

**CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS QUE COMETIERON SUICIDIO EN
EL DEPARTAMENTO DEL CESAR EN LOS AÑOS 2008, 2009 Y 2010**

Margarita María Pacheco Puerto

**Propuesta de investigación para optar al título de Especialista en promoción
de la Salud Mental, prevención de la violencia y la farmacodependencia**

**Asesor
Laura del Pilar Cadena Afanador. MD, MSP
Profesora facultad de ciencias humanas y de la salud.
Programa de Medicina.**

**Universidad Autónoma de Bucaramanga
Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud
Programa de Medicina
Bucaramanga
2011**

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	
1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	7
2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	8
3. FACTORES ASOCIADOS	12
3.1 Factores psicológicos	12
3.2. Factores demográficos	13
4. MÉTODOS SUICIDAS	14
5. OBJETIVOS	15
5.1. Objetivo General	15
5.2. Objetivos Específicos	15
6. DISEÑO METODOLOGICO	15
6.1 Tipo de estudio	15
6.2 Población	15
6.3 Procedimiento	16
6.4 Instrumento	16
6.5 Procesamiento de la información	17
6.6 Consideraciones éticas	17

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Variables de la encuesta del estudio	16
Tabla 2. Resultados esperados	18
Tabla 3. Presupuesto	18
Tabla 4. Cronograma	19

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. CUESTIONARIO DE INDICADORES DE RIESGO PARA EL SUICIDIO	Pág. 20
---	------------

GLOSARIO

Suicidio: es el acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte a sí mismo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ENSM: Estudio Nacional de Salud Mental.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS QUE COMETIERON SUICIDIO EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR EN LOS AÑOS 2008, 2009 Y 2010

Margarita María Pacheco Puerto
Trabajadora Social

RESUMEN

Antecedentes: Teniendo en cuenta que el suicidio es un fenómeno que ha venido creciendo a nivel mundial y específicamente en el Departamento del Cesar, se evidencia la necesidad de tener un acercamiento real de este fenómeno. *Objetivo:* Investigar los factores asociados y las características personales y sociales de las personas que cometieron suicidio en el Departamento del Cesar entre los años 2008 a 2010. *Método:* Se realizará un estudio descriptivo y retrospectivo en donde se analizarán los factores asociados a los suicidios en las 144 personas que cometieron suicidio del Departamento del Cesar en los años 2008, 2009 y 2010. *Resultados esperados:* Es importante poder identificar la tendencia del suicidio en el Departamento del Cesar, según tasa, género, edad, estructura familiar, nivel educativo, y lugar de residencia con el propósito de que sea el insumo para futuras políticas de Salud Mental en el Departamento.

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada, considerado como una expresión del sufrimiento, una falsa salida de los problemas y un escape a la desesperanza. (1) Es un problema multifactorial que sigue un curso más o menos definido; en algunos casos, su objetivo es diferente a la pérdida de la vida como tal, pues la meta puede ser llamar la atención, acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad.

Actualmente alrededor de un millón de personas se suicidan al año en el mundo. Comparando las edades más frecuentes para cometer suicidio, se ha visto un cambio en las últimas décadas, ya que a mediados del siglo XX, el 60% de suicidas eran mayores de 45 años, mientras que en el año 2000, el 55% de los suicidas se encontraban entre los 15 y 45 años. (2)

El Suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte violenta en el mundo; y la cuarta en Colombia, según datos obtenidos a través del Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) del 2003 en Colombia, la prevalencia de intento suicida alguna vez en la vida es de 4.9% y de ideación suicida alguna vez en la vida es de 12.9%, siendo mayor la frecuencia en el grupo comprendido entre los 30 y 44 años; la edad promedio para la ideación como para el intento de suicidio está entre los 18 a 29 años. Ministerio de la Protección Social de Colombia. (3)

En Colombia según las estadísticas del Instituto nacional de Medicina Legal para el año 2008 se presentaron 1673 suicidios para el 2009 fueron 1.845 y para el 2010 fueron 1.864 personas que decidieron quitarse la vida. . En el Cesar para el año 2010 la tasa de suicidio fue de 4.24 y aunque no es superior a la nacional si se debe tener en cuenta su permanencia en el sistema. (4)

No obstante las cifras alarmantes, hay que tener en cuenta que en Colombia existe un sub registro por la falta de un sistema de información consolidado, y la mala clasificación de los suicidios, ya que algunos casos son considerados como accidentales, intoxicaciones exógenas o heridas cortantes.

Todo este fenómeno es un grave problema de salud pública, no sólo por la magnitud, sino también por el impacto en la vida de los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad. Los costos directos e indirectos que implica un suicidio son de miles de millones de dólares, según ha señalado la OMS. (5)

Por lo tanto es necesario que el Estado retome su función social donde se establece la dignidad de la persona y la protección de los derechos humanos que se desprenden del concepto de lo social, donde los fines del gobierno colombiano

no deben ser otros que los del bien a la comunidad; se deben poner en marcha programas de prevención y tratamiento, así como destinar el presupuesto necesario para que los organismos estatales existentes puedan cumplir con su función teniendo en cuenta que el suicidio es, en gran medida prevenible.

En el Departamento del Cesar se carece de estudios previos que hayan enfocado en su conjunto, la necesidad de una investigación que caracterice a la población suicida, y teniendo en cuenta que el fenómeno se ha venido presentando en aumento, se considera de gran importancia conocer dicha caracterización así como el comportamiento de los factores de riesgo que incidieron sobre las personas que presentaron suicidio en los años 2008, 2009 y 2010 lo cual servirá de soporte para la implementación de planes de promoción de la salud mental y prevención del suicidio para la población más vulnerable.

Por lo tanto se plantea como interrogante de esta investigación: ¿Cuáles son las características de las personas que cometieron suicidio en el Departamento del Cesar entre los años 2008, 2009 y 2010?

Otras preguntas del estudio son: ¿Cuáles son las características de las personas que cometieron suicidio en el Departamento del Cesar en los años 2008, 2009 y 2010? ¿Cuáles fueron los métodos más utilizados por las personas que cometieron suicidio en el Departamento del Cesar en los años 2008, 2009 y 2010?

La investigación permitirá identificar los fenómenos particulares de las personas que cometieron suicidio en el Departamento del Cesar con el fin de poder diseñar un programa integral de promoción de la salud y prevención del suicidio en el Departamento, que se ajuste a las necesidades, características y dificultades visualizadas con esta investigación. Así mismo, los resultados de esta investigación, serán la línea base que servirá de insumo necesario para estimar el impacto de dichas acciones.

2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, variando sus características según la cultura y el régimen social del medio. Desde las civilizaciones más antiguas existen datos que revelan su incidencia, pero en la edad media se observa una caída de este evento. En el renacimiento el suicidio se presentó de manera variable, aumentaba y disminuía según el periodo, siendo muy notable durante el romanticismo llamado “Mal del siglo”; donde persisten las sanciones religiosas y de nuevo aparece en el siglo XVIII con una postura permisiva y positiva, en el siglo XIX comienza la era moderna con el enfoque sociológico de Durkheim quien lo define como la muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma,

sabiendo que debía producir ese resultado. Define el suicidio en tres tipos: **a) Suicidio egoísta:** Se refiere a un bajo grado de integración social. **b) Suicidio altruista:** Se da cuando la integración social es demasiado fuerte. (Enfermos desahuciados, militares derrotados) **c) Suicidio anónimo:** Se produce cuando existe en el individuo una desorientación en cuanto a saber qué es lo apropiado y que no lo es. O sea cuando la regulación normativa es muy baja. (Ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos de vida). En el siglo XX se crean los primeros registros estadísticos, llegando al siglo XXI con un crecimiento acelerado en muchas sociedades y países, entre ellos Colombia, en donde aspectos como la soledad, el abandono, la desesperación social, la falta de expectativas y las adicciones entre otros fenómenos, están llevando a miles de personas a renunciar a la vida. (6)

La OMS plantea que “el suicidio es todo acto por el que el individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención de morir, o el grado de intención letal o del conocimiento del verdadero móvil” (1)

El comportamiento suicida es un problema multifactorial que sigue un curso más o menos definido; en algunos casos, su objetivo es diferente a la pérdida de la vida como tal, pues la meta puede ser llamar la atención, acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad. (7) Otras causas son 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 estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio. En los adolescentes se plantea que la depresión es la principal causa de suicidio entre personas de los 15 a los 19 años de edad. (8)

El suicidio a nivel mundial ha venido aumentando específicamente entre las edades de 15 y 24 años y Colombia no se aparta de esta tendencia, pero después de los 60 años vuelve a observarse un incremento en las tasas y esto sí es preocupante ya que aunque las tasas se sostienen la población más vulnerable son los jóvenes y los adultos mayores. Por otra parte, según el Instituto Nacional de Medicina Legal, son muchos más los suicidios masculinos que femeninos, en proporción de uno a cuatro; aunque las tentativas de suicidio, la proporción se invierte. (4) Entre las motivaciones para consumir el suicidio esta en primer lugar los conflictos de pareja o expareja, seguido de las dificultades económicas y como tercera causa por los problemas de desamor. (9)

En China las mujeres se están suicidando a un ritmo alarmante, la tasa es de 30 por cada 100.000 habitantes, el análisis estadístico demuestra que aporta el 40% de los suicidios de todo el mundo. Mientras en el mundo Occidental se suicidan preferiblemente los hombres, en proporción de 4 a 1, en China la mayoría de los suicidios corresponde a las mujeres en igual proporción. Si bien la tasa en la China es alta, también es en otros países de Asia como son los casos de Sri Lanka, Hong Kong y Taiwán, tanto que la región se ha ganado el nombre de “cinturón de suicidios” [\(10\)](#) En Inglaterra, Estados Unidos y Australia oscilan de 8 a 12 por 100.000 habitantes, en África es de 3.1 suicidios por cada 100.000 habitantes [\(11\)](#) y en América Latina el promedio es de 5.1 suicidios por 100.000 habitantes [\(12\)](#)

Cuba es uno de los países con mayor tasa de suicidio, según el estudio de Maida Dónate-Armada en 1984, el cual indicó que la tasa de suicidio en la isla casi se triplicó entre 1969 y 1982 de 8 por a 23.2 por cada 100.000 habitantes. Dónate estima la tasa actual de suicidio en Cuba es de más de 20 por 100.000, lo que representa unas 2.500 muertes anuales entre 11 millones de habitantes. Eso pondría a la isla muy por delante del promedio en América Latina, donde las tasas de suicidio están entre el 8 y el 12 % por cada 100.000 personas [\(13\)](#)

En Colombia se han realizado varios estudios sobre la situación de la Salud mental como el “Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 que hace parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental OMS-Harvard y aplica los criterios diagnósticos más actualizados a nivel mundial, permite contar con los indicadores actualizados y confiables en el tema como: Prevalencia de cualquier trastorno mental: En la vida 40.1%, en los últimos 12 meses 16%, en los últimos 30 días 7.4%. Trastornos más frecuentes alguna vez en la vida: Trastornos de ansiedad 19.3%, trastornos del estado del estado de ánimo 15%, trastorno por uso de sustancias 10.6%. Prevalencia de intento de suicidio: Intento de suicidio alguna vez en la vida 4.9%, intento de suicidio en el último año 1.3%. Ideación Suicida comportamiento por sexo: Sexo masculino 12.1%, sexo femenino 12.5%. Intento de suicidio alguna vez en la vida por sexo: Sexo masculino 4.9%, sexo femenino 4.9%. [\(3\)](#)

En 1999 la OMS lanzó una iniciativa a escala mundial SUPRE con la intención de reducir la creciente mortalidad y morbilidad asociada a comportamientos suicidas estableció una escala para definir cuando un país tiene una tasa alta o baja de suicidio; entre 0 y 6,5 suicidios por cada 6.000 habitantes, es considerada como baja. De 6.6 hasta 13, media y de 13.1 en adelante alta. [\(14\)](#) Según esto se ratifica que Colombia está en la categoría de tasa baja de suicidio, ya que no ha superado la barrera de 6.5; junto con la mayor parte de Latinoamérica.

En la investigación de las tendencias del suicidio en Colombia entre los años 1985 a 2002 se observó un aumento considerable en las tasas de suicidios a partir de 1998, particularmente en la población de adultos jóvenes y en hombres. Las tasas más altas en los hombres se observaron en los grupos de 20 a 29 años y de mayores de 70, con un incremento en el tiempo. En las mujeres, las tasas más altas se registraron en el grupo de 10 a 19 años. La proporción de AVPP por suicidios aumentó de 0,81% en 1981 a 2,20% en 2002. En los hombres, los principales mecanismos de lesión fueron las heridas por armas de fuego y explosivos, el ahorcamiento y el envenenamiento, con un aumento relativo del ahorcamiento, mientras que en las mujeres fue el envenenamiento. (15)

Con relación a los adolescentes con aislamiento social, trastornos de ansiedad y uso de sustancias psicoactivas tienen riesgo de imitación si el suicidio lo comete un amigo, según lo demuestra el estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes (16)

En Colombia el suicidio ha tenido cambios “desde el año de 1996 hasta el año de 1999, las tasas del suicidio tuvieron un incremento evidente, partiendo de una tasa de 4.2 en 1996 hasta llegar a 5.26 en 1999. A partir del 2000 las tasas han empezado a disminuir de manera importante y entre 2008 y 2009 se observa un incremento muy pequeño comparativamente con lo observado con los dos años anteriores. (17)

Según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal las personas más afectadas por la presencia de casos suicidas son los adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato en la niñez, depresión, trastornos psiquiátricos y el consumo de sustancias psicoactivas. El Suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte violenta en el mundo; y la cuarta en Colombia. En el último siglo la proporción de suicidios se incrementó en el mundo 5 veces, siendo el periodo más crítico los últimos 50 años, en los cuales creció 4 veces de las cinco veces señaladas. (18)

En Colombia según las estadísticas del Instituto nacional de Medicina Legal para el año 2008 se presentaron 1673 suicidios para el 2009 fueron 1.845 y para el 2010 fueron 1.864 personas que decidieron quitarse la vida por problemas dentro de las relaciones de pareja o con su ex pareja, por dificultades económicas o por presencia de enfermedades tanto físicas como mentales. El día que más se matan sigue siendo el domingo después de las 6:00 de la tarde, también se encontró que los jóvenes de entre 20 y 24 años son los más propensos al suicidio y que Quindío, Boyacá, Huila, Caldas y Risaralda tienen las cifras más altas. (4)

En el segundo estudio de Salud mental del adolescente realizado en Medellín se concluyó que uno de cada cuatro adolescentes “alguna vez ha pensado

seriamente en suicidarse”, más de trece de cada cien “alguna vez ha realizado un plan para suicidarse”, 14,4 % “alguna vez ha intentado suicidarse” y requirió atención médica o atención en salud por este evento” [\(19\)](#)

3. FACTORES ASOCIADOS

El suicidio debe ser considerado como un hecho de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que según los conocimientos actuales son expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto a su medio, provocado por una situación conflictiva actual o permanente, que genera un estado de tensión emocional. [\(19\)](#)

Existen múltiples teorías que intentan describir las características del suicidios, sin embargo, como es multifactorial, la mejor forma de describirlo es identificando todos los posibles factores que intervienen en él. A continuación se describen algunos:

3.1 Factores psicológicos

Dentro de las características psicológicas con mayor impacto están la baja autoestima; la agitación extrema, en la cual la persona se encuentra muy tensionada y no discierne claramente; las decisiones intelectuales se transforman en decisiones impulsivas de orden afectivo: “El dolor de ellos es más superable que el que yo tengo ahora”. Y la visión de túnel, que no permite que la persona vea otras opciones de solución diferente a la muerte. Estos tres elementos conforman el “Triángulo letal de Schneiderman” y son síntomas característicos que acompañan a la persona cuando está a punto de cometer suicidio. [\(20\)](#)

En Colombia en el año 2003, el Ministerio de la Protección social realizó la Encuesta Nacional sobre Salud Mental y ésta mostró cómo al menos el 40% de los colombianos ha tenido alguna vez en la vida un trastorno mental. De estos trastornos los más frecuentes son los de ansiedad (19,3%), los afectivos (15%) y los relacionados con el consumo de sustancias (10,6%) [\(21\)](#)

a) Trastornos del afecto: Dentro de los trastornos del afecto el episodio depresivo mayor presentó una prevalencia de vida de 8,6% en los hombres y de 14,9% en las mujeres; la distimia, una prevalencia de vida de 0,6% en los hombres y de 0,7% en las mujeres, y el episodio maniaco, una prevalencia de vida de 2,1% en los hombres y 1,5% en las mujeres [\(21\)](#)

b) Trastorno depresivo: Este trastorno se asocia con el suicidio. Se aumenta la posibilidad cuando el paciente está deprimido. Los avances psicofarmacológicos, han reducido el riesgo en estos pacientes. Se suicidan

más pacientes al inicio de la enfermedad. Trastornos de ánimo entre el 20 y el 15 % de la población sufre de ellos, pueden ser generados por problemas en la casa, problemas con la pareja o una precaria situación económica, dichos problemas pueden llevar a una persona al suicidio, otra de las causas es el estrés, toda esa carga, esa presión del trabajo o el estudio según el caso pueden llevar a cometer el suicidio. [\(21\)](#)

- c) **Esquizofrenia:** El riesgo suicida es alto, aproximadamente un 50% de estos pacientes intenta suicidarse por lo menos una vez en su vida y de un 10% a un 15% mueren por suicidio consumado. La edad de comienzo de la esquizofrenia es típicamente en la adolescencia o en la edad adulta temprana y la mayor parte de los pacientes cometen suicidio durante su primer año de la enfermedad. [\(21\)](#)
- d) **Dependencia al alcohol y otras sustancias:** En Colombia, la violencia es la principal causa de muerte y el consumo de sustancias psicoactivas se considera un grave problema de salud pública nacional y mundial, que repercute tanto en el sector social, económico, político como indudablemente en el de salud. Esta problemática es muy marcada en los jóvenes en quienes los problemas de violencia coexisten con la drogadicción formando una mezcla explosiva que puede llegar a ser un factor desencadenante de situaciones tan dramáticas y fatales como el homicidio, el suicidio y los accidentes de tránsito. En 47.4% de los suicidios se encontró evidencias de sustancias psicoactivas siendo muy variadas las drogas utilizadas. La tercera parte de las muertes violentas ocurridas en Cali se asociaron con el consumo de sustancias psicoactivas. Sin lugar a dudas es un llamado de atención para implementar medidas preventivas que enfrenten este problema de salud pública que interesa a todos los sectores. [\(22\)](#)
- e) **Trastorno de ansiedad:** El riesgo de comportamientos relacionados con suicidio es mayor entre trastornos del estado de ánimo, seguido por el trastorno de consumo de sustancias y trastornos de ansiedad, según el ENSM. [\(21\)](#)

3.2. Factores demográficos

- a) **Edad:** Al diferenciar por grupos de edad, se evidenció que las mayores prevalencias de vida para la conducta suicida se encuentran entre los 30 y los 44 años y que la prevalencia de años más alta para la conducta suicida se encuentra entre los 18 y 29 años de edad [\(21\)](#)
- b) **Género:** En la mayoría de los países los varones cometen más suicidios que las mujeres, en una proporción que varía de acuerdo con el país. China es el

único país en donde el número de suicidios femeninos sobrepasa a los masculinos en las áreas rurales y es aproximadamente igual al de los suicidios masculinos en el área urbana. En Colombia, la razón es de 4:1 siendo mayor en los hombres, razón que se ha mantenido estable durante la última década y en todos los grupos etareos. [\(21\)](#)

c) Estado civil: El suicidio se presenta más en personas solteras, separadas, o viudas. El contar con una pareja estable parece convertirse en un factor protector, en especial si existen hijos. [\(21\)](#)

d) Ocupación: Dificultades económicas de periodos largos, se han convertido en un factor de riesgo para la presencia de la conducta suicida, así como trabajos de mucha responsabilidad y estrés. [\(21\)](#)

4. MÉTODOS SUICIDAS

En la elección del método suicida intervienen varios factores como: su disponibilidad y acceso, la aceptación social y cultural, la imitación entre otros, esto trae como consecuencia variaciones con relación al método utilizado dependiendo del sexo, edad, medio rural o urbano, y la localización geográfica. Los hombres prefieren métodos más violentos que las mujeres.

Los métodos más empleados para suicidarse son los plaguicidas, las armas de fuego y diversos medicamentos, como los analgésicos, que pueden resultar tóxicos si se consumen en cantidades excesivas. En este sentido, una novedad reciente es la decisión de muchas empresas farmacéuticas de comercializar los analgésicos en blísteres y evitar los frascos, más fácilmente accesibles, medida ésta con gran incidencia en la elección de ese método de suicidio. En la actualidad la atención se centra en evitar el acceso a los plaguicidas y en mejorar la vigilancia, la capacitación y la acción comunitaria en relación con su manejo, por ejemplo en lo referente a la seguridad de su almacenamiento y a las diluciones de los productos. Los plaguicidas son una causa especialmente frecuente de las muertes por suicidio en las regiones rurales de China. Las restricciones del acceso a las armas de fuego se han acompañado de una reducción de su uso con fines suicidas en algunos países. [\(23\)](#)

El suicidio es frecuente, pero aún más el intento suicida. Cada año ocurre un millón de suicidios en el mundo, afectando en promedio a 6 ó 7 sobrevivientes por suicidio. En 1998, el suicidio fue la octava causa de muerte en todas las edades en los Estados Unidos y la tercera causa de muerte entre hombres y novena en mujeres jóvenes y adultos jóvenes de los Estados Unidos de América y Europa (15-24 años) [\(24\)](#).

Las cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1.000 colombianos intentan suicidarse durante su vida y entre 10% y 15% culminan en suicidio. En la Tabla podemos ver una lista de factores tanto de riesgo como protectores. El método de suicidio utilizado ha ido cambiando así; en el 2001 el método más utilizado por las mujeres fue la intoxicación (32%) y por los hombres el arma de fuego (33.6%). [\(21\)](#)

Sin hacer diferenciación de géneros, ha habido un cambio de las armas de fuego hacia las intoxicaciones, para posteriormente evolucionar hacia la asfixia mecánica, que es el método más utilizado hoy en día. [\(25\)](#)

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de las personas que cometieron suicidio en el Departamento del Cesar entre los años 2008, 2009 y 2010

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer la incidencia de suicidio en el Departamento de Cesar en los años 2008, 2009, 2010.
2. Identificar las características socio demográficas de las personas que cometieron suicidio en el departamento del Cesar durante los años 2008, 2009 y 2010.
3. Determinar los factores de riesgo encontrados en las personas que cometieron suicidio en el departamento del Cesar durante los años 2008, 2009 y 2010.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 Tipo de estudio: Se realizará un estudio descriptivo y retrospectivo en donde se analizarán los factores asociados a los suicidios en las personas del Departamento del Cesar entre los años 2008, 2009 y 2010.

6.2 Población: Se tomarán todos los casos reportados como suicidios, según la información registrada por la oficina de Estadísticas Vitales y el Sistema de Vigilancia Epidemiológico (SIVIGILA) de la Secretaria de Salud Departamental, en el periodo comprendido entre los años 2008, 2009 y 2010, los cuales fueron 144 casos.

6.3 Procedimiento: Se realizará contacto con la coordinadora de la oficina de vigilancia epidemiológica y la oficina de estadísticas vitales de la Secretaria de Salud Departamental con el propósito de presentarle la investigación, mostrarle los objetivos y solicitar el consentimiento para acceder a la base de datos del SIVIGILA, los certificados de defunción y las fichas de salud mental de las personas que cometieron suicidio entre el periodo a estudiar. Posteriormente, con la autorización, y garantizando que la información obtenida será de carácter confidencial, anónimo y con fines investigativos solamente, se iniciara el proceso de recolección, organización y sistematización de la información, en un formato diseñado por la investigadora para tal fin (anexo 1)

6.4 Instrumento: Para la recolección de la información se utilizará la encuesta del anexo 1. Las variables a analizar están incluidas en la tabla 1.

Tabla 1. Variables de la encuesta del estudio

No	Variable	Tipo de Variable	Definición en el estudio	Valores Límites
1	Genero	Cualitativa nominal	Genero de la persona que cometió suicidio	Masculino o Femenino
2	Edad	Cuantitativa nominal	Edad en años cumplidos referido por certificado de defunción	No aplica
3	Nivel académico	Cualitativo ordinal	Ultimo nivel cursado	Básica Primaria Básica secundaria Pregrado Postgrado Técnico
4	Procedencia	Cualitativa nominal	Un municipio del Departamento del Cesar	25 municipios
5	Zona de residencia	Cualitativa nominal	Últimos tres meses	Rural Urbana
6	Estado civil	Cualitativa nominal	Ultimo año	Casado Soltero Viudo Unión Libre

7	Ocupación	Cualitativa nominal	Últimos tres meses	Empleado Desempleado Independiente
8	Método utilizado para el suicidio	Cualitativa nominal	El método reportado en el SIVIGILA	Ahorcamiento Envenenamiento Arma de fuego Arma corto punzante
9	Sitio de ocurrencia del suicidio	Cualitativa nominal	El método reportado en el SIVIGILA	Casa Trabajo
10	Día en que ocurrió el suicidio	Cualitativa ordinal	Día de la semana	7 días de la semana
11	Hora en que ocurrió el suicidio	Cuantitativa ordinal	Hora del suceso	24 oras

6.5 Procesamiento de la información: Las encuestas se tabularán en el programa Microsoft Office Excel 2007®. Para el análisis de datos se utilizará el programa Epi-info 3.5.1 de 2008®. La descripción se realizará por medio de medidas de tendencia central y dispersión según el tipo de variable (ver tabla 1). La prevalencia se calculará teniendo como base la población registrada en la Secretaria de Salud y el DANE para el Cesar. Aunque no es objetivo del estudio, se identificarán relaciones entre las variables socio demográficas y las características del suicidio por medio de razones de prevalencia.

6.6 Consideraciones éticas

El presente estudio es de riesgo mínimo, pues se maneja información de fichas técnicas de la Secretaría de Salud y no se tiene contacto con los familiares de los casos. Por lo anterior el consentimiento se solicitará de forma escrita a la coordinadora de la oficina de vigilancia epidemiológica y la oficina de estadísticas vitales de la Secretaria de Salud Departamental del Cesar.

Tabla 2. Resultados esperados

RESULTADO	INDICADOR
Caracterización de la población con suicidio de los años 2008, 2009 y 2010 del Departamento del Cesar.	Documento finalizado y resultado de la investigación.
Conocimiento de factores asociados al suicidio en el Departamento del Cesar que permitan la implementación de políticas preventivas.	Socialización de los resultados de la investigación a los estamentos gubernamentales del Departamento.
Conocimiento de los factores protectores contra el suicidio para promocionar la salud mental en el Departamento	Sensibilización a los estamentos directivos del área de la salud frente a la promoción de la salud mental
Posibilidad de incluir el proyecto en políticas públicas en programas de prevención del suicidio y promoción de la salud mental.	Presentación de los resultados de la investigación al equipo de Salud Mental de la Secretaria de Salud Departamental.
Propiciar el proceso de investigación acerca del fenómeno del suicidio en el Departamento del Cesar	Socialización de la investigación en la Secretaria de Salud del Departamento del Cesar

Tabla 3. Presupuesto

RUBROS	DESCRIPCIÓN	FUENTES		TOTAL
		UNAB	OTRO-PROPIO	
PERSONAL	Docente	900.000		900.000
	Estudiante		200.000	200.000
MATERIALES SUMINISTROS BIBLIOGRAFIA	Sistematización y análisis de la información		150.000	150.000
PUBLICACIONES	Socialización del producto		300.000	300.000
TOTAL		900.000	650.000	1.550.000

Tabla 4. Cronograma

ACTIVIDAD	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Socialización propuesta de investigación UNAB	X						
Recolección y sistematización de la información		X	X				
Análisis de la información				X	X		
Socialización de la investigación a la UNAB						X	
Socialización de la investigación a Secretaria de Salud Departamental						X	
Socialización de la investigación a estamentos gubernamentales							X

ANEXOS A. CUESTIONARIO DE INDICADORES DE RIESGO PARA EL SUICIDIO

- Nombre: _____ Edad: _____
1. Municipio de Procedencia: _____ Municipio de Residencia: _____
2. Nivel educativo: Ninguna Secud incompleta Univer completa
 Pri a incompleta Secud completa Univer incompleta
 Pri a completa Técnico Sin informacion
3. Estado civil: Soltero Unión libre Divorciado
 Casado Viudo
4. Ocupación: Empleado Pensionado Otro
 Desempleado Trabaj independiente
5. Tipo de régimen en salud Contributivo Vinculado Especial
 Subsidiado No afiliado Otro
6. Tipo de familia Nuclear Mixta
 Monoparental materna Extensa
 Monoparental paterna Vivia con amigos
7. Zona de ocurrencia del evento: Urbana Rural
8. Sitio de ocurrencia del evento: Vivienda Lugar de trabajo Otro
9. Día de ocurrencia
10. Hora de ocurrencia
11. Método utilizado: Ahorcamiento Arma de fuego Otro
 Envenenamiento Ahogamiento
 Lanzamiento al vacio Arma cortopunzante
12. Estuvo hospitalizado: Si ___ No _____
13. Tuvo antecedentes de suicidio Si ___ No ___ Cuantas veces _____
14. Consumía SPA Si ___ No _____
15. Antecedentes familiares Si ___ No _____
16. Recibía tratamiento por psicología o psiquiatría? Si _____ No _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2001
2. OPS 49 consejo directivo. 61^a. Sesión del comité regional. Washington,DC, EUA del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. Estrategia y plan de acción sobre salud mental
3. Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá, 2003.
4. Instituto Nacional de Medicina Legal. forensis. Edición Colombia 2010. Publicación científica. Pag 225
5. Bobes García J. La psiquiatría en esquemas. Prevención de comportamientos suicidas en esquemas. Barcelona: ARS Medica; 2005
6. Jaramillo Uribe J. La personalidad histórica de Colombia y otros. Bogotá. Colcultura 1977
7. Ministerio de la Protección Social. Fundación FES social 2005. Consultado Mayo 3 2011.
8. Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, Palacio Acosta C García Valencia J Diago García J Colombia. Volumen 7 (3), Noviembre 2005 Medellín pp. 243-253

9. Corporación buscando ánimo. Previniendo y tratando suicidios y adicciones.
www.buscandoanimo.org
10. Revista Cubana Medicina. Integra Arlaes Nápoles I. Hernández Sori G.
Conducta suicida factores de riesgo asociados. 1998, 14 (2): 122-6.
11. El mundo.es. El laberinto del suicidio
www.elmundo.es/salud/1995/172/01030.html
12. Instituto Nacional de Medicina Legal. forensis. Edición Colombia 2009.
Publicación científica. Pag 202
13. Estudio para el Consejo Nacional Cubano. Ministerio de Salud Pública. Maida
Dónate, Zoila Macias. 1984
14. MULTISITE INTERVENTION STUDY ON SUICIDAL BEHAVIOURS – SUPRE-
MISS: 2002 [http://www.who.int./mental health/PDFdocuments/SUPRE-
MISS.pdf](http://www.who.int./mental_health/PDFdocuments/SUPRE-
MISS.pdf)
15. Revista Panamericana de Salud Publica 2005. Tendencias del suicidio en
Colombia, 1985-2002. Ricardo Cendales y otros
16. Corporación Editora Médica del Valle, Universidad del Valle, Cali, Colombia
Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en
Cali. Colombia Médica. 2005.
17. Cendales R Vanegas C Fierro M Córdoba R Olarte A. Tendencias del suicidio
en Colombia, 1985-2002.

18. Instituto Nacional de Medicina Legal. forensis. Edición Colombia 2008. Publicación científica. Pag 192
19. Torres Y, Zapata M, Montoya L, Garro G, Hurtado G. Situación de Salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia Medellín – 2009. Medellín: Ed. Artes y letras Ltda.; 2009.
20. Montoya Carrasquilla J. Guía para el duelo. Editorial Piloto, Funeraria San Vicente. Medellín 2000- 2003.
21. Ministerio de Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. Fundación FES social 2005. Impreso por gráficas Ltda, Cali Diciembre 2005.
22. Piedad Estrada Arango. Familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes. Universidad Pontificia Bolivariana. Editorial Grafiarte. Medellín 2010.
23. Organización Mundial de la salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Septiembre de 2004 www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/
24. NAMI. Alianza Nacional de Enfermedades Mentales. www.nami.org/Template.cfm?Section=NAMI_en_espa%F1ol
25. Revista Colombiana de Psiquiatría. Gómez C, Rodríguez N, Bohórquez A, Díaz Granados C, Ospina Mb, Fernández. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana.