UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Intento de suicidio en el municipio de Sogamoso 2011 - 2013

Nancy Judith Munévar Sepúlveda

Universidad Nacional de Colombia

Facultad Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2014

Intento de suicidio en el municipio de Sogamoso 2011 - 2013

Nancy Judith Munévar Sepúlveda

Trabajo de investigaciónpresentado como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Salud Pública

Modalidad Profundización

Director

PhD en Salud Publica. Juan Carlos García Ubaque

Línea de Investigación:

Sistemas y Políticas en Salud

Grupo de Investigación:

En Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

Facultad Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2014

Dedicatoria

A Dios porque ha sido mi guía, fortaleza y apoyo en todos mis propósitos

A mis padres Luis y Bertha, mi gratitud infinita por su apoyo incondicional en el día a día.

A mi esposo Laureano por la paciencia, compresión y por compartir mis sueños y esperanzas.

A mis hijos David y Daniel, por ser la luz de mi vida y la gran motivación para afrontar nuevos retos.

Agradecimientos

Al Doctor Juan Carlos García Ubaque, por su asesoría y orientación en mi proceso de aprendizaje.

A la Secretaría de Salud Municipal de Sogamoso, por bridarme el espacio de trabajo, crecimiento personal y suminístrame la información para desarrollar esta trabajo de investigación.

A Laura Isabel por apoyarme en mi trabajo brindándome su permanente colaboración y su amistad incondicional.

A mi familia por soportar mis ausencias.

Resumen

El objetivo del estudio fue caracterizar los casos reportados de intento de suicidio del Municipio de Sogamoso a partir de la información del sistema de vigilancia en salud pública y la recolectada en el proceso de atención y seguimiento, entre los años 2011 y 2013. Se planteó un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo, en el cual se complementó, sistematizó y analizó, la información correspondiente a 286 casos de intento de suicidio reportados en el periodo de estudio. El análisis de la información se hizo teniendo en cuenta los aspectos sociodemográficos, las características de presentación del evento y los factores de riesgo definidos en la Ficha de Notificación. El análisis estadístico se realizó con EPIINFO 7

La investigación evidenció, que el municipio de Sogamoso presentó tasas de incidencia por 100.000 habitantes, superiores a las registradas en el país; 103.3 (2011), 85.4(2012) y 60.4(2013). Las Mujeres adolescentes y jóvenes entre los 16 y 25 años, son el grupo de población con mayor riesgo y a donde se debe orientar prioritariamente las acciones de prevención de la conducta suicida.

Hay pocos estudios en el país que describan el comportamiento del intento de suicidio, por eso algunas de las comparaciones se hicieron sobre los datos del suicidio consumado. En términos generales el comportamiento del evento, en los aspectos sociodemográficos y de presentación, mantiene características similares a las reportadas en los estudios de la conducta suicida en el País.

Palabras clave: Incidencia, intento de suicidio, factores de riesgo, vigilancia en salud publica

Abstract

The objective of this project is to characterize the reported cases of suicide attempt in the city of Sogamoso based on the surveillance system information in public health and the information recollected in the attention and tracing process, from 2011 to 2013.

The design of this project is a descriptive study with retrospective cross-sectional, where the information was complemented, systematized and analyzed, that information corresponding to 286 suicide attempt cases that are reported on the surveillance system information in public health from 2011 to 2013.The analysis of the information was done considering the social-demographic aspects, the characteristics of the presentation of the event and the risk factors had been defined in the record of notifications, the statistical analysis was realized with EPIINFO7.

In the investigation was evidenced that the city of Sogamoso presents rates of incidence per 100.000 people higher than those recorded in the country and in the two principal cities; 103.3 (2011), 85.4 (2012) and 60.4 (2013).The teenagers' women and youth between 16 and 25 years old are the population group that present more risk and the group that must be orientated with a greater importance in the prevention actions.

The country has few studies that describe the behavior of the suicide attempt, for that reason some of the comparisons was doing based on the data of the accomplished suicide. In general terms the behavior of the event in the social-demographic aspects and the presentation of the event have similarities characteristics with the reported cases in the studies about the suicide conduct in the country

Keywords: Incidence, suicide attempt, risk factors, Public Health Surveillance

Contenido

Pág.

Resumen ..... **IX**

Lista de gráficas ..... **XIII**

Lista de tablas ..... **XIV**

Introducción **1**

1. Problema de Investigación **3**
1.1 Objetivos 5
1.1.1 Objetivo general 5
1.1.2 Objetivos específicos 5

2. Las conductas suicidas y su impacto en salud pública **7**
2.1 Panorama de la salud mental y las conductas suicidas 7
2.1.1 La Magnitud y el impacto de las conductas suicidas 8
2.2 Aspectos conceptuales de la conducta 10
2.2.1 Factores de Riesgo 13
2.3 Vigilancia en salud pública 17

3. Diseño metodológico **21**
3.1.1 Población de estudio 21
3.2 Criterios de inclusión y exclusión 22
3.3 Técnicas de recolección de la información 22
Ficha de notificación de intento de suicidio 22
Historia clínica 23
Formato de seguimiento 23
3.4 Variables de estudio 24
3.5 Análisis de resultados 25

4. Resultados **27**
4.1 Aspectos socioeconómicos 29
4.3 Aspectos de atención del evento 41
4.4 Discusión 43

5. Conclusiones y recomendaciones **49**
5.1 Conclusiones 49
5.2 Recomendaciones 49

Anexo 1: Ficha de intento de Suicidio **51**

Anexo 2: Formato de seguimiento.....53

Bibliografía.....54

Lista de gráficas

Pág.
Gráfica 1. Tendencia del Intento de Suicidio Año/ Mes. Sogamoso 2011-2013 28
Gráfica 2. Proporción de Casos por Nivel socioeconómico por Estrato y Género. Sogamoso 2011-2013 31
Gráfica 3 Distribución por sitio de presentación del evento. Sogamoso 2011-2013 34

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1. 1 Incidencia de los casos por Año y Género. Sogamoso 2011-2013Tabla No 6 - 27
Tabla 2. Incidencia de los casos por Año y Grupo de edad. Sogamoso 2011-2013 29
Tabla 3. Proporción de Casos de Intento de Suicidio por Estado civil y Sexo. Sogamoso 2011-2013..... 30
Tabla 4. Tasa de Incidencia por Empresas Promotoras de Salud. Sogamoso 2011-2013 32
Tabla 5. Distribución por método y Género. Sogamoso 2011-2013 35
Tabla 6. Proporción por Factor Desencadenante y Género. Sogamoso 2011-2013..... 36
Tabla 7. Distribución por Antecedente de Suicidio y Género. Sogamoso 2011-2013..... 36
Tabla 8. Distribución por presencia de Enfermedad y Género. 2011-2013..... 37
Tabla 9. Distribución por Antecedente de Maltrato y Género. 2011-2013..... 38
Tabla 10. Distribución por Antecedente de Consumo de Sustancias Psicoactivas y Género. Sogamoso 2011-2013 39
Tabla 11. Proporción por Antecedente Familiar de Intento de Suicidio. Sogamoso 2011-2013..... 39
Tabla 12. Distribución por Relaciones Familiares y Género. Sogamoso 2011-2013 40
Tabla 13. Distribución por Redes de apoyo y Género. Sogamoso 2011-2013 40
Tabla 14. Proporción por Valoración Psiquiátrica Sogamoso. 2011-2013 42
Tabla 15. Proporción por Valoración Psicológica. Sogamoso. 2011-2013..... 42
Tabla 16. Proporción visita domiciliaria por Año. Sogamoso. 2011-2013 43

Introducción

La conducta suicida genera un amplio impacto en la salud y en la calidad de vida de las personas, familias y comunidades; se traduce en enfermedad, discapacidad, y muerte, por esta razón se considera un problema prioritario en salud(1).

Según la OMS, La tasa de mortalidad "global" por suicidio llega de 16 por 100 000, es decir una muerte cada 40 segundos.El suicidio afecta la población joven y económicamente activa, es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; estas cifras no incluyen los tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. (2)

Las conductas suicidas y en especial el intento de suicidio, han tomado gran importancia en salud pública, por la alta carga de enfermedad y los años de vida ajustados por discapacidad, además generan discriminación, aislamiento social y un costo emocional y económico significativo para las familias y el paciente(2)(3)

Frente a esta situación y en el entendido que las conductas suicidas son prevenibles, el departamento de Boyacá tomó la decisión de incluir el evento de Intento de Suicidio en el Sistema de Vigilancia a partir del año 2008, como una estrategia para reducir las tasas de Suicidio consumado.

La presente investigación tiene como propósito describir el comportamiento epidemiológico de intento de suicidio y contribuir a la formulación e implementación de estrategias en materia de prevención del suicidio y promoción de la salud mental y así mismo fortalecer el sistema de salud pública para el evento dentro del contexto territorial del municipio de Sogamoso (Boyacá).

Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo mediante el cual se caracteriza el evento de intento de suicidio en el municipio de Sogamoso, tomando la información de la ficha de notificación, la cual contiene datos socioeconómicos de la víctima, características de realización del evento y de la atención en salud recibida en cada caso, esta información se complementa con los datos arrojados en el proceso de seguimiento domiciliario o en la consulta de psicología y/o psiquiatría.

En desarrollo de la investigación, la información generada por el SIVIGILA, se sistematizo y posteriormente fue procesada con el paquete estadístico de EPINFO 7, el análisis de información se realizó teniendo en cuenta principalmente los factores de riesgo en los aspectos sociodemográficos, antecedentes relacionados con la conducta suicida como los intentos previos y el consumo de spa y las acciones de atención en salud y seguimiento para cada caso.

Los resultados de este estudio permiten obtener información que contribuye a orientar eficientemente las acciones y recursos de salud pública, a fin de reducir el impacto del intento de suicidio y del suicido consumado en la salud del municipio.

1. Problema de Investigación

La OMS estima, que para el año 2020, aproximadamente 1 millón y medio de personas fallecerán por suicidio, y de 15 a 30 millones cometerán una tentativa suicida. Esto representaría una media de una muerte por suicidio cada 20 segundos y un intento de suicidio cada 1-2 segundos(2)(4). En cuanto a la carga de enfermedad se estima que el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998 y en el 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas.(2).

Los intentos de suicidio constituyen la sexta causa de discapacidad, originando un enorme costo directo e indirecto. Las víctimas de intento de suicidio desarrollan frecuentemente trastornos de ansiedad, trastornos de estrés postraumático y episodios depresivos mayores(5).

En el contexto nacional en la última década, la tasa global suicidio por 100.000 habitantes presento una tendencia al descenso, pasando de 4.63 en el 2003 a 4.08 en el 2012, con un reporte total de 18.403 personas fallecidas por esta causa. El fenómeno se estabilizo en los últimos años, manteniendo una tasa promedio de 4,1 por 100.000 habitantes. En el país este evento afecta principalmente a niños, adolescentes y adultos mayores y la proporción hombre mujer es de 20:1.(6)

El Estudio Nacional de Salud Mental del año 2003 reportó una prevalencia para el intento de suicidio de 4.9% durante toda la vida y en los últimos 12 meses de 1.3%, siendo el grupos de edad 30 a 44 años y el de 18 a 29 los más comprometidos.(7)

En el departamento de Boyacá para el año 2012 se presentaron 48 suicidios para una tasa de 3.78 por cada 100.000 habitantes, 2 suicidios menos que los presentados en el año 2011, las tres ciudades principales Tunja, Duitama y Sogamoso tuvieron 17 casos que representan el 35% del total.(6)

En Sogamoso el comportamiento del suicidio durante los años 2005 a 2010 presentó una tasa entre 5 y 6 suicidios por 100 mil habitantes, en los dos últimos años 2012 y 2013, la tasa se ha mantenidoen 3.5%, situación que se puede deber a la aplicación de estrategias a nivel municipal, en el seguimiento e intervención de los casos de intento e ideación suicida.(8)

En el Año de 1998, mediante Resolución 2358 el Ministerio de Salud adoptó una política de salud mental, sin embargo en este documento no se platean estrategias y/o metas referentes al suicidio o al intento de suicidio, aunque se evidencian estrategias para la promoción en salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y el acceso a los servicios de salud para las personas con enfermedad mental, al tiempo que se avanza hacia la integración de los eventos de salud mental en el sistema de vigilancia en salud pública.(9)

En el año 2008 el departamento de Boyacá implementó la vigilancia del intento de suicidio, con el fin de dar cuenta del comportamiento epidemiológico de este evento y así mismo facilitar el seguimiento y el monitoreo de los casos, este proceso de seguimiento se apoya mediante la intervención psicosocial de la conducta suicida en el ámbito familiar y escolar. El sistema busca identificar los casos mórbidos de conducta suicida con el fin de reducir los suicidios consumados.

En el año 2010 el Instituto Nacional de Salud incluyó el evento dentro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA, como resultado de este proceso en el municipio de Sogamoso se han notificado 304 casos en el periodo comprendido de enero de 2011 a diciembre de 2013, esta información no se estudiado, por lo tanto se conoce el comportamiento epidemiológico del evento en el Municipio.

El análisis de la información reportada permite establecer los factores de riesgos más frecuentes y las características de presentación del evento y de esta manera puede proporcionar información útil a la Secretaría de Salud Municipal, para la formulación y ejecución de acciones en prevención de las conductas suicidas, que disminuyan las tasas de incidencia y a la vez minimicen la carga económica y social que genera este evento.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo general

Caracterizar los casos reportados de intento de suicidio del Municipio de Sogamoso a partir de la información del sistema de vigilancia en salud pública y la recolectada en el proceso atención y seguimiento, entre los años 2011 y 2013

1.1.2 Objetivos específicos

- Determinar el comportamiento epidemiológico (tiempo, lugar y persona) de los intentos de suicido en el Municipio de Sogamoso.
- Identificar las variables sociodemográficas de la población víctima de este evento.
- Complementar y analizar la base de datos del periodo de estudio

2. Las conductas suicidas y su impacto en salud pública

2.1 Panorama de la salud mental y las conductas suicidas

La Organización Mundial de la Salud define la Salud mental como “El estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades.” (3)

Los factores asociados a la aparición y la evolución de los trastornos mentales pueden dividirse en Factores biológicos y genéticos, ambientales, psicológicos y Sociales (10) (4). En la enfermedad mental y en las conductas suicidas, todos estos factores confluyen y se combinan de diversas formas, por esta condición, el manejo clínico y terapéutico debe hacerse en forma interdisciplinaria y su intervención desde la salud pública, debe convocar diversos sectores que promuevan la salud mental y a la vez controlen y minimicen la exposición a factores como, la violencia intrafamiliar, la malnutrición y el consumo de sustancias psicoactivas, con especial énfasis en los niños y adolescentes (4) (10)

La enfermedad mental genera grandes costos económicos y sociales en los pacientes, las familias y las comunidades, entre estos, la atención médica y farmacológica, el desempleo, la discriminación y marginalización y el aumento de la delincuencia y la inseguridad (10).

Algunas cifras que revelan la magnitud y carga de la enfermedad mental se muestran en el documento de la OMS “Invertir en Salud Mental” en donde se indica que 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta, alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año, cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar), una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental, siendo los mismos integrantes de la familia los cuidadores primarios, situación que impacta la calidad de la vida familiar (3).

En Colombia la legislación a favor de la salud mental ha evolucionado pasando de la Ley 100 de 1993 con sus acuerdos y decretos, muy restrictivos hacia la atención en salud mental, a la expedición de la Ley 1438 de 2011 que dispone en su artículo 12, la adopción de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, como modelo de atención integral y en su artículo 65 establece la atención integral en salud mental para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas y la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte de Plan de Beneficios (11).

En el año 2013 se expide la ley 1616, en la cual se declara la salud mental como de interés y prioridad nacional, bien de interés público, derecho fundamental. Esta norma implica la adecuación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS), la prevención de conductas como el acoso escolar, el estigma y la discriminación, y la conducta suicida; de igual manera se insta a la implementación de la APS en salud mental, con la participación activa los pacientes, cuidadores, familias y sus organizaciones y se establece la atención preferencial a niños, niñas y adolescentes (12).

2.1.1 La Magnitud y el impacto de las conductas suicidas

El suicidio es un evento universal que siempre ha estado presente en todos los tiempos y culturas, el suicidio es la muerte autoinflingida con evidencia (implícita o explícita) que la persona deseaba morir. Las muertes por suicidio son consideradas como actos violentos y son un sensible indicador de la salud mental de una población (13).

Según el sistema médico-legal colombiano, en el documento Forensis 2012, el suicidio es la cuarta forma de muerte violenta en nuestro país, con una tasa de 4,08 por 100.000 habitantes, los jóvenes entre 20 y 24 años, son el grupo predominante con el 16,35 % del total de casos conocidos; esto equivale a 15.462 años perdidos de vida potencial (6).

En el estudio realizado en Santiago de Cali entre los años 2009 y 2010, en 126 personas con intento de suicidio, en edades entre 15 y 65 años, se calcularon 30 años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), se estimó una prevalencia del 95,3% de discapacidad. El 4,6% de la muestra no presentó discapacidad; el 41,27%, discapacidad leve; el 38,1%, discapacidad moderada, y el 15,87%, discapacidad severa. Los factores relacionados con discapacidad fueron: edad, ocupación, presencia de enfermedad mental, presencia de síntomas depresivos actuales, métodos fatales, consumo de medicamentos psiquiátricos, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y no práctica religiosa (14).

De acuerdo a los datos recolectados por la línea amiga 106 y el SIVIGILA en el departamento de Boyacá, en el año 2011 el comportamiento por grupos de edad es mayor en las mujeres antes de los 20 años, y entre los 11 – 30 años se acumula el 85% de los casos, con una letalidad de los suicidios frente a los intentos del 13%, esto se traduce en 103 intentos por 11 suicidios. En el caso de los hombres el número de intentos de suicidio es menor que el de las mujeres (119 hombres y 184 mujeres), y el grupo de edad que acumula el mayor número de eventos está entre los16 a 30 años con un 65% de los casos y una letalidad promedio del 38.4% es decir 77 intentos por 25 suicidios (15).

En Sogamoso según la información del SIVIGILA y del Sistema de Estadísticas Vitales, en el año 2011 se notificaron 110 casos de intento de suicidio y 3 suicidios consumados, en el 2012, 88 y 4 y para el 2013, 67 intentos y 4 suicidios. Sin embargo, de acuerdo a los registros físicos y teniendo en cuenta la dificultad de algunas instituciones de salud para la notificación por medio electrónico, se estableció que los intentos de suicidio para estos 3 años fueron 304 casos (16).

2.2 Aspectos conceptuales de la conducta

Etimológicamente la palabra suicidio se deriva de dos términos del latín: suicidium: Sui (de sí, a sí) y Cidium (matar), significando la acción de quitarse la vida. El término fue acuñado por Sir Thomas Brown, filósofo y médico inglés en 1642 en su obra Religio Medici. Éste filósofo asimiló el suicidio al homicidio al tomar la etimología latina: sui (de sí mismo) caedere (matar)(17). Es definido por la Real Academia Española, como la acción y efecto de suicidarse o la acción o conducta que perjudica o puede perjudicar gravemente a quien la realiza(18).

La conducta suicida puede manifestarse de diversas formas:

El deseo de morir: Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: 'la vida no merece la pena vivirla', 'lo que quisiera es morirme', 'para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto' y otras expresiones similares.

La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación: Idea suicida sin un método

específico, Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado, Idea suicida con un método específico no planificado, El plan suicida o idea suicida planificada.

La amenaza suicida. Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

El gesto suicida. Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

El suicidio accidental. El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto.

Suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte(19).

Para efectos de esta investigación se abordara con más detenimiento las conductas de ideación e intento suicida; Según Beck Citado por Carrascal (2010), La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y comportamientos actuales para cometer suicidio pero sin un intento reciente, estas dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y conducta que están interrelacionados. También involucra la amenaza de suicidarse expresada abiertamente a otros(4).

González (2005) afirma que el grado de ideación suicida está en función del nivel de estrés al que se encuentre sujeto el individuo y del uso que haga, de su capacidad de

afrontamiento. Diferentes niveles de estrés y afrontamiento, así como la interacción de los mismos, pueden provocar diversos grados de pensamiento suicida (1).

Los Resultados de los estudios desarrollados por Reinherz, citados por Carrascal (2010), demuestran que tener ideación suicida a los 15 años marca un estrés importante, que tiene implicaciones a largo plazo en el adolescente y en el adulto joven, en un estudio longitudinal de 15 años de seguimiento con una muestra de 346 adolescentes comunitarios se encontró que aquellos con ideación suicida en la línea de base, tuvieron el doble de probabilidad de desarrollar alteraciones desorden de ansiedad, casi 12 veces más probabilidad de tener intentos de suicidio a la edad de 30 años, y 15 veces expresar pensamientos suicidas entre los 26 y 30 años (4).

Frente al Intento de Suicidio, Kreitman en 1969, acuño el término de parasuicidio, al acto sin desenlace fatal en el que el individuo de forma deliberada inicia una conducta no habitual, sin intervención de otros, en la que se autolesiona o ingiere sustancias en dosis mayores a las terapéuticas y cuyo objetivo es producir cambios que el sujeto desea por medio de las consecuencias actuales o esperadas de su acción(20).

Stengel, citado por Legido (2012) (20), diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario.

Frente a la recopilación y análisis del comportamiento suicida no mortal, son pocos países los que cuenta con datos fidedignos, esta situación se debe a que muchos intentos no son atendidos en instituciones de salud, por factores como la vergüenza y la culpa y porque en algunos países, la tentativa de suicidio se considera un delito penalizado. Por otra parte, solo en contados países y ciudades es obligatorio notificar y vigilar el comportamiento de las lesiones autoinflingidas, por esta razón, no se recoge la información y por ende no se puede avanzar al análisis de su comportamiento epidemiológico. (21)

En Colombia el análisis secundario a la base de datos de la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, mostró que la prevalencia de intento de suicidio es similar a la de otros países: 1.2% para los últimos 12 meses y 4.53% para toda la vida; el grupo etáreo con mayor riesgo es el comprendido entre los 16 a 21 años y se determinó que los intentos de suicidio se encuentran asociados a depresión grave y ansiedad. (22)

El protocolo de atención del intento suicida diseñado por la Secretaría de salud departamental estableció las siguientes definiciones operativas con el fin de facilitar el Diagnostico y establecer las acciones de intervención(23).

Ideación Suicida: Es el pensamiento y deseo de quitarse la vida sin que haya llegado realmente a intentarlo. Los pensamientos pueden varias desde creer que otros quieran que se muera, pensamientos transitorios de cometer suicidio, hasta hacer planes específicos de cómo hacerlo. El riesgo suicida es más alto cuando la decisión está claramente definida y el paciente ha pensado en los medios específicos para lograrlo.
Intento de suicidio: Suicidio frustroso o no exitoso. Es aquel realizado por una persona que habiendo decidido terminar con su vida o actuando en un súbito impulso escoge el método más efectivo disponible, estando seguro de que nadie intervendrá y fracasa

2.2.1Factores de Riesgo

Se puede entender por factores de riesgo aquellas condiciones de orden personal o circunstancial que pueden dar indicios sobre la posibilidad de una conducta suicida en un individuo. Es decir, condiciones que aumentan o disminuyen la probabilidad de que se cometa el suicidio (24)

Carvajal (2010) afirma que la conducta suicida es el resultado de la combinación de diversos factores que van desde la genética hasta la realidad social en la que se encuentra inmerso el individuo. Esta conducta es entendida como el resultado de la interacción de diversos factores de tipo psiquiátrico, genético, biológico, familiar y

sociocultural, de manera que éstos pueden actuar bien como predisponentes o como precipitantes de la conducta. (4)

Para efectos de esta investigación y teniendo en cuenta la ficha de notificación, los factores de riesgo de se agruparan factores sociodemográficos, los factores asociados a las características de presentación del evento del evento.

2.2.1.1 Factores culturales y sociodemográficos

Género: Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres en relación de 3 a 1 mientras que el suicidio consumado en más frecuente en los varones, en una relación de 4 a 1.(25)(6); esta situación se puede explicar por el tipo de método seleccionado para el acto suicida, los hombres utilizan métodos más violentos y letales que las mujeres, situación que algunos autores explican por la forma que hombres y mujeres responde ante diferentes acontecimientos vitales, por la diferencia de roles y los recursos de afrontamiento. Así, los hombres tienden a responder con mayor agresividad y hostilidad ante las frustraciones del entorno y a su vez, tienen menos manifestaciones y menores actitudes de búsqueda de ayuda. (26) (20) (21)

En Bogotá según lo reportado por el sistema de vigilancia en Salud pública para la conducta suicida, en el 2009 el 64.1% de los casos de intento fueron en Mujeres y el 35.9 en hombres, este comportamiento es congruente con la tendencia mundial. (27).

Edad: Los intentos de suicidio son más frecuentes entre los adultos jóvenes del género femenino; afecta mujeres con edades comprendidas entre 15-24 años de edad, seguidas de las 25-34 años y las de 35-44 años, mientras que en los hombres las tasas más altas se encuentran entre los 25-34 años, seguido por los 35-44 años y los 15-24 años (10) (4).

El aumento de la incidencia de las conductas suicidas en jóvenes, se relaciona con tratamientos psiquiátricos previos, al abuso de sustancias, trastornos de personalidad y a condiciones de pobreza y exclusión social(20).

Estado Civil: Según Durkheim, la familia y el estado civil se comportan como factores protectores en el desarrollo de conductas suicidas, explica que la subordinación a los intereses del núcleo familiar, en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. (28). Según el Instituto de Medicina y Ciencias Forenses, los solteros constituyen el mayor grupo de riesgo en suicidio consumado e intento de suicidio; durante el 2012, cometieron suicidio 581 (30,55 %) personas solteras, seguidas de 316 (16,62 %) personas en unión libre. Los casados representan el 10,67 %, con 203 casos. Tal comportamiento es similar al presentado durante el 2011.(6)

Ocupación: Las personas desempleadas, constituyen un grupo de riesgo relevante para la prevención de la conducta suicida, los efectos del desempleo, como la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza, aumentan el riesgo. Cuando la pérdida del empleo es reciente el riesgo es mayor (15). En el estudio de Hawton, Citado por Legido (2012) se señala un riesgo relativo de conductas suicidas de 9.7 para los hombre y 10 para las mujeres en situación desempleo y se considera que es un factor de mayor importancia, que la situación económica.(20)

4.2.3.2 Factores asociados a las características de presentación del evento del evento.

Método: El tipo de método incide directamente sobre el desenlace final de la conducta suicida, el método está ligado al género, los hombres utilizan frecuente mente métodos más letales como el ahorcamiento, lanzamiento y heridas con arma de fuego(4)(20). En Colombia según el informe foresis de suicidio 2012, el ahorcamiento es el método más usado tanto en hombres como en mujeres, seguido de la intoxicación o envenenamiento, proyectil de arma de fuego y el lanzamiento (6). En los intentos de Suicidio las intoxicaciones exógenas ocupan el primer lugar, seguidas de las lesiones con armas cortopunzantes.

Intentos de suicidio previos: La presencia de un evento anterior en la vida del paciente, en su grupo familiar o en su círculo cercano de convivencia (escuela, barrio, comunidad), es uno de los factores de riesgo más importante para el suicidio (17)

(29)(20). En estudios retrospectivos de suicidio consumado se informa que cerca del 30% de estos eventos, tenían antecedentes de intentos previos (30). Los intentos de suicidio frecuentemente se repiten, En estudios recientes se estima que los sujetos con intentos previos tienen 25 veces más riesgo de morir por suicidio (20).

Abuso de Sustancias Psicoactivas: Diversos autores han mencionado la estrecha relación que hay entre el consumo de sustancias y las conductas suicidas, especialmente, el alcoholismo. Las tasas de suicidio en los alcohólicos son mayores comparadas con la población sin esta adicción, se menciona que el 15% de la población alcohólica mueren por suicidio. (30)(20) (4)

Violencia intrafamiliar y la disfuncionalidad en la familia: Las conductas suicidas en los adolescentes, están influenciadas por características de las familias, como el rompimiento familiar, el alcoholismo paterno, historia de maltrato y la disfunción familiar (4). El informe de la Conducta Suicida en Bogotá 2012, revela que los problemas familiares y en especial los de la pareja, son la primera causa del suicidio consumado durante los últimos años.

2.2.1.2 Presencia de enfermedades mentales y enfermedades médicas

Frente a las enfermedades mentales, los trastornos más comúnmente asociados al suicidio son, la depresión, los trastornos por ansiedad, abuso de alcohol y drogas, los trastornos alimentarios, psicóticos y adaptativos.

La depresión mayor es el trastorno mental que más se asocia a las conductas suicidas, se caracteriza según los criterios del DSM- IV, por un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.(22)

En un estudio de casos y Controles realizado en Bogotá, se diagnosticó un trastorno psiquiátrico al 50,6% (n=79) de la cohorte inicial. Dentro de estos diagnósticos, el trastorno depresivo fue el más frecuente en 78,5 % (n=62) y el otro de la gama afectiva fue el trastorno afectivo bipolar. Otros diagnósticos psiquiátricos encontrados fueron los trastornos adaptativos, el trastorno de ansiedad, el trastorno psicótico, trastorno de personalidad límite, alcoholismo y trastorno por falta de control de impulsos.(29)
Los trastornos de consumo de sustancias y más concretamente, el alcoholismo por su elevada prevalencia, se han relacionado tanto con el riesgo de suicidio como factor precipitante de dichas conductas.(20)

Las enfermedades médicas que más se asocian a la conducta suicida son los canceres terminales, el VIH, la epilepsia y la enfermedad renal crónica y algunas enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple. Estas enfermedades en particular generan en los pacientes, dolor, si este no ha sido manejado adecuadamente, sentimientos de desesperanza y frustración, discapacidad y culpa.

2.3 Vigilanciaen salud pública

La vigilancia de la salud pública es la recopilación continua y sistemática de información, su análisis e interpretación que es después divulgada a aquellas personas a cargo de prevenir enfermedades y otras condiciones de salud. La información permite a los directivos poder responder rápidamente a las necesidades de la población en cuanto a su salud. Esta información es clave para los ministerios de salud y economía que comprueban si la población está recibiendo los servicios necesarios. La vigilancia permite a los tomadores de decisiones liderar y gestionar de forma efectiva. (31)

Vigilancia se considera una de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), que son competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones. La OPS establece que la vigilancia debe tener las siguientes características y condiciones para que cumpla con su objetivo:

- Capacidad para investigar y vigilar brotes epidémicos y establecer los modelos de presentación de eventos de interés en salud pública
- La infraestructura de salud pública suficiente y capaz de dirigir los análisis de población, estudios de caso e investigación epidemiológica en general.
- Laboratorios de salud pública, resolutivos, rápidos y con buena capacidad.
- Vigilancia epidemiológica activa, permanente y continua para el control de enfermedades infecciosas.
- Sistemas de información y de comunicación eficientes y rápidos
- Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria a nivel local, para generar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o de riesgos específicos. (32)

La vigilancia resulta esencial para las actividades de prevención y control de enfermedades y es una herramienta en la asignación de recursos del sistema de salud, así como en la evaluación del impacto de programas y servicios de salud. El enfoque de la vigilancia requiere equilibrio entre las necesidades de información y las limitaciones para la recolección de datos. El óptimo funcionamiento del sistema de vigilancia en salud pública, depende de la capacitación y apoyo permanente del personal de salud, tanto del nivel profesional como técnico, la vigilancia se debe efectuar en todos los niveles de complejidad y para todos los servicios de salud (33).

En Colombia el decreto 3518 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, definió las finalidades del mismo a saber:

Estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública, detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud pública, detectar brotes y epidemias y orientar las acciones específicas de control, Identificar los factores de riesgo o factores expuestos a dichos factores, identificar necesidades de investigación epidemiológica, facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control, facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud, orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud y orientar la formulación de políticas en salud pública (34).

El Protocolo de Vigilancia de la conducta Suicida para el departamento de Boyacá, establece las siguientes acciones: Notificación de evento al SIVIGILA a través de la ficha epidemiológica en medio físico o electrónico, valoración por psiquiatría y/o psicología, clasificación del riesgo y definición de la conducta de manejo y acompañamiento sociofamiliar a través de la visita domiciliaria. (23)

3. Diseño metodológico

Estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo mediante el cual se pretende caracterizar el Comportamiento epidemiológico del evento de intento de suicidio en el municipio de Sogamoso

El estudio se realizó en Sogamoso, un municipio enclavado en el centro oriente del departamento de Boyacá, con una extensión de 208.54 km2, conforma el corredor central con los municipios de Tunja, Paipa, Duitama, Tibasosa y Nobsa, en los cuales se desarrolla la mayor dinámica socioeconómica -poblacional, industrial, comercial y de servicios- del conjunto departamental.

Se encuentra a 210 km al noreste de Bogotá, la capital del país y a 74.6 Km de Tunja la capital del departamento, localizándose a 2.569 m de altitud sobre el nivel del mar con temperaturas promedio de 17 °C. La base económica de la ciudad es el comercio interregional entre los Llanos Orientales y el centro del país, la industria siderúrgica y de materiales de construcción además de la explotación de calizas, carbón y mármol. Es la segunda ciudad del departamento y se le conoce como la Ciudad del Sol y del Acero (15).

Por proyecciones del DANE el municipio cuenta para 2013 con 114213 habitantes, con una tendencia decreciente desde 2003 (15)

3.1.1 Población de estudio

Se tomó la totalidad de casos reportados por el sistema de vigilancia en salud publica SIVIGILA del evento de intento de suicidio en el municipio de Sogamoso para el periodo

de tiempo comprendió entre el enero del año 2011 y diciembre del año 2013.

3.2 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión de los registros encontrados se presentan a continuación

Inclusión: Registro reportado por entidad de salud al sistema de vigilancia en salud publica SIVIGILA para el evento de intento de suicidio dentro del municipio de Sogamoso.

Exclusión: Registro cuya ficha de notificación (instrumento de recolección de información de SIVIGILA) se encuentra con menos del 50 % de información.

3.3 Técnicas de recolección de la información

Ficha de notificación de intento de suicidio

Es un instrumento de recolección de información empleado en el sistema de vigilancia en salud publica SIVIGILA para la sistematización de la información referente a eventos de importancia en salud pública, el formato de la ficha de notificación está conformado por dos segmentos el primero es el de información básica y general del evento (cara A) el cual es genérico para todos y cada uno de los eventos y el segundo (cara B) el cual contiene el registro de las características epidemiológicas específicas y particulares a cada uno de los eventos *(ver anexo A).*

Historia clínica

La historia clínica es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. La historia clínica es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social (21).

Para el presente estudio se toma la historia clínica como fuente secundaria de información la cual cumple un papel complementario al momento de realizar la recolección de la información, los formatos de la misma varían dependiendo la entidad de salud que reporta el caso, así mismo el protocolo de atención para el evento de intento de suicidio establece la prioridad de una valoración por dos especialidades: psicología y psiquiatría pero como ya se mencionó con anterioridad la información suministrada en materia de historias clínicas y atención depende de la entidad de salud la cual realiza la notificación respectiva .

Formato de seguimiento

Dentro del protocolo de seguimiento a los casos reportados del evento de intento de suicidio se establece un formato de seguimiento en el cual el profesional encargado de la vigilancia registra la información referente al factores de riesgo y factores protectores *(ver anexo B).*

Cabe aclarar que un fenómeno similar al de la historia clínica ocurre con la ficha de seguimiento, ya que por motivos externos como ya sea negativa hacia el seguimiento, cambio de residencia de la persona, o datos erróneos es imposible realizar el registro de esta información razón por la cual no todos los casos cuentan con este tipo de información complementaria.

3.4 Variables de estudio

TIPO	VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	ESCALA	CATEGORIA
Sociodemográfi-cas	Edad	Años de Vida trascurridos desde el nacimiento	Cuantitativa De razón	10 A 80 años
	Género	Diferencia de género biológico	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
	Estado civil	Condición de vínculo personal	Cualitativa nominal	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
	Nivel educativo	Nivel máximo que alcanzó en estudios	Cualitativa Nominal	Preescolar Básica Primaria Completa Básica Primaria Incompleta Secundaria completa Secundaria Incompleta Universidad Completa Universidad completa
	Afiliación seguridad social	Tipo de Régimen que asegura en salud	Cualitativa Nominal	Subsidiado Contributivo Especial Particular Población pobre no afiliada
	Ocupación	Actividad predominante se realiza	Cualitativa Nominal	Según la codificación
Características de presentación del Evento	Sitio del presentación del evento	Lugar donde la victima intenta suicidarse	Cualitativa nominal	Casa Institución Educativa Establecimiento publico Vía Publica Institución de salud
	Mecanismo de intento de suicidio	Forma en que la víctima intenta de quitarse la vida	Cualitativa nominal	Arma de fuego Intoxicación por medicamentos, Intoxicación por sustancias químicas Lanzamiento Suspensión Inmersión Sofocación

	Evento antecedente	Si en el pasado se ha presentado otro evento de suicidio	Cualitativa nominal	Si No
	Institución de salud que atiende el caso	IPS que presta la atención y notifica el caso	Cualitativa nominal	Clínica el Laguito, Hospital Regional ESE. Clínica Especialista Clínica Valle del Sol UBA Coomeva IPS Saludcoop Clínica Julio Sandoval
	Atención de Psiquiatría	Valoración a la víctima por psiquiatría	Cualitativa nominal	Si No
	Seguimiento e Intervención por psicología	Psicoterapia de seguimiento a la víctima y la familia	Cualitativa nominal	Si No
Factores de Riesgo	Consumo de Sustancias Psicoactivas	Utilización de sustancias psicoactivas - adición	Cualitativa nominal	Alcohol Marihuana Cocaína Heroína Bazuco LSD Éxtasis Otras
	Presencia de Enfermedades	Establece si la víctima tiene un enfermedad	Cualitativa nominal	Incapacitante Terminal Crónica Mental Ninguna
	Relaciones familiares	Permite establecer como son las relaciones en la familia	Cualitativa nominal	Funcional Disfuncional
	Violencia Intrafamiliar	Tipo de violencia que sufre la victima	Cualitativa nominal	Violencia física Violencia psicológica Abuso sexual Violencia sexual

3.5 Análisis de resultados

La información fue organizada en una plantilla diseñada en el programa EPIINFO 7, se

tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente, se realizó una matriz de salida de datos, para establecer la relevancia y pertinencia frente a los objetivos del estudio

En el análisis de la información, se dará a conocer la frecuencia por categorías y cruces de las variables tomando como referencia la población por grupos de edad proyectada por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), la población de afiliados por EPS (Empresas Promotoras de Salud) publicada por el Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía) en la Base de datos única de Afiliados.

4. Resultados

Una vez complementada y depurada la base de datos, se obtuvo un total de 286 registros para el periodo analizado de enero de 2011 a diciembre de 2013, los resultados se presentan teniendo en cuenta los aspectos Socioeconómicos, del evento en sí y de la atención y seguimiento recibido en cada caso.

Tabla 1. 1 Incidencia de los casos por Año y Género. Sogamoso 2011-2013 Tabla No 6 -

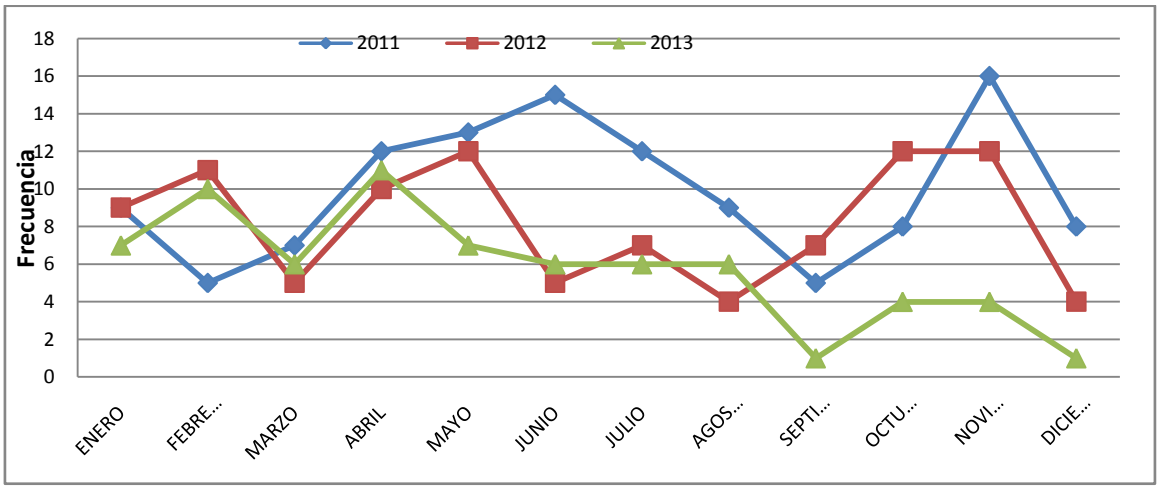
Año	Femenino	Incidencia Mujeres por 100.000 Hab.	Masculino	Incidencia Hombres por 100.000 Hab.	Total	Tasa de Incidencia por 100.000 Hab.
2011	67	110,8	52	95	119	103.3
2012	61	101.3	37	67.8	98	85.4
2013	44	73.4	25	46.0	69	60.4
Total	**172**		**114**		**286**	

Fuente: Base de datos estudio – Proyecciones DANE

Para calcular la incidencia se tomó la población proyectada para el municipio de Sogamoso, para cada sexo, según las proyecciones del censo DANE 2005. El municipio reporto en especial en el 2011 muy por encima de las que se conocen el contexto nacional (Bogotá 21.7 y Medellín 48.6)

En la tabla se evidencia una disminución de la incidencia del evento entre los años 2011 a 2013, Esta situación puede explicarse por las acciones emprendidas en prevención del suicidio a nivel municipal y departamental, como la puesta en funcionamiento de la Línea 106, la aplicación del protocolo de vigilancia en salud pública, en cuanto a la atención por psicología y psiquiatría y las acciones de seguimiento a nivel domiciliario y comunitarios de los casos.

Gráfica 1. Tendencia del Intento de Suicidio Año/ Mes. Sogamoso 2011-2013



Fuente: Base de datos estudio

En la gráfica se evidencia claramente la tendencia a la disminución de los intentos de suicido, en el periodo observado. Los meses que reportan menos casos son septiembre Diciembre, situación que puede explicarse porque en estos meses, hay un mayor número de actividades que promueven la unión familiar y la Alegría. Este comportamiento es similar al presentado por el suicidio a nivel nacional.

Respecto al comportamiento por género, se evidenció que en los tres años observados, la incidencia fue más alta en mujeres, que en hombres, situación que es congruente con el comportamiento del evento a nivel mundial y nacional. La diferencia fue mayor en los años 2012 y 2013, en los cuales, de cada tres intentos, dos son en mujeres y uno en hombres.

4.1 Aspectos socioeconómicos

Respecto a la Edad, el Rango estuvo entre 11 y 78 años, la media para todos los casos fue 25 años (IC95%), para los hombres 27 (IC95%) y para las mujeres 23 (IC95%) años, la moda en los hombres fue de 19 años y en las mujeres estuvo en 14.

Tabla 2. Incidencia de los casos por Año y Grupo de edad. Sogamoso 2011-2013

Grupo de Edad	2011		2012		2013	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
11 -15	220.0	73.9	2060	56.1	133.7	19.1
16 - 20	441.2	385.4	422,7	205,0	303.8	121.5
21 - 25	297.0	192.1	320.2	108,6	195	121.9
26 - 30	189.5	121.4	174.3	120	157.2	131.0
31 - 35	121.0	141.6	121.4	56.7	73.3	97.7
36 - 40	96.6	30.8	49.2	93.5	25.0	75.1
41 - 45	22.2	141.1	22.6	116.8	0,00	23.3
46 - 50	0,00	29.3	23.0	87.2	22.7	0,00
51 - 55	0,00	31.8	25,3	31.2	0,00	24.8
56 - 60	66.2	0,00	0,00	0,00	61.2	0,00
61 - 65	0,00	56	0,00	0,00	0,00	0,00
71 - 75	74.2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
76 - 80	0,00	147.9	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Base de datos estudio - *Tasa de incidencia por 100.000 Hab.

Durante el periodo estudiado, se evidenciaron diferencias significativas para la edad. El grupo de los adolescentes fue el de mayor riesgo, comportamiento que se asimila, con

los datos registrados en el país y que se considera como una tendencia en aumento a nivel internacional (20). En el grupo de 16 a 20 años registra la incidencia más alta tanto en hombres, como en mujeres. En promedio para los tres años, 230 de cada 100.000 hombres intentaron suicidarse y para las mujeres 390 de cada 100.000. La tendencia de la tasa de incidencia en todos los grupos de edad y sexo es a la decreciente.

Es importante mencionar que en las mujeres el 66.8% y en los hombres el 52.6% de los casos estuvieron por debajo de los 25 años, situación que implica que este grupo poblacional debe ser prioritario para las acciones de promoción de la salud mental y prevención del suicidio, que faciliten la detección temprana, el seguimiento oportuno y continuo de las conductas suicidas.

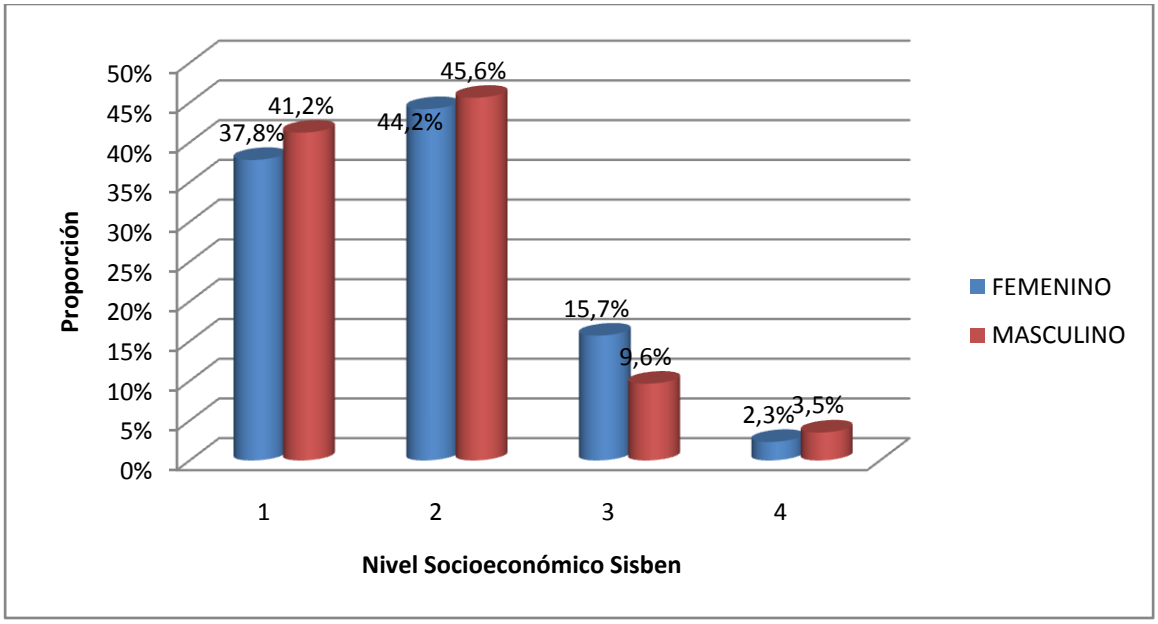
Tabla 3. Proporción de Casos de Intento de Suicidio por Estado civil y Sexo. Sogamoso 2011-2013

	Femenino		Masculino		Total	
Estado Civil	**No Casos**	**%**	**No Casos**	**%**	**No Casos**	**%**
Casado/a	21	12,21	29	25,44	50	17,48
Separado/a	4	2,33	3	2,63	7	2,45
Sin Dato	0	0,00	1	0,88	1	0,35
Soltero/a	105	61,05	54	47,37	159	55,59
Unión Libre	40	23,26	26	22,81	66	23,08
Viudo/a	2	1,16	1	0,88	3	1,05
Total	172	100,00	114	100,00	286	100,00

Fuente: Base de datos estudio.

El comportamiento frente al estado civil, fue similar a lo descrito en estudios realizados para este evento (35) (36), siendo el grupo de los solteros el de mayor riesgo. En las mujeres se evidencio una menor frecuencia en el grupo de las casadas, concordante con estudios que describen que las uniones estables y el tener hijos son factores protectores (20). No se halló diferencia significativa para esta variable.

Gráfica 2. Proporción de Casos por Nivel socioeconómico por Estrato y Género. Sogamoso 2011-2013



Fuente: Base de datos estudio.

Para el periodo de estudio se determinó que el 84.4% de los casos reportados pertenecían a los estratos socioeconómicos uno y dos; factores como la pobreza, marginalidad, la falta de oportunidades, el bajo nivel educativo, confluyen en las poblaciones de bajos recursos, aumentando el riesgo de intento de suicidio (4). Ante este panorama se hace necesario orientar acciones de prevención y atención en estas poblaciones, así como generar programas desde la Atención Primaria en Salud que promuevan la conformación de redes de apoyo a nivel comunitario e institucional, fomenten espacios de recreación y uso del tiempo libre y acerquen los servicios sanitarios a las personas y familias que evidencien conductas suicidas.

Entre los casos observados, se estableció que para el grupo de la mujeres y hombres la ocupación que más frecuencia reporto fue la de estudiante, con un 40%, situación que está de acuerdo con la edad de la población estudiada. En las mujeres se reporta un

porcentaje importante de amas de casa 29.65% y de mujeres que realizan oficios varios 5.81%. En los hombres el grupo de desempleados representa un 10.5% y la opción no aplica, que aparece en tercer lugar y corresponde a la población privada de la Libertad.

El comportamiento del evento en los grupos de población vulnerable, se evidenció 11 casos en población carcelaria, que es una de las poblaciones descritas como de alto riesgo para conductas suicida, por la presencia de factores de riesgo psicosocial como separación de la familia, problemas emocionales, sentimientos de desesperanza e historial de enfermedades psiquiátricas (20). Se identificaron también, 4 gestantes en edades de 19(2), 24(1) y 26(1), en la cuales se estableció como posible desencadenante la violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias psicoactivas y el embarazo no deseado.

En la Población de desplazados y migrantes se reportaron 4 casos, con factores desencadenantes como la violencia intrafamiliar y problemas económicos, aspectos que son comunes en estas poblaciones dadas las condiciones sociales de desarraigo, desempleo y marginalidad en la que viven.

De acuerdo a la información analizada se estableció que 47.5 % de los casos reportados pertenecían al Régimen subsidiado, el 41% al contributivo, se identificó un 8% sin seguridad Social y un 4% pertenecientes al régimen especial. Es información es acorde con la reportada frente a nivel socioeconómico de las víctimas y visualiza la necesidad de fortalecer la red de servicios de salud mental, en las instituciones de salud de carácter público, ya que son las que atienden los casos, tanto del régimen subsidiado, como los de la población no afiliada.

Tabla 4. Tasa de Incidencia por Empresas Promotoras de Salud. Sogamoso 2011-2013

NOMBRE DE LA ASEGURADORA	TASA DE INCIDENCIA POR 10.000 HABITANTES		
	2011	**2012**	**2013**

CAPRECOM	19,41	23,30	10,98
COMFABOY	15,19	5,28	5,44
COMFAMILIAR	6,22	6,53	6,25
COMPARTA	11,41	11,78	10,61
COOMEVA	9,76	8,29	8,55
FAMISANAR	8,90	7,57	7,00
HUMANA VIVIR	5,45	8,11	9,92
NUEVA EPS	4,78	4,57	4,52
SALUDCOOP	7,49	7,07	7,18
SANITAS	4,89	3,78	3,37

Fuente: Base de datos estudio BDUA Fosyga

Para este indicador se tomó la población de afiliados por Empresas Promotoras de Salud (EPS) a mitad del periodo para cada año, Caprecom y Comparta son las dos EPS que reportan mayor incidencia en los tres años observados, ambas pertenecientes al régimen subsidiado, es importante mencionar que Caprecom, es la EPS encargada de la atención a la población privada de la libertad. En el régimen contributivo las EPS Coomeva y Famisanar son las que alcanzan las mayores tasas de incidencia.

Esta información debe apoyar el análisis situacional en salud de las EPS, con el fin de orientar las acciones de promoción y prevención para la gestión del Riesgo generado por este evento y a la vez identificar la necesidad de la contratación de una red de servicios que satisfaga la demanda y garantice una atención de calidad en salud mental.

Frente al Aseguramiento en salud se reportó un 8% sin afiliación a EPS,, este grupo de población en su mayoría perteneciente a los estratos 1 y 2, se consideran población pobre no afiliada (PPNA); al calcular la incidencia, tomando como denominar la PPNA reportada por el Ministerio de Salud para el municipio de Sogamoso, se evidencia que es la población donde se registra la mayor incidencia, 2011(15.82), 2012(64.31) y

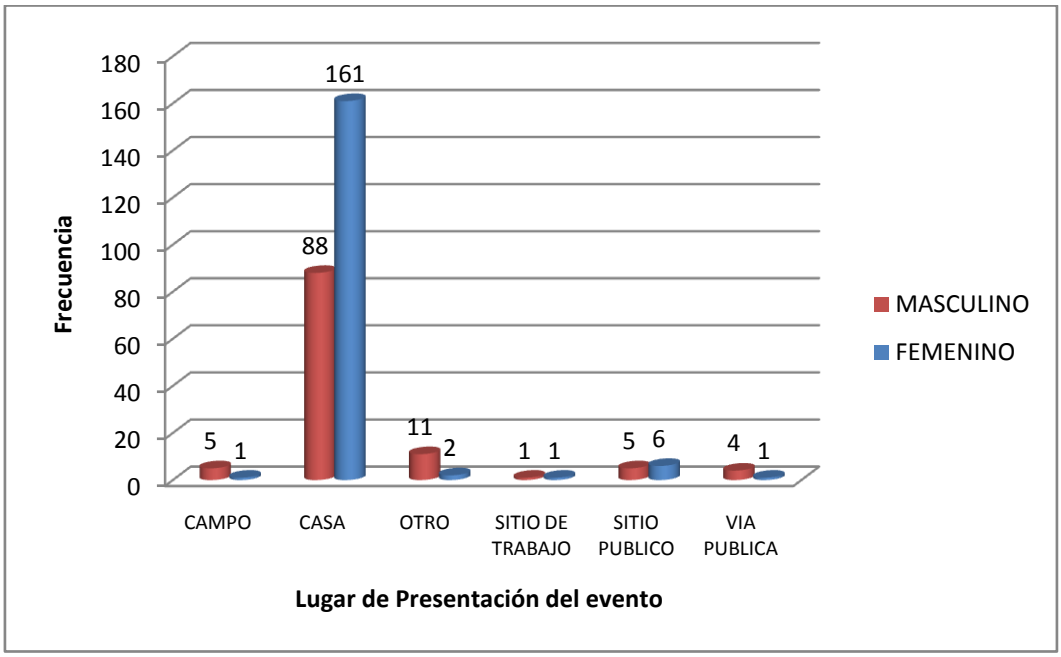
2013(95.6), esta situación amerita especial atención y ratifica lo mencionado anteriormente frente a priorizar la atención hacia las poblaciones vulnerables y marginales, no solo en las acciones de salud mental, sino en la garantía de sus derechos humanos y la satisfacción de sus necesidades básicas.

4.2 Aspectos de identificación del evento

En este apartado se muestran los resultados frente a las características de presentación del evento (sitio de realización y método), los factores de riesgo identificados y aspectos relacionados con la familia.

En el aspecto de identificar indicios de preparación del intento de suicidio, se evidencio que el 22% del total de la población, hizo preparativos para el evento, entre hombre y mujeres, se evidencia que las mujeres refieren menos indicios preparativos que los hombres. Esto concuerda con la forma de realización en donde el 17.8% del total de las victimas informan que planearon el intento de suicidio.

Gráfica 3Distribución por sitio de presentación del evento. Sogamoso 2011-2013



Fuente: Base de datos estudio.

Frente al Sitio de realización del intento de suicidio, la vivienda de las víctimas presento la mayor frecuencia con un 93,6% para las mujeres y un 77.1% en los Hombres, seguido de los sitios públicos y el campo para los casos presentados en la zona Rural. Esta información es útil en la medida que se utilice en acciones preventivas, como no dejar solos en casa pacientes con ideación suicida y mantener en sitios seguros en la casa, los fármacos y/o sustancias que se pudieran utilizar para el intento de suicidio.

Tabla 5. Distribución por método y Género. Sogamoso 2011-2013

METODO DEL INTENTO	FEMENINO No de Casos	FRECUENCIA RELATIVA	MASCULINO No de Casos	FRECUENCIA RELATIVA	Total	FRECUENCIA RELATIVA
ARMA DE FUEGO	0	0,00	1	0,01	1	0,00
HERIDAS	23	0,13	25	0,22	48	0,17
INMERSION	1	0,01	0	0,00	1	0,00
INTOXICACION MEDICAMENTOS	95	0,55	39	0,34	134	0,47
INTOXICACION PLAGUICIDAS	48	0,28	36	0,32	84	0,29
INTOXICACION POR SPA	1	0,01	3	0,03	4	0,01
LANZAMIENTO	1	0,01	2	0,02	3	0,01
SOFOCACION	1	0,01	3	0,03	4	0,01
SUSPENSION	2	0,01	5	0,04	7	0,02
TOTAL	**172**	**1,00**	**114**	**1,00**	**286**	**1,00**

Fuente: Base de datos estudio.

Al hacer el análisis del mecanismo de intento de suicidio o método, se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres, de acuerdo a la literatura sobre el evento, los hombres buscan métodos más letales como el ahorcamiento o suspensión, el lanzamiento y las armas de fuego, entre tanto las mujeres usan métodos menos letales como las intoxicaciones exógenas. (35) (36)

Tabla 6. Proporción por Factor Desencadenante y Género. Sogamoso 2011-2013

POSIBLE DESENCADENANTE	FEMENINO	%	MASCULINO	%	Total
CONFLICTO CON LA PAREJA	53	30,81%	30	26,32%	83
NO IDENTIFICADO	51	29,65%	40	35,09%	91
OTRO	32	18,60%	19	16,67%	51
PROBLEMA LABORAL O ESCOLAR	1	0,58%	1	0,88%	2
PROBLEMAS ECONIMICOS	2	1,16%	8	7,02%	10
PROBLEMAS FAMILIARES	32	18,60%	15	13,16%	47
SIN DATO	1	0,58%	1	0,88%	2

Fuente: Base de datos estudio.

En la variable de factor desencadenante, el conflicto de pareja y los problemas familiares son los más frecuentes, tanto en hombre como en mujeres, de igual manera, afecta mayormente a los jóvenes y adolescentes. En la categoría de “otro”, se estableció que el consumo de sustancias psicoactivas, fue el factor desencadenante más reportado con un 22% (64 casos).

A un 32% (91) de los casos, no se le identificó el factor desencadenante debido posiblemente a una deficiente anamnesis de los pacientes y/o al diligenciamiento incompleto de la ficha de Notificación.

Tabla 7. Distribución por Antecedente de Suicidio y Género. Sogamoso 2011-2013

ANTECEDENTE	FEMENINO	FRECUENCIA	MASCULINO	FRECUENCIA	Total	FRECUENCIA

DE INTENTO		RELATIVA		RELATIVA		RELATIVA
NO	130	0,76	78	0,68	208	0,73
SI	41	0,24	36	0,32	77	0,27
SIN DATO	1	0,01	0	0,00	1	0,00
TOTAL	172	1,00	114	1,00	286	1,00

Fuente: Base de datos estudio.

Respecto al antecedente del intento de suicidio, no se evidenciaron diferencias significativas por género. Del total de los casos, el 27% tenían antecedentes de intento de suicidio, en las mujeres se reportó un 24% y en los Hombres un 36%.

Durante el periodo del estudio se identificaron 4 mujeres y 3 hombres que presentaron más de un episodio de intento, teniendo en cuenta lo descrito en estudios sobre la conducta suicida es necesario que se haga un estrecho seguimiento y se garantice la atención, ya que el riesgo de cometer suicidio aumenta considerablemente cuando existe intentos previos. (29) (22)

Tabla 8. Distribución por presencia de Enfermedad y Género. 2011-2013

PRESENCIA DE ENFERMEDAD	FEMENINO	FRECUENCIA RELATIVA	MASCULINO	FRECUENCIA RELATIVA	Total
CRONICA	5	0,03	5	0,04	10
INCAPACITANTES	2	0,01	1	0,01	3
INCURABLES	1	0,01	0	0,00	1
MENTAL	25	0,15	17	0,15	42
NINGUNA	138	0,80	91	0,80	229
SIN DATO	1	0,01	0	0,00	1
TOTAL	172	1,00	114	1,00	286

Fuente: Base de datos estudio.

Los trastornos mentales son considerados una condición necesaria pero no suficiente para el Suicidio, estas enfermedades y en especial los trastornos depresivos se consideran como un factor de riesgo importante para las conductas suicidas, así mismo se ha establecido, que el padecer enfermedades crónicas o terminales, por los sentimientos de desesperanza y la presencia del dolor, pueden aumentar el riesgo para

estas conductas (29) (22). En la población estudiada se identificó un 15% (42) de los casos reportados con enfermedad mental y un 3.5% enfermedades de tipo crónico. En estas personas requieren atención por psiquiatría y psicología, es necesario realizar el seguimiento para garantizar la adherencia al tratamiento farmacológico, así como fortalecer su red de apoyo familiar.

Tabla 9. Distribución por Antecedente de Maltrato y Género. 2011-2013

ANTECEDENTE MALTRATO	FEMENINO	FRECUENCIA RELATIVA	MASCULINO	FRECUENCIA RELATIVA	Total	FRECUENCIA RELATIVA
ABANDONO	3	0,04	6	0,18	9	0,09
ABUSO SEXUAL INFANTIL	2	0,03	0	0,00	2	0,02
FISICO	4	0,06	0	0,00	4	0,04
FISICO Y PSICOLOGICO	22	0,31	5	0,15	27	0,26
LABORAL	0	0,00	1	0,03	1	0,01
PSICOLOGICO	29	0,41	18	0,53	47	0,45
SIN DATO	4	0,06	2	0,06	6	0,06
VIOLENCIA SEXUAL	7	0,10	2	0,06	9	0,09
TOTAL	71	1,00	34	1,00	105	1,00

Fuente: Base de datos estudio.

En lo referente al antecedente de maltrato se evidencio que el 36.7% (105), de la totalidad de los casos habían sufrido maltrato, dato que es concordante con la información sobre factores desencadenantes, en donde el conflicto de pareja y los problemas familiares tienen las mayores frecuencias. Este comportamiento es similar a los datos presentados por el sistema de vigilancia de la conducta suicida de Bogotá.

Frente al el género, no establecieron diferencias significativas, sin embargo; Boyacá, según la ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud) está entre los primeros cinco departamentos con los mayores índices de violencia intrafamiliar, siendo las mujeres las más afectadas, razón por la cual es necesario emprender acciones desde diferentes espacios, social, laboral, económicos y político para garantizar que mujeres y las niñas no sufran violencia.

Tabla 10. Distribución por Antecedente de Consumo de Sustancias Psicoactivas y Género. Sogamoso 2011-2013

CONSUMO SPA	FEMENINO No de Casos	FRECUENCIA RELATIVA	MASCULINO No de casos	FRECUENCIA RELATIVA	Total	FRECUENCIA RELATIVA
ALCOHOL	49	0,88	50	0,76	99	0,81
BASUCO	1	0,02	3	0,05	4	0,03
COCAINA	1	0,02	4	0,06	5	0,04
INHALANTES	0	0,00	1	0,02	1	0,01
MARIHUANA	0	0,00	5	0,08	5	0,04
SIN DATO	2	0,04	1	0,02	3	0,02
TRANQUILIZANTES	3	0,05	2	0,03	5	0,04
TOTAL	56	1,00	66	1,00	122	1,00

Fuente: Base de datos estudio.

Frente al consumo de Sustancias psicoactivas se encontró que 122 casos correspondientes al 42%, tenían antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, a la vez, el consumo también se reportó como un factor desencadenante.

De acuerdo a lo descrito en otros estudios y que en este, también se reporta, el alcohol es la sustancia más implicada en los casos de intento de suicidio con el 80%, seguido de otras sustancias como la marihuana, la cocaína y los tranquilizantes. (22) (35)

Tabla 11. Proporción por Antecedente Familiar de Intento de Suicidio. Sogamoso 2011-2013

ANTECEDENTES FAMILIARES DE INTENTO	FRECUENCIA	FRECUECIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA
ABUELO (A)	1	0,35%	0,35%
HERMANO (A)	7	2,45%	2,80%
HIJO(A)	2	0,70%	3,50%
MADRE	1	0,35%	3,85%
NINGUNO	257	89,86%	93,71%
PADRE	2	0,70%	94,41%
PRIMO (A)	4	1,40%	95,80%
SIN DATO	9	3,15%	98,95%

TIO (A)	3	1,05%	100,00%
Total	286	100,00%	100,00%

Fuente: Base de datos estudio

La conducta Suicida tiende afectar a varios miembros de una familia y es más frecuente en los familiares de primer grado, situación que se evidencia en la tabla No 6-11, en donde las mayores frecuencias se presentaron en grupo familiar próximo; razón por la cual, las acciones de prevención y de seguimiento no solo deben encaminarse a la víctima, sino que deben hacerse extensas a otros miembros de la familia que se detecten en riesgo. A la par es necesario evaluar si en las familias coexisten otros factores de riesgo como la violencia intrafamiliar, consumo de sustancias Psicoactivas y enfermedad mental.

Tabla 12. Distribución por Relaciones Familiares y Género. Sogamoso 2011-2013

RELACIONES FAMILIARES	FEMENINO	FRECUENCIA RELATIVA	MASCULINO	FRECUENCIA RELATIVA	TOTAL	FRECUENCIA RELATIVA
AUSENTES	6	0,03	4	0,04	10	0,03
DISFUNCIONALES	123	0,72	81	0,71	204	0,71
FUNCIONALES	39	0,23	27	0,24	66	0,23
SIN DATO	4	0,02	2	0,02	6	0,02
TOTAL	172	1,00	114	1,00	286	1,00

Fuente: Base de datos estudio

Según la literatura la percepción de la funcionalidad familiar, la comunicación y relación entre ambos padres y los hijos, se ha relacionado con la depresión, desesperanza y baja autoestima y de esta forma también se relaciona con conducta suicida (4). En la presente investigación se evidencio que las relaciones disfuncionales están presentes en el 71% de los casos reportados y tiene igual comportamiento para los dos géneros, en cuanto a la edad, se presentaron diferencias significativas, siendo más visible en la población menor de 25 años en donde se concentró más del 50% de los casos.

Tabla 13. Distribución por Redes de apoyo y Género. Sogamoso 2011-2013

REDES DE APOYO	FEMENINO	FRECUENCIA RELATIVA	MASCULINO	FRECUENCIA RELATIVA	Total	FRECUENCIA RELATIVA
AMIGOS	88	0,51	61	0,54	149	0,52
FAMILIA	41	0,24	29	0,25	70	0,24
NINGUNA	23	0,13	17	0,15	40	0,14
OTRO	2	0,01	0	0,00	2	0,01
SIN DATO	12	0,07	4	0,04	16	0,06
VECINOS	6	0,03	3	0,03	9	0,03
TOTAL	172	1,00	114	1,00	286	1,00

Fuente: Base de datos estudio

Las Redes de apoyo son recursos muy valiosos y necesarios para las personas con conductas suicida, ayudan a superar los sentimientos de soledad y desesperanza, generan apego y sentido de integración social (4), por esta razón es importante valorar las redes de apoyo de los pacientes y realizar acciones que fortalezcan los vínculos y su valor terapéutico. En esta investigación, se evidencio que en 149 casos (52%), los amigos constituyen el apoyo más cercano, el 24% definió a la familias como su red de apoyo y el 14% (40) informa no tener redes de apoyo.

4.3 Aspectos de atención del evento

El Hospital Regional de Sogamoso, entidad pública de segundo nivel es la institución que más atiende casos de intento de suicidio (157 – 54.9%), esta situación puede deberse a que, por su naturaleza pública tiene contratada, la atención de urgencias, para la totalidad de las EPS del régimen Subsidiado; la corporación IPS Saludcoop, atendió el 13.6% (39 casos) y Clínica especialistas el 9%(26 casos).

De acuerdo al protocolo de atención, el personal médico debe valorar el riesgo del paciente, para establecer la conducta de manejo en cada caso y algunas medidas de seguridad y protección del paciente, como el acompañamiento permanente durante el periodo agudo. Frente a este aspecto, en el periodo observado el 26.2% de los casos se evaluaron como de alto riesgo y el 37.4% como de medio riesgo. Se encuentra un 13% a los que no se les clasifico el riesgo.

Frente a la conducta de manejo se estableció que al 29.3% de los casos se les ordeno

hospitalización, 29% manejo y seguimiento médico, en el 15.3% se ordenó manejo médico y de psicología y en el 15% manejo de psicología. El 5.94% se solicitó remisión a otro nivel de atención dada la gravedad del evento.

Tabla 14. Proporción por Valoración Psiquiátrica Sogamoso. 2011-2013

VALORACION PSIQUIATRICA	2011		2012		2013	
	No de Casos	**%**	**No de Casos**	**%**	**No de Casos**	**%**
NO	97	81,51%	56	57,14%	37	0,5362319
SI	22	18,49%	42	42,86%	32	0,4637681
TOTAL	119	100,00%	98	100,00%	69	1

Fuente: Base de datos estudio

Dentro de las acciones que demanda el protocolo de atención, para este evento de interés en salud pública, están la valoración por psiquiatría y la atención por parte del profesional Psicología, aunque en términos generales la coberturas para estas actividades es baja, se puede evidenciar un aumento paulatino en cada año, esta situación puede deberse a la mayor adherencia al protocolo, a la inclusión de estos servicios en el Plan Obligatorio de Salud y a la vigilancia y control que se hace desde la Secretaría de salud Municipal a las EPS para que garanticen la atención.

Tabla 15. Proporción por Valoración Psicológica. Sogamoso. 2011-2013

VALORACION PSICOLOGICA	2011		2012		2013	
	No de Casos	**%**	**No de Casos**	**%**	**No de Casos**	**%**
NO	86	72,27%	58	59,18%	27	39,13%
SI	33	27,73%	40	40,82%	42	60,87%
TOTAL	119	100,00%	98	100,00%	69	1

Fuente: Base de datos estudio

Frente a la atención de psiquiatría por las EPS, se pudo establecer que el 100% de los afiliados a Comfamiliar, Famisanar, Humana Vivir y Colsubsidio recibieron la atención de psiquiatría. Las EPS con menores coberturas de atención fueron: Nueva EPS,

Sanitas, Comparta y Colombiana de salud.

Tabla 16. Proporción visita domiciliaria por Año. Sogamoso. 2011-2013

VISITA DE SEGUIMIENTO	2011		2012		2013	
	No de casos	**%**	**No de casos**	**%**	**No de casos**	**%**
NO	68	57,14%	72	73,47%	25	36,23%
SI	51	42,86%	26	26,53%	44	63,77%
TOTAL	119	100,00%	98	100,00%	69	100,00%

La visita domiciliaria de los casos de intento de suicidio, tiene como propósito realizar seguimiento a la evolución de los mismos, verificar la atención y el seguimiento hecho por la EPS y evaluar los factores protectores y de Riesgo del paciente. Para esta variable se pudo establecer, que solo el 42.31% de los casos recibió la vista domiciliaria, se identificó que las razones por la cuales no se efectuo la visita, tenían que ver, con la dificultad en el contacto por datos erróneos de dirección y/o teléfono, negativa a recibir la visita y cambio de domicilio, esto también afecto el cumplimiento del Número de visitas (3) de seguimiento que establece el protocolo.

Esta variable no tuvo el mismo comportamiento que la atención de psicología y psiquiatría, ya que es una actividad que realiza directamente la Secretaría Local de Salud y con la cual se presentó dificultades de tipo administrativo que retrasó la contratación del personal de psicología que realiza la actividad.

4.4 Discusión

Esta investigación busco describir el comportamiento epidemiológico del intento de suicidio, a partir de los casos reportados al sistema de Vigilancia en Salud Pública, para el periodo 2011 a 2013, en el municipio de Sogamoso. Este estudio aporta conocimientos sobre la incidencia, factores de riesgo más frecuentes y describe la cobertura de las acciones de atención y seguimiento del evento.

Las limitaciones del estudio se presentaron por la falta de completitud de los datos de las Ficha de notificación, la ausencia de los resúmenes de Historias Clínicas y del formato de seguimiento, que no permitieron contar con el 100% de los casos reportados. De los 304 casos notificados al SIVIGILA, se excluyeron 18 registros (5.9%), que se considera que no invalidan los resultados de la investigación.

Frente a la incidencia el municipio de Sogamoso, mostro tasas por 100.000 habitantes de 103.3 (2011), 85.4 (2012) y 60.4 (2013), cifras por encima de las reportadas en Bogotá 21.7(2011) y Medellín 48.6(2011) (27) (35). En el periodo de observación se evidenció una disminución de los casos reportados entre el 2011 y el 2013 del 58%, situación que puede deberse al desarrollo de acciones de promoción y prevención que se reforzaron en el municipio desde el año 2009. Sin embargo se debe tener en cuenta un posible subregistro.

En términos generales en los aspectos sociodemográficos, se evidencio que el comportamiento fue coincidente con los descritos en los documentos de la OMS, los estudios en Colombia de Gómez y Rodríguez (2002), Pérez (2008) y Carvajal (2010) y a los informes de la conducta suicida en Bogotá. (22) (21) (4) (29).

En cuanto al género, la literatura describe que las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia dos a tres veces mayor que los hombres (22) (36), este comportamiento se muestra en el presente estudio para los años 2012 y 2013, sin embargo en el 2011 el comportamiento fue muy parecido para ambos sexos. Se identificó que para este año, en los hombres, se registraron 5 intentos más de la población carcelaria y 4 casos más de intento por problemas económicos.

En la edad, se evidenciaron diferencias significativas, siendo los adolescentes y jóvenes entre los 16 y 25 años, el grupo de mayor riesgo, en este grupo de edad se evidenció factores adicionales, como el consumo de alcohol y otras sustancias, los conflictos de pareja y familia y bajas condiciones económicas. Esta situación de combinación de factores, que aumenta el riesgo para la conducta suicida se describe también en estudios como los de Carvajal (2010), Legido (2012) y Manrique y Cristancho (2002) (4) (20) (36) (37).

Según (Manrique y Cristancho) 2002, en el estudio realizado en Bogotá entre 1998 y 2000, los solteros fueron el grupo de mayor riesgo con el 60%, los grupos de divorciados y viudos no fueron representativos, como para considerar estas condiciones como un factor de riesgo frente al intento de suicidio. Esta situación la reconoce, el informe de la conducta suicida en Bogotá 2011, en donde también, se evidenció que los solteros con el 64,5% están más expuestos a las conductas suicidas. La presente investigación, de igual manera, refiere que los solteros con un 55% fueron el grupo más representativo, sin olvidar que el 67% de la población es menor de 30 años y por lo tanto el matrimonio o las uniones estables no son frecuentes par estas edades.

Sin duda, las condiciones económicas: pobreza, marginalización y exclusión social, son factores de riesgo presentes en la conducta suicida y a las que hacen referencia diversos autores y organizaciones de salud (4) (3) (10). Las personas pobres tienen menores oportunidades de asistencia médica, mayores factores estresantes y menos posibilidades para acceder al descanso y la recreación. En Sogamoso el 83% de los casos estudiados se encontraba en niveles 1 y 2 del SISBEN (sistema de selección de beneficiarios para programas sociales del estado), es decir que tienen bajos ingresos y necesidades básicas insatisfechas como la educación, vivienda y servicios públicos. En este mismo sentido el desempleo, causante en muchos casos de las bajas condiciones socioeconómicas, también es unos de los factores más asociados en la conducta suicida (29) (36) (37)

El Mecanismo del intento de Suicido, presenta diferencias significativas frente al género, situación evidenciada en esta investigación y que en la literatura revisada para Colombia no se fue posible constatar (4) (29) (22) (36). El mecanismo más usado fue la intoxicación exógena, la cual fue más prevalente en las mujeres que en los hombres, los métodos más letales y violentos (suspensión, herida con arma de fuego y sofocación) se presentaron en los hombres (37) (29) (36).

Al analizar la variable del factor desencadenante, los conflictos de pareja (28%) y los problemas de familia (16%), son las principales causas de la conducta suicida, situación que corresponde con la condición de disfuncionalidad de las familias, que estuvo presente en el 72% de los casos de intento de suicidio. En los estudios de la conducta

suicida, la violencia intrafamiliar aparece como una de las manifestaciones del conflicto de pareja más relevante y perjudicial para la salud mental (29) (4) (36).

Las Relaciones familiares mostraron diferencias significativas para la edad, siendo más evidente la población Adolescente, esto coincide con lo expuesto por Carvajal (2010), en donde a través de modelamiento estadístico, las familias saludables, entendidas estas como familias con un sistema organizado y satisfechas con dicha organización, se configuran como un factor protector para la ideación suicida.

En varios estudios y artículos, se evidencia el gran peso que tiene el Abuso de sustancias psicoactivas sobre la salud mental (10). En el presente estudio se determinó que el 40% de las víctimas de la conducta suicida tenía antecedentes de consumo, de estos, el 90% refirieron consumo de alcohol, sustancia que se relaciona con el aumento de la impulsividad y la evolución negativa de los estados depresivos. Por otro lado el consumo de SPA, también se comportó como un factor desencadenante en el 17% de los casos, los más expuestos fueron los hombres. En el estudio de Gómez y Rodríguez (2002) se evidencio, que el intento de suicido aumento 5.9%, cuando existe alto riesgo para alcoholismo y cuando se sugiere alcoholismo, llega hasta el 7.5%, para el intento de suicidio a lo largo de la vida (22).

Otro factor que se reviso fue el antecedente de intento de suicido, la actual investigación arrojo un 30% de casos reincidentes que está acorde con los datos del estudio realizado por Pereira y Cristancho 2001, en donde se mostró un porcentaje de 25.8% de casos con intento de suicidio previo. En el informe de la conducta suicida en Bogotá 2011 el porcentaje de reincidencia llego al 17.6%. (36) (37).

Otro Factor de riesgo importante en la conducta suicida y descrito por autores como Legido(2012) y Gómez y Rodríguez (2002), es la coexistencia de una enfermedades metales y crónicas. Frente a este factor el estudio mostro que el 14.6% de los casos de intento de suicidio refirieron padecer una enfermedad mental, y el 5% padecer enfermedades crónicas, incapacitantes e incurables, no se evidencio diferencias significativas. Gómez y Rodríguez (2002) encontró que la consulta «por nervios» tenía un OR de 2,1 (IC 95% 1,5-3,0) para el último año y de 2,0 para toda la vida (IC 95% 1,7-2,4), lo que represento una asociación significativa con el intento de suicidio.

Frente a este punto es necesario generar redes de apoyo familiar, de amigos y comunitarias, que ofrezcan soporte a los pacientes en el manejo del tratamiento farmacológico y en la asistencia a la atención médica, de la misma manera, es fundamental hacer procesos de inclusión social, escolar y laboral que propendan por mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedad y garantizar sus derechos humanos.

Los resultados de este estudio coinciden en establecer que la conducta suicida es un evento, en el que confluyen diversos factores que condicionan su aparición, evolución y desenlacé. La identificación de estos factores, su pronta y efectiva intervención, pueden evitar el avance del problema y reducir las graves, tristes y costosas consecuencias.

Referente a las acciones de atención en salud, dentro de la literatura revisada, no se encontró referencias de coberturas y manejo de protocolos. Este estudio aporta datos importantes sobre el comportamiento de la consulta de psiquiatría y psicología en el periodo de estudio, esta información puede ser utilizada por EPS y el municipio para evaluar la atención que se les está brindando a los usuarios y generar acciones para garantizar la accesibilidad y oportunidad en la atención. En

Aunque la tasa de incidencia ha descendido, sigue estando por encima de las cifras nacionales, por esto, es necesario que se realicen acciones conjuntas desde diversos sectores para promover la salud mental, en especial en grupos prioritarios como las mujeres, los y las adolescentes y las poblaciones de escasos recurso económicos.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

- El Estudio demostró, que los intentos de suicidio en el municipio de Sogamoso se presentaron predominantemente en poblaciónjoven, de sexo femenino, con familias disfuncionales, de bajos recursos económicos y bajo efecto del Alcohol.

- El estudio determinó altas tasas de incidencia del evento, que aunque tiendan al descenso, requieren de manera urgente acciones efectivas, sobre factores de riesgo como el consumo de alcohol, la disfunción familiar y las conductas violentas al interior de las familias.

- Frente al tema de la vigilancia en salud pública, se evidencio, en el periodo de estudio, un progreso importante en la realización de las acciones del protocolo, sin embargo, todavía falta mucho. Es necesario que haya más compromiso por parte de la Instituciones de salud, de las EPS y de las entidades territoriales, en la garantía de la atención a las víctimas de la conducta suicida.

5.2 Recomendaciones

- Dada la relevancia del evento en el municipio, se recomienda avanzar en investigaciones que permitan explorar más a fondo factores de riesgo como el consumo de alcohol, la disfuncionalidad familiar y las enfermedades mentales.

Anexo 1: Ficha de intento de Suicidio

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de Información SIVIGILA
Ficha de Notificación

BICENTENARIO de la Independencia de Colombia 1810-2010

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Datos básicos

REG-R02.001.A010-001 V:00 AÑO 2010

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. Nombre del evento | Código
1.2. Fecha de notificación | Día | Mes | Año
1.3. Semana* | * Epidemiológica
1.4. Año: | Año
1.5. Departamento que notifica
1.6. Municipio que notifica
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato
1.8 Código de la UPGD | Depto. | Municipio | Código | Sub.
1.9. NIt UPGD

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1. Primer nombre
2.2. Segundo nombre
2.3. Primer apellido
2.4. Segundo apellido
2.5 Teléfono
2.6 Fecha de nacimiento | Día | Mes | Año
2.7. Tipo de documento de identificación
RC (1) Registro; TI (2) T. de ID.; CC (3) C.C.; CE (4) C. extranjería; PA (5) Pasaporte; MS (6) Menor sin ID.; AS (7) Adulto sin ID.
2.8. Número de identificación
2.9. Edad
2.10. Unidad de medida de la edad: 1 Años; 2 Meses; 3 Días; 4 Horas; 5 Minutos
2.11. Sexo: M (1) Mas.; F (2) Fem.
2.12. País de ocurrencia del caso
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso | Depto. | Municipio
2.14. Área de ocurrencia del caso: 1 Cabecera municipal; 2 Centro poblado; 3 Rural disperso
2.14.1. Cabecera mpal/Centro poblado/Rural disperso
2.15. Barrio de ocurrencia
2.15.2. Localidad
2.16. Dirección de residencia
2.17. Ocupación del paciente | Código
2.18. Tipo de régimen en salud: 1 Contributivo; 2 Subsidiado; 3 Excepción; 4 Especial; 5 No afiliado
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud | Código
2.20. Pertenencia étnica: 1 Indígena; 2 ROM; 3 Raizal; 4 Palenquero; 5 Afro colombiano; 6 Otros
2.21. Grupo poblacional: 9 Desplazados; 13 Migrantes; 14 Carcelarios; 15 Gestantes; 5 Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente | Depto. | Municipio
3.2. Fecha de consulta | Día | Mes | Año
3.3. Inicio de síntomas | Día | Mes | Año
3.4. Clasificación inicial de caso: 1 Sospechoso; 2 Probable; 3 Conf. por laboratorio; 4 Conf. clínica; 5 Conf. nexo epidemiológico
3.5. Hospitalizado: 1 Si; 2 No
3.6. Fecha de hospitalización | Día | Mes | Año
3.7. Condición final: 1 Vivo; 2 Muerto
3.8. Fecha de defunción | Día | Mes | Año
3.9. No. certificado defunción
3.10. Causa básica de muerte | CIE10
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha
3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES

4.1. Seguimiento y clasificación final del caso: 0 No aplica; 3 Conf. por laboratorio; 4 Conf. clínica; 5 Conf. nexo epidemiológico; 6 Descartado; 7 Otra actualización
4.2. Fecha de ajuste | Día | Mes | Año

BOYACÁ Tierra Segura Creciendo!

Gobernación de Boyacá
Secretaría de Salud de Boyacá

SESALUB
Secretaría de Salud de Boyacá

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL INTENTO DE SUICIDIO

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | MUNICIPIO | FECHA (Año Mes Día)

DATOS DE LA PERSONA CON INTENTO DE SUICIDIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | CC ☐ TI ☐ RC ☐ | M 1 F 2 | Sexo M 1 F 2

PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | APELLIDOS | EDAD ☐☐ Años

NIVEL EDUCATIVO
1. ☐ Preescolar
2. ☐ Primaria Completa
3. ☐ Primaria Incompleta
4. ☐ Secundaria Completa
5. ☐ Secundaria Incompleta
6. ☐ Universitaria Completa
7. ☐ Universitaria Incompleta

ESTADO CIVIL
1. ☐ Soltero (a)
2. ☐ Casado (a)
3. ☐ Viudo (a)
4. ☐ Unión Libre
5. ☐ Separado (a)
9. ☐ Sin Información

Contributivo ☐
Vinculado ☐
Subsidiado ☐

CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA POR ESTRATO
Según 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___
Sin dato

MUNICIPIO DE RESIDENCIA _____
Dirección | Teléfono | Urbano ☐ Rural ☐

II. IDENTIFICACIÓN DEL INTENTO

Fecha (Año Mes Día)

Sitio del Intento: 1 ☐ Casa 2 ☐ Vía Pública 3 ☐ Sitio Público 4 ☐ Campo 5 ☐ Sitio de Trabajo 6 ☐ Otro Cual?

Método
1 ☐ Intoxicación de Medicamentos
2 ☐ Intoxicación de Plaguicidas
3 ☐ Arma de Fuego
4 ☐ Lanzamiento
5 ☐ Suspensión
6 ☐ Inmersión
7 ☐ Sofocación
8 ☐ Heridas

Indicios o Preparativos para morir: Si ☐ No ☐
Cuanto hace (días)

Antecedentes de Intento de Suicidio? Si _____ No _____
Medios (Puede especificar teniendo en cuen

Posible Motivo
1 Conflicto de Pareja
2 Económico
3 Laboral/ Escolar
4 Familiares

Forma de realización: 1 ☐ Planeada 2 ☐ Impulsiva

III. ANTECEDENTES PERSONALES

Presencia de Enfermedad
1 ☐ Incurable
2 ☐ Términal
3 ☐ Incapacitante
4 ☐ Crónica
5 ☐ Mental
6 ☐ Ninguna

Tratamiento Farmacologico
Previo: SI ___ NO ___ Cúal
Actual: SI ___ NO ___ Cúal

Antecedentes de Maltrato
1 ☐ Fisico
2 ☐ Psicológico
3 ☐ Abuso Sexual Infantil
4 ☐ Violencia Sexual
5 ☐ Negligencia
6 ☐ Abandono
7 ☐ Laboral

Consumo de Sustancias Psicoactivas
1 ☐ Alcohol
2 ☐ Cocaina
3 ☐ Marihuana
4 ☐ Tranquilizantes
5 ☐ Inhalantes
6 ☐ Basuco
7 ☐ Morfina - Heroina
8 ☐ Anfetaminas
9 ☐ Alucinógenos
10 ☐ Ninguna

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

Tipo de Familia
1 ☐ Nuclear
2 ☐ Monoparental Materna
3 ☐ Monoparental Paterna
4 ☐ Reconstituida
5 ☐ Extensa
6 ☐ Vive con amigos
7 ☐ Vive solo (a)
8 ☐ Vive en la Calle
9 ☐ Sin Información

Patología Familiar
1 ☐ Enfermedad Terminal
2 ☐ Enfermedad Crónica
3 ☐ Enfermedad Incapacitante
4 ☐ Enfermedad Mental
5 ☐ Alcoholismo
6 ☐ Consumo de Sustancias Psicoactivas
7 ☐ Otra?

Intentos de Suicidio
1 ☐ Padre
2 ☐ Madre
3 ☐ Hermano (a)
4 ☐ Tios (as)
5 ☐ Abuelos (as)
6 ☐ Primo (a)

Relaciones Familiares
1 ☐ Funcionales
2 ☐ Disfuncionales
3 ☐ Ausente

V. REDES DE APOYO Y CONDUCTA DE MANEJO

REDES DE APOYO
1 ☐ Amigos 2 ☐ Vecinos 3 ☐ Sacerdote 4 ☐ Maestros (as) 5 ☐ Otros Cual? _____

CONDUCTA DE MANEJO
Médicas ☐ Psicológicas ☐ Otras (Especifique): _____
Hospitalización ☐ seguimiento ☐ Clasificación del Riesgo: Alto ☐ Medio ☐ Bajo ☐
Remisión ☐

NOMBRE _____ FIRMA _____

CARGO _____

TODO CASO DE INTENTO DE SUICIDIO REQUIERE DE UN PROCESO DE SEGUIMIENTO CON VISITA DOMICILIARIA Y ATENCIÓN POR EL EQUIPO DE SALUD DE IPS Y RED DE ATENCIÓN

Anexo 2:Formato de seguimiento

GOBERNACIÓN DE BOYACA
SECRETARIA DE SALUD
Dirección Técnica de Salud Pública

VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DEL INTENTO DE SUICIDIO

FORMATO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS CON INTENTO DE SUCIDIO

Realice el seguimiento preferiblemente en compañía del equipo de salud acordando con el paciente la modalidad de seguimiento: VISITA DOMICILIARIA O POR CONSULTA : CON MEDICINA GENERAL , PSICOLOGIA

TIPO DE RIESGO	ALTO			BAJO			
NOMBRE PACIENTE							
DIRECCIÓN						TELEFONO:	

1. IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO
OBJETIVO: Evaluar los factores de riesgo psicosociales a nivel personal y familiar que propicien ocurrencia del evento. REVISE EL PROTOCOLO

2. IDENTIFICACION DE FACTORES PROTECTORES
OBJETIVO:. Evaluar los factores PROTECTORES psicosociales Y REDES DE APOYO a nivel personal y familiar que propicien ocurrencia del evento. REVISE EL PROTOCOLO

VISITA Nº 1	FECHA:
IDENTIFIQUE LA REDES DE APOYO DEL PACIENTE COMO: FAMILIARES, AMIGOS, DOCENTES, INSTITUCIONES (Ver Instructivo de Familiograma y Genomapa	
FACTORES DE RIESGO	
FACTORES PROTECTORES	
Observaciones	
Recomendaciones	
FIRMA DE QUIEN RECIBE LA VISITA:	
VISITA Nº 2	FECHA:
IDENTIFIQUE LA REDES DE APOYO DEL PACIENTE COMO: FAMILIARES, AMIGOS, DOCENTES, INSTITUCIONES	
FACTORES DE RIESGO	
FACTORES PROTECTORES	
Observaciones	
Recomendaciones	
FIRMA DE QUIEN RECIBE LA VISITA:	

NOMBRE_____PROFESION_____
FECHA_____

Bibliografía

1. Gonzalez JO. Contextos Explicativos del Suicidio. 2005.

2. Organizacion Mundial de la Salud. OMS- Salud Mental/prevencion del Suicidio. [Online].; 2007 [cited 2014 Abril 27. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/.

3. Organizacion Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Ginebra - Suiza:, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; 2004.

4. Carvajal G. Ideacion Suicida en la Adolescencia: Soledad, desesperanza Salud Familiar. 2010..

5. Mosquera FeTJyFJ. Scribd, the world's digital library. SUICIDIO - Neurobiología, factores de riesgo y prevención. [Online].; 20 [cited 2014 Abril 30. Available from: http://es.scribd.com/doc/28122767/sucidio-tellez-forero.

6. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia autoinfligida desde el sistema medico-legal colombiano Bogota; 2012.

7. Ministerio de Proteccion Social - Fundacion Fes Social. Estudio Nacional de Salud Mental. Bogota: Ministerio de salud; 2003.

8. Municipio de Sogamoso - Secretaria Local de salud. Diagnostico Situacional en Salud. Sogamoso : Municipio de Sogamoso , Area de salud publica; 2012.

9. Ministerio de Salud. Resolucion 2358 de 1998. 1998..

10. Organizacion Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra -Suiza:; 2001.

11 Congreso de Colombia. Sitio web Alcaldia de Bogota. [Online].; 2013 [cited 2013 10
. 28. Available from: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas.

12 Ministerio de Salud. Ley 1616 de 2013. 2013.

13 OMS. CIE 10; 1994.

14 Castro Elvis ACM. Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas
. con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. Revista Colombian de Psiquiatria. 2013 Enero - Marzo; 42(1).

15 Gobernacion de Boyacá. Boletin Epidemiologico Boyaca 2011. Tunja: Secretaria de
. Salud De Boyaca, Dirección de Salud Publica; 2012.

16 Municipio de Sogamoso - Secretaria Local de Salud. Ficha de Seguiminiento
. indicadores del Plan de Desarrollo.- Tasa de Intento de Suicidio. 2014..

17 Mosquera F. El Comportamiento Suicida. Avances de Psiquiatria. 2006; 7.

18 Española RA. Real Academia Española - Diccionario de la Lengua Española. [Online].
. [cited 2014 Mayo 30. Available from: http://lema.rae.es/drae/?val=suicidio.

19 Barreto AP. Psicologia On line. [Online]. [cited 2014 Marzo 26. Available from:
. http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml.

20 Legido Gil T. Clasificacion de las conductas Suicidas Utilizando cuestionarios
. Psicometricos. 2012..

21 Organizacion Mundial de la Salud. El Informe mundial sobre la violencia y la salud en
. el mundo - capitulo 7. Ginebra: Organizacion Mundial de La Salud; 2003.

22 Gomez Carlos NRBA. Factores de Riesgo Asociados al Intento de Suicidio en la
. Poblacion Colombiana. Revista Colombian de Psiquiatria. 2002; XXXI(4).

23 Gobernacion de Boyacá- Secretaria Local de Salud. Protocolo de Vigilancia del
. Intento de suicidio. 2008..

24 Eslava L. El suicidio y los factores indicativos de Riesgo. 2007..

25 Oficina Panamericana de Salud. OPS-OMS. La salud mental en las Américas.
. [Online].; 2003 [cited 2014 Mayo 27. Available from:
http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/saludmental_005.htm.

26 Organizacion Mundial de la Salud. El Contexto de la Salud Mental S.A. EM, editor.

. Ginebra - Suiza; 2003.

27 Secretaria de Salud Distrital. Memorias Vigilancia en Salud Publica. 2010..

28 Durkeim E. El Suicidio Bogota: Akal; 1974.

29 Perez, Isabel; Ibañez Milcidades; Reyes Julio. Factores Asociados al Intento Suicida e
. Idecion sucida persistente en un centro de Atencion Primaria de Bogota. Bogota 2004-2006. Revista de salud Publica. 2008; 10(3).

30 Aja Leonardo. El suicidio y los factores Indicadores de Riesgo. 2007..

31 Disease Control Priorities Project. La vigilancia de la salud pública La mejor arma
. para evitar epidemias. 2008..

32 Organización Panamericana de la Salud. Paho.org. [Online].; 2011 [cited 2014 Mayo
. 30. Available from: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4015&Itemid=3617.

33 Organizacion Panamericana de salud. Módulos de principios de epidemiología para el
. control de enfermedades. Segunda ed. otros CCSy, editor. Washington D.C; 2002.

34 Ministerio de la Proteccion Social. Decreto 3518 de 2006. 2006..

35 Pereira Francisco; Cristancho Victoria. Incidencia del parasuicidio y descripción de
. algunas variables Sociodemograficas de los casos atendidos por el centro Regulador de urgencias. Cuadenos Hispanoamericanos de Psicologia. ; 2(1).

36 Secretaria Distrital de Salud. Conducta Suicida en Bogotá 2011. 2002..

37 Salas Carolina; Zapata Diego; La vigilancia epidemiológica de la conducta suicida en
. Medellin. Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental. .