

# CARACTERÍSTICAS PSICODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA (COLOMBIA)<sup>1</sup>

Heidy Reyes Perez\*  
 Rina Castro S. \*  
 Liliana Polo D. \*  
 Guillermo Ceballos O. \*\*

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal a 13 de los 24 pacientes que acudieron a la urgencia del Hospital Central «Julio Méndez Barreneche» de la ciudad de Santa Marta con diagnóstico de intento de suicidio. Previo consentimiento verbal de aceptación se les aplicaron cuatro instrumentos de medición en cuatro sesiones: Entrevista diseñada por los autores que recoge datos sociodemográficos, el Inventario de Orientación para el Suicidio (ISO 30), Escala autoaplicada para la depresión de Zung – Conde y la Escala ¿Cómo es tú Familia?.

El perfil encontrado en este estudio señala que la gran mayoría de quienes lo intentan, independiente del sexo, son personas menores de 30 años, solteros, desempleados, con bajo nivel económico y educativo; el 38% de la muestra han efectuado dos intentos anteriores de los cuales el 80% pertenece al sexo femenino. El intento lo hacen ingiriendo sustancias medicamentosas, insecticidas y raticidas. La mayoría presentó un alto puntaje en ideación suicida lo que hace que a esta población se le deba prestar la mayor atención.

**Palabras clave:** Intento de suicidio, epidemiología, depresión.

## SUMMARY

A transversal descriptive study was made to 13 of the 24 patients who went to the Emergency room in the Central Hospital «Julio Méndez Barreneche» in Santa Marta city with suicide attempt diagnose. Previous verbal acceptance consent was applied to four measure instruments in four sessions: An interview designed by the authors who collect social demographic data, the Orientation Suicide Inventory (OSI 30), Auto applied scale for depression of Zung – Conde and Scale ¿How is your Family?.

1. El presente artículo hace parte del trabajo de grado de su mismo nombre para optar el título de psicólogos

\* Psicólogas UCC Santa Marta

\*\* Psicólogo, Catedrático Universidad del Magdalena E-mail: guillermoceballos@universia.net.co

Artículo presentado diciembre 7 de 2004 y aprobado enero 27 de 2005

The profile found in this study points that the majority of the people who try it, regardless of the sex, are people under 30, single, unemployed, with a low economic and educative level; 38% have had 2 previous intents of which 80% are female. The intents are ingesting medicinal substances and insecticides. Most of the people presented a high punctuation on suicide ideas, which means this population is to be paid a lot of attention to.

**Key Words:** Suicide attempt, Epidemiology, depression.

## INTRODUCCIÓN

Los diferentes autores coinciden en definir el suicidio como el acto de quitarse la vida, pero algunos asignan a este término dimensiones muy diferentes, las cuales están matizadas por aspectos filosóficos, religiosos, sociológicos y por supuesto individuales.<sup>1</sup> No obstante, a pesar de los diversos conceptos que se tengan del mismo y las distintas dimensiones que lo abarquen cabe anotar que el suicidio se ubica entre las primeras causas de mortalidad en el mundo, sin embargo, las causas que motivan a un individuo a evolucionar de las ideas suicidas a la ejecución del acto suicida no están claramente definidas<sup>2</sup> ya que se pueden encontrar altos porcentajes en intento de suicidio y el suicidio consumado tanto en adolescentes, como en adultos jóvenes y ancianos,<sup>3</sup> siendo los intentos más frecuentes en mujeres como también lo son los comportamientos suicidas en solteros, separados, viudos que en individuos casados.<sup>4</sup>

Los actos suicidas están muy relacionados con aspectos del orden socioeconómico como deudas, clase social, desempleo y aspectos emocionales como la carencia de un sentido de vida y la desesperanza que son manifestaciones comunes en muchas personas con ideación suicida<sup>5-19</sup>.

En cuanto a los métodos más utilizados por los pacientes suicidas se pueden observar que están estrechamente relacionados con la intencionalidad del mismo, los factores psicosociales y la facilidad de conseguirlos<sup>5</sup>. Los más utilizados incluyen la ingestión de medicamentos o tóxicos, armas de fuego y objeto cortantes<sup>1,5,10</sup>.

Existe evidencia que de la población de individuos que realizan un intento de suicidio saldrán muchos futuros suicidas<sup>20</sup>. El 17 % de los pacientes tienden a repetir las tentativas de suicidio en el primer año,<sup>1,21</sup> el 1 % de los pacientes que cometieron tentativas autolíticas se suicidaron en el curso del año siguiente, lo cual es un riesgo 100 veces superior al de la población general<sup>21-22</sup>. Según otros autores, un 3 % termina con su vida entre los 3 y 8 años después de su primer intento<sup>23</sup>. Dado que no existe de modo absoluto ningún signo o síntoma patognómico predictor del parasuicidio o del suicidio<sup>24</sup>, las investigaciones de los factores de riesgo de los intentos de suicidio constituyen un primer paso para la realización de programas preventivos<sup>25-28</sup>.

La valoración del riesgo suicida es una tarea importante y difícil que se debe abordar desde un enfoque social sanitario en el que se procure la promoción, prevención, rehabilitación e identificación de grupos en riesgo y se propician programas dirigidos al desarrollo y ajuste personal a través del aprendizaje de habilidades para la solución de problemas, la competencia social y el autocuidado.

El suicidio se ubica entre las primeras causas de mortalidad en todo el mundo<sup>1,5-10</sup>, por ello es de esperarse que los intentos suicidas estén entre los primeros lugares como motivo de atención y consulta en los servicios de urgencias de las diferentes instituciones prestadoras de salud (IPS).

En nuestra sociedad no existen estadísticas sistematizadas sobre suicidio<sup>5</sup>, y mucho menos de intento suicida, pero es una realidad que en los últimos años estos casos se vienen incrementando en forma

alarmante. En el caso de la presente investigación solo se enfatizó en los casos de intento de suicidio con el propósito de prevenir la repetición del mismo, que como lo indica la revisión bibliográfica muchos volverán a intentarlo a lo largo de sus próximos 30 años de vida.

Por tanto, el interés de este trabajo es presentar las características psicodemográficas de los pacientes con intento de suicidio atendidos en las E.S.E. Hospital Central «Julio Méndez Barreneche» de la ciudad de Santa Marta durante el año 2002.

### Objetivo General

Describir las características sociodemográficas, en los pacientes con intento de suicidio atendidos en la E.S.E Hospital Central «Julio Méndez Barreneche» de la ciudad de Santa Marta, que aporten elementos para la planeación y ejecución de programas preventivos y de intervención específica.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas, y establecer causa, mecanismo y la manera como se efectuó el intento de suicidio en los casos atendidos en el Hospital Central «J.M.B.» en la ciudad de Santa Marta durante el año 2002.
- Caracterizar factores de funcionamiento familiar en los sujetos con intento de suicidio.
- Analizar el riesgo potencial de suicidio en los pacientes que ya tuvieron un intento del mismo.
- Determinar la presencia o no de depresión en los pacientes que intentaron suicidarse

### METODOLOGÍA

El tipo de estudio utilizado fue el descriptivo retrospectivo en el cual se evaluaron trece (13) de los veinticuatro (24) casos de intento de suicidio atendidos en el Hospital Central Julio Méndez Barreneche del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta durante el año 2002, equivalente a un 54.16% del total de la población atendida por este fenómeno, ya que solo fue posible ubicar las personas residentes en la ciudad de

Santa Marta. El Hospital Central es el único hospital de tercer nivel de atención del Departamento del Magdalena, por lo cual sirve de referencia a los 30 municipios que conforman el Departamento y además recibe pacientes de otros dos departamentos vecinos (Cesar y Guajira). Así mismo, este hospital atiende a las clases socioeconómicas menos favorecidas.

Previo consentimiento informado se solicitó a las personas participar en el estudio, para lo cual se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **El Inventario de Orientación para el Suicidio (ISO 30)**, escala breve y cuantitativa de autoreporte para tamizaje, consta de 30 ítems agrupados en cinco categorías fundamentales y toma entre 10 y 20 minutos su aplicación. Presenta una medida de orientación suicida general denominada Riesgo Total (Overall Risk) compuesta de dos grandes puntajes: Desesperanza (Hopelessness) e Ideación Suicida. El constructo de Desesperanza es medido usando el total del puntaje obtenido a partir de los 30 ítems. La Ideación Suicida es calculada con base en seis ítems críticos comprendidos entre los 30 ítems de la escala. El puntaje total y el puntaje de ítems críticos son usados para determinar la clasificación del Riesgo de Suicidio Total (Overall Suicide Risk Classification) que se expresa en cuatro puntos de corte: Alto, Moderado, Bajo y Ninguno. Los cinco subconstructos o categorías de medición son: Desesperanza (ítems 2,7,12,17,22 y 27), Baja Autoestima (Ítems 1,6,11,16,21 y 26), Inhabilidad para manejar las emociones (ítems 3,8,13,18,23 y 28), Aislamiento Social y Marginalidad (ítems 4,9,14,19,24 y 29), e Ideación Suicida (ítems críticos)(ítems 5,10,15,20,25 y 30). Esta escala fue construida y validada por los doctores Jhon D. King y Brian Kowalchuk, Provee información científicamente objetiva y validada para ayudar en la identificación de sujetos que atraviesan por una crisis particular y requieren intervención clínica o tratamiento. Es una manera objetiva de identificar a quienes presentan algún riesgo de intentar suicidio con probable desenlace fatal.
- **Escala autoaplicada para la depresión de Zung-Conde (self Rating Depression Scale)**

**SDS**, esta escala constituye un instrumento útil y rápido para la detección de la depresión como trastorno psiquiátrico.

- **Escala ¿Cómo es tú Familia?:** Esta escala hace parte del proyecto de Evaluación de la Salud de la Familia ubicado en el contexto del programa de Salud Integral desarrollado por el programa Regional para las Américas de salud materno-infantil de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. La escala permite evaluar diversos aspectos de funcionamiento familiar, entre los cuales es posible analizar la estructura y dinámica familiar del suicidio.
- Encuesta diseñada por los autores en la que recogen datos sociodemográficos del paciente.

Se realizaron cuatro (4) visitas domiciliarias a cada uno de los sujetos que habían intentado cometer suicidio, en cada visita se aplicó individualmente un instrumento de los descritos anteriormente.

Posteriormente al análisis de los resultados se realizó una última visita para ofrecer la devolución de los resultados obtenidos y dar agradecimientos por su colaboración.

## RESULTADOS

De acuerdo con los procedimientos realizados y los instrumentos aplicados se encontraron los siguientes resultados generales:

**EDAD Y SEXO.** De la muestra de 13 pacientes (54.1%) de la población el 54% pertenecen al sexo femenino, mientras que en el sexo masculino fue de 46%, lo cual indica una proporción de 1:1, o sea que por cada mujer que intentó suicidarse durante este año, existe un hombre que igualmente realiza este hecho. La media de la edad fue de 25.3 con una desviación típica de 2.39.

Con relación a la edad las tasas más altas se encuentran en los grupos de 15 a 21 años (46.1%) y de 22 a 30 años (30.7%) aproximadamente, donde se registra el mayor pico de casos.

A partir de las edades de 31 a 39 años (15.3%) y mayores de 40 años (7.7%) empieza un descenso en las tasas de intento de suicidio.

En las mujeres el intento de suicidio se presentó en un 67% en menores de 22 años y en mayores de 40 años en un 100%; sin embargo, entre los 23 y 39 años no existe diferencia de sexo presentándose en un 50% para cada uno.

**ESTADO CIVIL.** El estado civil con mayor predominio fue el de soltero con el 69% seguidos por los casados o en unión libre con el 31%.

En general, el 56% de solteros es masculino y el 44% es femenino. En los casados se encontró que el 67% es de sexo femenino y el 33% es de sexo masculino, es decir, los pacientes solteros de sexo masculino intentan suicidarse en mayor proporción que las mujeres solteras, caso contrario al que se presenta en las personas casadas.

**NIVEL SOCIOECONÓMICO.** Para determinar este aspecto se tuvo en cuenta el lugar de residencia y se encontró que el 54% corresponden al estrato medio bajo y el 46% corresponde al estrato bajo en la ciudad de Santa Marta.

**NIVEL DE ESCOLARIDAD.** De acuerdo a la educación recibida de cada uno de los pacientes, se observó el nivel de bachillerato (secundaria) predomina con respecto a los demás niveles de escolaridad con promedio de 46.1%, le sigue en porcentaje la primaria completa con 23%. Bachillerato incompleto en un 15.3% y finaliza el nivel técnico con igual porcentaje.

El 31% de la muestra eran estudiantes y el 69% no se encontraban actualmente estudiando.

**SITUACIÓN OCUPACIONAL.** El 38.4% de los pacientes en estudio se encontraban laborando, mientras que el 61.5% estaban desempleados. Ninguna persona del sexo femenino se encontraba laborando.

**MES DEL INTENTO.** Del año 2002, se destacan los meses de mayo con mayor número de intentos de suicidio (23%), seguido de junio, agosto, y noviembre (15% c/u) y febrero, marzo, abril y diciembre con un 8% c/u.. En los meses restantes del año no se presentó ningún intento de suicidio en este hospital.

**ESTADO DE ANIMO EN EL MOMENTO DEL INTENTO.** Con respecto al estado de ánimo el 38.4% manifestaron estar depresivos en el momento del intento, el 23% se sentían tristes y el 30.7% lo hizo por rabia, esto corrobora la información obtenida a través de la prueba de

depresión que se aplicó a estos pacientes. El 60% eran menores de 20 años.

**INTENTOS REALIZADOS.** Los pacientes tomados como muestra manifestaron en un 61.5% que era su primer intento de suicidio, mientras que el 38.4% habían realizado un intento anterior, es decir era su segundo intento de suicidio, en este caso el 80% correspondió al sexo femenino.

**SUSTANCIA UTILIZADA PARA REALIZAR EL INTENTO DE SUICIDIO.** Las sustancias más utilizadas por estos pacientes fueron las drogas medicinales en sobredosis con 38%, seguido por los insecticidas en igual porcentaje, finalizando las raticidas con un 24%.

**POSIBLES CAUSAS.** De las diversas problemáticas que experimentan los pacientes a nivel social, prevalecen tres tipos, así: problemas familiares con un 38%, problemas de pareja en igual porcentaje y problemas económicos en un 24%.

**CON QUIEN VIVEN.** Las personas con quien conviven los sujetos de este estudio se pueden determinar teniendo en cuenta el tipo de familia de cada uno de ellos, entre las que se pueden encontrar la familia nuclear completa que constituye el 38.4% seguida de la extensa con el mismo porcentaje y continua la familia incompleta en un 15.3% y finaliza la reconstruida y otras con 7.9%.

**TIPO DE FAMILIA.** Se encontró una proporción de 5 familias nucleares completas (38.4%) donde conviven los padres biológicos y los hijos. En igual proporción se encuentran las familias extensas en la que conviven personas diferentes a los padres e hijos como son los tíos, suegros, nietos, sobrinos, entre otros. En tercer lugar se encontraron las familias incompletas (15.3%) en las cuales conviven los hijos y uno de los padres biológicos. En última instancia, se encuentra las familias reconstruidas (7.9%) en la que conviven los hijos con la madre y su compañero.

#### **Escala: ¿Cómo es tu familia?**

**AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS.** Al observar los datos se detecta que las familias en su mayoría procuran apropiarse de las fuentes o redes de apoyo social para solucionar sus conflictos, haciendo posible así que logren una adecuada adaptabilidad familiar.

Los resultados globales de los principales eventos estresantes experimentados por las familias por las familias en el último año arrojan lo siguiente:

- Problemas emocionales de un miembro de la familia, en un 92.3% lo cual era de esperarse dado que todos fueron personas que intentaron cuidarse en el último año.
- Muerte de un ser querido en un 61.5%.
- Se presentaron conflictos y problemas familiares en un 7.7%
- Problemas de dinero en la familia en un 61.5%

En síntesis el 61.5% de las familias presentan alta vulnerabilidad debido a los altos niveles de tensión que registran.

**COMUNICACIÓN FAMILIAR.** En este estudio se encontró que es más alto grado de confianza y apertura en la interacción madre – hijo en la cual los pacientes la consideran en un clima adecuado en un grado 69%, mientras que la comunicación padre – hijo tiene un grado de satisfacción muy bajo (8%). Sin embargo, persiste un considerable número de casos (23%) en los cuales estos pacientes no interactúan con figura paterna o materna, sino con otra persona.

**DESEMPEÑO DEL ROL DEL PADRE Y MADRE.** El 92.3% de los pacientes manifiestan que el rol de madre es desempeñado por su respectiva madre biológica en tanto que el 7.7% nadie desempeña este rol por fallecimiento de la madre.

En lo que respecta al desempeño del padre en el 46% es desempeñado por el padre biológico, el 38% nadie desempeña este rol, en el 8% es desempeñado por otro familiar y en el otro 8% es desempeñado por el compañero de la madre.

**SATISFACCIÓN CON LOS ASPECTOS DE LA VIDA.** Se tienen en cuenta los factores como las relaciones personales, aspectos económicos, vivienda y servicios a los que la familia tienen acceso, rendimiento académico y sentimientos de felicidad. Al respecto se encontró que el 61.5% de los pacientes se encontraron satisfechos con los aspectos de su vida y el 38.5% no se encuentran satisfechos.

**MIEMBROS DE LA FAMILIA.** El promedio de integrantes del grupo familiar de los pacientes es cero a siete personas, con una desviación estándar de 0.66 encontrándose un mínimo de 4 y un máximo de 10 integrantes, distribuidos de la siguiente manera: en el 54% de los casos conviven de 8 a 10 personas y en el 46% de 4 a 6.

**ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE (1967):**

A partir de la puntuación total obtenida en la aplicación del instrumento se pudo notar que el mayor índice de depresión en estos pacientes es subclínico con un porcentaje de 46.1%, seguido de depresión grave con 30.7% y por último depresión media severa en un 23%, lo cual denota que la mayoría de los pacientes no representan depresión alguna, aunque es alarmante el porcentaje con depresión media severa y grave; por este motivo es importante que estos pacientes reciban tratamiento psicológico porque corren el riesgo de estar hospitalizado ya que pueden volver a intentar suicidarse, ahora si con éxito. Se encontró una media de 55.7% con una desviación estándar de 4.3%.

Al analizar los resultados de las cifras alarmantes cabe resaltar que sus edades oscilan entre 15 a 23 años; esto quiere decir que los adolescentes y adultos jóvenes son más propensos a intentar suicidarse; aunque en este estudio los adultos no presentan un grado alto se ha considerado que igualmente pueden vivir esta experiencia.

Con relación a la escolaridad se encontró que seis sujetos son bachiller, tres de sexo femenino y tres de sexo masculino, se encontró una paciente de sexo femenino con primaria incompleta y sólo dos sujetos de sexo masculino se encuentran trabajando.

**INVENTORY OF SUICIDE ORIENTACIÓN ISO-30:**

**BAJA AUTOESTIMA.** En este aspecto cabe destacar que el 84.6% de los pacientes se consideran soñadores porque siempre están esperando cosas que no resultan y, a pesar de que no hay diferencias estadísticamente significativas, hay una marcada diferencia de opinión según el sexo, en donde el 53.8% son mujeres. Ello podría interpretarse como la falta de correspondencia

entre las expectativas y metas de los pacientes con las oportunidades y posibilidades que les ofrece el medio.

El 53.8% consideran que les mintieron ya que la vida no es justa para nada, a pesar de que les hicieron creer lo contrario cuando estaban creciendo.

Es favorable detectar que es mayor la proporción de los pacientes que sienten que las personas los quieren y aceptan como son considerándose personas especiales.

**DESESPERANZA.** Los resultados son alentadores en cuanto a la percepción positiva que tienen los pacientes acerca del control sobre sí mismo (69%), el optimismo de llegar a ser el tipo de personas que desean (92%) y la esperanza de que las cosas mejoran con el tiempo (85%).

**IRRITABILIDAD PARA MANEJAR EMOCIONES.** A partir de los resultados obtenidos se detectó que los pacientes no manejan bien las emociones, caracterizados al sentirse incapaces para hacer que los buenos momentos perduren con un porcentaje del 69.2%, expresan vivir intranquilidad estando a merced de sus sentimientos (92.3%) y si experimentan emociones fuertes, pierden el control cambiando el estado de ánimo en ellos (84.6%).

**AISLAMIENTO SOCIAL Y MARGINALIDAD.** De acuerdo a los resultados se detectó que en el área de participación social y socialización los pacientes tienen un adecuado funcionamiento.

Llama la atención que el 76.9% confía que en caso de fracaso los que se preocupan por ellos no lo abandonarán aunque no se evidencia asociación, es de destacar que disponen de un alto nivel de fuente de apoyo, en la medida que pueden acudir a sus padres, hermanos, parientes, amigos personales u otro adulto cuando están en dificultades.

**IDEACIÓN SUICIDA.** Los criterios que presentan un alto índice en los porcentajes obtenidos, demuestran que los pacientes esperan que las cosas empeoren demasiado para después suicidarse (69.2%), ven la opción de matarse así mismo como una alternativa para evitar que las cosas dejen de empeorar (53.8%), además piensan en la muerte como una manera de resolver todos sus problemas (46.1%).

## CONCLUSIONES

Durante la realización de esta investigación se pudo comprobar los reportes de algunos estudios<sup>1,5-10,12-13,15-16,26</sup> que muestran una frecuencia muy alta de intentos de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes debido a que se presentó la tasa de intentos más alta en los grupos de edades de 15 a 21 años (46%) y de 22 a 30 años (31%). De igual forma, los estudios señalan que existe una mayor prevalencia de intentos de suicidio en mujeres que en sujetos de sexo masculino<sup>1-3,5-8,10-13,15-19,22-35</sup>. No obstante, en esta investigación se encontró que no existe una diferencia significativa entre la población femenina (54%) y la masculina (46%), lo cual puede deberse al pequeño número de la muestra del presente estudio.

El estado civil soltero prevalecía entre los sujetos de este estudio (69.2%), hallazgo que concuerda con los planteamientos de diversos autores que sugieren que solteros, separados, divorciados y viudos presentan mayor riesgo, y por el contrario, el matrimonio o las uniones estables parecen ser un factor protector para el suicidio e intento del mismo, debido a la estabilidad emocional que proporciona<sup>1-2,5-8,10-19,21-22,24-35</sup>. Acorde al estrato socioeconómico, se encontró que el intento se presentó en los estratos medio-bajo (54%) y bajo (46%), hecho que concuerda con lo sugerido por otro estudio efectuado en la ciudad<sup>5</sup>. La escolaridad señala que el nivel de bachillerato (secundaria) predomina con respecto a los demás niveles de escolaridad con promedio de 46.1%, no encontrándose caso alguno de analfabetismo lo cual concuerda con estudios efectuados en Lima (Perú)<sup>1</sup>. Respecto a la ocupación se encontró que el desempleo predomina en estas personas (61.5%), el método utilizado son la sobredosis de medicamentos y la ingesta de raticidas, todo lo cual corrobora estudios realizados en diferentes latitudes<sup>1-2,5-8,10-19,21-22,24-35</sup>.

Los hallazgos del presente estudio señalan que el tiempo de estancia en la urgencia es en su gran mayoría de corto (24 a 48 horas), remitiéndose el 75% para tratamiento ambulatorio y se hospitaliza un 25%, lo cual concuerda con otros estudios<sup>3,30</sup>.

Las personas que pasan por este proceso de intento de suicidio presenta una mayor vulnerabilidad y labili-

dad o estados de ánimo cambiantes, pasando de la tristeza y depresión a la ira y al enojo con facilidad, así como por estados de euforia por algún tiempo, es así como se observa que los pacientes en estudio manifestaron estar presentando de ánimo en el momento del intento, siendo más significativa la depresión (38.4%)<sup>1,3,6-8,10-12,15,24,26-27</sup>.

El concepto de acumulación de tensiones y estresantes en la familia es un importante factor de predicción del ajuste del sistema a través de su ciclo vital. Se parte de la hipótesis de que si un excesivo número de cambios y tensiones afectan a la familia en un corto período de tiempo, crece la probabilidad de disfunción de la unidad familiar. Dicha hipótesis toma fuerza en los hallazgos de este estudio, debido a que se encontró relación entre todos los aspectos que miden la adaptabilidad y vulnerabilidad familiar.<sup>29</sup>

Los resultados generales de riesgo suicida en los sujetos del estudio es relativamente alto, las tendencias de respuesta por constructo señala que la ideación suicida se presenta mayor entre estos sujetos, concordando así con los hallazgos de ideación suicida registrados en el segundo estudio nacional de Salud Mental (1997)<sup>29</sup>.

Por último, podemos decir que a pesar que en la ciudad no se cuentan con estadísticas totales y verídicas sobre los casos de suicidio e intento del mismo, sí es una realidad su incremento en los últimos años<sup>5</sup>.

## RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es indispensable que las entidades de salud realicen estudios de tipo poblacional que permitan evaluar la vulnerabilidad y adaptabilidad familiar a las crisis, el riesgo de suicidio y posibles trastornos depresivos en los grupos de mayor riesgo como los jóvenes y adultos jóvenes según los hallazgos de estudio, de tal forma que se puedan adelantar programas de promoción, prevención y en última tratamiento de la Psicología Social y de la Salud.

Desde la Psicología y en general, desde el campo de la salud y la educación, sería importante que se organizaran entidades que tengan como finalidad la capaci-

tación a trabajadores en la identificación de los factores de riesgo y se dispongan de instrumentos que permitan detectar y medir oportunamente el riesgo de suicidio. Esta capacitación igualmente debería extenderse a las familias que es el grupo con mayor oportunidad de percibir los cambios producidos por sus integrantes. De esta forma, se haría un abordaje más apropiado para su prevención e intervención, debido a que se puede ofrecer la posibilidad de obtener orientación y atención psicológica y social oportuna y eficaz, además de que se fomenta el respeto por la vida tanto de los demás como por la propia.

Por último, se recomienda que esta investigación sobre intento de suicidio se efectuó ampliando la población a Clínicas privadas de la ciudad, teniendo en cuenta que en las E.S.E. es donde llegan las clases menos favorecidas de la ciudad y es importante analizar si los hallazgos aquí encontrados coinciden con los de otras Instituciones que atiende otro tipo de nivel social.

### BIBLIOGRAFÍA

- Duran, D., Mazzotti, G. y Vivar, A. Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. **Rev. Neuro-Psiquiatria 1999; T. LXII Nº 3-4: 226-241**
- Blumenthal SJ. Suicidio guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Elm med norte am.* 1988 pág. 999 – 1035
- Kendler K, Kessler R, Neale n and cols. The prediction of mayor depression in woman: Toward an integrated etiologic model. *Am J psychiatry* 1993; pág. 150.
- Cosey PR. Personality disorder and suicide intent. *Acta Psychiatry scand* 1989, pág. 79
- Ceballos GA. Características psicosociales del suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante los años 2002-2003. *Boletín Electrónico febrero 2005 [www.abacolombia.org.co](http://www.abacolombia.org.co).*
- Epidemiología del Suicidio. Dirección Seccional de Antioquia. *Boletín Epidemiológico de Antioquia.* Medellín, 1996; XXI: 253.
- Montoya B, Ivan D. Epidemiología del Suicidio. En *Boletín Epidemiológico de Antioquia.* Dirección Seccional de Salud de Antioquia. 1996: 253-60.
- Desjarlais R, Eisenber L, Good B, Kleinman A. Suicidio. En: *Salud Mental en El Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos.* OPS/OMS. 1997: 95.
- Yunez J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Bol Ofic Sanit Panam* 1993;114: 302-16.
- González, J. Epidemiología del suicidio en Colombia 2003. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia-CRNV- MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Julio de 2004.
- Jiménez I, Morales M., Gelves C et al. Análisis del suicidio a través de la autopsia psicológica. *Rev Col Psiquiatria* 1998; XXVII: 197-204.
- Montoya B, Vieco G. Caracterización del suicidio en Medellín. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud pública «Hector Abad Gómez» Medellín 1999: 4-113.
- Roy A. Suicide. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Lippincot, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000: 2031-40.
- Herrera, P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *La Habana, Cuba Revista Cubana Medica General Integral;* 1997;13(6):591-5.
- Herrera, S. & Betancourt K . Factores Familiares de riesgo en el intento suicida. *La Habana , Cuba. Revista Cubana Medica General Intergral,* 2000;16(2):134.
- Hernández, A. , Rebutillo, G.T. , Danaux, M. & Bess S. Influencia del medio familiar en un grupo de sujetos con riesgo suicida. *La Habana, Cuba. Revista Cubana Medica General Integral;* 1999; 15(4):372-7.
- Luoma JB, Pearson JL. Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *Am J Public Health* 2002;92: 1518-1522.
- Gould MS, Shalfer D, Fischer P et al. Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 155-62.
- Lester D., Yang B. The relationship between divorce, preemployment and female participation in the labour force and suicide rates in Australia and America. *Aust NZJ Psychiatry* 1991; 25: 519-23.
- Conde, VJ.; Blanco, J.A.; Ballesteros, M.C., «El problema del suicidio y su prevención (I)», *Anales de Psiquiatria*, 2001, vol. 17, nº 9, pp. 387-395.
- Desviat, M., «Objetivo 12: reducir las enfermedades mentales y suicidios». En *SESPAS. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Informe SESPAS: la salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo.* Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000. También disponible en URL: [www.sespas.es/informe2000/d1\\_12.pdf](http://www.sespas.es/informe2000/d1_12.pdf)
- Seguí, J., «Las tentativas autolíticas atendidas en el servicio de urgencias de un hospital general (II)», *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1989, 17, 5 (353-359)

23. Hepple, J.; Quinton, C., «One hundred cases of attempted suicide in the elderly», Br. J. Psychiatry, Jul 1997, 171: 42 – 46
24. Vizán, R., Henry, M.; González de Rivera, J.L., «Acontecimientos vitales y conducta autodestructiva», Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 1993, 21, 5 (205-210)
25. Martín Cabrero B. Perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa. 2001. www.psiquiatria.com
26. CAMPO ARIAS Adalberto, OSORIO CHACÓN Rafael. Perfil de pacientes que realizaron intento de suicidio Hospital San Pablo de Cartagena. Universidad de Cartagena 1997.
27. ----- . Severidad de los síntomas depresivos e intento de suicidio. Universidad de Cartagena 1997.
28. ----- . Disconformidad con la orientación sexual e intento de suicidio en la adolescencia. Universidad de Cartagena 1998.
29. TORRES de G. Yolanda, MONTOYA B. Ivan. II estudio de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas 1997, Ministerio de salud. Bogotá 1997.
30. Soto, A.A.; Ruiz, A., «Epidemiología del suicidio en España», Monografías de Psiquiatría, 1995, vol VII, nº 1, 14-20
31. Martínez, J.M., «El suicidio en la población Mundial», Monografías de Psiquiatría, 1995, vol VII, nº 1, 8-13.
32. Bobes, J; González, J.C.; Sáiz, P.A., Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas, Barcelona, Masson, 1997
33. Platt, S.; y otros, «Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction on pre-liminary analysis for 1989», Acta Psychiatric. Scand., 1992, 85: 97-104
34. Diekstra, RFW, «Suicide and the attempted suicide: an international perspective», Acta Psychiatric. Scand., 1989, 80 (suppl 354):1-24
35. Domínguez, P., «Exploración clínica de la ideación y el riesgo suicida», Monografías de Psiquiatría, 1995, vol VII, nº 1, 21-29