

**“PERFIL PSICOLOGICO DE LAS PERSONAS QUE HAN REALIZADO  
INTENTO DE SUICIDIO EN TRECE MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL  
HUILA, DURANTE LOS AÑOS 2003 Y 2004”**

**LORENA ALEXANDRA BOTERO SALAZAR**

**NATALY TOVAR CHALA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA  
NEIVA  
2007**

**“PERFIL PSICOLOGICO DE LAS PERSONAS QUE HAN REALIZADO  
INTENTO DE SUICIDIO EN TRECE MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL  
HUILA, DURANTE LOS AÑOS 2003 Y 2004”**

**LORENA ALEXANDRA BOTERO SALAZAR**

**NATALY TOVAR CHALA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
Psicólogo**

**Asesor  
NICOLAS ARTURO NUÑEZ GOMEZ, Ph. D  
Ciencias de la Salud**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA  
NEIVA  
2007**

Nota de aceptación

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Neiva, 30 de enero de 2007.

*A mis padres, por haberme dado la vida; con su amor me permitieron conocer cada una de las maravillas que tiene el mundo. A mi familia, por cuidar de mi pasado, confiar en mi presente y creer en mi futuro. A mis amigos, por ser siempre más de lo que he esperado.*

*A ese Ángel que ilumina cada día de mi vida y lo llena de ilusión...*

LORENA.

*A mi madre, mi amiga y mi confidente, aquella mujer que con entrega, dulzura y amor ha dedicado su vida a mi cuidado, a mi formación como hija, como mujer, como estudiante y como profesional. A mi padre, por su apoyo, por recalcar en mí la responsabilidad de mi vida. A mis abuelitos por verme crecer, por darme amor y ternura cuando la necesite. A toda mi familia, por brindarme lo mejor de su ser.*

NATALY.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por permitirnos vivir, realizar nuestros propósitos y alcanzar nuestras metas, por brindarnos todas aquellas experiencias, buenas y malas, que han enriquecido nuestras vidas y han creado en cada una de nosotras aquellos valores éticos y morales que nos dignifican.

Agradecemos de manera muy especial al Dr. Nicolás Arturo Núñez, quien mucho más que un profesor, ha sido un amigo. Gracias por haber sido una pieza fundamental en el desarrollo de esta investigación, pues su carisma, entusiasmo, motivación y su valiosa colaboración fueron nuestro mayor apoyo.

A los Psicólogos Diego Fernando Rivera y Diego Fernando Villalba, quienes de la manera más cordial y desinteresada nos oriento hacia la formación, ejecución y presentación de la presente investigación.

Al semillero de investigación "*Carlos Finlay*", por abrirnos las puertas hacia la investigación y el trabajo en equipo.

## RESUMEN

El trabajo de investigación *“Perfil psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio en trece municipios del departamento del Huila, durante los años 2003 y 2004”*, es una investigación de enfoque cuantitativo, realizada mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada a 116 personas con intento de suicidio en trece municipios del departamento del Huila. Como objetivo general se plantea describir el perfil psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio en esta población del Huila, durante los años 2003 Y 2004.

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten observar que las personas que intentaron suicidarse, en su gran mayoría son estudiantes y tienen un nivel académico secundario, pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, viven con su familia de origen y practican la religión católica. Se observó que la depresión es uno de los factores de riesgo más influyentes en los intentos de suicidio, además se presentan problemas relativos al grupo primario de apoyo, sin embargo no se presentan carencias afectivas, ni casos de maltrato relevantes. En los intentos de suicidio no existen antecedentes de enfermedad biológica, de enfermedad mental o de trastorno de personalidad y retraso mental. Las personas que realizan intento de suicidio manifiestan no tener problemas relacionados con el consumo de alcohol.

**Palabras claves:** Perfil Psicológico, Intento de Suicidio, Ideación Suicida, Intencionalidad Suicida, tamizaje, Consentimiento informado, Entrevista Semiestructurada, Depresión, Problemas Psicosociales, Carencias Afectivas, Alcoholismo.

## ABSTRACT

The work of investigation "Psychological profile of the people who have made attempt of suicide in thirteen municipalities of the department of the Huila, during years 2003 and 2004" is an investigation of quantitative approach, made by means of the application of a semistructured interview to 116 people with attempt of suicide in thirteen municipalities of the department of the Huila. As general mission considers describing the psychological profile of the people who have made attempt of suicide in this population from Huila, during years 2003 and 2004.

The results obtained in this investigation allow observing that the people, in its great majority, who tried to commit suicide, are students and having a secondary academic level, belonging to low socioeconomic layers, they live with their family of origin and practice the catholic religion. We are observed depression is one of the influential factors of risk but in the attempts of suicide, in addition appear problems relative to the primary support group, nevertheless do not appear affective deficiencies, nor cases of mistreat excellent. In the attempts of suicide they do not present antecedent of biological disease, of mental disease or upheaval of personality and mental delay, the people who make attempt of suicide declare not to have problems related to the alcohol consumption.

**KEY WORDS:** Psychological rofile, Suicide Porpose, Suicide Intention, Affective deficiencien, Semiestructured Interview, Pshycho-social Problem, Depression, Informed Consent, Alcoholism.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>13</b>
<b>1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
2.1 GENERAL.....	18
2.2 ESPECIFICOS.....	18
<b>3 ANTECEDENTES</b> .....	<b>19</b>
<b>4 JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>22</b>
<b>5 MARCO TEORICO</b> .....	<b>24</b>
5.1 INTENTO DE SUICIDIO .....	24
5.2 PERFIL.....	29
5.3 CONTEXTO SOCIODEMOGRAFICO DEL HUILA.....	30
5.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	35
<b>6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b> .....	<b>37</b>
<b>7 DISEÑO METODOLOGICO</b> .....	<b>47</b>
7.1 POBLACIÓN.....	47
7.2 MUESTRA.....	48
<b>7.3 RECOLECCION DE DATOS</b> .....	<b>48</b>
7.3.1 Instrumentos y pruebas.....	48
7.3.1.1 Antecedentes médico-quirúrgicos y mentales personales.....	49
7.3.1.1.1 Clasificación de enfermedades CIE-9 M.C.....	50
7.3.1.1.2 Clasificación enfermedades mentales CIE-10.....	51
7.3.1.1.2.1 Antecedentes de enfermedad mental (Eje I).....	52
7.3.1.2 Trastornos de la personalidad y retraso mental (Lista de chequeo) .....	53
7.3.1.3 Inventario de depresión de Beck.....	53
7.3.1.3.1 Descripción .....	53
7.3.1.3.2 Interpretación.....	54
7.3.1.3.3 Propiedades psicométricas .....	55
7.3.1.3.3.1 Fiabilidad .....	55
7.3.1.3.3.2 Validez .....	55
7.3.1.4 Cuestionario CAGE (Detección de Alcoholismo) .....	55
7.3.1.4.1 Descripción .....	55
7.3.1.4.2 Interpretación.....	56
7.3.1.4.3 Propiedades psicométricas .....	56
7.3.1.4.3.1 Validez .....	57
7.3.1.5 Problemas psicosociales y ambientales (Lista de chequeo) .....	57
7.3.1.6 Evaluación de la actividad global (EEAG) .....	57
7.3.1.6.1 Descripción .....	57

	Pàg.
7.3.1.6.2	Interpretación ..... 58
7.3.1.6.3	Propiedades psicométricas ..... 58
7.3.1.6.3.1	Fiabilidad ..... 58
7.3.1.6.3.2	Validez ..... 58
7.3.1.7	Escala para la valoración de intentos de suicidio (RRS)..... 59
7.3.1.8	Escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS) ..... 59
7.3.1.8.1	Descripción ..... 59
7.3.1.8.2	Interpretación ..... 60
7.3.1.8.3	Propiedades psicométricas ..... 60
7.3.1.8.3.1	Fiabilidad ..... 60
7.3.1.8.3.2	Validez ..... 60
7.3.1.9	Escala de ideación suicida (SSI)..... 61
7.3.1.9.1	Descripción ..... 61
7.3.1.9.2	Interpretación ..... 61
7.3.1.9.3	Propiedades psicométricas ..... 62
<b>7.4</b>	<b>TECNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS ..... 63</b>
<b>8</b>	<b>RESULTADOS..... 64</b>
<b>9</b>	<b>DISCUSION DE RESULTADOS..... 90</b>
<b>10</b>	<b>CONCLUSIONES ..... 95</b>
<b>11</b>	<b>RECOMENDACIONES..... 97</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>99</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>104</b>

## LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO 1.	REGISTRO ANUAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. HUILA 2005.	105
ANEXO 2.	PROYECCIÓN DE POBLACIÓN POR CABECERA Y ZONA RURAL DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA.	107
ANEXO 3.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.	108
ANEXO 4.	TAMIZAJE. EVALUACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO.	109
ANEXO 5.	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE INTENTO DE SUICIDIO.	110
ANEXO 6.	ANTECEDENTES MÉDICO- QUIRÚRGICO Y MENTALES: PERSONALES. CIE 9.	111
ANEXO 7.	ANTECEDENTES MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y MENTALES: PERSONALES. CIE 10.	112
ANEXO 8.	ANTECEDENTES MÉDICO- QUIRÚRGICOS Y MENTALES: PERSONALES. EJE I.	113
ANEXO 9.	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RETRASO MENTAL. EJE II: DSM IV.	114
ANEXO 10.	INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.	115
ANEXO 11.	CUESTIONARIO CAGE.	118
ANEXO 12.	PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES.	119
ANEXO 13.	ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG).	120
ANEXO 14.	ESCALA VALORACIÓN DE INTENTO DE SUICIDIO (RRS).	121
ANEXO 15.	ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SIS).	122
ANEXO 16.	ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI).	125

## LISTADO DE GRAFICOS

	<b>PÁG.</b>
GRAFICO 1. FUENTES DE INFORMACIÓN DE CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO.	64
GRAFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN EL ESTADO CIVIL Y EL GÉNERO.	67
GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN LA PROCEDENCIA.	68
GRAFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD.	69
GRAFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN LA CREENCIA RELIGIOSA.	70
GRAFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN LA OCUPACIÓN.	71
GRAFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO.	72
GRAFICO 8. DISTRIBUCIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN LA CONVIVENCIA.	73
GRAFICO 9. RELACIÓN DE INTENTO DE SUICIDIO Y DEPRESIÓN.	78
GRAFICO 10. CONSUMO DE ALCOHOL EN SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO.	79
GRAFICO 11. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS, ORGANIZACIÓN Y CLIMA EMOCIONAL.	84
GRAFICO 12. VALORACIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO (FACTORES DE RIESGO).	85
GRAFICO 13. VALORACIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO –RRS- (FACTORES DE RESCATE).	86
GRAFICO 14. VALORACIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO –RRS- (RAZÓN RIESGO/RESCATE).	87
GRAFICO 15. INTENCIONALIDAD SUICIDA –SIS-.	88
GRAFICO 16. IDEACIÓN SUICIDA –SSI-.	89.

## LISTADO DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1.	DISTRIBUCIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO POR MUNICIPIOS Y TASA DE INCIDENCIA.	65
TABLA 2.	DISTRIBUCIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN LA EDAD Y EL GÉNERO.	66
TABLA 3.	CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES CLÍNICAS (CIE 9) EN EL INTENTO DE SUICIDIO.	74
TABLA 4.	CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES (CIE-10) EN EL INTENTO DE SUICIDIO. DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES MENTALES PASADAS.	75
TABLA 5.	CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES (CIE-10) EN EL INTENTO DE SUICIDIO. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL, EJE I.	76
TABLA 6.	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RETRASO MENTAL EN EL INTENTO DE SUICIDIO.	77
TABLA 7.	CLASIFICACIÓN DSM IV PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN EL INTENTO DE SUICIDIO.	80
TABLA 8.	CARENCIAS AFECTIVAS EN EL INTENTO DE SUICIDIO.	81
TABLA 9.	MALTRATO EN LA INFANCIA Y EL INTENTO DE SUICIDIO.	82
TABLA 10.	MALTRATO EN LA ADULTEZ Y EL INTENTO DE SUICIDIO.	83

## INTRODUCCION

El intento de suicidio, según Miguel Clemente y Andrés Gonzáles, se define como el acto no fatal de autoperjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo, no obstante ser vago y antiguo<sup>1</sup>.

Heliane Bastos, en su artículo "Tratamiento en la emergencia del paciente suicida" concluye que existe una proporción de 8:1 entre intentos de suicidio y muertes por suicidio<sup>2</sup>. De acuerdo con el informe de la Organización Mundial de la Salud, "La salud en las Américas", ocho de cada diez personas que se suicidan, antes de consumar el suicidio lo han intentado sin éxito y no han recibido ayuda oportuna por los servicios de salud.

En el departamento del Huila el intento de suicidio es un problema de salud pública, en la medida en que los informes estadísticos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses<sup>3</sup>, señalan una tasa de incidencia de suicidio, en el departamento del Huila, de 8,6 por cien mil habitantes en el año 2003, 6,9 por cien mil habitantes en el año 2004 y 6,2 por cien mil habitantes en el año 2005. Ante esta situación surge la necesidad de desarrollar un proyecto de investigación que permita detectar, registrar, caracterizar, vigilar y controlar los factores de riesgo inherentes a la problemática del intento de suicidio y que conlleven a la disminución de su incidencia.

La problemática del intento de suicidio en el departamento del Huila es evidente, y por lo tanto amerita ser abordada desde una perspectiva holística e integral, que permita conocer cual es el perfil psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio en el departamento del Huila, durante los años 2003 y 2004.

La presente investigación está dirigida a la población residente en 13 municipios del departamento del Huila (Neiva, Pitalito, La Plata, Garzón, Algeciras, Campoalegre, Gigante, San Agustín, Tarqui, Palermo, Rivera, Guadalupe y Timaná, los cuales registraron eventos de intento de suicidio en los años 2003 y 2004, según los informes dados por la Secretaria de Salud Departamental del Huila), conformada, según el registro de proyección de población<sup>4</sup>, del año 2005, por 755.655 habitantes, de los cuales 543.965 se ubican en la zona urbana y 211.690 en la zona rural. La población en la cual se realiza una generalización de resultados corresponde a dos fuentes de datos: los jóvenes encontrados en una

---

<sup>1</sup> **CLEMENTE**, Miguel, **GONZÁLES**, Andrés. Suicidio, una alternativa social. Editorial biblioteca nueva. S.L Madrid 1996. Pág. 27.

<sup>2</sup> **BASTOS**, Heliane. Tratamiento en la emergencia del paciente suicida.

<sup>3</sup> **IMLCF**. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses. Forensis 2003,2004.

<sup>4</sup> **DANE**. Departamento administrativo Nacional de Estadísticas. Proyecciones de Población. Estudios Censales. Huila, Colombia. 2005.

prueba de tamizaje, realizada en el marco del Macro Proyecto “Suicidio en el Huila: Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio. Fase II: análisis y recolección de la información” y las personas que fueron atendidas en los hospitales regionales y las unidades de salud de los municipios estudiados, que presentan uno o más intentos de suicidio.

El desarrollo de esta investigación tiene como objetivo describir el perfil psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio en esta población, durante los años 2003 Y 2004.

Los resultados de la presente investigación permitirán conocer lineamientos para definir estrategias de prevención para el intento de suicidio, que mejoren la calidad de vida de los pobladores de los trece (13) municipios seleccionados del departamento del Huila. Además, este estudio pretende aportar bases científicas a la política pública de salud en el departamento del Huila, mediante el diseño de estrategias de promoción y prevención, encaminadas al desarrollo de escenarios educativos que posibiliten la construcción de nuevas y mejores alternativas de afrontamiento ante una situación adversa.

El desarrollo de este estudio en trece municipios del departamento del Huila<sup>5</sup>, trae consigo la posibilidad de que éste sea tomado en cuenta, dentro de las políticas de salud departamental y municipal, como un punto de apoyo para la detección, prevención e intervención del suicidio e intento de suicidio.

---

<sup>5</sup> Neiva, Pitalito, La Plata, Garzón, Algeciras, Campoalegre, Gigante, San Agustín, Tarqui, Palermo, Rivera, Guadalupe y Timaná.

## 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud el intento de suicidio o parasuicidio se define como:

*“Un acto con una consecuencia no fatal en el cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará autodaño, o ingiere una sustancia superior a las dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte”<sup>6</sup>.*

En Cuba el suicidio se ubica en la sexta causa de muerte, con una tasa de 18,3x 100.000 habitantes en el año 1999, afecta principalmente a la población comprendida entre 15 y 44 años, y se reportan 6 intentos por cada fallecido por suicidio, cifra inferior a la esperada por los especialistas en suicidio y en epidemiología<sup>7</sup>.

De acuerdo al estudio del Epidemiologic Catchment Area (ECA), realizado por el National Institute of Mental Health (NIMH), basado en un seguimiento de más de 18.000 adultos de cinco estados de los Estados Unidos, se reporta que el 2,9% de esta población ha intentado suicidarse en algún momento de su vida, todos ellos presentaban alguna forma de patología psiquiátrica. Se estima que existe una proporción de 8:1 entre intentos de suicidio y muertes por suicidio<sup>8</sup>.

Actualmente el suicidio ocupa un lugar cada vez más importante entre las primeras causas de muerte en el ámbito mundial y americano<sup>9 10</sup>.

Es importante mencionar que los registros de casos de intento de suicidio en Colombia, no son de fácil acceso para la comunidad en general. Sin embargo, la información sobre casos de intento de suicidio en el país existe, y se encuentra organizada en cada una de las secretarías de salud, de cada departamento afectado por la problemática del intento de suicidio.

---

<sup>6</sup> **RODRÍGUEZ F, GONZÁLEZ F, MARRERO C, DARIAS C.D.** Las personas con autolesiones. En: Rodríguez F, Vázquez JL, Desviat M, eds. Psiquiatría social y comunitaria I. Madrid: ICEPSS, 1997:719-40.

<sup>7</sup> **CUBA. MINSAP.** Temas de estadísticas de salud: mortalidad por suicidio y el intento suicida en Cuba. Situación actual. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas, mayo 2000.

<sup>8</sup> **BASTOS H.** Tratamiento en la emergencia del paciente suicida.

<sup>9</sup> **MURRAY L, CHRISTOPHER J, LÓPEZ AD.** Mortality by cause for eight regions of the world global burden of disease study. Lancet 1997; 349:1025-37.

<sup>10</sup> **OPS.** La salud en las Américas. Washington DC.: OPS, 1998, vol 1: 80-195.

Teniendo en cuenta el informe suministrado por el Observatorio del Delito<sup>11</sup> de la Policía del departamento del Huila, podemos apreciar que durante el año 2004, solo se presentaron 5 intentos de suicidio, tres casos en mujeres y dos casos en hombres. En este informe se precisa que durante el mes de Octubre se registraron un mayor número de casos de intento de suicidio. Los municipios más afectados por la problemática del intento de suicidio durante este año fueron Neiva, Palermo y La Plata.

La misma fuente, señala que para el año 2005<sup>12</sup> se tiene registro de 77 casos de intento de suicidio, 49 casos en la población femenina y 28 casos en la población masculina. Los meses en los que más casos de intento de suicidio se registraron, durante este año, son Agosto y Septiembre. Los municipios con mayor registro de intentos de suicidio fueron Neiva, Pitalito, Garzón, Tello, Palermo y Campoalegre.

No obstante, de acuerdo al registro anual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Huila 2005<sup>13</sup>, se reporta un total de 53 casos de intento de suicidio por medicamentos, 349 casos por plaguicidas y 33 casos por otras sustancias químicas, siendo el total de intentos de suicidio en el departamento del Huila 435 casos. (Ver Anexo 1). Aún faltan los datos de intentos de suicidio por otros métodos, lo cual aumentaría considerablemente la cifra.

Como se observa en lo anteriormente expuesto, existe incongruencia entre las cifras de casos de intento de suicidio, esto debido a que cada uno de los sistemas de registro del departamento recepciona datos pertinentes a sus diferentes protocolos. Es de anotar que la información existente en el departamento del Huila sobre intento de suicidio presenta sub-registro, debido a que solo se reportan los casos más graves y a los cuales se les dió atención médica; algunos de los casos de intento de suicidio son reportados como accidentes y es sabido que muchos otros son tratados al interior de las familias con métodos caseros, por el componente emocional que esto implica.

Algunas situaciones de la vida diaria como: “termine con mi novio (a)”, “voy perdiendo el año”, “perdí mi cosecha”, “tengo problemas en mi casa”, “debo mucha plata”, y expresiones como: “nadie me quiere”, “no me siento satisfecho con lo tengo”, “mi vida no tiene sentido”, hacen que las personas asuman o creen patrones de comportamiento encaminados al consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas, o a reaccionar de forma agresiva con sus familias, sus amigos, e incluso consigo mismo.

---

<sup>11</sup> **POLICÍA NACIONAL, HUILA.** Observatorio del Delito. Informe actualizado. Neiva 2004.

<sup>12</sup> Ibid. Neiva 2005.

<sup>13</sup> **GOBERNACIÓN DEL HUILA.** Secretaria de salud departamental, Huila. Registro Anual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA). Huila 2005.

La psicología como ciencia aplicada, puede coayudar a prevenir el suicidio e intento de suicidio, haciendo uso de técnicas de intervención clínica, encaminadas a la promoción de la vida y a la prevención de los suicidios e intentos de suicidio. De la misma manera, la psicología posee herramientas apropiadas para establecer el perfil psicológico de las personas que tuvieron intento de suicidio.

Los resultados de la presente investigación pueden dar a conocer lineamientos para definir estrategias de prevención para el intento de suicidio que mejoren la calidad de vida de los pobladores de los trece (13) municipios seleccionados del departamento del Huila: Neiva, Pitalito, La Plata, Garzón, Algeciras, Campoalegre, Gigante, San Agustín, Tarqui, Palermo, Rivera, Guadalupe y Timaná.

De acuerdo a lo anterior se hace necesario conocer un perfil psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio, lo que conlleva a la formulación de la siguiente pregunta de investigación,

- ¿Cuál es el perfil psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio en el departamento del Huila, durante los años 2003 y 2004?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GENERAL**

Describir el perfil psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio en el departamento del Huila durante los años 2003 Y 2004.

### **2.2 ESPECIFICOS**

- Establecer condiciones asociadas a la conformación de una tipología sociodemográfica en las personas con intento de suicidio.
- Mencionar las características psicológicas que se presentan con mayor frecuencia en las personas que han realizado intento de suicidio.
- Elaborar un mapa que grafique la prevalencia de los intentos de suicidio en el departamento del Huila.

### 3 ANTECEDENTES

Las investigaciones que a continuación se presentan sobre intento de suicidio, revelan que este hecho se ha convertido en una de las formas que puede conducir a una muerte violenta, afectando considerablemente la integridad de la persona y de su entorno familiar y social.

Para la presente investigación se toma como antecedente, el estudio realizado por Wilfredo Guibert Reyes y Niurka Torres Miranda, llevado a cabo en la Habana-Cuba, durante el año 2000, titulado "Intento suicida y funcionamiento familiar".

Esta es una investigación analítico-retrospectiva, de corte transversal, tipo caso control. Su objetivo fue caracterizar el funcionamiento familiar diferencial de los individuos que realizaron intento suicida, en un área de salud de la Habana, durante los meses de enero a mayo del año 2000.

Los resultados de este estudio, revelan que el funcionamiento familiar en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional; las características diferenciales del funcionamiento familiar en los suicidas fueron: la poca adaptabilidad, la baja cohesión y la desarmonía. El principal aporte que deja este estudio permite entender que el funcionamiento familiar se convierte en un factor a tener en cuenta en la conducta suicida, el intento de suicidio y el suicidio.

A nivel nacional se toma como antecedente el estudio realizado por Rafael Tuesca y Edgar Navarro, llevado a cabo en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) durante los años 1999-2000, titulado "Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio".

El objetivo de esta investigación fue la identificación de los factores de riesgo de la población de suicidas (Consumados y no consumados).

La metodología de esta investigación consistía en aplicar una encuesta estructurada de administración directa, para identificar características sociodemográficas, trastornos del comportamiento y patologías psiquiátricas. A fin de establecer la veracidad de la información de los familiares de los suicidas, se aplicó otro instrumento denominado Autopsia Psicológica, que permitió determinar y confirmar trastornos de la conducta y patologías psiquiátricas. Los resultados de esta investigación determinan que la depresión afectó de manera importante los casos de suicidio, siendo este un factor de riesgo significativo. El evento de haber estado hospitalizado y padecer una enfermedad crónica se encuentra relacionado con la conducta suicida. Al final de este estudio, se concluyó que la ansiedad, la depresión, la presencia de enfermedades crónicas y la hospitalización, son factores de riesgo de suicidio en Barranquilla. Los aportes que esta investigación

ofrece al presente estudio, están encaminados hacia la identificación de posibles factores predisponentes que desencadenan un intento de suicidio.

Carlos Gómez-Restrepo, en la ciudad de Santa fe de Bogota, D.C, en el año 2002, realiza la investigación conocida como "Perfil epidemiológico y factores asociados al intento de suicidio en la población Colombiana".

El objetivo de esta investigación consistió en describir y analizar el perfil epidemiológico y los factores asociados al intento de suicidio en una muestra de la población Colombiana.

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten observar que el nivel de prevalencia del intento de suicidio en Colombia, durante el año 2002 fue de 1.2%. Este estudio también señala que la población con mayor riesgo de intento de suicidio tiene una edad entre 16 y 21 años, presenta depresión o ansiedad, consulta al médico por 'nervios' y es objeto de abuso verbal o tiene diferentes valores morales a los de su familia. Con esta investigación se pueden obtener conocimientos acerca de la influencia de factores sociodemográficos y anímicos que intervienen en los intentos de suicidio.

Como otro antecedente, se toma el trabajo realizado por Gerardo Campo en la ciudad de Santiago de Cali, en el año 2003 titulado "Características biopsicosociales de los menores de 14 años con intento de suicidio atendidos en el Hospital Universitario del Valle". Tras esta investigación se encontró que algunas de las características biopsicosociales que intervienen en el intento de suicidio son: enfermedad mental, comportamientos violentos, disóciales, delictivos, aislamiento, perturbación sexual, represión emocional, negación, agresividad, y disfunción familiar severa. El aporte que esta investigación ofrece es el conocimiento de algunas de las características biopsicosociales que pueden influir en los intentos de suicidio.

Por otra parte Isabel Regina Pérez Olmos realizó en la ciudad de Santa Fe de Bogotá D.C, en el año 2004 una investigación titulada "Características del intento de suicidio en niños y adolescentes en la clínica infantil colsubsidio, de 2003 a 2004", en la cual se encontró que la familia, la escuela y el entorno socio-económico de los niños y jóvenes que intentaron suicidarse parecen generar conflictos y problemas vitales. Esta investigación toma el intento de suicidio, como un posible factor de riesgo para nuevos intentos. El principal aporte que esta investigación ofrece, es la identificación de entornos que pueden influir en la ideación suicida.

A nivel regional se toma como antecedente el estudio elaborado por Yaneth Sofía Garzón, llevado a cabo en la ciudad de Neiva (Huila), durante el año 2000 titulado "Investigación en psicología criminal y forense". Este estudio se acerca a los indicadores de riesgo en la conducta suicida como: los cambios en los hábitos de

dormir, aislamiento de los amigos, actuaciones violentas, uso de drogas o alcohol, abandono de la apariencia personal, aburrimiento, preocupación o desinterés en el sexo opuesto, dormir más de lo normal, quejarse de ser malo, poner en orden sus asuntos, ponerse muy contento después de un periodo de depresión.

La conclusión final de este trabajo muestra que uno de los indicadores de riesgo más importante, es la manifestación del deseo de suicidarse. El aporte que ofrece esta investigación se basa en una serie de herramientas, que permitirán elaborar un listado de conductas comunes entre las personas que tienden a cometer un intento de suicidio.

Margarita Rivera realizó en la ciudad de Neiva (Huila), durante el año 2001, el trabajo de grado titulado "Características de la estructura familiar de las y los adolescentes que presentaron intentos de suicidio en la ciudad de Neiva y que fueron atendidos en la unidad de urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2000", este trabajo buscaba describir y establecer características y prioridades de interés directamente relacionadas con la estructura familiar del grupo de adolescentes que intentaron suicidarse.

Al final de esta investigación se observó que la organización, o estructura familiar, aparece en desequilibrio. Existe disfunción en el sistema familiar de los adolescentes que intentaron suicidarse, siendo este un factor perturbador importante a tener en cuenta, cuando de prevención o tratamiento de individuos con ideas o conductas suicidas se trata. Gracias al desarrollo de este estudio se tendrá en cuenta que los problemas en la estructura familiar de los y las adolescentes, se convierten en uno de los factores precipitantes del intento de suicidio.

Las investigaciones anteriormente tomadas como antecedentes, tienen como objeto, la posterior comparación durante la discusión de los resultados. Por otra parte, estos estudios se toman como referentes, no solo teóricos, sino también, como referentes en el diseño metodológico de la presente investigación.

Además, la toma de estos antecedentes determina la importancia y el posterior reconocimiento a los resultados de esta investigación, que tiene una relación directa con las investigaciones propuestas como antecedentes.

Estas investigaciones permiten conocer, comprender y ahondar en la dinámica del intento de suicidio, y a su vez brindan aportes que permiten tener un soporte teórico sobre aspectos que pueden influir en las posibles causas del intento de suicidio como: los factores sociodemográficos, los factores anímicos, las características biopsicosociales, los problemas en la estructura familiar, el maltrato infantil, los trastornos psiquiátricos, entre otros.

## 4 JUSTIFICACIÓN

El intento de suicidio es un suceso evitable. La investigación de los diferentes factores involucrados en la génesis del suicidio aporta elementos de reflexión y comprensión, para ser abordado desde una perspectiva amplia de causas suficientes y necesarias, que expliquen los hechos y permiten entrar a vigilar, prevenir, modificar y controlar los factores de riesgo del intento de suicidio; ésta conducta autodestructiva es a menudo revestida de diferentes significados que tienen que ver con los valores, creencias y normas de los grupos humanos.

Para prevenir el intento de suicidio es necesario comprender las manifestaciones autodestructivas individuales en el contexto social, ante el hecho de nacer, vivir y morir, situación que permite entender el sentido de la existencia, como condición necesaria para contextualizar con claridad el intento de suicidio.

De acuerdo a lo anterior, la presente investigación cobra relevancia en el momento que los informes estadísticos (8,6 en el año 2003; 6.9 en el año 2004 y 6,2 en el año 2005. Tasa por cien mil habitantes)<sup>14</sup> sitúan el Huila como uno de los departamentos con mayores tasas de suicidio en Colombia. Tomando como referencia lo expuesto por el Epidemiologic Catchment Area (ECA), sobre la proporción existente de 8:1 entre intentos de suicidio y muertes por suicidio<sup>15</sup>, se deduce que la persona que ha realizado intento de suicidio esta en riesgo de suicidarse.

Este estudio pretende nutrir la política pública de salud en el departamento del Huila, mediante el diseño de estrategias de promoción y prevención, encaminadas al desarrollo de escenarios educativos que posibiliten la construcción de nuevas y mejores alternativas de afrontamiento ante una situación adversa.

El desarrollo de este estudio en trece (13) municipios del departamento del Huila<sup>16</sup>, trae consigo la posibilidad de que éste sea tomado en cuenta, dentro de las políticas de salud departamental y municipal, como un punto de apoyo para la detección, prevención e intervención del suicidio e intento de suicidio.

De igual forma la comunidad se verá altamente beneficiada y enriquecida con el desarrollo de este proyecto, ya que se les brindará la oportunidad de empoderarse de la problemática del intento de suicidio.

---

<sup>14</sup> IMLCF. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses. Forensis 2003,2004, 2005.

<sup>15</sup> BASTOS H. Tratamiento en la emergencia del paciente suicida. Curso sobre depresión. Director Hugo Marietan. [marietanweb@gmail.com](mailto:marietanweb@gmail.com)

<sup>16</sup> Neiva, Pitalito, La Plata, Garzón, Algeciras, Campoalegre, Gigante, San Agustín, Tarqui, Palermo, Rivera, Guadalupe y Timaná.

Finalmente el desarrollo de la investigación “*Perfil psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio, en el departamento del Huila, durante los años 2003 y 2004*”, aporta al programa de psicología de la Universidad Surcolombiana conocimientos que permiten crear o reconocer patrones de conducta asociados al suicidio e intento de suicidio, para que el psicólogo desarrolle y potencialice habilidades y destrezas que le permitan detectar, prevenir e intervenir de forma asertiva el desarrollo de esta problemática.

La ausencia de información que sea alimentada, confrontada y reflexionada permanentemente, dificulta el planear, ejecutar, valorar y monitorear el comportamiento del intento de suicidio; en este sentido los resultantes de la investigación podrán ser utilizados como fuentes de referencia y consulta para las aproximaciones de intervención que se ejecuten tendientes a la protección de la vida y el bienestar de los ciudadanos, y además podrán convertirse en insumos para otras líneas de investigación relacionadas con el tema.

## 5 MARCO TEORICO

### 5.1 INTENTO DE SUICIDIO

De acuerdo a lo expuesto por Miguel Clemente y Andrés Gonzáles el intento de suicidio se define como:

*“El intento de suicidio es el acto no fatal de autoperjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo, no obstante ser vago y antiguo”<sup>17</sup>.*

Emilio Durkheim, tras definir el suicidio, añade que la tentativa de suicidio es lo mismo, pero de manera interrumpida. Es decir, siempre que la conducta implique que la persona sea consciente del fin que ha de seguir a la misma, la muerte ha de ser considerada como suicidio. De lo que se deduce que si es interrumpida la conducta, aún cuando sea por el propio sujeto, es igualmente suicidio, aunque no se consume<sup>18</sup>.

Los problemas asociados al suicidio e intento de suicidio tienen antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades<sup>19</sup>.

Se considera conducta suicida (CS) cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo.<sup>20</sup>

La problemática del suicidio debe ser considerada como un hecho de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Según los conocimientos actuales, éste es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto en su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> CLEMENTE, Miguel; GONZÁLES, Andrés. Suicidio, una alternativa social. Editorial biblioteca nueva. S.L Madrid 1996. Pág. 27.

<sup>18</sup> Ibid. Pág. 26.

<sup>19</sup> ARLAES NAPOLES, L; HERNANDEZ SORI, G; ALVAREZ CONCEPCION, D. Conducta suicida: factores de riesgo asociados. Revista Cubana de Medicina General Integral, mar.-abr. 1998, vol.14, no.2, p.122-126. ISSN 0864-2125.

<sup>20</sup> MESA RIDEL, G. Suicidio: epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990:256-81.

<sup>21</sup> Ibid.

El intento de suicidio en la población adolescente está dirigido a terceros y trata de expresar una necesidad de afecto, de amor, de ser escuchado y reconocido como persona, por lo tanto el intento de suicidio en los adolescentes debe ser interpretado como una pregunta que requiere una respuesta<sup>22</sup>.

Dentro de las conductas suicidas, se deben destacar:

- Las ideas de suicidio (pensamientos sobre la voluntad de quitarse la vida, que no vale la pena seguir viviendo, dejar de ser una carga para los demás)<sup>23</sup>.
- El planeamiento del suicidio: como, donde y cuando llevar adelante la conducta de autodestrucción (con que elementos: arma de fuego, ahorcamiento, salto al vacío, las vías del tren, entre otras), el lugar y hasta a veces el día elegido.
- El parasuicidio: es un acto generalmente no fatal, que se ha incrementado en los últimos tiempos, sobre todo en mujeres adolescentes o jóvenes. Es impulsivo y se utilizan sustancias médicas.
- Es frecuente en aquellas personas con modificaciones abruptas del humor o con personalidades de características antisociales. Existen síntomas depresivos en el 10% de los casos y se observa un entorno de desorganización social<sup>24</sup>.
- El suicidio: tiene como característica preponderante el ser fatal y premeditado. Es más habitual en el varón, con una personalidad premorbida normal. Existe depresión en el 70% de los casos y es frecuente el aislamiento social<sup>25</sup>.

### **Factores de riesgo**

Uno de los temas que mayor inquietud ocasiona entre los profesionales de la salud y también entre los familiares y amigos de los adolescentes, es como poder advertir el riesgo de suicidio ante un adolescente que puede parecer conflictuado o no.

Un hecho a tener en cuenta es que generalmente avisan de alguna manera que están pasando por una situación de crisis, y piden ayuda a través de escritos, poesías, cuentos, relatos, cartas en que el contenido es la muerte o situaciones

---

22 **SERFATY**, Edith. Suicidio en la adolescencia. *Adolesc. Latinoam.*, jul./sep. 1998, vol.1, no.2, p.105-110. ISSN 1414-7130.

23 **SERFATY**, E et al. Ideas de suicidio y factores de riesgo en jóvenes varones. *Bol Acad Nac Medicina*, 1994; 72: 234-45.

24 **PAES DE SOUZA**, M. Le suicide au Portugal. *L'Encephale*, 1996; Spl IV: 28-34.

25 Id.

vinculadas. Se comunican con algún amigo o familiar poco tiempo antes de hacer el intento, anunciándolo en forma velada, como pidiendo una oportunidad de ser salvados<sup>26 27</sup>.

Algunas de las situaciones predictoras de una conducta suicida son el haber tenido antes un intento de suicidio; el consumo actual de alcohol o alguna droga, la influencia del medio ambiente: el que hayan existido casos de suicidio o parasuicidio en el entorno<sup>28</sup>.

En cuanto a los antecedentes familiares se ha observado en un estudio del CIE de la Academia Nacional de Medicina, que aquellos con antecedentes de depresión en la madre o consumo de alcohol del padre, así como consumo de drogas por un hermano, tenían más probabilidades de tener ideación suicida, que aquellos que no tenían estos antecedentes familiares<sup>29</sup>.

La existencia de un clima de tensión, hostilidad o violencia familiar, es también un factor de riesgo de suicidio en la adolescencia: aquellos jóvenes malhumorados, que contestan mal, golpean las puertas o dan respuestas agresivas, en forma permanente, están manifestando de esta manera una situación de crisis interna<sup>30</sup>.

En estudios efectuados en el CIE-ANM se observó una asociación estadísticamente significativa entre la existencia de depresión grave y la frecuencia de ideas de suicidio<sup>31</sup>. Son también síntomas de posibilidad de suicidio:

- La presencia de ideas de suicidio.
- La depresión grave.
- El insomnio.
- El pesimismo persistente.
- Las ideas de culpabilidad.
- La disminución en la sociabilidad.

Son síntomas predictivos:

- Los intentos de suicidio anteriores.

---

<sup>26</sup> SARRO, B et al. Los suicidios, España: Martínez Roca, 1991.

<sup>27</sup> DIEKSTRA, R. Suicide and attempted suicide, an international perspective. Acta Psych Scand. 1989; 80: 1-24.

<sup>28</sup> CASTRO, E et al. Alcoholismo e suicidio. Comunicación aux 2eme Journée de Sante Mentale, 1988.

<sup>29</sup> SERFATY, et al. Depresión y factores de riesgo en varones de 18 años. Publicación Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 1992.

<sup>30</sup> DOLTO, F. La cause des adolescents. France: R. Laffont, 1988.

<sup>31</sup> SERFATY, et al. Op. cit, 1992.

- Los anuncios sobre ideas de suicidio.
- La tranquilidad inquietante.
- Sueños sobre la muerte.

Algunas variables que cobran gran importancia al momento de hablar de intento de suicidio son<sup>32</sup>:

- *Edad*: en los adolescentes se debe indagar exhaustivamente por los antecedentes de intentos de suicidio en el grupo de pares, pues a esta edad existe cierto “contagio” imitativo. Se han descrito formas epidémicas.
- *Género*: la proporción entre intentos de suicidio en el sexo femenino es más alta que en la población masculina, mientras que la consumación del suicidio es más alta en el sexo masculino que en el femenino.
- *Estado civil*: se ha observado que las personas solteras o separadas tienen mayor probabilidad de intento de suicidio.
- *Familiares con quien vive*: permite conocer la disponibilidad de compañía que tiene el paciente, la ausencia de seres especialmente significativos y sobre quién va a cuidar al paciente, en caso de que se decida un tratamiento ambulatorio o una hospitalización breve.
- *Alcohol y sustancias*: su consumo incrementa significativamente el riesgo de intento de suicidio.
- *Pérdidas significativas*: los procesos de adaptación a las pérdidas (duelos) suelen acompañarse de estados de ánimo bajo (en los últimos seis meses), sentimientos de futilidad y desesperanza; también pueden empeorar algunos cuadros psiquiátricos.
- *Antecedentes de suicidio*: la repetición de la conducta autolesiva, independientemente del tiempo entre los dos episodios, empeora la posibilidad letal. Los antecedentes familiares de suicidio son un indicativo de alerta y ante su presencia se debe actuar muy conservadoramente, en lo referente al cuidado posterior.
- *Diagnóstico*: los trastornos del estado de ánimo (Trastorno Depresivo Mayor, especialmente si forma parte de un trastorno bipolar –psicosis maniaco-depresiva) causan la mayor parte de los suicidios.

---

<sup>32</sup> **SILVA**, Javier León, MD. Intento de suicidio. Sección de psiquiatría. Fundación Santa Fe de Bogotá. Capítulo V, pág. 3, tabla 1.

La esquizofrenia, algunas enfermedades crónicas, especialmente de naturaleza neurológica (esclerosis múltiple, enfermedades de Parkinson y Huntington) y algunos tumores malignos se relacionan con un incremento en la letalidad autoinflingida.

En el intento de suicidio, los métodos empleados comúnmente incluyen técnicas<sup>33</sup> como:

- Ahorcamiento.
- Sofocación.
- Sumergimiento.
- Instrumentos cortantes y punzantes.
- Salto de altura.
- Uso de armas de fuego.
- Envenenamiento mediante sustancias sólidas o líquidas.
- Otras técnicas incluyen variaciones locales, reflejando características culturales, disponibilidad, edad, sexo, significado ritual, imitación, etc.
- En Estados Unidos las mujeres prefieren la sobredosis de medicamentos y laceración de muñecas; entre tanto los hombres tienden a escoger métodos más violentos y en general de mayor grado de letalidad, como heridas con armas de fuego, ahorcamiento y salto de altura<sup>34</sup>.

La información epidemiológica sobre el intento suicida es poco confiable, debido a que presenta sub-registro, además de la mala elaboración de los registros de la causa de muerte, la deficiente comunicación, entre otras causas. Sin embargo, los estudios internacionales describen prevalencias en la población general entre 0.04% y 4.6% durante el ciclo vital y 0.8% /año para todas las edades; la relación entre el intento suicida y el suicidio fluctúa entre 6:1 a 25:1, con un promedio de 18:1 en el mundo; el intento de suicidio por adolescentes es cerca de 100 veces más frecuente que el suicidio consumado. Del total de las personas que intentan suicidarse terminan en suicidio posteriormente entre el 10% y el 15%<sup>35-36</sup>.

A nivel regional, la Secretaria de Salud Departamental junto con Coomédica del Huila<sup>37</sup>, realizaron en el año 2005 un estudio exploratorio, epidemiológico y

---

<sup>33</sup> CAMPO, ROA, PÉREZ, SALAZAR, PIRAGAUTA, LÓPEZ, RAMÍREZ. REVISTA COLOMBIA MÉDICA. Corporación editora médica del Valle. ISSN: 1657-9534. VOL. 34, NUM. 1, 2003, PP. 9-16. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali.

<sup>34</sup> TONDO L, BALDESSARINI R. Suicide: causes and clinical management. Clin Update; 2001. [www.medscape.com](http://www.medscape.com).

<sup>35</sup> MOSCIKI, E. Epidemiology of suicide. En: Jacobs D (editor) Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide. San Francisco: Jossey-Bass; 1998. p. 40-51.

<sup>36</sup> BOSTWICK, J; PANKRATZ, V. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry 2000; 157: 1925-1932.

<sup>37</sup> GOBERNACION DEL HUILA. Secretaria de Salud Departamental del Huila – Coomédica. Estudio exploratorio, epidemiológico y situacional de la salud mental en el departamento del Huila. Neiva. 2005.

situacional de la salud mental en el departamento del Huila, el cual abordó aspectos relevantes de la conducta suicida y permitió concluir que el 12.89% de la población huilense ha manifestado tener ideas suicidas, el 7.91% ha llegado a realizar una plan suicida. Con este estudio también se logra determinar que el 9.85% de los opitas han realizado intento de suicidio, mientras que el 6.65% han experimentado el suicidio de algún familiar y que el promedio de intentos de suicidio durante el año 2005 es de 2.39. Es pertinente mencionar que esta información se obtuvo mediante un autorregistro, por lo tanto los resultados de esta investigación deben ser manejados con precaución.

## 5.2 PERFIL

Para hablar del *“Perfil psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio en el departamento del Huila, durante los años 2003 y 2004”* se hace necesario conocer que la palabra PERFIL (Del prov. *perfil*, dobladillo) hace referencia al conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien o algo<sup>38</sup>; El perfil se define como el conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a una persona o cosa, o en manera figurada como miramientos en la conducta o en el trato social<sup>39</sup>; También podemos decir que el perfil hace alusión a las características o rasgos que denotan algún estilo<sup>40</sup> y que corresponde al conjunto de atributos de las personas que ejercen una función<sup>41</sup>.

La definición de la palabra PERFIL, utilizada en el campo psicológico, consiste en: *“Inferir aspectos psicosociales que permiten identificar un tipo de persona”*<sup>42</sup>

Para la total comprensión de lo que es y lo que implica un Perfil se hace necesario conocer las características y los componentes más importantes que debe contener un perfil, como lo son<sup>43</sup>:

- Género.
- Residencia.
- Edad.
- Origen Étnico.

---

<sup>38</sup> Biblioteca de consulta Microsoft® Encarta® 2006. © 1993-2005. Microsoft Corporation.

<sup>39</sup> Diccionario de la Real academia Española.

<sup>40</sup> Diccionario planeta de la lengua española, usual.

<sup>41</sup> CORNEJO, M.I.; RAMIREZ, P; DUARTE, J; URQUIETA, G. Fundamentos para Establecer un Paradigma de Gestión Eficaz. Paradigma de Educación y Perfil del docente.

<sup>42</sup> TAPIA, A. C, AVELLANEDA, L. F, MONCADA, M, PEREZ, I. Proyecto de investigación de Psicología Jurídica. Universidad El Bosque. 2001.

<sup>43</sup> CHEVALIER, Jacques M. El sistema de Análisis Social. Carleton University, Ottawa, Canadá. [www.sas=pm.com](http://www.sas=pm.com).

Otras características, más complejas, que se pueden utilizar para la elaboración de un buen perfil implican una relación con lo que, realmente, intenta abordar el perfil; desde esta perspectiva se tienen en cuenta:

- El Poder.
- La Legitimidad.
- Los Intereses.
- Las Relaciones Sociales.

De las anteriores características y componentes del perfil, es claro recalcar la importancia de variables como la edad y el sexo o género, así como de otras que hacen referencia al nivel de estudios.

### 5.3 CONTEXTO SOCIODEMOGRAFICO DEL HUILA



El departamento del Huila, fue creado por el Decreto 340 de 1910, perteneció al denominado Tolima Grande o Alto Magdalena, territorio formado por los departamentos de Tolima y Huila. Limita al norte con los departamentos de Tolima, Cundinamarca y con el Distrito Capital; al este con los departamentos de

Meta y Caquetá; al sur con los departamentos de Caquetá y Cauca; y al oeste con los departamentos de Cauca y Tolima.

El Huila esta localizado en el suroeste de Colombia, tiene una extensión de 19.890 km<sup>2</sup> y una climatología que engloba desde el clima de páramo hasta el cálido. Forma parte de la cuenca hidrográfica del río Magdalena. Al sur del departamento, en el macizo Colombiano, nacen las cordilleras Central y Oriental; allí también nacen los principales ríos del país: río Caquetá, río Cauca y el río Magdalena; este último recorre el departamento de sur a norte. Otros ríos que bañan el departamento de Huila son el río Aipe, río Páez, río La Plata, río San Francisco, río Yaguará y río Suaza.

Entre las mayores alturas se encuentran el nevado del Huila (5.750 m), la sierra de los Coconucos, los páramos de Cutanga, Las Papas y La Soledad, y las serranías de La Ceja, La Enillada, Las Minas, Nátaga y Potrerogrande.

Según el estudio de proyecciones de población del año 2005, realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)<sup>44</sup>, el departamento del Huila tiene un total de 996.617 habitantes, de los cuales 627.919 (63%) se ubican en la zona urbana y 368.698 (36.99%) en la zona rural. (Ver Anexo 2).

El departamento del Huila se ha venido construyendo en varias regiones, a partir de las características geográficas y de las relaciones culturales, sociales y comerciales con otras zonas del país. Las zonas que se reconocen como distintas al interior del departamento del Huila son:

- *ZONA NORTE*: Su principal centro cultural y de comercio es el municipio de Neiva, capital del departamento. Neiva ha constituido a partir de diversos procesos migratorios, ya que ha acogido a un gran número de campesinos migrantes y desplazados, relacionados, la mayoría, con la violencia política del país, desde los años 40 del pasado siglo, hasta nuestros días.
- *ZONA CENTRO*: El municipio de Garzón se convierte en el epicentro cultural y comercial de esta zona del departamento. Garzón, es sede de la diócesis del Huila, lo que explica la gran influencia conservadora de sus habitantes.
- *ZONA OCCIDENTE*: El eje de esta zona es el municipio de La Plata. Esta región se caracteriza por tener raíces ancestrales caucanas, y un significativo número de indígenas paeces.
- *ZONA SUR*: Esta zona del departamento del Huila es el resultado del cruce de diversas influencias culturales; se ubica cerca al Macizo Colombiano, y se

---

<sup>44</sup> DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Proyecciones de población. Estudios censales. Colombia, 2005.

considera la puerta de entrada al corredor amazónico, a través de la vía que conduce al departamento del Putumayo. La zona sur del departamento está fuertemente influenciada por las actividades turísticas derivadas del descubrimiento de la cultura megalítica de San Agustín, patrimonio cultural de la humanidad.

Para el desarrollo de este trabajo investigativo se seleccionaron 13 municipios, ubicados en las distintas zonas del departamento del Huila, los cuales registraron eventos de intento de suicidio en los años 2003 y 2004, según informes suministrados por la Secretaría de Salud Departamental del Huila. A continuación se mencionaran algunas características de cada uno de estos municipios<sup>45</sup>:

- **ALGECIRAS:** Región conocida como “La despensa agrícola del Huila”. Es uno de los municipios de más importante riqueza productiva en el departamento. Algeciras se localiza sobre las estribaciones de la cordillera Oriental, a 56 kilómetros de Neiva, por carretera pavimentada. Tiene una temperatura de 23 grados centígrados, promedio.

La mayor parte del territorio de este municipio es montañoso, y en él sobresalen los accidentes orográficos de los cerros Neiva y Miraflores, en medio de los que existe una depresión que es el camino natural entre el valle de Neiva y el municipio de San Vicente del Caguán, en el departamento del Caquetá.

- **CAMPOALEGRE:** “La capital arrocera del Huila” es un municipio de gran actividad comercial y tiene una amplia producción del arroz. Campoalegre está ubicado a 28 kilómetros de Neiva, en la vía que conduce hacia el sur del país.

El territorio de este municipio es, en la mayor parte, plano o ligeramente ondulado; solo al suroeste del municipio se presentan algunas elevaciones pertenecientes a la serranía de la Ensilada, con sus ramales de La Ceja o Cascajoso y Chía. Por la conformación del relieve, dentro de la jurisdicción se ofrecen los pisos térmicos cálidos, medio y frío.

- **GUADALUPE:** Municipio del Huila ubicado al suroeste de la capital huilense, a 151 kilómetros de Neiva. Esta región tuvo un gran desarrollo, como centro de paso hacia el Caquetá.

Guadalupe se localiza sobre territorios montañosos, correspondientes a la vertiente occidental de la cordillera Oriental y solo se encuentran unas pocas zonas planas en las proximidades del río Suaza y de la quebrada La Viciosa. En este municipio se destacan los accidentes orográficos de los altos de

---

<sup>45</sup> **DIARIO “LA NACIÓN”.** De ruta por el Huila. Septiembre de 2005.

Gabinete, Público y San Calixto; por lo accidentado de su relieve, goza de los pisos térmicos, cálido, medio y frío.

- **GARZÓN:** Municipio denominado “Capital diocesana del Huila”, por el hecho de haberse constituido en diócesis primero que el municipio de Neiva, mantiene incólume su herencia católica.

Garzón está localizado en el centro oriente del departamento del Huila, sobre terrenos pertenecientes a la vertiente occidental de la cordillera Oriental, desde la cima de ésta en los límites con el departamento del Caquetá, hasta las orillas del río Magdalena. Por lo accidentado de la topografía, el municipio goza de todos los climas.

- **GIGANTE:** “La capital cacaotera del Huila” se ubica a 72 kilómetros de Neiva y esta situada en territorios de la cordillera Oriental, cuyas cimas sirven de límite natural con el departamento del Caquetá. Por su formación topográfica en el municipio de Gigante se presentan todos los pisos térmicos.

Los parajes de este municipio son planos o ligeramente ondulados, desde el pie de la cordillera hasta el río Magdalena. Desde la margen izquierda del río Magdalena hacia el occidente el territorio vuelve a ser montañoso, ya que esta zona pertenece a la vertiente oriental de la cordillera Central.

- **LA PLATA:** Este municipio se encuentra ubicado a 122 kilómetros de Neiva y se conoce por ser la cuarta población en importancia, del departamento del Huila. La Plata se considera el epicentro del comercio en el occidente del departamento del Huila y de la zona del nororiente del departamento del Cauca. Presenta pisos térmicos, cálido, frío y páramo.

El municipio de La Plata se ubica entre territorios montañosos, en los que también se encuentran algunas zonas planas o ligeramente ondulados, donde se destacan los accidentes orográficos de la sierra de Los Coconucos, las serranías de Las Minas y Yarumal, y los cerros Cargachiquillo, Los Coconucos, Pelado, Santa Rita y Zúñiga.

- **NEIVA:** El municipio de Neiva es la capital del departamento del Huila, cuenta con 377.480 habitantes, y su territorio se erige sobre el amplio valle del río Magdalena, a 442 metros sobre el nivel del mar.

Neiva es una ciudad de tierras calientes, y conserva una temperatura diaria que puede oscilar entre los 28 y 32 grados centígrados. El municipio de Neiva se localiza a 299 kilómetros de Santa fe de Bogotá, D.C, y es hoy el centro de una región que cobra fuerzas, dentro de la dinámica económica del sur Colombiano.

- *PALERMO*: Se localiza a 26 kilómetros del municipio de Neiva, hacia el norte. El municipio de Palermo cuenta con una topografía privilegiada en donde se distinguen cuatro regiones diferentes que van de sur a norte: al occidente, una zona montañosa correspondiente a la vertiente oriental de la cordillera Central, luego un pintoresco valle en donde está la cabecera municipal, a continuación un cordón de cerros graníticos y por último al oriente una planicie perteneciente al valle del Magdalena.

En Palermo se destacan como accidentes orográficos, Las Cuchillas, Cebador y San Miguel, también los cerros Cajón, Hato viejo e Indio estancado.

- *PITALITO*: Es el más importante centro urbano del sur del Huila, se levanta sobre una extraordinaria planicie conocida como el Valle de Laboyos. Pitalito esta ubicado a 188 kilómetros de Neiva y tiene una temperatura promedio de 21 grados centígrados.

Pitalito experimenta un vertiginoso crecimiento demográfico y comercial, que se advierte por la expansión de su perímetro y el desarrollo del área urbanizada. Sus territorios, en su mayor parte, son montañosos, aunque también posee extensas zonas planas entre las que se destacan los Valles de los ríos Guachitos y Guarapas y la región próxima al río Magdalena.

- *RIVERA*: Se ubica a 21 kilómetros de Neiva. Es un municipio elogiado por su clima agradable de 24 grados centígrados, en promedio.

En los territorios de este municipio se encuentran dos regiones diferentes: una al oriente: montañosa, perteneciente a la vertiente occidental de la cordillera Oriental; la otra al occidente: plana, comprendida en el valle del río Magdalena. Por su formación presenta los pisos térmicos, cálido, medio y frío.

- *SAN AGUSTIN*: “Capital arqueológica de América”, este municipio se considera el destino turístico más importante del Huila y uno de los más destacados de Colombia, gracias a los hallazgos arqueológicos y a la antigüedad de las esculturas que adornan a este municipio.

San Agustín se ubica a 227 kilómetros de Neiva. En sus límites con el departamento del Cauca se encuentran, entre otros, el Páramo de las Papas, parte integral del macizo Colombiano, en el que tienen origen los ríos Caquetá, Cauca, Patía y Magdalena, y se separan las cordilleras Central y Oriental.

- *TARQUI*: Se ubica a 154 kilómetros de Neiva, tiene una temperatura promedio de 24 grados centígrados.

Sus territorios están comprendidos entre la serranía de Las Minas, al occidente, y el río Magdalena, al oriente; la serranía de las Minas, ramificación de la cordillera Central, presenta en este sector alturas superiores a los 2.500 metros sobre el nivel del mar, y ostenta al suroeste tres cerros notables; a partir de las faldas de la serranía, el terreno se va haciendo cada vez menos accidentado, hasta volverse completamente plano en las cercanías del río Magdalena.

- *TIMANA*: Es el municipio más antiguo del Huila, su fundación se remonta hacia el año 1538.

Timaná se localiza a 160 kilómetros de Neiva, por la vía nacional hacia el sur, y se destaca por ser un activo centro de comercio. La población está ubicada sobre territorios montañosos, en los que se destaca como único accidente orográfico la serranía de La Ceja, y algunas zonas presentan extensas planicies, contemplando en Casi todas sus tierras el piso térmico medio.

#### **5.4 ASPECTOS ÉTICOS**

La presente investigación ha sido concebida y diseñada atendiendo a lo estipulado por la RESOLUCIÓN N° 008430 de 1993<sup>46</sup>, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, atendiendo a lo planteado en el TITULO II relacionado con LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS, en su CAPITULO I, sobre LOS ASPECTOS ÉTICOS 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). De acuerdo al marco teórico en la investigación del tema de intento de suicidio, los aspectos metodológicos y su potencial aporte a la comprensión de las características relacionadas con los factores de riesgos y de protección, esta investigación se fundamenta en las más recientes tendencias científicas que abordan esta problemática en el contexto internacional. A través de la misma, se introducen preguntas de investigación no totalmente resueltas en la actualidad, así como se proponen nuevos interrogantes que no han sido abordados científicamente hasta la fecha.

Si y solo si participara un sujeto en la presente investigación después de haber sido informado acerca de:

- La justificación y los objetivos de la investigación.

---

<sup>46</sup> **PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.** Ministerio De Salud. Resolución N° 008430 del 04 de octubre de 1993. Bogotá D.C. Colombia. 1993.

- Los procedimientos que se utilizarán.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan obtenerse.
- 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.

Y que conociendo estos elementos, den su aprobación escrita para participar en esta investigación atendiendo al acta de Consentimiento que aparece anexada al final del presente protocolo (Ver Anexo 3).

El acta de consentimiento informado para los sujetos con intento de suicidio consta de tres requisitos a mencionar<sup>47</sup>:

- Voluntariedad: Los sujetos podían decidir libremente su participación sin ningún tipo de presión externa por parte del equipo investigador.
- Información: A los sujetos se les realizó una breve descripción de la investigación y sus objetivos, resolviendo así las dudas emergentes.
- Competencia: La mayoría de los sujetos que están en riesgo de suicidio y que hicieron tentativas de suicidio, tenían capacidad para tomar la decisión sobre la participación en este proyecto y los aspectos que les afectan al participar (confidencialidad de los datos y recepción de información de los resultados) ya que el riesgo es mínimo y por tanto el nivel de competencia exigible es bajo.

---

<sup>47</sup> **BARCIA, D; POZO, P.** Confidencialidad y consentimiento informado en psiquiatría. In Barcia, D, editor. Madrid, España. 1998. Pág. 44-89.

## 6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
<b>SOCIODEMOGRAFICAS</b>	Conjunto de condiciones sociales y económicas que permiten caracterizar a una población.	EDAD	Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha del estudio.	De 12 años a 51 años.	Intervalo.
		GENERO	Grupo biológico sexual al cual pertenece la muestra.	* Masculino. * Femenino.	Nominal.
		ESTADO CIVIL	Aspecto jurídico de vínculo conyugal de la muestra.	* Soltero. * Casado. * Separado. * Unión libre. * Viudo.	Nominal.
		PROCEDENCIA	Lugar de origen.	* Urbano. * Rural.	Nominal.
		ESCOLARIDAD	Ultimo nivel de educación realizado.	* Analfabeta. * Primaria. * Secundaria * Universitaria.	Ordinal.
		CREENCIA RELIGIOSA	Fundamentos acerca de la divinidad, de los sentimientos de veneración, de las normas morales y de las prácticas rituales. (La oración y el sacrificio).	* Cristiana. * Gnóstico. * Espiritismo. * Testigos de Jehová. * Evangélica. * Adventista. * Católica.	Nominal.
		OCUPACION	Actividad que se ejerce a diario, trabajo, empleo.	* Técnico. * Obrero calificado. * Trabajador independiente. * Obrero no calificado. * Trabajador de servicio.	Nominal.

				<ul style="list-style-type: none"> <li>* Administrativo.</li> <li>* Dirigente.</li> <li>* Contratado.</li> <li>* Estudiante.</li> <li>* Militar.</li> <li>* Recluso.</li> <li>* Pensionado.</li> <li>* Desempleado.</li> <li>* Ama de casa.</li> </ul>	
		ESTRATO SOCIO ECONOMICO	Clasificación de la población según criterios establecidos por el DANE	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Uno (1).</li> <li>* Dos (2).</li> <li>* Tres (3).</li> <li>* Cuatro (4).</li> <li>* Cinco (5).</li> <li>* Seis (6)</li> </ul>	Ordinal.
		CONVIVENCIA	Proceso natural de vivir en compañía de otros, que se da con o sin la voluntad humana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Solo.</li> <li>* Flia. de origen.</li> <li>* Flia. Propia.</li> <li>* Descendientes.</li> <li>* Institución.</li> <li>* Casa compartida.</li> <li>* Otros.</li> </ul>	Nominal.
<b>ANTECEDENTES MEDICO - QUIRURGICOS Y MENTALES PERSONALES</b>	Presentar con anterioridad, o en la actualidad, algún tipo de patología, consumo de tóxicos e intervenciones quirúrgicas.	CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES CIE-9.	La Clasificación Internacional de Enfermedades, novena edición, es un sistema de Categorías, agrupadas con fines epidemiológicos generales y para la evaluación de la atención de salud. Se utiliza para convertir los términos diagnósticos y de otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Enfermedades infecciosas y parasitarias.</li> <li>* Neoplasias.</li> <li>* Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.</li> <li>* Inmunidad.</li> <li>* Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.</li> <li>* Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos Sensoriales.</li> <li>* Enfermedades del sistema circulatorio.</li> <li>* Enfermedades del sistema respiratorio.</li> <li>* Enfermedades del sistema digestivo.</li> </ul>	Nominal.

				<ul style="list-style-type: none"> <li>* Enfermedades del sistema genitourinario.</li> <li>* Complicaciones de embarazo, parto y puerperio</li> <li>* Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</li> <li>* Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido Conjuntivo.</li> <li>* Anomalías Congénitas.</li> <li>* Algunos trastornos originados en el periodo perinatal</li> <li>* Síntomas, signos y trastornos definidos como Enfermedad.</li> <li>* Traumatismos y Envenenamientos</li> </ul>	
		<p style="text-align: center;">CLASIFICACIÓN DE ENFERMEADES MENTALES CIE-10.</p>	<p>La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, se caracteriza por tener un apartado dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento, ubicando en el capítulo V del CIE-10 y están codificados por la letra F.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.</li> <li>* Trastornos mentales y del comportamiento por consumo sustancias psicotrópicas.</li> <li>* Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.</li> <li>* Trastornos del humor.</li> <li>* Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.</li> </ul>	Nominal.

				<ul style="list-style-type: none"> <li>* Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos.</li> <li>* Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto.</li> <li>* Retraso mental.</li> <li>* Trastornos del desarrollo psicológico.</li> <li>* Trastornos del comportamiento y emociones comienzo en infancia y adolescencia.</li> <li>* Trastorno mental sin especificar.</li> </ul> <p><b>*ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL EJE I:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* T. de inicio en la infancia o la adolescencia.</li> <li>* Delirium, demencia, t. amnésicos y otros t. cognoscitivos.</li> <li>* T. mentales debidos a una enfermedad médica.</li> <li>* Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</li> <li>* T. del estado de ánimo.</li> <li>* Trastornos de ansiedad.</li> <li>* Trastornos somatomorfos.</li> <li>* Trastornos facticios.</li> <li>* Trastornos</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--

				<p>disociativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Trastornos sexuales y de la identidad sexual</li> <li>* Trastornos de la conducta alimentaria.</li> <li>* Trastornos del sueño.</li> <li>* T. del control de impulsos no clasificados en otros apartados.</li> <li>* Trastornos adaptativos.</li> <li>* Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.</li> </ul>	
<b>EJE II: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RETRASO MENTAL</b>	<p>Todas aquellas anomalías, diagnosticadas, relacionadas con la personalidad y el retardo mental.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>* T. paranoide de la personalidad.</li> <li>* T esquizoide de la personalidad.</li> <li>* T. esquizotípico de la personalidad.</li> <li>* T. antisocial de la personalidad.</li> <li>* T. límite de personalidad.</li> <li>* T. histriónico de la personalidad.</li> <li>* T. narcisista de la personalidad.</li> <li>* T. de la personalidad por evitación.</li> <li>* T. de la personalidad por dependencia.</li> <li>* T. obsesivo-compulsivo.</li> <li>* T. de la personalidad no especificado.</li> <li>* Retraso mental.</li> </ul>	Nominal.

<b>DEPRESIÓN.</b>	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas.			<ul style="list-style-type: none"> <li>* Normal.</li> <li>* Depresión leve.</li> <li>* Depresión moderada.</li> <li>* Depresión grave.</li> </ul>	Ordinal.
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>	Ingerir bebidas que contienen altos grados de alcohol, en oposición implícita a las que no lo contienen.			<ul style="list-style-type: none"> <li>* No hay problemas relacionados con el alcohol.</li> <li>* Indicio de problemas relacionados con el alcohol.</li> <li>* Dependencia alcohólica.</li> </ul>	Ordinal.
<b>PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIANTALES</b>	Todas aquellas situaciones que pueden considerarse como estresantes y que pueden afectar la tranquilidad de la persona encuestada	EJE IV (DSM IV).	Todos aquellos problemas psicosociales y ambientales que puedan afectar el diagnóstico, el tratamiento o el Pronóstico de los trastornos mentales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Problemas relativos al grupo primario de apoyo.</li> <li>* Problemas relativos al ambiente social.</li> <li>* Problemas relativos a la enseñanza.</li> <li>* Problemas laborales.</li> <li>* Problemas de vivienda.</li> <li>* Problemas económicos.</li> <li>* Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.</li> <li>* Problemas relativos a la interacción con el sistema legal.</li> <li>* Otros problemas psicosociales y ambientales.</li> </ul>	Nominal.
			CARENCIAS AFECTIVAS.	Ausencia de sentimientos, emociones y pasiones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Separación a edad temprana del padre.</li> <li>* Separación a</li> </ul>

				edad temprana de la madre. * Adoptado. * Ninguno.	
		MALTRATO EN LA INFANCIA.	Uso intencionado de la fuerza física u omisión de cuidado por parte de los padres o tutores que tienen como consecuencia heridas, mutilación o incluso la muerte del niño.	* Físico. * Verbal. * Sexual. * Testigo de violencia. * Negligencia parental. * Víctima de abuso emocional o psicológico. * Ninguno.	Nominal.
		MALTRATO EN LA ADULTEZ.	Todas aquellas agresiones, intencionales, que recibe una persona por parte de otros.	* Físico. * Verbal. * Sexual. * Testigo de violencia. * Abuso emocional o psicológico. * Ninguno.	Nominal.
<b>ACTIVIDAD BLOBA</b>	Funcionamiento psicológico global, o general, de los sujetos, durante un periodo específico de tiempo.			* 100- 91. * 90 – 81. * 80 – 71. * 70 – 61. * 60 – 51. * 50 – 41. * 40 – 31. * 30 – 21. * 20 – 11. * 10 – 1. * 0. <b>VER ANEXO 13.</b>	Ordinal.
<b>VALORACION INTENTO DE SUICIDIO</b>	Grado de riesgo para cometer un suicidio.	FACTORES DE RIESGO	Todos aquellos eventos que son moduladores de un intento de suicidio.	* Agente utilizado * Conciencia disminuida. * Lesiones toxicidad. * Reversibilidad. * Tratamiento necesario.	Nominal.

		FACTORES DE RESCATE	Aquellos eventos que determinan la probabilidad de que el suicida pueda ser encontrado por otra persona que le brinde ayuda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ubicación.</li> <li>* Persona que indica el rescate.</li> <li>* Probabilidad de ser descubierto.</li> <li>* Accesibilidad al rescate.</li> <li>* Retraso hasta el descubrimiento.</li> </ul>	Nominal.
INTENCIONALIDAD SUICIDA	Hace referencia a todas aquellas circunstancias en que se produjo la tentativa suicida, la actitud que tiene la persona de la vida y de la muerte, los pensamientos y conducta que rodean el episodio suicida, el consumo de alcohol, entre otros.	CIRCUNSTANCIAS OBJETIVAS	Condiciones bajo las cuales se lleva a cabo el intento de suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aislamiento.</li> <li>* Medición del tiempo.</li> <li>* Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas.</li> <li>* Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento.</li> <li>* Actos finales en anticipación de la muerte.</li> <li>* Preparación activa del intento.</li> <li>* Nota suicida.</li> <li>* Comunicación verbal.</li> </ul>	Nominal.
		AUTOINFORME	Hace referencia a la descripción de aquellos elementos que pueden determinar la elaboración del intento de suicidio, por parte del sujeto afectado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Propósito supuesto del intento.</li> <li>* Expectativas sobre la probabilidad de muerte.</li> <li>* Concepción de la letalidad del método.</li> <li>* Seriedad del intento.</li> <li>* Actitud hacia el vivir /morir.</li> <li>* Concepción de la capacidad de salvamento médico.</li> <li>* Grado de premeditación.</li> </ul>	Nominal.

		CIRCUNSTANCIAS SUBJETIVAS	Hace referencia a las expectativas que tiene la persona durante la tentativa de suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Reacción frente al intento.</li> <li>* Preconcepciones de la muerte.</li> <li>* Número de intentos de suicidio previos.</li> <li>* Relación entre ingesta de alcohol e intento.</li> <li>* Relación entre ingesta de drogas e intento.</li> </ul>	Nominal.
<b>IDEACION SUICIDA</b>	Hace referencia a los planes y deseos suicidas del sujeto y a la actitud del sujeto hacia este tipo de ideas.	ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE	Condiciones hacia la vida y la muerte de quien intenta suicidarse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Deseo de vivir.</li> <li>* Deseo de morir.</li> <li>* Razones para vivir/morir.</li> <li>* Deseo de realizar un intento activo de suicidio.</li> <li>* Intento pasivo de suicidio.</li> </ul>	Nominal.
		PENSAMIENTOS/ DESEO SUICIDAS	Todas aquellas verbalizaciones del deseo de intentar suicidarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dimensión temporal.</li> <li>* Actitud hacia el pensamiento/deseo</li> <li>* Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.</li> <li>* Factores disuasorios del intento activo.</li> <li>* Razones del proyecto de intento.</li> </ul>	Nominal.
		PROYECTO DE INTENTO DE SUICIDIO	Hace referencia al grado de organización del proceso de intento de suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Método: especificación/ planes.</li> <li>* Método: accesibilidad/ oportunidad.</li> <li>* Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.</li> <li>* Expectativa/ anticipación de un intento real.</li> </ul>	Nominal.

		REALIZACIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO PROYECTADO	Ejecución del intento de suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Preparación real.</li> <li>* Notas acerca del suicidio.</li> <li>* Preparativos finales ante la anticipación de la muerte.</li> <li>* Engaño/ encubrimiento del intento proyectado.</li> </ul>	Nominal.
		FACTORES DE FONDO	Hace referencia a los antecedentes de intento de suicidio que pudieron influir en el intento de suicidio actual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Intentos previos de suicidio.</li> <li>* Intención de morir asociada al último intento.</li> </ul>	Nominal.

## 7 DISEÑO METODOLOGICO

Para la presente investigación se utilizó un enfoque cuantitativo tipo descriptivo, ya que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables, se estudia el comportamiento de diversas variables cuantificadas, además busca la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Los métodos cuantitativos son muy potentes en términos de validez externa ya que con una muestra representativa de la población hacen inferencia a dicha población a partir de una muestra con una seguridad y precisión definida<sup>48</sup>.

A partir de los datos estadísticos la presente investigación realiza un análisis teórico exploratorio, ya que este tipo de análisis reúne una serie de características, presentes a continuación<sup>49</sup>:

- No existen antecedentes del tema de estudio en la región.
- Busca identificar tendencias.
- Identifica relaciones entre variables.
- Establecen el tono de nuevas investigaciones.

### 7.1 POBLACIÓN

La presente investigación está dirigida a la población residente de 13 municipios del departamento del Huila<sup>50</sup>, que han realizado al menos un intento de suicidio, reportado por los hospitales y las unidades médicas de cada municipio, además de las personas que a través de un tamizaje (Aplicado en la ejecución del macroproyecto de investigación “*Suicidio en el Huila: Abordaje integral de la problemática del suicidio. Ejecución fase II. Recolección y análisis de información*”, realizado por la Secretaria de Salud Departamental del Huila, la Universidad Surcolombiana y el grupo de investigación “*Carlos Finlay*”), presentan ideación suicida y presuntos intentos de suicidio, no reportados. (Ver Anexo 4).

De acuerdo con el objetivo propuesto en esta investigación, la Unidad de Análisis es la persona.

---

<sup>48</sup> **PITA FERNÁNDEZ, S; PÉRTEGAS DÍAZ, S** Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña (España). CAD ATEN PRIMARIA 2002; 9: 76-78. Metodología de la Investigación. Investigación cuantitativa y cualitativa. [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com).

<sup>49</sup> **HERNANDEZ SAMPIERI, R; FERNANDEZ COLLADO, C.** Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Pág. 58-59.

<sup>50</sup> Neiva, Campoalegre, Garzón, La Plata, Pitalito, Guadalupe, Algeciras, Gigante, San Agustín, Tarqui, Palermo, Rivera y Timaná.

## 7.2 MUESTRA

La población muestral está compuesta por un grupo de tamaño grande ( $n \geq 30$ )<sup>51</sup>.

El tipo de muestra utilizado para la investigación es de tipo no probabilística o también llamado de muestras dirigidas, que sugiere un procedimiento de selección informal y arbitrario<sup>52</sup>. La clase de muestra no probabilística empleada fue “la muestra de sujetos voluntarios”<sup>53</sup> debido a que los participantes firmaron un consentimiento informado.

La muestra fueron 116 personas, que hacían parte de la población y que cumplían los criterios de selección para este estudio.

## 7.3 RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos arrojados en esta investigación se realizó un trabajo de campo en los trece municipios del departamento del Huila, donde se aplicaron diferentes escalas y test especializados en la detección y evaluación de problemas relacionados con el suicidio e intento de suicidio.

### 7.3.1 Instrumentos y pruebas

Se siguió en parte el modelo utilizado por C.P. Parra Peña (2004), en el cual se interrogó sobre aspectos relativos a la identificación del paciente, datos sociodemográficos (Edad, Género, Estado civil, Procedencia, Escolaridad, Creencia religiosa, Ocupación, Estrato socioeconómico, Convivencia) (Ver Anexo 5). Otros aspectos incluidos en la entrevista semiestructurada indagaron acerca de la historia médico-quirúrgica y psiquiátrica del sujeto y sus familiares, otras variables relacionadas con el estado de salud y la conducta suicida, problemas psicosociales y ambientales, valoración del intento de suicidio, juicio clínico, se incluyó la evaluación de la ideación suicida, depresión y la ingesta de alcohol, para así cumplir con los objetivos propuestos en el estudio del intento de suicidio en el Huila.

Para la recolección de los datos arrojados por esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

---

<sup>51</sup> **TRIOLA**, M. Estadística. Novena Edición. México D.F. México. Edición Pearson. 2004.

<sup>52</sup> **HERNANDEZ SAMPIERI**, R; **FERNANDEZ COLLADO**, C. Metodología de la Investigación Tercera Edición. Editorial. Mc Graw Hill. 2003. México D.F. Pág. 226.

<sup>53</sup> Ibid. Pág. 227.

- Antecedentes médico-quirúrgicos y mentales personales:(Lista de chequeo)
  - Clasificación de enfermedades CIE -9mc.
  - Clasificación enfermedades mentales CIE-10.
    - \* Antecedentes de enfermedad mental (Eje I).
- Trastornos de la personalidad y retardo mental. (Lista de chequeo)
- Inventario de depresión de Beck (categoría de severidad).
- Cuestionario CAGE (detección de alcoholismo) (categorías).
- Problemas psicosociales y ambientales.
- Evaluación de la actividad global (Eje V).
- Escala para la valoración de intentos de suicidio (RRS).
- Escala intencionalidad suicida de Beck, (SIS).
- Escala de ideación suicida, (SSI).

### **7.3.1.1 Antecedentes médico-quirúrgicos y mentales personales**

Tomando como referencia la codificación del CIE-9-MC de enfermedades somáticas (Organización Mundial de La Salud 1988) y Mentales CIE-10 (organización Mundial de La Salud 1992), se permite el estudio de los antecedentes médico quirúrgicos del sujeto de estudio (Ver anexo 6 y 7).

Por tratarse de una investigación, el diagnóstico de enfermedades mentales pasadas se hizo de forma sindromática facilitando así el análisis estadístico

Para la valoración del estado mental del sujeto de estudio es importante emplear instrumentos diagnósticos estandarizados que permitan minimizar el componente subjetivo de la valoración (Parra 2004). Se administra la versión 4.4 del M.I.N.I. (Mini Internacional Neuropsychiatric Interview) (Sheehan, Lecrubier, Seehan, Amorim, Janavs, Weiller, Jergueta, Baker, y Dunbar 1998) en M.I. Comeche, M.I. Díaz, M.A. Vallejo (1995), es una prueba diagnóstica estructurada, de duración breve. Evalúa los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM IV (American Psychiatric Association 1995) y la administración es heteroaplicada (Ver anexo 8).

Además se evaluó, en caso de existir algún trastorno, el tratamiento recibido, número de ingresos médicos, quirúrgicos y/o psiquiátricos, visitas previas a urgencia, y otras variables relacionadas con el estado de salud, entre ellas: variaciones de peso en el último mes, sueño y actividad física.

En este aparte también se evaluaron los antecedentes patológicos familiares e historia sociofamiliar, en cuanto a trastornos psiquiátricos, intentos de suicidio, suicidio, homicidio, accidentes mortales y acciones penales; en caso de existir trastornos psiquiátricos, que clase de tratamiento recibido.

### 7.3.1.1.1 Clasificación de enfermedades CIE-9 M.C.

La Codificación de enfermedades Cie-9, Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud es un manual que consta de 16 capítulos, correspondientes a aquellas patologías o procesos que resultan más complicados de codificar.

Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos implicados en este efecto son fisiológicos.

Para la evaluación de los antecedentes medico-quirúrgicos y mentales se empleó la clasificación de las enfermedades Cie-9 m.c de lo organización mundial de la salud. A partir de esta clasificación de enfermedades se realizó un chequeo que permitió identificar si la persona con intento de suicidio presentaba o no algún tipo de enfermedad médica.

<b>■ Eje III ■</b> <b>Enfermedades médicas (con códigos CIE-9-MC)</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias [001-139]
Neoplasias [140-239]
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y trastornos de la inmunidad [240-279]
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos [280-289]
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales [320-389]
Enfermedades del sistema circulatorio [390-459]
Enfermedades del sistema respiratorio [460-519]
Enfermedades del sistema digestivo [520-579]
Enfermedades del sistema genitourinario [580-629]
Complicaciones de embarazo, parto y puerperio [630-676]
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo [680-709]
Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo [710-739]
Anomalías congénitas [740-759]
Algunos trastornos originados en el periodo perinatal [760-779]
Síntomas, signos y trastornos definidos como enfermedad [780-799]
Traumatismos y envenenamientos [800-999]

FUENTE: DSM IV.

### 7.3.1.1.2 Clasificación enfermedades mentales CIE-10

La CIE-10 es un sistema internacional de clasificación y es de obligatorio cumplimiento para los países asociados, pues busca unificar los sistemas de información recopilados en todo el mundo. Se caracteriza por tener un apartado dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento, ubicado en el capítulo 5 del CIE-10 y están codificados por la letra F, además tiene tres presentaciones (Glosario abreviado, Descripciones clínicas, Criterios diagnósticos) y trae una presentación multiaxial compuesta por tres ejes (Eje I: Diagnóstico clínico; Eje II: Invalidez; Eje III: Factores contextuales).

La clasificación CIE-10 del Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales se utilizó para la evaluación de los antecedentes médico-quirúrgicos y mentales. A partir de esta clasificación de enfermedades se realizó un chequeo que permitió identificar si la persona con intento de suicidio presentaba o no algún tipo de enfermedad mental.

<b>■ Eje III ■</b> <b>Enfermedades médicas (con códigos CIE-10)</b>
Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)
Neoplasias (C00-D48)
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y algunas enfermedades inmunitarias (D50-D89)
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)
Enfermedades del ojo y sus anejos (H00-H59)
Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides (H60-H95)
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)
Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93)
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (L00-99)
Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)
Patología perinatal (P00-P96)
Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q00-Q99)
Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otros apartados
Heridas, envenenamientos y otros procesos de causa externa (S00-T98)
Morbilidad y mortalidad de causa externa (V01-Y98)
Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios (Z00-Z99)

FUENTE: DSM IV.

### 7.3.1.1.2.1 Antecedentes de enfermedad mental (Eje I)

*Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica:* El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental (que se han incluido en el Eje II).

Los principales grupos de trastornos incluidos en el Eje I constan en el cuadro que aparece más adelante. También se anotan en el Eje I otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica (Ver Anexo 6). Por lo tanto, en esta investigación, la clasificación del Eje I se utiliza para determinar si las personas con intento de suicidio presentaban antecedentes de enfermedad mental.

<p>■ Eje I ■ <b>Trastornos clínicos</b> <b>Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica</b></p> <p>Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (<i>se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II</i>) Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica Trastornos relacionados con sustancias Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos Trastornos del estado de ánimo Trastornos de ansiedad Trastornos somatomorfos Trastornos facticios Trastornos disociativos Trastornos sexuales y de la identidad sexual Trastornos de la conducta alimentaria Trastornos del sueño Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados Trastornos adaptativos Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica</p>
---

FUENTE: DSM IV.

### 7.3.1.2 Trastornos de la personalidad y retraso mental (Lista de chequeo)

Los temperamentos de tipo impulsivo relacionado con otros factores como frustración o miedo pueden condicionar un intento de suicidio (Morales, Jiménez, Perea, Villamil, Gelves 2002). (Ver Anexo 9).

La clasificación del Eje II del DSM IV, trastornos de personalidad y retraso mental, se utiliza en esta investigación con el objetivo de determinar si las personas con intento de suicidio presentaban trastornos de personalidad y retraso mental.

<b>■ Eje II ■</b>	
<b>Trastornos de la personalidad</b>	
<b>Retraso mental</b>	
Trastorno paranoide de la personalidad	Trastorno de la personalidad por dependencia
Trastorno esquizoide de la personalidad	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Trastorno de la personalidad no especificado
Trastorno antisocial de la personalidad	
Trastorno límite de la personalidad	
Trastorno histriónico de la personalidad	
Trastorno narcicista de la personalidad	Retraso mental
Trastorno de la personalidad por evitación	

FUENTE: DSM IV.

### 7.3.1.3 Inventario de depresión de Beck

#### 7.3.1.3.1 Descripción

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y Cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en nuestro país.

En la versión de 1961 cada ítem contemplaba de 4 a 6 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad, y así fueron recogidas en la adaptación y validación de Conde y Cols, si bien en una revisión posterior introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original, tales como la

eliminación completa de 2 ítems (sentimientos de culpa y autoimagen) y la aleatorización de las alternativas de respuesta.

En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

#### **7.3.1.3.2 Interpretación**

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión	0-9 puntos
Depresión leve	10-18 puntos
Depresión moderada	19-29 puntos
Depresión grave	≥ 30 puntos

Se ha cuestionado algunos aspectos de su validez de contenido, ya que los síntomas referidos al estado de ánimo tienen poco peso y, además, parte de la premisa de que la depresión se caracteriza por una inhibición general, ya que sólo recoge síntomas por defecto. Tiene escasa capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad, y tampoco resulta adecuado para realizar un diagnóstico

diferencial frente a otros trastornos psiquiátricos o para diferenciar distintos subtipos de depresión.

En población geriátrica los ítems de síntomas somáticos pueden distorsionar al alza la puntuación total, y en general y a efectos de cribado, se considera más idónea la escala de depresión geriátrica de Yesavage. En pacientes médicos, y por la misma razón, mantiene una buena sensibilidad pero una baja especificidad, con elevado porcentaje de falsos positivos, es especial si se utilizan puntos de corte bajos.

Se trata posiblemente, del cuestionario heteroaplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja. (Ver Anexo 10).

### **7.3.1.3.3 Propiedades psicométricas**

**7.3.1.3.3.1 Fiabilidad:** Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0,8$ , pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

**7.3.1.3.3.2 Validez:** Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS).

En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas.

### **7.3.1.4 Cuestionario CAGE (Detección de Alcoholismo)**

#### **7.3.1.4.1 Descripción**

El cuestionario de detección de alcoholismo (CAGE), fue elaborado por J.A. Ewing en el año 1984. El CAGE es un instrumento que evalúa el diagnóstico precoz de

problemas relacionados con el alcohol, su aplicación es heteroadministrada por personal auxiliar, previamente entrenado en su uso. (Ver Anexo 11).

El CAGE consta de 4 ítems; 3 de ellos exploran los aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo de alcohol, y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. Los 4 ítems son de respuesta dicotómica sí/no.

Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 4 ítems. En cada ítem la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0. Los autores recomiendan utilizar los siguientes puntos de corte:

0	No hay problemas relacionados con el alcohol.
1	Indicio de problemas relacionados con el alcohol.
2-4	Dependencia alcohólica.

#### **7.3.1.4.2 Interpretación**

Debe considerarse como un test de detección de problemas graves relacionados con el consumo de alcohol y no posee adecuada sensibilidad para detectar consumo de riesgo.

A pesar de existir medidas con mejores índices de sensibilidad y especificidad, su uso se ha extendido gracias a su brevedad y facilidad de puntuación.

Según sus autores 2 ó 3 respuestas afirmativas suponen un alto grado de sospecha y 4 afirmaciones son patognomónicas de alcoholismo.

Su sensibilidad oscila entre 49 y 100% y su especificidad entre 79 y 100%, en función del punto de corte propuesto y de la gravedad del problema relacionado con el alcohol que se esté valorando. En la validación española, con un punto de corte de 2 (que es el más comúnmente aceptado) se obtiene una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100%. Si el punto de corte se sitúa en 1 la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 98%.

Debido a lo incisivo de algunos ítems, puede provocar suspicacia en el entrevistado, por lo que debería administrarse siempre “camuflado”. No posee adecuada sensibilidad para detectar problemas leves.

#### **7.3.1.4.3 Propiedades psicométricas**

**7.3.1.4.3.1 Validez:** Rodríguez-Martos encuentra un buen coeficiente de correlación con el test MALT y todos los ítems poseen excelente poder discriminativo.

Con un punto de corte de 1 la sensibilidad es de 0,86-0,90 y la especificidad de 0,52-0,93 y si el punto de corte se establece en 2 la sensibilidad desciende a 0,78-0,81 y la especificidad aumenta hasta 0,76-0,96.

### **7.3.1.5 Problemas psicosociales y ambientales<sup>54</sup> (Lista de chequeo)**

Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, sólo deben hacerse constar si constituyen un problema o conducen a él, como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a una situación nueva. Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención terapéutica general.

Cuando una persona tiene problemas psicosociales o ambientales múltiples, el clínico debe tomar nota de todos aquellos que juzgue relevantes. En general, el clínico sólo debe hacer constar aquellos problemas psicosociales y ambientales que hayan estado presentes durante el año anterior a la evaluación actual. Sin embargo, el clínico puede decidir el registro de problemas psicosociales y ambientales acaecidos antes del año anterior si han contribuido claramente al trastorno mental o se han constituido en un objetivo terapéutico. (Ver Anexo 12).

En esta investigación se evaluaron los problemas psicosociales y ambientales clasificados en el Eje IV del DSM IV, las carencias afectivas, el maltrato en la infancia y el maltrato en la adultez. Esta evaluación se realizó a través de lista de chequeo del eje IV del DSM IV y la aplicación de cuestionarios conformados por una serie de ítems que identifican la presencia de alguno de estos problemas psicosociales en las personas con intento de suicidio.

### **7.3.1.6 Evaluación de la actividad global (EEAG)**

#### **7.3.1.6.1 Descripción**

---

<sup>54</sup> **DSM IV.** Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales.

La escala de Evaluación fue creada por la Asociación Americana de Psiquiatría, y esta incluida en el DSM IV.

La escala de la Actividad Global es un instrumento para la valoración del funcionamiento global o general en sujetos, durante un periodo específico de tiempo, como un continuo de enfermedad psicológica o psiquiátrica a estado de salud.

Contiene un único ítem, que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (reservada para aquellos individuos que no sólo están exentos de psicopatología, sino que muestran rasgos considerados como de salud mental positiva como son funcionamiento superior, elevados intereses, integridad, calidez...) y 1 (manifiesta expectativa de muerte). La puntuación de 0 se reserva para cuando la información no es adecuada.

Su aplicación debe ser heteroadministrada y el marco temporal valorado el momento actual. (Ver Anexo 13).

#### **7.3.1.6.2 Interpretación**

Los autores recomiendan que la valoración se haga en función de los síntomas en el momento valorado y que no se encuentren influenciados por consideraciones de pronóstico, diagnósticos previos o de presunción de la patología subyacente.

La información puede obtenerse de cualquier fuente existente, ya sea la entrevista con el paciente o grabaciones del paciente.

Debido a que valora un completo rango de severidad, puede ser utilizada en todos aquellos estudios que precisen una valoración global de la severidad de la enfermedad o del grado de salud. Los autores precisan que no en todos los casos es necesario utilizar la escala completa y que pueden emplearse los primeros o los últimos ítems en función del tipo de estudio diseñado.

#### **7.3.1.6.3 Propiedades psicométricas**

**7.3.1.6.3.1 Fiabilidad:** El coeficiente de correlación intraclase, analizado en cinco diferentes estudios, oscila entre 0,61 y 0,91.

**7.3.1.6.3.2 Validez:** La validez concurrente se llevó a cabo con el Mental Status Examination Record (MSER), con el Psychiatric Status Schedule (PSS) y con el

Family Evaluation Form (FEF). Ha demostrado poseer una adecuada sensibilidad al cambio y ser un buen predictor de reingreso hospitalario.

### 7.3.1.7 Escala para la valoración de intentos de suicidio (RRS)

Las escalas de valoración del intento de suicidio tienen como objetivo identificar los pacientes con mayor riesgo de cometer suicidio.

La escala para la valoración de los intentos de suicidio conjuga la evaluación del riesgo y la rescatabilidad del intento de suicidio, ayuda a diferenciar entre tentativa de suicidio y suicidio frustrado, cuando la puntuación de la escala es alta refleja hay una elevada probabilidad de repetir el intento (Rodríguez Castro, 1997).

Se compone de 2 subescalas, una de riesgo y otra de rescate, de 5 ítems que puntúan de 1 al 3. Las puntuaciones de riesgo y rescate pueden verse en la tabla 12. Además de estas puntuaciones se calcula la razón riesgo/rescate, cuando ésta superior al 44-50% la probabilidad de repetición es elevada. (Ver Anexo 14).

A continuación se presenta una tabla de puntuaciones:

Puntuaciones de la escala de Weisman y Worden	
Bajo (5-6)	Muy rescatable (14-15)
Moderado-bajo (7-8)	Alta moderada (12-13)
Moderado (9-10)	Moderada(10-11)
Moderado-alto (11-12)	Baja moderada (8-9)
Alto (13-15)	Menos rescatable (5-7)

### 7.3.1.8 Escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS)

#### 7.3.1.8.1 Descripción

La escala de Intencionalidad Suicida fue diseñada por Beck y cols. Su objetivo es evaluar las características de la tentativa suicida (circunstancias en que se produjo, actitud ante la vida y la muerte, pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otras circunstancias relacionadas).

Se trata de un instrumento heteroaplicado. Se recomienda su utilización en personas que han ensayado una tentativa de suicidio. Consta de 20 ítems, valorados en una escala de 3 puntos (de 0 a2). Está formada por tres partes:

- Parte objetiva: ítems 1 a 8 y explora las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio.
- Parte subjetiva: ítems 9 a 15. Valora las expectativas durante la tentativa.
- Otros aspectos: ítems 16 a 20.

La puntuación total es la suma de las puntuaciones de los ítems 1 a 15 (los cinco últimos no puntúan). (Ver Anexo 15).

### **7.3.1.8.2 Interpretación**

La Escala se ha utilizado tanto en adultos, como en adolescentes. Su utilidad consiste en valorar la seriedad del intento suicida y analizar el riesgo subsecuente de nuevos intentos suicidas.

Se ha puesto en duda su validez para predecir el riesgo de nuevos intentos suicidas, aunque otros autores han sugerido su capacidad para identificar riesgo de suicidio en los dos años siguientes a un intento no fatal.

Los autores no proponen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor gravedad. Se observan puntuaciones medias más altas (7,6) en casos de suicidios llevados a término, que en casos de intentos frustrados (5,7). Los pacientes que no realizan un nuevo intento de suicidio en el plazo de un año tienen valores en el total de la escala (ítems 1 a 15) menores que aquellos que realizan un nuevo intento (12,4 frente a 15,5). Este dato avala su empleo para valorar el riesgo de nuevo intento de suicidio.

### **7.3.1.8.3 Propiedades psicométricas**

**7.3.1.8.3.1 Fiabilidad:** La fiabilidad de los 8 primeros ítems de la escala es de 0,91. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es elevada (0,82).

En adolescentes la consistencia interna para los 15 primeros ítems es de 0,85 (0,60 para los 8 primeros y 0,85 para los restantes). La correlación de la puntuación total con cada uno de los ítems es significativa, salvo para el 8.

**7.3.1.8.3.2 Validez:** El análisis factorial ha puesto de manifiesto la existencia de tres factores principales en la construcción de la escala: expectativa de resultado, conductas de aislamiento y actividades de planificación.

Ha mostrado correlaciones positivas con escalas similares como: Suicide Ideation Questionnaire, Reynolds Adolescent Depresión Scale y Hopelessness Scale for Children.

### **7.3.1.9 Escala de ideación suicida (SSI)**

#### **7.3.1.9.1 Descripción**

La escala de ideación suicida fue elaborada por A.T. Beck, M: Kovacs, A. Weissman en 1979. Es una escala heteroaplicada, fue desarrollada para medir las características de los planes y deseos suicidas del sujeto, siendo su objetivo concreto cuantificar la intensidad de la intención suicida consciente en el momento actual, así como la actitud del sujeto hacia este tipo de ideas.

Es una escala de 19 ítems que debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte.
- Pensamientos o deseos suicidas.
- Proyecto de intento de suicidio.
- Realización del intento proyectado.

En una quinta sección, con dos ítems, se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva. (Ver anexo 16).

#### **7.3.1.9.2 Interpretación**

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sean de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala.

Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen solo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total.

El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación, un más elevado riesgo de suicidio.

Esta escala puede ser un instrumento útil en la investigación, tanto como variable clasificatoria, al permitir distinguir entre individuos que varían en su grado de ideación suicida, como de variable dependiente, posibilitando cuantificar el cambio producido por el tratamiento. En la práctica clínica, permite la cuantificación y agrupación de los datos del paciente respecto a sus pensamientos suicidas, y puede servir de ayuda en la valoración clínica de la conducta suicida.

El valor de esta escala es limitado, ya que se sabe poco sobre las causas y los patrones de transición de la ideación suicida al intento de suicidio, y del intento de suicidio al suicidio, y sobre los factores que precipitan estas transiciones o que protegen frente a ellas.

La ideación suicida es un elemento más a considerar en la valoración del riesgo suicida, en la que el juicio clínico juega un papel determinante; por tanto, el resultado de esta escala no debe ser utilizado como único criterio en esa valoración.

Por sus características, no es útil en estudios epidemiológicos o de cribado, donde se tiende a utilizar cuestionarios más simplificados. Tampoco es útil para evaluar la seriedad de la intencionalidad suicida en los casos de tentativa de suicidio, donde deben aplicarse otras escalas.

#### **7.3.1.9.3 Propiedades psicométricas**

En el estudio sobre fiabilidad, realizado por los autores, sobre una muestra de sujetos hospitalizados, se obtuvo una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89) y una fiabilidad ínter examinador de 0.83. Este y otros estudios apoyan la validez de constructo, validez concurrente y capacidad discriminativa de la escala.

## 7.4 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de la presente investigación partió de la realización de una base de datos mediante una hoja de cálculo Microsoft Excel, que agrupo la información de cada uno de integrantes de la población muestral, así como las puntuaciones obtenidas en cada una de las pruebas aplicadas durante el desarrollo de la entrevista semiestructurada para las personas que han realizado intento de suicidio. Posteriormente, la base de datos mencionada fue importada a SPSS 10.0.6<sup>55</sup> como programa más sensible de análisis estadístico.

Para los análisis de datos se emplearon diferentes pruebas y estadísticos, teniendo en cuenta para esto los siguientes criterios: las variables de interés no se distribuían normalmente, la muestra era mayor de treinta ( $n > 30$ ). Tales pruebas y estadísticos fueron:

- *Tablas de frecuencia univariada y multivariada:* Estas tablas presentan, en forma ordenada, los distintos valores de una variable (univariada), o de tres o más variables (multivariada), con sus correspondientes frecuencias.
- *Tablas de contingencia:* También conocida como tabla de frecuencia de dos factores. En estas tablas, las frecuencias corresponden a dos variables, una variable se utiliza para categorizar renglones y una segunda variable para categorizar columnas.

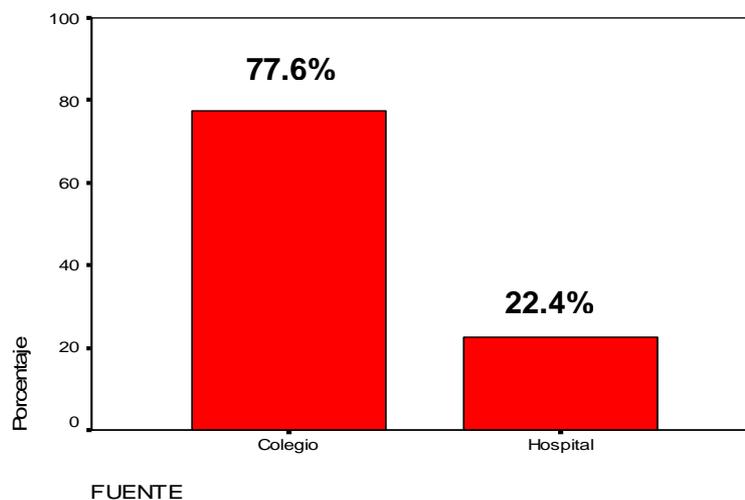
---

<sup>55</sup> SPSS Inc. SPSS para Windows. Versión 10.0.6. 1999.

## 8 RESULTADOS

De acuerdo a los datos recolectados en la entrevista semiestructurada aplicada en la presente investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

### GRAFICO 1. FUENTES DE INFORMACION DE CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO



El gráfico anterior permite observar que la muestra que hizo parte de esta investigación, pertenecía a dos grupos institucionales: los colegios y los hospitales de cada municipio estudiado, según registros de la Secretaria de Salud Departamental del Huila.

El 77.6% de la población, corresponde a personas pertenecientes a los colegios, este hecho puede explicarse debido a la accesibilidad que se tuvo con estas personas en el momento de aplicar los instrumentos.

Por otra parte, el 22.4% del total de la muestra, corresponde a las personas ubicadas a través de los registros de los hospitales. Es preciso mencionar que esta cifra, posiblemente, obedece a la gran cantidad de sub-registros presentados en las instituciones hospitalarias de cada uno de los municipios.

**TABLA 1. DISTRIBUCION DE INTENTOS DE SUICIDIO POR MUNICIPIOS Y TASA DE INCIDENCIA**

<b>MUNICIPIO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>POBLACION 2005</b>	<b>TASA X100,000 HABITANTES</b>
Tarqui	8	14741	54,3
Guadalupe	6	13631	44,0
Algeciras	10	23788	42,0
Palermo	9	21510	41,8
San Agustín	10	27280	36,7
Timaná	7	25878	27,1
Gigante	5	21924	22,8
La Plata	7	41967	16,7
Campoalegre	5	30485	16,4
Garzón	8	51935	15,4
Rivera	2	16095	12,4
Pitalito	9	88941	10,1
Neiva	30	377480	7,9
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>755655</b>	<b>15,4</b>

La tabla 1, permite observar que de los trece municipios incluidos en este estudio, cinco presentan altas tasas de intentos de suicidio. Estas tasas se obtuvieron a través del desarrollo de la presente investigación, y se utilizó la fórmula  $T=I/TP$ , donde I hace referencia a los casos de intento de suicidio encontrados durante la investigación y TP, al total de la población del municipio en el tiempo estudiado.

Tarqui presenta las mayores tasas de intento de suicidio, registrando una tasa de incidencia de  $54.3 \times 100.000$  habitantes, seguido por el municipio de Guadalupe, con una tasa de incidencia de  $44 \times 100.000$  habitantes, Algeciras con una tasa de incidencia de  $42 \times 100.000$  habitantes, Palermo con una tasa de  $41.8 \times 100.000$  habitantes y San Agustín con  $36.7 \times 100.000$  habitantes.

Las cuatro ciudades más importantes del departamento del Huila y con mayor número de pobladores, presentan tasas de incidencia de intento de suicidio inferiores a  $17 \times 100.000$  habitantes. Neiva presenta una tasa de incidencia de  $7.9 \times 100.000$  habitantes, Pitalito  $10.1 \times 100.000$  habitantes, Garzón con  $15.49 \times 100.000$  habitantes y La Plata con  $16.7 \times 100.000$  habitantes.

**TABLA 2. DISTRIBUCION DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN LA EDAD Y EL GÉNERO**

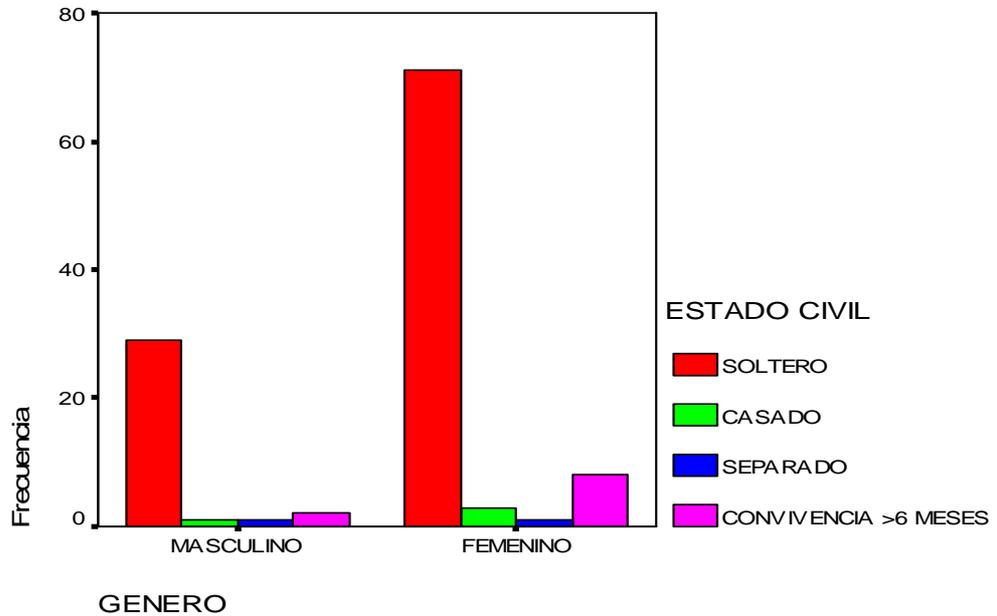
EDAD	GENERO		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
12-14	5	26	31	27
15-20	24	49	73	63
21-25	2	3	5	4
26-30	1	4	5	4
31-40	1	0	1	1
41-51	0	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>83</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

A partir del desarrollo de la presente investigación se puede mencionar que la población que más realizó intento de suicidio es la comprendida entre los 15 y 20 años, registrándose un total de 73 casos, que representa el 63% de la población estudiada.

Con relación al género se observó que el intento de suicidio se presentó con mayor prevalencia en el género femenino, 83 registros, mientras que el género masculino solo registró 33 casos.

La población con edades entre los 12 y los 15 años también presenta significativos porcentajes de intento de suicidio, llegándose a registrar 50 casos, de los cuales 13 eran hombres y 37 eran mujeres, representando el 43.1% del total de los casos.

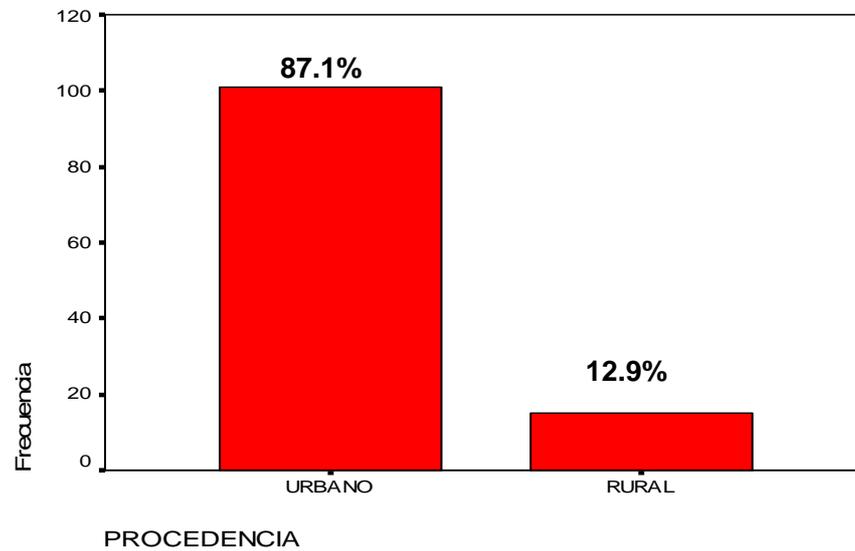
**GRAFICO 2. DISTRIBUCION DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN EL ESTADO CIVIL Y EL GÉNERO**



El gráfico 3, permite observar que las mujeres solteras tienen más tendencia al intento de suicidio, ya que representan el 61.2% del total de la muestra; a continuación se encuentran las mujeres que tienen una relación de convivencia mayor a seis meses, con un porcentaje de 6.9%.

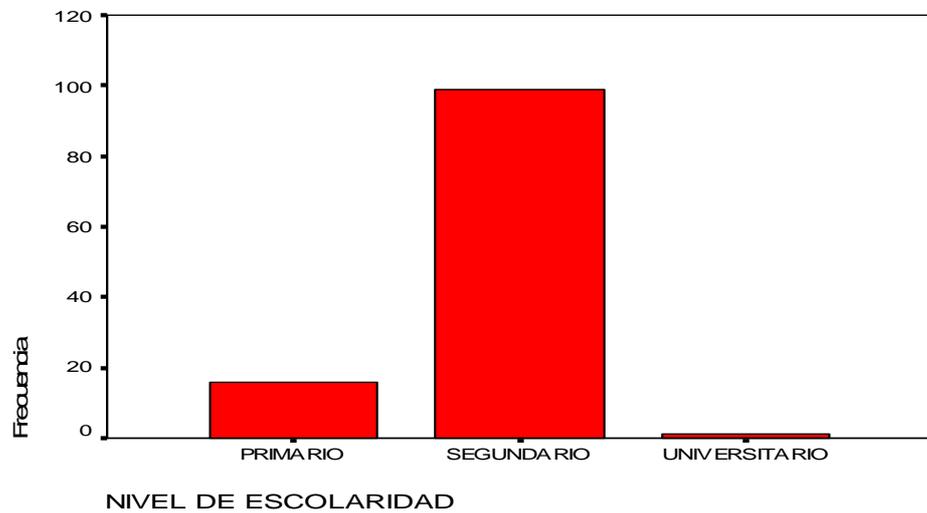
Por otra parte la población masculina presenta porcentajes inferiores, con relación a la población femenina, y se resalta que los hombres solteros son quienes registran más intentos de suicidio con un porcentaje de 25.0%.

**GRAFICO 3. DISTRIBUCION DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN LA PROCEDENCIA**



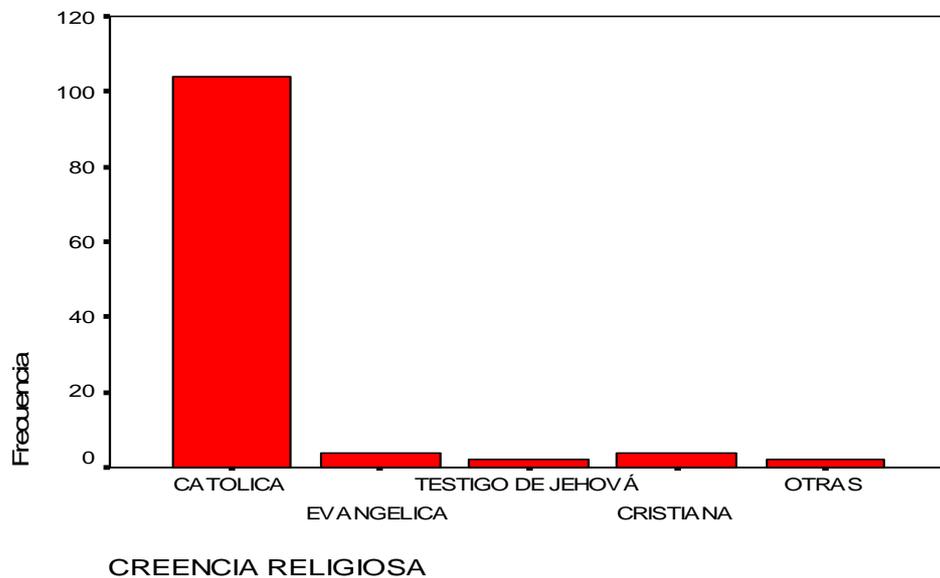
Con relación al lugar de procedencia se puede decir que el 87.1% del total de las personas que intentaron suicidarse residen en la zona urbana de los municipios, mientras que el 12.9% residen en la zona rural.

**GRAFICO 4. DISTRIBUCION DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD**



De acuerdo al gráfico 6, se puede decir que el 85.3% de las personas que intentaron suicidarse han realizado, o están realizando, estudios secundarios. El 13.8% de la población con intento de suicidio han cursado, o están cursando, estudios a nivel primario y solo el 0.9% de la población tienen un nivel educativo superior.

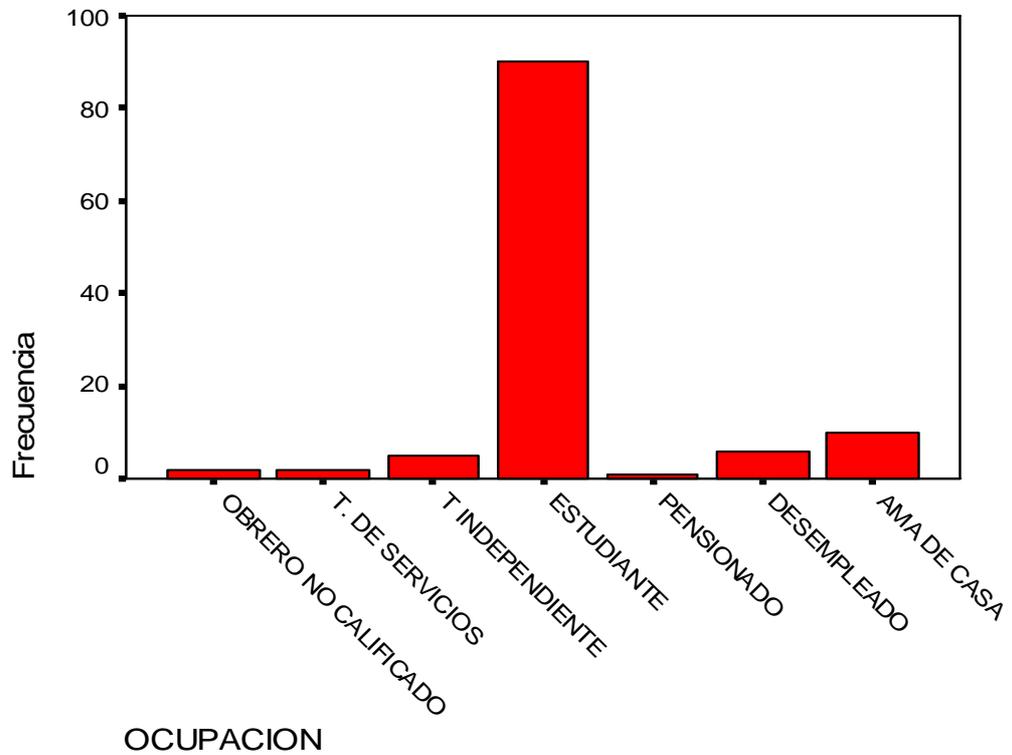
**GRAFICO 5. DISTRIBUCION DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN LA CREENCIA RELIGIOSA**



Este gráfico permite observar que el 89.7% de las personas que realizaron intento de suicidio son de creencia religiosa católica, mientras que el 6.8% de la población pertenecen a los grupos religiosos evangélicos y cristianos.

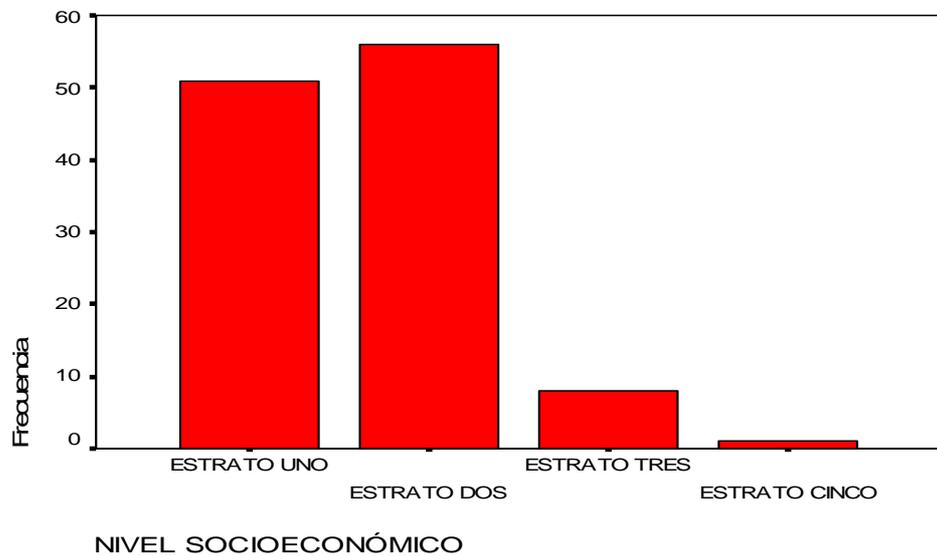
Las personas con otras preferencias religiosas y los testigos de Jehová representan el 3.4% del total de la muestra.

**GRAFICO 6. DISTRIBUCION DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN LA OCUPACION**



El 77.6% de las personas que intentaron suicidarse en los trece municipios estudiados del departamento del Huila son estudiantes, el 8.6% son amas de casa, el 5.2% son desempleados, el 4.3% son trabajadores independientes, el 3.4% son obreros no calificados y trabajadores de servicios, y el 0.9% son pensionados.

**GRAFICO 7. DISTRIBUCION DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONOMICO**

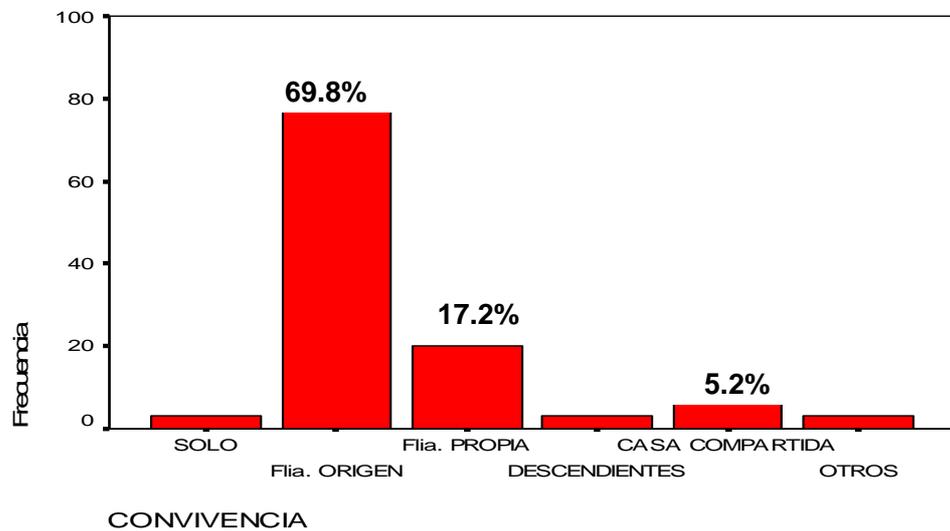


El 48.3% de las personas que realizaron intento de suicidio pertenecen al estrato socioeconómico 2 y el 44% pertenecen al estrato socioeconómico 1, lo que permite concluir que el intento de suicidio es más frecuente en las personas que poseen un nivel económico bajo.

Al estrato socioeconómico 3 pertenecen el 6.9% de las personas con intento de suicidio y el 0.9% pertenecen al estrato socioeconómico 5.

Es importante mencionar que aunque los intentos de suicidio se presenten con una menor proporción en los niveles económicos medios y altos, esta problemática esta afectando a toda la sociedad huilense, sin distinción de estrato económico.

**GRAFICO 8. DISTRIBUCION DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN LA CONVIVENCIA**



Con relación al gráfico 8, se puede afirmar que el 69.8% de las personas que intentaron suicidarse conviven con su familia de origen y el 17.2% conviven con su familia propia.

La convivencia en casa compartida representa el 5.2% del total de la muestra y aquellas personas que conviven con sus descendientes, con otras personas e incluso solos, solo representan el 7.8% del total de la población estudiada.

**TABLA 3. CLASIFICACION DE ENFERMEDADES CLINICAS (CIE 9) EN EL INTENTO DE SUICIDIO**

<b>ENFERMEDADES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Traumatismos y envenenamientos	16.4%
Enfermedades del sistema digestivo	15.5%
Enfermedades infecciosas y parasitarias.	13.8%
Enfermedades del sistema genitourinario	12.1%
Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo	9.4%
Complicaciones de embarazo, parto y puerperio	6.0%
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales	5.1%
Enfermedades del sistema respiratorio	4.3%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	3.4%
Enfermedades del sistema circulatorio	3.4%
Anomalías congénitas	3.4%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2.5%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y T de Inmunidad.	2.5%
Síntomas, signos y trastornos definidos como enfermedad	2.5%
Neoplasias	0.8%
Algunos trastornos originados en el periodo perinatal	0.8%

De acuerdo a la tabla 3, se puede decir que las enfermedades clínicas que han padecido las personas con intento de suicidio, son las del sistema digestivo, los traumatismos y envenenamientos, las enfermedades infecciosas y parasitarias, entre otras, sin embargo es preciso mencionar que aunque estas enfermedades se representen con un mayor porcentaje, en relación a las otras, su incidencia en el intento de suicidio no es significativa, ni relevante.

**TABLA 4. CLASIFICACION DE ENFERMEDADES MENTALES (CIE-10) EN EL INTENTO DE SUICIDIO**

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MENTALES PASADAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Trastornos del humor (afectivos).	24.1%
Trastornos del comportamiento y emociones de comienzo en la infancia y la en adolescencia.	13.8%
Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	7.7%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.	5.1%
Trastornos del desarrollo psicológico.	4.3%
Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto.	2.5%
Trastornos mentales y del comportamiento por consumo sustancias psicotrópicas.	2.5%
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos.	1.7%
Retraso mental.	1.7%
Trastorno mental sin especificar.	1.7%
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.	0.8%

Con relación a la tabla anterior se puede decir que las enfermedades pasadas, clasificadas por la cie 10, que representan un mayor porcentaje, y presentes en las personas que realizaron intento de suicidio fueron los trastornos del humor, del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y en la adolescencia, sin embargo estos registros no se consideran significativos al momento de hablar de intento de suicidio.

**TABLA 5. CLASIFICACION DE ENFERMEDADES MENTALES (CIE-10) EN EL INTENTO DE SUICIDIO**

<b>ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL. EJE I</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Trastornos del estado de ánimo.	6.0%
Trastornos del sueño.	4.3%
Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados.	2.6%
Trastornos de inicio en la infancia o en la adolescencia.	1.7%
Trastornos de ansiedad.	1.7%
Trastornos adaptativos.	1.7%
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.	0.0%
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.	0.0%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	0.0%
Trastornos de la conducta alimenticia.	0.0%
Trastornos disociativos.	0.0%
Trastornos facticios.	0.0%
Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica.	0.0%
Trastornos sexuales y de la identidad sexual.	0.0%
Trastornos somatomorfos.	0.0%

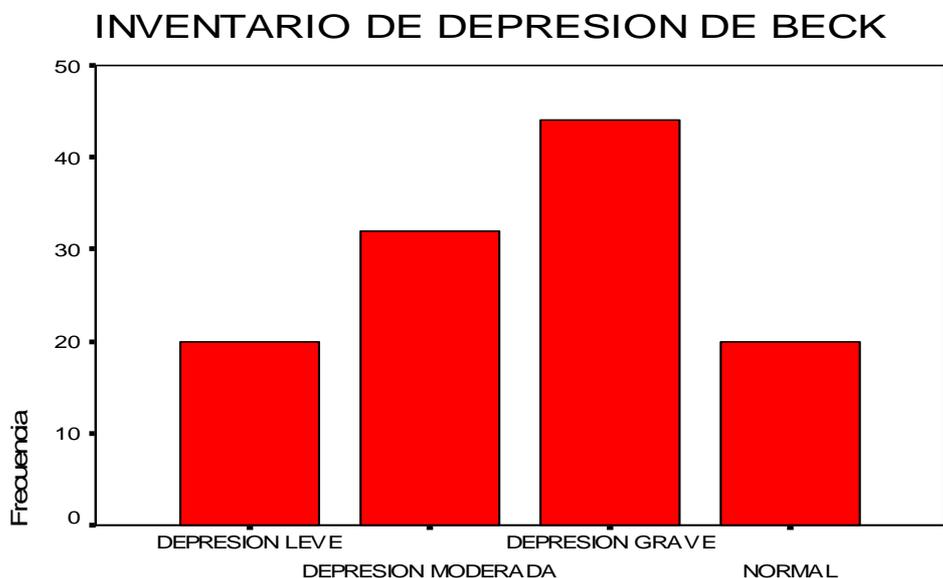
La tabla 5, permite observar que las personas que realizaron intento de suicidio presentaron antecedentes de enfermedades mentales como trastornos del estado de ánimo y trastornos de sueño, sin embargo el valor de estos porcentajes no es representativo al momento de hablar del intento de suicidio.

**TABLA 6. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RETRASO MENTAL EN EL INTENTO DE SUICIDIO**

<b>EJE II: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RETRASO MENTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Trastorno de la personalidad por evitación.	3.5%
Trastorno esquizotípico de la personalidad.	1.7%
Trastorno paranoide de la personalidad.	1.7%
Trastorno antisocial de la personalidad.	0.9%
Trastorno de la personalidad por dependencia.	0.9%
Trastorno histriónico de la personalidad.	0.9%
Trastorno límite de la personalidad.	0.9%
Trastorno narcisista de la personalidad.	0.9%
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.	0.0%
Trastorno esquizoide de la personalidad.	0.0%
Trastorno de la personalidad no especificado.	0.0%

La tabla anterior permite observar que los trastornos de la personalidad y el retraso mental no influyen de manera significativa en el intento de suicidio.

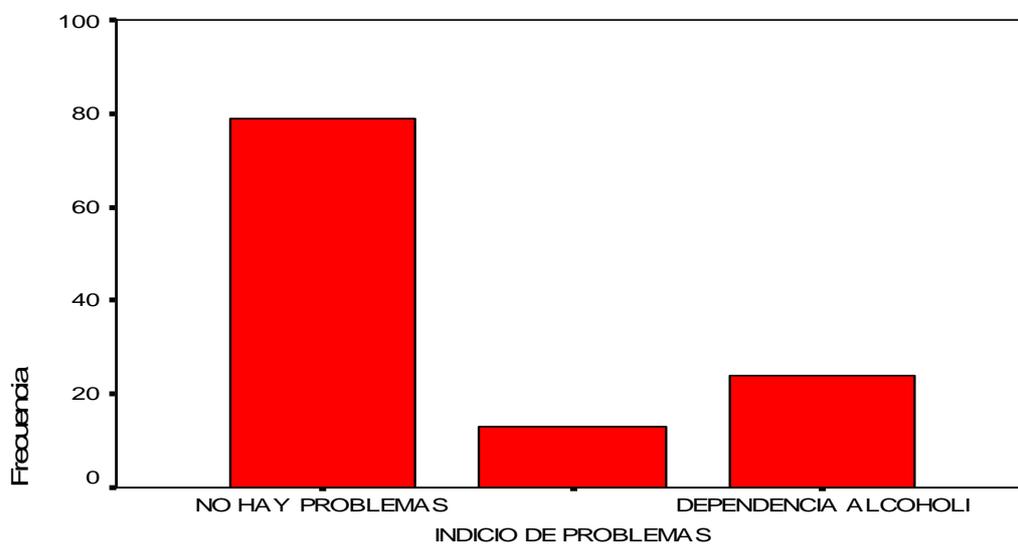
## GRAFICO 9. RELACION DE INTENTO DE SUICIDIO Y DEPRESION



Con relación al gráfico 9, se puede afirmar que el 37.9% de la población estudiada presentó un grado de depresión grave. El 27.6% de las personas con intento de suicidio presentaron un grado de depresión moderado y el 17.2% presentó un grado leve de depresión.

El 17.2% de las personas que han realizado intento de suicidio, no presentaron ningún grado de depresión.

**GRAFICO 10. CONSUMO DE ALCOHOL EN SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO**



**CUESTIONARIO DE DETECCION DE ALCOHOLISMO "CAGE"**

El gráfico 10, indica que el 68.1% de las personas con intento de suicidio no presentó problemas relacionados con el consumo de alcohol. Por el contrario el 20.7% presentó una marcada dependencia alcohólica y el 11.2% comienza a manifestar problemas relacionados con el alcohol.

**TABLA 7. CLASIFICACION DSM IV PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN EL INTENTO DE SUICIDIO**

<b>CLASIFICACIÓN DSM IV: EJE IV</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	53,45%
Problemas económicos	29,31%
Problemas relativos al ambiente social	28,45%
Problemas relativos a la enseñanza	25,86%
Otros problemas psicosociales y ambientales	9,48%
Problemas de vivienda	9,48%
Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria	8,62%
Problemas laborales	6,03%
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal	0,00%

Esta tabla indica que los problemas psicosociales y ambientales que más afectan a las personas que intentaron suicidarse son, los problemas relativos al grupo primario de apoyo, los económicos y los relativos al ambiente social.

**TABLA 8. CARENCIAS AFECTIVAS EN EL INTENTO DE SUICIDIO**

<b>TIPO DE CARENCIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Ninguno	60.34%
Separación a edad temprana del padre	33,62%
Separación a edad temprana de la madre	13,79%
Adoptado	0,00%

Esta tabla permite observar que 60.34% las personas que realizaron intento de suicidio manifiestan no haber sufrido algún tipo de carencia afectiva. No obstante las personas manifiestan haber experimentado algún tipo de carencia afectiva en el transcurso de su vida.

**TABLA 9. MALTRATO EN LA INFANCIA Y EL INTENTO DE SUICIDIO**

<b>TIPO DE MALTRATO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Ninguno	38,79%
Verbal	32,76%
Físico	31,90%
Testigo de violencia	18,10%
Víctima de abuso emocional o psicológico	11,21%
Sexual	9,48%
Negligencia parental	7,76%

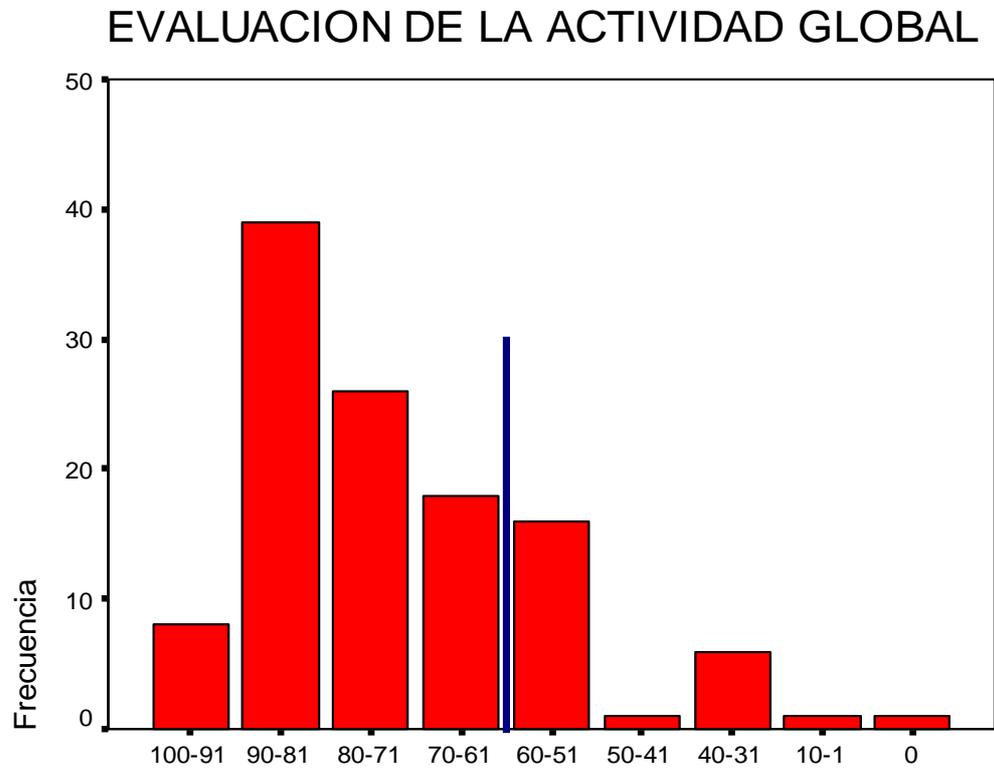
Esta tabla permite observar que 38,79% las personas que realizaron intento de suicidio no manifiestan haber sido víctimas de algún tipo de maltrato durante la infancia. Sin embargo, es pertinente mencionar que las personas manifiestan haber sido víctima o haber presenciado uno o varios tipos de maltrato, siendo el maltrato verbal durante la infancia el más presentado.

**TABLA 10. MALTRATO EN LA ADULTEZ Y EL INTENTO DE SUICIDIO**

<b>TIPO DE MALTRADO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Ninguno	46,55%
Verbal	37,93%
Abuso emocional o psicológico	15,52%
Físico	14,66%
Testigo de violencia	8,62%
Sexual	4,31%

Esta tabla permite observar que el 46,55% de las personas que realizaron intento de suicidio no manifiestan haber sido víctimas de maltrato en su adultez, sin embargo sí se presentan casos de maltrato, aunque en menores proporciones, en especial maltrato verbal y emocional.

## GRAFICO 11. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS, ORGANIZACIÓN Y CLIMA EMOCIONAL

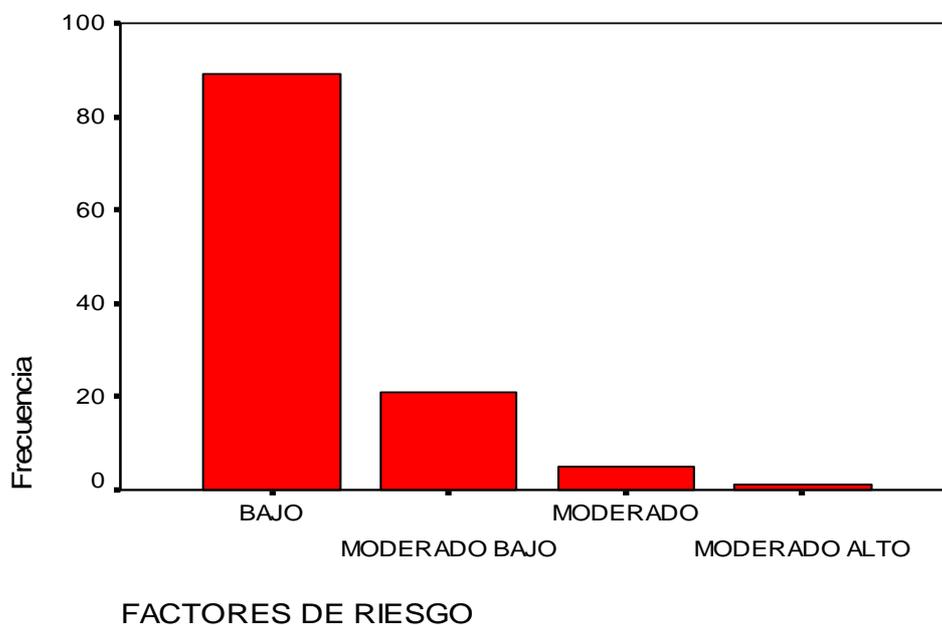


De acuerdo al gráfico anterior el 33.6% de las personas que intentaron suicidarse son personas que se destacan por ser socialmente eficaces, generalmente están satisfechos de su vida, sin mayores preocupaciones o problemas que los cotidianos.

El 22.4% de la población estudiada reacciona de forma esperada ante agentes estresantes psicosociales y sólo tienen una ligera alteración de su actividad social, laboral o escolar. El 15.5% de las personas con intento de suicidio presentan alguna, o leve, dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien, además se caracterizan por tener buenas relaciones interpersonales.

El 13.8% de la población que intentó suicidarse presenta dificultades moderadas en las actividades sociales, laborales y/o escolares.

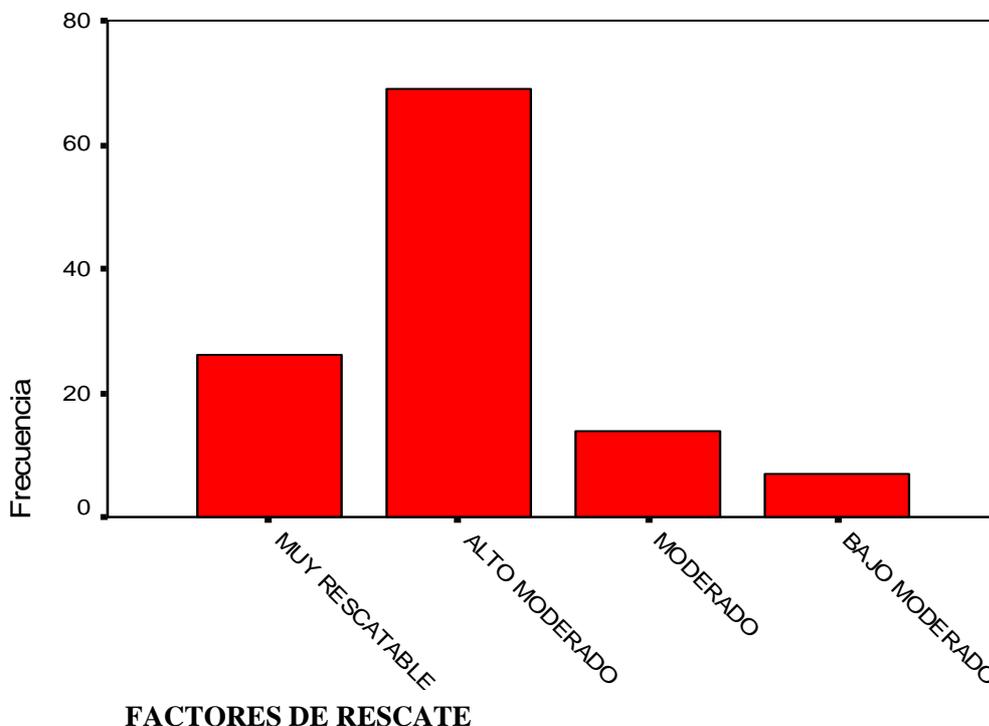
**GRAFICO 12. VALORACION DEL INTENTO DE SUICIDIO -RRS-  
(Factores de Riesgo)**



De acuerdo al gráfico, el 76.7% de las personas que intentaron suicidarse presentaron una puntuación de riesgo bajo, en cuanto a los factores de riesgo de la escala de valoración del intento de suicidio. El 18.1% de la población presentó un nivel moderado bajo y un 4.3% de la población presentó un nivel moderado.

El 0.9% de la población que intentó suicidarse registró, en los factores de riesgo de la escala de valoración del intento de suicidio, un nivel moderado alto.

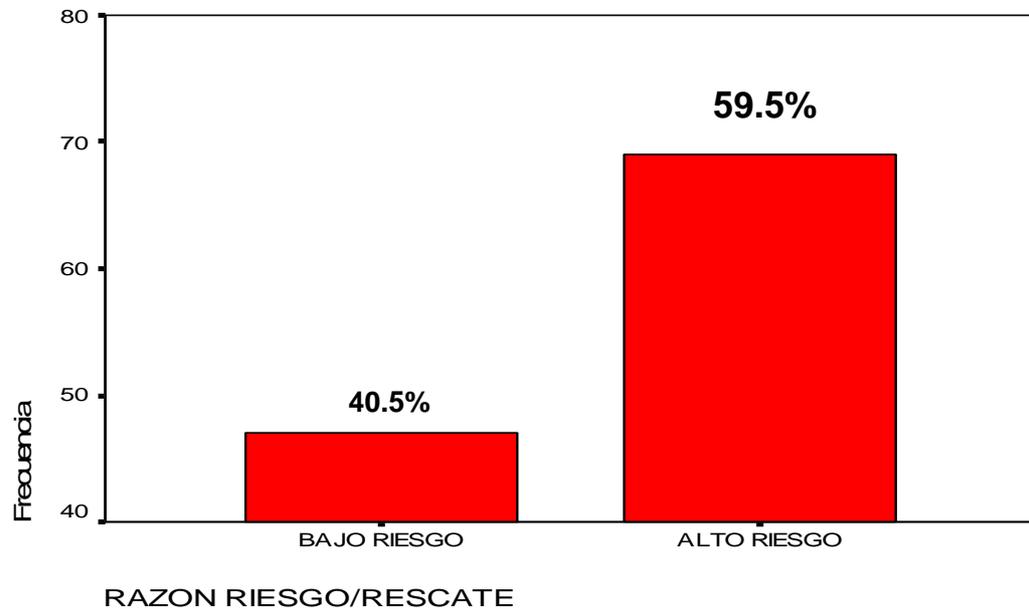
**GRAFICO 13. VALORACION DEL INTENTO DE SUICIDIO –RRS-  
(Factores de Rescate)**



Con relación a los factores de rescate, de la escala de valoración del intento de suicidio, se observa que el 59.5% de la población estudiada manifestó haber realizado el intento de suicidio con alta probabilidad de ser rescatados; el 22.4% de las personas estudiadas, manifestaron que al realizar el intento de suicidio tomaron las precauciones necesarias para ser muy rescatables.

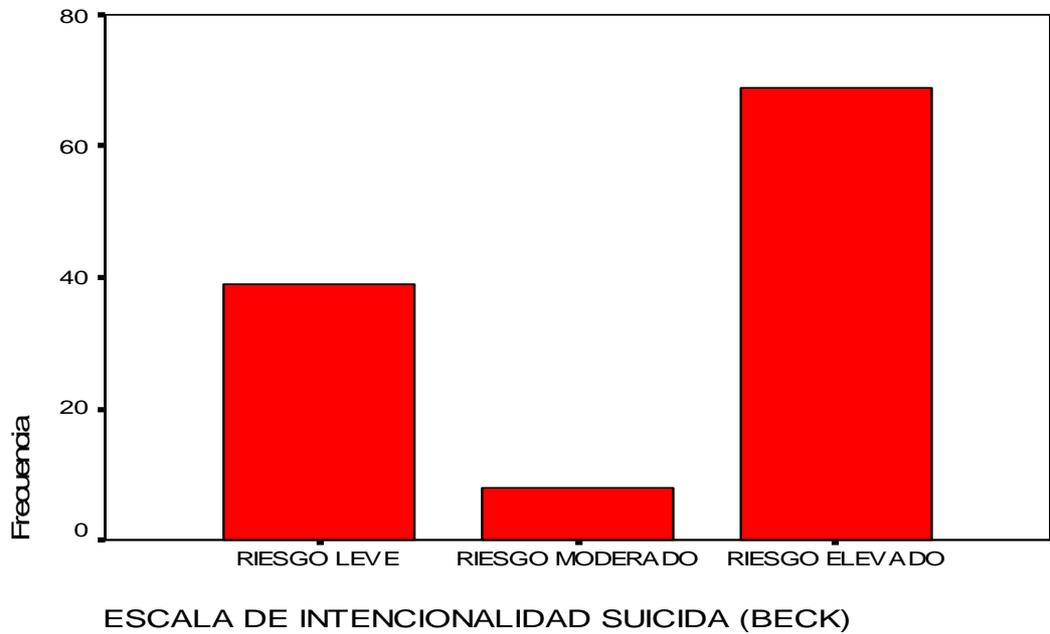
El 12.1% de las personas que realizaron intento de suicidio presento un nivel moderado de rescate y el 6% de las personas incluidas en el estudio manifestaron que al realizar el intento de suicidio, tomaron las precauciones básicas para tener una probabilidad de rescate baja moderada.

**GRAFICO 14. VALORACION DEL INTENTO DE SUICIDIO –RRS  
(Razón Riesgo/Rescate)**



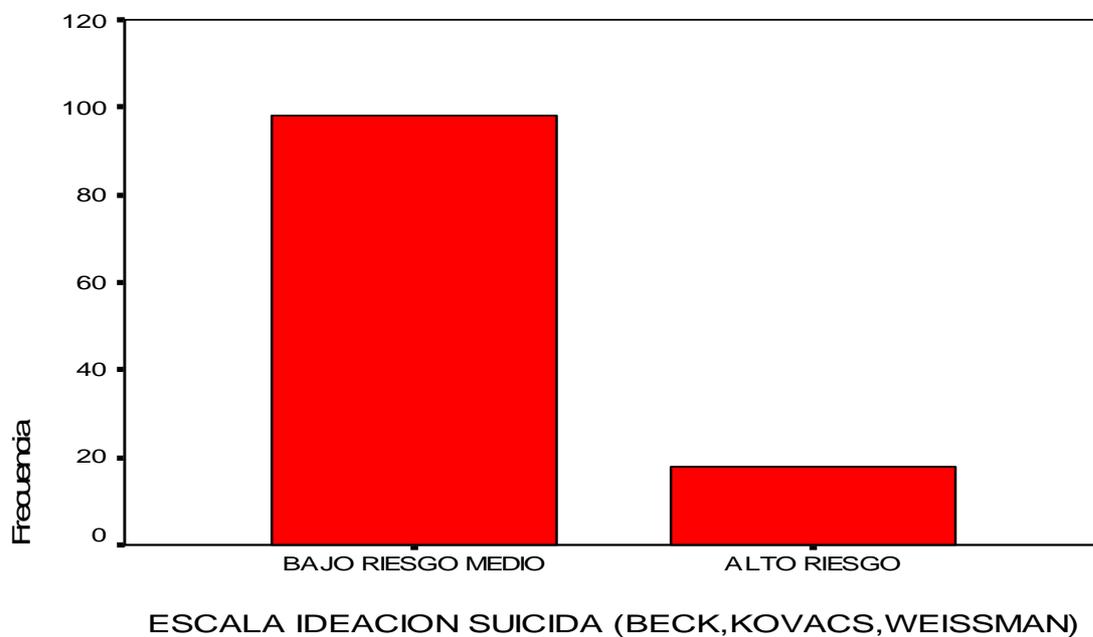
Con relación a la razón riesgo/rescate del intento de suicidio, de la escala de valoración del intento de suicidio, se puede concluir que el 59.5% de las personas que han realizado intento de suicidio se encuentran en alto riesgo de repetición del intento de suicidio.

**GRAFICO 15. INTENCIONALIDAD SUICIDA –SIS-**



El gráfico 15 muestra que el 59.5% de las personas con intento de suicidio, presentaron un nivel de riesgo de intencionalidad suicida elevado y el 33.6% un nivel de riesgo de intencionalidad suicida leve.

**GRAFICO 16. IDEACION SUICIDA –SSI-**



De acuerdo al gráfico de la escala de ideación suicida se observa que el 84.5% de la población estudiada presento un nivel de ideación suicida bajo medio.

## 9 DISCUSION DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados encontrados en la entrevista semiestructurada aplicada en la presente investigación, es posible realizar una discusión de resultados, que permita plantear posibles explicaciones, respuestas y nuevos interrogantes acerca del perfil psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio en trece municipios del departamento del Huila, durante los años 2003 y 2004.

Por consiguiente, se puede afirmar que el 77.6% de la población estudiada son personas ubicadas en los colegios, mientras que el 22.4% corresponde a las personas ubicadas a través de los registros de los hospitales. Estos resultados se explican por el hecho de que la población estudiantil esta conformada por adolescentes; no obstante la población que se registra en las unidades médicas es de menor proporción debido a los subregistros, a la mala elaboración de los registros de la causa de muerte, e incluso en ocasiones los eventos de intento de suicidio no son comunicados por la familia como tal, siendo atendidos mediante el uso de métodos caseros.

A través de los resultados de la presente investigación se puede observar que la incidencia del intento de suicidio en el departamento del Huila es muy representativa (15.4x100.000 habt.), situación que debe generar gran preocupación a las entidades gubernamentales, de salud e instituciones educativas, quienes en su afán de preservar la vida dedican parte de sus trabajos a diseñar y planear estrategias de prevención que disminuyan la frecuencia de los eventos relacionados con el suicidio.

Realizando un análisis más detallado sobre las tasas de incidencia del evento del intento de suicidio, es alarmante observar que municipios con poblaciones inferiores a 15.000 habitantes presentan tasas de intento de suicidio superiores a 43x100.000 habitantes; en general los municipios con menos de 28.000 habitantes tienen una tasa de incidencia de intento de suicidio mayor a 17x100.000 habitantes, a excepción del municipio de Rivera que presenta una incidencia de 12.4x100.00 habitantes.

Otro aspecto que llama la atención en la problemático del intento de suicidio es que éste se hace mucho más relevante en la población adolescente (15-20 años) y empieza a afectar a la población preadolescente (12-14 años), indicando que la adolescencia es una etapa de maduración y transición del individuo, que trae consigo una serie de cambios físicos, emocionales, sexuales e intelectuales<sup>56</sup>, que si no son afrontados de manera autónoma pueden desencadenar dependencia

---

<sup>56</sup> "Adolescencia." *Microsoft® Encarta®* 2006 [CD]. Microsoft Corporation, 2005.

social y desordenes en el comportamiento, lo que puede conducir a la ejecución de un acto suicida. Para fortalecer y sustentar esta idea es pertinente relacionarla con los hallazgos de la investigación realizada por Margarita Rivera, llamada “Características de la estructura familiar de las y los adolescentes que presentaron intento de suicidio en la ciudad de Neiva, que fueron atendidos en la unidad de urgencias del hospital Hernando Moncaleano Perdomo, durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2000”, en donde además se resalta que la disfuncionalidad en el Sistema familiar de los adolescentes que intentaron suicidarse, es un factor perturbador a tener en cuenta para hablar de prevención o tratamiento de personas en riesgo de suicidio.

Por consiguiente esta investigación comparte la necesidad de que los adolescentes deben formar parte de una comunidad sólida, dentro de la cual se sientan seguros, para esto la familia debe encargarse de brindar<sup>57</sup>:

- Clima familiar acogedor y libre de amenazas.
- Hablar con sinceridad y claridad.
- Ser coherentes en cuanto a normas, valores y actitudes.

En la investigación “Perfil epidemiológico y factores asociados al intento de suicidio en la población Colombiana”, realizada por Carlos Gómez-Restrepo, se observa, como similitud, que la población con mayor riesgo de intento de suicidio es la comprendida entre los 16 y los 21 años de edad, lo que permite observar que las poblaciones de adolescentes y jóvenes son quienes más realizan intento de suicidio.

Las mujeres solteras son quienes más realizan intento de suicidio, registrando el 61.2% de la muestra estudiada, mientras que la población masculina presenta porcentajes inferiores, lo que corrobora lo expuesto en la teoría de intento de suicidio<sup>58</sup> acerca de que la práctica de éste es más frecuente en la población femenina. Solo el 25% de los hombres que han realizado intento de suicidio eran solteros. Probablemente este hecho puede indicar que la población masculina es quien más realiza suicidio, pero menos eventos de intento de suicidio, hecho que obedece a teorías biológicas que explican que el hombre, por su condición de varón, es mucho más agresivo, predisponiéndolo a tomar decisiones y realizar eventos mas certeros, es decir que a la hora de elegir un método para atentar contra su existencia elegirá el mas letal, que en la mayoría de los casos y por su fácil acceso es el arma de fuego. Esto se corrobora con lo hallado en el perfil epidemiológico de la Ciudad de Neiva para el año 2005, donde se registran 13

---

<sup>57</sup> BENTANCUR, M.C. Nuestros hijos, semillas de futuro. Bibliografía internacional S.A. Pág. 187.

<sup>58</sup> SILVA, Javier León, MD. Intento de suicidio. Sección de psiquiatría. Fundación Santa Fe de Bogotá. Capitulo V, pág. 3, tabla 1.

suicidios, doce de los cuales fueron cometidos por hombres y en su gran mayoría por el método antes mencionado<sup>59</sup>.

No obstante, la naturaleza de la mujer hace de ella un ser más afectuoso, sensible y pasivo, por esta razón pocas veces busca la letalidad al momento de realizar un intento de suicidio. Por el hecho de que el acceso a métodos letales, como armas de fuego, se dificulta para las mujeres, se recurre a métodos que implican el consumo de sustancias médicas o venenos. Otro aspecto que puede cobrar relevancia en el intento de suicidio es que las mujeres solteras, posiblemente, se sienten solas y sienten que no han alcanzado su autorrealización. Por otro lado, algunas mujeres, a pesar de su poca maduración psicológica, física y emocional afrontan problemas como: embarazos no deseados, son madres cabezas de familia, o simplemente padecen otras situaciones conflictivas que se amalgaman con problemas económicos, problemas pasionales, soledad y depresión generando una visión de túnel sin salida, y en búsqueda de una luz se recurre a la realización un intento de suicidio.

En el intento de suicidio, la depresión se convierte en un evento predisponente para que las personas acudan hacia una salida fácil, que termine con sus “problemas”. En una sociedad como la nuestra, donde el estrés hace presencia en la vida de las personas, la depresión es una enfermedad que logra desestabilizar a la mayoría de la población y las condiciones de vida no son las más adecuadas, el hecho de no tener la suficiente preparación hacia el como afrontar de forma asertiva situaciones que afecten el estado emocional, acompañado de otros problemas de índole económico, laboral e incluso familiar y/o pasional, favorecen las condiciones para que las personas disminuyan los umbrales de supervivencia, facilitando la toma de decisiones que atentan contra la existencia de la persona y contra los pensamientos y sentimientos de familiares y allegados.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede mencionar la similitud existente entre la presente investigación y la realizada por Rafael Tuesca y Edgar Navarro, “Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio” en donde la depresión se considera un factor de riesgo significativo en los casos de suicidio e intento de suicidio, ya que afecta de manera importante a las personas involucradas en esta problemática. El referente teórico de esta investigación permite observar que en estudios efectuados en el CIE-ANM se observó una asociación estadísticamente significativa entre la existencia de depresión grave y la frecuencia de ideas de suicidio<sup>60</sup>. En la presente investigación, a través de la aplicación del inventario de depresión de Beck, se concluye que los problemas de

---

<sup>59</sup> **ALCALDIA DE NEIVA.** Secretaria de salud Municipal. Perfil epidemiológico de la ciudad de Neiva. 2005.

<sup>60</sup> **SERFATY ET AL.** Depresión y factores de riesgo en varones de 18 años. Publicación Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 1992.

depresión afectan notoriamente a las personas que han realizado intento de suicidio en los trece municipios estudiados, ya que cerca del 83% de la muestra presenta problemas de depresión, en sus diferentes niveles.

Los problemas psicosociales, en especial los relacionados con el grupo primario de apoyo, son otros de los factores a tener en cuenta en el evento del intento de suicidio. Los problemas familiares suelen afectar de forma muy singular a cada persona, sin embargo, haciendo referencia a que la población que esta mas predispuesta al intento de suicidio es la adolescente, en donde la familia y las relaciones con ella se convierten en parte fundamental en la vida del joven, se puede decir que el hecho de que esta se vea fracturada puede generar en el joven sentimientos de frustración, soledad y rabia, que lo pueden conducir hacia el alcoholismo o la drogadicción y al transcurrir de los días debilita el amor hacia la vida y lo llevan hasta el extremo de atentar contra si mismo. Los problemas familiares y del funcionamiento familiar presentes en esta investigación, encuentran una similitud con la investigación realizada por Wilfredo Guibert Reyes y Niurka Torres Miranda, "Intento de suicidio y funcionamiento familiar", en donde se menciona que el funcionamiento familiar en las personas que realizaron intento de suicidio es disfuncional. La teoría recopilada para el desarrollo de esta investigación señala que la existencia de un clima de tensión, hostilidad y violencia familiar<sup>61</sup> son factores precipitantes para el intento de suicidio.

Con relación a los problemas relacionados con el consumo de alcohol, el 68.1% de las personas que realizaron intento de suicidio manifiestan no haber ingerido alcohol. Sin embargo el comportamiento de la sociedad huilense indica que existen indicios de consumo de alcohol pero no son reconocidos, ni aceptados, asumiendo la conducta de ingerir alcohol como una actividad normal. Es necesario concientizar a la población huilense acerca de este hecho, pues es de reconocer que el Huila es uno de los departamentos que mas ingiere alcohol en el país.

Las personas que intentaron suicidarse, incluidas en esta investigación se consideran a si mismas, como personas capaces de resolver problemas, que poseen habilidades sociales, son personas que se sienten satisfechas con sus vidas y no presentan mayores preocupaciones o problemas que los cotidianos, en otras palabras son personas que se sienten bien con sus vidas. Ante esta contradicción surge un gran interrogante, el cual plantea el por que las personas realizan intento de suicidio si consideran que su funcionamiento global es aceptable o adecuado.

Después de realizar los respectivos análisis a la escala de valoración del intento de suicidio, se puede mencionar que las personas que intentaron suicidarse tomaron todas las precauciones necesarias para no morir, pues la forma como

---

<sup>61</sup> **DOLTO**, F. La cause des adolescents. France: R. Laffont, 1988.

realizaron el intento de suicidio representó un riesgo bajo contra su vida, querían ser rescatados por terceras personas, familiares, amigos y probablemente repetirán el intento de suicidio. Teniendo en cuenta que son los adolescentes los que más intentan suicidarse, es posible interpretar que el joven asume un comportamiento irresponsable hacia sus familiares, con el propósito de llamar la atención y obtener beneficios, adoptando una actitud chantajista. Tras este comportamiento surge una inquietud acerca del que hacer de las instituciones educativas frente a la problemática del suicidio e intento de suicidio.

Al analizar la escala de intencionalidad suicida, se puede concluir que las personas que intentaron suicidarse tienen una elevada intención de atentar contra sus vidas, lo que se convierte en un factor que necesita un seguimiento de vigilancia y control con el propósito de evitar futuros reincidencias en los intentos de suicidio.

Esta investigación permite observar que la idea de atentar contra la propia vida representa un bajo riesgo al momento de hablar del intento de suicidio; sin embargo es pertinente anotar que los seres humanos suelen tener pensamientos de autodestrucción, al menos una vez en la vida, lo que indica que todos los seres humanos están propensos a realizar un intento de suicidio e incluso un suicidio, por lo tanto si no se trabaja en actividades que promuevan la vida es posible que la frecuencia y la incidencia de los eventos suicidas tiendan a incrementarse.

## 10 CONCLUSIONES

- El perfil psicológico de la persona que realiza intento de suicidio, en los trece municipios estudiados, del departamento del Huila, es el siguiente:

Personas jóvenes, generalmente mujeres, con edades entre los 16 y 20 años. Además son personas solteras, personas que solo han realizado estudios a nivel secundario o que actualmente son estudiantes, de procedencia urbana, con un nivel socioeconómico bajo (estrato 1 y 2), que conviven con su familia de origen y que practican la religión católica.

Las personas que intentan suicidarse presentan altos niveles de depresión, problemas relativos al grupo primario de apoyo, no manifiestan tener problemas relacionados con el consumo de alcohol y se consideran personas socialmente eficaces, que están satisfechos con su vida y que no vivencian mayores preocupaciones o problemas que los cotidianos.

- Se puede concluir que las características psicológicas que se presentan con mayor frecuencia en los intentos de suicidio estudiados son:
  - Depresión.
  - Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
  - Presencia de ideas suicidas.

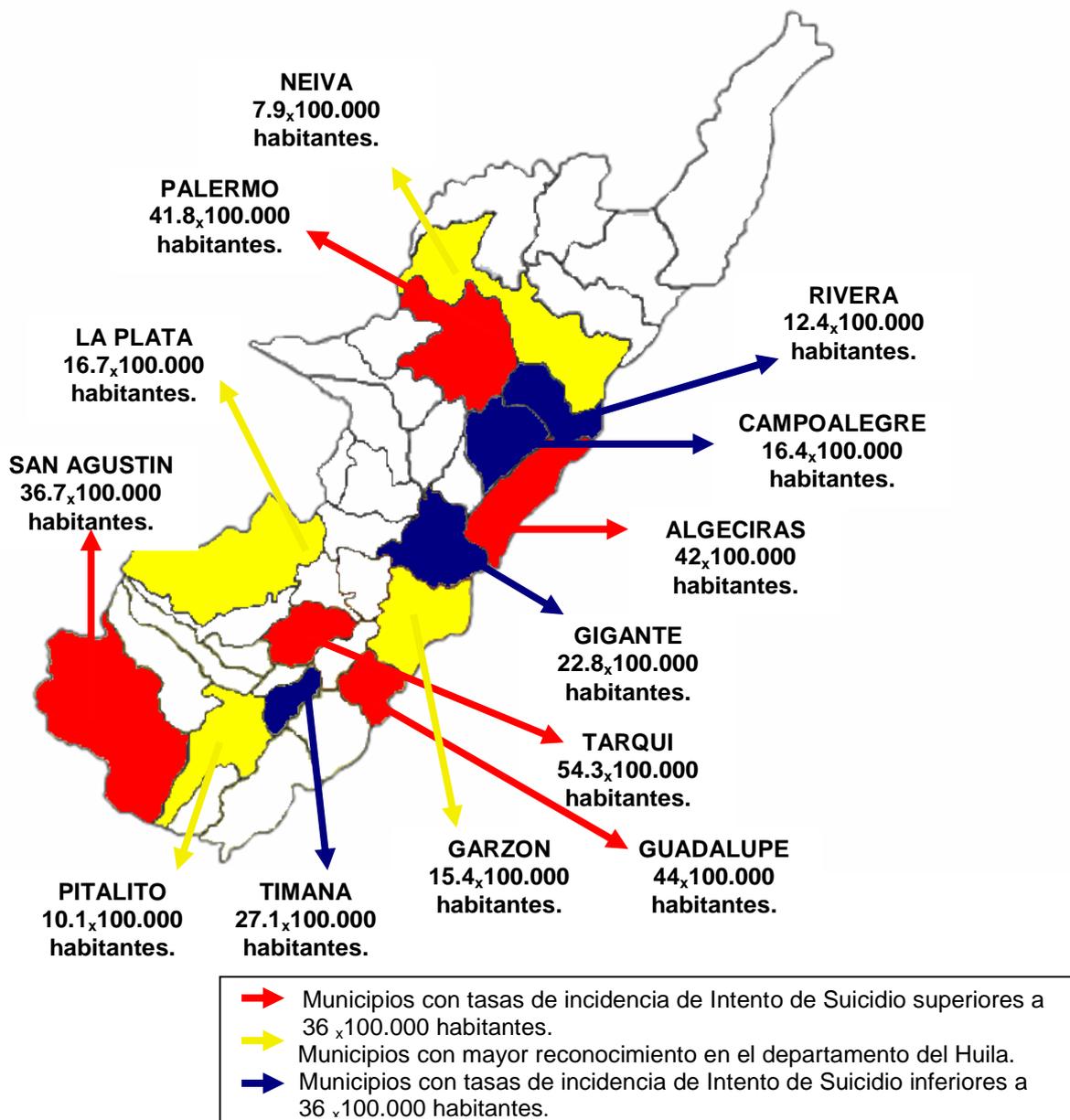
Otras de las características psicológicas presentes en los intentos de suicidio y que debido a su leve frecuencia e incidencia, no se considera que sean suficientes para desencadenar un intento de suicidio son:

- Trastornos Afectivos y del estado de ánimo.
- Trastornos del comportamiento y emociones de comienzo en la infancia y la adolescencia.
- Maltrato en la infancia y/o en la adultez.

Por consiguiente se puede concluir que las enfermedades mentales pasadas clasificadas en la CIE -10, los antecedentes de enfermedad mental, los trastornos de personalidad y el retraso mental, no influyen de forma significativa al momento de realizar un intento de suicidio.

-

El mapa que grafica la prevalencia de los intentos de suicidio en el departamento del Huila es el siguiente:



De acuerdo a este gráfico, podemos concluir que los municipios afectados por la problemática del Intento de Suicidio en el departamento del Huila comparten algunas características situacionales, como la presencia de problemas de orden público o el limitar con zonas que presentan estos mismos problemas, además comparten características geográficas, como el hecho de atravesar la vía nacional que comunica al centro del país con la región Surcolombiana.

## 11 RECOMENDACIONES

- Brindar acompañamiento psicológico a las personas que han realizado intento de suicidio, con el fin de evitar una futura reincidencia del intento de suicidio.
- Continuar desarrollando un programa de indagación científica sobre el evento del suicidio e intento de suicidio en el Departamento del Huila, con el objetivo primordial de continuar disminuyendo las tasas de suicidio e intento de suicidio en el departamento.
- Realizar investigaciones que aborden las causas que motivan a los adolescentes a realizar un intento de suicidio y que expliquen, a profundidad, el funcionamiento global de las personas que han realizado intento de suicidio.
- Realizar un programa de salud mental, enfocado a la prevención primaria y secundaria, con el fin de promover estilos de vida saludables y disminuir el número de intentos de suicidio en el Huila y orientado hacia tres grupos importantes dentro de la población huilense:
  - Los jóvenes escolarizados.
  - Población identificada con intento de suicidio.
  - Comunidad residente en el departamento del Huila.
- Capacitar al personal encargado de diligenciar las fichas de registro de los intentos de suicidio, de cada institución médica en el departamento del Huila, con el propósito de construir una base de datos confiable en el departamento.
- Orientar a las familias huilenses para que asuman la problemática del suicidio e intento de suicidio de forma responsable.
- Educar a las familias para que proporcionen a sus integrantes:
  - Un clima familiar acogedor, libre de amenazas.
  - Una comunicación, basado en la sinceridad.
  - Coherencia, en cuanto a normas, valores y actitudes.

Diseñar una propuesta de elaboración de una política de salud pública orientada a la prevención e intervención del suicidio e intento de suicidio, dirigida hacia tres líneas de acción:

- Prevención del Intento de Suicidio y promoción de estilos de vida saludables.
- Intervención del Intento de Suicidio.
- Registro y vigilancia del Intento de Suicidio.

## BIBLIOGRAFIA

- Alcaldía Mayor del Municipio de Neiva. Secretaria de salud Municipal. Perfil epidemiológico de la ciudad de Neiva. 2005.
- ARLAES NAPOLES, L; HERNANDEZ SORI, G; ALVAREZ CONCEPCION, D. Conducta suicida: factores de riesgo asociados. Revista Cubana de Medicina General Integral, mar.-abr. 1998, vol.14, no.2, p.122-126. ISSN 0864-2125.
- BARCIA, D.; POZO, P. Confidencialidad y consentimiento informado. In Barcia, D, editor. Confidencialidad y consentimiento informado en psiquiatría. Madrid: You Y Us, S.A. 1998.
- BARRUL, E; GONZALES, P; MARTELES. P. El afecto es una necesidad primaria del ser humano. 2000. Biopsychology, org. 1998-2006. [www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto\\_necesidad\\_primaria](http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto_necesidad_primaria).
- BASTOS, H. Tratamiento en la emergencia del paciente suicida. Curso sobre depresión. Director Hugo Marietan. [marietanweb@gmail.com](mailto:marietanweb@gmail.com).
- BECK, A.T.; BROWN, G.; EPSTEIN, N. y STEER, R.A. (1988) An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- BENTANCUR, M.C. Nuestros hijos, semillas de futuro. Bibliografía internacional S.A.
- Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2006. © 1993-2005. Microsoft Corporation.
- BOSTWICK, J; PANKRATZ, V. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry. 2000.
- CAMPO, G.; ROA, J.; PÉREZ, A...; SALAZAR, O.; PIRAGAUTA, C.; y colaboradores. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle. Revista Colombia Médica Vol. 34 N° 1. Corporación Editora Médica del Valle. Santiago de Cali, Valle del Cauca. 2003.
- CASTRO E et al. Alcoholismo e suicidio. Comunicación aux 2eme Journée de Sante Mentale, 1988.

- CASTILLA y LEON. Asistencia a víctimas de malos tratos, violencia y agresión sexual. [www.uva.es/maltrato](http://www.uva.es/maltrato)
- CHEVALIER, Jacques M. El sistema de Análisis Social. Carleton University, Ottawa, Canadá. [www.sas=pm.com](http://www.sas=pm.com).
- CLEMENTE, Miguel, GONZÁLES, Andrés. Suicidio, una alternativa social. Editorial biblioteca nueva. S. L. Madrid 1996.
- COMECHE, M.I.; DÍAZ, M.I.; VALLEJO, M.A. Cuestionarios Inventarios y Escalas. 1995.
- CORNEJO, M. I.; RAMIREZ, P.; DUARTE, J.; URQUIETA, G. Fundamentos para Establecer un Paradigma de Gestión Eficaz. Paradigma de Educación y Perfil del docente.
- Departamento administrativo nacional de estadísticas de Colombia (DANE). Proyecciones de Población. Estudios Censales. Huila, 2005.
- Diario “La Nación”. De ruta por el Huila. Septiembre de 2005.
- DIAZ MONRROY, L. G. Estadística Multivariada. Inferencia y Metodología. Editorial UNAL. 2004.
- Diccionario de la Real academia Española.
- Diccionario planeta de la lengua española, usual.
- DIEKSTRA R. Suicide and attempted suicide, an international perspective. Acta Psych Scand. 1989.
- Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP. Temas de estadísticas de salud: mortalidad por suicidio y el intento suicida en Cuba. Situación actual. La Habana, Cuba. 2000.
- DOLTO F. La cause des adolescents. France: R. Laffont, 1988.
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. España. Ed. Masson. 1995.
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. versión electrónica. MASSON S.A. 1995.
- DURKHEIM, E. El suicidio. Introducción. Ediciones Akal. 3 edición. 1993.

- Epidemiologic Catchment Area (ECA). National Institute of mental health (NIMH).
- GARZÓN, Y. S. Investigación en psicología criminal y forense. Neiva, Huila. 2000.
- GOBERNACION DEL HUILA. Secretaria de salud departamental. Registro Anual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA). Neiva, Huila. 2005.
- GOBERNACION DEL HUILA. Secretaria de salud departamental – Coomédica. Estudio exploratorio, epidemiológico y situacional de salud mental en el departamento del Huila. Neiva, Huila. 2005.
- GÓMEZ-RESTREPO, C. Perfil epidemiológico y factores asociados al intento de suicidio en la población Colombiana. Santa fe de Bogotá. 2000.
- HERNANDEZ SAMPIERI, R.; FERNANDEZ COLLADO, C. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana.
- HERNANDEZ SAMPIERI, R.; FERNANDEZ COLLADO, C. Metodología de la Investigación. Tercera Edición. Editorial. Mc Graw Hill. México D.F. 2003.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses. Forensis 2003,2004.
- LOPEZ, Enrique; ALVAREZ GONZALES, Mercedes. Guía de maltrato infantil para maestros. Asociación Murciana de apoyo a la infancia. Universidad de Murcia. <http://www.um.es/facpsi/maltrato/#p1>
- MESA RIDEL, G. Suicidio: epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990:256-81.
- MORALES, M. L.; JIMÉNEZ, I. A.; PEREA, I.; VILLAMIL, D. A.; GELVES, C. A. Rasgos de personalidad en suicidas. Ed. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Santa fe de Bogotá. 1997.
- MOSCIKI, E. Epidemiology of suicide. En: Jacobs D (editor) Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide. San Francisco: Jossey-Bass; 1998.
- MURRAY, L; CHISTOPHER, J; LÓPEZ, AD. Mortality by cause for eight regions of the world global burden of disease study. Lancet 1997.

- OPS. Organización Mundial de la Salud. La salud en las Américas. Washington DC. 1998.
- PAES DE SOUZA M. Le suicide au Portugal. L'Encephale, 1996; Spl IV: 28-34
- PARRA PEÑA, C. P. Impacto de los acontecimientos vitales estresantes en el intento de suicidio. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá. Fac. de Medicina. 2004.
- PÉREZ-OLMOS, I.; RODRÍGUEZ, E.; BAQUERO, O. I.; DUSSAN, M. m.; AYALA, J. p. Caracterización del intento de suicidio en niños Y adolescentes: Clínica Infantil Colsubsidio 2003 – 2004. Universidad del Rosario. Facultad de Medicina. Santa fe de Bogotá. 2004.
- PITA FERNÁNDEZ, S; PÉRTEGAS DÍAZ, S Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña (España). CAD ATEN PRIMARIA 2002; 9: 76-78. Metodología de la Investigación. Investigación cuantitativa y cualitativa. [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com).
- Policía Nacional seccional Huila. Observatorio del Delito. Informe actualizado. Neiva, Huila. 2004.
- Policía Nacional seccional Huila. Observatorio del Delito. Informe actualizado. Neiva, Huila. 2005.
- POLIT-HUNGLER. Investigación científica en ciencias de la salud. Quinta edición.
- PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 del 04 de octubre de 1993. Bogotá D.C. Colombia. 1993.
- Revista electrónica CONTEXTO. N° 7. Tras la vida que se escapa. Escobar Vera. Santa fe de Bogotá. 2005.
- REYES, W. G.; TORRES, N. Intento de suicidio y funcionamiento familiar. Habana, Cuba. 2000.
- RIVERA, M. Características de la estructura familiar de los y las adolescentes que presentaron intentos de suicidio en la ciudad de Neiva y que fueron atendidos en la unidad de urgencias del hospital Hernando Moncaleano Perdomo, entre enero y diciembre del año 2000. Neiva, Huila. 2001.

- RODRIGUEZ, F; GONZÁLEZ, F; MARRERO, C; DARIAS, C D. Las personas con autolesiones. Psiquiatría social y comunitaria I. ICEPSS. Madrid, España. 1997.
- RODRÍGUEZ-CASTRO. Evaluación psicológica del riesgo suicida. In Ros, M, editor. La conducta suicida. Madrid: editorial Libro del año. 1997.
- SARRO B et al. Los suicidios, España: Martínez Roca, 1991.
- SERFATY, E. Depresión y factores de riesgo en varones de 18 años. Publicación Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 1992.
- SERFATY, E. Ideas de suicidio y factores de riesgo en jóvenes varones. Bol Acad Nac Medicina, 1994.
- SERFATY, E. Suicidio en la adolescencia. *Adolesc. Latinoam.*, jul. /sep. 1998.
- SILVA, J. L. Intento de suicidio. Sección de psiquiatría. Fundación Santa Fe de Bogotá. Santa fe de Bogotá D.C.
- SPSS Inc. SPSS para Windows. Versión 10.0.6. 1999.
- TAPIAS, A.C.; AVELLANEDA, L. F.; MONCADA, M.; PEREZ, I. Proyecto de investigación en psicología jurídica. Universidad el Bosque.
- TONDO, L; BALDESSARINI, R. Suicide: causes and clinical management. Clin Update. [www.medscape.com](http://www.medscape.com). 2001.
- TRIOLA, M. Estadística. Novena Edición. Edición Pearson. México D.F. México. 2004.
- TUESCA, R.; NAVARRO, E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Barranquilla, Atlántico.
- VALLEJO NAGERA, J. A. Guía practica de Psicología. Como afrontar los problemas de nuestro tiempo. Guía 1. Pág. 132, 137. Ediciones temas de hoy, S.A. (T.H). Madrid, España. 1998.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1. REGISTRO ANUAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA HUILA 2005**

<b>Registro Anual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica - Huila 2005</b>	
<b>INTENTO DE SUICIDIO</b>	
<b>Total de casos de Intento de Suicidio por Plaguicidas, Medicamentos y otras Sustancias Químicas.</b>	
<b>TIPO DE INTOXICACION</b>	<b>TOTAL</b>
<b>PLAGUICIDAS</b>	349
<b>MEDICAMENTOS</b>	53
<b>OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS</b>	33
<b>TOTAL</b>	<b>435</b>

FUENTE: SIVIGILA. Secretaria de Salud Departamental.

<b>REGISTRO ANUAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - HUILA 2005</b>							
<b>INTENTO DE SUICIDIO POR MEDICAMENTOS</b>							
<b>Tasa de incidencia de casos de intentos de suicidios por cada 100,000 habitantes</b>							
<b>MUNICIPIO DE PROCEDENCIA</b>	<b>GRUPOS DE EDAD</b>						<b>Total</b>
	<b>Menor de 1 año</b>	<b>De 1 a 4 años</b>	<b>De 5 a 14 años</b>	<b>De 15 a 44 años</b>	<b>De 45 a 64 años</b>	<b>De 65 y más</b>	
<b>Baraya</b>				1			1
<b>Garzón</b>				3			3
<b>Guadalupe</b>			2				2
<b>Isnos</b>			1				1
<b>Neiva</b>			2	25			27
<b>Paicol</b>			1				1
<b>Palermo</b>				4			4
<b>Pitalito</b>		1		4	2		7
<b>Rivera</b>				1			1
<b>San Agustín</b>				1			1
<b>Suaza</b>				2			2
<b>Tarqui</b>				2			2
<b>Timaná</b>				1			1
<b>TOTAL</b>		1		44	2		53

FUENTE: SIVIGILA. Secretaria de Salud Departamental.

Registro Anual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica - Huila 2005								
INTENTO DE SUICIDIO POR PLAGUICIDAS								
Tasa de incidencia de casos de Intentos de Suicidios por cada 100,000 habitantes								
MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	GRUPOS DE EDAD							TASA INCIDENCIA X 100.000
	Menor de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 y más	Total	
		H	H		H	H		
Acevedo			2	5			7	2,8
Agrado				4			4	4,2
Aipe			1				1	0,8
Algeciras			1	4			5	2,1
Altamira				1			1	3,4
Baraya				1			1	1,1
Campoalegre			1	2	1	1	5	1,6
Garzón			8	39	2		49	9,4
Gigante			1	4		1	6	2,7
Guadalupe				6			6	4,4
Hobo				1		1	2	3,3
Iquira				4			4	4,7
Isnos				5			5	2
La Argentina				2			2	1,9
La Plata			3	16	2		21	5
Neiva			16	80	7		103	2,7
Oporapa				1	1		2	2,4
Paicol				3			3	5,9
Palermo					1		1	0,5
Palestina				1			1	0,9
Pital				6			6	4,8
Pitalito			10	43	1	0	54	6,1
Rivera				3	1		4	2,5
Saladoblanco				1			1	1,1
San Agustín			4	26	2		32	11,7
Santa Maria				1			1	10,2
Suaza				4		1	5	5,4
Tarqui				1			1	0,7
Tello				5			5	3
Teruel			1	1			2	2,6
Tesalia			1	2			3	3,5
Timaná				3			3	1,2
Villavieja			1	2			3	3,9
<b>TOTAL</b>			<b>50</b>	<b>277</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>349</b>	<b>35</b>

FUENTE: SIVIGILA. Secretaria de Salud Departamental.

**ANEXO 2. PROYECCION DE POBLACION POR CABECERA Y ZONA RURAL  
DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA.**

<b>PROYECCIÓN DE POBLACIÓN POR CABECERA Y ZONA RURAL - 2005</b>			
<b>HUILA</b>			
<b>MUNICIPIO</b>	<b>CABECERA MUNICIPAL</b>	<b>ZONA RURAL</b>	<b>TOTAL PROYECCIONES</b>
NEIVA	353988	23492	377480
ACEVEDO	4445	20138	24583
AGRADO	4538	5100	9638
AIPE	7976	5273	13249
ALGECIRAS	10794	12994	23788
ALTAMIRA	2123	800	2923
BARAYA	4401	4777	9178
CAMPOALEGRE	22563	7922	30485
COLOMBIA	2379	7614	9993
ELÍAS	1115	1626	2741
GARZÓN	29421	22514	51935
GIGANTE	9820	12104	21924
GUADALUPE	4758	8873	13631
HOBO	4445	1589	6034
IQUIRA	3944	4607	8551
ISNOS	5184	19434	24618
LA ARGENTINA	3085	7456	10541
LA PLATA	19253	22714	41967
NÁTAGA	2235	4550	6785
OPORAPA	2307	6119	8426
PAICOL	1680	3446	5126
PALERMO	9905	11605	21510
PALESTINA	2024	9086	11110
PITAL	3957	8586	12543
PITALITO	53581	35360	88941
RIVERA	8056	8039	16095
SALADOBLANCO	1656	7091	8747
SAN AGUSTÍN	9473	17807	27280
SANTA MARÍA	2758	7041	9799
SUAZA	2479	6786	9265
TARQUI	4142	10599	14741
TESALIA	3980	4524	8504
TELLO	4870	11694	16564
TERUEL	3921	3666	7587
TIMANÁ	8211	17667	25878
VILLAVIEJA	2729	4990	7719
YAGUARÁ	5723	1015	6738
<b>TOTAL POBLACION DEL HUILA</b>	<b>627919</b>	<b>368698</b>	<b>996617</b>

FUENTE: DANE - Colombia. Proyecciones de Población. Estudios Censales.

### ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Registro No. \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_  
identificado con C.C. No. \_\_\_\_\_ o quien me represente:  
\_\_\_\_\_ identificado con C.C. No. \_\_\_\_\_,

manifiesto que he sido bien informado sobre el estudio de investigación que está realizando la Secretaría de Salud Departamental del Huila y la Universidad Surcolombiana a través de la facultad de salud y el programa de psicología, sobre el abordaje integral de la problemática del suicidio en el Huila ejecución fase II: Recolección y análisis de información, y autorizo para participar en ésta importante investigación aportando los datos que sean necesarios para la entrevista, los cuales he sido también informado que no representan ningún riesgo para mi integridad y además que dicha información aportada hará parte del sigilo profesional y no irá a hacer utilizada para otros fines diferentes a los objetivos de la investigación.

Investigador principal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Relación con la persona \_\_\_\_\_

## ANEXO 4. TAMIZAJE. EVALUACION DE RIESGO DE SUICIDIO

### ABORDAJE INTEGRAL DE LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN EL HUILA. EJECUCION FASE II: RECOLECCION Y ANALISIS DE INFORMACION.

#### FASE II: TAMIZAJE. EVALUACION DEL RIESGO DE SUICIDIO.

**CONFIDENCIAL**

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1. NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ 2. SEXO: 1. M. \_\_\_\_ 2. F. \_\_\_\_  
3. LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ 4. FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ 5. EDAD: \_\_\_\_  
6. GRADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ 7. COLEGIO: \_\_\_\_\_  
8. DIRECCIÓN RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
9. ESTRATO ECONOMICO: \_\_\_\_\_ 10. TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Este inventario tiene varios grupos de afirmaciones acerca de usted y su familia. Por favor lea cada uno cuidadosamente. Marque si o no, la afirmación que en cada grupo lo describa mejor.

#### 1. QUIEN ES USTED ACTUALMENTE

1. SI\_\_ NO\_\_ Padece de depresión, consume bebidas alcohólicas.
2. SI\_\_ NO\_\_ Ha atentado previamente contra su vida.
3. SI\_\_ NO\_\_ Tiene una adecuada adaptación familiar, escolar o social.
4. SI\_\_ NO\_\_ Tiene familiares con enfermedades mentales.
5. SI\_\_ NO\_\_ Tiene familiares que se han suicidado.
6. SI\_\_ NO\_\_ Padece de alguna enfermedad física incapacitante, dolorosa.

#### 2. AMBIENTE FAMILIAR

1. SI\_\_ NO\_\_ La relación familiar es cálida.
2. SI\_\_ NO\_\_ Existe buena comunicación con los padres.
3. SI\_\_ NO\_\_ La relación con los hermanos es cordial.
4. SI\_\_ NO\_\_ Los padres han cuidado de usted.
5. SI\_\_ NO\_\_ Recibe apoyo de su familia.

#### 3. IDEAS SUICIDAS ACTUALES (En el último mes).

1. SI\_\_ NO\_\_ Tiene miedo a suicidarse sin desearlo.
2. SI\_\_ NO\_\_ La vida le parece que no es digna de ser vivida.
3. SI\_\_ NO\_\_ Piensa que lo mejor sería estar muerto.
4. SI\_\_ NO\_\_ Ha pensado en terminar con su vida.
5. SI\_\_ NO\_\_ Ha pensado en matarse.

#### 4. TENTATIVAS SUICIDAS PREVIAS

1. SI\_\_ NO\_\_ Ha tenido intentos de suicidio.
2. SI\_\_ NO\_\_ Ha sido hospitalizado por autolesiones.
3. SI\_\_ NO\_\_ Una tentativa manipuladora, no seria.
4. SI\_\_ NO\_\_ Tiene acceso y oportunidad a algún método.
5. SI\_\_ NO\_\_ Tiene sensación "de capacidad" para llevar a cabo el intento.

#### 5. OTRAS CONDUCTAS DE RIESGO DE SUICIDIO

1. SI\_\_ NO\_\_ Ideas de culpa, minusvalía y autorreproche.
2. SI\_\_ NO\_\_ Ideas hipocondríacas.
3. SI\_\_ NO\_\_ Puede autolesionarse.
4. SI\_\_ NO\_\_ Es usted impulsivo o agresivo.

## ANEXO 5. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE INTENTO DE SUICIDIO

**CONFIDENCIAL**

**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_
2. LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
3. FECHA DE NACIMIENTO: día \_\_\_ mes \_\_\_ año \_\_\_ 4. EDAD: \_\_\_\_\_ 5. SEXO: 1. M \_\_\_ 2. F \_\_\_
6. DIRECCIÓN RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ 5. TELÉFONO: \_\_\_\_\_

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ORIGEN: 1. Urbano \_\_\_\_\_ 2. Rural \_\_\_\_\_ 3. No dato \_\_\_\_\_
2. ESTADO CIVIL: 1. Soltero \_\_\_ 2. Casado \_\_\_ 3. Separado \_\_\_ 4. Viudo \_\_\_ 5. Convive >6 meses \_\_\_ 6. No dato \_\_\_\_\_
3. CONVIVENCIA: 1. Solo \_\_\_ 2. Flia. de origen \_\_\_ 3. Flia. propia \_\_\_ 4. Descendientes \_\_\_  
5. Institución \_\_\_ 6. Casa compartida \_\_\_ 7. Otros \_\_\_ 8. No dato \_\_\_\_\_
4. No. DE HIJOS: 1. Ninguno \_\_\_ 2. Uno \_\_\_ 3. Dos \_\_\_ 4. Tres \_\_\_ 5. Cuatro \_\_\_ 6. Cinco \_\_\_  
7. Seis \_\_\_ 8. Siete \_\_\_ 9. Más de Siete \_\_\_\_\_
5. NIVEL ECONÓMICO: 1. Estrato uno \_\_\_ 2. Estrato dos \_\_\_ 3. Estrato tres \_\_\_ 4. Estrato cuatro \_\_\_  
5. Estrato cinco \_\_\_ 6. Estrato seis \_\_\_\_\_
6. NIVEL EDUCATIVO: 1. Analfabeta \_\_\_ 2. Primarios \_\_\_\_\_ 3. Secundarios \_\_\_\_\_  
4. Universitarios \_\_\_\_\_ 5. No dato \_\_\_\_\_
7. OCUPACIÓN: 1. Técnico \_\_\_ 2. Obrero calificado \_\_\_ 3. Obrero no calificado \_\_\_ 4. Trabajador de  
servicio \_\_\_ 5. Administrativo \_\_\_ 6. Dirigente \_\_\_ 7. Trabajador independiente \_\_\_  
8. contratado \_\_\_ 9. Estudiante \_\_\_ 10. Militar \_\_\_ 11. Recluso \_\_\_ 12. Pensionado \_\_\_  
13. Desempleado \_\_\_ 14. Ama de casa \_\_\_ 15. No dato \_\_\_\_\_
8. ORIENTACIÓN SEXUAL: 1. Heterosexual \_\_\_ 2. Bisexual \_\_\_ 3. Homosexual \_\_\_  
4. No dato \_\_\_\_\_
9. CREENCIA RELIGIOSA: 1. Católica \_\_\_ 2. Adventista \_\_\_ 3. Evangélica \_\_\_ 4. Testigos de  
Jehová \_\_\_ 5. Espiritismo \_\_\_ 6. Gnóstico \_\_\_ 7. Cristiana \_\_\_ 8. Otras \_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_  
9. No dato \_\_\_\_\_

## ANEXO 6. ANTECEDENTES MÉDICO- QUIRÚRGICOS Y MENTALES: PERSONALES

### CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES CIE-9 MC (OMS-1988)

- |  |         |         |              |
|--|---------|---------|--------------|
| 1. Enfermedades infecciosas y parasitarias.                                | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 2. Neoplasias  | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 3. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y T de Inmunidad. | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 4. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos              | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 5. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales          | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 6. Enfermedades del sistema circulatorio                                   | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 7. Enfermedades del sistema respiratorio                                   | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 8. Enfermedades del sistema digestivo                                      | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 9. Enfermedades del sistema genitourinario                                 | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 10. Complicaciones de embarazo, parto y puerperio                          | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 11. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo                        | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 12. Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo    | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 13. Anomalías congénitas   | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 14. Algunos trastornos originados en el periodo perinatal                  | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 15. Síntomas, signos y trastornos definidos como enfermedad                | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |
| 16. Traumatismos y envenenamientos   | 1. No__ | 2. Sí__ | 3. No dato__ |

## ANEXO 7. ANTECEDENTES MÉDICO- QUIRÚRGICOS Y MENTALES: PERSONALES

### CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES CIE-10 (OMS-1992)

1. F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. 1. No\_\_ 2. Sí\_\_
2. F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento por consumo sustancias  
psicotrópicas. 1. No\_\_ 2. Sí\_\_
3. F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.  
1. No\_\_ 2. Sí\_\_
4. F30-F39 Trastornos del humor (afectivos). 1. No\_\_ 2. Sí\_\_
5. F40-F49 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.  
1. No\_\_ 2. Sí\_\_
6. F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores  
somáticos. 1. No\_\_ 2. Sí\_\_
7. F60-F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto.  
1. No\_\_ 2. Sí\_\_
8. F70-F79 Retraso mental. 1. No\_\_ 2. Sí\_\_
9. F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico. 1. No\_\_ 2. Sí\_\_
10. F90-F98 Trastornos del comportamiento y emociones comienzo en infancia y  
adolescencia 1. No\_\_ 2. Sí\_\_
11. F99 Trastorno mental sin especificar. 1. No\_\_ 2. Sí\_\_

**ANEXO 8. ANTECEDENTES MÉDICO- QUIRÚRGICOS Y MENTALES:  
PERSONALES**

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL EJE I.**

- |   |             |             |
|---|-------------|-------------|
| 1. T. de inicio en la infancia o la adolescencia                  | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 2. Delirium, demencia, t. amnésicos y otros t. cognoscitivos      | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 3. T. mentales debidos a una enfermedad médica                    | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 4. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos                    | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 5. Trastornos del estado de ánimo                                 | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 6. Trastornos de ansiedad   | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 7. Trastornos somatomorfos  | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 8. Trastornos facticios   | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 9. Trastornos disociativos  | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 10. Trastornos sexuales y de la identidad sexual                  | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 11. Trastornos de la conducta alimentaría                         | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 12. Trastornos del sueño  | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 13. T. del control de impulsos no clasificados en otros apartados | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 14. Trastornos adaptativos  | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 15. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica     | 1. SI _____ | 2. NO _____ |

**ANEXO 9. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RETRASO MENTAL.  
EJE II: DSM IV.**

**EJE II: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RETRASO MENTAL:  
REVISAR CRITERIOS DEL DSM IV.**

- |  |             |             |
|--|-------------|-------------|
| 1. Trastorno paranoide de la personalidad            | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 2. Trastorno esquizoide de la personalidad           | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 3. Trastorno esquizotípico de la personalidad        | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 4. Trastorno antisocial de la personalidad           | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 5. Trastorno límite de la personalidad               | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 6. Trastorno histriónico de la personalidad          | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 7. Trastorno narcisista de la personalidad           | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 8. Trastorno de la personalidad por evitación        | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 9. Trastorno de la personalidad por dependencia      | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 10. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 11. Trastorno de la personalidad no especificado     | 1. SI _____ | 2. NO _____ |
| 12. Retraso mental                                   | 1. SI _____ | 2. NO _____ |

## ANEXO 10. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Categoría de Severidad)

**PUNTUACIÓN:** Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los Ítems. Rango obtenido de 0 a 63. Los puntos de corte que se propone para graduar.

Las categorías de severidad del síndrome depresivo, son las siguientes:

- **Normal** 0 a 9
- **Depresión leve** 10 a 15
- **Depresión moderada** 16 a 23
- **Depresión grave** 24 a 63

Este inventario tiene varios grupos de afirmaciones. Por favor lea cada grupo cuidadosamente. Marque con un círculo la afirmación que en cada grupo describa mejor la forma en que **Usted** se sintió la semana pasada **incluyendo el día de hoy**. Si Usted encuentra en un grupo que hay varias afirmaciones que lo(a) describen de igual forma, haga un círculo en cada una de ellas.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir su respuesta

1. 0 No me siento triste  
2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de este estado  
1 Me siento triste  
3 Me siento triste e infeliz que ya no puedo salir de este estado
  
2. 3 Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar  
2 No hay nada porque luchar  
1 El futuro me desanima  
0 El futuro no me desanima especialmente
  
3. 1 He fracasado más que la mayoría de las personas  
2 Al mirar atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro  
0 No me siento como un fracasado  
3 Siento que soy un completo fracaso como persona
  
4. 3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido (a) con todo  
2 Ya no tengo ninguna satisfacción por las cosas  
1 No disfruto las cosas como antes  
0 Las cosas me satisfacen tanto como antes

5. 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones  
3 Me siento culpable constantemente  
0 No me siento especialmente culpable  
2 Me siento culpable la mayoría de las veces
6. 2 Espero ser castigado  
0 No siento que me estén castigando  
3 Siento que me están castigando  
1 Siento que quizá puedo ser castigado (a)
7. 3 Me odio a mí mismo (a)  
2 Estoy descontento (a) conmigo mismo (a)  
1 Estoy descontento (a) de mí mismo (a)  
0 No me siento descontento (a) de mí mismo (a)
8. 0 No me siento peor que otros  
3 Me culpo por todas las cosas malas que suceden  
1 Me autocrítico por mi debilidad y errores  
2 Me culpo por mis faltas
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio  
0 He pensado en suicidarme pero no lo haré  
1 Desearía poner fin a mi vida  
2 Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10. 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga  
0 Ahora lloro constantemente  
0 Lloro más ahora que antes  
0 No lloro más que lo usual
11. 1 Me irrito o me enojo más fácilmente que antes  
0 No estoy especialmente irritado  
1 Ya no me irritan en absoluto las cosas que antes me irritaban  
2 Ahora me siento irritado (a) continuamente
12. 0 No he perdido el interés en otras personas  
1 Me interesan las personas menos que antes  
2 He perdido gran parte el interés en otros  
3 He perdido todo el interés por los demás
13. 1 Evito más que antes tomar decisiones  
0 Tomo mis propias decisiones igual que antes  
3 Me es imposible tomar decisiones  
2 Me cuesta más que antes tomar decisiones

14. 0 No creo tener peor aspecto que antes  
3 Creo que tengo un aspecto horrible  
2 Noto cambios constantes en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo (a)  
1 Estoy preocupado porque parezco envejecido (a) y poco atractivo (a)
15. 3 No puedo hacer ningún trabajo  
2 Tengo que obligarme a mi mismo (a) hacer cualquier cosa  
1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual empezar a hacer algo  
0 Trabajo igual que antes
16. 1 No puedo dormir tan bien como antes  
3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volverme a dormir  
0 Puedo dormir tan bien como antes  
2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volverme a dormir.
17. 0 No me siento más cansado de lo normal  
1 Me canso más fácilmente que antes  
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa  
3 Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa
18. 3 Ahora he perdido totalmente el apetito  
2 Mi apetito es peor ahora  
1 Mi apetito no es tan bueno como era antes  
0 Mi apetito no ha disminuido
19. 0 No he perdido peso últimamente                      Trato de perder peso comiendo  
1 He perdido más de 2 ½ kilos    SI\_\_\_ NO \_\_\_  
2 He perdido más de 5 kilos  
3 He perdido más de 7 ½ kilos
20. 0 Estoy preocupado por mi salud  
3 Estoy tan preocupado con mis enfermedades que no puedo pensar en otra cosa  
2 Me preocupan mucho mis enfermedades físicas y me cuesta trabajo pensar en otras Cosas.  
1 Me preocupan mis problemas físicos como: dolores, malestares estomacales o estreñimiento
21. 3 He perdido completamente el interés por el sexo  
2 Estoy ahora mucho menos interesado (a) en el sexo  
1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes  
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual

**ANEXO 11. CUESTIONARIO CAGE  
(DETECCIÓN DE ALCOHOLISMO) (Categorías)**

Puntuación: Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 4 ítems. En cada ítem la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0.

<u>Puntaje</u>	<u>Categorías:</u>
• 0	<b>No hay problemas relacionados con el alcohol</b>
• 1	<b>Indicio de problemas relacionados con el alcohol</b>
• 2 a 4	<b>Dependencia alcohólica</b>

**CUESTIONARIO CAGE**

1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?  
1 Si\_\_\_\_ 0 No\_\_\_\_
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?  
1 Si\_\_\_\_ 0 No\_\_\_\_
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?  
1 Si\_\_\_\_ 0 No\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de un guayabo?  
1 Si\_\_\_\_ 0 No\_\_\_\_

## ANEXO 12. PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

### CLASIFICACIÓN DSM IV: EJE IV (Ocurrido un mes antes a la valoración).

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1. Problemas relativos al grupo primario de apoyo              | 1. Sí ___ 2. No ___ 3. No Dato___ |
| 2. Problemas relativos al ambiente social                      | 1. Sí ___ 2. No ___ 3. No Dato___ |
| 3. Problemas relativos a la enseñanza                          | 1. Sí ___ 2. No ___ 3. No Dato___ |
| 4. Problemas laborales   | 1. Sí ___ 2. No ___ 3. No Dato___ |
| 5. Problemas de vivienda                                       | 1. Sí ___ 2. No ___ 3. No Dato___ |
| 6. Problemas económicos  | 1. Sí ___ 2. No ___ 3. No Dato___ |
| 7. Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria | 1. Sí ___ 2. No ___ 3. No Dato___ |
| 8. Problemas relativos a la interacción con el sistema legal   | 1. Sí ___ 2. No ___ 3. No Dato___ |
| 9. Otros problemas psicosociales y ambientales                 | 1. Sí ___ 2. No ___ 3. No Dato___ |

### CARENCIAS AFECTIVAS:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Separación a edad temprana del padre___ | 2. Separación a edad temprana de la madre___ |
| 3. Adoptado___                             | 4. Ninguno___                                |

### MALTRATO EN LA INFANCIA:

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 1. Físico___               | 2. Verbal___                                   |
| 3. Sexual___               | 4. Testigo de violencia___                     |
| 5. Negligencia parental___ | 6. Víctima de abuso emocional o psicológico___ |
| 7. Ninguno___              |  |

### MALTRATO DE ADULTO:

- |                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 1. Físico ___                       | 2. Verbal___               |
| 3. Sexual___                        | 4. Testigo de violencia___ |
| 5. Abuso emocional o psicológico___ | 6. Ninguno___              |

## **ANEXO 13. ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG, GAS)**

### **ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG, GAS). (Endicott, Spitzer, Fleiss, an Cohen 1976)**

**100- 91** Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

**90 – 81** Síntomas ausentes o mínimos, buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos.

**80 – 71** Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales; sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar.

**70 – 61** Algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien, tiene buenas relaciones interpersonales.

**60 – 51** Síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar.

**50 – 41** Síntomas graves o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar.

**40 – 31** Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación o alteración importante en varias áreas, como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo.

**30 – 21** La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones, o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas.

**20 – 11** Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima o alteración importante de la comunicación.

**10 – 1** Peligro persistente de lesiones graves a otros o a sí mismo o incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.

**0** Información inadecuada

**ANEXO 14. ESCALA VALORACIÓN DE INTENTO DE SUICIDIO (RRS)**

<b>ESCALA VALORACIÓN DE INTENTO DE SUICIDIO (RISK-RESCUE SCALE ) DE WEISMAN Y WORDEN, 1972</b>		
<b>CATEGORIA</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>FACTORES DE RIESGO</b>	Agente utilizado	(1) Ingestión, cortes, puñaladas
		(2) Ahogamiento, asfixia, estrangulamiento
		(3) Precipitación, disparo por arma de fuego
	Conciencia disminuida	(1) No se observa
		(2) Confusión, coma, semicoma
		(3) Coma, coma profundo
	Lesiones Toxicidad	(1) Ligera
		(2) Moderada
		(3) Fuerte
	Reversibilidad	(1) Buena, completa recuperación
		(2) Regular, recuperación con el tiempo
		(3) Mala, efectos residuales
	Tratamiento necesario	(1) Primeros auxilios, urgencias
(2) Ingreso médico		
(3) UVI		
<b>FACTORES DE RIESGO. TOTAL</b>		
<b>FACTORES DE RESCATE</b>	Ubicación (entorno donde realiza el intento de suicidio).	(1) Remota
		(2) No familiar, no remota
		(3) Familiar
	Persona que indica el rescate	(1) Transeúnte
		(2) Profesional
		(3) Persona clave o familiar (o el propio paciente)
	Probabilidad de ser descubierto	(1) Accidental
		(2) Incierta
		(3) Segura
	Accesibilidad al rescate	(1) No solicita auxilio
(2) Deja huellas		
(3) Solicita auxilio		
Retraso hasta el descubrimiento	(1) Mayor de cuatro horas	
	(2) Menor de cuatro horas	
	(3) Inmediato	
<b>FACTORES DE RESCATE. TOTAL</b>		

## ANEXO 15. ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SIS)

**ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SIS) (Beck, Beck and Kovacs 1975):**

### ***I. Circunstancias objetivas***

1.- Aislamiento:

- 0. \_\_\_Alguien presente
- 1. \_\_\_Alguien próximo o en contacto visual o verbal (ej. teléfono)
- 2. \_\_\_Nadie cerca o en contacto

2.- Medición del tiempo:

- 0. \_\_\_La intervención es muy probable
- 1. \_\_\_La intervención es poco probable
- 2. \_\_\_La intervención es altamente improbable

3.- Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas:

- 0. \_\_\_Ninguna
- 1. \_\_\_Toma precauciones pasivas (ej. evita a los otros, pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación, pero con la puerta sin cerrar)
- 2. \_\_\_Toma precauciones activas (ej. cerrando la puerta)

4.- Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento:

- 0. \_\_\_Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
- 1. \_\_\_Colaborador potencial contactado, pero no específicamente avisado
- 2. \_\_\_No contactó, ni avisó a nadie

5.- Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro...)

- 0. \_\_\_Ninguno
- 1. \_\_\_Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
- 2. \_\_\_Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales

6.- Preparación activa del intento:

- 0. \_\_\_Ninguna
- 1. \_\_\_Mínima o moderada
- 2. \_\_\_Importante

7.- Nota suicida:

- 0. \_\_\_ Ninguna
- 1. \_\_\_ Nota escrita, pero rota, no terminada, pensó escribirla
- 2. \_\_\_ Presencia de nota

8.- Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)

- 0. \_\_\_ No comunicación verbal
- 1. \_\_\_ Comunicación ambigua (ej. "Estoy cansado de la vida", "Pienso estará mejor sin mí", "Nada tiene objeto")
- 2. \_\_\_ Comunicación no ambigua (ej. "Quiero morir", "Siento como si quisiera matarme", "Tomar pastillas")

## **II. Autoinforme:**

9.- Propósito supuesto del intento:

- 0. \_\_\_ Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza.
- 1. \_\_\_ Componentes del punto anterior y del siguiente
- 2. \_\_\_ Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

10.- Expectativas sobre la probabilidad de muerte:

- 0. \_\_\_ Pensó que era improbable
- 1. \_\_\_ Posible, pero no probable
- 2. \_\_\_ Probable o cierta

11. Concepción de la letalidad del método

- 0. \_\_\_ Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
- 1. \_\_\_ No estaba seguro si lo que hacía era letal
- 2. \_\_\_ Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

12. Seriedad del intento

- 0. \_\_\_ No intentó seriamente poner fin a su vida
- 1. \_\_\_ Inseguro
- 2. \_\_\_ Intentó seriamente poner fin a su vida

13. Actitud hacia el vivir/morir

- 0. \_\_\_ No quería morir
- 1. \_\_\_ Componentes de 0 y 2
- 2. \_\_\_ Quería morir

14. Concepción de la capacidad de salvamento médico

- 0. \_\_\_ Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
- 1. \_\_\_ Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
- 2. \_\_\_ Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. Grado de premeditación

- 0. \_\_\_ Ninguno, impulsivo
- 1. \_\_\_ Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
- 2. \_\_\_ Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

**III. Circunstancias subjetivas**

16. Reacción frente al intento

- 0. \_\_\_ Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
- 1. \_\_\_ Acepta tanto el intento como su fracaso
- 2. \_\_\_ Rechaza el fracaso del intento

17. Preconcepciones de la muerte

- 0. \_\_\_ Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
- 1. \_\_\_ Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
- 2. \_\_\_ No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. Número de intentos de suicidio previos

- 0. \_\_\_ Ninguno
- 1. \_\_\_ 1 o 2
- 2. \_\_\_ 3 o más

19. Relación entre ingesta de alcohol e intento

- 0. \_\_\_ Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. \_\_\_ Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. \_\_\_ Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)

- 0. \_\_\_ Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. \_\_\_ Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. \_\_\_ Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

## **ANEXO 16. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI)**

### **ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI) (Scale for Suicide Ideation) Beck, Kovacs, y Weissman 1979**

#### **1. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE**

1. Deseo de vivir
  0. Moderado a intenso
  1. Débil
  2. Ninguno
2. Deseo de morir
  0. Ninguno
  1. Débil
  2. Moderado a intenso
3. Razones para vivir/morir
  0. Las razones para vivir son superiores a las de morir
  1. Iguales
  2. Las razones para morir son superiores a las de vivir
4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio
  0. Ninguno
  1. Débil
  2. Moderado a intenso
5. Intento pasivo de suicidio
  0. Tomaría precauciones para salvar su vida
  1. Dejaría su vida/muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada)
  2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de tomar la insulina)

#### **2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEO SUICIDAS**

6. Dimensión temporal: duración
  0. Breve, períodos pasajeros
  1. Períodos más largos
  2. Continuo (crónico), o casi continuo
7. Dimensión temporal: frecuencia

- 0. Rara, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

8. Actitud hacia el pensamiento/deseo

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalencia, indiferencia
- 2. Aceptación

9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo

- 0. Tiene sensación de control
- 1. No tiene seguridad de control
- 2. No tiene sensación de control

10. Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

- 0. No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
- 1. Los factores disuasivos tienen cierta influencia
- 2. Influencia mínima o nula de los factores disuasorios (si existen factores disuasorios, indicarlos)

11. Razones del proyecto de intento

- 0. Manipular el medio, atraer atención, venganza
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, acabar, resolver problemas

**3. CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO**

12. Método: especificación/planes

- 0. No lo ha considerado
- 1. Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- 2. Los detalles están especificados/bien formulados

13. Método: accesibilidad/oportunidad

- 0. Método no disponible; no hay oportunidad
- 1. El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
- 2a. Método y oportunidad accesible
- 2b. Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento

- 0. No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- 1. Inseguro de su coraje, competencia

2. Seguro de su competencia, coraje

15. Expectativa/anticipación de un intento real

- 0. No
- 1. Incierto, no seguro
- 2. Sí

#### **4. REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO**

16. Preparación real

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)
- 2. Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17. Notas acerca del suicidio

- 0. No escribió ninguna nota
- 1. Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla
- 2. Completada

18. Preparativos finales ante la anticipación de la muerte ( ej: seguro, testamento, donaciones)

- 0. Ninguno
- 1. Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados
- 2. Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19. Engaño/encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta)

- 0. reveló estas ideas abierta
- 1. Fue reacio a revelarlas
- 2. Intentó engañar, encubrir, mentir

#### **5. FACTORES DE FONDO**

20. Intentos previos de suicidio

- 0. Ninguno
- 1. Uno
- 2. Más de uno

21. Intención de morir asociada al último intento

- 0. Baja
- 1. Moderada; ambivalente, insegura
- 2. Alta