

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION CON CONDUCTA SUICIDA EN LA CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE MANIZALES DE JULIO A NOVIEMBRE DE 2010

SANDRA CAÑÓN BUITRAGO Ps. MGTH*
PATRICIA TORO DUQUE Md. M. ADMONSALUD**

Remitido para publicación: 15-03-2012 - Versión corregida: 11-04-2012 - Aprobado para publicación: 30-04-2012

Resumen

Antecedentes: *El suicidio es una problemática multifactorial que se convierte en un problema de salud pública, en Colombia como en otros países cada vez aumentan las tasas de suicidio. El presente estudio pretende identificar las características de la población con intento suicida que consultaron o fueron remitidos a la Clínica San Juan de Dios en el periodo comprendido de Julio a noviembre de 2010.*

Materiales y Métodos: *Se efectuó un estudio descriptivo que incluyo datos demográficos como género, edad, estrato socioeconómico, procedencia y variables como dependencia alcohólica, consumo de sustancias psicoactivas, riesgo suicida, funcionalidad familiar, depresión, ansiedad, desesperanza, etc., de 24 pacientes hospitalizados remitidos a la clínica de depresión, ansiedad y suicidio de julio a noviembre de 2010.*

Resultados: *El género con mayor frecuencia fue el femenino (67%), la edad promedio fue 28 años, el estrato con mayor proporción fue el bajo (1-2) (54%), 62.5% de la población manifestó no ser dependiente al alcohol, 75% presentó alto riesgo suicida, los métodos más utilizados fueron instrumento cortopunzante (50%) y envenenamiento (45,8%), 37% tiene disfunción familiar leve y 33,3% depresión moderada.*

Conclusiones: *La mayor proporción de las personas que participaron en el estudio presentaron riesgo suicida, los sentimientos de tristeza, las distorsiones cognitivas y la dificultad para resolver conflictos hacen que sean personas más vulnerables.*

Palabras Claves: *Intento de suicidio, depresión, factores de riesgo, pacientes internos.*

Arch Med (Manizales) 2012; 12(1): 83-92

Cañón Buitrago S. Toro Duque P. Archivos de Medicina. Volumen 12 N° 1. ISSN:1657-320X enero.junio 2012. Universidad de Manizales. Manizales (Colombia)

* Profesora Asistente Facultad de Ciencias de la Salud Programa Medicina Universidad de Manizales. Cra. 9 19-03, Manizales, Caldas, Colombia. Correo Electrónico: sandraka@umanizales.edu.co

** Profesora Asociada Facultad de Ciencias de la Salud Programa Medicina Universidad de Manizales. Cra.9 19-03, Manizales, Caldas, Colombia. Correo Electrónico: patitoto17@hotmail.com.

Chararacterization of patients with suicidal conduct in clinica san juan de diosmanizales, from july to november 2010

Summary

Background: *Suicide is a multifunctional problem that leads to a public health situation; in Colombia as in other countries, suicide rates are increasing. The present research tries to identify population characteristics related to suicidal intention, among patients referred to San Juan de Dios Hospital in the period of time from July to November 2010.*

Materials and method: *A descriptive study was performed in which demographic data was included in relation to gender, age, socio-economical position, precedence and other variants such as alcohol dependence, psychoactive consumption, suicidal risk, family functionality, depression, anxiety, etc.. The previous was collected from 24 hospitalized patients referred to the clinic for depression, anxiety and suicide cases from July to November in the year 2010.*

Results: *Female was the gender with the highest frequency (67%), age average was 28 years, socio-economical stratification with the highest proportion was the level 1 – 2 (54%), 62,5% of the population reported not to be alcohol dependent, 75% showed high suicidal risk, most used suicidal methods were connected to knife injuries (50%), poisoning (45,8%), 37% of them have low family malfunction and 33% of them have moderate depression.*

Conclusion: *Most of the patients in this study show suicidal risk, sadness, cognitive distortions and difficulty to solve conflicts conduct them to be more vulnerable.*

Key words: *Suicide Attempted, depression, risk factors, inpatients.*

Introducción

El suicidio es un problema multifactorial, abarca diferentes esferas en la vida de los individuos como la familiar, la social, la afectiva, la económica, etc., el impacto en los diferentes países ha hecho que se considere un problema de salud pública, su relevancia hace que sea imperativo el trabajo de investigación para comprender el fenómeno¹.

En Latinoamérica el nivel de suicidio de acuerdo a las tasas del mismo oscilan en niveles de baja y media (Se consideran tasas bajas por debajo de 5/10.000 habitantes, medias entre 5 - 14, altas entre 15 a 30 y por encima de treinta se denominan muy altas),

pero se han producido incrementos progresivos en Cuba (12,9%), el Salvador (10,4%), Uruguay (8,2%) y Venezuela (7,8%)². En Colombia se considera un problema de salud pública ya que se sitúa entre las principales causas de muerte, representa el 5.3% de las muertes violentas de acuerdo con los informes del Instituto de Medicina Legal². Es un problema que requiere un abordaje integral e interdisciplinario donde la prevención, el diagnóstico temprano en poblaciones de riesgo y el tratamiento deben ser oportunos y eficaces para evitar el sufrimiento, el alto costo social y económico que genera en las familias, en la utilización de los servicios de salud y en la sociedad en general³.

Durante el año 2004 en Colombia se presentaron 1817 necropsias cuya probable forma de muerte fue suicidio; 121 casos menos que el año 2003, con un descenso del 6% para una tasa nacional de 4 casos por cada 100.000 habitantes, reducción que, aunque no es estadísticamente significativa, comparada con el año anterior, es constante. Durante el año 2004 fallecieron 160 menores de edad de los cuales el 86% (138) eran del género femenino. De las 64 mujeres que se suicidaron en Bogotá durante el 2003, el 25% (16) eran menores de edad⁴.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses reportó que para el año 2006 se realizaron 1.751 necropsias cuya probable causa de muerte fue el suicidio, que representan un descenso de cerca del 2% con relación al año anterior. La tasa para suicidio en el año 2006 fue de 4,1 casos por cada 100.000 habitantes, esto representa para el país, más de 55.000 años de vida potenciales perdidos (AVPP) por el suicidio, y el impacto no medido en el capital social que este indicador representa¹.

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y las sustancias psicoactivas, los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio³.

En estudio realizado por Quintanilla, Valadez, et al en México en el 2006⁵ afirman que es el tipo de personalidad lo que influye de manera importante en el estilo de afrontamiento, y que un sujeto con un tipo N (Neuroticismo) de personalidad es más susceptible de entrar

en crisis, tener mayor riesgo suicida y menor capacidad de afrontar adecuadamente los problemas. Las estrategias de afrontamiento identificadas muestran que el esfuerzo cognitivo conductual que desarrolla principalmente el individuo con tentativa suicida está dirigido a la emoción para buscar un alto grado de malestar o bienestar.

En la investigación de González y colaboradores⁶, dicen que las características que pueden aumentar el riesgo de que se presente ideación suicida entre los estudiantes son: cursar el nivel de secundaria, interrumpir los estudios por más de seis meses y considerar que su desempeño escolar es malo, la baja autoestima, problemas familiares, deficiencias en el funcionamiento conductual y emocional, así como altos niveles de trastornos mentales².

Por todo lo anterior al analizar los factores de riesgo para suicidio es pertinente revisar las características de la población con variables como el sexo, edad, estrato socioeconómico, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, enfermedades crónicas, antecedentes familiares con historia de suicidio o enfermedades mentales, funcionalidad familiar, etc., para generar estrategias de intervención proactiva en salud mental con un manejo interdisciplinario y desde un enfoque multifactorial para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Por ello el objetivo del presente estudio es identificar las características de la población con intento suicida que consultaron o fueron remitidos a la Clínica San Juan de Dios en el periodo comprendido de Julio a noviembre de 2010.

Materiales y métodos

El presente estudio es descriptivo, se incluyeron 24 pacientes, que consultaron con intento de suicidio en la Clínica San Juan de Dios de Manizales (Manizales, Colombia) durante el periodo comprendido entre julio y noviembre

del año 2010 y que fueron remitidos al servicio de hospitalización de la clínica de depresión, ansiedad y suicidio. De los 24 pacientes 16 eran del género femenino y 8 del masculino, se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión solo los pacientes remitidos a la clínica de depresión, ansiedad y suicidio que presentaron intentos suicidas.

Los datos fueron recopilados por la psicóloga del equipo interdisciplinario de la clínica de depresión, ansiedad y suicidio y se analizaron las siguientes variables: edad (años), género (femenino, masculino), estado civil, orientación sexual (heterosexual, bisexual, homosexual), estrato socioeconómico⁷ (1-2-3-4-5-6), procedencia (rural, urbana), tipo de familia⁸ (unipersonal, nuclear, extensa, reconstituida, adoptiva, sin vínculos), escolaridad (ninguna, primaria, secundaria, universitaria), actividad (estudiante, hogar, jubilado, trabajador, desempleado), consumo de sustancias psicoactivas (sí, no, cuál(es)), dependencia alcohólica medida mediante cuestionario de Cage⁹ (no dependiente, indicio de dependencia alcohólica, dependencia alcohólica), una respuesta positiva para al menos dos preguntas se ve en la mayoría de los pacientes con alcoholismo, mientras que en las cuatro cuestiones se ve en aproximadamente el 50%, en comparación, alrededor del 80% de los sujetos no alcohólicos tiene una respuesta negativa a las cuatro preguntas¹⁰, este cuestionario ha sido validado en Colombia¹¹. Funcionalidad familiar medida con el apgar familiar¹² (buena función familiar, disfunción familiar leve, disfunción familiar moderada, disfunción familiar severa)^{13,14}, este instrumento ha sido validado en Colombia³⁷. Desesperanza medida con la escala de desesperanza de Beck¹⁵ (leve, asintomática, moderada, severa), se ha observado que un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida, esta escala ha sido validada en países como México¹⁶. Depresión, medida con el cuestionario de depresión de Beck¹⁷ (depresión moderada, grave, no depresión, depresión leve), el in-

ventario ha sido validado en países como Chile en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en 80 pacientes¹⁸. Riesgo suicida medido con la escala de riesgo suicida de R, Plutchik¹⁹, (no riesgo suicida, riesgo suicida), la puntuación de la escala oscila entre 0 y 15, cada respuesta afirmativa suma un punto, este cuestionario ha sido validado en población Española²⁰. Ansiedad medida con el inventario de ansiedad de Beck²¹ (baja, moderada, severa). Se analizaron también otras variables como: antecedentes familiares de enfermedad mental, antecedentes de intento de suicidio en la familia, intentos de suicidio previos, métodos utilizados, factores asociados a querer morir, diagnóstico de enfermedad mental.

En relación con los procedimientos estadísticos empleados, las variables numéricas se describieron por promedio y desviación estándar y las variables nominales por tablas de frecuencias. La base de datos y el análisis se elaboró empleando el programa Excel (Microsoft Corporation). Se respetaron todos los principios éticos y la confidencialidad de los pacientes, de igual manera se contó con la aprobación de la institución y se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes incluidos en el estudio, la encuesta fue anónima.

Resultados

Tal como se observa en la **tabla 1**, la mayor proporción de la población fue del género femenino en un 67%, la edad promedio fue de 28 años con una desviación estándar de 11 y el grupo de edad sobresaliente 20-29 años en un 33,3%. La mayoría de las personas son solteras (54%), heterosexuales en un 95,8%. El estrato socio-económico que más sobresalió fue el bajo (1-2) 54%. Con relación a la procedencia la mayoría pertenecían al área urbana 79,2%, de familia nuclear 66,7%. La escolaridad que predominó fue la secundaria con 58,3% con respecto a la actividad 41,7% reportaron ser trabajadores.

Tabla 1. Variables Socio-demográficas de los pacientes que participaron en el estudio de caracterización de la conducta suicida en la Clínica San Juan de Dios Manizales, de julio a noviembre de 2010

Variable	N	%
Género		
Femenino	16	67
Masculino	8	33
Edad		
Promedio	28	
Desviación Estándar	11	
20-29	33,3	
Estado Civil		
Soltero	13	54
Casados	6	25
Divorciados	3	12,5
Unión Libre	2	8,5
Orientación Sexual		
Heterosexual	23	95,8
Bisexual	1	4,2
Estrato Socioeconómico		
1-2 Bajo	13	54
3-4 Medio	9	37,5
5-6 Alto	2	8,3
Procedencia		
Urbana	19	79,2
Rural	5	20,8
Tipo de Familia		
Nuclear	16	66,7
Extensa	4	16,7
Unipersonal	4	16,7
Escolaridad		
Secundaria	14	58,3
Universitaria	8	33,3
Tecnológica	1	4,2
Primaria	1	4,2
Actividad		
Trabajador	10	41,7
Estudiante	8	33,3
Desempleado	3	12,5
Hogar	3	12,5

Como se evidencia en la tabla 2 70,8% de las personas que participaron en el estudio no consumen sustancias psicoactivas. Para medir dependencia alcohólica se utilizó la escala de CAGE dando como resultado que el 20,8% tienen dependencia alcohólica y el 16,7% indicio de dependencia alcohólica. Con relación a la

funcionalidad familiar 37,5% de la población presenta disfunción familiar leve. En cuanto a la desesperanza 45,8% tienen desesperanza leve.

Tabla 2. Variables relacionadas con enfermedad mental y funcionalidad familiar de los pacientes que participaron en el estudio de caracterización de la conducta suicida en la Clínica San Juan de Dios Manizales, de julio a noviembre de 2010

Variable	N	%
Consumo de Sustancias Psicoactivas		
No	17	70,8
Si	7	29,2
Dependencia Alcohólica (Cage)		
No dependiente	15	62,5
Dependencia Alcohólica	5	20,8
Indiciodo dependencia alcohólica	4	16,7
Funcionalidad Familiar (Apgar)		
Disfunción familiar leve	9	37,5
Disfunción familiar severa	6	25
Buena Función familiar	6	25
Disfunción familiar moderada	3	12,5
Desesperanza (Beck)		
Leve	11	45,8
Asintomática	9	37,5
Moderada	3	12,5
Severa	1	4,2
Depresión (Beck)		
Depresión Moderada	8	33,3
Grave	6	25
No depresión	6	25
Depresión Leve	4	16,7
Riesgo Suicida (Pluthick)		
Riesgo Suicida	18	75
No Riesgo Suicida	6	25
Ansiedad (Beck)		
Baja	15	62,5
Moderada	6	25
Severa	3	12,5

Con respecto a la depresión se utilizó la escala de depresión de Beck, resultando que un 33,3% tienen depresión moderada. Para medir el riesgo suicida se utilizó la escala de riesgo suicida de Pluthick encontrándose que el 75% de la población tienen riesgo suicida. Para Ansiedad se empleó la escala de Beck presentado el 62,5% ansiedad baja.

Tabla 3. Antecedentes de los pacientes que participaron en el estudio de caracterización de la conducta suicida en la Clínica San Juan de Dios Manizales, de julio a noviembre de 2010

Variable	N	%
Antecedentes Familiares		
Enfermedad mental	6	25%
Depresión	1	4,2%
Alzheimer	1	4,2%
Trastorno mental secundario	1	4,2%
Familiar con Trastorno Mental		
Abuelo	4	16,7%
Tío	2	8,3%
Antecedente de Intento suicidio en la Familia		
Si	6	25%
Abuelo	2	8,3%
Madre	2	8,3%
Hermano	2	8,3%
Hermana	1	4,2%
Características Personales Intento de Suicidio		
Intentos de suicidio		
1	15	62,5%
3	4	16,6%
5	3	12,5%
Método utilizado		
Instrumento corto punzante	12	50%
Envenenamiento	11	45,8%
Intoxicación	10	41,7%
Factores asociados a querer morirse		
Problemas de pareja	16	66,7%
Problemas económicos	9	37,5
Diagnóstico de Enfermedad Mental		
No	19	79,2%
Si	5	20,8
Número de personas que habitan la vivienda		
5	7	29,2%
4	6	25%
Niños que habitan la vivienda		
Si	21	87,5%

Como se muestra en la **tabla 3**, con relación a los antecedentes familiares de los participantes en la investigación, 25% tienen antecedente de algún familiar con enfermedad mental, en donde el 16,7% era el abuelo. Específicamente para antecedentes de intento de suicidio en la familia se evidenció que el 25% si lo presentan.

Con respecto a las características personales de intento de suicidio 63,3% de la población

reportó haberlo intentado 1 sola vez. El método más utilizado fue instrumento cortopunzante en un 50%. Con respecto a los factores que se asocian al querer morirse el 66,7% de la población reportó por problemas de pareja, algunas personas asocian varios factores. 79,2% de población reportó no conocer tener un diagnóstico de enfermedad mental.

100% de las viviendas cuentan con servicios públicos y en el 29,5% de la población se evidenció que el número de personas que habitan la vivienda son 5, en el 25%.

Discusión

La problemática del suicidio se debe abordar desde diferentes ópticas, teniendo en cuenta que sus causas son multifactoriales:

La funcionalidad familiar, los trastornos mentales, la genética, los antecedentes de suicidio en la familia, el género, la edad, el estado civil, el estrato socioeconómico, la escolaridad, etc. son algunos de los factores que influyen de manera determinante en dicha conducta.

Existen factores de riesgo psicológico que influyen, tales como conflictos de pareja, pérdidas, y cambios en las relaciones interpersonales, la desesperanza aprendida. También familias disfuncionales, maltrato o abuso sexual infantil, sentimiento de soledad y conductas autodestructivas. De manera contraria están los factores protectores del suicidio como son las buenas relaciones interpersonales, aquellas personas que cuentan con cohesión familiar, alto grado de involucramiento mutuo, intereses compartidos y apoyo emocional²².

Un estudio como el presente aporta a la identificación de las características de los pacientes que han presentado algún intento suicida y que se encuentran con atención intrahospitalaria debido a su autoagresión, para de esta manera conocer su perfil y poder generar estrategias preventivas en la conducta suicida, puesto que varios de ellos presentan intentos de suicidio recurrentes.

Se encontró que la mayoría de personas son del género femenino (67%), igual a lo encontrado por González y colaboradores²³ en México en el 2002 en donde la prevalencia en mujeres fue de 12,1% y en hombres de 4,3%, lo que representa una proporción de tres mujeres por cada hombre. Esto difiere con lo encontrado en el estudio de Chávez y colaboradores²⁴ en la misma ciudad en el 2004 en donde la proporción era más alta en los hombres. En Bogotá Colombia Sánchez²⁵ y colaboradores en el 2004 muestran que los suicidios son más frecuentes en hombres en una relación aproximada de tres hombres por una mujer.

En cuanto a la edad, el promedio se ubicó en 28 años lo que concuerda con estudios como el realizado en Yucatán por Ramírez en el 2001²⁶ en donde determina que la población que más se suicida en México está entre los 15 y 34 años, y el estudio de Juárez²⁷ et al en donde la mayor incidencia fue en edades entre 15 y 36 años, resultó menor a lo registrado en la comunidad Europea, en donde la incidencia de suicidio fue en personas entre los 25 y 35 años, sin mucha diferencia con lo encontrado en Colombia por Posada y colaboradores en el 2003²⁸, en donde se evidenció que la edad es un factor de riesgo y es consistente con las tendencias recientes el altísimo incremento de tasas de suicidio entre los 30 y 40 años de edad. México DF está entre las ciudades en donde más estudios se encontraron con relación al suicidio en Latinoamérica. El estado civil que más sobresalió fueron los solteros en un 54% análogo al estudio de Ramírez⁴ en donde el 41,7% eran solteros y 46,1% solteras. En Colombia estudios como el de Londoño en el 2009²⁹ demuestran que la mujer se queda más en el plano del intento sin llegar a la consumación del acto suicida, diferente al hombre que es más proclive al paso al acto. De la misma manera Campo³⁰ y colaboradores en Colombia dicen que se espera un comportamiento agresivo y autoafirmado del hombre (machismo), y, en las mujeres un comportamiento delicado y no agresivo (marianismo).

En el presente estudio 33,3% eran universitarios. Con relación a los universitarios Taliaferro y colaboradores³¹ dicen en su investigación en el año 2009 que el suicidio es la segunda causa de muerte en estudiantes universitarios, entre los 18 a 24 años se producen casi 1100 suicidios anualmente en Estados Unidos. Por cada 12 estudiantes uno ha hecho plan suicida. Con relación al desempleo solo un 12,5% de la población reportó estar desempleado.

Un 25% de la población dijo tener antecedentes familiares de enfermedad mental, entre los factores genéticos y familiares, es importante la historia familiar de suicidio, de enfermedades mentales y de consumo de sustancias, son factores de riesgo. Tanto por efectos genéticos como ambientales, la tasa de suicidio es más del doble en familiares de suicidas en comparación con familias no donde no existe el antecedente³². De manera contraria se encontró en estudio en México DF en el 2006 que la conducta suicida no es necesariamente hereditaria, está demostrado que contribuye a una herencia donde se predispone a la psicosis; interviene también la constitución mental: la emotividad, la impulsividad, labilidad, dominancia afectiva, entre otras presentes en los individuos. En el interior de las familias se encuentran, en ocasiones, las razones de la depresión, pero es un hecho que la familia misma puede establecerse en el mejor terapeuta del depresivo³³.

En cuanto a los intentos de suicidio previos, en el presente estudio, 62,5% indicaron haber tenido un solo intento. El hecho de haberlo intentado una vez se convierte en factor de riesgo para futuros intentos.

Entre los métodos más utilizados se encontró el instrumento cortopunzante (50%), envenenamiento (45,8%), intoxicación (41,7%), anotando que en varios intentos se pueden utilizar diferentes métodos a la vez. Esto es análogo a lo encontrado por Campo⁹ y Col en el 2003, quienes dicen que los métodos suicidas más empleados comúnmente incluyen ahorcamien-

to, sofocación y sumergimiento, instrumentos cortantes y punzantes, salto de altura, uso de armas de fuego, envenenamiento mediante sustancias sólidas o líquidas, con variaciones locales reflejando características culturales, disponibilidad, edad, sexo, significado, ritual, imitación, etc. En cuanto a los métodos suicidas más utilizados en las mujeres uno de ellos es el de envenenamiento por ingestión de sustancias, los hombres recurren a métodos más violentos¹². Según Medicina Legal, los métodos empleados en los suicidios consumados son los siguientes: el 44% tóxicos, el 33% por armas de fuego, el 16% por ahorcamiento y el 7% restante por otras causas³⁴.

En relación a los factores asociados a querer morir en este estudio la mayor proporción se da por problemas de pareja (66,7%) y problemas económicos (37,5%). Resultados parecidos los encontrados por Rosello y colaboradores³⁵ en el 2004, en relación con la familia, rompimiento con el novio/a (40%), dificultades con algún miembro de la familia (36%) y muerte de un familiar o amigo/a (35%) son factores de riesgo mayores para suicidio. Chávez, Pérez, Macías y García³ mencionan en su investigación realizada en México en el 2004, la pérdida de algún familiar, la presencia previa de una historia de suicidio en la familia, problemas de salud mental en la familia, así como factores económicos, lo que es similar a lo encontrado en este estudio.

Con respecto a los trastornos mentales, 79% de la población indicó no tener ningún diagnóstico de enfermedad mental lo que difiere con lo encontrado por Vencesla y Moriana³⁶ en investigación realizada en el 2002 en España, donde demostraron que los trastornos psiquiátricos más frecuentes dentro de los antecedentes familiares son los problemas afectivos y las toxicomanías e indican la proliferación de diversas psicopatologías en el núcleo familiar al que pertenece la persona que realiza el intento.

Se encontró que 70,8% no consumen sustancias psicoactivas, y un 20,8% presentan

dependencia alcohólica. En estudios como el de Gutiérrez y colaboradores en México DF en el 2006¹⁵ mencionan que en general el abuso de drogas adictivas conlleva a alto riesgo de ideación suicida, aproximadamente un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol, una décima parte de alcohólicos mueren por suicidio y un tercio de quienes habían intentado suicidio consumieron alcohol dentro de las seis horas previas al intento, en ellos se encuentran añadidos otros trastornos, particularmente la depresión asociada a conducta agresiva. Concuerta con el presente estudio lo relacionado con la dependencia alcohólica.

En factores de riesgo como la disfunción familiar 37,5% presentaron disfunción familiar leve y 25% severa esto se relaciona con lo encontrado por Toro y colaboradores en el 2009³⁷ en su estudio en donde muestran como la conducta suicida se encuentra asociada a los diversos conflictos familiares y a la existencia de familias disfuncionales; las cuales representan la base del problema, debido a que tener una familia comprensiva, jerarquizada, con buena comunicación, con existencia de límites claros le permite a las personas tener un factor protector ante la problemática.

En cuanto a otros factores de riesgo: 45,8% presentan desesperanza leve y 12,5% moderada, 33,3% puntuaron depresión moderada y 25% grave, lo que se relaciona con lo encontrado por Campo, Roa, Pérez et al en Colombia en el 2003⁹, quienes evidencian que la totalidad de los menores de la muestra de su estudio presentan un trastorno mental y alrededor del 60% de ellos sintomatología depresiva, en especial correlación con los trastornos afectivos. Se identifican como factores precipitantes de suicidio los sentimientos de tristeza y aburrimiento en el 25% de los menores, alguna modalidad de abuso alrededor del 20%, y en un 25% algún tipo de evento vital estresante, en especial relaciones intrafamiliares conflictivas, pocas herramientas para la solución de problemas.

En trastornos mentales como la depresión que es una entidad que se constituye un predictor de suicidio, en el deprimido se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro y por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, una pérdida de control, es decir su desesperanza. Así está ausente la motivación para dar respuesta a lo cotidiano y concurren déficits cognoscitivos que interfieren con su nuevo aprendizaje por el abatimiento motriz y emocional, acompañado de ansiedad³⁸. En el presente estudio 62,5% muestra ansiedad baja, 25% moderada.

En el 75% de la población prevalece el riesgo suicida, se podría concluir que el riesgo es alto, como ya se dijo anteriormente predominan factores de riesgo psicológicos que incluyen conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones interpersonales y la desesperanza aprendida, familias disfuncionales, maltrato, sentimiento de soledad y conductas autodestructivas.

Se recomienda continuar realizando trabajos de investigación en la institución que aporten a la prevención de la conducta suicida y que se hagan extensivos a la comunidad en general, para que se aporte a otras instituciones de salud, y se trabaje por la educación en esti-

los de vida saludables que estén enfocados hacia la salud mental de todos los integrantes del grupo familiar, puesto que las relaciones familiares son muy influyentes en este tipo de conductas. De igual manera el manejo que se dé desde lo cognitivo-conductual por parte de los terapeutas es indispensable para el cambio de pensamientos, sentimientos y acciones que conlleven a actitudes más equilibradas.

La única dificultad en el estudio fue el tamaño de la población puesto que solo se trabajó con los pacientes de la clínica de depresión, ansiedad y suicidio, se sugiere para próximos estudios tener en cuenta las otras clínicas de la institución para poder realizar análisis comparativos.

Agradecimientos

Las autoras de la investigación manifiestan un especial agradecimiento a la Dra. Alexandra Valderrama Subdirectora Científica de la Clínica San Juan de Dios, así como con el Comité de Ética y los colaboradores de la institución por el apoyo prestado durante la investigación.

Conflictos de interés: ninguno declarado.

Literatura citada

- 1 Jiménez A, González C. **Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente.** *Salud Mental* 2003; 26 (06): 35-46.
- 2 Tuesca R, Navarro E., **Factores de Riesgo Asociados al Suicidio e Intento de Suicidio.** *Salud Uninorte* 2003; 17: 19-28.
- 3 Varela A, Castillo E, Isaza M, Castillo A. **Intento Suicida- Vigilancia Epidemiológica.** Cali: Grupo de Salud Mental, Secretaria de Salud Pública Municipal; 2008.
- 4 Palacios X, Barrera A, Ordoñez M, Peña M. **Análisis Bibliométrico de la Producción Científica sobre Suicidio en Niños en el periodo 1985-2005.** *Av Psicol Latinoam* 2007; 25(2): 40-62.
- 5 Quintanilla R, Veladez I, Vega Julio, Flórez L. **Personalidad y Estrategias de Afrontamiento en sujetos con Tentativa Suicida.** *Psicología y Salud* 2006; 16(2): 139-147.
- 6 González C, Berenzon s, Tello A, Facio D, Medina M. **Ideación Suicida y Características Asociadas en Mujeres Adolescentes.** *Salud Pública Mex* 1998; 40(5): 430-437.
- 7 Mina L. **Estratificación Socioeconómica como Instrumento de Focalización.** *Economía y Desarrollo* 2004; 3(1):53-67.
- 8 Luegno T, Román J. **Estructura Familiar y Satisfacción Parental.** España: Universidad de Valladolid; 2003.
- 9 Rodríguez A, Navarro R, Venicoc R. **Validación de los cuestionarios KFA (CBA) Y CAGE para diagnóstico del alcoholismo.** *Drogacohol* 1986; 11: 132-139.

- 10 Ewing J. Detecting alcoholism. **The Cage Questionnaire**. *JAMA* 1984; 252 (14): 1905-1907.
- 11 Campo A, Barrios J, Rueda G. **Propiedades Psicométricas del Cuestionario Cage para consumo Abusivo de Alcohol, Resultados de 3 Análisis**. *Rev Colomb Psiquiatr* 2009; 38 (2): 294-303.
- 12 Arias L, Herrera J. **El Apgar Familiar en el Cuidado Primario en Salud**. *Colom Med* 1994; 25(1): 26-28.
- 13 Tieska R., Borda M. **Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo**. *Gac Sanit* 2003; 17(4): 302-308.
- 14 Forero-Ariza LM, Avendaño-Duran MC, Duarte-Cubillos ZJ, Campo-Arias A. **Consistencia Interna y Análisis de factores de la escala Apgar Para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria**. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006; 35 (1):23-29.
- 15 Aliaga J, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. **Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y Características Psicométricas**. *IJPSI* 2006; 9 (1): 69-79.
- 16 Morales C, Sanchez O. **Funcionalidad de dos Escalas de Desesperanza de un Centro de Prevención y Readaptación Social**. México: Universidad Autónoma de San Luis de Potosí; 2009.
- 17 Chacón V, Muñoz A, Rivas J, Miranda C. **Descriptive Study of the Prevalence of Depression in Patients with Epilepsy from the Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) and Liga Contra la Epilepsia (LCE) in Cali, Colombia**. *Rev Colomb Psiquiatr* 2007;36(1): 31-40.
- 18 Ruiz A, Silva H, Miranda E. **Diagnóstico Clínico y Psicométrico de la Depresión en Pacientes de Medicina General**. *Rev Med Chile* 2001; 129 (6): 627-633.
- 19 Nimeus A, Alsen M, Traskman L. **La Escala de Evaluación de Suicidio. Un Instrumento que Evalúa el Riesgo de Suicidio en Personas que han Intentado Quitarse la Vida**. *Eur Psychiatry Ed Esp* 2001; 8: 54-62.
- 20 Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado M, Marín J, et al. **Validación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en Población Española**. *Arch Neurobiol* 1998; 61(2): 143-52.
- 21 Beck AT, Steer RA. **Manual for the Beck Anxiety Inventory**. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
- 22 Pérez I, Rodríguez E, Dussan M. **Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005**. *Salud Pública Mex* 2007; 9 (2): 230-240.
- 23 González C, Villatoro J, Alcantar I, Medina E, Bautista C, et al. **Prevalencia de Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000**. *Salud Mental* 2002; 25(6):1-12.
- 24 Chávez A, Perez R, Macias L, Paramo D. **Ideación e Intento Suicida en Estudiantes de Nivel Medio Superior de la Universidad de Guanajuato**. *Acta Universitaria* 2004; 14 (3): 12-20.
- 25 Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. **Características de los Suicidas en Bogotá 1985-2000**. *Salud Pública (Bogotá)* 2004; 6(3): 217-234.
- 26 Ramírez L. **Mujeres de Yucatán y Mérida**. México: ed. UADY; 2001.
- 27 Juárez R, Castillo J, Villar S, Jiménez Santos, et al. **Depresión y Riesgo de Suicidio: Posibles Indicadores Bioquímicos en Pacientes Psiquiátricos con Intento de suicidio en el Sureste de México**. *Universidad y Ciencia* 2005; 21(41):1-9.
- 28 Posada J, Rodríguez M, Duque Patricia, Garzón Alexandra. **Prevalencia y Factores de Riesgo de Comportamientos Relacionados con Suicidio en el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003**. *NOVA* 2007; 5(7):1-100
- 29 Londoño C. **Construcción de Género y Suicidio Femenino: Una Perspectiva Simbólica**. *Poesis* 2009; 17:1-6.
- 30 Campo G, Roa J, Pérez A, Salazar O, Piragauta C, López L, et al. **Intento de Suicidio en Niños Menores de 14 Años Atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali**. *Comedica* 2003; 34 (1):9-16.
- 31 Taliaferro L, Rienzo-Barbara A, Pigg Jr M, Miller D, J. Dodd V. **Spiritual Well-Being and Suicidal Ideation Among College Students**. *J OF ACH* 2009; 58(1):83-89.
- 32 Runenson B, Asberg M. **Family History of Suicide among suicide victims**. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1525-1527.
- 33 Cerda P. **El Suicidio en Nuevo León, Un Perfil Psicosocial**. *Ciencia UANL* 2006; 9(2): 116-121.
- 34 Barón O. **Adolescencia y Suicidio**. *Psicarib* 2000; 6: 48-69.
- 35 Roselló, Berríos, **Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida de estresante y autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños**. *Rev Interamer Psicolog* 2004; 38(2):295-302
- 36 Venceslá J, Moriana J. **Conducta autolítica y parasuicida. Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural**. *Asoc Esp Neuropsia* 2002; 84: 49-64.
- 37 Toro G, Diana C, Paniaguay S, González P, Carlos M, Montoya G. **Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín**. *Salud Pública (Bogotá)* 2009; 27 (3):303-308.
- 38 Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R. **El Suicidio conceptos Actuales**. *Salud Mental* 2006; 29 (5):66-74.