

**CARACTERISTICAS SOCIO- DEMOGRÁFICAS Y MECANISMO DE LOS
SUICIDIOS REPORTADOS EN MEDICINA LEGAL IPIALES DURANTE EL
PERIODO 2005 - 2009**

**GABY AREVALO BASANTE
VIVIANA MALLAMA CEPEDA
CHRISTIAN PALACIOS MARTINEZ**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
LINEA DE INVESTIGACION: EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
MAYO DE 2011**

**CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS Y MECANISMO DE LOS
SUICIDIOS REPORTADOS EN MEDICINA LEGAL IPIALES DURANTE EL
PERIODO 2005 - 2009**

**GABY AREVALO BASANTE
VIVIANA MALLAMA CEPEDA
CHRISTIAN PALACIOS MARTINEZ**

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
MAYO DE 2011**

AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro creador por brindarnos la oportunidad de vida y las potencialidades para comprender y valorar la importancia de la Ciencia Médica al servicio de nuestros semejantes.

A nuestros Padres y Familiares, por su apoyo permanente en esta interesante y valiosa experiencia.

A la Fundación Universitaria San Martín y a su equipo directivo, docente y administrativo por ofrecernos escenarios efectivos para afianzar el camino de la búsqueda de nuestros sueños.

*GABY AREVALO BASANTE
VIVIANA MALLAMA CEPEDA
CHRISTIAN PALACIOS MARTINEZ*

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a quienes durante toda la vida me han apoyado, quienes son sinónimo de trabajo, esfuerzo y dedicación, mis padres José Antonio y María Lucía y a mis hermanas Claudia y Mayra, pues sin ellos no hubiera sido posible llegar a culminar esta tan árdua tarea.

Gaby Arevalo Basante

Dedico este trabajo a todos aquellos que han creído en mí, a quienes me han apoyado incondicionalmente, mis padres Luis y Hélida, que gracias a su esfuerzo y dedicación he logrado hacer este sueño realidad, a mis hermanos Yamile y Luis Miguel que me han visto crecer como profesional siendo mi compañía en todo momento. Agradezco también a la familia Cepeda Bravo por todo su apoyo, a mi madrina Guadalupe por su cariño y darme fuerza para seguir adelante y a Orlando por su amor y comprensión.

Viviana Mallama Cepeda

Dedico este trabajo a Dios, por ser el espíritu que guía mi sendero y a mis padres quienes han sido ejemplo de vida de amor

Christian Palacios Martínez

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	11
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 específico	16
1.4 JUSTIFICACION	16
1.5 METODOLOGÍA	17
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	18

1.5.6.2 Criterios de exclusión	18
1.5.7 Control de errores y sesgos	18
1.5.8 Plan de análisis de los datos	18
1.5.9 Consideraciones Éticas	18
2 MARCO REFERENCIAL	19
2.1 MARCO TEORICO	19
2.1.1 Factores sociodemográficos	19
2.1.2 Factores clínicos	21
2.1.3 Factores genéticos y neurobiológicos	24
2.1.4 Tipos de suicidas	24
2.1.5 Suicidio y comorbilidad	25
2.1.6 Neurobiología del suicidio	27
2.1.7 Causas	29
2.1.8 Mecanismo de suicidio	31
2.1.9 Suicidio en la adolescencia	31
2.1.10 La familia y el medio	32
2.1.11 Factores de riesgo de suicidio y factores de protección contra éste	32
2.2 MARCO CONTEXTUAL	35
2.2.1 Medicina Legal	35
2.3 MARCO CONCEPTUAL	36
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	38
4. DISCUSIÓN	52
5. CONCLUSIONES	53

6. RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFIA	55
NETGRAFIA	56
ANEXOS	57

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Figura 1. Frecuencia de suicidios por año del total de casos registrados en Medicina Legal de Ipiales 2005 – 2009.	38
Figura 2. Frecuencia de suicidio según año del municipio de Ipiales 2005 – 2009	39
Figura 3. Tasas por año	40
Figura 4. Frecuencia de suicidio según rango de edad del total de registrados en Medicina Legal Ipiales período 2005 – 2009	40
Figura 5. Frecuencia de suicidio del edad del total de los casos registrados en Medicina Legal Ipiales período 2005 – 2009	41
Figura 6. Frecuencia de suicidio según procedencia civil del total de casos registrados en Medicina Legal Ipiales años 2005 – 2009	41
Figura 7. Frecuencia de suicidio según estado civil del total de los casos registrados en Medicina Legal Ipiales años 2005 – 2009	42
Figura 8. Frecuencia de suicidio según ocupación del total de casos registrados en Medicina Legal Ipiales durante el período 2005 – 2009	43
Figura 9. Frecuencia de suicidio según escolaridad del total de los casos registrados en Medicina Legal Ipiales período 2005 – 2009	44
Figura 10. Frecuencia de suicidio según mecanismos de suicidio del total de los casos registrados en medicina Legal Ipiales durante los años 2005 – 2009	44
Figura 11. Frecuencia de consumo de alcohol en suicidio del total de registrados en Medicina Legal Ipiales 2005 – 2009	45
Figura 12. Frecuencia del consumo de alcohol en suicidios en el Municipio de Ipiales durante 2005 – 2009	45
Figura 13. Frecuencia de suicidio según antecedentes registrados en Medicina Legal Ipiales durante los años 2005 – 2009	46

Figura 14. Número de suicidios según rango de edad por año del total de registrados en Medicina Legal Ipiales período 200 – 2009	47
Figura 15. Mecanismo de suicidio utilizado por los solteros en el total de casos registrados en Medicina Legal de Ipiales	48
Figura 16. Mecanismo de suicidio utilizado por los solteros en el total de los casos registrados en el municipio de Ipiales	48
Figura 17. Mecanismo suicidio utilizado por estado civil en el total de registrados en Medicina Legal Ipiales	49
Figura 18. Mecanismo suicidio según escolaridad en el total de registrados en Medicina Legal Ipiales	50
Figura 19. Intento de suicidio según género	51

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formato de recolección de la información	58
Anexo B: Artículo científico	59

INTRODUCCION

“El Suicidio es una conducta agresiva cuya meta es la obtención de la muerte a través de un acto de auto lesión; también puede ser sólo un intento, pero siempre existe una intención letal en su misma esencia. Es un fenómeno muy complejo en el que entran factores como la edad, el sexo, la salud, la familia, la ocupación, las circunstancias económicas, los valores morales y la religión. Esto representa un grave problema de salud pública siendo estos más frecuentes en sectores de bajo nivel socioeconómico”¹

“Las muertes autoinflingidas son hechos más frecuentes de lo que la sociedad quiere aceptar; son experiencias difíciles tanto para la persona que atenta contra su vida como para su estructura social: familia, amigos y conocidos. Las cifras del suicidio consumado son alarmantes, son las responsables de la mitad de todas las muertes violentas en todo el mundo, cada año, alrededor de un millón de personas fallecen como resultado del suicidio. Con frecuencia, el suicidio es prevenible. En general, los signos de alarma estarán presentes y es preciso tomar en serio a las personas que hablan de quitarse la vida. La mayor parte de las personas que cometen suicidio tienen una enfermedad mental.

Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro o sea lo que se conoce como desesperación”².

Es por esta razón que se conoce que la enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión.

El tratamiento de estas enfermedades puede contribuir a reducir el número de muertes por esta causa.

¹ ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AMÉRICA LATINA (APAL). Programa presidencial “conducta suicidas en latinoamérica”. Plan de trabajo 2009 - 2010

² E. Garcia de Jalon, V. Peralta. Suicide and risk of suicide: Anales Sis San Navarra 2002; 25(3): 87-96

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 TÍTULO

Características socio-demográficas y mecanismo de los suicidios reportados en Medicina Legal Ipiales durante el periodo 2005 – 2009.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Descripción del Problema. “En todo el mundo, cada año, alrededor de un millón de personas fallecen como resultado del suicidio. En Estados Unidos el suicidio es la tercera causa de muerte en las personas de 15-24 años de edad, después de los accidentes fortuitos y de los homicidios”³.

“Las tasas estimadas en las Américas oscilan entre 2 y 13 x 100.000 hb. La Tasa actual de suicidio en Colombia es de 4 a 7 por 100.000 habitantes, donde: Hombres: 10 a 5 casos por 100.000 habitantes y Mujeres: 4 a 7 por 100.000. Por tal razón es más frecuente el intento de suicidio en las mujeres y suicidio en los hombres”⁴

“El Estudio Nacional de Salud Mental indicó en recientes estudios del año 2006, 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”⁵

“En Nariño la Tasa de suicidio es de 12 a 15 casos por 100.000 habitantes y por cada suicidio hay 10 a 20 intentos de suicidio”. Es por esto que al hacer un análisis de cada una de las regiones del departamento se encontró que Ipiales representa una tasa de suicidio elevada con respecto al resto de Municipios. “Siendo la tasa para el Municipio de Ipiales hasta el año 2004 entre 20, 15, 14, 19 y 9 por cien mil habitantes, constituyendo un problema crítico de salud pública”⁶

³ The Journal of the American Medical Association. JAMA, May 25, 2005—Vol 293, No. 20

⁴ [http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No1/PDF/intento suicidio.pdf](http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No1/PDF/intento%20suicidio.pdf)

⁵ [http:// Psiquiatria.com](http://Psiquiatria.com)

⁶ www.Preencionviolencia.org.co/observatorios/nariño7ipiales/archivos7boletin_ipiales2003.pdf

1.2.2 Formulación del Problema. ¿Cuáles son las características socio-demográficas y los mecanismos que con más frecuencia se presentan en los suicidios registrados en medicina legal en la ciudad de Ipiales entre los años 2005 – 2009?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Identificar las características socio- demográficas y el mecanismo de los suicidios registrados en medicina legal de Ipiales entre los años 2005 a 2009, con el fin de elaborar una línea de base que sea de utilidad a futuras investigaciones.

1.3.2 Objetivos específicos

Establecer la frecuencia de los suicidios reportados del 2005-2009 según edad, género y procedencia.

Calcular la frecuencia de presentación de suicidio según ocupación, escolaridad y estado civil.

Determinar los antecedentes personales de importancia en los suicidios objeto de estudio.

Identificar el mecanismo suicida según las variables socio- demográficas.

1.4 JUSTIFICACION

La alta incidencia de suicidio en la Ciudad de Ipiales, ha permitido identificarla como la zona sur de Nariño con más alto índice de suicido.

Esto representa un grave problema de salud pública siendo este más frecuente en población de nivel socioeconómico bajo.

Es entonces como surge la idea de investigar las Características socio - demográficas y mecanismo de los suicidios reportados en medicina legal Ipiales durante el periodo 2005 – 2009. Con el fin de otorgar una base de datos a la secretaria de Salud de Ipiales y comunidad médica especialmente al área de psiquiatría.

Al mismo tiempo permite elaborar una línea de base que sea de utilidad a futuras investigaciones.

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 contemplados en los documentos de Medicina legal y su análisis.

Retrospectivo, porque se hace una revisión de los casos de suicidio correspondientes a los años 2005-2009, que fueron analizados en Medicina Legal de Ipiales.

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

Para procesar la información se empleó frecuencias relativa y absoluta, tasa de incidencia.

1.5.3 Población. La población estudiada corresponde al total de los casos de suicidio reportados, según el protocolo de necropsia en Medicina Legal en el periodo del Hospital Civil de Ipiales durante los años 2005-2009.

1.5.4 Fuentes de recolección de Información. Para la recolección de la información se utilizaron fuentes secundarias como: Informe de protocolo de necropsia realizado por Medicina Legal de Ipiales, libros, revistas, paginas virtuales

1.5.5 Técnicas para recolección de información

- Revisión de Protocolo de Necropsia.
- 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.

Una vez analizados los resultados de la prueba piloto, se ajustó el formato de recolección de datos y se determinó el tiempo de recolección.

1.5.6 Criterios de inclusión y de exclusión

1.5.6.1 Criterios de inclusión. Occisos según Medicina Legal del Municipio de Ipiales registrados como suicidios entre el año 2005 – 2009

Todos los casos de suicidio sucedidos en los diferentes municipios aledaños al Municipio de Ipiales entre el año 2005 – 2009, que fueron analizados en Medicina Legal de Ipiales

Se incluyó casos de personas conocidas por los investigadores

1.5.6.2 Criterios de exclusión. Occisos que se notificaban como causa de muerte sin determinar o desconocida

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.

La recolección de datos y el manejo del protocolo de necropsia fue realizado únicamente por los investigadores. No se utilizaron encuestadores profesionales.

1.5.8 Plan de análisis de los datos. Para la captura, procesamiento y análisis de los datos se utilizó el programa Excel, se realizó análisis de medidas de frecuencia, tasas y análisis bivariado con el cruce de variables.

1.5.9 Consideraciones Éticas. En esta investigación se tuvo en cuenta las pautas dadas por el código de Nuremberg, la declaración de Helsinking y la resolución 8430 de 1993 del entonces ministerio de salud en Colombia.

La autorización para acceder a la información de los protocolos de necropsia de Medicina legal de Ipiales fue otorgada por el Dr. Javier Narváez Arellano; Médico Forense, director de medicina legal del Hospital civil de Ipiales.

Para proteger la confidencialidad de la información se codificó numérica y secuencialmente, los occisos, de forma que la información recolectada no permitiera identificar a cada individuo, únicamente los investigadores tuvieron acceso a la identificación de la población objeto de estudio.

En cuanto al principio de la justicia los investigadores fueron equitativos e imparciales a la hora de recolectar información.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEORICO

En nuestro país, al igual que otros países, la incidencia de suicidio se ha incrementado en una proporción mucho más rápida en aquellos sectores marginados como la población rural donde el acceso educativo es mínimo. Hoy en día se reconocen los factores que contribuyen a este aumento, pero depende como podamos prevenirlo en tanto tomemos medidas que corrijan y disminuyan estos factores de riesgo.

“La conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo auto lítico de un individuo. Se podrían clasificar en tres grandes grupos: sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos”⁷

“Aunque el riesgo de suicidio está en relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y col, formula un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas. La dimensión de los rasgos de la persona (genética, abuso de sustancias, personalidad *border-line* o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). Este autor sugiere que deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión, para que aumente el riesgo de suicidio. Esto explicaría por qué unos pacientes se suicidan y otros no, con la misma enfermedad psiquiátrica.”⁸

2.1.1 Factores sociodemográficos

- **Género.** “En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. En el estudio WHO/EURO, se obtiene una relación mujer/hombre para los intentos de suicidio de 1,5:1. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados.

⁷ www.ipiales.merecelomejor.gov.co/lajas.htm-23k.

⁸ *Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio: Metas y Objetivos de Acción*, 2001, Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos.

Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo. Los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas). Las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicotropos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto.

- **Edad.** El riesgo de suicidio aumenta con la edad. En el estudio de Baxter y Appleby se define una edad media de suicidio de 47,4 años (42,0 para hombres y 50,4 años para mujeres). Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad. Según el WHO/EURO, 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.

- **Origen étnico.** Dos de cada tres suicidas son varones blancos en Estados Unidos. La tasa de suicidio para varones blancos es 1,6 veces mayor que la de los varones negros, 4 veces mayor que la de las mujeres blancas y 8,2 veces mayor que la de las mujeres negras.

Hay grupos étnicos, como los indios americanos y nativos de Alaska, en los que la tasa de suicidio es superior a la media nacional. En Europa, la tasa de suicidio en Fineses y Húngaros doblan la media Europea, mientras que los países Mediterráneos están por debajo.

Estos autores también encuentran que la emigración, unida al desarraigo y al aislamiento, comporta un aumento del riesgo de suicidio. Este riesgo es menor si se emigra con toda la familia.

- **Estado civil.** Durkheim ya en 1897 ya destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas.

Estudios posteriores han confirmado esta tendencia. Por ejemplo, en el WHO/EURO, se observó una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteros, divorciadas y viudos. Qin y col, encontraron que ser soltero es un factor de riesgo para los hombres y que para las mujeres tener un hijo menor de 2 años es un factor de protección.

- **Nivel socioeconómico.** Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel

cultural. No obstante, en la revisión de García-Resa y col, se citan trabajos en los que no se le da tanta relevancia”⁹.

2.1.2 Factores clínicos

• **Trastornos médicos.** “La relación entre el suicidio y las enfermedades médicas es significativa. En una encuesta realizada por Druss y Pincus en Estados Unidos a 7.589 individuos entre 19 y 39 años, obtuvieron que un 16% de la muestra encuestada había tenido en algún momento de su vida ideas autolíticas, frente a un 25,2% de individuos con una enfermedad médica y un 35% con dos o más enfermedades. Así mismo, un 5,5% de los encuestados realizaron un intento autolítico, frente a un 8,9% de aquellos con una enfermedad médica y un 16,2% con dos o más enfermedades. Hay que tener en cuenta que existen enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, VIH, enfermedad de Cushing, porfiria, úlcera péptica, cirrosis o enfermedad renal tratada con hemodiálisis). También factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio, como por ejemplo: pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del estatus laboral e interrupción de las relaciones personales. Ciertos fármacos pueden también alterar el estado de ánimo: reserpina, corticoides, antihipertensivos y antineoplásicos”¹⁰.

• **Trastornos mentales.** “El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental. Esta asociación se ha valorado por los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios. Estos estudios han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio”¹¹.

El riesgo de suicidio es mayor en la fase temprana de la enfermedad y en los primeros seis meses, tras el alta de un ingreso psiquiátrico.

• **Trastornos afectivos.** “Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio. En el meta-análisis de Harris y Barraclough, se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12.

⁹ CÁSTULO CISNEROS R. Neurobiología del suicidio

¹⁰ Ibid

¹¹ GUSTAVO MALDONADO ABASCA. El suicidio.

El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción.

Clásicamente, por los trabajos de Guze y Robins, y Goodwin y Jamison, se consideraba que un 15% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor se suicidaban. Posteriormente, se han cuestionado estas proporciones, considerándose excesivas.

- **Esquizofrenia.** En este trastorno, se han descrito tasas de suicidio de hasta un 10%. En el estudio de Harris y Barraclough, encuentran en su trabajo 8,5 veces más riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos que en la población general.

Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, blanco, estar deprimido, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente. También existen factores específicos para la esquizofrenia como: ser joven, haber tenido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos y deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad. Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de los neurolepticos. Tras su introducción, los estudios orientaban a que podía aumentar el riesgo de suicidio, sobre todo por sus efectos secundarios: acatisia o rigidez. Sin embargo, otros estudios como el de Johnson and col o los realizados con los antipsicóticos atípicos, con menos efectos secundarios, demuestran que pueden reducir el riesgo de suicidio.

- **Trastorno de ansiedad.** Casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social, hacen intentos de suicidio infructuosos. Si se asocia además a depresión, entonces aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado.

Khan y col, Fawcett e Isometsä y col confirman esta teoría. “En el estudio de Harris y Barraclough, aumenta entre 6-10 veces, según los distintos trastornos de ansiedad (ansiedad neurótica, Toc o trastorno de pánico). No obstante, hay estudios en los que no se detecta un aumento significativo del riesgo de suicidio”¹²

Abuso de sustancias. “El trastorno por uso de sustancias, fundamentalmente el alcoholismo y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas. Hasta un 15% de los alcohólicos se suicidan y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios. Según Harris y Barraclough, tienen 6 veces más de riesgo de suicidio que en la población general. Suelen ser hombres blancos, de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental,

¹² Op.cit. Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio

con problemas económicos y/o laborales y aislados socialmente. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos.

- **Trastornos de personalidad.** Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental.

Isometsä y col afirma que en la mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidan, se asocian trastornos del eje I, como depresión, abuso de sustancias o las dos y esta asociación es mayor en los trastornos de personalidad tipo B (*border-line*, antisocial, narcisista, histriónica). En el estudio de Harris y Barraclough, los trastornos de personalidad (no especifican), aumentan 6 veces el riesgo de suicidio. En el de Baxter y Appleby se obtienen resultados todavía mayores a los de Harris.

- **Conducta suicida previa.** La prevalencia de los intentos autolíticos está entre 0,7-5,9 %. La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado. En el meta-análisis de Harris y Barraclough, encuentran que las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que la población general.

Isometsä, sin embargo, lo considera un indicador de riesgo de limitada sensibilidad, ya que una proporción significativa de los suicidios consumados en su estudio habían muerto en su primer intento, siendo esta proporción mayor en los hombres (62 frente al 38% en mujeres). El 82% de aquellos que realizaron intentos previos y que consumaron el suicidio finalmente, cambiaron el método a otro más letal.

- **Trastornos adaptativos.** Son síntomas emocionales (depresivos o ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. La gravedad del factor no siempre predice la entidad del trastorno adaptativo. Se trata de una variable compleja en la que se combinan su intensidad, cantidad, duración o contexto personal. Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad (abandono del hogar de los hijos, matrimonio de los mismos, jubilación, necesidad de asistencia domiciliaria, ingreso en residencias), problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia. En el estudio de Harris y Barraclough, se obtiene un aumento de 14 veces del riesgo de suicidio frente a la población general.

2.1.3 Factores genéticos y neurobiológicos. Poseer antecedentes familiares de suicidio, aumenta el riesgo de conductas suicidas para los pacientes.

Algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida. Sin embargo, existen dudas acerca de si esta asociación es debida a factores no genéticos y más relacionados con características culturales en las que crece el individuo, si se deben a la transmisión genética del trastorno psiquiátrico asociado con el suicidio o si existe un factor genético independiente para él mismo, como por ejemplo la impulsividad¹³.

“En varios estudios, se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: actores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa- TPH, polimorfismos del gen del receptor 5-HT_{2A}) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT), bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre”¹⁴.

2.1.4 Tipos de suicidas. “De acuerdo a Carl M. Durkheim, encontramos los llamados **suicidios egoístas**, que se dan comúnmente en las personas excesivamente individualistas y es propio de las sociedades más avanzadas. Este tipo de suicidio es más común en los individuos poco integrados a los grupos sociales de los que forman parte.

El **suicidio altruista** es la versión opuesta al anterior. Sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, al punto tal, que la personalidad individual no cuenta, pues se encuentra muy comprometida con el grupo social en el que interactúa. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Un ejemplo es el "HaraKiri" practicado en las antiguas sociedades japonesas.

El **suicidio anómico** es el de mayor relevancia en el estudio de Durkheim. La anomia es la falta de normas y de leyes que regulen la actividad humana y generalmente se produce en momentos de crisis sociales agudas, de

¹³ Op.Cit. GUSTAVO MALDONADO ABASCA.

¹⁴ Op.Cit. CÁSTULO CISNEROS

transformaciones en las estructuras y valores culturales. Este autor explicó, que no es cierto que las sociedades pudieran actuar libre de normas, valores y leyes, debido a la característica gregaria del hombre. Algunas personas no soportan los cambios en estas normas y formas de vida y llegan al suicidio. Por ejemplo, cuando una persona se divorcia o se le muere un ser querido, lo cual genera alteraciones en su estructura y ritmo de vida.

El **suicidio fatalista** es la versión opuesta al anterior. Aquel sucede por el cambio de normas que regulen la conducta humana. Este afecta a aquellas personas que no aceptan las normas y se sienten reprimidas en sus sentimientos, pasiones y limitados en su futuro. Pueden ser hijos de padres estricta y agresivamente disciplinados o extremadamente moralistas”¹⁵.

2.1.5 Suicidio y comorbilidad. Está demostrado que en el 90% de los suicidios consumados existe un trastorno mental diagnosticable en el momento de la muerte. JHON MANN afirma que en el 60% de los casos se encuentra un sustrato de enfermedad depresiva y en el 40% restante trastornos de personalidad, alcoholismo, drogadicción o esquizofrenia. Sin embargo, no se pueden equiparar los conceptos de enfermedad mental y suicidio, porque existen otros factores no bien conocidos que se podrían encuadrar dentro de los conceptos de impulsividad y vulnerabilidad.

Los estudios epidemiológicos demuestran que las tasas mayores de suicidio se encuentran en pacientes con un rico historial de impulsividad, agresividad, competitividad e inestabilidad.

MANN ha propuesto un modelo biopsicosocial para entender la conducta suicida porque considera que este comportamiento no es una respuesta lógica a factores estresantes extremos sino que resulta de la interacción de los estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis).

Este modelo conceptual estrés-diátesis, estaría determinado por aspectos neurobiológicos siendo la alteración serotoninérgica, hasta el momento, la principal evidencia de este trastorno sin negar, obviamente, la importancia de los factores psicosociales en la génesis de la conducta suicida. El modelo de MANN corrobora la propuesta de SUSAN BLUMENTHAL y su grupo de estudio, quienes consideran al comportamiento suicida no como un síntoma aislado, sino como un elemento de un síndrome clínico, donde la impulsividad juega un papel determinante.

¹⁵ Op.Cit. E. GARCÍA DE JALÓN, V. PERALTA

La depresión en sus diferentes manifestaciones clínicas, es el cuadro patológico que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida. Desafortunadamente el 20% de los pacientes con depresión no son diagnosticados adecuadamente y si agregamos las dificultades del depresivo en la adherencia terapéutica y la tendencia a la cronicidad de la depresión, podremos explicar la alta incidencia de suicidios en los pacientes deprimidos.

La desesperanza y la presencia de enfermedad mental grave o crónica son dos factores determinantes para que un paciente pase de la ideación al intento de suicidio. La desesperanza, el no vislumbrar una salida en el futuro, el tener expectativas negativas sobre el bienestar así como las pocas habilidades para salvar las dificultades y conseguir el éxito en la vida, junto con el padecimiento de una depresión son fundamentales en el paso de la ideación a la tentativa suicida en los pacientes deprimidos.

Los niveles de desesperanza pueden ser medidos por la escala de BECK, que permite valorar los factores afectivos, motivacionales y cognoscitivos, de tal manera, que una puntuación alta de desesperanza es un buen predictor de suicidio.

Los pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con el suicidio, por tratarse de una patología crónica y progresiva. Se calcula que entre el 25- 50% de todos los individuos con trastorno bipolar realizarán una tentativa de suicidio. Es necesario valorar el riesgo suicida no sólo en la etapa aguda del episodio depresivo sino también durante el tratamiento clínico preventivo y de mantenimiento.

Las sales de litio han demostrado ser efectivas en la profilaxis y prevención del suicidio. GALLICCHIO (1996) reportó que los pacientes que suspenden el tratamiento preventivo con litio, presentaban 16 veces mayor riesgo de suicidio.

En el mismo estudio se observó una reducción significativa del riesgo suicida en los pacientes que además del litio participaron en un programa de soporte psicosocial.

En la última década han aumentado los suicidios en los ancianos. El 83% de los individuos que cometen suicidio en etapas tardías de su vida presentan trastorno depresivo mayor, y con frecuencia los ancianos se suicidan dentro del contexto de un primer episodio depresivo que hizo eclosión en la tercera edad.

El riesgo de suicidio es mayor cuando existe comorbilidad con abuso de alcohol o consumo de sustancias psicoactivas.

MAGDA (2002) en un estudio de 85 casos de suicidio en individuos mayores de 65 años, con el método de autopsia psicológica, encontró que al menos el 97% de las víctimas de suicidio cumplían los criterios para un diagnóstico del eje I, de acuerdo con el DSM- IV, siendo el trastorno depresivo mayor recurrente el trastorno más relacionado con el riesgo suicida, seguido por el trastorno por consumo de sustancias. El trastorno depresivo menor, el trastorno distímico, el trastorno psicótico, el episodio único de un trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad también mostraron un elevado riesgo de suicidio

2.1.6 Neurobiología del suicidio. “La conducta suicida se asocia frecuentemente con comportamientos impulsivos. En los estudios post mortem de pacientes suicidas se han encontrado alteraciones en la corteza prefrontal asociadas con déficit en la concentración de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina. En trabajos recientes se ha observado que la cascada de señales a través de las cuales los neurotransmisores efectúan sus respuestas fisiológicas también podrían estar involucradas en la fisiopatología del suicidio.

• **Sistema serotoninérgico.** ASBERG (1976) fue la primera en relacionar la conducta suicida con un déficit de la serotonina a nivel cerebral como fruto de sus observaciones de los cerebros de suicidas. Posteriormente CROW (1984), ARATO (1991), encontraron niveles bajos de serotonina en los núcleos del rafe, el putamen y el hipotálamo.

En estudios de la corteza cerebral se han observado cambios en los receptores presinápticos 5HT1 y en los receptores postsinápticos 5HT2, que sugieren la existencia de una disminución de la función presináptica reflejada en los niveles bajos de serotonina y bajo acoplamiento con el receptor presináptico, que origina un aumento de la densidad del receptor postsináptico de manera compensatoria. La serotonina es el neurotransmisor responsable de detener la acción e inhibir la impulsividad, disminuye nuestras necesidades y está involucrado en múltiples procesos de la conducta y la vida de relación. AKISKAL la denominó el neurotransmisor de los impulsos. El aumento del tono serotoninérgico está relacionado con individuos pasivos y letárgicos, como se observa en los cuadros depresivos, en tanto que la disminución del tono se asocia con sujetos insatisfechos, irritables, impulsivos y buscadores de sensaciones, quienes pueden presentar comportamientos de búsqueda permanente de situaciones riesgosas y consumo y abuso de sustancias como el alcohol, aumentando con ello, los riesgos de autolesionarse.

La alteración funcional serotoninérgica parece explicar la relación frecuente que se observa en los pacientes suicidas de consumo de alcohol asociado a impulsividad que originan frecuentes comportamientos de autoagresión. En la conducta autoagresiva, parece existir, además, compromiso del circuito orbitofrontal, que tiene su origen en las áreas 9 y 10 de BRODMANN de donde parten proyecciones

que se dirigen a la porción ventromedial del núcleo caudado. El funcionamiento anormal de este circuito da lugar a una deficiente capacidad para controlar los impulsos y a episodios explosivos de ira e irritabilidad.

De esta manera el paciente suicida podría encontrarse en lo que SCHNEIDERMAN denomina el triángulo letal caracterizado por tres factores predisponentes, 1. Odio contra sí mismo por culpa o debido a una disminución importante de la autoestima, 2. Un estado de extrema agitación en el cual el individuo se encuentra tenso y no piensa claramente, 3. Limitación de las posibilidades intelectuales o visión "en túnel" que determinan que el individuo no pueda pensar más allá de la situación inmediata.

- **Sistema dopaminérgico.** La dopamina es el neurotransmisor de la motivación incentivada, sus niveles normales permiten que un individuo pueda iniciar un plan de acción dejando a un lado factores de distracción o interferencia. Su disminución produce un desinterés general, pérdida de la motivación, insatisfacción de la necesidad interna, déficit atencional y depresión inhibida.

Se ha encontrado asociación entre niveles bajos del ácido 5- hidro- xindolacético (5HIAA) y el ácido homovanílico metabolito de la dopamina en suicidas, relación que algunos autores consideran como un marcador biológico de vulnerabilidad de enfermedad afectiva. Con el proceso de envejecimiento hay una disminución de las neuronas dopaminérgicas y de la función de los receptores de dopamina, cambios que pueden explicar el incremento en las cifras de suicidio en adultos mayores y el aumento del riesgo suicida en pacientes con enfermedad de Parkinson y de Huntington, patologías debidas a cambios degenerativos del sistema dopaminérgico.

- **Sistemas de señalización.** En los últimos años se viene estudiando la cascada de señales a través de las cuales los receptores efectúan sus respuestas fisiológicas. Los receptores del tipo 5HT2A y 5HT2C están vinculados con el sistema de señalización del fosfatidilinositol, mientras que los receptores 5HT1A, alfa- 2- adrenérgicos y beta adrenérgicos se relacionan con el sistema de señalización del AMPc y la adenilciclase. PANDEY observó una menor actividad catalizadora de la fosfolipasa C con especificidad inositolfosfórica en la corteza prefrontal de las víctimas de suicidio, en tanto que JOPE encontró una alteración general de este sistema de señalización en estudios post mortem del cerebro de víctimas de suicidio.

El sistema de señalización AMPc- adenilciclase se inicia con la activación de las proteínas G, mediada por un receptor que modula la adenilciclase que a su vez, genera la conversión de ATP en AMPc. El AMPc actúa como segundo mensajero y activa a la enzima proteincinasa A, que fosforila diversas proteínas de sustrato en las células, regulando así diversas respuestas fisiológicas y hormonales, entre

ellas la regulación a la baja del receptor, las alteraciones de la liberación del neurotransmisor y la activación o inhibición de la expresión génica.

En los estudios post mortem del cerebro de suicidas se ha observado niveles menores de AMPc estimulados por GTPs y por foscolina. El estudio de la proteincinasa A aporta pruebas de una señalización celular anómala en la respuesta funcional en la corteza prefrontal en el área 9 de BRODMANN hallazgos descritos por YOGESH en 17 víctimas de suicidio.

• **Sistemas neuroendocrinos.** En pacientes que han realizado intento de suicidio y en víctimas de suicidio se ha encontrado hipercortisolemia comprobándose la presencia de una hipersecreción crónica de hormona liberadora de corticotropina (CRH), y la sensibilización de los receptores de glucocorticoides y mineralocorticoides denominados tipo I y tipo II en el hipocampo. La hiperactividad crónica del eje adrenal conduce a disminución importante de factores neurotróficos del hipocampo presentándose alteraciones en las dendritas, atrofia e incluso muerte neuronal, que originarían en la clínica fallas y deterioro cognitivo.

Como consecuencia de la hiperfunción de la CRH se presenta aumento del tamaño de la hipófisis anterior, disminución en el número de receptores de CRH en la corteza frontal y aumento en el tamaño de las suprarrenales, cambios que han sido observados en estudios con neuroimágenes como TAC o resonancia magnética.

Los glucocorticoides inhiben la hormona liberadora de tirotrópina (TRH) y a la hormona TSH y disminuyen la producción de T3. Los individuos con conducta violenta y comportamiento suicida, o suicidios violentos, tienden a presentar niveles más altos de TRH dentro del grupo de los depresivos, cifras que no suelen modificarse después del tratamiento, por lo cual, algunos autores, lo consideran un marcador de rasgo¹⁶.

2.1.7 Causas. “Las tentativas de suicidio, entendiéndose por tal cualquier comportamiento autolesivo, son variadas en su motivación, letalidad y recurrencia. Entre los factores más importantes asociados al suicidio está la presencia de enfermedad mental (especialmente enfermedades afectivas, trastorno de personalidad y el abuso de sustancias), historia de suicidalidad familiar, eventos estresores significativos, enfermedades físicas progresivas, disponibilidad de armas de fuego, etc. Las causas psiquiátricas más corrientes de intento suicida son la depresión, bipolaridad, la personalidad anormal, la esquizofrenia y el abuso de sustancias. El suicidio varía de acuerdo con la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo del suicidio se presentan combinados.

¹⁶ CÁSTULO CISNEROS R. Neurobiología del suicidio

• **Factores de riesgo.** A continuación, se incluyen algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse:

Uno o más trastornos mentales diagnosticables

Abuso de sustancias psicoactivas

Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres)

Antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias

Antecedentes familiares de suicidio

Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional

Intento de suicidio previo

Presencia de armas de fuego en el hogar

Encarcelación

Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluyendo la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción

• **Razones que llevan al suicidio**

La huida, es decir, el intento de escapar de una situación dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de la vida, ya que ésta se percibe como insoportable;

El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona;

El castigo: aquí, el joven se siente responsable por algún acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa;

El crimen, en donde el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.

La venganza, es decir, cuando se actúa contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad.

La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento se desea ejercer presión sobre otro.

- **Razones psicológicas**

Un dolor psíquico intolerable del que se desea escapar. La depresión, la angustia.

Un intento por acabar con la conciencia, especialmente la del dolor. La relacionamos con frases como: “no tengo futuro”o “¿Para qué seguir viviendo?”

Falta de opciones o bloqueo para verlas.

Un impulso súbito de odio a sí mismo. Una autoevaluación negativa, con autorechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

Como se mencionó anteriormente, en el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo. Generalmente, el individuo suicida pedirá auxilio de una u otra forma.

Los intentos fallidos de suicidio pueden significar una petición de ayuda que, si es ignorada, puede ser precursora de posteriores intentos. Sin embargo, estas peticiones de ayuda hay que diferenciarlas de otras formas más manipuladoras de intento o amenaza de suicidio que buscan llamar la atención, cuyo propósito es controlar las emociones y el comportamiento de otras personas, normalmente familiares.

2.1.8 Mecanismo de suicidio. Se lleva a cabo actos suicidas con diferentes métodos. Estos incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento.

La seriedad del intento suicida radica en lo que la persona hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el individuo provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de una persona que arregla todo para no ser descubierto (notas de despedida, una llamada de adiós a un familiar o amigo).

2.1.9 Suicidio en la adolescencia. Durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa todo individuo, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Se debe hacer la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su

descontento a los demás, el que ve el suicidio como una idea romántica y aquél que realmente lo lleva a cabo”¹⁷.

En la vida cotidiana, el término suicidio se usa para referirse a conductas elegidas (si podemos hablar de elección) que tienen como meta provocar la propia muerte en el corto plazo. "Sin embargo, no todos los suicidios son motivados por una decisión consciente de morir. Muchas veces ni siquiera pretenden generar un daño personal, sino simplemente expresar y comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza o enojo".

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que vivimos; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse.

2.1.10 La familia y el medio. “En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente.

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada”¹⁸

2.1.11 Factores de riesgo de suicidio y factores de protección contra éste. Los factores de riesgo pueden considerarse como aquellos que llevan al suicidio o están asociados con él; es decir, que las personas que manifiestan los factores de riesgo tienen mayor potencial de tener comportamiento suicida. Los factores protectores, por otra parte, reducen la probabilidad del suicidio. Éstos aumentan la fuerza de carácter y pueden servir de contrapeso a los factores de riesgo. Los factores de riesgo, al igual que los de protección, pueden ser de naturaleza biopsicosocial, ambiental, o sociocultural. Aunque esta división sea algo arbitraria, brinda la oportunidad de considerar estos factores desde diferentes perspectivas.

Comprender la relación interactiva entre los factores de riesgo y de protección en el comportamiento suicida, y cómo esta interacción puede modificarse, son retos a la prevención del suicidio (Móscicki, 1997). Lamentablemente, los estudios científicos que demuestran el efecto que surte en la prevención del suicidio la

¹⁷ Op.Cit. GUSTAVO MALDONADO ABASCA.

¹⁸ Castulo Cisneros R. Depresión suicidio y esquizofrenia: avances en Psiquiatría biológica 2005, 6 (29 1-7).

modificación de factores específicos de riesgo o de protección siguen siendo limitados en su número”¹⁹.

No obstante, el impacto de algunos de los factores de riesgo puede ser claramente reducido por ciertas intervenciones.

- **Factores protectores contra el suicidio**

Atenciones clínicas eficaces para los trastornos mentales, físicos, y de uso de sustancias.

Acceso fácil a una variedad de intervenciones clínicas y apoyo a los que buscan ayuda.

Acceso restringido a los medios de suicidio altamente mortíferos.

Conexiones fuertes al apoyo de la familia y de la comunidad.

Apoyo por medio de constantes cuidados médicos y atenciones de salud mental.

Destrezas en la solución de problemas, resolución de conflictos, y manejo no violento de disputas.

Creencias culturales y religiosas opuestas al suicidio y apoyando la auto-preservación.

A pesar de esto, la resistencia positiva al suicidio no es permanente, por lo cual los programas que apoyan y mantienen la protección contra el suicidio deberán ser continuos.

- **Factores de riesgos de suicidio**

- Factores de riesgo biopsicosociales**

Trastornos mentales, en particular trastornos afectivos, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, y ciertos trastornos de la personalidad.

Trastornos relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias.

Desesperanza

Tendencias a la impulsividad y/o la agresión

¹⁹ Op. Cit GUSTAVO MALDONADO ABASCA.

Antecedentes de trauma o abuso

Algún tipo de enfermedad física seria
Intento de suicidio previo

Antecedentes familiares de suicidio.

Factores de riesgo ambientales

Pérdida de trabajo o de situación económica

Pérdida de relaciones amorosas o sociales

Acceso fácil a medios mortíferos

Focos de suicidio en la localidad que ejercen una influencia contagiosa.

Factores de riesgo socioculturales

Falta de apoyo social y sentirse aislado

Estigmatización del que busca ayuda

Trabas al acceso a atenciones médicas, en particular a tratamientos para la salud mental y el abuso de sustancias.

Ciertas creencias culturales y religiosas (por ejemplo, creer que el suicidio es una forma noble de resolver un dilema personal)

La simpatía, aún cuando fuera por medio de la prensa, con aquellos que se han suicidado y la influencia que éstos tienen sobre la persona.

La información acerca de los factores de riesgo y de protección contra el intento de suicidio está más limitada que sobre el suicidio. Un problema que se presenta en el estudio de comportamientos suicidas no mortíferos es la falta de consenso en cuanto a lo que constituye comportamiento suicida (O'Carroll et al., 1996)²⁰.

²⁰ Op.Cit. Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio.

2.2 MARCO CONTEXTUAL

2.2.1 Medicina Legal Ipiales. Medicina Legal de la ciudad de Ipiales se creó como Unidad local el 3 de junio de 1993. Con el primer médico Forense: el Dr. Álvaro Hernández, trasladado desde Bogotá y el asistente Forense Omar Chinchajoa.

Desde este tiempo se hicieron adecuaciones en el área de Patología para el consultorio de Medicina legal, secretaria y sala de espera. Para resolver todos los casos de Clínica forense que incluye:

- Dictámenes de lesiones personales
- Dictámenes por delitos sexuales
- Dictámenes de edad clínica
- Dictámenes de embriaguez
- Dictámenes por estado de salud para personas privadas de su libertad.

Anteriormente las autopsias se realizaban en el Hospital Civil en un lugar apartado. Los casos se archivaban con número de radicación, sin tecnología dando los dictámenes de clínica y patología.

Posteriormente a los 6 meses el médico forense fue trasladado a la Ciudad de Pasto como Director seccional de Nariño, siendo reemplazado por el Dr. Bernardo Castro que permaneció durante un año, para luego ser reemplazado por el Dr. Javier Narváez Arellano, con el asistente Javier Montenegro.

Cuando el hospital Civil fue demolido se uso la sala de autopsias del hospital para practicarlas.

En Diciembre de 1993 se construyo la sede de clínica de Medicina Legal, que es la q actualmente se encuentra, con recursos del Instituto de Medicina Legal, sobre un lote de terreno de 70 mts², se dido en comodato por el Hospital Civil.

En el año 2002, la Alcaldía Municipal a cargo del Dr, Villota, aportó recursos para la construcción de la sala de autopsias en una área de 100mts², construyéndose así una sala adecuada y funcional para los requerimientos de la patología forense. Actualmente el terreno se encuentra en comodato vigente. Con todo esto se llegó hasta aquí a conformar la Unidad Básica de Medicina Legal.

Anteriormente antes de conformarse el sistema médico Legal Colombiano, las actividades medico legales eran asumidas por un médico designado por la Gobernación de Nariño por el DR. Alberto Maya. Ya en el año de 1993, se crea como unidad de Medicina Legal.

En el Artículo 27 transitorio de la Constitución Política de 1991, se creó la Fiscalía General de la Nación y dentro de esto también se creó orgánicamente el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses como establecimiento público de orden Nacional con presupuesto propio y autonomía administrativa, adscrito a la Fiscalía General de la Nación, cuya misión es la prestación de servicios científicos y técnicos en las áreas de Medicina Legal y Ciencias Forenses a las autoridades Judiciales para que se adelanten las investigaciones judiciales en todo el territorio Colombiano.

En 1993 se crean 100 unidades básicas de Medicina Legal en Colombia dependientes del Instituto de Medicina Legal. En el Departamento de Nariño se crean 4, ubicadas en: Ipiales, La Unión, Túquerres y Tumaco.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

ANSIEDAD. Es una preocupación excesiva por una situación o acontecimiento. A la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La persona ansiosa siempre anticipa un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo.

AUTOPSIA PSICOLÓGICA. Es la investigación retrospectiva de las características de la personalidad y las condiciones que en vida tuvo la persona fallecida, teniendo como objetivo acercarse a la comprensión de las circunstancias de su muerte

COMORBILIDAD. se refiere a la presencia de más de un diagnóstico que ocurre al mismo tiempo en un individuo y que puede estar inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

CONDUCTA. Acciones de las personas en relación con su entorno con su mundo y manera de vivir es la manera de comportarse

DEPRESIÓN. Es un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de infelicidad que puede ser transitorio o permanente. que puede estar determinada por una tristeza sin razón aparente que la justifique y además, grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer,

FACTORES DE RIESGO. Es la circunstancia que aumenta la probabilidad de que se produzca algo, como por ejemplo que se contraiga una enfermedad o que aumente la posibilidad de que ocurra un evento.

FOBIA SOCIAL. Es la timidez exagerada que siente una persona al enfrentar determinadas situaciones sociales y a la interacción con los demás, se caracteriza por miedo y ansiedad marcados y persistentes; esto interfiere de forma muy importante en la vida diaria de quien la padece.

INTENTO DE SUICIDIO. Se refiere a tener el propósito, la intención de quitarse la vida.

PERSONALIDAD. Es el conjunto de características o patrones que definen a una persona, que hacen que la hacen ser diferente de las demás.
La personalidad, será fundamental para el desarrollo de las demás habilidades del individuo y de la integración en la comunidad.

PERSONALIDAD BORDER_LINE. Es la no regulación de las emociones, pensamientos y por tanto malas relaciones interpersonales. Este trastorno también incluye una inestabilidad generalizada del estado de ánimo, de la autoimagen y de la conducta.

SEROTONINA. Es un neurotransmisor que se encuentran en varias regiones del sistema nervioso central y que tienen mucho que ver con el estado de ánimo.

SUICIDIO. Es 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.

SUICIDIO ALTRUISTA. Es atentar contra su propia vida como un deber o por sentido grupal; esta clase de suicidio se comete por vergüenza, cuando alguien ha roto las normas del grupo.

SUICIDIO ANÓMICO. Es el acto de atentar contra su propia vida por pérdida de la identidad. Este se da cuando un desacierto contra los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de sentido de la vida.

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

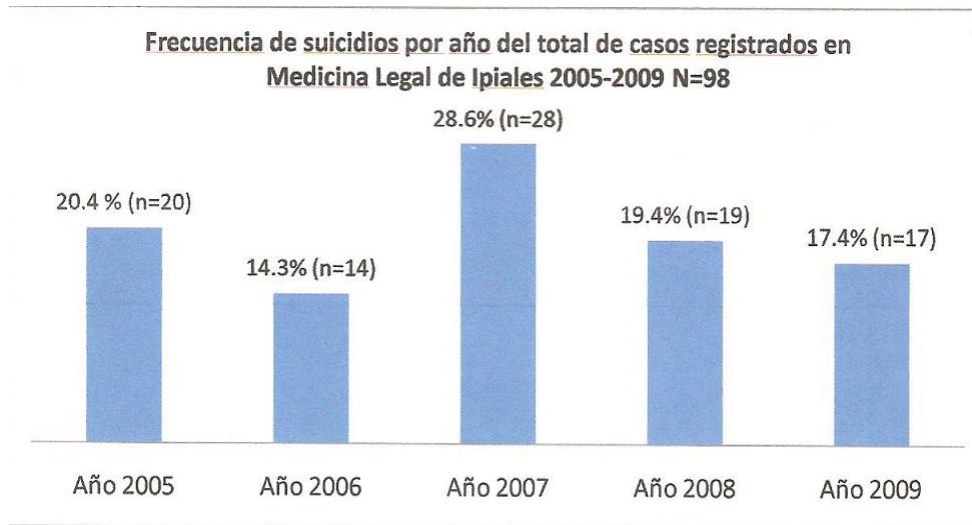
TRASTORNO BIPOLAR. Enfermedad mental que causa cambios de humor

TRASTORNO DISTIMICO. Trastorno afectivo de carácter depresivo, caracterizado por baja autoestima y ánimo melancólico.

3. ANALISIS DE RESULTADOS

ANALISIS UNIVARIADO

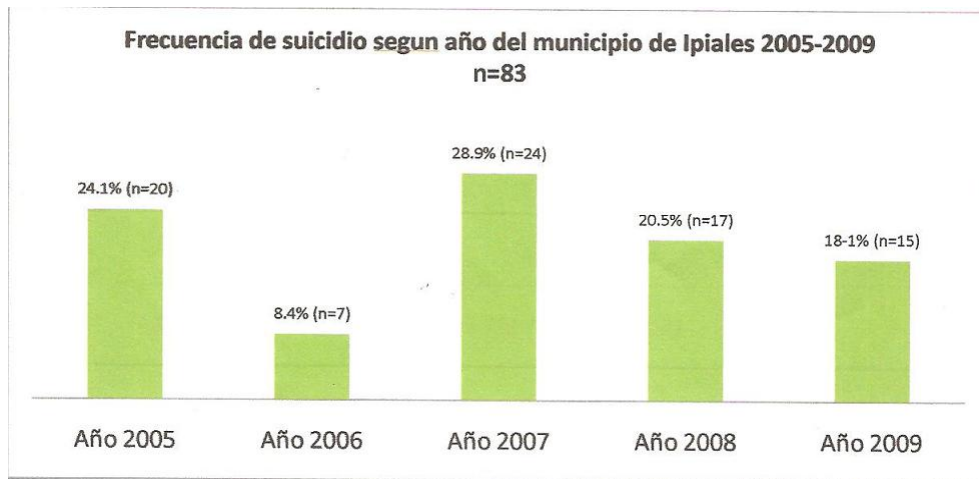
Figura 1. Frecuencia de suicidios por año del total de casos registrados en Medicina Legal de Ipiales 2005 – 2009.



Fuente: Presente investigación

Del 100% del total de casos de suicidio, el 28.6% de ellos correspondían al año 2007 que equivalen a 28 casos, el 20.4% de ellos corresponden al año 2005 que equivale a 20 casos.

Figura 2. Frecuencia de suicidio según año del municipio de Ipiales 2005 – 2009.



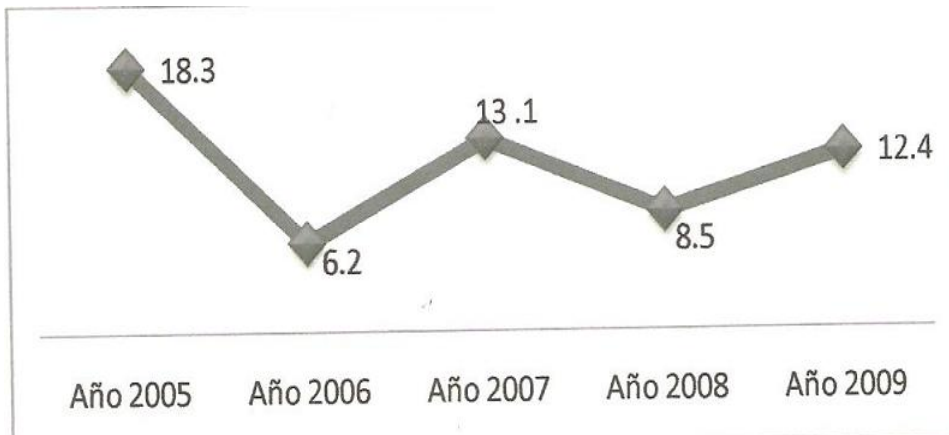
Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del municipio de Ipiales, el 28.9% de ellos correspondían al año 2007 que equivalen a 24 casos, el 24.1% de ellos correspondían al año 2005 que equivalen a 20 casos.

Tasas por año

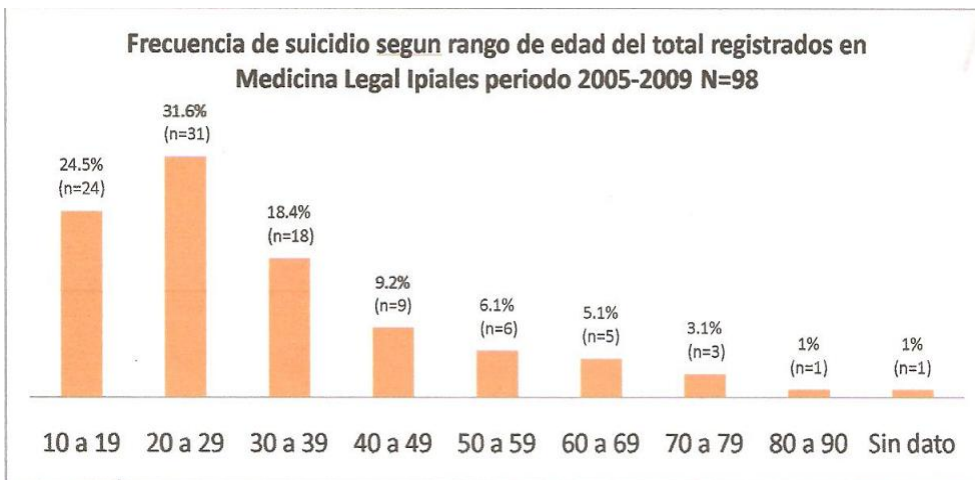
- **Tasa 2005: 18.3/100.000 Hb.** Para el año 2005 la tasa de suicidio en Ipiales fue de 18.3 para cada 100.000 habitantes (fuente DANE, Medicina Legal)
- **Tasa 2006: 6.2/100.000 Hb.** Para el año 2006 la tasa de suicidio en Ipiales fue de 6.2 por cada 100.000 habitantes (fuente DANE, Medicina Legal)
- **Tasa de 2007: 13.1/100.000 Hb.** Para el año 2007 la tasa de suicidio en Ipiales fue de 13.3 por cada 100.000 habitantes (fuente DANE, Medicina Legal)
- **Tasa 2008 : 8.5/100.000 Hb.** Para el año 2008 la tasa de suicidio en Ipiales fue de 8.5 por cada 100.000 habitantes (fuente DANE, Medicina Legal)
- **Tasa 2009: 12.4/100.000 Hb.** Para el año 2009 la tasa de suicidio en Ipiales fue de 12.4 por cada 100.000 habitantes (fuente DANE, Medicina Legal)

Figura 3. Tasas por año



Fuente: Presente investigación

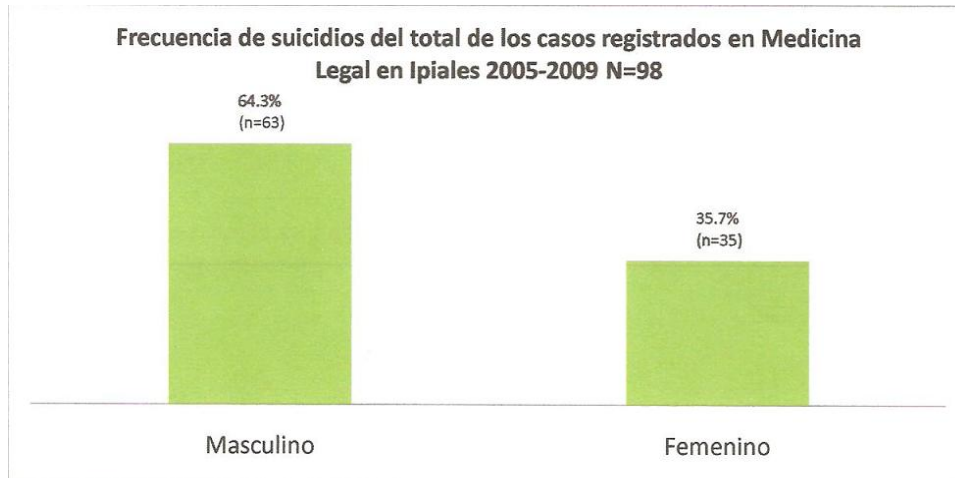
Figura 4. Frecuencia de suicidio según rango de edad del total de registrados en Medicina Legal Ipiales período 2005 – 2009.



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en medicina legal de Ipiales, el 31.6% (n=31) de ellos pertenecían al rango de edad de 20 a 29 años, el 56.1% (n=55) de los casos son menores de 20 años.

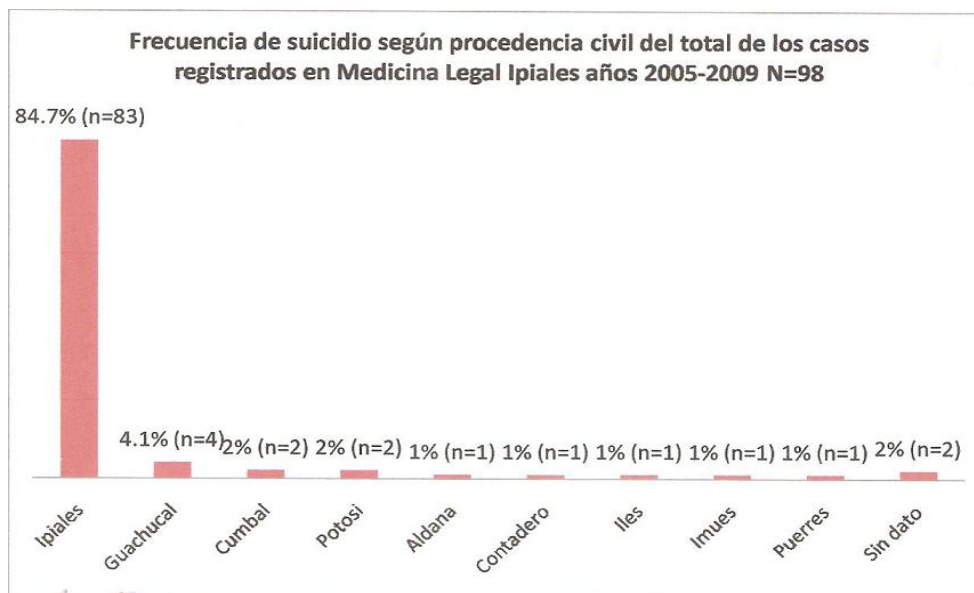
Figura 5. Frecuencia de suicidio del edad del total de los casos registrados en Medicina Legal Ipiiales período 2005 – 2009



Fuente: Presente investigación

Del 100% (N = 98) de los casos del total de registrados en medicina legal de Ipiiales, el mayor porcentaje fue de los hombres 64.3% (n=63)

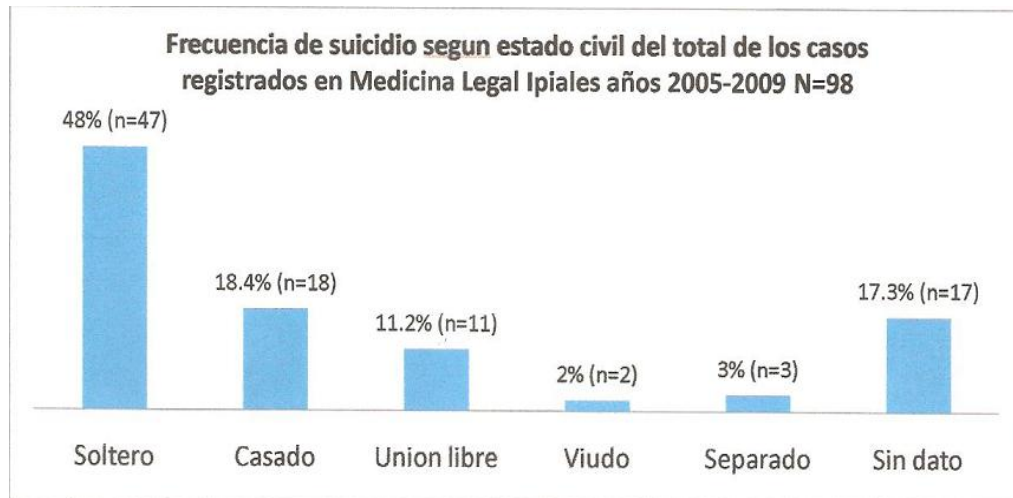
Figura 6. Frecuencia de suicidio según procedencia civil del total de casos registrados en Medicina Legal Ipiiales años 2005 – 2009



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en medicina legal de Ipiales, el 84.7% de ellos pertenecían al municipio de Ipiales que corresponden a 83 casos, el 13.3% (n=13) corresponden a otros municipios y 2% corresponde a sin dato.

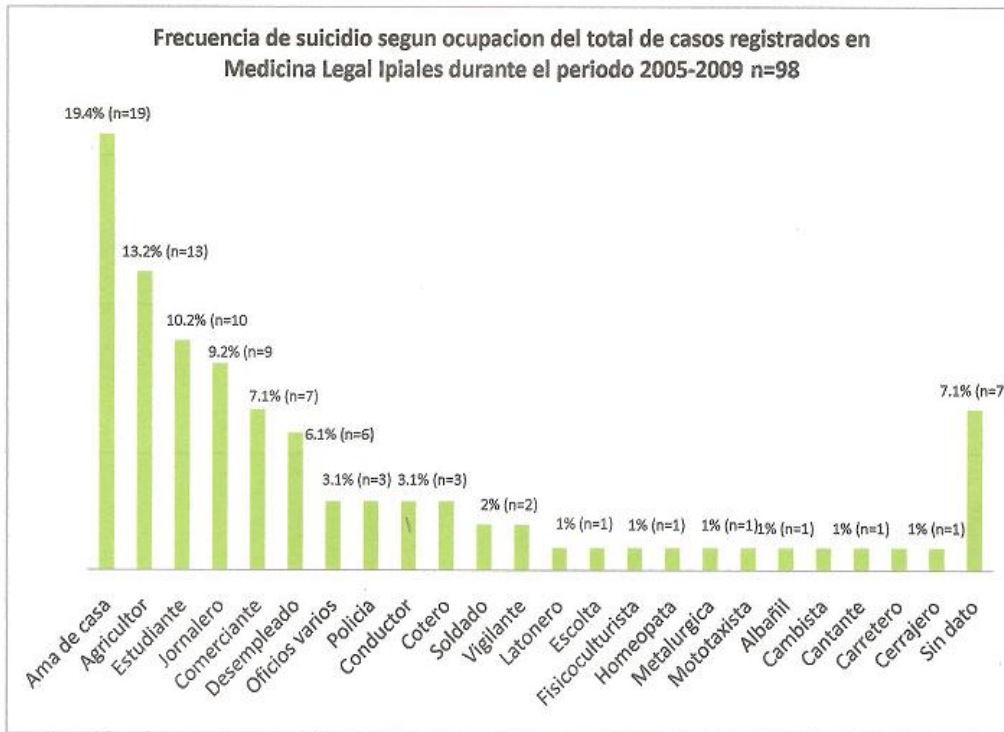
Figura 7. Frecuencia de suicidio según estado civil del total de los casos registrados en Medicina Legal Ipiales años 2005 – 2009



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, en 29.6% (n=29) su estado civil en pareja, el 5% (n=5) no convienen con pareja y 17% no registra dato.

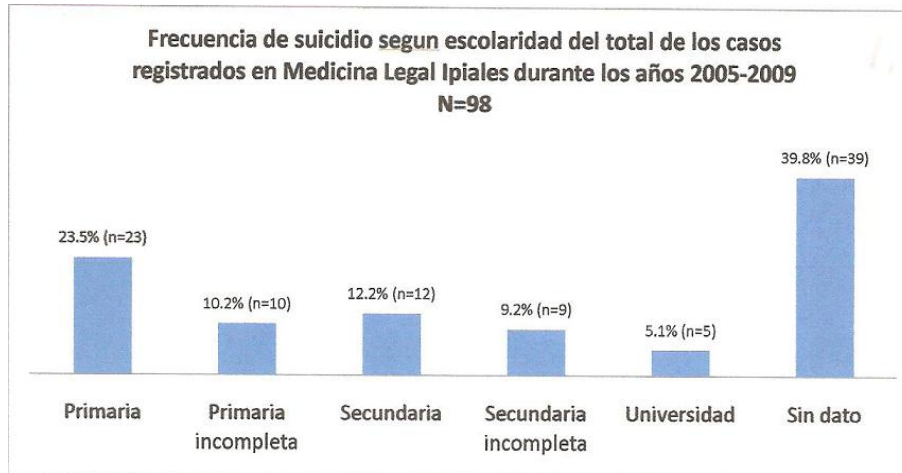
Figura 8. Frecuencia de suicidio según ocupación del total de casos registrados en Medicina Legal Ipiales durante el período 2005 – 2009



Fuente: Presente investigación

Del 100% (N=98) de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, en 19.4% eran amas de casa, eran amas de casa, el 22.4% eran trabajadores de campo, 8.1% eran encargados de la seguridad social, el 6.1% eran desempleados que corresponden a 6 casos y 7.1% no tenían datos.

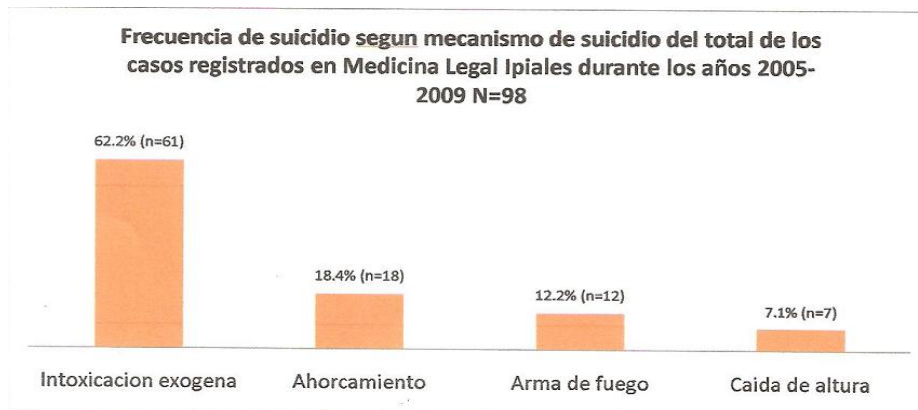
Figura 9. Frecuencia de suicidio según escolaridad del total de los casos registrados en Medicina Legal Ipiales período 2005 – 2009



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en medicina legal de Ipiales, 33.7% estudiaron hasta primaria, 21.4% estudiaron hasta secundaria, 5.1% estaban en la universidad y 39.8% no tenían dato.

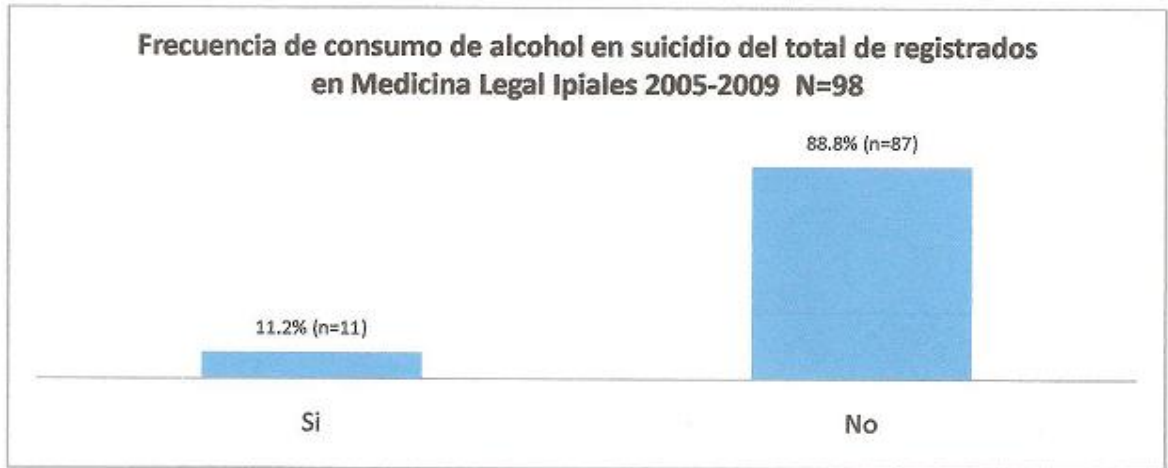
Figura 10. Frecuencia de suicidio según mecanismos de suicidio del total de los casos registrados en medicina Legal Ipiales durante los años 2005 – 2009



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en medicina legal de Ipiales, el 62.2% se suicidaron por intoxicación exógena (n=62), el 18.4% se ahorcaron (n=18), el 12.2% utilizaron arma de fuego (n=12), el 7.1% se suicidaron mediante caída de altura (n=7)

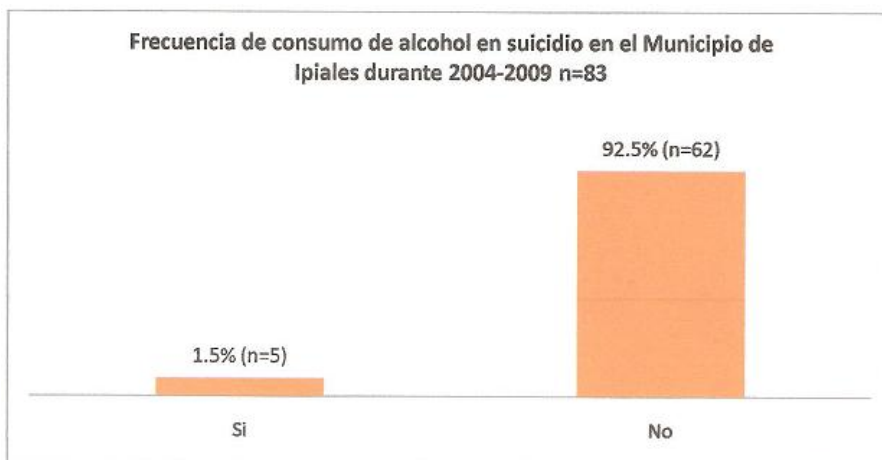
Figura 11. Frecuencia de consumo de alcohol en suicidio del total de registrados en Medicina Legal Ipiales 2005 – 2009



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, el 88.8% no hay dato de consumo de alcohol que corresponda a 87 casos y el 11.2% se reporto consumo de alcohol que corresponde a 11 casos.

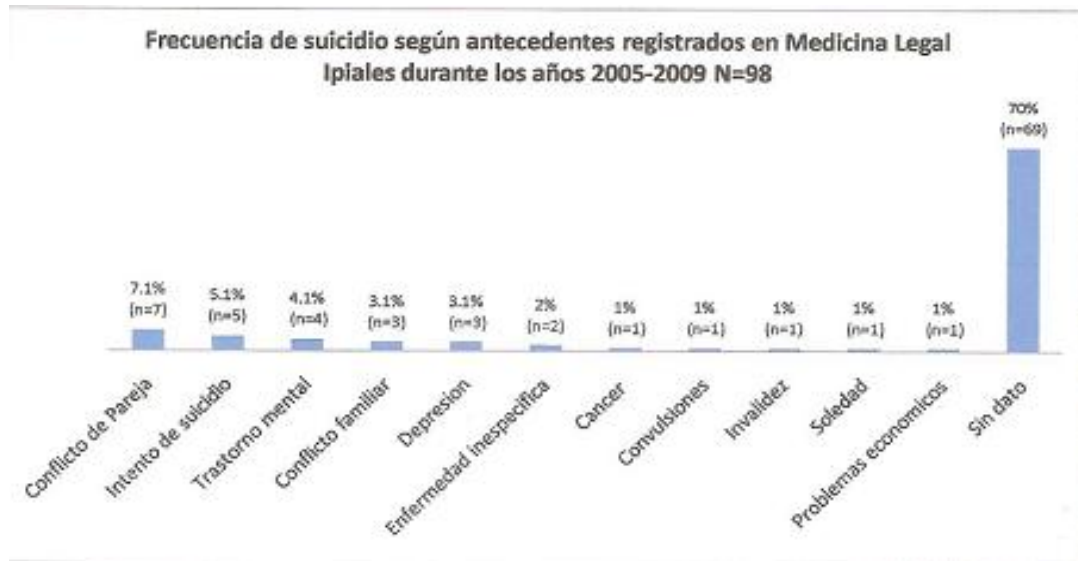
Figura 12. Frecuencia del consumo de alcohol en suicidios en el Municipio de Ipiales durante 2005 – 2009



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, el 92.5% no hay datos de consumo de alcohol que corresponde a 62 casos y el 1.5% se reporto consumo de alcohol que corresponde a 5 casos.

Figura 13. Frecuencia de suicidio según antecedentes registrados en Medicina Legal Ipiales durante los años 2005 – 2009

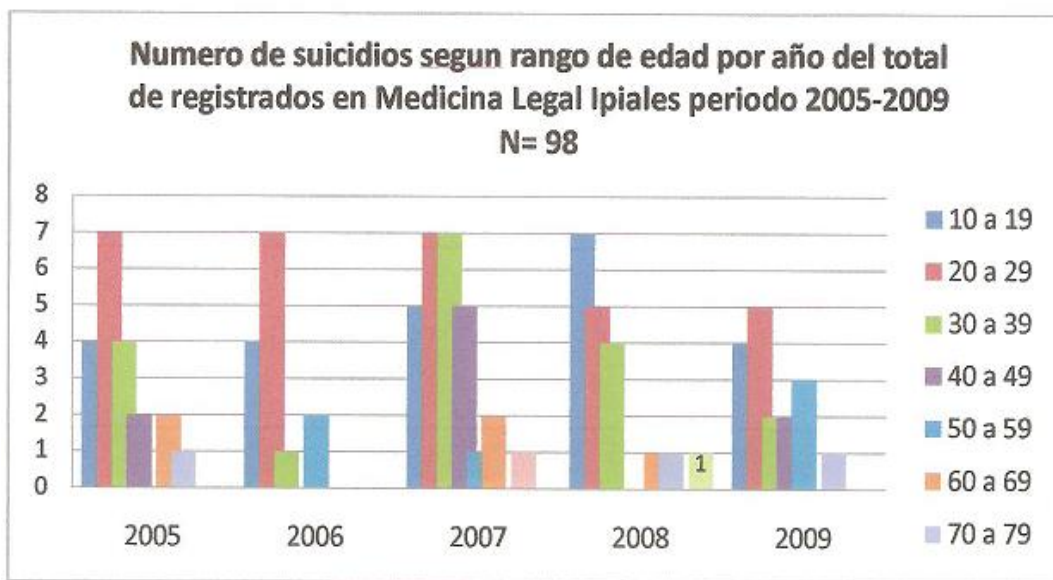


Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total registrados en medicina legal de Ipiales, el 7.1% tuvo conflicto de pareja (n=7) casos, el 5.1% tuvo antecedente de intento de suicidio (n=5), el 4.1% presentó un trastorno mental no especificado que (n=4) y el 70% no tuvo dato (n=69).

ANALISIS BIVARIADO

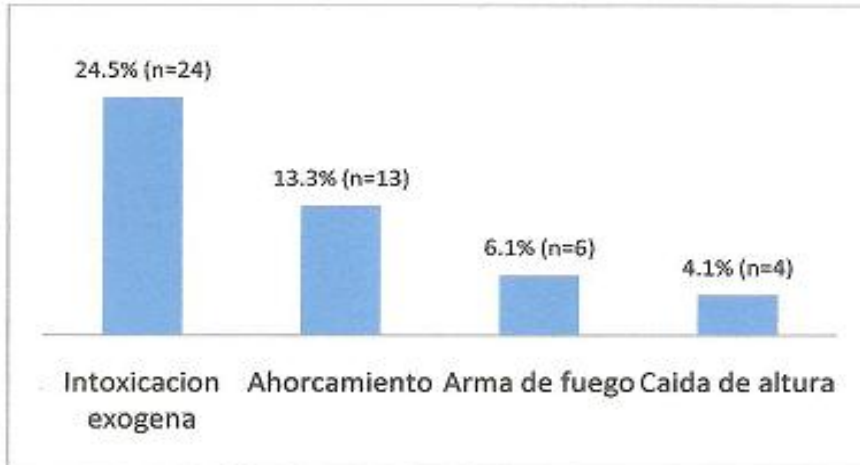
Figura 14. Número de suicidios según rango de edad por año del total de registrados en Medicina Legal Ipiales período 200 – 2009.



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, en el 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009 el rango de edad que presenta mayor suicidio son de 20 a 29 años, el rango de edad de 10 a 19 años los casos de suicidio son crecientes desde el 2005 al 2008.

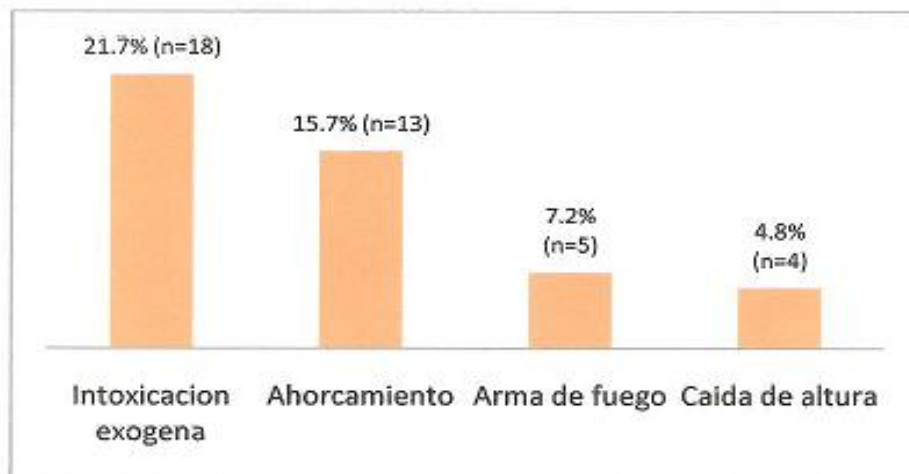
Figura 15. Mecanismo de suicidio utilizado por los solteros en el total de casos registrados en Medicina Legal de Ipiales



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, el 24.5% se suicidaron utilizando la intoxicación exógena (n=24).

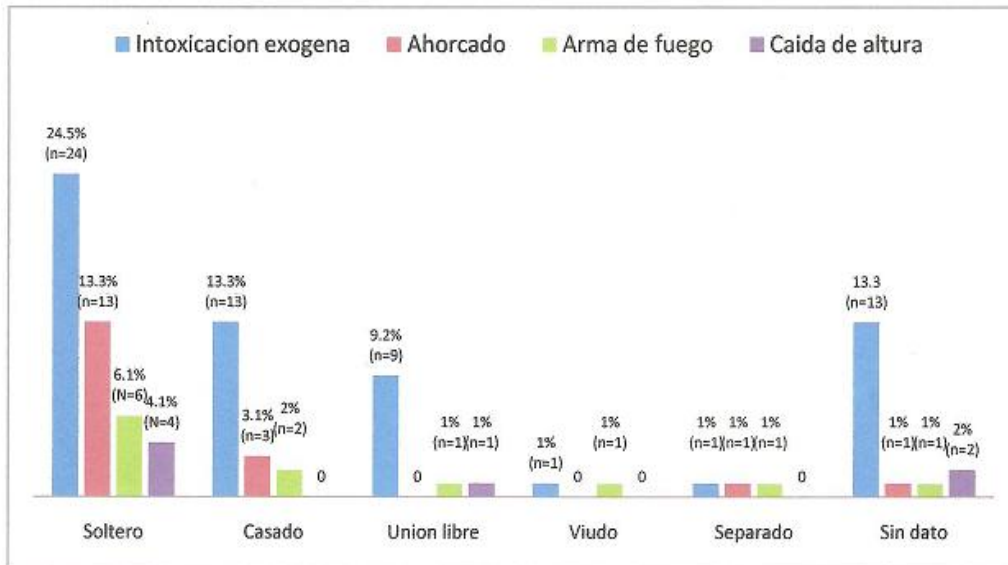
Figura 16. Mecanismo de suicidio utilizado por los solteros en el total de los casos registrados en el municipio de Ipiales.



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, el 24.7% se suicidaron utilizando la intoxicación exógena (n=18).

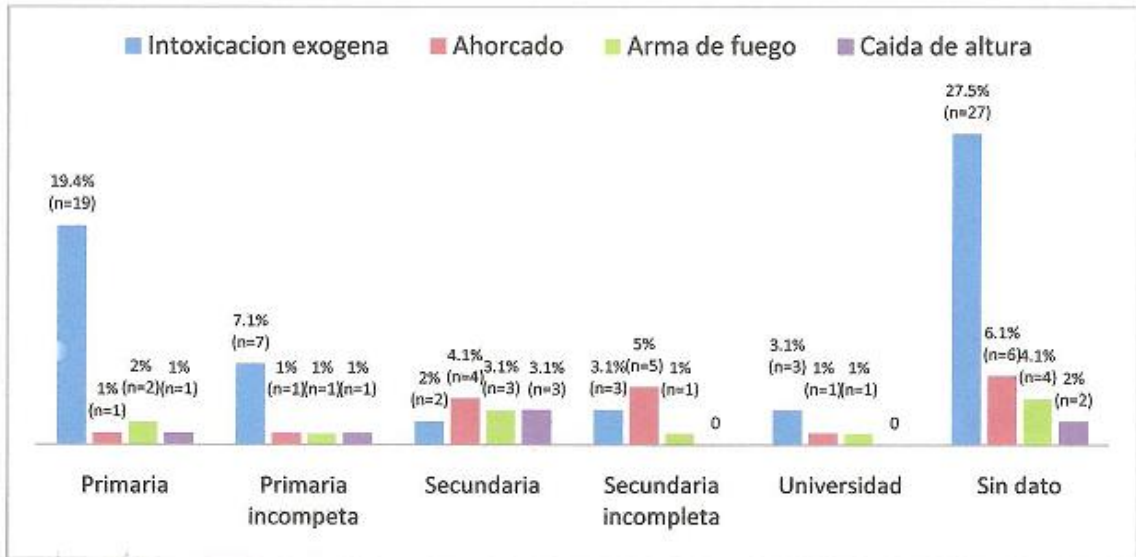
Figura 17. Mecanismo suicidio utilizado por estado civil en el total de registrados en Medicina Legal Ipiales.



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, los solteros utilizaron con mayor frecuencia para suicidarse la intoxicación exógena con 24.5%, los casados utilizaron con mayor frecuencia la intoxicación exógena para suicidarse con 13.3% , los reportados como unión libre utilizaron con mayor frecuencia para suicidarse la intoxicación exógena para suicidarse con 9.2%, los viudos para suicidarse utilizaron la intoxicación exógena y el arma de fuego con 1% para cada uno, los separados para suicidarse utilizaron la intoxicación exógena, ahorcamiento, armas de fuego con 1% para cada uno.

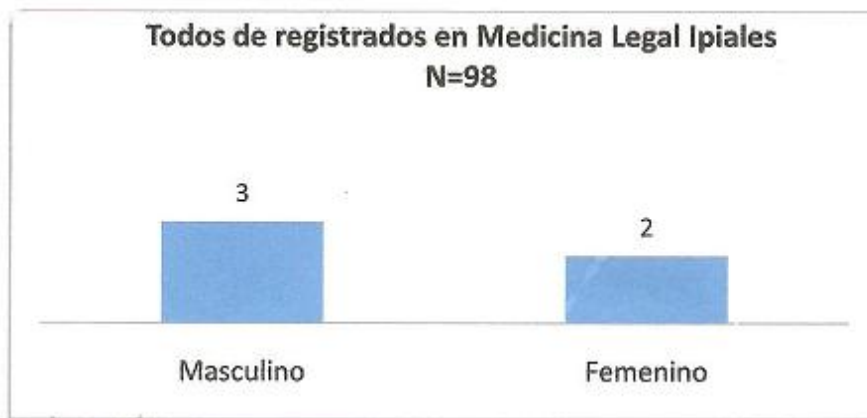
Figura 18. Mecanismo suicidio según escolaridad en el total de registrados en Medicina Legal Ipiales



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, quienes tenían estudios de primaria utilizaron con mayor frecuencia para suicidarse la intoxicación exógena con 19.4% , quienes no realizaron completamente la primaria utilizaron con mayor frecuencia para suicidarse la intoxicación exógena con 7.1%, quienes tenían hasta estudios de secundaria utilizaron con mayor frecuencia par a suicidarse el ahorcamiento con 4.1% quienes no completaron la secundaria el mecanismo suicida con mayor frecuencia la intoxicación exógena con 3.1%.

Figura 19. Intento de suicidio según género



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, tres hombres reportaron intento de suicidio y las dos mujeres reportaron intento de suicidio previos a su suicidio.

4. DISCUSION

Según E. García de Jalón, V. Peralta, afirma que “Desgraciadamente, muchos de los pacientes psiquiátricos que han realizado un acto suicida, nunca han recibido ayuda profesional o están insuficientemente tratados²¹

En el Municipio de Ipiales, el 4.1% presentaba un trastorno mental no especificado y no tratado regularmente, convirtiéndose en un antecedente para cometer suicidio

El suicidio entre los adolescentes ha tenido un aumento dramático recientemente a través de la nación. Cada año miles de adolescentes se suicidan en los Estados Unidos. El suicidio es la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes de entre 15 a 24 años de edad, y la sexta causa de muerte para aquellos de entre 5 a 14 años.

En Ipiales el rango de edad de suicidios en jóvenes estaba entre 10 y 19 años, entre los años 2005 y 2008, para el 2009 los suicidios se presentan entre los 20 y 29 años, descendiendo entre los 10 y 19 años

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. Para algunos adolescentes, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés²²

El alcalde Samuel Moreno Rojas anunció un “plan de choque entre las Secretarías de Salud, Educación y Gobierno, para adecuar un plan de prevención con el fin de evitar más suicidios en la ciudad de Bogotá”²³, en el años 2008, lo cual hasta el momento a tenido un efecto positivo,

En Ipiales entre los años 2005 y 2008 no se trabajo enfáticamente en labores que disminuyan la incidencia de suicidios, pero para el año 2008 – 2009, el nuevo alcalde, intervino sobre este caso con charlas educativas, conciertos para los jóvenes, permitiendo un descenso en los suicidios, para evitar que este municipio sea considerado como uno de los mas altos a nivel regional y nacional en suicidio

²¹ ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 87-96. p.6

²² Connecticut clearinghouse. El suicidio en los adolescentes

²³ El Espectador . 8 Abr 2008 - 9:30 am En: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/articulo-alarma-bogota-suicidio-de-jovenes>

5. CONCLUSIONES

La mayor población registrada en medicina legal de Ipiales es procedente del Municipio de Ipiales.

Dependiendo del estado civil tanto de hombres como de mujeres, los solteros son los que mas se suicidan

Dependiendo de la ocupación, las amas de casa solteras son las que mas se suicidan

En cuanto al estado civil los solteros son los que mas comúnmente cometen suicidio, sobre todo por conflictos amorosos o de pareja

El mecanismo de suicidio mas utilizado es la intoxicación exógena y el antecedente que mas se registro fue por conflictos de pareja

El rango de edad entre las personas que se suicidan esta entre 20 y 29 años y que solamente cursaron estudios de primaria.

6. RECOMENDACIONES

- Diligenciar de manera completa los protocolos de necropsia.
- Seguir con esta investigación interviniendo factores de riesgo en la población vulnerable.
- Presentar resultados a secretaria de salud de Ipiales.

La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento apropiado. Cuando hay duda en los padres de que el niño o el joven puedan tener un problema serio, un examen psiquiátrico puede ser de gran ayuda

BIBLIOGRAFIA

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AMÉRICA LATINA (APAL). Programa presidencial “conducta suicidas en latinoamérica”. Plan de trabajo 2009 – 2010

Cisneros R. Cástulo. Depresión suicidio y esquizofrenia: avances en Psiquiatria biológica 2005, 6 (29 1-7).

Cisneros R. Cástulo. Neurobiología del suicidio

E. García de Jalon, V. Peralta. Suicide and risk of suicide: Anales Sis San Navarra 2002; 25(3): 87-96

Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio: Metas y Objetivos de Acción, 2001, Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos

FUENTENEbro, Filiberto y VAZQUEZ, Carmelo. Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatria. Bogotá: McGraw-Hill, 1990. 2 vol.

GIRALDO G., Cesar Augusto. Medicina Forense. 11ed. Medellín: Libreria Señal Editora, 2003. 800p.

GOMEZ RESTREPO, Carlos; HERNANDEZ, Guillermo; ROJAS, Alejandro y URIBE RESTREPO, Miguel. Fundamentos de Psiquiatria clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Bogotá: CEJA, 2002. 923 p

GUSTAVO MALDONADO ABASCA. El suicidio.

KAPLAN, Harold y SADOCK, Benjamin. Sinopsis de Psiquiatria. 8ed. Bogotá: Panamericana, 2001. 1589 p.

The Journal of the American Medical Association. JAMA, May 25, 2005—Vol 293, No. 20

TORO GREIFFENSTEIN, Ricardo José; YEPES ROLDAN, Luis Eduardo y PALACIOS ACOSTA, Carlos Alberto. Fundamentos de Medicina: Psiquiatria. 5ed. Medellín: CIB, 201. 587p

NETGRAFIA

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No1/PDF/intento-suicidio.pdf>

[http:// Psiquiatria.com](http://Psiquiatria.com)

[www.ipiales.merecelomejor.gov.co/lajas.htm-23k.](http://www.ipiales.merecelomejor.gov.co/lajas.htm-23k)

www.Preencionviolencia.org.co/observatorios/nariño7ipiales/archivos7boletin_ipiales2003.pdf

ANEXOS

ANEXO A. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

FORMATO DE RECOLECCIÓN

NOM BRE	ED AD	GEN ERO	PROCED ENCIA	E.CI VIL	OCUP ACION	ESCOLA RIDAD	IDENTIFI CACION	MECA NISMO	FEC HA	CONSU MO SUSTA NCIAS

CARACTERISTICAS SOCIO- DEMOGRÁFICAS Y MECANISMO DE LOS SUICIDIOS REPORTADOS EN MEDICINA LEGAL IPIALES DURANTE EL PERIODO 2005 - 2009

GABY AREVALO BASANTE
VIVIANA MALLAMA CEPEDA
CHRISTIAN PALACIOS MARTINEZ
Fundación Universitaria San Martín - Pasto

INTRODUCCION

“El Suicidio es una conducta agresiva cuya meta es la obtención de la muerte a través de un acto de auto lesión; también puede ser sólo un intento, pero siempre existe una intención letal en su misma esencia. Es un fenómeno muy complejo en el que entran factores como la edad, el sexo, la salud, la familia, la ocupación, las circunstancias económicas, los valores morales y la religión. Esto representa un grave problema de salud pública siendo estos más frecuentes en sectores de bajo nivel socioeconómico”

“Las muertes autoinflingidas son hechos más frecuentes de lo que la sociedad quiere aceptar; son experiencias difíciles tanto para la persona que atenta contra su vida como para su estructura social: familia, amigos y conocidos. Las cifras del suicidio consumado son alarmantes, son las responsables de la mitad de todas las muertes violentas en todo el mundo, cada año, alrededor de un millón de personas fallecen como resultado del suicidio. Con frecuencia, el suicidio es prevenible. En general, los signos de alarma estarán presentes y es preciso tomar en serio a las personas que hablan de quitarse la vida. La mayor parte de las personas que cometen suicidio tienen una enfermedad mental.

Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro o sea lo que se conoce como desesperación”.

Es por esta razón que se conoce que la enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión.

El tratamiento de estas enfermedades puede contribuir a reducir el número de muertes por esta causa.

METODOLOGIA

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

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

Descriptivo, porque describe los datos contemplados en los documentos de Medicina legal y su análisis.

Retrospectivo, por que se hace una revisión de los casos de suicidio correspondientes a los años 2005-2009, que fueron analizados en Medicina Legal de Ipiales.

Transversal, por cuanto el estudio es realizado en un período de tiempo
Para procesar la información se empleó frecuencias relativa y absoluta, tasa de incidencia.

Población. La población estudiada corresponde al total de los casos de suicidio reportados, según el protocolo de necropsia en Medicina Legal en el periodo del Hospital Civil de Ipiales durante los años 2005-2009.

Fuentes de recolección de Información. Para la recolección de la información se utilizaron fuentes secundarias como: Informe de protocolo de necropsia realizado por Medicina Legal de Ipiales, libros, revistas, paginas virtuales

Técnicas para recolección de información

- Revisión de Protocolo de Necropsia.
- 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.

Una vez analizados los resultados de la prueba piloto, se ajustó el formato de recolección de datos y se determinó el tiempo de recolección.

Criterios de inclusión y de exclusión

1Criterios de inclusión. Occisos según Medicina Legal del Municipio de Ipiales registrados como suicidios entre el año 2005 – 2009

Todos los casos de suicidio sucedidos en los diferentes municipios aledaños al Municipio de Ipiales entre el año 2005 – 2009, que fueron analizados en Medicina Legal de Ipiales

Se incluyó casos de personas conocidas por los investigadores

Criterios de exclusión. Occisos que se notificaban como causa de muerte sin determinar o desconocida

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.

La recolección de datos y el manejo del protocolo de necropsia fue realizado únicamente por los investigadores. No se utilizaron encuestadores profesionales.

Plan de análisis de los datos. Para la captura, procesamiento y análisis de los

datos se utilizó el programa Excel, se realizó análisis de medidas de frecuencia, tasas y análisis bivariado con el cruce de variables.

Consideraciones Éticas. En esta investigación se tuvo en cuenta las pautas dadas por el código de Nuremberg, la declaración de Helsinking y la resolución 8430 de 1993 del entonces ministerio de salud en Colombia.

La autorización para acceder a la información de los protocolos de necropsia de Medicina legal de Ipiales fue otorgada por el Dr. Javier Narváez Arellano; Médico Forense, director de medicina legal del Hospital civil de Ipiales.

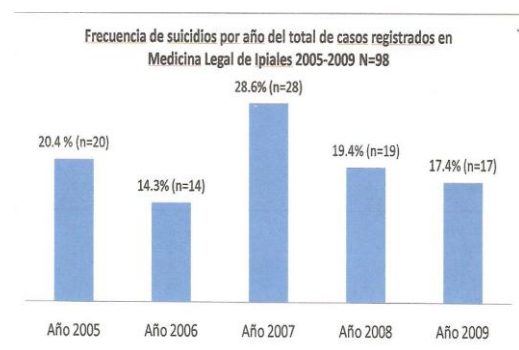
Para proteger la confidencialidad de la información se codificó numérica y secuencialmente, los occisos, de forma que la información recolectada no permitiera identificar a cada individuo, únicamente los investigadores tuvieron acceso a la identificación de la población objeto de estudio.

En cuanto al principio de la justicia los investigadores fueron equitativos e imparciales a la hora de recolectar información.

ANALISIS DE RESULTADOS

ANALISIS UNIVARIADO

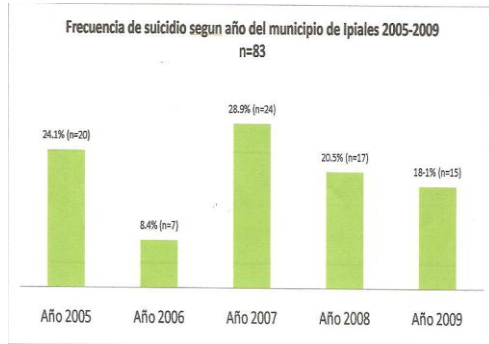
Figura 1. Frecuencia de suicidios por año del total de casos registrados en Medicina Legal de Ipiales 2005 – 2009.



Fuente: Presente investigación

Del 100% del total de casos de suicidio, el 28.6% de ellos correspondían al año 2007 que equivalen a 28 casos, el 20.4% de ellos corresponden al año 2005 que equivale a 20 casos.

Figura 2. Frecuencia de suicidio según año del municipio de Ipiales 2005 – 2009.



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del municipio de Ipiales, el 28.9% de ellos correspondían al año 2007 que equivalen a 24 casos, el 24.1% de ellos correspondían al año 2005 que equivalen a 20 casos.

Tasas por año

• **Tasa 2005: 18.3/100.000 Hb.** Para el año 2005 la tasa de suicidio en Ipiales fue de 18.3 para cada 100.000 habitantes (fuente DANE, Medicina Legal)

• **Tasa 2006: 6.2/100.000 Hb.** Para el año 2006 la tasa de suicidio en Ipiales fue de 6.2 por cada 100.000 habitantes (fuente DANE, Medicina Legal)

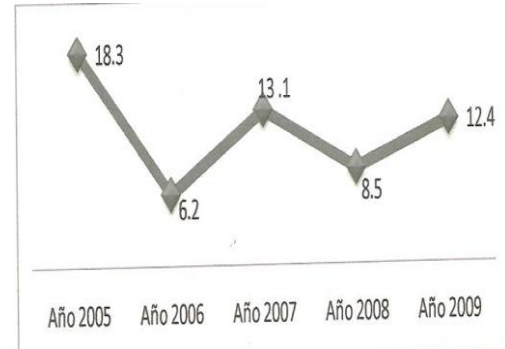
• **Tasa de 2007: 13.1/100.000 Hb.** Para el año 2007 la tasa de suicidio en Ipiales fue de 13.3 por cada 100.000 habitantes (fuente DANE, Medicina Legal)

• **Tasa 2008 : 8.5/100.000 Hb.** Para el año 2008 la tasa de suicidio en Ipiales fue de 8.5 por cada 100.000 habitantes (fuente DANE, Medicina Legal)

• **Tasa 2009: 12.4/100.000 Hb.** Para el año 2009 la tasa de suicidio en Ipiales fue de 12.4

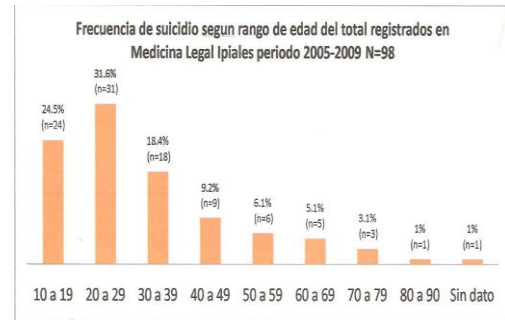
por cada 100.000 habitantes (fuente DANE, Medicina Legal)

Figura 3. Tasas por año



Fuente: Presente investigación

Figura 4. Frecuencia de suicidio según rango de edad del total de registrados en Medicina Legal Ipiales período 2005 – 2009.

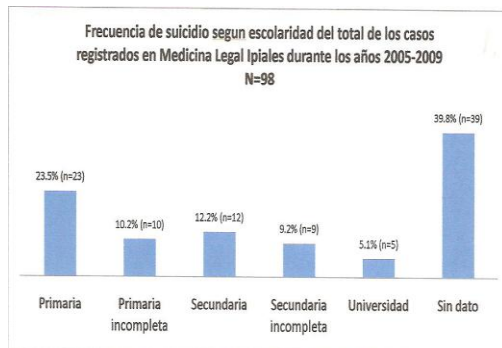


Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en medicina legal de Ipiales, el 31.6% (n=31) de ellos pertenecían al rango de edad de 20 a 29 años, el 56.1% (n=55) de los casos son menores de 20 años.

casa, el 22.4% eran trabajadores de campo, 8.1% eran encargados de la seguridad social, el 6.1% eran desempleados que corresponden a 6 casos y 7.1% no tenían datos.

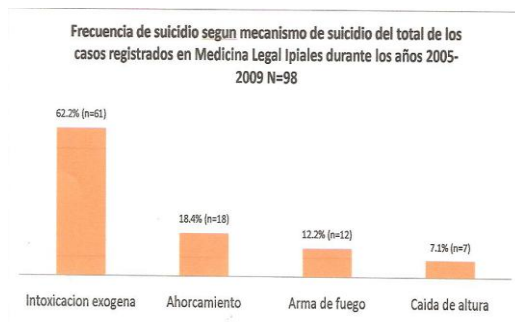
Figura 9. Frecuencia de suicidio según escolaridad del total de los casos registrados en Medicina Legal Ipiales período 2005 – 2009



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en medicina legal de Ipiales, 33.7% estudiaron hasta primaria, 21.4% estudiaron hasta secundaria, 5.1% estaban en la universidad y 39.8% no tenían dato.

Figura 10. Frecuencia de suicidio según mecanismos de suicidio del total de los casos registrados en medicina Legal Ipiales durante los años 2005 – 2009

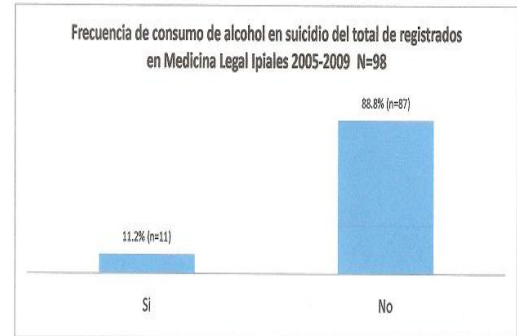


Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en medicina legal de Ipiales, el 62.2% se suicidaron por intoxicación

exógena (n=62), el 18.4% se ahorcaron (n=18), el 12.2% utilizaron arma de fuego (n=12), el 7.1% se suicidaron mediante caída de altura (n=7)

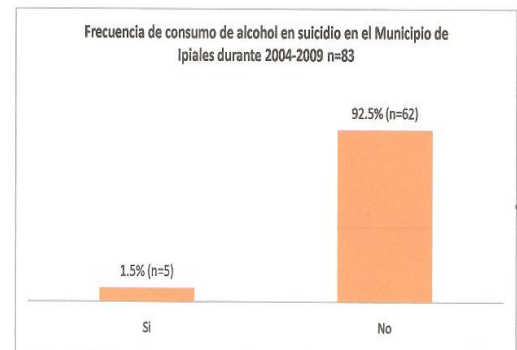
Figura 11. Frecuencia de consumo de alcohol en suicidio del total de registrados en Medicina Legal Ipiales 2005 – 2009



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, el 88.8% no hay dato de consumo de alcohol que corresponda a 87 casos y el 11.2% se reporto consumo de alcohol que corresponde a 11 casos.

Figura 12. Frecuencia del consumo de alcohol en suicidios en el Municipio de Ipiales durante 2005 – 2009

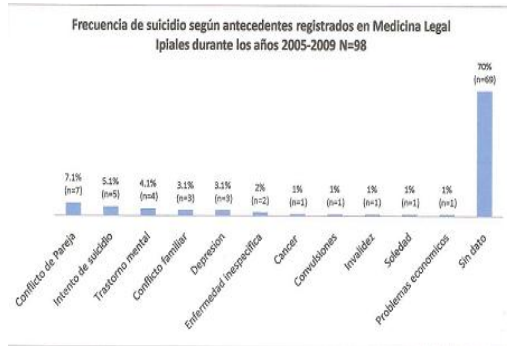


Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, el 92.5% no hay datos de consumo de alcohol

que corresponde a 62 casos y el 1.5% se reporto consumo de alcohol que corresponde a 5 casos.

Figura 13. Frecuencia de suicidio según antecedentes registrados en Medicina Legal Ipiales durante los años 2005 – 2009

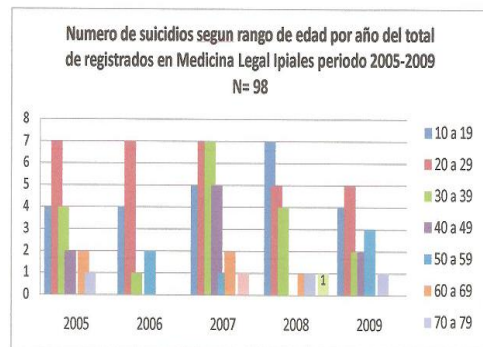


Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total registrados en medicina legal de Ipiales, el 7.1% tuvo conflicto de pareja (n=7) casos, el 5.1% tuvo antecedente de intento de suicidio (n=5), el 4.1% presento un trastorno mental no especificado que (n=4) y el 70% no tuvo dato (n=69).

ANÁLISIS BIVARIADO

Figura 14. Número de suicidios según rango de edad por año del total de registrados en Medicina Legal Ipiales período 200 – 2009.

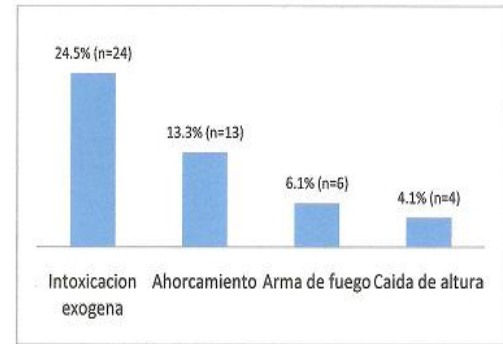


Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, en

el 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009 el rango de edad que presenta mayor suicidio son de 20 a 29 años, el rango de edad de 10 a 19 años los casos de suicidio son crecientes desde el 2005 al 2008.

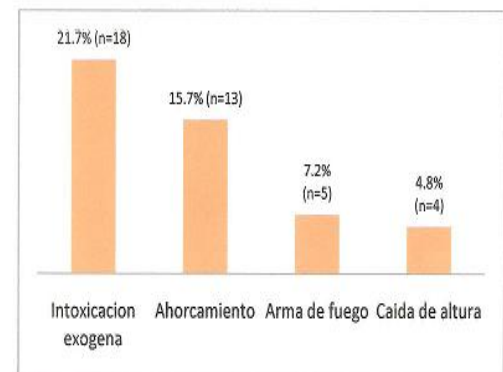
Figura 15. Mecanismo de suicidio utilizado por los solteros en el total de casos registrados en Medicina Legal de Ipiales



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, el 24.5% se suicidaron utilizando la intoxicación exógena (n=24).

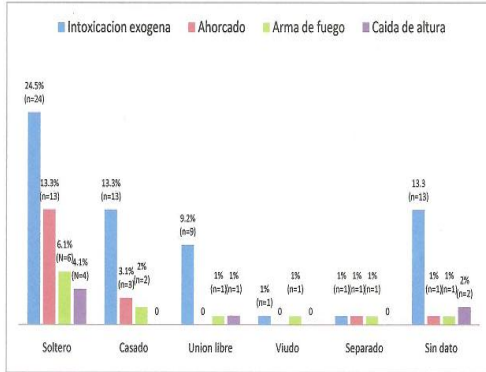
Figura 16. Mecanismo de suicidio utilizado por los solteros en el total de los casos registrados en el municipio de Ipiales.



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, el 24.7% se suicidaron utilizando la intoxicación exógena (n=18).

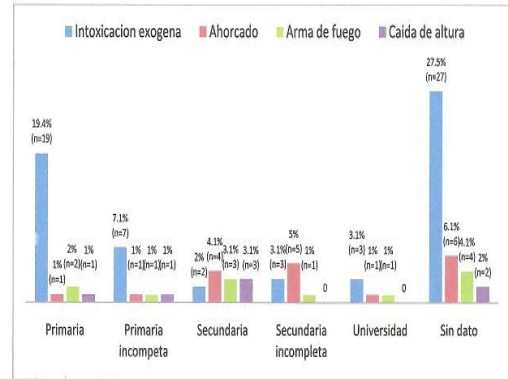
Figura 17. Mecanismo suicidio utilizado por estado civil en el total de registrados en Medicina Legal Ipiales.



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, los solteros utilizaron con mayor frecuencia para suicidarse la intoxicación exógena con 24.5%, los casados utilizaron con mayor frecuencia la intoxicación exógena para suicidarse con 13.3% , los reportados como unión libre utilizaron con mayor frecuencia para suicidarse la intoxicación exógena para suicidarse con 9.2%, los viudos para suicidarse utilizaron la intoxicación exógena y el arma de fuego con 1% para cada uno, los separados para suicidarse utilizaron la intoxicación exógena, ahorcamiento, armas de fuego con 1% para cada uno.

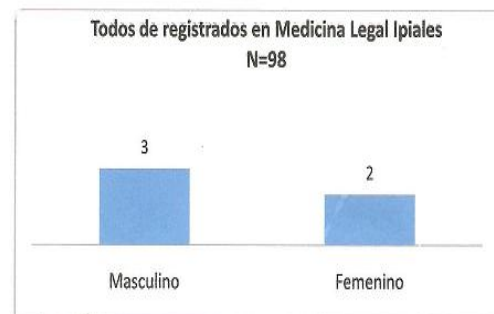
Figura 18. Mecanismo suicidio según escolaridad en el total de registrados en Medicina Legal Ipiales



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, quienes tenían estudios de primaria utilizaron con mayor frecuencia para suicidarse la intoxicación exógena con 19.4% , quienes no realizaron completamente la primaria utilizaron con mayor frecuencia para suicidarse la intoxicación exógena con 7.1%, quienes tenían hasta estudios de secundaria utilizaron con mayor frecuencia para a suicidarse el ahorcamiento con 4.1% quienes no completaron la secundaria el mecanismo suicida con mayor frecuencia la intoxicación exógena con 3.1%.

Figura 19. Intento de suicidio según género



Fuente: Presente investigación

Del 100% de los casos del total de registrados en Medicina Legal de Ipiales, tres hombres reportaron intento de suicidio y las dos mujeres reportaron intento de suicidio previos a su suicidio.

CONCLUSIONES

La mayor población registrada en medicina legal de Ipiales es procedente del Municipio de Ipiales.

Dependiendo del estado civil tanto de hombres como de mujeres, los solteros son los que mas se suicidan

Dependiendo de la ocupación, las amas de casa solteras son las que mas se suicidan

En cuanto al estado civil los solteros son los que mas comúnmente cometen suicidio, sobre todo por conflictos amorosos o de pareja

El mecanismo de suicidio mas utilizado es la intoxicación exógena y el antecedente que mas se registro fue por conflictos de pareja

El rango de edad entre las personas que se suicidan esta entre 20 y 29 años y que solamente cursaron estudios de primaria

BIBLIOGRAFIA

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AMÉRICA LATINA (APAL). Programa presidencial "conducta suicidas en latinoamérica". Plan de trabajo 2009 – 2010

Cisneros R. Cástulo. Depresión suicidio y esquizofrenia: avances en Psiquiatria biológica 2005, 6 (29 1-7).

Cisneros R. Cástulo. Neurobiología del suicidio

E. García de Jalon, V. Peralta. Suicide and risk of suicide: Anales Sis San Navarra 2002; 25(3): 87-96

Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio: Metas y Objetivos de Acción, 2001, Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos

FUENTENEbro, Filiberto y VAZQUEZ, Carmelo. Psicología Médica, Psicopatología

y Psiquiatría. Bogotá: McGraw-Hill, 1990. 2 vol.

GIRALDO G., Cesar Augusto. Medicina Forense. 11ed. Medellín: Librería Señal Editora, 2003. 800p.

GOMEZ RESTREPO, Carlos; HERNANDEZ, Guillermo; ROJAS, Alejandro y URIBE RESTREPO, Miguel. Fundamentos de Psiquiatría clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Bogotá: CEJA, 2002. 923 p

GUSTAVO MALDONADO ABASCA. El suicidio.

KAPLAN, Harold y SADOCK, Benjamin. Sinopsis de Psiquiatría. 8ed. Bogotá: Panamericana, 2001. 1589 p.

The Journal of the American Medical Association. JAMA, May 25, 2005—Vol 293, No. 20

TORO GREIFFENSTEIN, Ricardo José; YEPES ROLDAN, Luis Eduardo y PALACIOS ACOSTA, Carlos Alberto. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. 5ed. Medellín: CIB, 201. 587p

NETGRAFIA

[http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No1/PDF/intento suicidio.pdf](http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No1/PDF/intento%20suicidio.pdf)

[http:// Psiquiatria.com](http://Psiquiatria.com)

[www.ipiales mercedesmejor.gov.co/lajas.htm-23k.](http://www.ipiales.mercedesmejor.gov.co/lajas.htm-23k)

[www.Preencionviolencia.org.co/observatorio s/nariño7ipiales/archivos7boletín_ipiales2003 .pdf](http://www.Preencionviolencia.org.co/observatorio%20s/nariño7ipiales/archivos7boletín_ipiales2003.pdf)