa cambios de humor

Trastorno distimico: trastorno afectivo de carácter depresivo, caracterizado por baja autoestima y ánimo melancólico.

2.4 MARCO LEGAL

LEY 1616 21 DE ENERO DE 2013

ARTICULO 1° OBJETO: El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

ARTICULO 2° AMBITO DE APLICACIÓN: *Ámbito de Aplicación.* La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.

ARTICULO 3° SALUD MENTAL: estado dinámico de la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de tal manera que permite a los sujetos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para establecer relaciones significativas y contribuir a comunidad.

Artículo 4°. *Garantía en salud mental.* El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

Artículo 5°.

- **Promoción de la salud mental.** La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.
- **Prevención Primaria del trastorno mental.** La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo, relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.
- **Atención integral e integrada en salud mental.** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención *secundaria* y *terciaria*, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.
- **Atención integral e integrada en salud mental.** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.
- La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

- **Trastorno mental.** Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

TITULO II DERECHOS DE LAS PERSONAS E EN EL AMBITO DE LA SALUD MENTAL

ARTICULO 6°: DERECHOS DE LAS PERSONAS

Según la constitución y política y la ley general de la seguridad social en salud son derechos de las personas en el ámbito de la salud mental.

1. derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo a los avances científicos en salud mental.
2. Derecho a no ser indiscriminado o estigmatizado por su condición de persona sujeto atención en salud mental.
3. Derecho a la confidencialidad de los información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimad de otros pacientes.

TÍTULO III PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Artículo 7°. *De la promoción de la Salud Mental y Prevención del Trastorno Mental.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.

El Departamento de la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud constituirá y participará en asocio con personas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para

la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental.

TÍTULO IV ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL

CAPÍTULO I

Artículo 10. *Responsabilidad en la atención integral e integrada en Salud Mental.* El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente.

Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años.

Artículo 11. *Acciones complementarias para la atención integral.* La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa.

Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.

CAPÍTULO II Red integral de prestación de servicios De salud mental

Artículo 12. *Red integral de prestación de servicios en Salud Mental.* Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud.

Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

Esta red estará articulada y coordinada bajo un sistema de referencia y contra referencia que garantice el retorno efectivo de los casos al primer nivel de atención.

Artículo 13. *Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental.* La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Pre hospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Rehabilitación Basada en Comunidad.
10. Unidades de Salud Mental.
11. Urgencia de Psiquiatría.

CAPÍTULO V

Atención integral y preferente en salud mental para niños, niñas y adolescentes

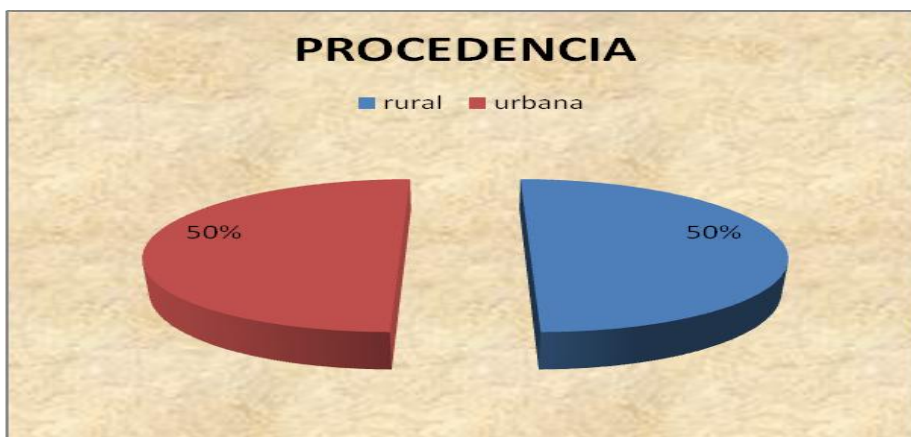
Artículo 23. *Atención integral y preferente en Salud Mental.* De conformidad con el Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006 y los artículos 17, 18, 19, 20 y 21 de la Ley 1438 de 2011, los Niños, las Niñas y los Adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental.

Artículo 24. *Integración Escolar.* El Estado, la familia y la comunidad deben propender por la integración escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastorno mental

3. ANALISIS DE RESULTADOS

ANALISIS UNIVARIADO

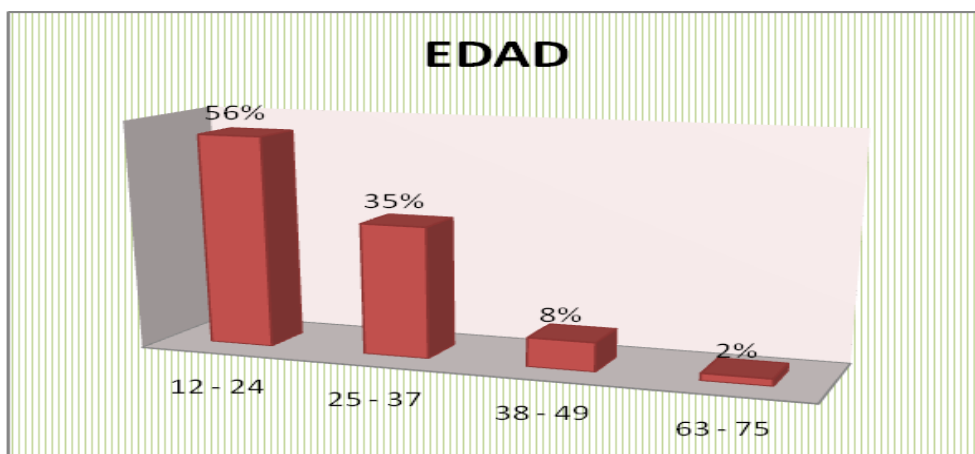
Figura 1. Distribución de casos de intentos de suicidio según la procedencia de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios registrados en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 56% de las personas provenían de zona rural y zona urbana.

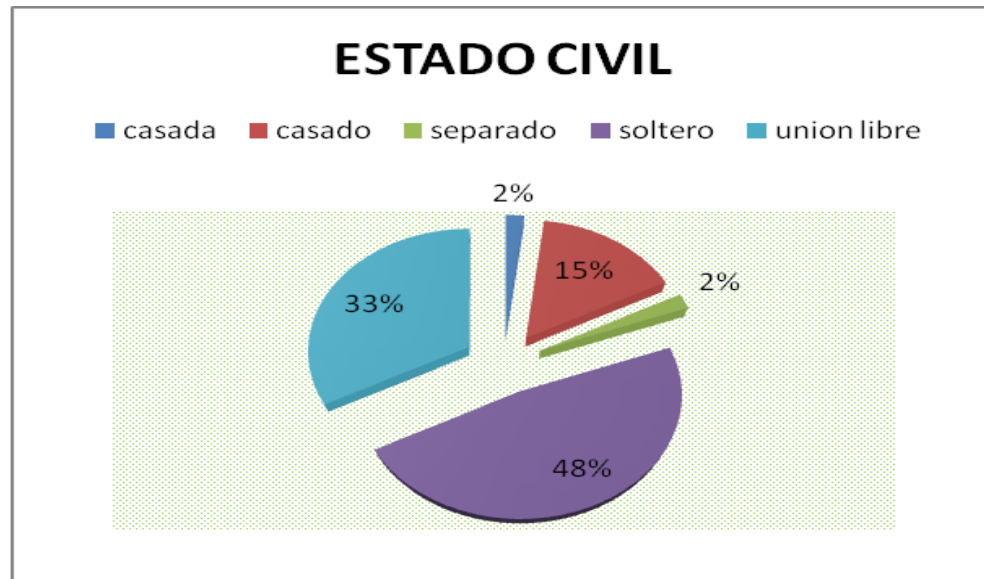
Figura 2. Distribución de casos de intentos de suicidio según la edad en la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios registrados en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 56% de las personas tuvieron una edad entre 12-24 años.

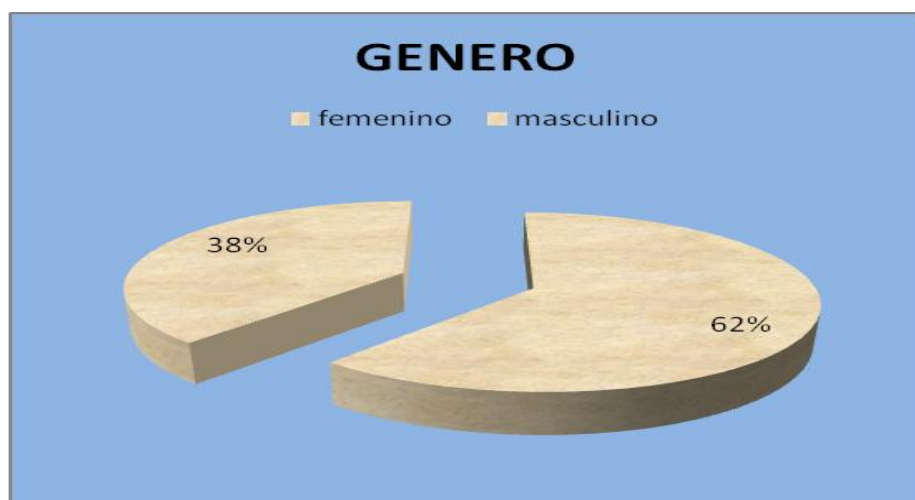
Figura 3. Distribución de casos de intentos de suicidio según el estado civil de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los pacientes atendidos con intento de suicidio en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 48% eran casados, seguido de un 33 % en unión libre.

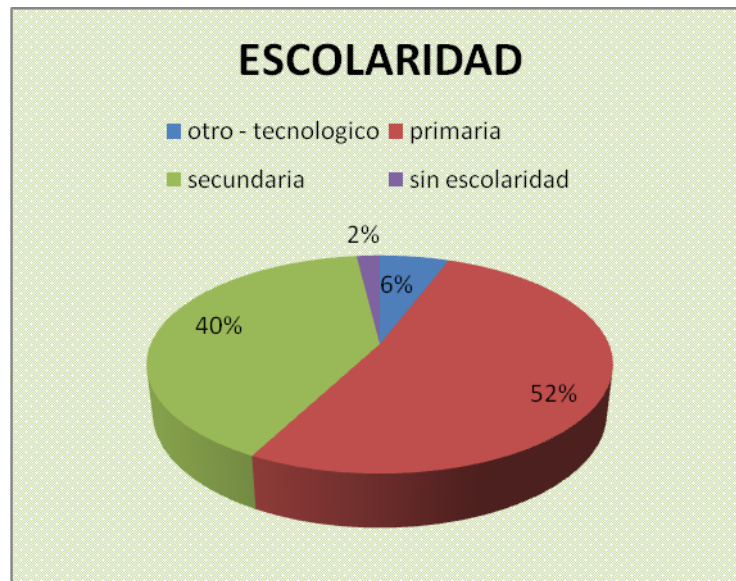
Figura 4. Distribución de casos de intentos de suicidio según el género de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013.



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios atendidos en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 62% eran hombres.

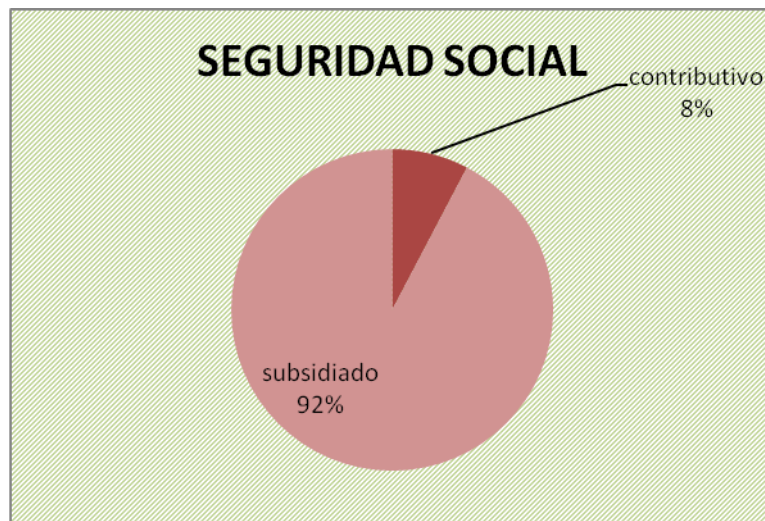
Figura 5. Distribución de casos de intentos de suicidio según la escolaridad de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios registrados en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 52% tenían terminada la primaria.

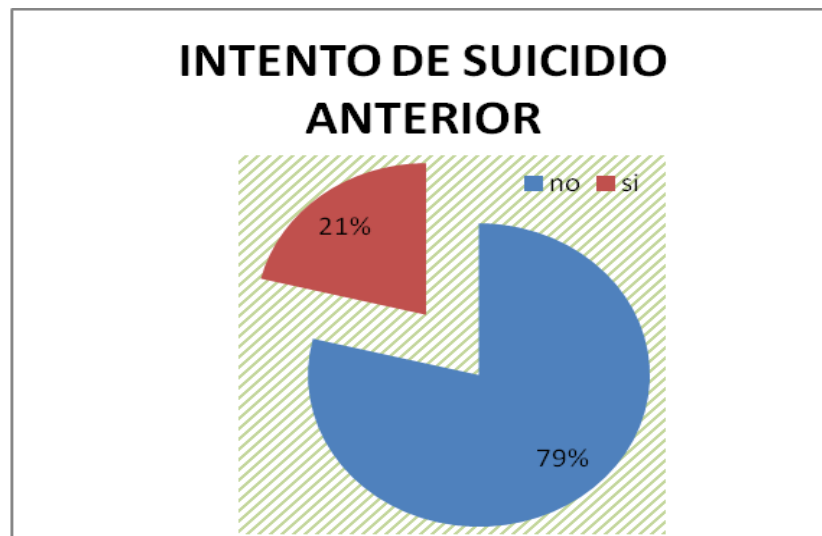
Figura 6. . Distribución de casos de intentos de suicidio según la seguridad social de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios atendidos en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 92% de las personas pertenecían al régimen subsidiado.

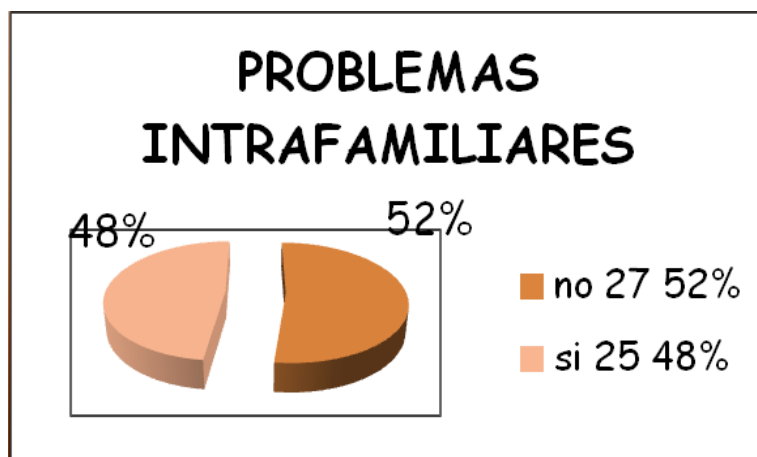
Figura 7. Distribución de casos de intentos de suicidio según el antecedente de intentos de suicidio previos de la población atendida en la E.S.E virgen de lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

Del total de los intentos de suicidio reportados para el año 2013 en la E.S.E virgen de Lourdes un 79% no presentaron intentos previos.

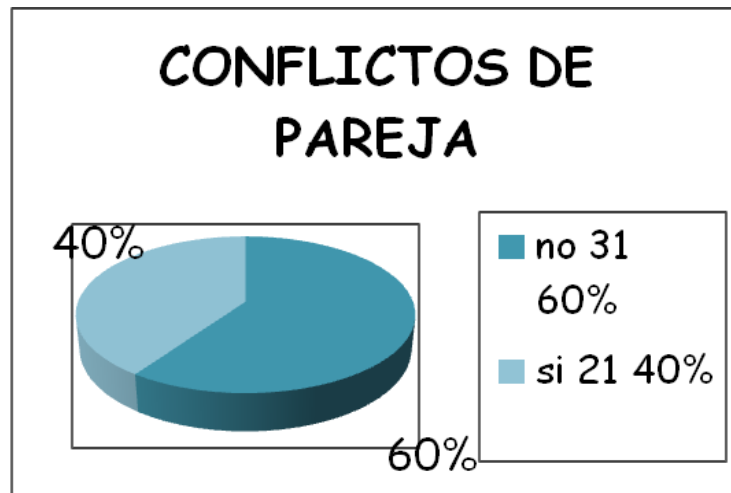
Figura 8. Distribución de casos de intentos de suicidio según problemas familiares de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios atendidos en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 48% de las personas tuvieron problemas familiares.

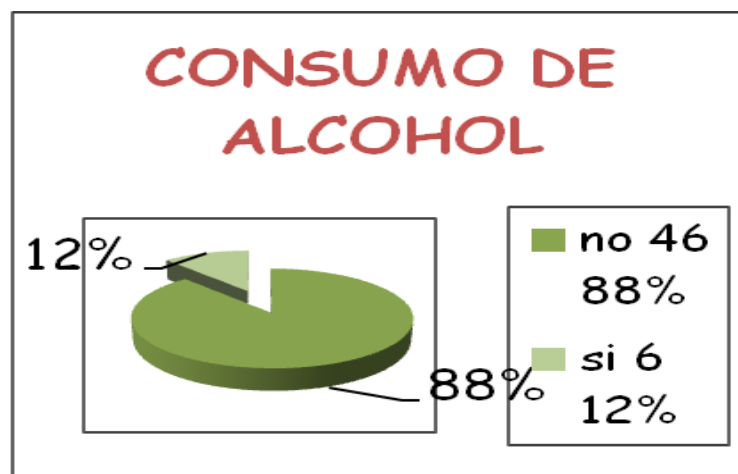
Figura 9. Figura 9. Distribución de casos de intentos de suicidio según conflictos de pareja de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios atendidos en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 40% de las personas presentaron conflictos de pareja.

Figura 10. Figura 10 Distribución de casos de intentos de suicidio en relación con el consumo de alcohol de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios atendidos en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 12% de las personas presento consumo de alcohol.

4. DISCUSION

En este estudio muestra que los pacientes que acudieron por intentos de suicidio en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco presentaron factores psicosociales y socio demográficos que los enfoca como pacientes vulnerables porque se asocian a los resultados en los cuales se halló que el intervalo de edad más afectado por el intento de suicidio se ubicó entre 12 a 24 años lo cual son más frecuentes en la adolescencia y adultos jóvenes, en este trabajo los resultados coincidieron con trabajos y revisiones bibliográficas encaminadas a los mismos factores, entre ellos el realizado por el instituto nacional de medicina legal en el 2010, el cual según un estudio en 122 pacientes en Popayán, la edad de mayor prevalencia de intentos de suicidio estuvo entre 15-24 años (37); así mismo se relaciona con el estudio realizado por Carmona y Col. en el hospital de Manizales en el año 2010 en el cual la edad de mayor intentos de suicidio fue de 15 años. Según la literatura mundial los adolescentes se incorporan de forma activa a la sociedad y son ellos los que necesitan mayor apoyo familiar, ellos con el afán de independencia son más susceptibles porque las exigencias de la vida cotidiana traen fallas en los mecanismos de adaptación, lo que contribuye al mayor número de intentos suicidas en adolescentes (38).

Los intentos de suicidios son frecuentes tanto en zona urbana como rural en nuestra población, teniendo en cuenta que la zona urbana fue tomada como la población de Buesaco y la zona rural de veredas aledañas a este, pero en general los que presentaron mayor riesgo fue toda la zona rural al igual que estudios realizados (15).

Muchos estudios muestran que el intento de suicidio es un hecho frecuente en personas solteras, uno de ellos es el realizado por el instituto de medicina legal y forense de Nariño en el cual determino que el 60% de los intentos registrados en el año 2010 fueron personas solteras (39), el estudio en busca de la caracterización de la conducta suicida en Risaralda en el 2013 también se relaciona que las personas solteras en un 37% son las que se autolesiona(40); esta revisión de asemeja a los resultados arrojados en nuestra investigación, por otro lado al comparar el estado civil de la población en general, es probable que el matrimonio y/o convivir con una pareja sea un factor protector para el intento de suicidio.

La mayoría de la bibliografía revisada, se encuentra que el género femenino son los que más cometen en mayor cantidad intentos suicidas, una de ellas la reporta la Secretaria de Salud de Popayán en la cual de 130 personas atendidas, el 64.7% fueron mujeres. Aspecto que coincide con los resultados de nuestro trabajo. En otra investigación realizada en el 2006 por Gonzales y colaboradores en México se determinó que la proporción de intentos de suicidio fue de 3 mujeres por cada varón(41). Las mujeres son las que más intentos de suicidio realizaron porque el

género femenino está condicionado por la forma de enfrentar las tensiones o situaciones de estrés que son sometidas, a pesar del desarrollo adquirido por la sociedad, sigue siendo dependiente del hombre, aunque los hombres son los que más casos de suicidios presentaron.

Dentro de los casos reportados con intentos de suicidio, más de la mitad, cursaban con grados de primaria, lo cual se sustenta con literatura revisada en la revista colombiana de psiquiatría en el año 2011 en la cual el 35 % tenían estudios primarios(42) . ya que las personas que solo tenían estudios de primaria tienen bajo nivel educativo, lo cual puede llevarlos a falta de comunicación y de conocimiento sobre el entorno social.

Uno de los principales motivos desencadenantes de la conducta suicida, fueron problemas familiar para la realización de un acto suicida en Cuba en el año 2010 con un 80.1% de los casos. En Colombia según un estudio realizado en la fundación de valle de Lili por el Dr. Hernán Rincón M. y col. Asociaron la violencia familiar con intento de suicidio en un 52.3% (43). En la población a estudio los problemas familiares influyeron en un 48% de los casos lo cual nos indica un % significativo por lo cual la condición psicosocial debe ser identificada para hacer una correcta valoración. De igual manera según un estudio realizado por Berenzon y col. En México en el 2010 se encontró que el 45% de la población a estudio tenían problemas intrafamiliares. Esto nos muestra la necesidad de saber que la familia es el núcleo de la sociedad, que las alteraciones en la dinámica familiar provocan un desequilibrio entre el individuo y su medio, constituyendo un factor predisponente y desencadenante del intento suicida en adolescentes; del buen funcionamiento familiar depende la estabilidad emocional de sus miembros.(44)

En nuestro estudio los conflictos de pareja se encontraron en un 40 % de los casos de intentos de suicidios, lo cual es un factor de riesgo en la población adolescente y adulto joven ya que se asocia con parejas sentimentales sin ningún compromiso, esto se compara de igual manera según las cifras del ministerio de salud en el 2012 el cual afirma que del total de intentos de suicidios un 37% se asocia a conflictos de pareja asociado a consumo de alcohol.

En la literatura mundial es conocida la relación entre el consumo de alcohol y los intentos de suicidio, un estudio realizado con pacientes con dependencia alcohólica reporto tasas de intentos de suicidio de hasta 5 veces mayor que la población en general, este trabajo muestra que el solo consumo de alcohol en paciente con intento suicida fue del 12 % lo cual es un factor social que influye en la población vulnerable, teniendo en cuenta que las zonas rurales tienen alto índice de alcoholismo ya que según estudios realizados al no haber actividades de entretenimiento ellos estudian y se refugian en el alcohol, entonces pacientes con grados de alcoholemia, asociado a discusiones y problemas familiares puede terminar en intento de suicidio. (45).

5. CONCLUSIONES

El mayor número de pacientes que intentó suicidarse está ubicado en las edades comprendidas entre 12 y 24 años.

Las personas solteras son aquellas que tiene mayor riesgo de intentar suicidarse en un 48% de toda la población.

Los casos de intentos de suicidio fueron mayores en género femenino.

De todos los casos registrados de intentos de suicidio, solo habían cursado con primaria.

La conducta suicida fue motivada por conflictos con la pareja y problemas familiares respectivamente.

El consumo de alcohol se consideró como un factor que influye en los intentos de suicidio, por lo cual se debe realizar enfoques y manejos para tratar de disminuir esta problemática en los adolescentes.

6. RECOMENDACIONES

- Recomendar a la E.S.E virgen de Lourdes de Buesaco sobre la importancia de diligenciar de manera completa las fichas de vigilancia epidemiológica de todos los casos reportados.
- Se aconseja a los coordinadores de salud mental de la E.S.E virgen de Lourdes, Buesaco Tener una base de datos de los casos de suicidios que se presenten, independientemente que sean remitidos para poder tener un mejor control epidemiológico.
- Se sugiere que todos los pacientes que hayan intentado suicidarse, sean remitidos a tratamiento psiquiátrico y puedan tener un seguimiento con el fin de mejorar la salud mental de cada uno de ellos.
- Se aconseja que las familias de los pacientes que intentaron suicidarse Y/O se suicidaron, reciban acompañamiento psicológico con el fin de documentar al núcleo familia con respecto a cómo manejar estos casos.
- Desarrollo de nuevas investigaciones encaminadas a los factores de riesgo que afecta a la población.

7. LIMITACIONES

al no encontrar datos completos de los casos de suicidios presentados en las fichas de vigilancia epidemiológica nos limitó a realizar análisis bivariado porque no existen datos que se correlacionen con las variables que se utilizaron en el estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. oms. el suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. 2004.
2. nariño iddsd. guia para el manejo de salud mental en la comunidad. 2007 28 de noviembre.
3. psiquiatría rcdp-acd, colombia. factores de riesgo asociados al suicidio en nariño (colombia): estudio de casos y controles. 2010;39.
4. luis carlos taborda ramírez m, jorge télez-vargas ms-n, factores de riesgo y prevención. el suicidio en cifras.
5. urzola hlc, psiquiatría mee, neurociencias m, forense pe, oriente dr, forenses indmlyc. la respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. 2010.
6. maría del pilar peña silbato8 yogymigm. el suicidio en nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del departamento. 2009;6.
7. ciencias idmly, forense. forencis 2007 dplvd, de referencia de información pericial bdc, (colombia). caracterización sociodemográfica y psicológica de los casos de suicidio y una serie de casos de intento. 2008.
8. cabrera ma, psicólogo. informe i trimestre salud pública componente salud mental 2011.
9. Cisneros C. Depresión, suicidio y esquizofrenia, AVANCES EN PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA. biomedica. 2008;6.
10. organizacion mundial de la salud. biomedica. 2012 febrero 5(1):1889-9891.
11. Silva JMSdPFSFdB. Intento de suicidio biomedica. 2010:1334-7.
12. Campos R. Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes Costarricenses. Biomedica. 2010:27-8.
13. Rojas E. Historia del suicidio-Revista Digital Universitaria. 2008 10 de Noviembre;6(11).
14. Mejía M, Sanhueza P, Hernández González J. Factores de riesgo y contexto del suicidio Revista Memoriza. biomedica. 2011;8:15-25.

15. Cañon S. Factores de Riesgo asociado a conductas suicidas en niños y adolescentes. *biomedica*. 2011 Enero -junio;11(1):67-2.
16. Cabra O, Infante D. El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Rev.Medica.Sanitas. biomedica*. 2010 Abril - Junio 13 Abril - Junio (2):28-35.
17. Muñoz E, Gutiérrez J, Martínez M. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Revista colombiana de psiquiatría. biomedica*. 2010;30(2):291-312.
18. Meneghello J GM, 246. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia*. 2012;12(32-44).
19. Cadena LP DL, Rueda GE, Hernández NL, Campo A. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública Prevalencia actual del trastorno depresivo mayor en Bucaramanga, Colombia. Revista Facultad Nacional Salud Pública*. 2010;28(36-41).
20. R. KGS. psychosocial corralates of suicidal ideation in adolesent psychiatric inpatients. 2007;25(339-346).
21. C. A. *psicopatología infantil y de la adolescencia santiago de chile*. 2009.
22. colaboradores G. . *trastorno de ansiedad en suicidio*. 2008;12(213-215).
23. Arias M. FS, Jimenez M, Tamayo O. *modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes*. 2009;13.
24. Fuentes M GA, Castaño J, Hurtado C, Ocampo P. *riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado de los colegios de la ciudad de manizales (colombia)*. 2010;2(110-122).
25. Gómez C RN, Bohórquez A, Díaz N. *factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana*. 2009;31(270.286).
26. Miranda I CM, Román R, Valdez E. *ideación suicida en población escolarizada infantil: consumo de alcohol asociados*:. 2010;32(495-502).
27. Larraguibel M VR. *factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. 2009;71(183-191).
28. Fernández M WJ. *Identification of risk factors in child and adolescent suicide attempts*. 2010;1.
29. Barcelona SCdICMR. *conducta suicida en adolescentes*. 2010.

30. Florenzano R CE, Valdés M, Calderón S, Santander S. Comparación de frecuencia de conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza, en estudiantes adolescentes de tres ciudades chilenas. 2010;50(115-123).
31. Chaves. A MM. modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jovenes. 2009;31(197-203).
32. Romer. D JP. suicide acceptability is related to suicide planning in U.S adolescents and young adults. 2009;37(165-178).
- 33.JP. POSRA. psychiatricand socialcharacterisation of suicide attempts treated at a children"s clinic. 2008;9(230-240).
34. Comstock BN. Decision to hospitalizise and alternatives to hospitalization New York, Oxford. 2009(205-217).
35. Coffin N ÁM. Prevalencia de ideación suicida en usuarios que solicitan servicio médico o psicológico en una clínica-escuela universitaria. 2009;12(105-120).
- 36.<http://www.buesaco-narino.gov.co/index.shtml#2>.
- 37.cauca indmlycfd. factores sociodemograficos asociados a intentos de suicidio. 2010.
- 38.Sauceda J LMC, Fosil M. violencia autodirigida en adolescentes:intentos de suicidio. 2010;63:223-31.
- 39.<http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2005/Suicidio.pdf>.
40. Rodríguez-Escobar JÁ M-PO, Cardona-Duque DV. . Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, colombia 2005-2010. 2013;61(9-16).
41. Gonzales C BS, Tello A, Facio D. ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. 2009;40(430-437).
42. Carmona A A, Castaño J, Escobar J, Garcia C. caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un hospital infantil de manizales 2000-2008. 2010;10(9-18).
43. colaboradores RHMy. violencia intrafamiliar en poblacion atendida con intento suicida en la fundación valle de lili-cali. 2012.
44. Schneiderman E. FM. conducta suicida-factores de riesgo asociados. 2008.

45. Salvo G. CASa. Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. 2013;141(428-434).

ANEXOS

ANEXO A. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIO DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS
CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIRGEN DE LOURDES DE BUESACO EN EL
PERIODO 2010 A 2013.

RECOLECCION DE DATOS HISTORIA CLINICA

1. Fecha en la que sucedió el suicidio o intento de suicidio: _____

2. Habitante de:

a) zona rural _____

b) zona urbana _____

3. Edad:

a) 10 – 20 _____

b) 21 – 30 _____

c) 31 -40 _____

d) 41- 50 _____

e) Mayor de 50 _____

4. Estado Civil:

a) Soltero _____

b) Casado _____

c) Unión libre _____

d) Divorciado _____

e) Viudo _____

5. Género:

a) Masculino: _____

b) Femenino: _____

6. Escolaridad

a) Sin escolaridad

b) Primaria _____

c) secundaria _____

d) tecnológico _____

e) universitario _____

7. Seguridad social

a) Subsidiado _____

b) Contributivo _____

8. antecedentes de maltrato infantil

- Si _____

- No _____

9. Problemas familiares

- si ____

- no ____

10.-consumo de alcohol o SPA

- Si ____

- no ____

11.conflictos de pareja

- si ____

- No ____

12.-Ha intentado suicidarse en otra ocasión.

a) Si _____

b) No _____

13.Suicidio _____

14.Intentó de suicidio _____

ASESOR CIENTIFICO:

- Dr. Cástulo Cisneros - Md. Psiquiatra

FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRAFICOS RELACIONADOS CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIRGEN DE LOURDES DE BUESACO EN EL PERIODO 2010 A 2013.

LEYDI JOHANA ALFARO ERAZO
GABRIELA BARAHONA LÓPEZ
DIEGO ANDERSSON CHAVES BURBANO
FREDDY ALEXANDER CHIQUIZA M.
Fundación Universitaria San Martín - Pasto

INTRODUCCION

El intento de suicidio es un problema de salud pública de primera instancia que se relaciona principalmente con factores sociales, económicos, culturales y religiosos, que por lo general termina en autolesión sin resultado letal, que se traduce en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales. El suicidio e intento de suicidio en la actualidad se ha convertido en una enfermedad que afecta a la población mundial llevando a un gran impacto en la estructura social, familiar y económica en los entes de salud dejando unas cifras alarmantes según la OMS las cuales provocan casi la mitad de todas las muertes violentas dando como resultado un millón de víctimas al año se producen más muertes por suicidio que por homicidios y guerras. (1)

El comportamiento suicida está dado por múltiples causas, entre las más comunes está la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, la ruptura de relaciones emocionales y problemas jurídicos, presentándose estas conductas suicidas principalmente entre los jóvenes de 15 a 25 años. El abuso de sustancias psicoactivas, problemas en el desarrollo psicomotor infantil, la soledad y trastornos mentales entre ellos depresión y esquizofrenia, como también enfermedades terminales, son factores que influyen en los intentos de suicidio, entre los métodos que se utilizan tanto en el intento de suicidio como en el suicidio está la intoxicación por plaguicidas, sobredosis de fármacos, asfixias, armas de fuego y objetos contundentes que pueden llevar al desenlace fatal (2).

Este gran problema es prevenible con el apoyo de familiares, amigos, relación estable de pareja y la religión que conlleva a una alta autoestima, como también la oportuna identificación y manejo de trastornos psiquiátricos con el fin de disminuir las tasas de mortalidad por causa del suicidio

METODOLOGIA

Enfoque. Cuantitativo porque involucra medidas estadísticas, para determinar los factores que influyeron en los intentos de suicidios

Tipo de Estudio. Este es un tipo de estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Descriptivo, porque describe los datos obtenidos de las fichas de vigilancia epidemiológica y su análisis.

Retrospectivo, porque se hace una revisión de los casos de intentos de suicidio correspondientes a los años 2010-2013, que fueron atendidos en la E.S.E Virgen de Lourdes- Buesaco.

Transversal, por cuanto el estudio es realizado en un período de tiempo

Población. Personas atendidas con intento de suicidio en la empresa social del estado Virgen de Lourdes de Buesaco en el periodo 2010 a 2013.

Fuentes de recolección de Información. En esta investigación vamos a utilizar dos formas de recolección de datos tanto de fuentes primarias: fichas de notificación y

fuentes de recolección secundaria son artículos, expertos del tema, base de datos realizada.

Técnicas para recolección de información

- Revisión de cada ficha de vigilancia epidemiológica.
- Formato de recolección de datos diseñado por los integrantes de la investigación y autorizado por su asesor científico
- Prueba piloto: se realizó prueba piloto con el fin de evaluar la eficacia de procedimientos de recolección y organización de los datos.

Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión. Hombres y mujeres pertenecientes tanto al casco rural como urbano del municipio de Buesaco. Todos los casos de intento de suicidio registrados por la empresa social del estado Virgen de Lourdes de Buesaco en el periodo 2010 - 2013.

Criterios de exclusión. Población atendida en el centro de salud virgen de Lourdes con edades menores a 7 años. Pacientes crónicos con intentos de suicidios recurrentes con ficha de notificación asociada a enfermedad mental. Casos de intentos de suicidio con fichas de notificación incompleta. Reporte de casos de suicidio son fichas de notificación epidemiológica incompleta.

Control de errores y sesgos Sesgos de información, para su control los investigadores realizaron la prueba piloto y la recolección de la totalidad de los datos. Para el control de los errores en la digitación se decidió que un investigador realizara la digitación de los datos.

Plan de análisis de los datos. El análisis estadístico se realizará por medio del registro de los datos en los siguientes programas Excel, para el análisis estadístico el programa a utilizarse es start grafic. Se realiza un análisis univariado utilizando estadísticos como la media la desviación

estándar la moda para el caso de las variables cualitativas.

Consideraciones Éticas

En este estudio no existe ningún tipo de riesgo para los pacientes, ya que no es un estudio experimental y no requiere la toma de muestras de la población. El fin de la recolección de la información es solo estadístico y el manejo de la información será confidencial, como datos de índole personal, los cuales se los utilizara con fines estadísticos para cumplir el objetivo de la investigación sin alterar la susceptibilidad de las personas.

ANALISIS DE RESULTADOS

ANALISIS UNIVARIADO

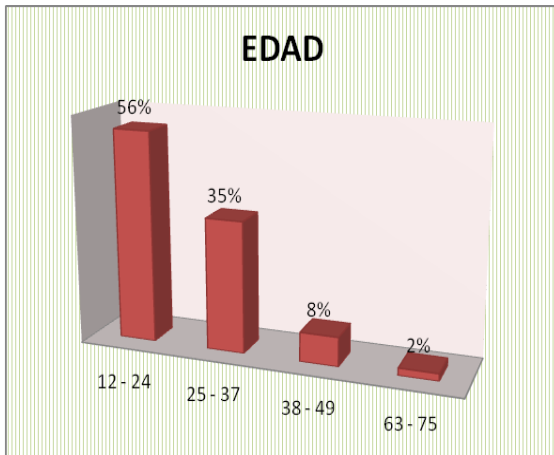
Figura 1. Distribución de casos de intentos de suicidio según la procedencia de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios registrados en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 56% de las personas provenían de zona rural y zona urbana.

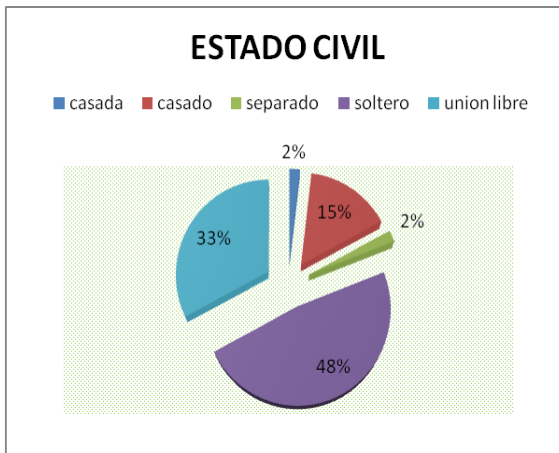
Figura 2. Distribución de casos de intentos de suicidio según la edad en la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios registrados en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 56% de las personas tuvieron una edad entre 12-24 años.

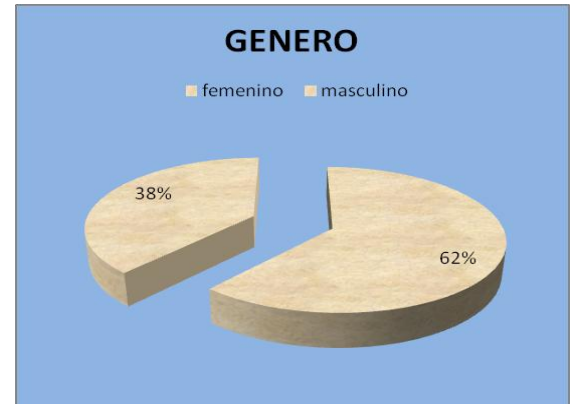
Figura 3. Distribución de casos de intentos de suicidio según el estado civil de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los pacientes atendidos con intento de suicidio en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 48% eran casados, seguido de un 33 % en unión libre.

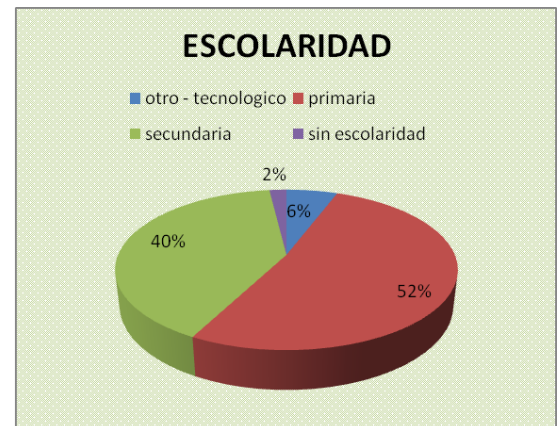
Figura 4. Distribución de casos de intentos de suicidio según el género de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013.



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios atendidos en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 62% eran hombres.

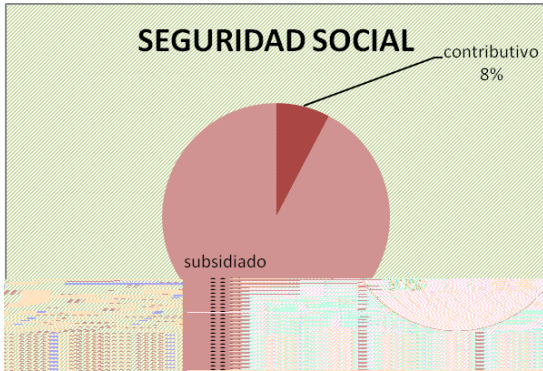
Figura 5. Distribución de casos de intentos de suicidio según la escolaridad de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios registrados en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 52% tenían terminada la primaria.

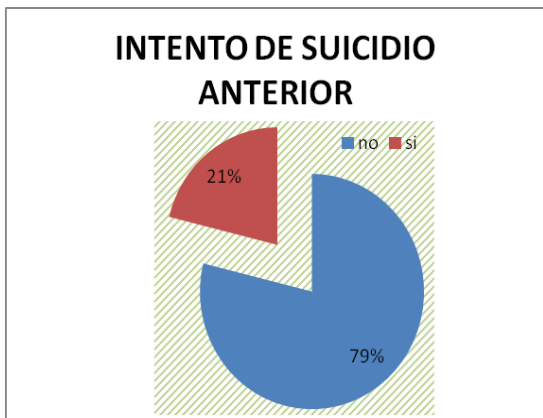
Figura 6. . Distribución de casos de intentos de suicidio según la seguridad social de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios atendidos en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 92% de las personas pertenecían al régimen subsidiado.

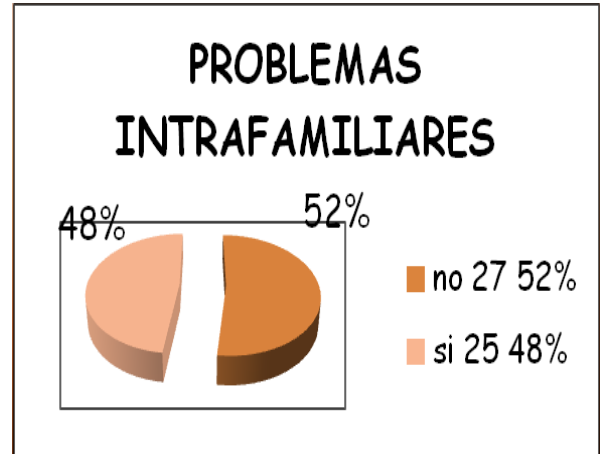
Figura 7. Distribución de casos de intentos de suicidio según el antecedente de intentos de suicidio previos de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

Del total de los intentos de suicidio reportados para el año 2013 en la E.S.E virgen de Lourdes un 79% no presentaron intentos previos

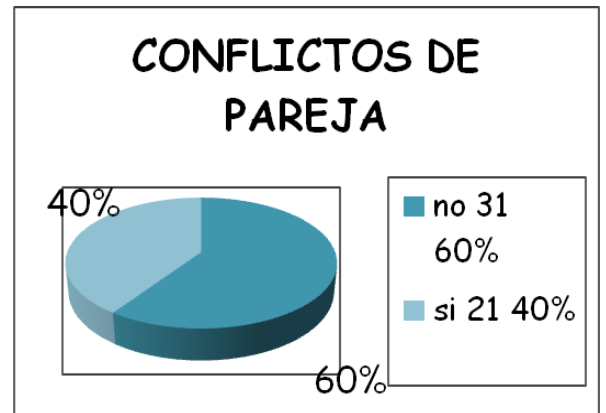
Figura 8. Distribución de casos de intentos de suicidio según problemas familiares de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios atendidos en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 48% de las personas tuvieron problemas familiares.

Figura 9. Distribución de casos de intentos de suicidio según conflictos de pareja de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios atendidos en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 40% de las personas presentaron conflictos de pareja.

Figura 10. Figura 10 Distribución de casos de intentos de suicidio en relación con el consumo de alcohol de la población atendida en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco 2010-2013



Fuente: Presente investigación

De los intentos de suicidios atendidos en la E.S.E virgen de Lourdes-Buesaco el 12% de las personas presento consumo de alcohol.

CONCLUSIONES

El mayor número de pacientes que intentó suicidarse está ubicado en las edades comprendidas entre 12 y 24 años.

Las personas solteras son aquellas que tiene mayor riesgo de intentar suicidarse en un 48% de toda la población.

Los casos de intentos de suicidio fueron mayores en género femenino.

De todos los casos registrados de intentos de suicidio, solo habían cursado con primaria.

La conducta suicida fue motivada por conflictos con la pareja y problemas familiares respectivamente.

El consumo de alcohol se consideró como un factor que influye en los intentos de suicidio, por lo cual se debe realizar enfoques y manejos para tratar de disminuir esta problemática en los adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Campos R. Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes Costarricenses. *Biomedica*. 2010;27-8.
2. Rojas E. Historia del suicidio-Revista Digital Universitaria. 2008 10 de Noviembre;6(11).
3. Mejía M, Sanhueza P, Hernández González J. Factores de riesgo y contexto del suicidio Revista Memoriza. *biomedica*. 2011;8:15-25.
4. Cañon S. Factores de Riesgo asociado a conductas suicidas en niños y adolescentes. *biomedica*. 2011 Enero -junio;11(1):67-2.
5. Cabra O, Infante D. El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Rev.Medica.Sanitas. biomedica*. 2010 Abril - Junio 13 Abril - Junio (2):28-35.
6. Muñoz E, Gutiérrez J, Martínez M. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Revista colombiana de psiquiatría. biomedica*. 2010;30(2):291-312.
7. Meneghello J GM, 246. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia*. 2012;12(32-44).
8. Cadena LP DL, Rueda GE, Hernández NL, Campo A. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública Prevalencia actual del trastorno depresivo mayor en Bucaramanga, Colombia. Revista Facultad Nacional Salud Pública*. 2010;28(36-41).
9. Arias M. FS, Jimenez M, Tamayo O. modificación de conocimientos sobre

conducta suicida en adolescentes.
2009;13.

10. Fuentes M GA, Castaño J, Hurtado C, Ocampo P. riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado de los colegios de la ciudad de manizales (colombia). 2010;2(110-122).
11. Gómez C RN, Bohórquez A, Díaz N. factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. 2009;31(270.286).
12. Miranda I CM, Román R, Valdez E. ideación suicida en población escolarizada infantil: consumo de alcohol asociados:. 2010;32(495-502).
13. Larraguibel M VR. factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. 2009;71(183-191).
14. Fernández M WJ. Identification of risk factors in child and adolescent suicide attempts. 2010;1.
15. 29. Barcelona SCdlCMR. conducta suicida en adolescentes. 2010.
16. Florenzano R CE, Valdés M, Calderón S, Santander S. Comparación de frecuencia de conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza, en estudiantes adolescentes de tres ciudades chilenas. 2010;50(115-123).