

**CARACTERÍSTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON INTENTO DE
SUICIDIO CON ENFERMEDAD PSIQUIATRICA DIAGNOSTICADA, QUE
INGRESARON AL HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE
NEIVA DURANTE EL AÑO 2007**

**ANDRÉS FELIPE RIVERA TRUJILLO
DIEGO ARMANDO JARA MARTINEZ
JONATHAN CAMILO DIAZ VANEGAS
WLADIMIR GOMEZ CORTES**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2009**

**CARACTERÍSTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON INTENTO DE
SUICIDIO CON ENFERMEDAD PSIQUIATRICA DIAGNOSTICADA, QUE
INGRESARON AL HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE
NEIVA DURANTE EL AÑO 2007**

**ANDRÉS FELIPE RIVERA TRUJILLO
DIEGO ARMANDO JARA MARTINEZ
JONATHAN CAMILO DIAZ VANEGAS
WLADIMIR GOMEZ CORTES**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de MEDICO
Y CIRUJANO**

**Asesor
Dr. GILBERTO MAURICIO ASTAIZA
Medico Epidemiólogo**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2009**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Mayo de 2009.

DEDICATORIA

A mis padres, núcleo de mis fortalezas, quienes con su apoyo constante construyeron los cimientos de mi vida y me acompañaron en esta etapa vital como futuro profesional.

ANDRÉS FELIPE

Esta investigación es dedicada a mis padres, a dios, y a mi hijo que desde el inicio de mi carrera me han acompañado incondicionalmente, sobrepasando cualquier obstáculo dejado en el camino, siendo la luz verde para seguir el camino adecuado en mi vida por tal motivo son la fuente principal de inspiración.

WLADIMIR

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a.

A Dios porque sin su presencia, compañía y guía, no hubiera sido posible la Culminación de este proyecto.

A todo el equipo de educadores de la Universidad Surcolombiana, por sus enseñanzas, ha sido un gran aporte para nuestro desarrollo tanto profesional como personal.

A todos los compañeros y amigos que desinteresadamente fueron pieza importante en el desarrollo de esta investigación.

A todos los participantes de este proyecto, mil gracias.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. ANTECEDENTES	18
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
3. JUSTIFICACIÓN	28
4. OBJETIVOS	31
4.1 OBJETIVO GENERAL	31
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	31
5. MARCO TEORICO	32
5.1 EL MODELO ESTRESOR-DIÁTESIS	36
5.2 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	37
5.3 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	39
5.4 TRASTORNOS DE ANSIEDAD	41
5.5 ESQUIZOFRENIA	41
5.6 ABUSO DE ALCOHOL	42
5.7 PERSONALIDAD BORDERLINE	43

	pág.
5.8 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO	44
5.9 FACTORES PRECIPITANTES	45
6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	46
7. DISEÑO METODOLOGICO	49
7.1 TIPO DE ESTUDIO	49
7.2 LUGAR	50
7.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	50
7.4 TECNICAS Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	51
7.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	52
7.6 PRUEBA PILOTO	53
7.7 CODIFICACION Y TABULACIÓN	53
7.8 CONSIDERACIONES ETICAS	53
8. ANALISIS DE RESULTADOS	56
8.1 INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN LA ENFERMEDAD MENTAL	63

	pág.
8.2 INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN MECANISMO	66
9. DISCUSION	67
10. RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	78

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Grafica 1. Distribución por genero de la población del HUHMPN diagnosticados con intento y suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007	58
Grafica 2. Distribución por genero masculino de la población del HUHMPN diagnosticados con intento y suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007	58
Grafica 3. Distribución por género femenino de la población del HUHMPN diagnosticados con intento y suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007	59
Grafica 4. Distribución por estado civil de la población del HUHMPN diagnosticados con intento y suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007	60
Grafica 5. Distribución por nivel educativo de la población del HUHMPN diagnosticados con intento de suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007	61
Grafica 6. Distribución por grupo étnico de la población del HUHMPN diagnosticados con intento de suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007	62

	pág.
Grafica 7. Distribución por intento de suicidio según la enfermedad mental en la población del HUHMPN diagnosticados, entre enero de 2007 y diciembre de 2007	64
Grafica 8. Distribución por conflictos personales según de la población del HUHMPN diagnosticados con intento de suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007	65
Grafica 9. Distribución por intento de suicidio según mecanismo de la población del HUHMPN diagnosticados con intento y suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007	66

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Instrumento	79
Anexo B. Cronograma	82

RESUMEN

Se realiza una revisión de los intentos de suicidio en pacientes hospitalizados en la unidad psiquiátrica del HUHMP en el 2007, llevando a cabo una caracterización y descripción de cuáles enfermedades mentales son las más frecuentes en el servicio de urgencias.

METODOS

Se estudiaron 122 casos de intento de suicidio, ingresados en la base de datos de la institución, los cuales fueron analizados bajo un cuestionario que midió las características de los pacientes objeto del estudio y se tabularon a través de EPI-INFO y se clasificaron según los criterios de inclusión respectivos para el trabajo.

RESULTADOS

De las 122 personas valoradas en el año 2007 de la unidad psiquiátrica que ingresaron al servicio de urgencias por enfermedades psiquiátricas solo 100 evidencian ingreso por intento de suicidio confirmado, entre estas solo 68 casos presentaron intento de suicidio asociada a alguna alteración psiquiátrica, y el resto están asociada a problemas emocionales, económicos, de muerte de un ser querido, de problemas laborales entre otras.

La población con mayores tasas de intento de suicidio son los hombres correspondiendo al 72% respecto a género femenino en el 28%. La depresión mayor es la causa primordial del género femenino ocupando la mayor parte de este género, respecto a los hombres la esquizofrenia es la causa más importante.

CONCLUSIONES

No existe un adecuado diligenciamiento de las historias clínicas por la cual en su mayoría están incompletas, con letra no legible y diagnósticos sin confirmar, lo cual impide que los procesos de investigación se realicen de forma adecuada.

Los datos consignados en las historias clínicas de los usuarios que ingresaron al servicio de urgencias de la unidad psiquiátrica no son suficientes para hallar el verdadero mecanismo de intento de suicidio, ni hay un seguimiento oportuno para dichos pacientes.

Existe un gran número de personas que padecen de enfermedad mental o problemas de adaptación al medio, el cual se debe realizar mayor seguimiento clínico para disminuir la tasa de intento de suicidio y beneficiar a estos pacientes

Palabras claves: Suicidio, Enfermedad mental, problemas sociales, depresión, esquizofrenia.

ABSTRACT

A revision on the attempts of suicide is realised in patients hospitalized in the psychiatric unit of the HUHMP in the 2007, carrying out a characterization and description of which mental diseases they are most frequent in the service of urgencies.

METHODS

122 cases of attempt of suicide was studied, entered in the data base of the institution, which was analyzed under a questionnaire that measured the patient characteristics of the object of the study and they were indexed through EPI-INFO and they were classified according to the respective criteria of inclusion for the work.

RESULTS

Of the 122 people evaluated in 2007 of the psychiatric unit who entered to the service of urgencies by psychiatric diseases, 100 demonstrate entrance by attempt of confirmed suicide, between these, 68 cases they only presented/displayed suicidal attempt of associate to some psychiatric alteration, and the rest is associate to emotional, economic problems, of death of a loved being, labor problems among others. The population with majors rates on attempt of suicide is the men corresponding to 72% with respect to femenine in 28%. The greater depression is the fundamental cause of the femenine occupying most of this sort, with respect to the men the schizophrenia is the most important cause.

CONCLUSIONS

A suitable filling of the clinics records does not exist by which in his majority they are incomplete, nonlegible and diagnoses without confirming, which it prevents that the investigation processes are realised of suitable form. The data briefed in clinics records of the users who entered to the service of urgencies of the psychiatric unit are not sufficient to find the true mechanism on attempt of suicide, nor is an opportune pursuit for these patients. A great number of people exists who suffer of mental disease or problems of adaptation to means, which is due to realise major clinical pursuit to diminish the rate on attempt of suicide and to benefit these patients.

Passwords: Suicide, mental illness, social problems

INTRODUCCIÓN

En el diario vivir de los seres humanos, se presentan innumerables factores que ponen continuamente a prueba los mecanismos propios de adaptación, reclamando en el presente de los sujetos sus vivencias pasadas; dichas experiencias son las que estructuran la personalidad del hombre, esa que lo hace ser diferente a los demás pero comportarse de una forma dentro de los parámetros sociales establecidos, y al mismo tiempo sus mecanismos de adaptación al medio. Sabiendo por eso que las anteriores no son las mismas en todos los seres humanos, y que cambian continuamente con el pasar del tiempo en cada persona, estas no siempre dan paso a una perfecta adaptación de los sujetos en el medio que les rodea, haciendo que unos sujetos se adapten mejor, y que otros no logren una adaptación socialmente satisfactoria o “normal”.

Esa falta de adaptación genera un gran espectro de alteraciones en el sujeto que dan lugar a inconvenientes en el desarrollo de su rutina, que de ser extremos abren paso a lo que se conoce hoy como *trastornos mentales o enfermedad mental*. Estos podrían explicar la gran cantidad de fenómenos de intento de suicidio aún sin resolver su causa desde un punto de vista etiológico clínico de base, que llevarían a pensar que es un gran porcentaje el que compromete a estas personas.

Reconocer a un paciente con riesgo de suicidio es, tal vez, una de las tareas más difíciles a las que se debe enfrentar el médico; especialmente si se tiene en cuenta que los factores de riesgo tradicionales están basados en los hallazgos de estudios realizados en otros países y no se adaptan totalmente a nuestra realidad. Además, estos factores son muy útiles identificando grupos de la población con alto riesgo de suicidio, pero su exactitud disminuye si se aplica a casos individuales, lo cual constituye un problema serio en la detección temprana del comportamiento suicida.

A pesar de ser un evento raro, el suicidio representa en Colombia un problema social y de salud pública; por lo anterior es importante la correcta identificación y manejo del paciente con riesgo de suicidio e intento porque contribuiría a la disminución de pérdida de calidad de vida de los sujetos y su productividad laboral, costos en el tratamiento posterior al intento con sus consecuentes problemas en la adherencia a los medicamentos o controles que se tengan que realizar.

1. ANTECEDENTES

El nivel de investigaciones sobre la relación del intento de suicidio y la enfermedad mental, evidencia buena cantidad de trabajos y resultados, que indican que es prometedor llegar a iniciar una investigación a nivel local por parte del grupo universitario que eligió dicho planteamiento. Es por esto que se mostraran trabajos a nivel internacional, nacional y regional para dar sustento a la idea del proyecto.

Como primer grupo se tienen los antecedentes internacionales y se inicia con las conclusiones de una investigación norteamericana que es la siguiente:

El comportamiento suicida se presenta por la interacción y solapamiento de cinco clases de factores, a saber: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales e historia familiar y genética, interacción que podría explicar por qué los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos y de suicidios consumados. (1)

Los intentos de suicidio se asocian con diferentes enfermedades mentales, las cuales pueden ser diagnosticadas y tratadas a tiempo. (2)

Un segundo estudio evidencia que al evaluar la población suicida se observa que un 41% ha tenido una hospitalización psiquiátrica en el año previo a su muerte, que 4-11% ha recibido atención ambulatoria por psiquiatría y que 20-83% ha consultado a un médico general en el año anterior a su muerte.(3)

Un tercer grupo de investigación nos indica que al realizar las autopsias psicológicas de suicidas en el 90% de los casos se encuentran criterios para el diagnóstico de uno o más trastornos mentales(4) como depresión, Esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, rasgos de comportamientos Agresivos e impulsivos, trastornos de personalidad y abuso de Alcohol o sustancias psicoactivas.(5)

Otra investigación nos da a conocer que al realizar un estudio de meta análisis de 249 reportes y calcular la relación estandarizada de mortalidad (SMRs) que corresponde a la mortalidad relacionada con un factor específico de riesgo de suicidio, (6) encontraron que todos los trastornos mentales con excepción del retraso mental, mostraron un índice mayor de 1.0, es decir, que implicaba un alto riesgo de suicidio, siendo los intentos previos de suicidio (38.4), los trastornos de la alimentación (23.1), la depresión mayor (20.4), el abuso de sustancias psicoactivas (19.2) y el trastorno bipolar (15.0) las entidades con un mayor índice SMRs. Es preciso aclarar que este índice se refiere a un riesgo relativo y no representa el verdadero riesgo de suicidio para una determinada entidad psiquiátrica.

Los intentos de suicidio y los suicidios consumados son raros en niños menores de 12 años, pero se intensifican en frecuencia y gravedad a partir de la adolescencia y en los primeros años de la vida adulta, (7) época en que hacen eclosión algunas patologías psiquiátricas como el trastorno afectivo bipolar o la esquizofrenia.

Otro resalta que hay que tener en cuenta al estudiar la prevalencia de los trastornos mentales que los resultados son diferentes si los estudios sobre suicidio se hacen en la población general o en una población clínica específica. Los estudios en la población general revelan que el prototipo en riesgo de suicidio es un hombre mayor de 40 años, divorciado o soltero, con un diagnóstico de trastorno mental que varía de acuerdo con la edad: esquizofrenia y abuso de sustancias psicoactivas en menores de 40 años, y depresión y alcoholismo si su edad es mayor.

Los estudios en las poblaciones clínicas identifican a la esquizofrenia como la causa principal de suicidio, la distribución por sexos es casi igual, aunque predomina el suicidio en los hombres, la edad al cometer el suicidio es menor y los jóvenes tienen igual riesgo de suicidio que los ancianos. (8)

En el ámbito nacional, en nuestro país se han llevado a cabo diferentes estudios sobre las situación de salud mental, como son: el efectuado en 1987, en el cual se empleó la escala de Zung; el de 1993 que usó como instrumentos el SRQ (self-reporting questionnaire), el RQC, y la escala de Zung, y se tomó una muestra representativa por Departamentos, con edades entre 12 y 60 años; y el de 1997, que empleó el CIDI-2 (composite international diagnostic interview), con una muestra de 15 048 personas, cuyos principales componentes fueron: salud mental (calidad de vida, demanda y utilización de servicios de salud mental), trastornos por uso de sustancias psicoactivas, violencia, y evaluación siquiátrica. Aunque no es posible efectuar un análisis comparativo de estos hallazgos, a continuación se presentan de forma paralela algunos de los aspectos reportados en cada estudio (9,10,11).

Depresión. En 1987 la prevalencia de depresión fue de 4,5 %; para el sexo femenino de 5,2 % y para el masculino de 3,8 %. A menor estrato social y académico para ambos sexos se presentó incremento de esta prevalencia; por el contrario, a mayor edad se reportó menor. Los resultados en 1993 fueron concordantes con los anteriores.

El estudio de 1993 identificó, en relación con la depresión clínica, un nivel de alto riesgo, 20 % en Antioquia, Santa Fe de Bogotá, Caldas, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Santander; de riesgo medio, 15 % y 19 % en Cundinamarca, Guajira, Risaralda y Sucre y, de riesgo bajo, menor de 15 % en los departamentos restantes.

En este mismo estudio se identificó una asociación, por razón de disparidad mayor, entre estrato socioeconómico bajo-bajo y presencia de depresión, aspecto también encontrado en el estudio de 1997 (12), ya que se comprobó mayor prevalencia durante la vida en los grupos de mujeres, 19,6 %, en personas mayores de 61 años, en adolescentes, 20,1 %, y en el nivel de primaria, 22,6 %.

Por último, la prevalencia durante la vida de depresión por Departamentos fue más alta en Cauca, 38,2 %, Risaralda, 36,8 %, Sucre, 31 % y Valle, 30,7 %.

Medicina legal llevó a cabo una investigación, concluyendo que del total de suicidios ocurridos en Colombia durante 1999, el 79% comprometió al género masculino, con edad promedio de 36 años. A diferencia de los años anteriores y de manera similar a lo observado en la capital del país, la mayor tasa de suicidios por 100.000 habitantes se presentó en el grupo de mayores de 60 años (13), le sigue el grupo de 15 a 24 años de edad, cuyo riesgo posiblemente corresponda a lo que los expertos consideran que puede radicar en la plasticidad de su psiquismo, la inestabilidad frente a las metas y objetivos de vida y sus tendencias a la identificación y a la imitación. De manera similar a los años anteriores (1996 a 1998), los tres principales elementos usados para conseguir la muerte fueron: arma de fuego (34%), intoxicación (33%) y ahorcamiento o suspensión (22%) (14).

Para el período en mención, el promedio mensual de casos fue de 174 (rango de 126 -197, desviación estándar de 19), lo cual corresponde aproximadamente a 6 suicidios por día, es decir, en Colombia sucede un suicidio cada cuatro horas. El mayor número de hechos se presentó durante los meses de agosto y diciembre (9%), mes cuyo porcentaje de casos no varió durante los últimos tres años. Llama la atención el cambio ocurrido en el mes de marzo, que también muestra un número importante de casos, más si se relaciona con los datos de otros estudios que muestran que en Colombia aumentan los intentos de suicidios en la temporada de Semana Santa (15).

La conducta suicida se incrementa notablemente a partir de los procesos psiquiátricos más o menos graves, en el 60% de los casos de suicidio se observa un substrato de enfermedad depresiva y en el 40% restante existen trastornos de personalidad, esquizofrenia, drogadicción y alcoholismo. John Man considera que a pesar de la relación entre los anteriores eventos mencionados no puede equipararse la enfermedad mental con el suicidio, «puesto que la mayor parte de

los pacientes psiquiátricos no se suicidan». Por lo tanto se asume que existen otros factores aún no muy bien conocidos que se relacionan con la vulnerabilidad y la impulsibilidad de la conducta suicida (16). Pero realmente no evalúa los no diagnosticados que es el centro del presente trabajo

Algunos investigadores conceptúan que a pesar de los avances en el tratamiento médico, en las personas con ideas suicidas y en para suicidas poco se ha logrado reducir las tasas de mortalidad de suicidio, y de igual manera, poco es lo que se sabe acerca de las bondades de los tratamientos psiquiátricos y de otras intervenciones que buscan prevenir el suicidio (17).

Es fundamental identificar cuáles son las características personales de los suicidas y para suicidas en nuestro medio y determinar en ellos los factores de riesgo asociados con respecto a la población general (no suicidas, no intentos de suicidio) según las variables personales de sexo, edad, antecedente de consumo de alcohol, drogas, enfermedades crónicas, antecedentes familiares con historia de suicidio, antecedentes familiares con trastornos psiquiátricos y funcionalidad familiar en para suicidas y población de control.(18)

A nivel regional se realizó un perfil psicológico de las personas que hicieron intento de suicidio en los años 2003 y 2004 en los siguientes 13 municipios seleccionados para el estudio: Algeciras, Campoalegre, Garzón, Gigante, Guadalupe, La Plata, Neiva, Palermo, Pitalito, Rivera, San Agustín, Tarqui y Timaná

La investigación dio como resultado el siguiente perfil de quienes hacen intento de suicidio: mujeres jóvenes entre 16y 20 años, solteras, educación secundaria, procedencia urbana, estrato 1 y 2 que viven en familia de origen, de religión católica. Presentan altos niveles de depresión, problemas en el grupo primario de apoyo, sin problemas con el consumo de alcohol. Se definen como socialmente eficaces, satisfechas con su vida y que no vivencian preocupaciones mayores o problemas cotidianos (19)

Por último a nivel local en la ciudad de Neiva dio como resultados un estudio realizado en el 2002, que los hombres tienen mayor predisposición a la conducta suicida, con relación a las mujer quienes hacen es mas intentos de suicidio, y que el método más utilizado fue por proyectil arma de fuego, seguido por intoxicación y suspensión. (20)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La literatura y los medios de comunicación, así como los diferentes entes encargados de sistematizar los indicadores de salud, evidencian la preocupante situación que genera el fenómeno del comportamiento suicida. Entidades como la OMS y la OPS (21) en planos internacionales, y organizaciones nacionales como el DANE, el ministerio de protección social y el instituto de medicina legal; expresan las alarmantes cifras de personas, en su mayoría adolescentes, que cometen actos o intentos suicidas, o suicidio consumado.

La OMS (22) expresa que más de 3000 personas se suicidan cada día, y que por cada persona que comete suicidio, aproximadamente 20 hacen intento de suicidio (60000 cada día). La OPS advierte que en los primeros años del siglo XXI más de 5 millones de personas se suicidaron por día; ocupando el suicidio la tercera causa de muerte en la población juvenil.

Según las estadísticas de salud de las Américas- 2006, entre los años de 1999-2000 un total de 2325 personas se suicidaron en Colombia, lo que equivale a un aproximado de 6 a 7 personas por día; ocupando el suicidio la tercera causa de muerte en la población juvenil.

Según el estado nacional de salud mental en Colombia 2003. (23) 57 de cada 1000 colombianos intentan suicidarse en su vida. El instituto de medicina legal y ciencias forenses habla de 443 suicidios en Colombia del 1 enero al 27 abril del 2007; 33 suicidios consumados en Neiva para el año 2007, y estamos en perspectiva para el año 2008.

Para el presente estudio se contó con la fortuna de contar con información de primera mano, la misma concerniente a las estadísticas de la secretaria de salud departamental- con respecto al comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en el Huila.

Según el consolidado de la secretaria de la salud departamental los casos de intento de suicidio en el Huila fueron en total 489, de los cuales 139 son de Neiva (28% del total). (24)

Del total de los casos reportados en el departamento, el 59% son mujeres, el 36% hombres y el 5 % restantes carece de información.

La población de 10 a 39 años es la de mayor tasa de intento de suicidio, alcanzando porcentajes a 70%.

El mecanismo más usado para el intento suicida es la intoxicación por plaguicidas, en dichas estadísticas, hay un alto porcentaje de casos de los cuales no se conoce el móvil del intento de suicidio (20%).

Entre las cuales registradas las de mayor frecuencia son los problemas familiares y los problemas de pareja, son porcentaje de 27% y 24% respectivamente.

El Trastorno afectivo bipolar (TAB) tiene como prevalencia entre un 9-15% de los pacientes con trastornos afectivos. Parece que es más frecuente en las fases tempranas de la enfermedad en donde estos pacientes intentan suicidarse por falta de apoyo familiar. Se observo que el TAB tiene como tasa de intentos de suicidio entre el 30-40% y el suicidio consumado se da en el 10%. El mayor riesgo se encuentra en los pacientes en fase depresiva, siendo su riesgo mayor que el de las depresiones endógenas unipolares.

Es decir, los números que se relacionan con el fenómeno del suicidio son abrumadores, y evidencia que el mismo cada vez aumenta en la sociedad, y que su prevalencia desafortunadamente es cada vez mayor en la población de personas jóvenes, tanto así que se ha convertido en una de las primeras causas de muerte en dicha población.

La Depresión es otro de los factores preocupantes respecto al intento de suicidio en pacientes con alteraciones mentales en la cual el 15% de los depresivos fallecen por suicidio. Por tal motivo cada día más está en Aumento. El riesgo de suicidio y se observa más en la presencia de síntomas psicóticos, especialmente si estos son atípicos o incongruentes con el estado de ánimo.

Respecto a los pacientes con **esquizofrenia**, entre el 20-40% intentan suicidarse, la cual es una de las alteraciones mentales con mayor factor de riesgo de intento de suicidio, y de esta prevalencia entre el 9-13% consuman el suicidio como única salida. Por tal motivo es 20-50 veces mayor en la población general, especialmente en los primeros 10 años de enfermedad.

Los pacientes con **Trastornos de la personalidad** tienen mayor prevalencia en la población general, aproximadamente un 10% y en la población psiquiátrica alcanza hasta el 70%, lo cual nos habla de la gran comorbilidad que existe en los pacientes con dicho trastorno de la personalidad.

Esto panorama es preocupante ya que muestra la necesidad de intervenir de forma inmediata a la población en riesgo de suicidio. Las tasas que registran los diferentes entes ya nombrados, aunque evidencia elevada tasas de prevalencia, al parecer no lo hacen de forma precisa y ajustada a la realidad.

Teniendo clara la necesidad de intervenir en la población en cuestión, las metas de importancia es intervenir en esta área para disminuir las tasa del suicidio e intento de suicido, y así mejorar la calidad de vida de las personas y mejorar la productividad del país.

Por tal motivo el suicidio se considera hoy en día un problema de salud pública, hay que ponernos en la tarea de tener programas de promoción y prevención para dicho fenómeno, ya que cualquier persona que cometa intento de suicidio por lo general viven procesos que desestabiliza en persona y en su entorno; lo cual, entre muchas cosas, afecta su productividad, sus relaciones personales sus

relaciones familiares, sus relaciones de pareja, y la fraternidad, es decir su calidad de vida.

Por lo tanto sabiendo su problemática surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con intento de suicidio que tienen alteraciones mentales en el servicio de urgencias del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el año 2007?

3. JUSTIFICACIÓN

La OMS define al suicidio como “un problema grave de salud pública”, el cual ha ido aumentando de forma progresiva a través de los años, y que hoy alcanza tasas tan altas que se encuentra entre las primeras causas de muerte en diferentes países del mundo. Referencia la OMS que cada 40 segundos una persona comete suicidio en alguna parte del mundo, cada 3 segundos un ser humano hace intento de suicidio y que el suicidio está entre las tres principales causas de muerte en las personas de 15 a 35 años. Es decir mientras usted ha leído el anterior párrafo por lo menos una persona se suicidó en alguna parte del mundo y entre 10 y 12 personas cometieron intento de suicidio, Existiendo una importante relación entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio de 13 a 1.

El encontrar factores de riesgo orgánicos como predisponentes al suicidio puede abrir alternativas para el manejo de los riesgos. En sujetos vulnerables algunas experiencias pueden ser vistas como catastróficas y desencadenar el proceso suicida, especialmente cuando existe dependencia al alcohol y de drogas (25), antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia (26), de aislamiento social (27), de enfermedades somáticas dolorosas o discapacitantes y, particularmente, de trastornos como la depresión o la esquizofrenia (28).

La depresión es una entidad de la que aun aceptando las lagunas en la identificación de su fisiopatología (29) constituye un predictor de suicidio (30). Existe una estrecha relación entre los trastornos afectivos con la propensión a causarse daño a si mismo deliberadamente (31), aparentemente con el objetivo de encontrar algún alivio al aniquilarse o escapar (32). El deprimido se caracteriza por su expectativas negativas sobre el futuro (33) y por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, es decir, por su desesperanza (34). Así, está ausente la motivación para dar una respuesta adecuada a lo cotidiano y

concurrer déficit cognoscitivos que interfieren con un nuevo aprendizaje por el abatimiento motriz y emocional, acompañado de ansiedad. Por ello, la desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida y se considera un factor clave en la relación entre la depresión y el suicidio. (35).

Otra entidad nosológica que con una frecuencia de 29% se asocia al suicidio es el trastorno bipolar (36). Estos pacientes con frecuencia despliegan ansiedad, abuso de diversas sustancias o alcohol y trastornos alimenticios y es en la fase depresiva cuando existe un mayor riesgo de suicidio (37). En el caso de la esquizofrenia, también existe riesgo de suicidio a lo largo de todo el curso de la enfermedad (38). Más de 30% de estos enfermos han intentado suicidarse, principalmente los del subtipo esquizoafectivo, es decir, en comorbilidad con depresión mayor (39).

Algunos dudosos estudios de caso (40) señalaron que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina podían incrementar la ideación y los intentos suicidas y en algunos casos el suicidio (41), particularmente entre la población adolescente (42). Por otra parte, en todos los grupos de edad, el riesgo de suicidio suele ser evidente durante el primer mes de tratamiento, especialmente entre el primero y noveno día, cuando el efecto terapéutico todavía no se instala. Por lo tanto, una estrategia óptima para reducir el riesgo suicida en adolescentes, implica un tratamiento supervisado (43).

Todo esto nos lleva a concluir que los intentos de suicidio en pacientes psiquiátricos son un padecimiento prevenible para el suicidio consumado, ya que un 10% a 15% de las personas que cometen intento de suicidio terminan consumándolo. Con dicho panorama alarmante se hace prioritario iniciar procesos y estrategias de intervención por parte del personal de salud, para empezar a controlar ese aumento del fenómeno del comportamiento suicida, y generar disminución en la prevalencia del mismo. Para dar inicio a estrategias de, promoción y prevención, es indispensable conocer el estado del fenómeno del suicidio en el departamento

del Huila, por tal motivo se hace relevante y pertinente realizar un estudio que permita establecer cuáles son las patologías psiquiátricas más frecuentemente vinculadas en los pacientes que hicieron intento de intento de suicidio y llegaron al servicio de urgencias del hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante el periodo de tiempo del 1 de enero del 2007 y el 31 de diciembre del 2007, para iniciar un plan de intervención que permita disminuir la incidencia de casos de suicidio en pacientes psiquiátricos con la colaboración medica correspondiente estableciendo estrategias de promoción y prevención adecuadas a las necesidades de los individuos.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características clínicas de los pacientes con intento de suicidio con enfermedad psiquiátrica diagnosticada que ingresaron al hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva durante el año 2007.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer que circunstancias desencadenan el intento de suicidio en los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias de psiquiatría durante el año 2007.
- determinar que genero presenta mayor susceptibilidad a incurrir en intento de suicidio en relación con las enfermedades siquiátricas.
- Establecer si existe relación entre la forma del intento de suicidio y el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas.

Establecer cuál es el grupo poblacional en el que más se presenta intentos de suicidio.

5. MARCO TEORICO

El suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón, resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales, y medioambientales. (OMS 2000)

Se define como acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que resulta de un acto suicida.

La OMS (44) propone varios conceptos del comportamiento suicida, entre estos:

Ideación suicida: Es el pensamiento y deseo de quitarse la vida, sin que haya llegado realmente a intentarlo. Los pensamientos pueden variar desde creer que otros quieren 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: Llamado también suicidio frustrado 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.

Suicidio: Se califica como suicidio el resultado fatal de la conducta autodestructiva que puede ser determinada por patología forense, toxicología, investigación criminal, evidencia psicológica y declaraciones de familiares o testigos.

Conducta parasuicida: Conductas riesgosas que pueden llevar a la persona a la muerte, sin desearlo conscientemente.

También hace referencia a factores de riesgos socio demográfico con respecto al comportamiento suicida. Se habla que el intento de suicidio es mayor en las mujeres que en los hombres, que el intento de suicidio es mayor de los 15 a los 34 años y en mayores de 65 años; en personas de raza blanca y con características de desarrollo social y emigración; en personas soletas; divorciadas o viudas; y personas que pierden su empleo.

Ya presentando las definiciones anteriores se pasa a decir que a lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad hacia el suicidio, como sus formas y su frecuencia.

En la Europa Antigua, sobre todo durante el Imperio Romano, el **Suicidio** se

Consentía e incluso era considerado un acto honroso. El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el último acto de una persona libre.

Sin embargo, para San Agustín, el suicidio era un pecado. Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que no se celebraría ningún funeral por ninguna persona que se hubiera suicidado. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones. Actualmente, el suicidio, está condenado en las religiones cristiana, judía e islámica.

En 1897 Emile Durkheim (45). Postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, Como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista.

Las sociedades modernas continúan manteniendo unos niveles de suicidio muy

Elevados, producto, en parte, de la permisividad social y del considerable grado de tolerancia a este respecto que se registra en la actualidad. Por otro lado, resulta

en nuestros días mucho más fácil acceder a los medios necesarios para cometer suicidios con un mayor grado de acierto que en el pasado.

Las sustancias tóxicas se encuentran fácilmente accesibles para toda la población. Aunque este tipo de actos todavía hoy se encuentran sometidos a una notable crítica social, lo cierto es que el fenómeno del suicidio se aborda desde una perspectiva psicosocial, con la principal finalidad de comprender las razones profundas que impulsan a los individuos a cometer semejante acción, e incorporar los resultados de estas investigaciones a los tratamientos y terapias individuales para prevenir este tipo de acciones.

Después de esta breve historia, el suicidio ha sido expuesto desde diferentes teorías y enfoques. Se considera el suicidio como un evento multicausal¹ asociado a factores sociales, biológicos, individuales.

Factores sociales: Según área geográfica es más frecuente en áreas urbanas que rurales. Estado civil, es más frecuente en solteros. Religión: El suicidio es más bajo en países donde la religión católica es la más profesada. Es más frecuente en inmigrantes que en personas nativas del lugar. El alcoholismo, la Farmacodependencia y drogadicción, presentan asociación significativa con la depresión clínica y suicidio, criterio demostrado en Colombia desde 1987. Lugar de ocurrencia del hecho, es más frecuente en la casa de habitación.

La ausencia de amigos y falta de redes de apoyo social incrementan el riesgo del intento de suicidio y del suicidio, al igual que el maltrato físico y psicológico.

Factores biológicos: Anormalidades en el sistema serotoninérgico, niveles altos de serotonina-2 (5-HT₂). Trastornos endocrinos, especialmente el hipotiroidismo, trastornos metabólicos como la anemia perniciosa y la enfermedad de Wilson.

Factores genéticos en familiares de primer grado de consanguinidad y en los gemelos monocigóticos existe una concordancia del 65%.

Factores individuales: la depresión, la esquizofrenia el trastorno esquizoafectivo, los trastornos de pánico en fase avanzada y Antecedentes de pérdidas vitales recientes o problemas de adaptación hacen que incremente el intento de suicidio.

Se resalta la importancia de **la depresión** como trastorno mental más prevalente en Colombia y en el mundo y su asociación con el suicidio.

Se explica el suicidio de diferentes formas según cada enfoque. Desde el psicoanálisis el suicidio es definido como “la expresión de una carga inconsciente de hostilidad dirigida hacia el objetivo amado previamente introyectado.

La psicología cognitiva –conductual propone diferentes teorías, entre ellas la propuesta por Lewinsohn, la cual muestra al comportamiento suicida como un consecuencia de la falta de reforzamiento positivo del sujeto; Seligman lo describe desde la teoría de la indefensión aprendida; Abramson, Metalsky y Alloy desde la desesperanza; Beck resalta la importancia de los esquemas cognitivos en las personas con comportamientos suicidas.

Lo sociológico- Para Morselli el suicidio es consecuencia de la escasez de recursos para sobrevivir de algunos miembros de la sociedad, con la inevitable pérdida de los más débiles.

Durkheim distinguió entre cuatro tipos de suicidas, **el egoísta** —que se da en aquellos individuos no fuertemente integrados en su grupo social—, **el altruista** — en aquellos excesivamente integrados en el grupo pero con carencia de Individualización, **el anómico** —aquellos con una integración distorsionada en el grupo— **y el suicidio fatalista** —resultante de una reglamentación excesiva,

Que termina aplastando a estos individuos.

Finalmente, aunque el suicidio es una decisión tremendamente individual, muchas veces se ve influido por la fuerza social de la imitación (suicidio por imitación romántica/el) y esto cobra especial fuerza en la actualidad por la difusión generalizada de las noticias en los medios de comunicación.

Psiquiátricas- los pacientes con alteraciones psiquiátricas tienen como creencia de que los suicidas tienen algún trastorno Mental, que implica un comportamiento anormal.

Por tal motivo las causas psiquiátricas más corrientes de intento de suicida son la depresión, la personalidad anormal, la esquizofrenia y el abuso de sustancias y el trastorno afectivo bipolar.

El factor de riesgo más importante en los intentos de suicidio y el suicidio consumado, es el padecimiento —esté o no diagnosticado— de una enfermedad y/o trastorno mental.

El suicidio es la primera causa de mortalidad en las enfermedades psiquiátricas y el 90% de los pacientes que se suicidan tienen algún tipo de enfermedad o trastorno mental —sólo entre los trastornos afectivos y el alcoholismo suman el 70% de los suicidios.

5.1 EL MODELO ESTRESOR-DIÁTESIS

En el 90% de los suicidios consumados existe un trastorno mental diagnosticable en el momento de la muerte. Se estima que en el 60% de los casos se encuentra un sustrato de enfermedad depresiva y en el 40% restante trastornos de personalidad, alcoholismo, drogadicción o esquizofrenia.

En Colombia, al menos 40% de los colombianos han tenido alguna vez un trastorno mental, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad (19,3%),

los trastornos depresivos (15%), el abuso de sustancias psicoactivas (10,6%), que se acompañaron de un 12,3% de pensamientos suicidas.(46)

El factor tendencia al pesimismo puede pasar desapercibido para el clínico porque es evaluado en forma subjetiva y generalmente, sólo se toma en consideración, la percepción del paciente.

De acuerdo con este modelo los trastornos mentales estarían relacionados así:

- Impulsividad: trastornos de la personalidad, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, esquizofrenia, trastornos del comportamiento alimentario, trastorno afectivo bipolar.
- Pesimismo y desesperanza: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastorno afectivo bipolar.

5.2 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La depresión en sus diferentes manifestaciones clínicas, es el trastorno mental que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida. (47)

El trastorno de a depresión mayor incrementa 20 veces el riesgo de suicidio de la población general y la distimia lo hace 12 veces.

Por tal motivo el 50% de los adolescentes que se suicidan sufren depresión mayor; de éstos un 25% hace un intento de suicidio en algún momento en su vida y un 15% finalmente logra el suicidio (48).

En Colombia, (49) el 49,2% de los individuos que presentaron depresión habían realizado al menos un intento de suicidio en la vida y el 16,7% lo había realizado en el último año.

Además, se observó que en la medida en que aumentaba la intensidad de la depresión aumentaba la frecuencia de los intentos de suicidio. Los pacientes con trastornos afectivos presentan una alta tasa de intentos de suicidio y de suicidios consumados, que se relacionan en forma positiva con la intensidad del cuadro depresivo, la menor edad de aparición de los síntomas depresivos, el género femenino, el estado civil (menor en casados), la intensidad de las ideas de suicidio y la historia familiar de trastornos afectivos o de comportamiento suicida.

La depresión mayor es un factor de riesgo importante para el suicidio pero también es cierto, que no todos los individuos con depresión mayor intentan el suicidio. (50).

Los comportamientos impulsivos y agresivos son frecuentes en los individuos que intentan suicidarse, independientemente de presentar un trastorno depresivo. Estas observaciones permiten suponer que los rasgos de impulsividad y agresividad son responsables de los intentos de suicidio y de los suicidios consumados en los individuos afectados por un trastorno depresivo.

La severidad del cuadro depresivo es un factor de riesgo de suicidio (2,2%), de tal forma que el riesgo es mayor en los pacientes hospitalizados (4,0%) y es aún mayor (8,6%) en los enfermos que han sido hospitalizados como consecuencia de un intento de suicidio(51)

En los últimos años ha aumentado el suicidio en los ancianos. El 83% de los individuos que cometen suicidio en etapas tardías de su vida presentan un trastorno depresivo mayor, y con frecuencia se suicidan dentro del contexto de un primer episodio depresivo que hizo eclosión en la tercera edad. El riesgo de suicidio es mayor cuando existe comorbilidad con abuso de alcohol o consumo de sustancias psicoactivas (52).

Desafortunadamente el 20% de los pacientes con depresión no son diagnosticados adecuadamente y si tenemos en cuenta la poca adherencia del depresivo al tratamiento y la tendencia a la cronicidad que exhibe la depresión, podremos explicar la alta incidencia de suicidios en los pacientes deprimidos.

La desesperanza y la presencia de enfermedad mental grave o crónica son dos factores determinantes para que un paciente pase de la ideación suicida a cometer una tentativa. La desesperanza, el no vislumbrar una salida en el futuro, el tener expectativas negativas sobre el bienestar así como las pocas habilidades para salvar las dificultades y conseguir el éxito en la vida, junto con el padecimiento de una depresión son fundamentales en el paso de la ideación a la tentativa suicida en los pacientes deprimidos.(53)

Los pacientes deprimidos con frecuencia hacen saber sus intenciones suicidas en forma directa o solapada a sus familiares, a sus amigos y a su médico.

El 82% de los suicidas visitaron a su médico seis meses antes y el 53% en el mes anterior al suicidio (54). Además, estos pacientes consultaron por ansiedad o insomnio, síntomas que no fueron valorados adecuadamente por el médico, quien les prescribió ansiolíticos, hipnóticos o antidepresivos en dosis no terapéuticas, fármacos que con frecuencia son empleados por el paciente para llevar a cabo su suicidio (55).

5.3. TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Las ideas de autoeliminación y el comportamiento suicida son frecuentes en los enfermos bipolares. La mayoría de los suicidios ocurren en las fases depresivas o en los estados mixtos en tanto que las ideas y los intentos de suicidio son más frecuentes en los estados mixtos que en los episodios de manía. Se han identificado como factores de riesgo para el intento de suicidio en los pacientes bipolares a la duración y severidad de los episodios depresivos, la desesperanza,

los estados mixtos, la comorbilidad con abuso de alcohol o sustancias psicoactivas y la presencia de impulsividad o rasgos agresivos en el patrón de personalidad.

La impulsividad es un comportamiento prominente en el trastorno afectivo bipolar y está presente aún en los períodos eutímicos de la enfermedad.

Se estima que 10-15% de los pacientes que padecen este trastorno cometen suicidio y que entre el 25-50% realizan una tentativa de suicidio.

Es necesario valorar el riesgo suicida no sólo en la etapa aguda del episodio depresivo sino también durante el tratamiento clínico preventivo y de mantenimiento.

La Asociación Americana de Psiquiatría (56) recomienda evaluar el riesgo de suicidio e indagar sobre:

- ✦ Presencia de ideas de suicidio o de homicidio, tentativas o planes.
- ✦ Acceso a medios letales (armas de fuego, medicamentos).
- ✦ Presencia de alucinaciones de comando, otros síntomas psicóticos o ansiedad severa.
- ✦ Abuso de alcohol o sustancias psicoactivas.
- ✦ Antecedentes de intentos de suicidio.
- ✦ Antecedentes familiares de un suicidio reciente.

Si el riesgo de suicidio es alto, si el paciente presenta alteraciones del juicio, si no existe un adecuado soporte afectivo o padece una complicación médica u otro trastorno mental grave debe ser hospitalizado.(57)

5.4. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El trastorno de ansiedad y suicidio son más limitados. (58) Los trastornos de ansiedad aumentan 6-10 veces el riesgo de suicidio de la población general. La tasa de suicidio en los trastornos de ansiedad es menor que la observada en los trastornos depresivos. Algunos autores consideran que el abuso de alcohol enmascara los trastornos de ansiedad.

La prevalencia total para ansiedad en Colombia fue de 17,8% (59) y que en forma similar a lo sucedido con el síndrome depresivo, se observa un mayor número de intentos de suicidio al aumentar la severidad de la ansiedad.

El comportamiento suicida se relaciona con la edad de aparición del trastorno, el número e intensidad de los ataques, la limitación psicosocial y el déficit cognoscitivo. (60)

5.5 ESQUIZOFRENIA

El suicidio es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. Comparados con la población general, (61).

El riesgo de suicidio en la esquizofrenia es 8.5 veces mayor, índice que se incrementa en los pacientes hospitalizados. Se estima que el 20-50% de los pacientes con esquizofrenia intentan suicidarse, tasa que es similar a la observada en los trastornos afectivos y 20 veces mayor a la observada en la población general (62). La mayoría de los suicidios ocurren en los primeros años de la enfermedad, en el período posterior a una hospitalización o durante un episodio de depresión pospsicosis. En los pacientes con esquizofrenia se han identificado como factores de riesgo para el suicidio el género masculino, la raza blanca, la falta de apoyo social, el pobre funcionamiento psicosocial, las pérdidas afectivas,

la presencia de depresión y los intentos previos de suicidio, que son los mismos factores de riesgo en la población general.

Algunos factores de riesgo son específicos para la esquizofrenia como la cronicidad del trastorno, las exacerbaciones de los episodios psicóticos, la intensidad de los síntomas positivos (especialmente delirios y suspicacia), el número de hospitalizaciones y la pérdida de confianza o las actitudes negativas hacia el tratamiento.

Los pacientes con esquizofrenia (63) que presentan altos niveles de fragmentación social, deprivación económica y ruptura familiar poseen mayor riesgo de cometer suicidio. Los índices de prevalencia de depresión en la esquizofrenia son variables con rangos entre el 7-54%.

El abuso de sustancias psicoactivas presenta una prevalencia elevada (47%) en los enfermos con esquizofrenia que es el triple de la observada en la población general, comorbilidad que origina un incremento de los comportamientos agresivos, del número y duración de las hospitalizaciones y del asilamiento social del enfermo.

5.6 ABUSO DE ALCOHOL

La incidencia de alcoholismo en la población general es del 10% y el riesgo de suicidio en la vida en los pacientes alcohólicos se estima en 15% (64), cifra similar a la observada en los trastornos afectivos. Cuando se asocia la depresión y el alcoholismo el riesgo de suicidio es 75-85 veces mayor que el esperado para la población general, razón por la cual lo considera el segundo predictor de suicidio.

En la población colombiana cuando no hay alcoholismo, la asociación con el intento de suicidio a lo largo de la vida es de 4,3% (65).

Los individuos que presentan como diagnóstico (depresión y alcoholismo) Tienen una mayor alteración del sistema serotoninérgico que incrementa el riesgo de cometer suicidio. (66).

Los suicidios son más frecuentes en los alcohólicos crónicos y, como se observa en otros trastornos mentales, al ser dados de alta después de una hospitalización o al afrontar una pérdida afectiva.

Se consideran como factores precipitantes del riesgo suicida a los intentos previos de suicidio, la pérdida reciente del empleo, el pobre apoyo emocional, el continuar consumiendo alcohol, las dificultades financieras, los problemas legales, las enfermedades graves, los trastornos de la personalidad y la comorbilidad con otros trastornos mentales. Algunos autores consideran que el tener un empleo de tiempo completo actúa como un factor protector. El riesgo de suicidio es igual para hombres y mujeres alcohólicos. (67)

5.7. PERSONALIDAD BORDERLINE

Los intentos y los gestos suicidas son frecuentes en los individuos con trastorno limítrofe de la personalidad y se estima que el 8-10% se suicida.

El comportamiento suicida es mayor en individuos con trastorno borderline de la personalidad comparados con la población general. (68)

El riesgo de suicidio en individuos con este trastorno es 7.0 veces mayor que en la población general. (69)

El riesgo de suicidio en los individuos con trastorno de la personalidad se incrementa cuando concurren otros factores como desempleo, dificultades financieras, conflictos familiares, rupturas afectivas, disfunción de la pareja, etc.

Evaluar el riesgo de suicidio en estos individuos es una tarea difícil.

Se considera que es difícil precisar cuándo el paciente se encuentra en riesgo inminente de suicidio debido a las siguientes características clínicas del trastorno (70)

- Los comportamientos suicidas son agudos o crónicos y no es posible predecir su evolución.
- La tendencia a presentar comportamientos crónicos suicidas y episodios de autoagresión frecuentes.
- La mayoría de los comportamientos suicidas son impulsivos.
- Las dificultades para crear y mantener la alianza terapéutica.

A pesar de ello, es necesario desarrollar estrategias para impedir el suicidio.

5.8. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

En los enfermos con trastorno del comportamiento alimentario (TCA) son frecuentes los suicidios y las conductas para suicidas.

En la anorexia nervosa el suicidio es la segunda causa más común de muerte después de las complicaciones médicas y metabólicas.

El riesgo de suicidio en la anorexia nervosa es similar al riesgo de suicidio de la depresión mayor y está asociado a la cronicidad del cuadro clínico y la comorbilidad con abuso de sustancias, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad.

Los intentos de suicidio se relacionan con altos niveles de impulsividad. Son más frecuentes en la bulimia nerviosa que en la anorexia nerviosa, y más frecuentes en los cuadros de anorexia del tipo purgativo que en los de anorexia restrictiva.

Las conductas parasuicidas son frecuentes en los individuos con TCA de patrón purgativo, especialmente en quienes hacen uso de laxantes y diuréticos y en quienes se empeñan en varios comportamientos purgativos compensatorios, como autoinducción del vómito y abuso de laxantes.

El abuso de laxantes en los TCA se asocia con un curso crónico y peor pronóstico de la enfermedad, comportamientos impulsivos, intentos de suicidio, autolesiones y comorbilidad con el trastorno limítrofe de la personalidad.

5.9. FACTORES PRECIPITANTES

En nuestro país, los principales precipitantes son padecer trastornos físicos —la enfermedad física, bien sea de una forma real o delirante, está implicada en al menos un 25% de suicidios— y problemas de la vida diaria como problemas interpersonales, dificultades laborales, separaciones o pérdidas, problemas económicos, sexuales, inconformidad con la propia imagen, fracasos vocacionales o profesionales, etc.

Teniendo en cuenta la revisión teórica realizada, se genera un clima conceptual adecuado para que el manejo de la información obtenida ayude a dilucidar algunas incógnitas con respecto al fenómeno del comportamiento suicida en los seres humanos, en especial en la población atendida en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

Cabe anotar que en el presente estudio **no se formula hipótesis** a probar teniendo en cuenta que la naturaleza descriptiva del mismo no pretende pronosticar un hecho o una cifra determinada.

6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	SUBVARIABLE	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION
CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS	Características de la población	Edad	Número de años	
		Género	Femenino	Nominal
			Masculino	
		Estado civil	Casado	Nominal
			Soltero	
			Viudo	
			Unión libre	
		Nivel educativo	Primaria	Nominal
			Secundaria	
			Técnico o tecnológico	
			Universitario	
			Ninguno	
		Procedencia	Municipio	Nominal
		Ocupación	Empleado	Nominal
Independiente				

			Desempleado	
CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEDAD MENTAL	Presencia de patología de base	Trastornos clínicos	Trastorno Depresivo Mayor	Nominal
			TAB	
			Trastorno de Ansiedad	
			Esquizofrenia	
			Trastornos alimenticios	
			Abuso de alcohol	
			Personalidad borderline	
			T. Comportamiento alimentario	
CARACTERÍSTICAS DE INTENTO DE		desencadenante	Problemas económicos	
			Problemas laborales	
			Problemas de	

SUICIDIO	Características relacionadas con el intento de suicidio	de intento de suicidio	pareja	nominal	
			Problemas emocionales		
			Muerte de un familiar querido		
			disfunción familiares		
			Soledad		
	Intento de suicidio según mecanismo			Armas	nominal
				Asfixia	
				Ahogamiento	
				Intoxicación por plaguicidas	

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional descriptivo de serie de casos retrospectivo, porque se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con intento de suicidio y enfermedad mental.

El presente estudio es observación al, por lo que presentará una descripción detallada de los resultados obtenidos en la recolección de los datos sin haber intervenido en el grupo de pacientes a estudiar, según las historias clínicas recolectadas.

Será de carácter descriptivo ya que está encaminado a establecer la situación de las variables sujetas a estudio, las sociodemográficas del paciente con intento de suicidio, las patologías que contribuyen a la biológicamente a realizar el.

Es un estudio transversal porque se examinará un determinado periodo de tiempo donde se recolectarán la información de las historias clínicas, siendo éste lapso no importante para la recolección de los datos y sin realizar un seguimiento en el tiempo.

Retrospectivo debido a que se analizará el fenómeno o la patología ya generada, o sea el desarrollo natural de la enfermedad psiquiátrica con la expresión en el suicidio.

7.2 LUGAR

La investigación se efectuará en las instalaciones del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, en el área de Urgencias adultos, urgencias pediátrica, observación adultos y pediátrica, UCI adultos y UCI pediátrica y piso de Hospitalización respectivo a la edad del paciente, revisando las historias clínicas realizadas previamente por los especialistas en Medicina Interna, especialidad de Toxicología y Psiquiatría, quien hace la interconsulta en el momento que el paciente está estable y posteriormente se programa una consulta externa al mes en la Unidad de Salud Mental de la misma institución. El HUHMP es uno de los centro de salud más importantes de la región del sur colombiano, contando con un nivel III de atención médica y próximo a tener el IV nivel de atención. Es por esto que la mayoría de las remisiones por intento de suicidio ingresen a la institución pública, brindando excelente atención al usuario y proporcionando un espacio propicio por la fuente de información para hacer la investigación.

7.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

En el presente estudio no se llevará a cabo un tipo de muestreo determinado, pues se tomará la totalidad de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del HUHMP entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2007 con diagnóstico de intoxicación, intoxicación exógena e intento de suicidio, concomitantemente se revisará la impresión diagnóstica psiquiátrica hecha en interconsulta.

La muestra a realizar en esta investigación, es de tipo no probabilística por criterios, que son los diagnósticos anteriormente mencionados con la posterior revisión de patología psiquiátrica los que conllevan a la inclusión de los sujetos

Criterios de inclusión: para que las historias clínicas sean incluidas en el presente estudio, la totalidad de las historias deberán cumplir lo siguiente:

- Que la historia pertenezca a usuarios que fueron atendidos por el servicio de urgencias de HUHMP en el año 2007
- Que el diagnóstico por ingreso haya sido por intoxicación, intoxicación exógena e intento de suicidio
- Que el diagnóstico definitivo del paciente sea intento de suicidio y impresión diagnóstica psiquiátrica.

Criterios de exclusión: en caso de tener algunos de los siguientes criterios, la historia clínica revisada se retirará del estudio:

- Que la historia no tenga como diagnóstico de ingreso intoxicación, intoxicación exógena e intento de suicidio.
- Que el diagnóstico definitivo del paciente sea diferente a *intento de suicidio*
- Que el paciente sea de un periodo diferente al del año 2007.

7.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para elaborar el instrumento se tendrá en cuenta el cuadro de operacionalización de variables, en donde se obtendrá por medio de la historia clínica incluyendo las características de la población y la presencia de patologías de base (denominadas manifestaciones psiquiátricas). Posteriormente se aplicaran a los pacientes.

Para la selección de los pacientes se revisó la base de datos de la unidad mental del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva obtenidas en el año 2007 de los pacientes que han sido hospitalizados por intento de suicidio. Estos haciendo referencia a los pacientes que han sido de alta.

El cuestionario en primera instancia se aplicara a las historias clínicas y se determinara un periodo de espera de 3 meses en la cual el paciente podrá acudir a la consulta y así nosotros poder realizar el cuestionario; Si por algún motivo el paciente no asiste a la consulta programada se ubicara a través de una llamada telefónica para aplicar el instrumento.

La información captada de las historias clínicas será confidencial prevaleciendo la ética médica, y posteriormente la revisión documental será analizada por nosotros. De igual modo será supervisada por la doctora Lina Piedrahita psiquiatra de la unidad mental quien con su tutoría y colaboración realizara el correcto registro de los datos si el paciente asistiera a control. Si por algún motivo el paciente no asiste a control las llamadas serán realizadas por nosotros para previa revisión de la historia clínica.

Para poder realizar el instrumento se necesitará recursos para poder llevar a cabo las actividades programadas; como un computador con impresora para el registro, impresión de datos, fotocopias, llamadas para aquellos pacientes que no asistan a la consulta o cita de control, transporte Procedimientos... se prueban con la pp.

7.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Primero se revisó la base de datos del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo, con el fin de determinar el número de pacientes que a ingresado al hospital, en el servicio de urgencias con diagnostico de intento de suicidio y enfermedad mental. Posteriormente se hizo la solicitud de autorización al hospital Hernando Moncaleano para la revisión de las historias clínicas de los pacientes en el archivo de la institución. Una vez obtenida la autorización, los investigadores, procedieron a revisar las historias clínicas de los pacientes y los datos encontrados en estas se ingresaron en una base de datos realizada en el programa epi info 3.2.2 para su posterior análisis.

La información se obtendrá a través de la realización de un cuestionario semiestructurado que se aplicara a las historias clínicas y posteriormente a los pacientes y las entrevistas.

7.6 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto es aquel procedimiento que permite probar la metodología a pequeña escala y que describe como se realizó y que resultados se obtuvieron en la prueba piloto del instrumento mirando metodología, procedimiento, confiabilidad, viabilidad, y análisis de datos.

La prueba piloto fue aplicada a una muestra total de 10 paciente encuestados en la unidad mental del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo con relación a el porcentaje de pacientes con intento de suicidio que tienen alteraciones mentales en el servicio de urgencias del HUN.

7.7 CODIFICACION Y TABULACIÓN

Una vez habiendo recolectado los datos, se procede a ingresar las variables independientemente en una forma con las respectivas especificaciones, realizadas con el programa EPI-INFO 3.2.2, el cual generara la conversión de los datos en forma de gráficos y tablas que se organizaron sistemáticamente para una mejor comprensión y análisis de la información.

7.8 CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación ha sido concebida y diseñada atendiendo a lo estipulado por la resolución N° 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas, para la investigación en salud, atendiendo lo planteado en el Título II relacionado con LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS, en su Capítulo I, sobre LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS.

La presente metodología se desarrolla contemplando los aspectos éticos y operativos necesarios para proteger la integridad del paciente, sus derechos y su bienestar (Art. 5). Comprenderá además el desarrollo de actividades que contribuyen al conocimiento de procesos biológicos y psicológicos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad o entidad a investigar, la práctica médica y la estructura social, a la prevención y control de este problema en la salud y al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

Participará un sujeto en la presente investigación, sí y solo sí, se le ha informado acerca de:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan obtenerse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

Y que conociendo estos elementos, den su aprobación escrita de participar en esta investigación. De conformidad con lo planteado en el Artículo 11 del mismo capítulo, la presente investigación puede clasificarse como investigación sin riesgo, por: Ser un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan.

8. ANALISIS DE RESULTADOS

La búsqueda de información del presente estudio inicio con la revisión de historias clínicas de los pacientes de la unidad de urgencias de psiquiatría del HUHMP, en la cual se tomaron todos los pacientes con ingreso de intento de suicidio evaluando si en sus características presentaban alguna enfermedad psiquiátrica.

De las 122 personas valoradas en el año 2007 de la unidad psiquiátrica que ingresaron al servicio de urgencias por enfermedades psiquiátricas solo 100 evidencian ingreso por intento de suicidio confirmado, entre estas solo 68 casos presentaron intento de suicidio asociada a alguna alteración psiquiátrica, y el resto están asociada a problemas emocionales, económicos, de muerte de un ser querido, de problemas laborales entre otras.

Lo anterior hace que exista un margen de error al momento de las estadísticas epidemiológicas ya que muchas de estas historias se encontraron mal diligenciadas, y en ocasiones con solo la hoja de ingreso sin un previo seguimiento de estos pacientes.

Por tal motivo se excluyeron 22 historias clínicas por mal diligenciamiento de estas, además la letra no era legible y el diagnostico de intento de suicidio no era claro, por lo cual se excluyeron de esta investigación.

De igual manera al momento de ingreso solo tienen como diagnostico intento de suicidio sin relación a enfermedades psiquiátricas, y historias restantes presentaron enfermedades psiquiátricas que en su valoración no se especifico causa de intento de suicidio, refiriéndonos a si eran de tipo psiquiátrica, emocional, laboral, económico. esto para saber en si el mecanismo desencadenante del intento de suicidio. Teniendo en cuenta lo anterior se cree que existe mayor población con intento de suicidio pero si un diagnostico adecuado ni un seguimiento oportuno, por lo que estadísticamente el intento de suicidio sin diagnosticar son mayores.

De igual manera se encontró historias de pacientes con diagnóstico de alteraciones psiquiátricas sin tener en cuenta previos intentos de suicidio que no se reportaron como diagnóstico si no como enfermedades mentales. (Esquizofrenia, TAB, o depresión mayor y fueron tratadas por dicha patología.)

La información obtenida por medio de la revisión de las 100 historias clínicas fue agrupada en forma gráfica para una mayor interpretación. Los tipos de gráficos usados en la presente investigación son de tipo de barras horizontales, verticales, de columnas, circular, lineal para una mejor lectura.

Se analizaron las variables demográficas, el mecanismo desencadenante del intento de suicidio y la relación con enfermedades mentales.

El primer gráfico muestra la procedencia de las personas que intentaron suicidarse en el año 2007 y que ingresaron al servicio de urgencias del HUHMP

Se demostró que el género masculino tiene mayor predisposición a intentar suicidarse ya que el 72% corresponde a hombres con relación al género femenino representado en el 28% de intento de suicidio. (Ver gráfico 1)

Del género masculino el 61% del 72% presentaron intento de suicidio por alteraciones mentales dividida así: esquizofrenia: 19%, TAB 12%, depresión mayor: 14%, trastorno de ansiedad 5%, trastorno de personalidad 2%, abuso de sustancias psicoactivas 9%. El 11% restante son por causas personales. (ver gráfico 2)

Del 28% género femenino corresponde el 12% a depresión mayor, 9% esquizofrenia, el 5% TAB, y solo el 2% corresponde a problemas emocionales. (Ver gráfico 3).

Grafica 1. Distribución por género de la población del HUHMPN diagnosticados con intento y suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007.

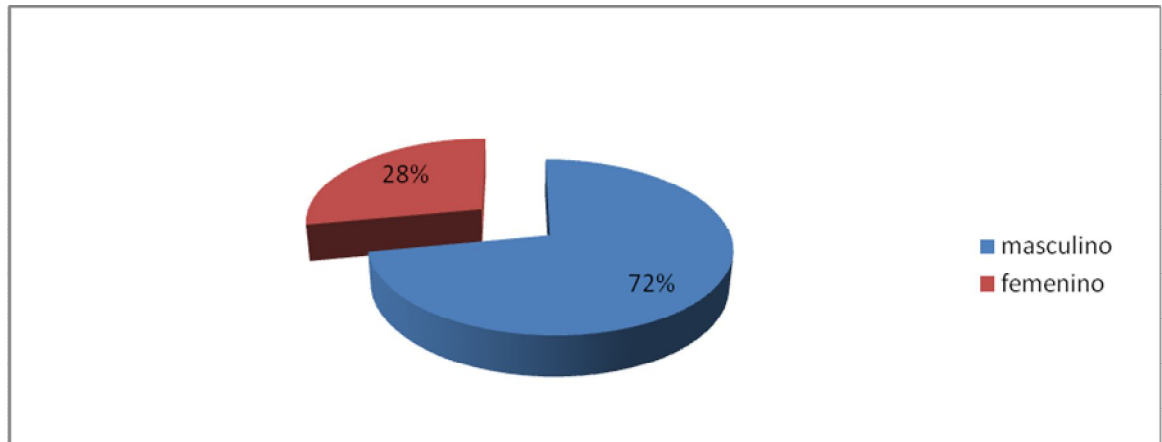
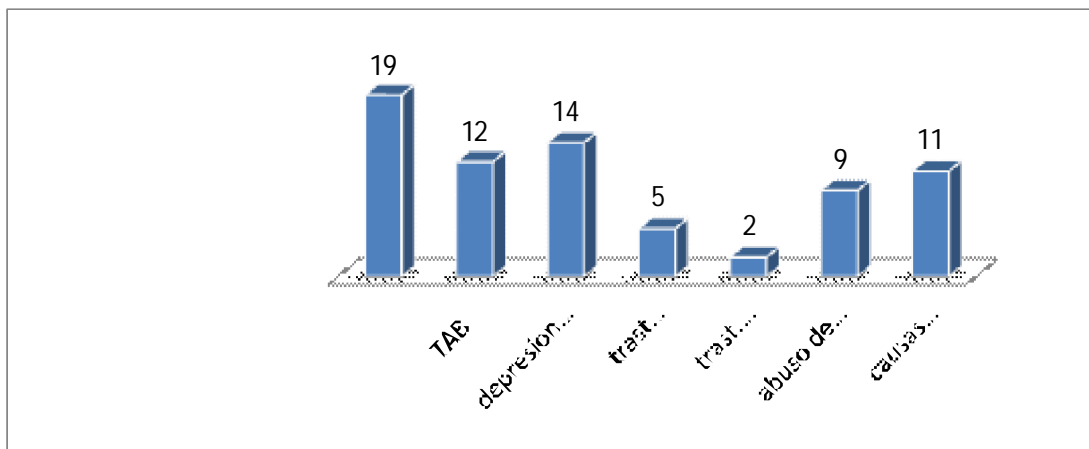
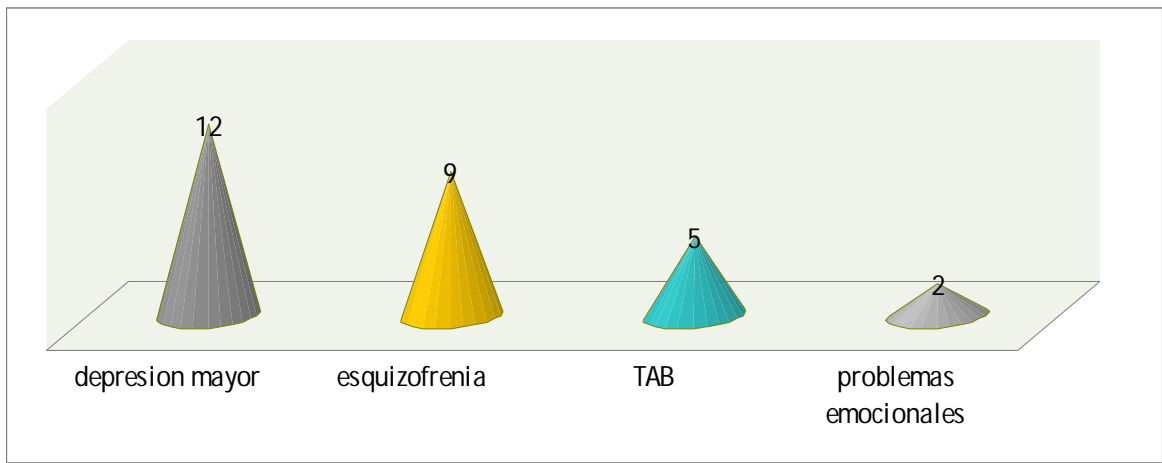


Grafico 2. Distribución por género masculino de la población del HUHMPN diagnosticados con intento y suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007.

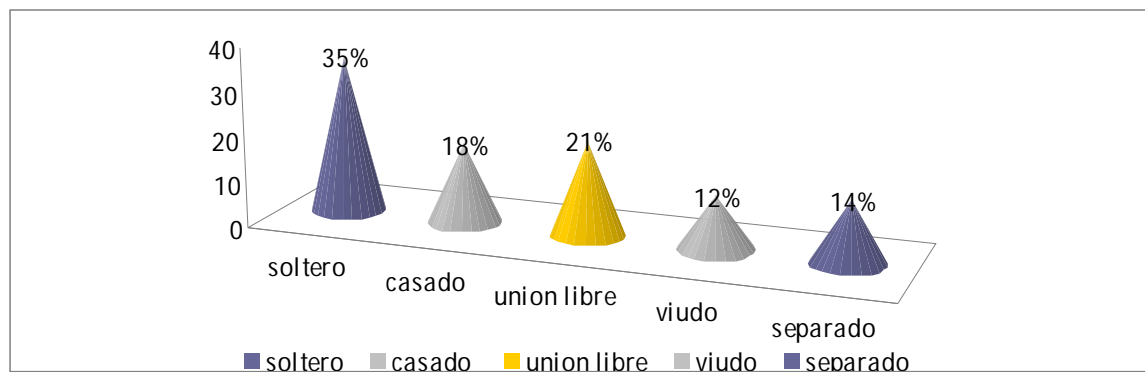


Grafica 3. Distribución por género femenino de la población del HUHMPN diagnosticados con intento y suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007.



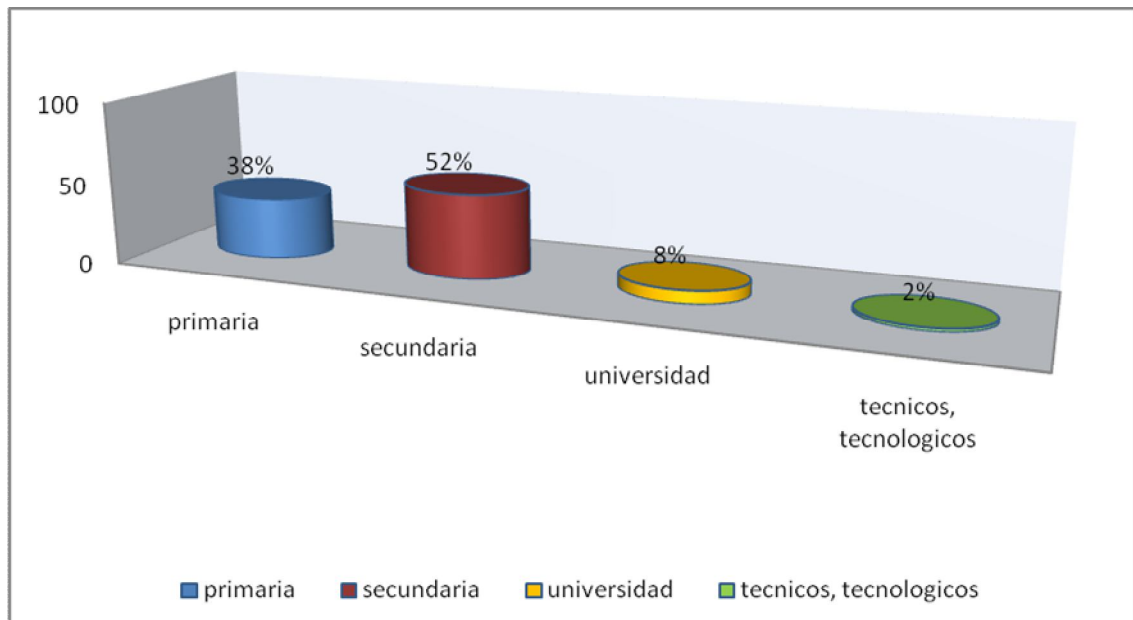
Se demostró que la mayoría de los pacientes con estado civil -solteros donde presentan más problemas laborales, económicos, y labilidad emocional por lo cual es la mayoría de los pacientes correspondiente al 35%, seguido de unión libre 21%, de los casados 18%, viudos el 12%, separado 14%. (Ver grafico 4).

Grafica 4. Distribución por estado civil de la población del HUHMPN diagnosticados con intento y suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007.



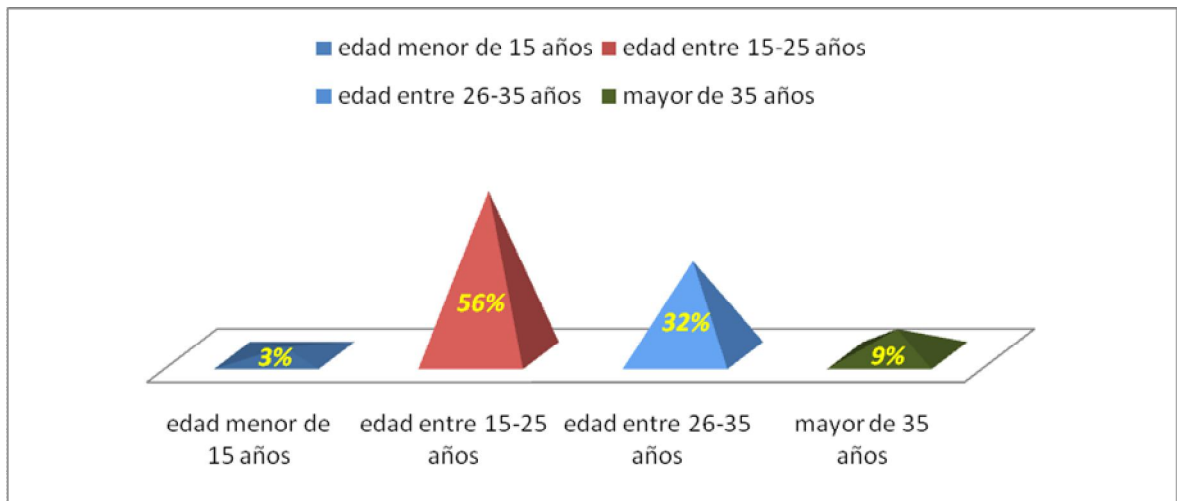
El nivel educativo que se halló en esta investigación es de nivel secundario donde la mayoría de estos pacientes saben de las implicaciones secundarias al intento de suicidio, por tal motivo corresponde la mayoría de la población, estos representan el 52%. Seguido de la primaria en un 38%, universitarios el 8% y técnicos y tecnológicos en el 2%.(ver grafico 5)

Grafica 5. Distribución por nivel educativo de la población del HUHMPN diagnosticados con intento de suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007.



El comportamiento por edad de las personas que intentaron suicidarse representa en su mayoría edades entre 15- 25 años ya que en este rango de edad el intento de suicidio es mas por problemas emocionales, soledad, problemas familiares entre otras, mientras que el rango de edad de los 25 a los 35 años se ve mayor predisposición en enfermedades mentales. Esto no quiere decir que en las edades de 15 a 25 años no hay pacientes con intento de suicidio y alteración mental si no se demostró estadísticamente que en este rango de edad hay mayor incidencia de casos de intento de suicidio por problemas personales.(ver grafica 6)

Grafica 6. Distribución por grupo etáreo de la población del HUHMPN diagnosticados con intento de suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007.



De la información de las 100 historias analizadas se encontró que la causa de muerte es diversa respecto a la enfermedad mental y los problemas interpersonales ya que lleva al paciente a tomar la decisión de intentar suicidarse, de estas, 68 presentaron asociación con enfermedades mentales, como esquizofrenia, TAB, depresión mayor, trastorno de la personalidad, trastorno borderline, trastorno de ansiedad, abuso de alcohol y las 32 restantes presentaron problemas personales dentro del cual se describen problemas familiares, problemas laborales, problemas académicos, disfunción familiar, problemas económicos, conflictos interpersonal, conflictos emocionales, conflictos de pareja.

8.1. INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN LA ENFERMEDAD MENTAL

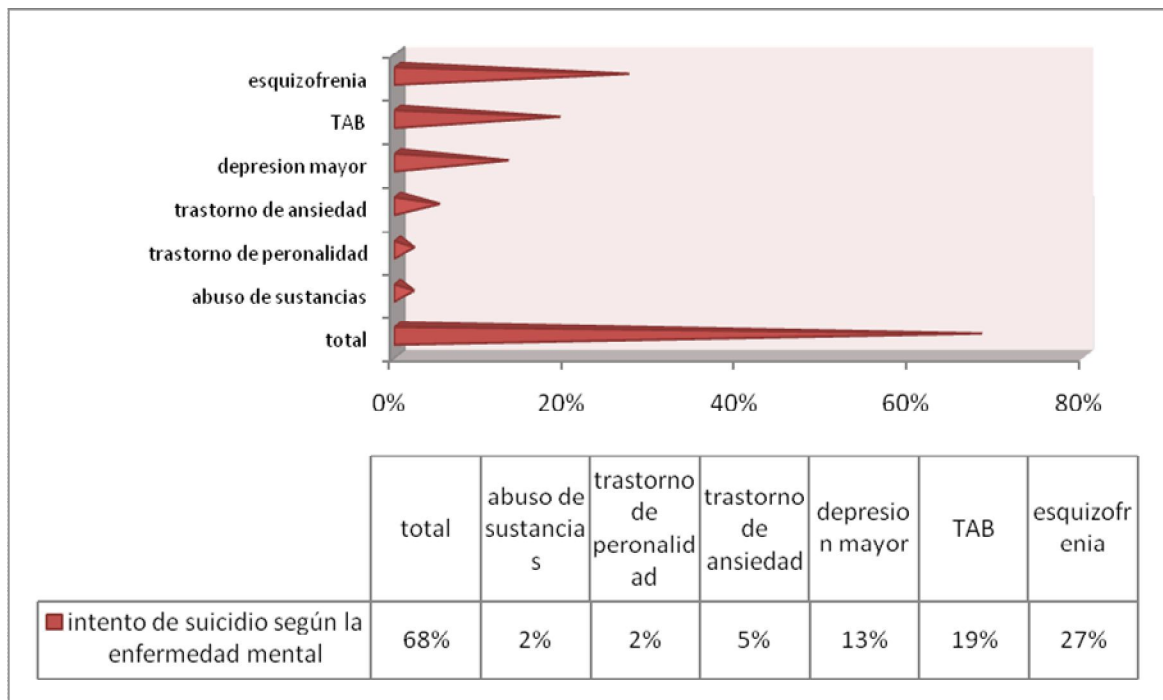
De la información analizada, 68 historias fueron analizadas con diagnóstico de intento de suicidio y enfermedad mental encontrando que la patología más asociada es la esquizofrenia ya que representa el mayor número de pacientes, correspondiente a 27 pacientes con intento de suicidio, la cual es una de las alteraciones mentales con mayor factor de riesgo de intento de suicidio, de esta la prevalencia es de 9-13% que consuman el suicidio como única salida.

Por tal motivo es 20-50 veces mayor en la población general, especialmente en los primeros 10 años de enfermedad. El Trastorno afectivo bipolar (TAB) fue la segunda patología con mayor frecuencia donde se encontraron 19 casos con trastornos afectivos que intentan suicidarse por falta de apoyo familiar.

La Depresión es otro de los factores preocupantes respecto al intento de suicidio en pacientes con alteraciones mentales ya que se observaron 13 casos de depresión mayor con intento de suicidio. De igual manera se observó que los pacientes con Trastornos de Ansiedad representan la tercera causa de intento de suicidio correspondiendo a 5 casos de las 68 historias evaluadas.

El trastorno de personalidad representa al igual que el abuso de sustancias psicoactivas el menor rango de pacientes, ya que en cada una de se presentaron 2 casos con dicho trastorno.(ver grafica 7).

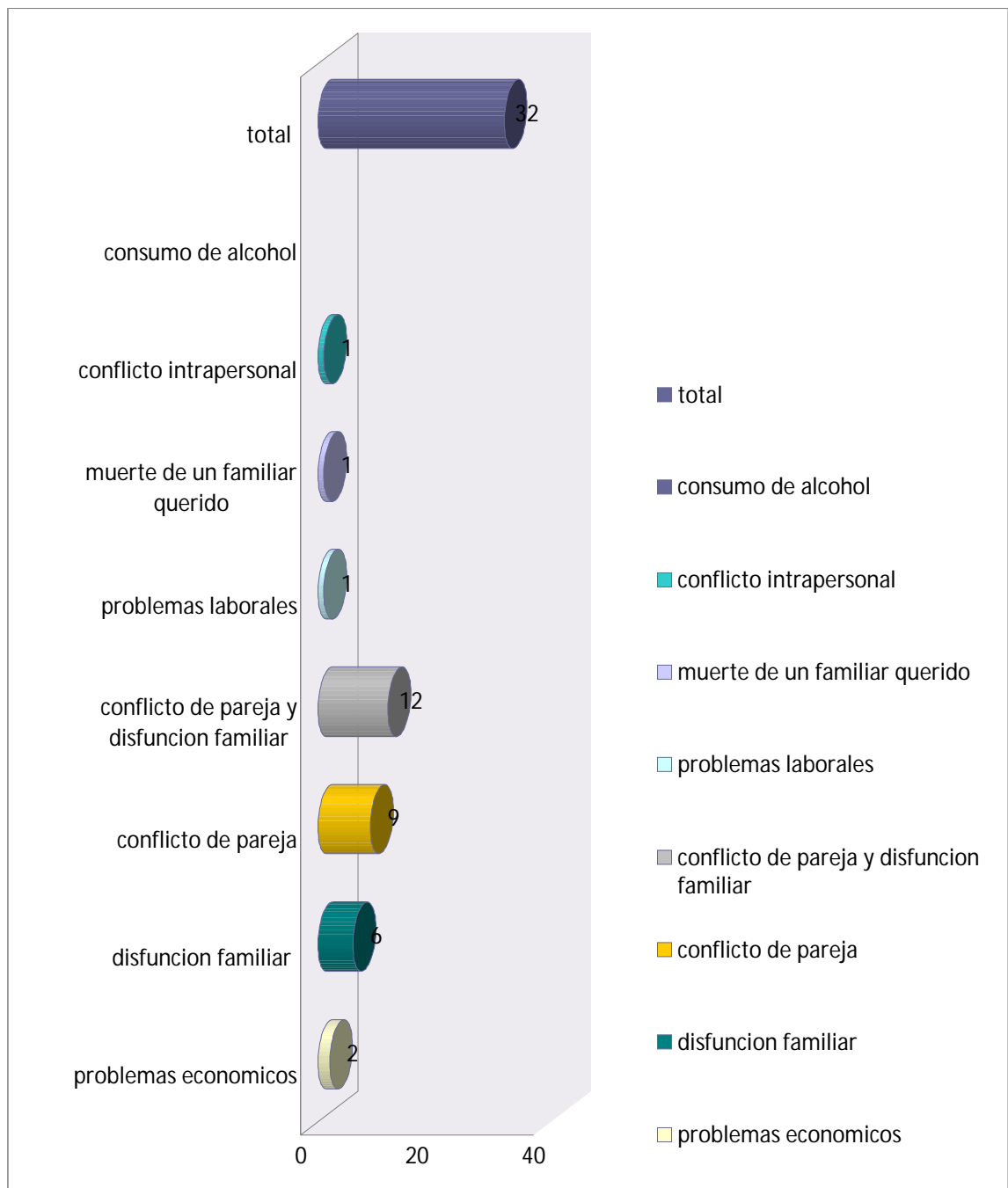
Grafica 7. Distribución por intento de suicidio según la enfermedad mental en la población del HUHMPN diagnosticados, entre enero de 2007 y diciembre de 2007.



De las 32 historias analizadas se encontraron 9 pacientes con conflictos de pareja, donde intentaron suicidarse por su labilidad emocional, seguido de la disfunción familiar ya que este vínculo es muy importante para el mantenimiento del bienestar o la integridad personal, en este caso se encontraron 6 pacientes.

De igual manera se encontró 12 pacientes con disfunción familiar y conflictos de pareja, donde aumentó al doble el riesgo de intento de suicidio. Respecto a los problemas económicos y problemas laborales se observaron 5 pacientes en común donde era la única salida a su problema. (Ver grafica 8).

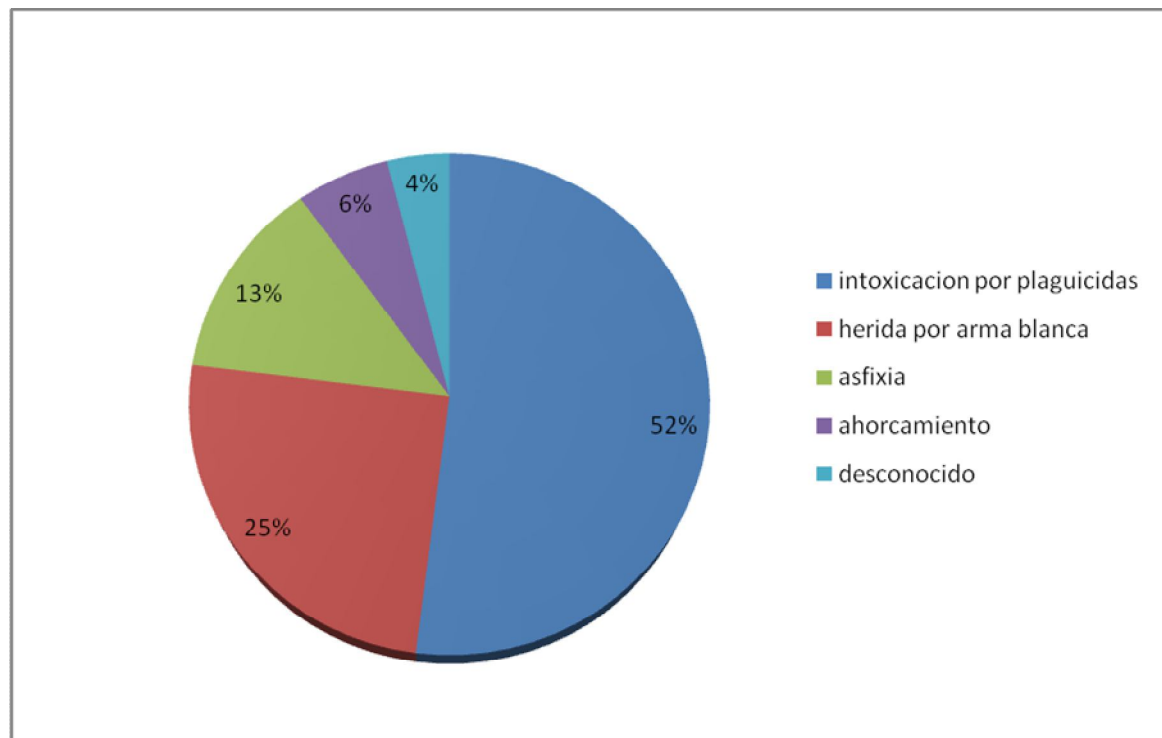
Grafica 8. Distribución por conflictos personales según de la población del HUHMPN diagnosticados con intento de suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007.



8.2. INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN MECANISMO

Se observó que el mecanismo desencadenante para realizar el intento de suicidio en su mayoría, es por intoxicación por plaguicidas en un 52%, seguido de heridas por arma blanca en 25%, asfixia en 13%, ahorcamiento en el 6%, y mecanismo desconocido en el 4% .(ver grafico 9).

Grafica 9. Distribución por intento de suicidio según mecanismo de la población del HUHMPN diagnosticados con intento y suicidio y enfermedad mental entre enero de 2007 y diciembre de 2007.



9. DISCUSION

Lo establecido en la literatura, sobre el estudio de las características del intento de suicidio, tanto mundial como local, exige una rigurosa captación de estos pacientes, para llevar a cabo una correcta caracterización clínica. La correlación con el estudio desarrollado, evidencia un incorrecto diligenciamiento de historias clínicas, encontrando en mayor medida, ausencia de datos de filiación y en datos en la evolución médica. También se encontró letra no legible y diagnósticos sin confirmar, lo cual impide que los procesos de investigación se realicen de forma adecuada.

Con nuestro estudio se estableció una relación significativa con la epidemiología que destaca que la población más vulnerable para tener ideación suicida es aquella que tenga desordenes psiquiátricos, principalmente de difícil manejo y reservado pronostico cuando no se hacen las pesquisas clínicas correspondientes, las cuales se destacan: la esquizofrenia y depresión en el género masculino y la depresión y esquizofrenia en las mujeres correspondientemente. Se vio una moderada incidencia de Trastorno Afectivo Bipolar en la investigación, pero no se esclarece en qué fase de la enfermedad presenta la actitud de intentar suicidarse.

Los estudios revisados relatan que el estado civil y apoyo social y educativo marcan una gran ayuda para los pacientes, viendo que los solteros y con escasa familia colaboradora, están inmersos en un ambiente desencadenante. Pues bien en los resultados nuestros, encontramos que un 35 por ciento de los pacientes estaban solteros al momento de realizar el intento. Algo que se encontró en la población estudiada, es que estos tenían principalmente educación secundaria, ciertamente es curioso, dado las características de analfabetismo y de bajo nivel educativo en la población que acude al hospital y internados en la unidad psiquiátrica del mismo.

El rango de edad en el que más se encuentran los pacientes con intento de suicidio esta en el periodo de vida más productivo en nuestra sociedad, descrito dentro de los antecedentes de este estudio. El rango de este está entre 15 y 25 años, acrecentando los gastos en salud en todo el mundo y perdidas laborales económicamente hablando.

La población con mayores tasas de intento de suicidio son los hombres correspondiendo al 72% respecto a género femenino en el 28%. La depresión mayor es la causa primordial del género femenino ocupando la mayor parte de este género, respecto a los hombres que es la esquizofrenia siendo la causa importante de intento de suicidio.

El intento de suicidio se ha asociado a la disfunción y problemas familiares, a el divorcio, a la separación o muerte de padres; a antecedentes de abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas a antecedentes familiares de suicidio consumado o de intento suicida a el desempleo y el bajo nivel socioeconómico y educativo llevan a estas persona a tener mayores factores de riesgo para realizar e intentar suicidarse. La mayor parte de nuestros pacientes presentaron conflicto de pareja y disfunción familiar, de forma separada o conjunta, que bajo problemas de adaptación al medio y presencia de patología mental conjeturan una grave mezcla para terminar en una acción suicida fallida.

Como mecanismo más usado en el intento del suicidio, en nuestra región es más prevalente la ingestión de tóxicos, usados principalmente en cultivos agrícolas del departamento. La sustancia más frecuente son los plaguicidas de tipo organofosforados. Usados por los campesinos o jornaleros que trabajan por temporadas en las fincas para mejorar la producción del alimento. Haciendo que accedan fácilmente a estos y hagan su intento.

10. RECOMENDACIONES

- Crear políticas de salud preventivas y de tamizaje para implementar en todos los servicios de salud que prestan sus atenciones a pacientes de características suicidas, así como la capacitación adecuada y permanente de los trabajadores de la salud.
- Elaborar un protocolo de atención a los pacientes con este diagnóstico y generar una historia clínica especializada para estos casos, y que tengan difusión nacional.
- Controlar eficazmente el expendio de plaguicidas y herbicidas, a la vez recomendar al comprador la gravedad que puede ocurrir si hay ingesta.
- Educar a la comunidad para detectar el comportamiento suicida precoz en amigos y familiares
- Hacer un seguimiento oportuno a estos pacientes para evitar la consumación del intento de suicidio a suicidio.

Brindar apoyo familiar y apoyo social a estos pacientes, independientemente de su causa ni enfermedad mental.

BIBLIOGRAFIA

1. BLUMENTHAL SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am* 1988; 72: 937-71.
2. PIRKINS y BURGESS (1998) PIRKIS J, BURGESS P. Suicide and frequency of health care contacts: a systematic review. *Br J Psychiatry* 1998;173:462-74
3. HENRIKSSON MM, ARO HM, MARTTUNEN MJ, HEIKKINEN ME, ISOMETSA ET, *et al.* Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150:953-960.
4. HARRIS EC, BARRACLOUGH B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.
5. BLACK DW, WINOKUR G. *Suicide and Psychiatric Diagnosis*. In: *Suicide over the life cycle*. Blumenthal S, Kupfer D (eds.). American Psychiatric Press Inc, Washington DC, 1990; 135-53.
6. POSADA J. Calidad de los servicios de salud mental en Santafé de Bogotá D.C. Santa Fe de Bogotá, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Fundación Oldarriaga Concha; 1998.
7. POSADA J, GÓMEZ P. Aspectos epidemiológicos. En: recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Asociación Colombiana de psiquiatría. Bogotá, D.C. Editorial Noosfera; 1999.

8. POSADA J, TORRES Y. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas- Colombia, 1993. Ministerio de Salud. Colombia, Bogotá; 1994.
9. MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia. Santa Fe de Bogotá; 1998.
10. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Forensis 1999. Datos para la vida. Santafé de Bogotá, Panamericana, 2000: 125-138.
11. SÁNCHEZ, M. El suicidio ha crecido cuatro veces en cinco años en los HOMBRES. EL PAÍS 5 DE MARZO DE 2002, P. 36 (COL. 1-4).
12. BLUMENTHAL, SJ. Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clínicas Médicas de Norteamérica. Vol. 4, Ansiedad y Depresión. Madrid, Interamericana - McGraw-Hill, 1996.
13. BOTERO SALAZAR, Lorena Alexandra; TOVAR CHALA, Nataly. Perfil psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio en trece municipios del departamento del Huila, durante los años 2003 y 2004. Neiva, 2007. Vol. 1. Trabajo de grado (Psicólogo). Universidad Surcolombiana, Facultad de salud, programa de psicología.
14. ORTIZ PERDOMO, Rosa Liliana, RAMIREZ, Edwin Mayoral. Características de los suicidas en la Ciudad de Neiva: análisis de 11 casos a través de la autopsia psicológica, 2001. Neiva, 2002, Vol. 1. Trabajo de grado (psicólogo) USCO, Facultad salud, Programa de Psicología.

15. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA LA SALUD. Indicadores de salud organización panamericana de la salud. EN: [http:// www.Org/hia/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20spanish.Pdf](http://www.Org/hia/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20spanish.Pdf).
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. estadísticas de salud de las americas2006. En: [http:// www.paho.Org/spanish/dd/ais/HSA2006.htm](http://www.paho.Org/spanish/dd/ais/HSA2006.htm).
17. COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Estudio nacional de salud mental en Colombia 2003. santa fe de bogota: el ministerio, 2003.66.p.
18. COLOMBIA. SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en el departamento de Huila. Neiva: secretaria de salud departamental, 2007. en: <http://www.gobhuila.gov.co/paginas.php?pag=salud>
19. MURPHY GE, WETZEL RD, ROBINS E, MCEVOY L: Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, 49(6): 459-463, 1992
20. MOLMAR BE, BERKMAN LF, BUCA SL: Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol med*, 31(6):965-77, 2001
21. JOINER TE, BROWN JS, WINGATE LR: The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol*, 56:287-314, 2005.
22. MANN JJ, BORTINGER J, OQUENDO MA, CURRIER D y cols.: family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *Am J psychiatry*, 162(9):1672-9. 2005

23. JOINER TE, BROWN JS, WINGATE LR: The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol*, 56:287-314, 2005.
24. DUMAN RS, HENINGER GR, NESTLER EJ: A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiat*, 54:597-6006, 1997.
25. . SKEGG K: Self-harm. *Lancet*, 366(9495): 1471-1483, 2005
26. BORGES G, SPIRITO A, DONALDSON D,: Reasons for adolescent suicide attempts: associations with Psychological functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37 (12):1287-1293,2000.
27. BECK AT, WEISSMAN A, LESTER D, TRECLER L: The measurement of pessimism: the hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*, 42:861-865,1974.
28. MELGES FT, BOWLBY J: Types of hopelessness in psychopathological process. *Arch Gen Psychiatry*, 20(6):690-699, 1969.
29. BECK AT: thinking and depression, I: idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*, 9:324-335,1963
30. CHIOQUETA AP, STILES TC,: suicide risk in outpatients whit specific mood and anxiety disorders. *Crisis*, 24(3):105-112, 2003.
31. POST RM: The impact of bipolar depresión. *J clin Psychiatry*, 66(Suppl.5): 5-10, 2005.
32. HARVAKY-FRIEDMAN JM, NELSON ES, VENAVERDE DF, MANN JJ: Suicidal behavior in schizophrenia an schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide Life Threat Behav*, 34 (1):66-76, 2004.

33. BARAK Y, MIRECKI I, KNOBLER HY, NATAN Z, ALZENBERG D: suicidality and second generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period. *psychopharmacology*, 175 (2):215-219,2004.
34. TEICHER MH, GLOD C, COLE JO: Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J psychiatry*, 147:207-210, 1990.
35. KHAN A, KHAN S, KOLTS R, BROWN WA: Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *Am psychiatry*, 160(4):790-792, 2003
36. JICK H, KAYE JA, JICK SS: Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA*. 292(3): 338-343, 2004.
37. HEALY D, WHITAKER C: Antidepressants and suicide: risk/benefit conundrums. *J Psychiatry Neurosci*, 28(5):331-337, 2003.
38. WORD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. "crear conciencia para reducir riesgos; enfermedad mental y suicidio: mensaje clave". En: día mundial de la salud 10 de octubre de 2006: concienciación- reducción de riesgos: enfermedad mental y suicidio. Baltimore (EEUU): the sheppard & enoch pratt hospital, 2008
39. DURKHEIM, emile . el suicidio. México: edicionescoyoacan. 5ta. Edición(durkheim 1897: 18).(1897)1999.
40. M. VEGA-PIÑERO*, H. BLASCO-FONTECILLA*, E. BACA-GARCÍA** Y C. DÍAZ-SASTRE***Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Universidad de Alcalá de Henares. **Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

41. GARCÍA-RESA E, BRAQUEHAIS D, BLASCO H, RAMÍREZ A, JIMÉNEZ L, DÍAZ-SASTRE C, BACA- GARCÍA E, SAIZ J. Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Esp Psiquiatr* (en prensa).
42. BASES BIOLÓGICAS DEL SUICIDIO, INTRODUCCIÓN: E. Baca-García y C. Díaz Sastre. *Monografías de Psiquiatría*. Año XII, 5 Oct-Dic 2000.
43. MANN JJ, WATERNAUX C, HAAS CL, MALONE KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 181-9.
44. OQUENDO MA, GALFALVY H, RUSSO S, ELLIS S, MANN JJ, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161: 1433-41.
45. GUZE SB, ROBINS E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970; 117: 437-8.
46. LEWINSOHN P, ROHDE P, SEELEY JR. Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32 (1): 60-8.
47. LITMAN RE. 500 Psychological autopsies. *J Forensic Sci* 1989; 34 (3): 638-46.
48. BECK AT, BROWN G, BERCHICK RJ, STEWART BL, STEER RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 190-5.
49. GÓMEZ C, RODRÍGUEZ N, BOHÓRQUEZ A, DIAZGRANADOS N, OSPINA MB, FERNÁNDEZ GÓMEZ C, et al. Factores asociados al intento

- de suicidio en la población colombiana. Rev Col Psiquiatr 2002; XXXI (4): 271-86.
50. FAWCETT J, SCHEFTNER WA, FOGG L, CLARK DC, YOUNG MA, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. Am J Psychiatry 1990; 147: 1189-94.
 51. CLAYTON PJ. Suicide. Psychiatry Clin North Am 1985; 8: 203-14.
 52. BOSTWICK JM, PANKRATZ VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry 2000; 157: 1925-32.
 53. MURPHY GE, WETZEL RD, ROBINS E, MCEVOY L. Multiple risks factors predict suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 459-63.
 54. MURPHY GE. The physician's responsibility for suicide II: errors of omission. Ann Intern Med 1975; 82: 305-9.
 55. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2001; 158 (suppl 10): 1-52.
 56. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 2002; 159 (suppl 4): 1-48.
 57. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA). Practice guideline for the treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry 2003;160 (suppl 11): 1-60.

58. BALDESARINI RJ, TONDO L, HENNEN J. Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and news findings. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 5): 44-52.
 59. GÓMEZ C, RODRÍGUEZ N, BOHÓRQUEZ A, DIAZGRANADOS N, OSPINA MB, FERNÁNDEZ GÓMEZ C, et al. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Col Psiquiatr* 2002; XXXI (4): 271-86.
 60. STEIN MB, FUETSH M, MULLER N. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 251-6.
 61. ROY A. Suicide in schizophrenics. In *Suicide*. Edited by Roy A. Baltimore, Williams and Wilkins, 1986; 97-112.
- EVANS JJ, CHUA SE, MCKENNA PJ, WILSON BA. Assessment of the dysexecutive syndrome in schizophrenia. *Psychol Med*. 1997; 27 (3): 635-46.

ANEXOS

Anexo A. INSTRUMENTO

UNIDAD DE SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

INVESTIGACION SOBRE EL PORCENTAJE DE PACIENTES CON INTENTO DE
SUICIDIO QUE TIENEN ALTERACIONES MENTALES

Este estudio tiene como objetivo describir que porcentaje de pacientes con intento de suicidio tienen alteraciones mentales y que patología son las más frecuentes en el servicio de urgencias del HUN. Ya que hay una gran relación entre pacientes con enfermedades mentales y el intento de suicidio. Por tal motivo creemos que esta investigación es muy importante para nuestra comunidad.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

HISTORIA CLÍNICA No: _____

Edad: _____

Género: M___ F ___

Estado civil: _____

Escolaridad: Primaria ___ Secundaria___ Normal___ Técnicos___ Universidad___
ninguna ___

Ocupación: _____

Lugar de residencia: Departamento _____ Municipio_____

Dirección actual: _____

Número de Teléfono _____

Cuál de estas enfermedades psiquiátricas presenta:

1. ¿Sufre usted de alguna enfermedad mental? SI__ NO__ Cual?
 Trastorno Depresivo Mayor__ TAB__ Trastorno de Ansiedad__
 Esquizofrenia__ T. Comportamiento alimentario__ Abuso de alcohol__
 Personalidad borderline__ Trastornos alimenticios __ ninguno __

2. ¿Se ha intentado suicidar? SI__ NO__ porque_____
 CUANTAS VECES?

3. ¿Qué situaciones lo llevan a tratar de suicidarse:

Depresión SI__ NO__

Problemas económicos SI__ NO__

Problemas familiares SI__ NO__

Problemas de pareja SI__ NO__

Problemas mentales SI__ NO__

Problemas laborales SI__ NO__

Problemas de personalidad SI__ NO__

4. ¿Cree usted que tiene una enfermedad mental SI__ NO__

5. ¿Consuma algunas de las siguientes sustancias?

Sustancias psicoactivas SI __ NO__ CUAL? _____

Alcohol SI ___ NO___

Ninguna _____

Otra _____.

¿Cuál?_____.

6. ¿Considera usted que el suicidio es la salida a sus problemas? SI___ NO___

7. ¿Cree usted que el intento de suicidio va ligado con enfermedades mentales?

Si___ NO___

8. ¿Toma medicamentos para alguna enfermedad mental? Si___ NO___

9. ¿Tiene idea de que complicaciones trae un intento de suicidio para la familia?

Si___ No___

10. Cree recomendable tratamiento farmacológico y psicológico Si___ NO___

porque?_____

11. Tiene dificultades en relacionarse socialmente SI___ NO___

12. Vive aislado por conflictos SI___ NO___

Los conflictos de su entorno lo aíslan de los demás? Si. No.

13. Cuenta usted con un apoyo familiar y/o social

SI___ NO

14. Se siente usted deprimido o triste?

Si___ NO___

Asistió a la consulta: Si ___ NO___ Llamada telefónica: Si ___ NO___

Anexo B. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Gestión administrativa	X					
Revisión teórica	X	X				
Recolección de datos		x	X	X		
Análisis de datos					X	
Presentación del informe final.						x

LUGAR	PERSONAL ENTREVISTADO		INFORMACIÓN VERBAL	INFORMACIÓN ESCRITA	TIEMPO EN MESES
	NOMBRE	CARGO			
UNIDAD DE SALUD MENTAL HOSPITAL	Lina Piedrahita	Psiquiatra, docente de Unidad de Salud Mental	X	Base de datos de pacientes que tuvieron interconsulta por psiquiatría.	MENSUAL MENTE DE FEBRERO A MAYO

UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO	Felipe	Psicólogo Unidad de Salud Mental	X	Colaboración para la tabulación de la información	MENSUAL MENTE DE FEBRERO A MAYO
	Camilo	archivador	X	Solicitud de H.C.	MENSUAL MENTE DE FEBRERO A MAYO

ANEXOS

Anexo A INSTRUMENTO

UNIDAD DE SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

INVESTIGACION SOBRE EL PORCENTAJE DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO QUE TIENEN ALTERACIONES MENTALES

Este estudio tiene como objetivo describir que porcentaje de pacientes con intento de suicidio tienen alteraciones mentales y que patología son las más frecuentes en el servicio de urgencias del HUN. Ya que hay una gran relación entre pacientes con enfermedades mentales y el intento de suicidio. Por tal motivo creemos que esta investigación es muy importante para nuestra comunidad.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

HISTORIA CLÍNICA No: _____

Edad: _____

Género: M___ F___

Estado civil: _____

Escolaridad: Primaria ___ Secundaria___ Normal___ Técnicos___ Universidad___ ninguna

Ocupación: _____

Lugar de residencia: Departamento _____ Municipio_____

Dirección actual: _____

Número de Teléfono _____

Cuál de estas enfermedades psiquiátricas presenta:

1. ¿Sufre usted de alguna enfermedad mental? SI___ NO___ Cual?
Trastorno Depresivo Mayor___ TAB___ Trastorno de Ansiedad___
Esquizofrenia___ T. Comportamiento alimentario___ Abuso de alcohol___
Personalidad borderline___ Trastornos alimenticios ___ ninguno ___

2. ¿Se ha intentado suicidar? SI___ NO___ porque_____
CUANTAS VECES?

3. ¿Qué situaciones lo llevan a tratar de suicidarse:
 - a. Depresión SI___ NO___
 - b. Problemas económicos SI___ NO___
 - c. Problemas familiares SI___ NO___
 - d. Problemas de pareja SI___ NO___
 - e. Problemas mentales SI___ NO___
 - f. Problemas laborales SI___ NO___
 - g. Problemas de personalidad SI___ NO___

4. ¿cree usted que tiene una enfermedad mental SI___ NO___

5. ¿Consume algunas de las siguientes sustancias?
 - a. Sustancias psicoactivas SI ___ NO___ CUAL?_____
 - b. Alcohol: SI ___ NO___
 - c. Ninguna: _____
 - d. Otra:___.
 - e. ¿Cuál?_____.

6. ¿Considera usted que el suicidio es la salida a sus problemas? SI___
NO___

7. ¿cree usted que el intento de suicidio va ligado con enfermedades mentales? Si___ NO___
8. ¿Toma medicamentos para alguna enfermedad mental? Si___ NO___
9. ¿Tiene idea de que complicaciones trae un intento de suicidio para la familia?
Si___ No ___
10. Cree recomendable tratamiento farmacológico y psicológico SI___ NO___
porque?_____
11. Tiene dificultades en relacionarse socialmente SI___ NO___
12. Vive aislado por conflictos SI___ NO___
Los conflictos de su entorno lo aíslan de los demás? Si. No.
13. Cuenta usted con un apoyo familiar y/o social
SI___ NO
14. Se siente usted deprimido o triste?
Si___ NO___
15. Asistió a la consulta: Si ___ NO___ Llamada telefónica: Si ___ NO___

Anexo B CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Gestión administrativa	X					
Revisión teórica	X	X				
Recolección de datos		x	X	X		
Análisis de datos					X	
Presentación del informe final.						x

LUGAR	PERSONAL ENTREVISTADO		INFORMACIÓN VERBAL	INFORMACIÓN ESCRITA	TIEMPO EN MESES
	NOMBRE	CARGO			

UNIDAD DE SALUD MENTAL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO	Lina Piedrahita	Psiquiatra, docente de Unidad de Salud Mental	X	Base de datos de pacientes que tuvieron interconsulta por psiquiatría.	MENSUAL MENTE DE FEBRERO A MAYO
	Felipe	Psicólogo Unidad de Salud Mental	X	Colaboración para la tabulación de la información	MENSUAL MENTE DE FEBRERO A MAYO
	Camilo	archivador	X	Solicitud de H.C.	MENSUAL MENTE DE FEBRERO A MAYO

Anexo D PRESUPUESTO

Tabla 1. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$)

RUBROS	TOTAL
PERSONAL	
EQUIPOS	3.000.000