

**ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, EN LOS ACTOS
SUICIDAS RETOMADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE
ENVIGADO: ENERO DE 2010 – MARZO DE 2015.**

CAROLINA VIANA MONTOYA

ERIKA MADRIGAL BERMÚDEZ

NATALIA VALENCIA MORALES

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO - ANTIOQUIA

SEPTIEMBRE DE 2015

**ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, EN LOS ACTOS
SUICIDAS RETOMADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE
ENVIGADO: ENERO DE 2010 – MARZO DE 2015.**

CAROLINA VIANA MONTOYA

ERIKA MADRIGAL BERMÚDEZ

NATALIA VALENCIA MORALES

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al TÍTULO de
PSICÓLOGA**

Director del Trabajo de Grado

VÍCTOR HUGO CANO BEDOYA

Psicólogo

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO - ANTIOQUIA

SEPTIEMBRE DE 2015

DEDICATORIA

A nuestros familiares por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores inculcados y la motivación constante que nos ha permitido perseverar y finalizar no solo este proyecto investigativo sino también nuestra carrera profesional.

A nuestros maestros de carrera por su tiempo, conocimientos compartidos y apoyo para la culminación de nuestros estudios profesionales, por hacer de nosotras profesionales integra e idóneas para el ejercicio de la Psicología.

Y en especial a quién motivó el interés de la compleja realidad del suicidio, Robinson Viana Montoya, fallecido el 21 de diciembre del año 2005.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que conformamos el grupo de trabajo, por esto agradecemos a la Secretaria de Salud del Municipio de Envigado, quien brindó todas las herramientas necesarias para la realización de este trabajo investigativo, a nuestro director de trabajo de grado el docente Víctor Hugo Cano, quien con su conocimiento, tiempo, paciencia, experiencia y dedicación logró dar un norte a esta investigación.

A nuestro amigo Alejandro Cuartas Montoya quien siempre se mostró diligente ante las necesidades que dicho proyecto exige, ayudando de manera desinteresada al logro de este.

ÍNDICE

Página

1. ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, EN LOS ACTOS SUICIDAS RETOMADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO: ENERO DE 2010 MARZO DE 2015.	11
2. RESUMEN	11
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
4.1. Formulación del problema	14
4.2. Justificación	16
5. OBJETIVOS	19
5.1. Objetivo General	19
5.2. Objetivos Específicos	19
6. MARCO REFERENCIAL	20
6.1. Marco de Antecedentes	20
6.1.1. Suicidio a nivel Internacional	20
6.1.2. Suicidio a nivel regional	22
6.1.3. Suicidio a nivel Local	25
6.2. Marco teórico	27
6.2.1. Factores de riesgo suicida	31
6.2.3. Posturas del suicidio	33
6.3. Marco Jurídico Legal	52
6.4. Marco Conceptual	60
7. MÉTODO	63
7.1. Tipo de Estudio	63
7.2. Diseño	64

7.3. Población	68
7.3.1. Muestra	69
7.4. Técnicas de Recolección	70
7.5. Procedimiento	70
8. RESULTADOS	72
8.1. Análisis univariado	72
8.2. Análisis bivariado	79
9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	85
10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	88
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	92
12. LIMITACIONES O DIFICULTADES	96
REFERENCIAS	97

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1: <i>Agrupación del Mecanismo Causal</i>	65
Tabla 2: <i>Total suicidios por sexo ocurridos en el Municipio de Envigado entre enero de 2010 a marzo de 2015.</i>	73
Tabla 3: <i>Estado civil de los sujetos que cometieron actos suicidas entre enero de 2010 a marzo de 2015 en el Municipio de Envigado.</i>	73
Tabla 4: <i>Rango de edades de los sujetos que cometieron actos suicidas entre enero de 2010 a marzo de 2015, en el Municipio de Envigado.</i>	74
Tabla 5: <i>Nivel educativo de los sujetos que cometieron actos suicidas entre enero de 2010 a marzo de 2015, en el Municipio de Envigado.</i>	75
Tabla 6: <i>Afiliación a entidades promotoras de salud de los sujetos que cometieron actos suicidas entre enero de 2010 a marzo de 2015 en el Municipio de Envigado.</i>	76
Tabla 7: <i>Métodos empleados por los sujetos que cometieron actos suicidas entre enero de 2010 a marzo de 2015, en el Municipio de Envigado.</i>	77
Tabla 8: <i>Distribución por zonas del Municipio de Envigado donde se cometieron actos suicidas para el periodo comprendido entre enero de 2010 a marzo de 2015.</i>	78

INDICE DE GRÁFICAS

	Página
Gráfica 1: <i>Mapa de Envigado distribuido por zonas.</i>	69
Gráfica 2: <i>Distribución de la causa del suicidio por género.</i>	79
Gráfica 3: <i>Estado civil al momento de cometer el acto suicida a su vez que la causa de la muerte.</i>	80
Gráfica 4: <i>Agrupación de las personas etariamente, y a su vez la causa.</i>	81
Gráfica 5: <i>Agrupación del nivel educativo, y a su vez la causa.</i>	82
Gráfica 6: <i>Agrupación de la zona del Municipio de Envigado, y a su vez la causa.</i>	83
Gráfica 7: <i>Agrupación del sistema de salud, y a su vez la causa.</i>	84

1. ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, EN LOS ACTOS SUICIDAS RETOMADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO: ENERO DE 2010 MARZO DE 2015.

2. RESUMEN

“De cualquier manera, si existe o no la realidad, no importa, porque lo que importa somos nosotros mismos, nuestras vivencias, nuestros sentimientos, nuestra esperanza de crear un mundo mejor y la oportunidad que tenemos de poder hacerlo sólo con nuestra intención”. Heidi Chica

El siguiente proyecto busca abordar la realidad del suicidio desde una caracterización sociodemográfica, en el Municipio de Envigado, sin pretender abordar la determinación suicida de un sujeto, además de construir un acercamiento al perfil de la población con mayor vulnerabilidad a nivel local y como lo arrojarían los datos sociodemográficos en conjunto con una variable que mide el método causal, y así con una línea de investigación cuantitativa, y del orden descriptivo aproximarse a este escenario social que requiere la integración multidisciplinar para ser comprendido. Gracias a la Secretaria de Salud de Envigado, esta realidad se hace más próxima de investigar, porque de alguna manera permite llevar a cabo la investigación de las características sociales y demográficas, que obedecen a los actos suicidas en dicho municipio desde enero de 2010 hasta marzo del 2015.

Cabe destacar que la visión investigativa que se presenta, es solo una aproximación local y meramente descriptiva, la cual se asume desde el análisis de información suministrada por otra entidad, que no es determinante, sino al contrario la apertura interpretativa ante el lector, porque no presume una verdad absoluta, si no cambiante, multidisciplinar, expectante y ávida de investigación.

Palabras claves: suicidio, sociodemográficas, realidad, descriptivos, perfil, cifras, impacto social.

ABSTRACT

The following project aims to embark in the reality of suicide from a sociodemographic perspective within the locality of Envigado. By no means has this essay deciphered suicidal determination. Instead, it focuses on the most vulnerable population at the local level and how the incidents were recorded for statistical and demographical purposes in the town of Envigado.

The investigative vision of the project only scratches the surface of a topic that requires further exploration. All of the provided information was limited to the local aspects of Envigado but can relate to research from multiple sources. The project does not deliver an absolute truth but rather a change in perspective that calls for additional analysis.

Key words: Suicide, sociodemographic, really, descriptive, profile, figures, social impact.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1. Formulación del problema

La psicología como ciencia se ha preocupado por estudiar fenómenos sociales que den cuenta de las dinámicas tanto individuales como sociales, que involucran sujetos sociales con un sin número de variables disponibles en el medio con las cuales interactúan, socializan y divergen los fenómenos. Para ello se dispone de un espacio-tiempo que emerge de una contemporaneidad, además de la cultura, la historia y el lenguaje, que edifican una comunidad y así entre actos y pensamientos se forja un colectivo particular.

El suicidio es un fenómeno social que han construido a lo largo de la historia las diferentes culturas y que aún tiene vigencia, así en la sociedad occidental esta impregno de una serie de creencias alrededor del sentido de la dignidad, de la vida y de la salud, lo que crea la necesidad de comprender los elementos que privan la valoración de la vida desde la perspectiva sociodemográfica.

Entre los diferentes fenómenos que han ocupado la psicología, existe hoy día una preocupación mundial por la prevención del suicidio, a una escala de un mayor nivel que busca impulsar las políticas de salud pública en los diferentes países, para dar cuenta de ello, la Organización

Mundial de la Salud (OMS), publicó en septiembre 2014, en relación al día mundial de prevención del suicidio, un artículo que fomenta la prevención del suicidio a nivel mundial.

El suicidio como evento que ocurre después o durante la exposición a los factores de riesgo, es un fenómeno que no es fácil de definir desde el punto psíquico ya que no se puede simplemente decir que es mera reacción a circunstancias o agentes generadores de angustia o malestar ni tampoco es posible identificarlo como un cuadro psicopático específico, al analizarlo se debe tener en cuenta los factores biológicos, psicológicos, sociológico y cultural.

Esta investigación, sobre el fenómeno del suicidio en un marco local, indaga lo correspondiente a los datos sociodemográficos disponibles sobre los sujetos que cometieron actos suicidas en el Municipio de Envigado entre los años 2010 a marzo 2015, y así constatar información básicamente estadística y relacionar los datos y variables sociodemográficos disponibles, permitiendo conocer en el marco Municipal de Envigado las muertes autoinflingidas, por ello se dispondrá de información existente, proveniente de la Secretaria de Salud de Envigado, posteriormente esta se sistematizará, dándole vía libre a un abordaje social, que no solo busca indagar, sino incentivar la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio en el Municipio de Envigado.

La siguiente es la pregunta de investigación que guiará el respectivo trabajo: *¿Cuáles son las características sociodemográficas más representativas de aquellos sujetos que cometieron actos suicidas en el periodo de Enero de 2010 - Marzo de 2015 en el Municipio de Envigado?*

4.2. Justificación

Este trabajo, titulado: Análisis de la caracterización sociodemográfica, en los actos suicidas del Municipio de Envigado: enero de 2010 – marzo de 2015, pretende abordar el fenómeno del suicidio, en un contexto local, con el fin de sistematizar la información referente a los actos suicidas que se han presentado en los últimos cinco años y 3 primeros meses del año 2015.

Con este proyecto investigativo se espera tener un posible perfil diagnóstico más acertado teniendo en cuenta las variables analizadas, lo cual permite diseñar nuevos y mejorados proyectos de promoción y prevención en salud mental dirigidos a la población del Municipio de Envigado. Se espera además, sensibilizar a las autoridades del Municipio de Envigado y aledaños sobre la importancia de la salud mental de sus habitantes a fin de unir esfuerzos para promover hábitos y estilos de vida saludable a partir de propuestas de salud pública hacia una verdadera salud mental.

Según el último informe de la revista Forensis de Medicina Legal en nuestro país Colombia, el suicidio es la cuarta forma de violencia, por cada mujer se quitan la vida cuatro hombres, este estudio indica que se realizaron 1.810 necropsias, en donde los sujetos cometieron suicidio. Una

de las tasas más altas fue la del departamento de Antioquia con un número de casos registrados 329.

Cifuentes (2013), dice: “Colombia ocupa el tercer lugar con mayor número de casos, después de Cuba y Brasil”. (pág.132), lo que lleva a verificar la información en un marco de salud pública, que contextualice esta información a lo más próximo, seleccionando el Municipio de Envigado, como el elegido para llevar a cabo esta investigación.

Esta investigación se llevará a cabo con los datos suministrados por la Secretaría de Salud del Municipio de Envigado, y con toda la información virtual del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, este estudio netamente descriptivo se enfoca en suministrar datos de orden sociodemográfico y así con la sistematización de la información conocer el estado de los actos suicidas en el contexto municipal, involucrando no solo un estudio psicológico si no social, que conlleve a revisar políticas municipales en relación a la salud pública y la prevención del suicidio en un marco local.

Cabe enunciar que desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) existe una creciente preocupación por este fenómeno, y no sólo por nombrarlo, sino por las estrategias de prevención que giran en torno a este, a nivel mundial. Por ello es una de las principales razones para abordar esta problemática, la OMS (2014) en el informe “Prevención del Suicidio, un imperativo global”, indica que el objetivo del informe es: priorizar la prevención del suicidio en la agenda global de

salud pública, en las políticas públicas y concientizar acerca del suicidio como una cuestión de salud pública.

Por ello se hace pertinente el estudio en un contexto local, que aborde la problemática socialmente, con unos resultados que orienten al Municipio de Envigado, desde la prevención de uno de los fenómenos más crecientes como acometida de estudio a nivel mundial.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Identificar las variables sociodemográficas asociadas a los actos finales suicidas durante el periodo Enero de 2010 – Marzo de 2015 en el Municipio de Envigado, con el fin de establecer el perfil de la población que estaría en mayor riesgo en este período de tiempo.

5.2. Objetivos Específicos

- Compilar información, respecto a los informes de conducta suicida, en los últimos cinco años y 3 meses, suministrada por la Secretaria de Salud del Municipio de Envigado en el periodo Enero de 2010 – Marzo de 2015.
- Contrastar las variables sociodemográficas con las diversas causas de muerte por suicidio, reportadas desde Secretaria de Salud de Envigado, para así analizar la información recolectada y aportar al establecimiento del perfil de la población con mayor riesgo en el periodo de tiempo Enero de 2010 - Marzo de 2015.
- Evidenciar la vulnerabilidad y el riesgo a la que se encuentra expuesta la comunidad envigadeña, con el fin de alertar a la Gobernación local y las diferentes Secretarías involucradas en la temática de este proyecto investigativo.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1. Marco de Antecedentes

El suicidio ha sido estudiado de muchas maneras y por diferentes disciplinas, a continuación se enunciará un marco de antecedentes revisados con antelación sobre el suicidio y generalidades estadísticas en diferentes tipos de población según su relevancia para este trabajo investigativo.

6.1.1. Suicidio a nivel Internacional

Según la organización panamericana de la salud en su artículo, “un millón de personas se quita la vida cada año en el mundo”: afirma que el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas con edades entre los 15 a los 44 años. Este artículo obedece a la conmemoración de del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, el cual se celebra el 10 de septiembre de cada año. Además se menciona que de cada 20 personas que intentan suicidarse por día, una logra el objetivo, estos datos sustentan la preocupación que existe a nivel mundial por prevenir el suicidio y no sólo esto, sino fomentar la salud mental. Para ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, por sus siglas en inglés), adelantan a través del artículo y diferentes acciones que apuntan a mejorar la educación y conocimiento sobre el

tema del suicidio, y lo más importante la implantación de una conciencia preventiva en el tema del suicidio.

Acompañando esta estrategia el artículo presenta estas cifras a nivel mundial:

1 millón de suicidios anuales

250 mil suicidios anuales son de adolescentes y jóvenes menores de 25 años

3 mil personas por día se suicidan

1 muerte cada dos minutos

1 de cada 20 personas que intentan quitarse la vida lo logran.

La Organización Sanitas Internacional-Gestión de Riesgo en Salud, publica un artículo titulado “*Prevención del Suicidio: Un Mundo Conectado*” Volumen 3. Número 34, año 2014, indicando que en el primer informe mundial de la salud OMS publicado el 4 de Septiembre de 2014, más de 800.000 personas mueren cada año por suicidio aproximadamente una persona cada 40 segundos.

De acuerdo con lo mencionado en el artículo, en la distribución por grupos de edad, las tasas más altas de suicidio por cada 100.000 habitantes se agrupan así: 18-19 años (6,74), 20-24 años (6,54), 25-29 años (5,63), 30-34 años (5,55), 70-74 años (5,43).

Este artículo reseña algunas formas de actuar cuando se está ante una persona con gestos suicidas, maneras de enfrentar y ayudar a las personas que manifiesten este tipo de conductas.

Aunque las tasas de suicidio más altas se han presentado en los adultos mayores, el índice entre personas jóvenes se ha incrementado notablemente siendo este el grupo más sensible a esta forma de muerte.

6.1.2. Suicidio a nivel regional

El presente artículo desarrollado por García, et. al. titulado *Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia*, publicado en el año 2008 en la revista Colombiana de Psiquiatría Volumen 37. Número 1, tiene como objetivo determinar si existen tipos específicos de eventos vitales que constituyan factores de riesgo para el suicidio en Medellín, Colombia. Para la realización de este estudio el método empleado fue un estudio de casos y controles donde se tomaron 108 sujetos que fallecieron por suicidio (casos) , et. al. 108 (controles) que fallecieron por otras causas, se agruparon por edad y sexo; el resultado arrojó que los eventos que mostraron ser factores que aumentan el riesgo son: rupturas afectivas, desempleo y dificultades económicas. Dichos eventos nos muestra este estudio, se deben tenerse en cuenta para el diseño de estrategias de prevención en todo lo concerniente con las políticas de salud mental.

Para el año 2013 Lozano publicó el artículo titulado “*Quitarse la vida cuando esta aun comienza*” para el Boletín Epidemiológico Trimestral del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, señala las cifras aportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) según las

cuales cerca de 3000 personas se suicidan cada día en el mundo y otras 60.000 intentan hacerlo pero no lo logran. Desde el año 2009 este fenómeno en Colombia ha sido un comportamiento constante, pero es considerado como un problema prevenible de salud pública, según la OMS. En nuestro país el suicidio es la cuarta forma de violencia con una tasa de mortalidad para el año 2013 de 3,84 personas por cada 100.000 habitantes, para un total de 1.810 casos. Según estas cifras por cada mujer se quitan la vida cuatro (4) hombres.

Así mismo, El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses revela que el rango de edad en los que más suicidios se presentan es entre los 15 y 29 años.

Lo que plantea el autor en relación a este artículo es que existe poca información que dé cuenta de cómo se puede tener una mirada que permita comprender el suicidio de niños (as) y adolescentes en Colombia. A lo largo de este estudio se evidencia como la depresión clínica se encuentra implícita en la mayoría de los suicidios e intentos de suicidio, aparecen también como detonantes: las discusiones en familia, separación de los padres, rupturas amorosas, de igual manera el consumo de drogas y alcohol.

Son diversos los factores que se relacionan en torno a la problemática del suicidio, por lo que en el año 2010 Paniagua, et. al., publican una investigación nombrada, *Caracterización de la salud mental mediante cinco indicadores básicos, nivel de riesgo suicida, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, funcionalidad familiar, vulnerabilidad a estresores sociales de la*

población escolar de Copacabana – Antioquia 2010. En el cual intenta acercarse al fenómeno en su contexto, estudiando los factores de riesgo como lo son la depresión, disfunción familiar, farmacodependencia y vulnerabilidad social; desde una indagación inter y multidisciplinaria que permite un panorama integral.

En este estudio destaca que el suicidio se incrementó el 60% en el mundo durante los últimos cincuenta años y este es su mayoría en países en desarrollo, el suicidio es actualmente la tercera causa de mortalidad entre los quince y treinta y cuatro años de edad.

Los métodos más empleados fueron tóxicos o venenos, arma de fuego, ahorcamiento o suspensión y lanzamiento al vacío. Y retoman a la Asociación Colombiana de Psiquiatría donde informa que el 15% de la población con intento de suicidio está afectada por trastornos mentales, como trastornos del ánimo, como depresión y bipolaridad.

Según estadísticas de la Dirección Seccional de Antioquia año 2009, en el valle de Aburrá, Copacabana se ubica en el primer lugar de Antioquia con una tasa de 81,7 por cada cien mil habitantes con 53 casos, seguido por el municipio de Sabaneta con una tasa de 42.7 por cada cien mil habitantes.

Después de analizar los resultados que obtuvieron evidenciaron que en el municipio de Copacabana son similares a las tasas en otros países, donde los más jóvenes, de sexo femenino y que en su mayoría de estrato socioeconómico es bajo, son los más afectados con este fenómeno. “De esta manera se ven reflejados los problemas de aculturación, las actitudes de rechazo, la carencia de apoyo afectivo, como conductas con alto potencial para ser consideradas factores de riesgo” Paniagua, et. al. (2010).

Adicional se debe tener presente que en los últimos años las diferentes investigaciones regionales apuntan a desarrollarse con diferentes aspectos o factores que pueden asociarse al fenómeno del suicidio. Uno de estos estudios: Conducta Suicida y calidad de Vida en Medellín año 2011: Un Análisis Exploratorio. Retoma desde otra fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia un cuadro que muestra los factores de riesgo dividiéndolos de la siguiente manera, zonales, biológicos, individuales, ambientales. Es claro que para los investigadores estudiar el fenómeno del suicidio como único e independiente es una forma casi nula que no encuentra respuesta como lo muestra este estudio, la calidad de vida se asocia. “Una indicador importante para las políticas actuales y un gobierno” se trata de un método que intenta evaluar el grado de satisfacción de las personas de un país. Torres, et. al. (2011 P.14).

6.1.3. Suicidio a nivel Local

Es importante resaltar como se encuentra el municipio de Envigado en cuanto a esta problemática por medio de las cartillas “Situación de Salud” elaboradas por la Secretaria de Salud del

Municipio de Envigado, las cuales tienen como objetivo informar a la comunidad en general y a todos los interesados sobre los indicadores más importantes en salud representando en consolidados por años. Para el objeto de nuestra investigación tomamos aspectos relevantes de dichas publicaciones, recopilando desde el año 2010 a 2015.

Para el año 2010 según cifras aportadas por Medicina Legal y el DANE se tiene que en el Municipio de Envigado los suicidios aportaron un 14% (tasa por 100.000 habitantes) representado con el siguiente número de casos: En la zona urbana se presentaron en total 12 suicidios y en la zona rural 1. El grupo de edades en las que prevalecen estos eventos es de 29 a 45 años, el sexo masculino prevalece. Las estadísticas sobre las autopsias realizadas por Medicina Legal aportan que por arma de fuego se presentaron 5 casos, por ahorcamiento 3, por tóxicos 4 y por lanzamientos al vacío 1.

Los intentos de suicidios representan una de las tasas más altas de los últimos tiempos en el Municipio con un 39% para un total de 78 intentos de homicidios de los cuales 74 fueron en la zona urbana y 4 en la zona rural.

Para el año 2011 Según cifras de Medicina Legal y el DANE se presentaron 19 casos de suicidio de los cuales 17 se presentaron en la zona urbana y 2 en la zona rural, se tiene también para este mismo año 90 intentos de suicidio siendo esta tasa una de las más altas de los últimos 5 años en el Municipio de Envigado.

Siguiendo esta misma línea para el año 2012 según cifras del DANE la tasa de suicidio ha presentado altibajos durante el último quinquenio, siendo mayor en los años 2008 y 2011. En este año se disminuyó considerablemente la tasa de suicidios pues se presentaron 5 en la zona urbana y no se presentó ninguno en la zona rural.

Para finalizar, el informe del año 2013 la mortalidad por suicidio presenta un descenso del 9% con respecto a años anteriores, la Secretaria de salud reporta que en términos generales se puede hablar de un mejoramiento en los indicadores de informes anuales anteriores. Para este año se presentaron 5 casos de suicidio en el área urbana y ninguno en el área rural. Es importante destacar que dentro de las 10 primeras causas de muerte en las edades entre los 20 y los 35 años establecidas por la Secretaria de Salud del Municipio de Envigado aparecen las lesiones auto infligidas intencionalmente, todo esto sugiere un trabajo adicional desde programas y proyectos de salud mental que generen planes de acción para fortalecer en estos grupos de edad habilidades para la vida y proyecto de vida en otros.

6.2. Marco teórico

El suicidio como tema de abordaje para este proyecto de investigación nace de la necesidad de integrar un mundo de posibilidades, que abarcan diferentes disciplinas que interactúan en torno a una misma problemática, ya que por su complejidad no podría mirarse desde una sola perspectiva, al referirse al hombre como tal, implica mostrar la realidad lo más acertada posible, para así poder

encontrar diferentes hipótesis que vislumbren mejor la realidad, como lo llama Chica (2010), “se trata de un universo de circunstancias biológicas, vitales, ambientales, psicológicas, sociológicas, religiosa y culturales entre otras en cada una de las personas que toma la decisión o tiene el impulso de acabar con su vida.” (P.201).

Así mismo, esta multivariedad de circunstancias, pone en ejecución las diferentes disciplinas que giran en torno a este fenómeno social, inquietando las nuevas políticas de Estado, los proyectos académicos, la salud mental, entre otros.

Este proyecto no solo enmarca las cifras reales de los actos suicidas cometidos en el Municipio de Envigado en los últimos cinco años, lo que en su realización busca, es posibilitar e intentar mostrar una realidad que emerja en nuevos proyectos de prevención, justificándose en los actores sociales implicados en este fenómenos. Como lo diría Chica (2010), “lo que realmente se pretendía era mostrar un lado más humano y menos numérico del impacto del problema del suicidio y sobre todo dar una luz de esperanza frente a la forma de abordar el fenómeno.”(P.210).

En relación al contenido que se ha venido desarrollando en el marco problematizador, es importante destacar los datos relevantes a investigaciones y campañas de sensibilización que trabajan con los factores de prevención y protección de la salud mental en los jóvenes, una de estas se llevó a cabo en el año 2011, entre la Fundación Universitaria Luis Amigó en compañía de la Institución Universitaria de Envigado, en esta se recolectaron datos con una población de 154

jóvenes, ubicados en 20 municipios diferentes en 9 regiones de Antioquia, en ellas se tuvieron en cuenta las características socioculturales y psicológicas de los jóvenes frente a los conceptos que tienen sobre la idealización suicida, entre los datos se encontró que en los últimos tres años inmediatamente anteriores al año de la investigación, que los intentos de suicidio en este tipo de población tiende a incrementarse, como lo muestra el siguiente cuadro que en la investigación se tomó de la Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia 2011.

NÚMERO DE CASOS			
AÑO	2008	2009	2010
14 A 17 AÑOS	340	640	692
18 A 26 AÑOS	490	860	950

Según los eventos objeto de vigilancia epidemiológica en salud mental, para 2010 se registraron en el departamento 2.529 casos de intento de suicidio, con 119 episodios de muerte en esta acción (Sivigila – DSSA, Sem.49).

La epidemiología puede ofrecer información básica, así como herramientas de medición y diseño de investigación, para generar intervenciones tempranas que permiten prevenir los factores de vulnerabilidad o las consecuencias de los factores de riesgo de estas intervenciones, de esta manera, se ha demostrado que las intervenciones tempranas pueden prevenir o reducir la probabilidad de discapacidad a largo plazo.

El desarrollo cognitivo en la etapa de la adolescencia y la juventud, en donde la inteligencia madura y pasa de la etapa de operación concreta (conductual) a la etapa de las operaciones abstractas (ideas), adquiriéndose la capacidad de ver más allá de lo concreto Piaget (1955). Por lo tanto los jóvenes a esta edad se hacen preguntas por ellos mismo, los otros y la sociedad en general.

Esta investigación evidencia factores como el abuso físico, verbal, sexual, el impacto de la violencia; la pobreza, la desesperanza. De tal manera que son muchos los factores asociados a esta problemática aparentemente “juvenil”, pero que en realidad es una consecuencia de los diversos problemas sociales, de violencia y de pobreza.

Salvo y Melipillán (2008) realizaron un estudio para identificar los factores de riesgo presentes en adolescente con intentos de suicidio, en el que confirmaron los supuestos de muchas otras investigaciones con respecto a los adolescente con mayor suicidalidad presentan baja autoestima, mayores niveles de impulsividad; problemas de cohesión y adaptación familiar, así como percepción de menos apoyo social.”

Holguín, et. al (2011) concluyen por medio de su investigación que la económica, desintegración y psicopatología familiar, el daño temprano físico y psicológico, un temperamento difícil en la niñez, la violencia y el impedimento intelectual constituyen factores de riesgo, un coeficiente intelectual bajo en el niño predicen el déficit de evolución. Al igual que las niñas en los países

socioculturalmente bajos y medio tiene menos oportunidades de estudiar y están más expuestas al abuso sexual, la prostitución infantil y al trabajo doméstico.

Florenzano, et. al (2007) son varias las formas en que los adolescentes pueden contener factores de riesgo como: cuando se caracteriza por descuido, negligencia y rechazo; así como la dimensión control psicológico y salud mental se refiere al control parental intrusivo que impide el desarrollo psicológico y emocional del joven, y que consiste en la invalidación de sentimientos, restricción de expresiones verbales, retiro de amor e inducción de culpa. Al igual que con autonomía extrema; esta dimensión indica el grado en que los padres establecen reglas y regulaciones, ponen límites a las actividades del niño y hacen cumplir tales reglas y regulaciones. De igual manera existe una asociación entre la depresión del adolescente y el control psicológico parental, así como el bajo control de los padres y las manifestaciones de conducta antisociales en sus hijos adolescentes.

Como lo puede mostrar este estudio, el suicidio es una de las problemáticas en ascenso, con sus diferentes causas y actores, va en aumento sus tasas tanto de intentos como de actos perpetrados.

6.2.1. Factores de riesgo suicida

Para este apartado se nombraran cuatro grupos de factores de riesgo:

-Factores de riesgo relacionado con el medio ambiente: condición socioeconómica, factores culturales y psicológicos de igual manera la contaminación del medio ambiente.

-Factores de riesgos biológicos: la genética, la edad y el sexo.

-Factores relacionados con el estilo de vida: habitación de consumo de alcohol, uso de tabaco, tipos de alimentos, etc.

-Estados de los servicios de salud: existencia o no de programas de prevención y de rehabilitación, siendo este un factor de riesgo la baja cobertura la inaccesibilidad, ya sea de tipo cultural, económico o funcional. (González, 1998).

6.2.2. Factores psicosociales

El DSM IV (1994) define los problemas psicosociales como (un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una ausencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en el que se ha desarrollado alteraciones experimentadas por una persona). Estos factores se agrupan de la siguiente manera:

Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo.

Problemas relacionados con el ambiente social.

Problemas relativos a la enseñanza.

Problemas laborales.

Problemas de vivienda.

Problemas económicos.

Problemas de acceso a los servicios de existencia sanitaria.

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el criminal.

Otros problemas psicosociales ambientales como los son el conflicto armado.

6.2.3. Posturas del suicidio

El suicidio se puede definir como un proceso que inicia con la ideación suicida, continua con el intento de quitarse la vida para llegar finalmente al suicidio consumado. Donde cada uno de los componentes de la conducta extrema, expresa connotaciones distintas y específicas. Así se encuentra que la idealización suicida puede variar en tipos y grados, desde simplemente el deseo de morir, pero sin una planeación específica de cómo lograrlo, hasta el deseo de morir de una forma particular, con cierto instrumento, en determinado lugar, esta última manifestación como puede observarse está orientado por acciones muy concretas. Así el suicidio es definido como un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciada por una persona contra sí mismo y el

conocimiento o expectativa de que este le causara la muerte. El suicidio se puede dividir en tres categorías: suicidio consumado, intento suicida e ideación suicida.

En el acto suicida intervienen tanto factores físicos como psicosociológicos y los cuales son muy diversos, incluyendo creencias, cultura, estilo de vida. Los estudios epidemiológicos a nivel mundial lo indican como un grave problema de la Salud Pública. Aunque las causas del acto suicida son múltiples, se ha intentado explicar desde diferentes postulados teóricos, lo que ha establecido distintos modelos etiológicos que han tratado de explicar el suicidio (Maris, Berman & Silverman, 2000).

6.2.3.1. Postura biológica

Desde el punto de vista biológico, las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro. En concreto se han detectado niveles bajos de un metabolito de serotonina, el 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético) en el líquido cefalorraquídeo en individuos con potencial riesgo de suicidio (Teraiza y Meza, 2009).

Las conductas suicidas han sido relacionadas con otros hallazgos bioquímicos como: la excesiva actividad del sistema noradrenérgico (Van Heeringen, 2003), la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (Gmitrowicz y Kolodziej-Maciejewska, 2001), la hipo colesterolhemia con altos niveles de cortisol sérico (controversias y datos contradictorios al respecto) (Vevera, 2006). Datos recientes muestran como los porcentajes reducidos de ácido

docosahexaenoico y bajas proporciones de Omega -3 en el perfil lipídico son predictores de riesgo suicida entre pacientes deprimidos (Sublette, et. al. 2006).

6.2.3.2. Postura genética

Aunque existen dudas sobre que el riesgo de suicidio se debe a factores genéticos o si está más relacionado con el ambiente familiar y social, el componente genético de la conducta suicida está determinado por variantes en múltiples genes que hacen al sujeto más vulnerable, ésta predisposición genética no es suficiente, por eso es necesario un desencadenante como el trastorno mental, enfermedades crónicas, incapacitantes o dolorosas, o un episodio de estrés. Se ha comprobado a través de estudios familiares, gemelares y de adopción la influencia de la herencia poligénica. Y diferentes estudios ha mostrado que el riesgo de suicidio es más elevado en los individuos con antecedentes familiares de suicidio (Fu, et. al. 2002). Se ha afirmado que la tendencia suicida se decide en una zona del cromosoma 2 (Willour, et. al. 2007). Aunque hay evidencia de factores genéticos que contribuyen al riesgo de conducta suicida, esto no significa que la conducta suicida es inevitable para los individuos con historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más proclives.

Diferentes estudios han mostrado la incidencia de trastornos afectivos generacionales, así como entrevistas, y diagnósticos. Freemann y Reineeke (1995), hablan de los diferentes estudios que categorizan el suicidio con una incidencia genética, señalan los estudios de Key en 1986, un

estudio con 5483 individuos daneses adoptados, se halló 15 suicidios entre los 381 familiares biológicos de los adoptados depresivos y solo 1 entre 168 familiares adoptivos. Otro estudio en Dinamarca halló 12 casos de suicidio encontró 12 suicidios en 269 familias biológicas de 57 adoptados que se habían suicidado, y no se encontró ningún suicidio entre las 148 familias adoptivas.

Investigaciones con la serotonina y su deficiencia como neurotransmisor asociado al suicidio, Freemann y Reinecke (1995) citan los estudios de Asberg, Traskman y Thosen, en dónde el 40% de pacientes estudiados con depresión y niveles de un producto metabólico de la serotonina (ácido 5 –hidroxiindolacético o 5-HIAA) inferiores a lo normal, intentaron suicidarse. Aducen que esta interpretación de investigaciones científicas se pueden sustentar en observaciones como la de Asberg, Schalling, Rydin y Traskman-Bendz (1981), en donde se sugiere que las concentraciones bajas de 5-HIAA, no están asociados directamente a la conducta suicida, si no a los gestos violentos de suicidio.

6.2.3.3. Postura psicológica

Los tres trastornos psicológicos más importantes que se han asociado con los intentos suicidas son: fracaso en la resolución de problemas interpersonales, altos niveles de desesperanza con respecto al futuro y una mala regulación del afecto (Sidley, 2001). En la mayoría de las ocasiones la persona que realiza un acto suicida pone en juego su vida para que su vida cambie, ya que lo

que puede ir buscando es que su vida sea otra porque la vive está llena de un sufrimiento inaguantable. Para otros las ideas de suicidio surgen como una expresión extrema de un deseo de escapar a problemas o situaciones que la persona concibe como intolerables, insostenibles e irresolubles. La persona puede llegar a verse a sí mismo como una carga inútil, por lo que piensa que lo mejor para todos y para sí mismo sería estar muerto (Beck, et. al. 1993). También se han estudiado algunos rasgos que pueden presentar tendencias suicidas como: la tendencia al aislamiento social, la presencia de una baja autoestima, baja autoeficacia, pobre autoconcepto, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y su entorno, niveles elevados de impulsividad. Los rasgos de personalidad más frecuentes en los adolescentes suicidas son hostilidad, impulsividad, rabia y baja tolerancia a la frustración. (Vallejo Ruiloba, 2005). En este sentido, se ha relacionado el suicidio con aspectos como la desesperanza, la presencia de rumiación de ideas y el aislamiento social, independientemente del diagnóstico psicopatológico, lo que podría ser identificado como un síndrome específico, independiente de cualquier enfermedad mental (Ahrens y Linden, 1996). De modo que se podría definir como una entidad nosológica independiente, caracterizada por la presencia de anhedonia, rumiación de ideas, ansiedad intensa, y sobre todo, desesperanza (Gracia Marco, et. al. 2001).

Para Freud, en “Duelo y Melancolía” lo más importante en la psicodinamia del suicidio era la agresión y hostilidad hacia sí mismo al no poder ser exteriorizada. Fundamental la ambivalencia amor-odio presente en la psicodinamia de todo suicida, así como el suicidio como manifestación de la pulsión de muerte existente en toda persona. Considera los impulsos hacia el suicidio como impulsos homicidas, orientados anteriormente hacia otras personas y dirigido hacia el objeto amado previamente introyectado. Hendin (1951) piensa que las fantasías inconscientes

contribuyen al acto suicida en forma de deseos de escapar o de ser castigado o de venganza o de masoquismo o de ser recatado. Adler en 1908, señaló que el niño nace con el impulso agresivo, que ya se manifiesta en el primer llanto del recién nacido y después en las manifestaciones motoras (golpear, forcejear, morder...). Posteriormente este impulso agresivo puede encauzarse a determinadas actividades como la práctica de deporte, las competiciones, el afán de poder, las luchas sociales, las religiosas, etc. Si este impulso agresivo se vuelve hacia uno mismo, le genera humildad, sumisión, subordinación, masoquismo y, puede llegar al suicidio (Adler, 1993). De modo que puede considerarse que el suicidio es un homicidio contra uno mismo, en el que la agresividad que se siente hacia el entorno se dirige hacía uno mismo. Un acto suicida a menudo contiene evidencias de agresión hacia otros, como ocurre en los asesinatos seguidos por un suicidio y en la alta incidencia de suicidios entre los prisioneros que cumplen condena por crímenes violentos. Dentro de los aspectos más destacados de la psicodinamia de los suicidas se encuentran: venganza, poder, castigo, reparación sacrificio, restitución, evasión, rescate, renacimiento, reunión con los muertos, vida nueva. La probabilidad de que el acto se realice se incrementa cuando se sufre una pérdida de un objeto querido, cuando se experimentan afectos abrumadores de furia o culpa (Teraiza y Meza, 2009). Desde el punto de vista psicoanalítico es suicidio se considera un acto "logrado". Es decir un encuentro siempre fallido con el Otro. En este sentido se constituye en un intento de lograr separar en el plano real lo que no se logra o se logra fallidamente en lo simbólico. En este sentido el suicidio es siempre un acto singular. Socialmente se suele buscar las causas que llevan a un suicidio, pero la causa de un suicidio estructuralmente es una causa vacía, que responde a una trama subjetiva singular. Es así que el rastreo con el fin de encontrar situaciones de malestar nunca lleva a buen puerto, porque un problema dado no basta para provocar suicidio. También se ha analizado el concepto de vulnerabilidad personal, que sería

la resultante de la exposición a los factores de riesgo y a los factores protectores. Durante las diferentes etapas de la vida puede adquirirse una mayor vulnerabilidad hacia el acto suicida, por lo que sería posible intervenir en cada una de estas etapas de la vida para realizar prevención (Silverman y Felner, 1995). El modelo biopsicosocial para entender la conducta suicida considera que este comportamiento es el resultado de la interacción de los estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis) y no la respuesta lógica a factores estresantes extremos (Mann, et. al., 1999). Otros han explicado la conducta suicida con el modelo estresor-diátesis. En este modelo los estresores (eventos vitales, dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva) son los precipitantes observables del acto suicida. La diátesis o vulnerabilidad se caracteriza por la tendencia al pesimismo y la desesperanza y la presencia de agresividad o impulsividad (Oquendo, et. al. 2004).

6.2.3.4. Postura sociológica

Desde el punto de vista sociológico pretende recoger los factores de riesgo que pueden incrementar las posibilidades de cometer un acto suicida.

1. La frecuencia del suicidio entre varones es mayor que entre las mujeres, proporción que se mantiene y se establece en todos los grupos de edad. Sin embargo, los intentos de suicidio son mucho más frecuentes entre las mujeres (principalmente mediante intoxicaciones medicamentosas) que entre los hombres (OMS, 2000). Los varones apelan a procedimientos

violentos como horca, armas de fuego y precipitación y las mujeres a sobredosis o la inmersión.

2. Las tasas de suicidio aumentan con la edad, destacando la crisis de la mediana edad. Entre los varones, la máxima incidencia de suicidios se observa a partir de los 45 años; entre las mujeres los números más altos de suicidios consumados se registran después de los 55 años. En las personas de la tercera edad los intentos son menos frecuentes, pero el éxito es mayor (Huergo Lora y Ocio León, 2009).

3. La frecuencia de suicidios es más alta en varones de raza blanca, siendo las tasas menores en varones de raza negra y en blancos de origen hispano (Huergo Lora y Ocio León, 2009).

4. Las tasas de suicidio entre las poblaciones católicas han sido inferiores a la de los protestantes y a la de los judíos pero es importante señalar el grado de ortodoxia y de integración en esta categoría más que la simple afiliación religiosa institucional (Huergo Lora y Ocio León, 2009).

5. El suicidio es mayor entre los solteros, divorciados y viudos que en los casados, la ruptura de relaciones significativas ejerce un peso importante en la conducta suicida, la separación marital y el hecho de vivir solo aumenta el riesgo (Teraiza y Meza, 2009).

6. A mayor nivel social de una persona, mayor es el riesgo suicida pero una caída en la escala social también aumenta el riesgo. Tienen más riesgo las personas desempleadas, lo que

probablemente esté mediado por la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza (Huerdo Lora y Ocio León, 2009).

7. En cuanto a la profesión ciertos grupos ocupacionales como los psiquiatras, oftalmólogos y anestesiólogos tienen un riesgo mayor de suicidio. También los músicos, dentistas, agentes de policía y de seguros y por último abogados (Huerdo Lora y Ocio León, 2009).

8. La migración con sus problemas añadidos: Vivienda deficiente, falta de apoyo social y expectativas insatisfechas, aumenta el riesgo de suicidio (Teraiza y Meza, 2009).

Durkheim (1995) fue el primero en explorar la influencia del contexto social y cultural sobre el riesgo de suicidio, menciona que los factores que pueden influir en la conducta suicida son: falta de lazos familiares o relaciones sociales relevantes, cuando por adversidad económica o social se rompe el vínculo entre el individuo o la sociedad a la cual pertenece. Postuló que el acto suicida era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista, y lo definió como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado. A cada sociedad le corresponde un número de suicidios.

Los hay de tipo egoísta (se da en sociedades donde el individuo carece de integración), anómico (se da en sociedades cambiantes en la que se pierde el control social), fatalista (se da en sociedades con un alto grado de regulación social) o altruista (el suicida se limita a representar lo que es la voluntad de su sociedad, pues su acto intenta afirmar y prolongar sus significaciones: Se

da en sociedades en las que el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad – kamikazes-.) (Durkheim, 1995).

La prevención del suicidio como reto de la promoción en la salud mental, ocupa una gran posición en el desarrollo de esta investigación, adicional a ello es importante conocer las aproximaciones epistemológicas al concepto y desarrolladas por cantidad de autores, Freemann y Reinecke (1995), indican que “los individuos suicidas se sienten abrumados con el uso de las técnicas tradicionales y corrientes de manejo personal.”...”Entonces consideran el suicidio como un punto de alivio, cesación o, al menos, una opción razonable. El suicidio entonces cumple un papel de cesación de hostilidades, dolencias, afecciones, emociones negativas, entre otros, y pasan a ser la opción de una salida, para las personas. Aunque existen otras implicaciones.

“El suicidio puede ser un problema leve, el recurso de cualquier humano que haya sufrido algún revés de poca importancia, un hecho que acontece constantemente en las tribus. Puede ser al mismo tiempo el acto más elevado y noble que pueda ejecutar un sabio. La misma historia por otra parte, puede ser cuestión de increíble regocijo y el acto en sí mismo imposible de concebir como posibilidad humana. O puede ser un crimen castigable por la ley o un pecado contra los dioses” (como cita textualmente Freemann y Reinecke, 1995, p.17).

Son diferentes las causas, como los motivos, como el hecho, las edades, el sexo y otras características implicadas y ajustadas a un acto suicida, tanto en el contexto cultural, como la edad juegan papeles importantes y determinantes en la persona que gesta un acto suicida, la preocupación por este fenómeno crece con los años, no es en vano que la OMS, quiere presentar un plan mundial para la prevención del suicidio, considerando que en muchos países esta entre las primeras cinco causas de muerte, e incrementando los actos cometidos en adolescentes y niños. Debido a alarmante crecimiento se han creado revistas, asociaciones, informes mensuales y anuales, publicaciones en artículos, radio, prensa y televisión, documentales entre otros, que han servido de referencia y alarma entre la comunidad, por esto el desarrollo de este trabajo no se basa en dar definiciones exclusivamente desde las diferentes disciplinas que se han encargado de definir y estudiar el suicidio, la contemporaneidad nos pone el desafío de promover la salud mental, de prevenir malestares psicológicos y sociales que facilitan o conducen a problemáticas de orden mundial que buscan comprender y resolver el problema desde el inicio: la mente y estado mental del individuo, haciendo referencia a Freemann y Reinecke (1995, p.18).

Para darle continuidad a las diferentes formas de abordar el tema del suicidio, a continuación se retoman ideas de Ellis (2008) ya que en su libro *Cognición y suicidio Teoría, investigación y terapia*, trata de brindar herramientas para un mejor conocimiento sobre lo que es el suicidio y todos sus factores, ya que el suicidio toma casi un millón de vidas por año, y es una de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial. Por lo tanto este comportamiento es un problema mundial.

La investigación en el comportamiento suicida es muy difícil, ya que se encuentran dificultades en la clasificación de comportamientos, y desde lo ético, se impide el análisis experimental, y las responsabilidades legales que esto acarrea, y a pesar del evidente sufrimiento de los individuos que finalmente se quitan la vida a sí mismos, lo intentan o desean morir, hay muy poca investigación al respecto. Las intervenciones terapéuticas dirigidas a disminuir el riesgo existen y son efectivos para alguno pero para otros no.

Por lo tanto Thomas Ellis recolecto la información teórica, investigaciones y terapias sobre el suicidio de varios autores y las presento en este libro. Como por ejemplo Neuringer (1976) el cual concluyo que “hay diferencias en las estructuras cognitivas y actividades de los individuos suicidas” (p. 246) en relación con otra gente, y presento las siguientes hipótesis:

1. Los individuos suicidas tiene dificultad al utilizar y depender de recursos internos imaginativos en mayor grado que los individuos no suicidas.
2. Los individuos suicidas polarizan sus sistemas de valor en mayor grado que la gente normal.
3. Los individuos suicidas con más rígidos y limitados en su pensamiento que las personas no suicidad.
4. Los individuos suicidas están mucho más orientados en el presente contrario a estar más orientados en el pasado y futuro que los individuos no suicidad. Muestran más alarmante falta de habilidad para proyectar o imaginarse a sí mismo en el futuro (p. 247).

También enfatiza en la perspectiva de Shneidman (1985) para entender el pensamiento suicida desde sus consideraciones teóricas:

a. Lógica del suicidio (1985), “hablando de manera figurada, el individuo se cuelga a sí mismo de su premisa mayor y hace un salto deductivo erróneo hacia el olvido,, la razón tiene tanta parte en el suicidio como la emoción, así como la emociones pueden sentirse “necesarias” en el momento de su expresión, las conclusiones ilógicas pueden parecer “sensatas” cuando ocupan y dominan la mente de alguien (p. 136)”

b. 10 rasgos en común del suicidio, en el texto, *The Definition of Suicide*, (1985)

1. El estímulo común es el dolor psicológico insoportable
2. El estresor son necesidades psicológicas frustradas
3. El propósito es buscar una solución
4. El objetivo común del suicidio es cesar la consciencia
5. La emoción es la desesperanza-impotencia

6. La actitud interna es ambivalencia
7. El estado cognitivo es la constricción
8. El acto interpersonal es comunicar la intención
9. La acción común es la fuga
10. La consistencia común es con patrones de afrontamiento de toda la vida...

Constricción cognitiva y suicidio. “no soy alguien que cree que el suicidio se entiende mejor como una psicosis, neurosis o trastorno del carácter, creo que es mejor vista como una constricción psicológica más o menos transitoria de afecto e intelecto. Los sinónimos para la constricción son excavar un túnel o enfocarse en estrechar el rango de opciones usualmente disponibles a la consciencia de ese individuo cuando la mente no está aterrada por el pensamiento dicotómico.” (pp. 138-139).

En su descripción de miopía psicológica, represento un proceso insidioso donde el pensamiento dicotómico reducido lleva a la persona suicida a un espacio psicológico desesperado. La perturbación se refiere al estado de sentirse emocionalmente molesto e intranquilo. Los estados suicidas agudos son dirigidos por la intensa necesidad a hacer daño a sí mismo o acciones derivadas de la enfermedad. En esta etapa emocional de molestia, la constricción cognitiva a menudo contribuye a una rápida reducción y reconstrucción de la percepción del paciente y el

rango cognitivo de resolución de problemas resultando en el pensamiento dicotómico de todo o nada, (ej. Sufrimiento interminable vs alivio inmediato y eterno).

a. Modelo cubico del suicidio, modelo tridimensional donde aclara que las conductas suicidas son fundamentalmente especificas a una situación; siempre hay una sinergia de eventos, circunstancias, sufrimiento psicológico y molestia que se reúnen en un punto crítico en el tiempo para crear un momento conductual letal.

El primer eje es el dolor psicológico intolerable (dolor de psique). El segundo eje es el de presiones psicológicas incesantes o estresores. El tercer eje es el constructo es la perturbación, cada uno de los ejes se pueden calificar de bajo a alto (1 a 5). Shneidman declaró que cada persona suicida consuma el acto al estar en los noveles máximos de dolor, presión y perturbación, la esquina 5-5-5 del modelo cúbico.

b. Aforismos del suicidio. Shneidman (1984) (Pag. 34)

1. Hay dos verdades básicas, ambas contradictorias, acerca del suicidio: a) el suicidio jamás debería consumarse cuando alguien está deprimido, molesto o constreñido; y b) casi todos los suicidios se consuma por razones que tiene sentido para la persona que lo hace.

2. El trastorno de pensamiento primario en el suicidio es el de un estrechamiento patológico del foco de la mente, llamado constricción, que toma la forma de ver solamente dos opciones: ya sea algo dolorosamente insatisfactorio o la cesación.
3. No hay nada intrínsecamente mal (o aberrante) en pensar acerca del suicidio; solo es anormal cuando se piensa que es la única solución.
4. El principal defecto del suicidio es que responde innecesariamente a un reto remediable con una solución negativa permanente. En contraste, vivir es un conjunto de soluciones a largo plazo con resultados efímeros repetitivos.

Shneidman junto con Farborow en 1960, iniciaron el análisis de 948 notas suicidas obtenidas en un periodo de tres años en el área de Los Ángeles, en las cuales encontraron información muy valiosa. Encontraron que el odio dirigido hacia otras personas y la autculpa, eran evidentes en estas. Mostró que las personas suicidas eran profundamente ambivalentes, entendiéndose el suicidio como el cambio de impulsos asesinos externos hacia uno mismo. Los deseos y necesidades que previamente habían sido dirigidos a un evento traumático o hacia a alguien que había rechazado al suicida, se invertían y direccionaban hacia uno mismo. Debido a esto, el suicidio se comprende como una forma de agresión patente o velada contra sí mismo. También, sugirió que una persona que escriba una nota suicida con sentido, no estaría en la posición de completar el acto.

Shneidman invento su propio test llamado *Make A Picture Story* (MAPS) el cual consiste en 21 imágenes de fondo impresas acromáticamente en cartón y 67 figuras, y se usó en adolescentes y adultos.

Con el siguiente cuadro Shneidman intenta persuadir, convencer, invitar, pedir influir en el paciente para que reconsidere el suicidio. La meta es ayudar al paciente a trazar un nuevo curso de acción posible para lidiar el dolor psicológico, de la necesidad de la muerte a las posibilidades inherentes de reconsiderar la vida. El observo que el suicida está dispuesto a hacer algo y la intención es dar alternativas.

Los 10 rasgos en común del suicidio de Shneidman		
	Rasgo	Respuesta Clínica
1	Estimulo (dolor intolerable)	Reducir el dolor
2	Estresor (necesidades psicológicas frustradas)	Satisfacer las necesidades frustradas
3	Propósito (buscar una solución)	Proveer una respuesta viable
4	Objetivo (cesación de la consciencia)	Indicar alternativas
5	Emoción (desesperanza-impotencia)	Dar transfusiones de esperanza
6	Actitud interna (ambivalencia)	Hacer tiempo
7	Estado cognitivo (constricción)	Incrementar las opciones

8	Acto interpersonal (intento de comunicar)	Escuchar el grito, involucrar a otros
9	Acción (egresión)	Bloquear la salida
10	consistencia (con patrones de vida)	Invocar patrones positivos previos de afrontamiento exitoso

Para el psiquiatra en atención primaria y psicoanalista Jorge Tizón García dentro de su ***programa de prevención en salud mental*** los trastornos mentales constituyen uno de los problemas de salud más frecuentes que los profesionales de la salud deben atender en consulta, las implicaciones que tienen estos en la salud y en la calidad de vida de quien los padece además de su costo económico y social, hacen necesaria una coordinada actuación para tomar acciones correctivas, preventivas y de promoción que permitan detectar precozmente estos problemas, se debe brindar apoyo no solo a quien padece algún trastorno mental sino también a su familia abordando todo esto como lo manifiesta el referente Tizón García “ desde una perspectiva multisectorial y necesariamente coordinada”.

Para la OMS la Atención Primaria en Salud (APS) es una prioridad sanitaria, económica y social, donde los profesionales de la salud mental aseguren un “co-responsabilización” como lo manifiesta Tizón García, en el seguimiento y tratamiento de estos pacientes para así permitir su tratamiento en contextos integradores donde se hace participe la familia y la comunidad. “La experiencia clínica y la investigación han mostrado que la intervención precoz en determinados casos, no solo desde los profesionales sanitarios, sino también de los recursos de asistencia social

y/o institucional y comunitaria pueden evitar trastornos psicosociales graves en el futuro, a veces irreparables” *García,(2000)*. En cuanto a la prevención del suicidio el psicólogo y neurólogo Jorge Tizón asegura que este se asocia en la mayoría de los casos con la enfermedad mental, para lo cual realiza una serie de recomendaciones donde la clave en la prevención radica en la identificación, evaluación y tratamiento del trastorno mental.

La depresión se encuentra como el trastorno psíquico que mayor riesgo de suicidio presenta. Para este referente la principal medida preventiva en atención primaria debe ser una capacitación de los profesionales tanto en el abordaje diagnóstico como el psicoterapéutico de la entrevista clínica, deben existir profesionales idóneos facultados que jueguen un papel clave en la prevención y tratamiento del suicidio.

En el marco de la prevención del suicidio *García (2000)* nos plantea una serie de factores de riesgo de suicidio entre estos esta la enfermedad mental como anteriormente se había mencionado la cual es la depresión, también se hace presente dentro de este grupo el abuso de alcohol y otras drogas, esquizofrenia, trastornos de personalidad, trastornos de angustia y crisis de pánico.

Otras circunstancias que influyen pueden ser, enfermedad somática crónica, vivir solo, estado civil: soltero, separado, viudo. El desempleo también puede ser una causa, así como los antecedentes personales de intento de suicidio y los antecedentes familiares de suicidio. *García, (2000)*.

6.3. Marco Jurídico Legal

Resolución N° 008430 de 1993

Esta investigación estará soportada por la resolución N° 008430 de 1993 del 4 de octubre de 1993, que protege tanto la investigación como a los objetos o personas a investigar, protege todas las partes de la investigación, en la cual está inmersa todas las normas que competen la investigación en salud.

En el título II y en el capítulo uno, los cuales hablan sobre los aspectos éticos en la investigación con seres humanos, resulta que en toda investigación, en donde el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de los derechos y su bienestar. En las investigaciones con seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice, comprendidos en el artículo 5 y 8 de esta ley.

Ley 1090 de 2006, de septiembre 6 de 2006.

El Congreso de la república reglamente la profesión de Psicología y dicta el Código Deontológico y Bioético, y otras disposiciones.

El Congreso de Colombia en el título uno y artículo 1, decreta que la Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo,

emocional y social del ser humano, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales, tales como: la educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos, y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas, y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y el desarrollo de la comunidad, de los grupos, y las organizaciones, para una mejor calidad de vida.

Principios universales para ejercer la profesión de Psicólogo en Colombia inmersos en el título uno y artículo dos:

1. Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

2. Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocerán los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados.

En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los psicólogos tomarán las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de sus usuarios. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

3. Estándares morales y legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

4. Anuncios públicos. Los anuncios públicos, los avisos de servicios, las propagandas y las actividades de promoción de los psicólogos servirán para facilitar un juicio y una elección bien informados. Los psicólogos publicarán cuidadosa y objetivamente sus competencias profesionales, sus afiliaciones y funciones, lo mismo que las instituciones u organizaciones con las cuales ellos o los anuncios pueden estar asociados.

5. Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.

6. Bienestar del usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos. Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

7. Relaciones profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto de las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la Psicología y en otras profesiones. Respetarán las prerrogativas y las obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales otros colegas están asociados.

8. Evaluación de técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones. Se esforzarán por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. Harán lo posible para garantizar por parte de otros el uso debido de las técnicas de evaluación.

9. Investigación con participantes humanos. La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

10. Cuidado y uso de animales. Un investigador de la conducta animal hace lo posible para desarrollar el conocimiento de los principios básicos de la conducta y contribuye para mejorar la salud y el bienestar del hombre. En consideración a estos fines, el investigador asegura el bienestar de los animales. Al analizar y decidir sobre los casos de violación a la ética profesional del

psicólogo, si no existen leyes y regulaciones, la protección de los animales depende de la propia conciencia del científico.

Derecho Penal

Cabe destacar que para el gobierno español existe en materia de derecho penal citado por (Valiente, 2000) el artículo 143 de 1995 del Código Penal dentro del Título I del Libro II «Del homicidio y sus formas», tipifica formas de participación elevadas a la categoría de delitos consumados, formas de participación que por otra parte lo son en una conducta principal impune, como es el suicidio, que consiste en un ataque contra la propia vida del que lo comete, no contra la vida ajena, pudiendo definirse el suicidio como la muerte querida de una persona imputable. Hay una radical diferencia entre la muerte de una persona que quiere vivir y aquella que quiere morir y la Ley registra esta divergencia ya que el suicidio constituye una conducta no delictiva, tanto en nuestro país como en el derecho comparado, ahora bien, impunidad no equivale aquí a licitud, sino a falta de tipicidad, porque el Estado protege la vida humana con independencia de la voluntad de vivir o de morir que tenga el ser vivo.

Requisitos que son necesarios para poder hablar de suicidio:

- 1) Necesidad efectiva de una muerte.
- 2) Que dicha muerte sea voluntaria, querida por el sujeto.

3) Que el sujeto cuya muerte se produce tenga capacidad de decisión, es decir, la voluntad de darse muerte ha de ser consciente, si el sujeto no es imputable, estaremos ante un homicidio, debe, por tanto, excluirse la calificación de suicidio aunque la muerte sea producida por la conducta del mismo que la sufre, si el sujeto es menor de edad o está afectado por una enfermedad mental, así como en aquellos casos en los que el consentimiento de la víctima es obtenido mediante engaño, violencia o cualquier otro vicio.

Art.143.1 del Código Penal: «El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años».

Inducir al suicidio equivale a determinar a otra persona a que se suicide. Supone por consiguiente, que el suicida no hubiera tomado la fatal resolución de darse muerte si no hubiera mediado la conducta del inductor. La inducción ha de entenderse aquí en el sentido del artículo 28.a) del Código Penal, teniendo que ser directa y eficaz y requiere que el inducido lleve a cabo su propósito, pues la inducción no seguida del suicidio es impune, ya que la muerte del suicida es condición objetiva de penalidad según la mayor parte de la doctrina, lo que lleva aparejado que en esta figura la tentativa no se castigue. Por otra parte la inducción al suicidio es una figura privilegiada respecto al homicidio, ya que la pena señalada es menor, este privilegio para la inducción al suicidio respecto al homicidio no parece comprensible desde un punto de vista político criminal, porque la víctima quería vivir, lo que no sucede en el auxilio al suicidio.

Auxilio al suicidio: artículo. 143.2 de 1995 del Código Penal, citado por (Valiente, 2000)

«Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona».

La acción consiste en la cooperación al suicidio de otra persona, el Código Penal limita la punición al auxilio necesario, con lo que queda impune la mera complicidad, es decir, el auxilio no necesario, que sí se castigaba en el anterior Código Penal. Este auxilio necesario, de conformidad con el artículo 28.b) del Código Penal consiste en cooperar a la ejecución del suicidio con un acto sin el cual no se habría efectuado.

Cooperación ejecutiva al suicidio (art. 143.3 del Código Penal):

«Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte».

Se castiga aquí el llamado homicidio-suicidio, consistiendo la conducta en ejecutar la muerte del que lo solicita. En esta figura delictiva sigue siendo fundamental el hecho de la decisión y voluntad de quitarse la vida por parte del suicida, que controla el dominio del hecho, aunque sea un tercero quien ejecute materialmente aquella decisión, de ahí el tratamiento punitivo atenuado en este supuesto (prisión de seis a diez años) respecto al homicidio castigado en el artículo 138 del Código Penal. En ningún caso es suficiente el consentimiento resignado del suicida, es necesaria una petición, una demanda seria del que quiere abandonar la vida. Por otra parte no estamos aquí ante los supuestos eutanásicos, ya que los mismos se contemplan en el artículo 143.4 del Código Penal.

6.4. Marco Conceptual

Durante el presente proyecto de investigación Cuantitativo Descriptivo, se hizo un abordaje sistemático y un tratamiento especial sobre ciertos conceptos, la comprensión de estos es necesaria para desarrollo el tema.

Pérez, (1999) citado por Posada, (2010) utiliza ciertas definiciones para referirse al comportamiento suicida. Se tomarán como base las definiciones empleadas por el psiquiatra y profesor experto en el tema.

- **El deseo de morir:** Este hace referencia a la inconformidad y la insatisfacción de la persona con su modo de vivir, esta se puede manifestar mediante frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares.

-**La representación suicida:** Esta representación está constituida por imágenes mentales del suicidio del propio sujeto, el cual también puede manifestar que se ha imaginado ahorcado o que se ve ahorcado.

- **las ideas suicidas.** Se trata de pensamientos en los que el sujeto desea terminar con la propia existencia, estas ideas se dividen en:

–**Idea suicida sin un método específico:** Como su nombre lo indica el sujeto tiene deseos de matarse pero aún no cuenta con un método para llevarlo a cabo.

–**Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado:** En este tipo de idea el individuo expone los deseos de acabar con su vida pero al preguntarle cómo lo va a llevar a cabo no tiene una manera definida para hacerlo.

–**Idea suicida con un método específico no planificado:** Aquí el individuo desea suicidarse ya sabe de qué forma hacerlo pero no sabe en qué momento va a ejecutarlo.

–**El plan suicida o idea suicida planificada:** El individuo que ha tomado la decisión de suicidarse ya eligió un método letal, un lugar para llevarlo a cabo y el momento preciso para ello, al igual que todas las consideraciones para no ser descubierto.

- **La amenaza suicida:** Se trata de una insinuación o afirmación verbal por parte del individuo que desea acabar con su vida, por lo general se hace a personas que tienen estrechos vínculos con

el sujeto y que este sabe que tomarán medidas para que no lo lleve a cabo. Este debe considerarse como una petición de ayuda.

- **El gesto suicida:** El gesto suicida incluye el acto a diferencia de la amenaza que es verbal, este gesto por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto.

-**El intento suicida:** también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es todo acto sin resultado mortal en el cual el individuo se hace daño.

- **El suicidio frustrado:** Es aquel acto que se ve interrumpido por diferentes situaciones no esperadas las cuales de no ser así hubieran dado lugar a un suicidio.

- **El suicidio accidental:** Es todo acto realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido del que no se pensó tuviera un desenlace mortal.

- **Suicidio intencional:** Es todo acto que conlleva a cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

7. MÉTODO

7.1. Tipo de Estudio

El estudio tiene un enfoque empírico analítico, dado que busca describir y explicar la caracterización sociodemográfica en los actos suicidas en el Municipio de Envigado: enero de 2010 – marzo de 2015. Y su alcance es descriptivo analítico.

Es importante mencionar que el enfoque empírico analítico se basa en la sistematización de toda la información suministrada por la Secretaría de Salud de Envigado, los datos se depositarán en Excel y posteriormente este programa por medio de tablas dinámicas permitirá establecer graficas que den cuentas de los porcentajes, y así dar inicio a una descripción y posterior análisis de los datos.

Se analizan las cifras suministradas y se define un perfil según el contexto sociodemográfico que permite identificar la población que se encontraba en mayor riesgo en este periodo de tiempo.

Esta investigación procura ser fiel al esquema deductivo-lógico para probar de forma inductiva la información desde una fuente fidedigna, dándole lugar a la confianza en los resultados, no solo para dar solución al problema planteado inicialmente sino para dejar abiertos algunos interrogantes, que puedan ser la apertura a futuras investigaciones exhaustivas y con mayor impacto social, en el ámbito regional y nacional.

7.2. Diseño

Baptista, Fernández y Hernández (1992), indica que: los diseños transeccionales realizan observaciones en un momento único en el tiempo. Cuando miden variables de manera individual y reportan esas mediciones son descriptivas.

Por lo tanto, este trabajo se sustenta en el diseño de estudio descriptivo transeccional o preexperimental, que desde la metodología, busca medir variables respecto a un mismo fenómeno.

El método, es sistematizar la información referente a los sujetos que cometieron actos suicidas, para ello se tendrá en cuenta las variables de sexo, edad, zona de residencia, mecanismo causal (generador de asfixia, tóxicos, arma de fuego entre otros), el año, estado civil, nivel de escolaridad y en lo posible la razón o motivo. Enmarcado en el contexto municipal de Envigado, teniendo en cuenta la información de los últimos cinco años (Enero de 2010 – marzo de 2015) suministrada por la Secretaria de Salud de Envigado.

Es importante mencionar que para esta investigación la fuente fidedigna de información es la entidad antes mencionada, teniendo en cuenta que las variables definidas en este estudio trataron de mantener la información tal cual fue establecida por la Secretaria de Salud de Envigado, pero algunas variables hacían complejo por su denominación extensa, el análisis e ilustración tanto de tablas como de gráficas, para ello el grupo investigativo decidió agrupar las variables en otras

categorías, que denotaran sin perder el sentido inicial, el significado de la misma variable, y así facilitar la interpretación, tanto para el grupo investigativo como para el lector.

A continuación se muestra la tabla con lo mencionado anteriormente:

Tabla 1. *Agrupación del mecanismo causal.*

CONCEPTOS DE LAS CAUSAS BASICAS DE LA MUERTE SECRETARIA DE SALUD	CONCEPTOS USADOS EN TRABAJO DE GRADO
AHORCAMIENTO POR SUSPENSION	AHORCAMIENTO
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION: VIVIENDA	AHORCAMIENTO
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION: LUGAR NO ESPECIFICADO	AHORCAMIENTO
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION: COMERCIO Y AREAS DE SERVICIO	AHORCAMIENTO
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR OBJETO CORTANTE: VIVIENDA	ARMA CORTOPUNZANTE
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO Y LAS NO ESPECIFICADAS: LUGAR NO ESPECIFICADO	ARMA DE FUEGO
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO Y LAS NO ESPECIFICADAS: VIVIENDA	ARMA DE FUEGO
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR ARROJARSE O COLOCARSE DELANTE DE OBJETO EN MOVIMIENTO: OTRO LUGAR ESPECIFICADO	ARROJARSE A UN OBJETO EN MVTO
CAIDA DESDE, FUERA O A TRAVES DE UN EDIFICIO U OTRA CONSTRUCCION: VIVIENDA	CAIDA
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE AL SALTAR DESDE UN LUGAR ELEVADO: VIVIENDA	CAIDA
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE AL SALTAR DESDE UN LUGAR ELEVADO: LUGAR NO ESPECIFICADO	CAIDA
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE AL SALTAR DESDE UN LUGAR ELEVADO: ESCUELAS, OTRAS INSTITUCIONES Y AREAS ADMINISTRATIVAS PUBLICAS	CAIDA
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE AL SALTAR DESDE UN LUGAR ELEVADO: CALLES Y CARRETERAS	CAIDA
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR COLISION DE VEHICULO DE MOTOR: CALLES Y CARRETERAS	COLISION VEHICULO
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTRAS DROGAS MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS, Y LOS NO ESPECIFICADOS: VIVIENDA	ENVENENAMIENTO
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTROS PRODUCTOS QUÍMICOS Y SUSTANCIAS NOCIVAS, Y LOS NO ESPECIFICADOS: VIVIENDA	ENVENENAMIENTO
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTROS PRODUCTOS QUÍMICOS Y SUSTANCIAS NOCIVAS, Y LOS NO ESPECIFICADOS: LUGAR NO ESPECIFICADO	ENVENENAMIENTO
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTROS GASES Y VAPORES: VIVIENDA	ENVENENAMIENTO

ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A DROGAS ANTIEPILEPTICAS, SEDANTES, HIPNOTICAS, ANTIPARKINSONIANAS Y PSICOTROPICAS, NC CLASIFICADAS EN OTRA PARTE: LUGAR NO ESPECIFICADO	ENVENENAMIENTO
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A PLAGUICIDAS: VIVIENDA	ENVENENAMIENTO
INTOXICACION CON SUSTANCIA TOXICA	INTOXICACION
INTOXICACIÓN POR AGENTE QUÍMICO	INTOXICACION
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR MEDIOS NO ESPECIFICADOS: VIVIENDA	LESION AUTOINFLINGIDA MEDIO NO ESPECIFICADO

Fuente Secretaria de Salud Municipio de Envigado.

Siguiendo los tipos de estudio en una investigación de Baptista, Fernández y Hernández (1992) de este estudio es del orden descriptivo, porque aborda un fenómeno social determinado, y busca medir cada una de las variables, año por año y en relación con los actos suicidas, permitiendo compilar la mayor cantidad de variables posibles y contextualizarlas en una población o municipio determinado y así poder identificar toda la información importante y sobresaliente para el Municipio de Envigado.

Las variables tenidas en cuenta para sistematizar la información y conocer el estado del suicidio en Envigado son:

- ✓ **Sexo:** Condición orgánica que permite clasificar y diferenciar al hombre de la mujer.

- ✓ **Edad:** Condición que permite establecer la edad cronológica en la que el sujeto realizó el gesto o el acto suicida.

- ✓ **Año:** Es el periodo del tiempo en relación a los últimos cuatro años (2010 -2013) en la que se efectuó el acto o gesto suicida.

- ✓ **Estado civil:** Situación o relación del sujeto con la familia, que proviene de la familia, matrimonio o parentesco.

- ✓ **Nivel de escolaridad:** es la variable que indica el curso de escolaridad o educación, sea primaria, secundaria, pregrado o posgrado.

- ✓ **Zona:** Envigado es un municipio que se encuentra dividido por 13 zonas, la zona es considerada una unidad territorial básica que agrupa diferentes barrios o veredas.

- ✓ **Mecanismo causal:** Es la forma por la cual el sujeto lleva a cabo el acto o gesto suicida (lesión por arma de fuego, ahorcamiento, caída, envenenamiento, lesión por arma cortopunzante).

Nota: el mecanismo causal se adhiere plenamente a la información suministrada por Secretaria de Salud de Envigado. El mecanismo causal no es considerado una variable sociodemográficas, pero para este trabajo, es una variable que contrasta las demás variables.

- ✓ **Afiliación a la salud:** la afiliación a la salud, hace referencia al nombre de EPS, (Empresa Promotora de Salud). Y sí la persona estaba o no afiliada a algún tipo de régimen, sea este contributivo o subsidiado.

7.3. Población

De acuerdo al Departamento Nacional de Estadística (DANE), en la siguiente tabla, se presentan los datos sobre el número de habitantes que en su totalidad tiene el municipio de Envigado, tanto en su área rural como urbana:

Municipio	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Envigado	197.440	202.310	207.245	212.235	217.296	217.296

Grafica 1. Mapa de Envigado distribuido por zonas.



Tomado de <http://www.envigado.gov.co/default.aspx>

7.3.1. Muestra

Para la presente investigación, la muestra corresponde al 100% de los casos de suicidio, reportados por la Secretaría de Salud del Municipio Envigado, durante el periodo comprendido

desde enero de 2010 hasta marzo de 2015, siendo en total 47 casos reportados por dicha Secretaría.

Nota: Es importante aclarar que frente a los datos suministrados por la fuente, algunos análisis contarán con variación en la muestra, ya que unas variables (Nivel de Escolaridad y Afiliación en la Salud) no fueron reportadas en algunos años, debido a depuración de información realizada por Secretaria de Salud de Envigado.

7.4. Técnicas de Recolección

Se realizó por medio de la Secretaria de Salud del Municipio de Envigado la cual suministro las bases de datos, además de cartillas informativas del Municipio y la página web del mismo, al igual que artículos de revistas indexadas.

Es indispensable hacer referencia a la fuente utilizada por Secretaria de Salud de Envigado en las bases de datos que fueron suministradas para la realización de este trabajo investigativo, como es RUAF (Registro Único de Afiliación) sistema que permite categorizar la información concerniente a salud, riesgos profesionales, pensiones, subsidio familiar, cesantías y beneficiarios de programas de atención social.

7.5. Procedimiento

Para el proceso de recolección de información se desarrollaron las siguientes actividades:

- Se visita diferentes entes gubernamentales de Envigado e Itagüí, para la obtención de la información requerida para este proyecto, tal como los intentos de suicidio y suicidios consumados de los años 2010 al 2015.

- Revisión permanente de la bibliografía dispuesta para realizar este proyecto.

- Visitas frecuentes a la Secretaria de Salud del Municipio de Envigado.

- Contacto vía correo electrónico y telefónicamente con los diferentes funcionarios encargados de suministrar la información requerida.

- La información luego de ser recolectada se recopila en la base de datos desarrollada en Excel la cual facilita el análisis de la caracterización de los aspectos sociodemográficos asociados al acto de suicidio.

8. RESULTADOS

El siguiente análisis comprende dos tipos de observación, con el fin de dar cuenta de los resultados encontrados al momento de compilar la información. Inicialmente cada una de las variables tiene su análisis.

8.1. Análisis univariado

El plan de análisis comienza con el análisis univariado en el cual cada variable cuantitativa, tiene un cuadro con sus respectivos título con las siguientes columnas: nombre de la variable, frecuencia (número de casos), año y porcentaje; con estas se hará un análisis de las estadísticas arrojadas dependiendo de que tanto varia una de la otra referente a la media.

Así, el análisis univariado permite centrarse en cada variable independiente a las demás, solo teniendo la diferencia del año en el cual se efectuó. Así por ejemplo la variable sexo, cada año tiene respectivamente la cantidad de sexo masculino y sexo femenino diferenciado y clasificado por año. Además, cada una de las variables mostrará una tendencia que influirá en un análisis posterior.

Se toman primero las siguientes variables: Sexo, Estado Civil, Rango de edad, Nivel Educativo, Lugar de residencia y la Causa básica de la muerte.

Tabla 2. Total suicidios por sexo ocurridos en el Municipio de Envigado entre enero de 2010 a marzo de 2015.

GENERO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL GENERAL
FEMENINO	3	3		2		1	9
MASCULINO	7	16	5	3	6	1	38
TOTAL GENERAL	10	19	5	5	6	2	47

Fuente: Secretaria de Salud Municipio de Envigado

Tal como lo muestra la tabla es evidente que el sexo predominante en la ejecución de actos suicidas es el sexo masculino para un total de 38 casos (81%) de los cuales 16 casos corresponden al año 2011, en comparación con los 9 casos (19%) reportados para el sexo femenino, en cuanto a este se destaca que para el año 2012 no se tienen víctimas mortales a raíz de esta fenómeno.

Tabla 3. Estado civil de los sujetos que cometieron actos suicidas entre enero de 2010 a marzo de 2015 en el Municipio de Envigado.

ESTADO CIVIL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL GENERAL
N/A	1						1
VIUDO				1			1
SOLTERO (A)	6	10	1	2	2	2	23
SEPARADO (A)			3	1	1		5
UNION LIBRE	1	2		1	2		6
CASADO (A)	2	7	1		1		11
TOTAL GENERAL	10	19	5	5	6	2	47

Fuente: Secretaria de Salud de Envigado

Como se puede apreciar en la tabla, el estado civil Soltero (a) es el ítem con mayor número de casos para un total de 23 personas (49%) de los cuales 10 casos corresponden al año 2011, el cual en los últimos 5 años aportó la mayor cantidad de suicidios reportados por la Secretaria de Salud de Envigado, en esa misma línea el estado civil Casado (a) aporta un total de 11 casos (23%), siendo estos dos ítems los más relevantes para esta variable.

Tabla 4. Rango de edades de los sujetos que cometieron actos suicidas entre enero de 2010 a marzo de 2015, en el Municipio de Envigado.

RANGO DE EDADES	TOTAL 2010 A 2015	%
10-20 AÑOS	3	6%
21-30 AÑOS	16	34%
31-40 AÑOS	8	17%
41-50 AÑOS	5	11%
51-60 AÑOS	6	13%
61-70 AÑOS	7	15%
71-80 AÑOS	2	4%
TOTAL GENERAL	47	100%

Fuente: Secretaria de Salud de Envigado

Esta tabla muestra claramente la prevalencia del rango de edad comprendida entre los 21 a los 30 años donde se reporta el mayor número de casos para un total de 16 con un porcentaje del 34%.

Tabla 5. Nivel educativo de los sujetos que cometieron actos suicidas entre enero de 2010 a marzo de 2015, en el Municipio de Envigado.

NIVEL EDUCATIVO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	
							GENERAL	%
SIN DATO	10						10	21%
BASICA PRIMARIA		7	1		1		9	19%
BASICA SECUNDARIA		5	1				6	13%
MEDIA ACADEMICA O CLASICA		1		1	3	2	7	15%
PROFESIONAL		5	1	2	2		10	21%
SIN INFORMACION			1	1			2	4%
TÉCNICA PROFESIONAL			1				1	2%
TECNOLOGICA		1		1			2	4%
TOTAL GENERAL	10	19	5	5	6	2	47	100%

Fuente: Secretaria de Salud de Envigado

En esta tabla es importante dejar claridad en cuanto a los datos relacionados en las etiquetas: “sin datos” que se refiere al año 2010 (10 casos) y la etiqueta “sin información” correspondiente a los años 2011 y 2012 (2 casos), debido a que la obtención de los datos no fue posible ya que la Secretaria de Salud al momento de realizar la depuración de información solo dejó algunas variables, para este año no se tiene disponible entonces el nivel educativo de las 12 personas relacionadas. Siendo así se trabajó con la muestra de 35 sujetos, de los cuales se destacan 10 de nivel educativo profesional quienes aparecen con el mayor número de casos reportados, el nivel

educativo básica primaria también aporta una importante cifra con un total de 9 casos sobre el total de la muestra.

Tabla 6. Afiliación al sistema de salud (régimen subsidiado, contributivo, no vinculados y sin datos) de los sujetos que cometieron actos suicidas entre enero de 2010 a marzo de 2015 en el Municipio de Envigado.

TIPO	NO	SIN INFORMACION	TOTAL		
AFILIACIÓN	R.CONTRIBUTIVO	ASEGURADO	(-)	R.SUBSIDIADO	GENERAL
TOTAL	29	6	11	1	47

Fuente: Secretaría de Salud de Envigado

Esta tabla muestra específicamente el total de los 47 casos de suicidio presentes en el Municipio de Envigado, se deja claridad en cuanto a la información de los 11 sujetos que se aprecian en la casilla con la etiqueta “Sin Información (-)”, ya que esta no pudo ser recolectada por medio de la Secretaría de Salud de Envigado quienes manifestaron que al realizar la depuración interna en cuanto a datos, solo se dejaron algunas variables para el análisis de la información, para el año 2010 (10 casos) y un (1) caso reportado para el año 2011, por ende no se tiene disponible el dato exacto del régimen al cual se encontraban afiliados estos 11 sujetos. Siendo así se trabajará con la muestra de 36 casos, se tiene entonces que el mayor número de personas que decidieron suicidarse pertenecían al régimen contributivo para un total de 29 casos, en contraste con el régimen subsidiado que solo presenta 1 caso reportado, la totalidad de los otros 6 casos no reportan afiliación a ninguna entidad prestadora de servicios salud, según datos suministrados por dicha secretaría.

Tabla 7. Métodos empleados por los sujetos que cometieron actos suicidas entre enero de 2010 a marzo de 2015, en el Municipio de Envigado.

CAUSA	TOTAL						GENERAL	%
	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
ARROJARSE A UN OBJETO EN MOVIMIENTO		1					1	2%
LESION AUTOINFLINGIDA MEDIO NO ESPECIFICADO				1			1	2%
COLISION VEHICULO			1				1	2%
INTOXICACION				1		1	2	4%
ARMA CORTOPUNZANTE			2				2	4%
ARMA DE FUEGO	2	3		1			6	13%
ENVENENAMIENTO	6	2					8	17%
CAIDA		7		1	3		11	23%
AHORCAMIENTO	2	6	2	1	3	1	15	32%
TOTAL GENERAL	10	19	5	5	6	2	47	100%

Fuente: Secretaria de Salud de Envigado

Esta tabla da cuenta que el método más empleado por las personas que cometieron actos suicidas fue el ahorcamiento, para un total de 15 casos reportados con un porcentaje total de 32%, donde 6 de esos 15 casos ocurrieron el año 2011, periodo en el cual se presentaron las cifras más altas de suicidio a nivel municipal en el último quinquenio, seguidamente el ítem caída representa un 23%, para un total 11 casos de los cuales 7 se presentan igualmente con mayor prevalencia en el citado año 2011.

Tabla 8. Distribución por zonas del Municipio de Envigado donde se cometieron actos suicidas para el periodo comprendido entre enero de 2010 a marzo de 2015.

ZONA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL GENERAL	%
2	2	2			1		5	11%
3	1		1		1		3	6%
4		3		1	1		5	11%
5	1	2		1	1		5	11%
6		3	1		1	1	6	13%
7	2	1	2	1	1		7	15%
8	3	2					5	11%
9		4	1	2		1	8	17%
10	1	1					2	4%
13		1					1	2%
TOTAL GENERAL	10	19	5	5	6	2	47	100%

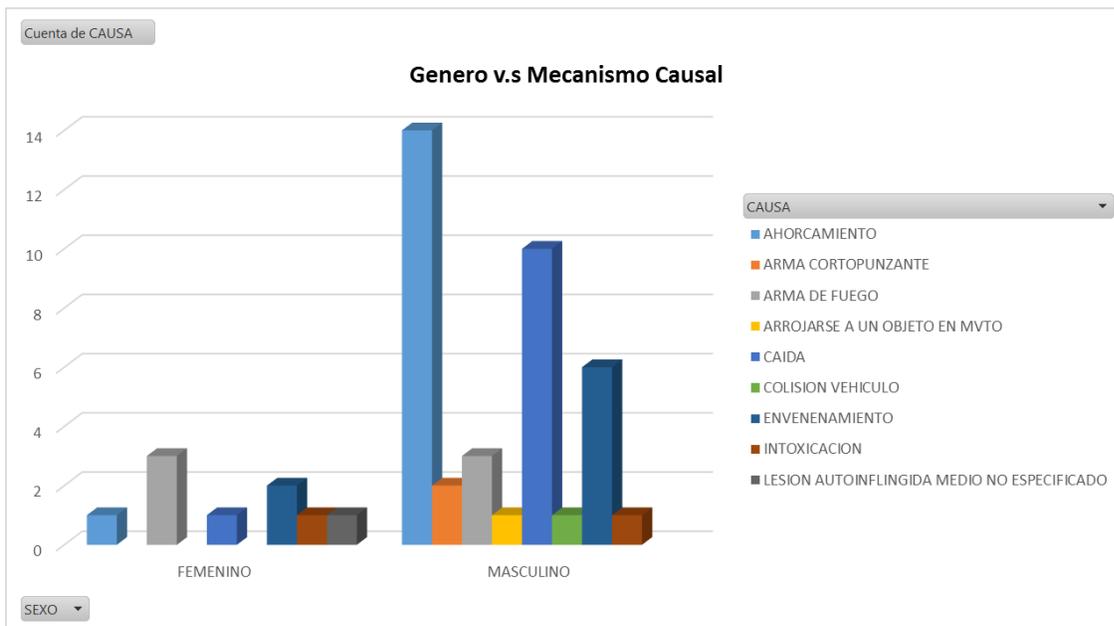
Fuente: Secretaria de Salud de Envigado

Se puede evidenciar en esta tabla que la zona 9 (Zona Urbana) del Municipio de Envigado la cual comprende los barrios: La Magnolia, Zona centro y Barrio Mesa, es la zona que mayor número de casos aporta para un total de 8 con un porcentaje del 17%, siguiendo esa misma línea la zona 7 (Zona Urbana) la cual comprende los barrios: Las Antillas, El Trianon, Loma del Barro, La Paz y el Dorado, presenta un total de 7 casos con un porcentaje del 15%. Es considerable la disminución de casos en zonas rurales tales como Zona 10 la cual comprende las veredas: El escobero y Santa catalina en la cual se presentaron 2 casos (4%) y Zona 13 con sus veredas Pantanillo y Perico donde se presentó 1 caso para un 2%.

8.2. Análisis bivariado

Paso seguido, se procede con el análisis bivariado, en el cual se plantea una relación entre una variable independiente y una variable dependiente, utilizando cuadros que cruzan sus variables entre sí: Género, Estado Civil, Rango de Edad, Nivel Educativo, Lugar de Residencia, y finalmente Causa Básica de la Muerte. Para llegar a cumplir el objetivo principal de este trabajo se procederá a cruzar cada variable sociodemográfica con la variable Método Causal, ya que esta es la que puede o no marcar una tendencia.

Grafica 2: Distribución de la causa del suicidio por género.

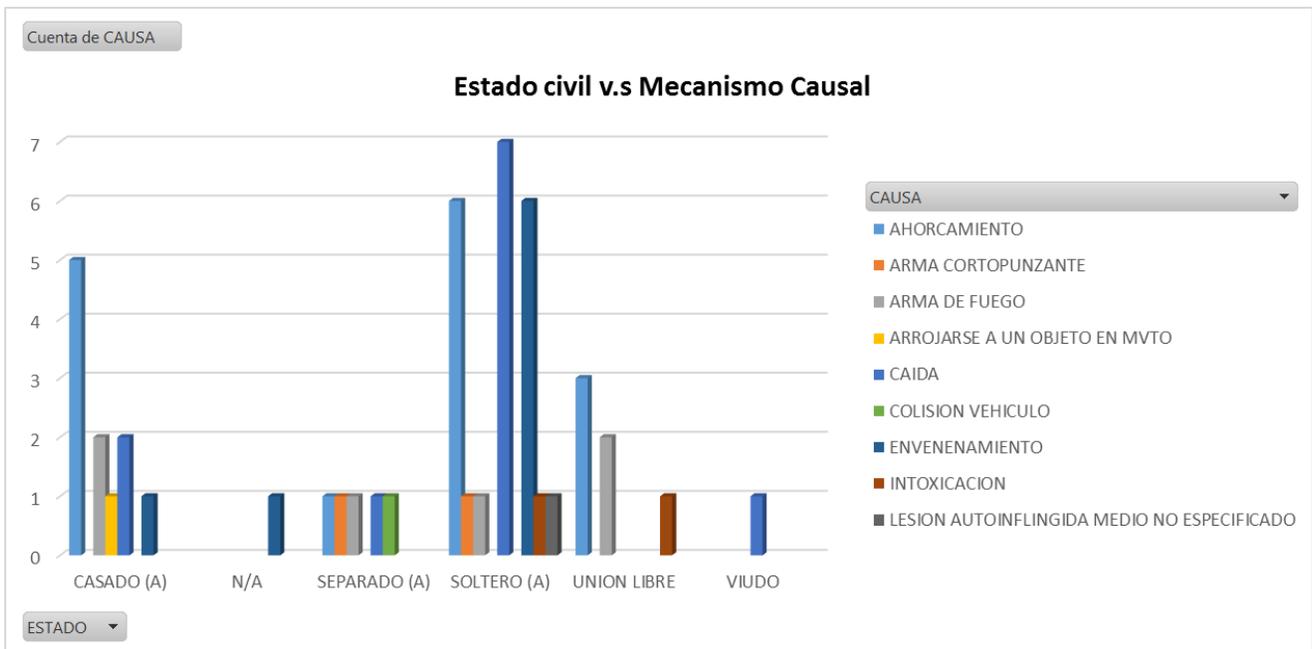


Fuente: Secretaria de Salud de Envigado

El gráfico anterior agrupa las diferentes causas postuladas por la Secretaria de Salud de Envigado, en ella se verifica una tendencia desde el género masculino más alta para el ahorcamiento, seguida

de la caída, siendo la causa más baja intoxicación para ambos sexos. Con la aclaración para el sexo femenino la causa más alta es arma de fuego.

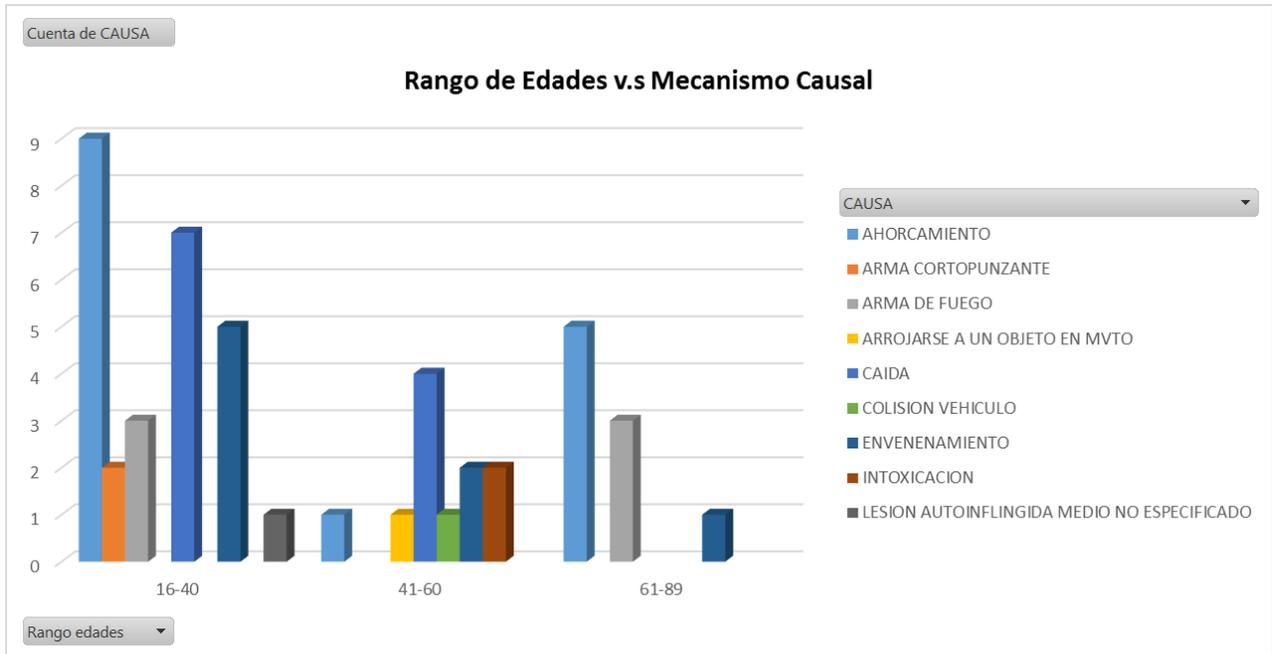
Grafica 3. Esta tabla separa el estado civil al momento de cometer el acto suicida a su vez que la causa de la muerte.



Fuente: Secretaria de Salud de Envigado

Esta grafica muestra una tendencia marcada para el estado civil: soltero(a), y sí se toma por porcentaje uniendo a las personas solteras viudas y separadas, esta suman un total del 60%. Siendo este un factor determinante para tener en cuenta en el análisis posterior.

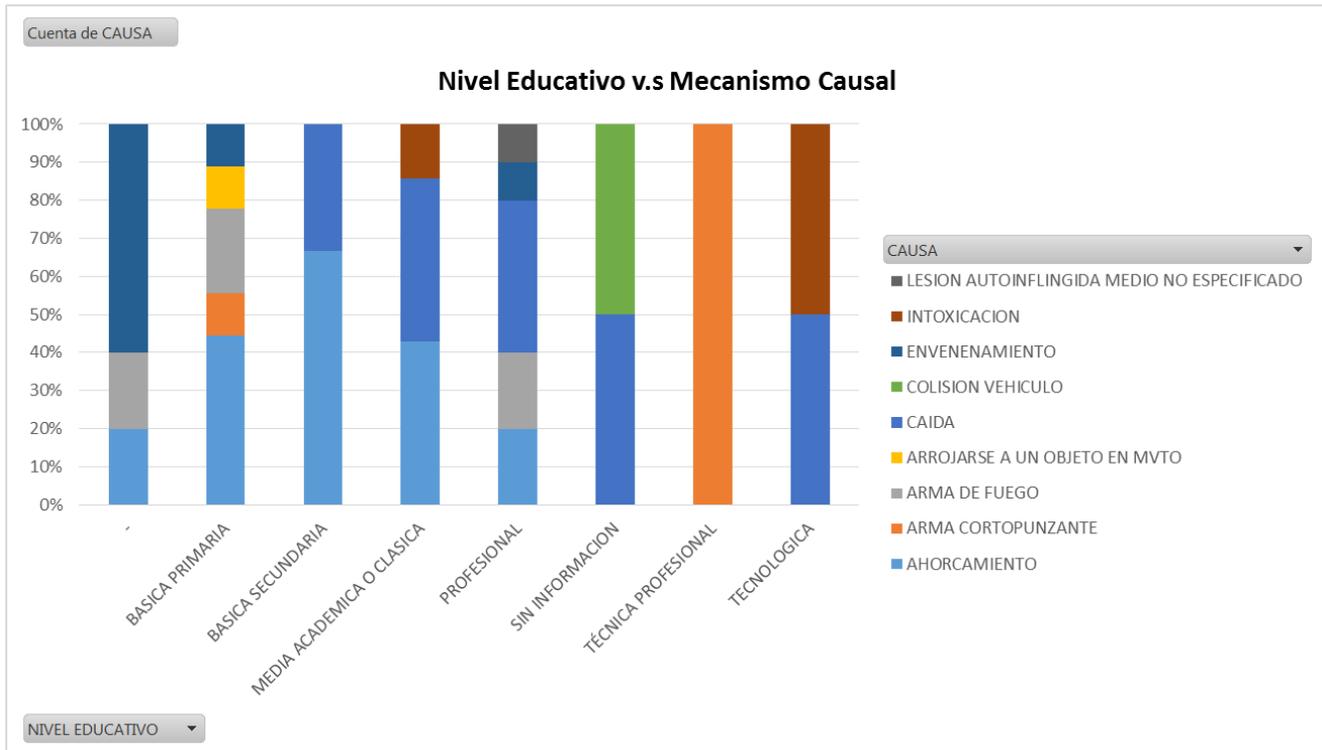
Gráfica 4. Agrupa las personas etariamente, y a su vez la causa.



Fuente: Secretaria de Salud de Envigado

Esta grafica demuestra que el rango de edades entre los 16 a 40 años supera la cantidad de actos suicidas en los cuales el principal método utilizado para dicho fin fue el ahorcamiento seguido por el método denominado caída. En contraste con el grupo etario el cual comprende las edades entre 61 a 89 años estos utilizaron menos métodos de los denominados, pero aun así en su mayoría prevalece el ahorcamiento.

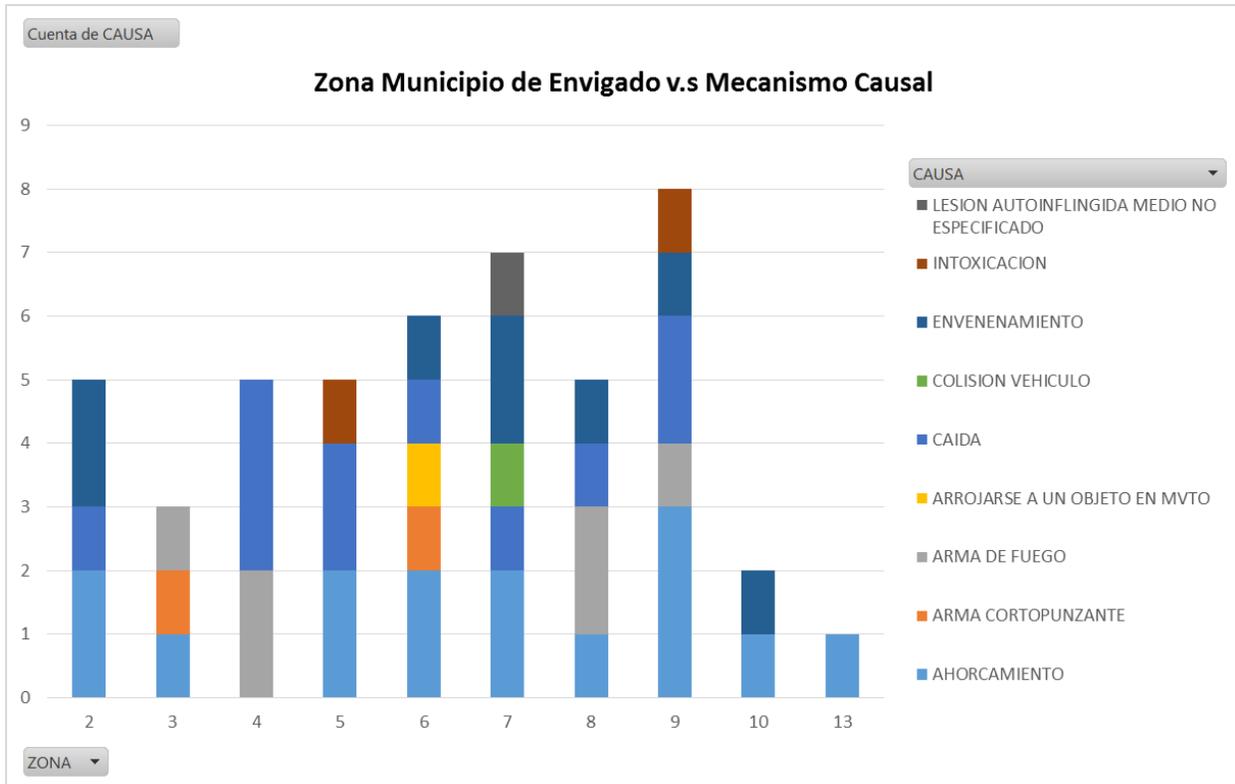
Gráfica 5. Agrupa el nivel educativo, y a su vez la causa



Fuente: Secretaria de Salud de Envigado

Se debe recordar que la muestra para este grafico según lo planteado en el análisis univariado (ver tabla 5) será de 35 de sujetos, entonces es importante destacar que dentro de este grupo 10 personas contaban con un nivel educativo profesional dentro de los cuales la causa ahorcamiento prevalece seguido de caída y por último arma de fuego. Por el contrario para los sujetos que cometieron actos suicidas con un nivel educativo técnico profesional el único método empleado fue utilizar un arma cortopunzante. Vale la pena tomar una posición crítica frente a la causa colisión de vehículo ya que su 100% no reporta información sobre su nivel de escolaridad.

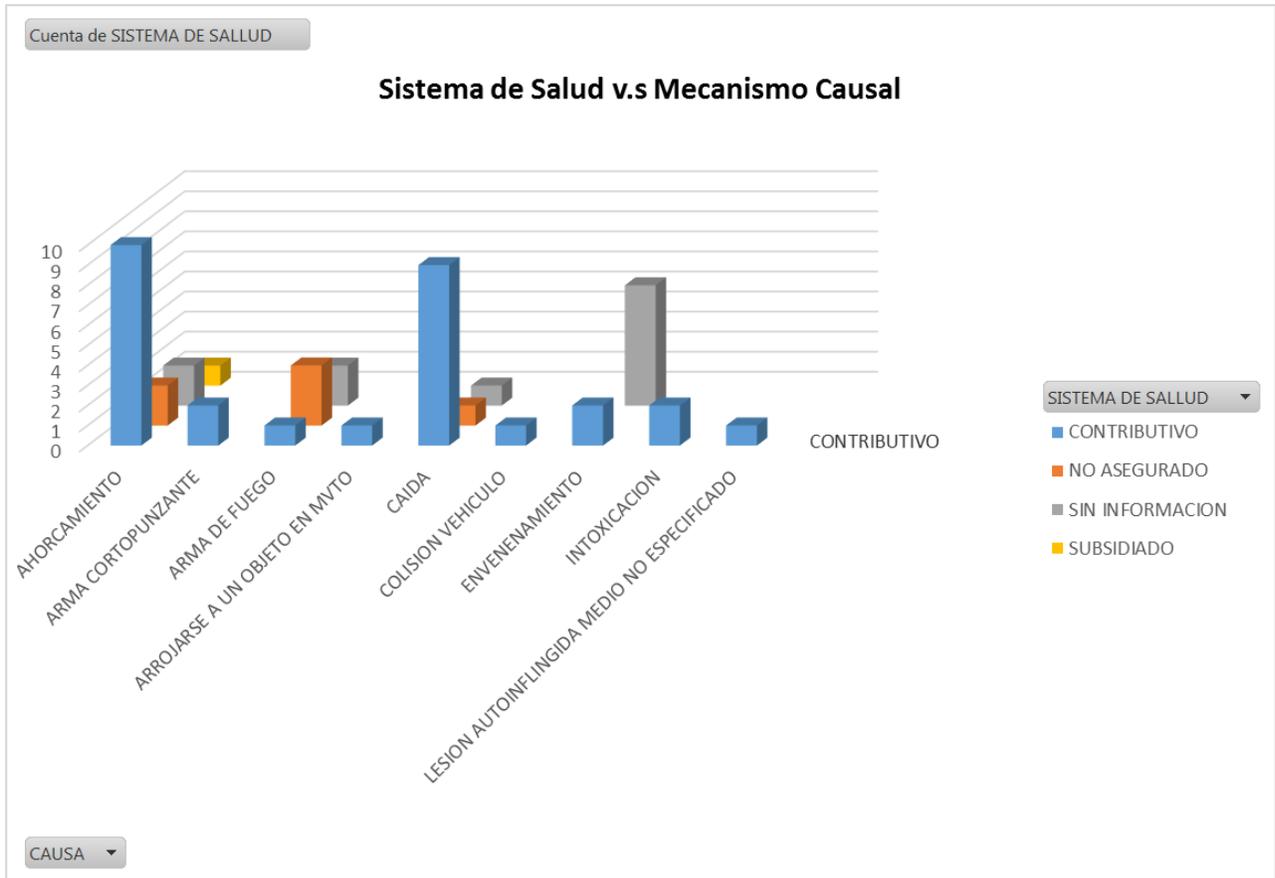
Gráfica 6. Agrupa la zona del Municipio de Envigado, y a su vez la causa



Fuente: Secretaria de Salud de Envigado

Como se aprecia en la gráfica la zona con el mayor índice de casos reportados de suicidios, es la zona 9 donde prevalece la causa el ahorcamiento, situación similar sucede con la zona 7, en total oposición la zona 13.

Gráfica 7. Agrupa el sistema de salud, y a su vez la causa



Fuente: Secretaria de Salud de Envigado

En la gráfica es evidente que el sistema de salud no es determinante para la causa, pero se observa que el sistema contributivo aporta la mayoría de causas de muerte por suicidio. Para mayor detalle (ver tabla 6).

9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Dentro del análisis sociodemográfico es evidente la prevalencia que tiene el sexo masculino en cuanto a la ejecución de los actos suicidas ocurridos en el Municipio de Envigado para el periodo Enero de 2010 - Marzo de 2015, este fenómeno se puede relacionar con la publicación de Lozano (2014) quien en su artículo titulado “*Quitarse la vida cuando esta aun comienza*” para el Boletín Epidemiológico Trimestral del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, señala según las cifras aportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en el país el suicidio es la cuarta forma de violencia con una tasa de mortalidad para el año 2013 de 3,84 personas por cada 100.000 habitantes, para un total de 1.810 casos. Según estas cifras por cada mujer se quitan la vida cuatro (4) hombres. Tendencia que en la presente investigación no varía.

Siguiendo en esa misma línea, la edad también arroja un dato importante pues es la población joven-adulta de 21 a 30 años quien con un número de 16 casos se presenta como la población más vulnerable y la que más gesta actos suicidas en el Municipio de Envigado, según la OMS (citada por Lozano, 2014), más de 800.000 personas a nivel mundial mueren cada año por suicidio esta es la segunda causa de muerte entre personas de 15 a 29 años.

Desde la postura sociológica relacionada en el marco teórico del presente proyecto, se hace un análisis que concuerda con los resultados obtenidos dentro de esta investigación, en la cual Teraiza y Meza (2009), afirman que el suicidio es mayor entre los solteros, divorciados y viudos que en

los casados, la ruptura de relaciones significativas ejerce un peso importante en la conducta suicida, la separación marital y el hecho de vivir solo aumenta el riesgo. Estudio que concuerda exactamente con lo planteado en esta investigación, pues son las personas solteras las que con un 43% para un total de 23 casos, aportan la cifra más alta de suicidios reportados para el Municipio de Envigado.

En las cartillas informativas “Situación en Salud” emitidas por la Secretaria de Salud del Municipio de Envigado para el año 2012 según cifras del DANE la tasa de suicidio presentó altibajos durante el último quinquenio, siendo mayor en los años 2008 y 2011. En el año (2012) se disminuyó considerablemente la tasa de suicidios pues se presentaron cinco casos en la zona urbana y no se presentó ninguno en la zona rural. Si se hace un balance general en el periodo comprendido entre Enero de 2010-Marzo de 2015 periodo en el cual se centra nuestra investigación, se evidencia que esta problemática como se relaciona anteriormente ha tenido sus altibajos, disminuyendo durante los últimos 2 años (2014 a marzo de 2015) con un total de 8 casos, es importante resaltar que en concordancia con los informes emitidos por de la Secretaria de Salud del Municipio de Envigado, se encuentra una similitud al momento de hacer el análisis por zonas como actualmente se encuentra dividido dicho municipio, donde se evidencia que es la zona urbana quien presenta el mayor número de casos para un total de 44 en relación a 3 casos presentados en la zona rural del Municipio, cifras que pueden obedecer a la concentración de habitantes que tiene la zona urbana en contraste con la que actualmente habita el casco rural.

Adicionalmente nace un interrogante en torno a las altas cifras reportadas por la Secretaria de Salud para el año 2011, donde un funcionario perteneciente a dicha secretaria hace referencia a una posible factor de riesgo asociado al suicidio como lo es el desempleo, lo que se asemeja con la investigación realizada por Garcia, (2008) la cual indica que los factores que aumentan el riesgo de cometer actos suicidas serian: rupturas afectivas, desempleo y dificultades económicas.

10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El suicidio por ser un acto social a lo largo de la historia, infinitos han sido los reportes con relación a éste, la asociación con factores personales, sociales, morales o éticos, han dado muchas pautas para buscar estrategias de intervención, que tiene como fin último la erradicación o control de este fenómeno social, que con el paso de los días se introduce cada vez más en una sociedad, facilitando resultados negativos.

Hay dos verdades básicas del suicidio, primero el suicidio jamás debería de consumarse cuando alguien está deprimido, molesto o constreñido y la segunda es que casi todos los suicidios se consuman por razones que tienen sentido para la persona que lo hace.

El suicidio es multicausal, por lo tanto las acciones encaminadas a prevenirlo o reducirlo no deben de delimitarse netamente al ámbito psicológico o psiquiátrico ya que hay una gran importancia en lo social y cultural, si bien en el suicidio consumado intervienen diferentes factores se podría deducir que uno de estos factores es causal o determinante y es una decisión meramente personal.

Las investigaciones indagadas al respecto de las cuales se hace mención dentro del marco teórico, podrían decir que las circunstancias terminan por comprometer a una población con alto riesgo de vulnerabilidad, ya que este no es fácil de identificar por lo que hay gran variedad de factores como

lo son: biológico, psicológico y sociológico, lo cual evidencia que el suicidio hoy por hoy se ha convertido en problema de salud pública y cada año va en crecimiento.

Según los diversos estudios realizados por Medicina Legal y publicados en su revista anual Forensis estos presentan posiciones heterogéneas, donde la mayoría describen como factores de riesgo asociado a la conducta suicida el género, la edad, las frágiles redes de apoyo, las enfermedades psiquiátricas, los antecedentes familiares, la condición económica, todos aquellos factores que de una u otra manera participan en las conductas de riesgo de cada persona, adicional a esto este organismo revela que el rango de edad en los que más suicidios se presentan es entre los 15 y 29 años.

Tello (2011) además indica cómo ha disminuido el suicidio desde el año 2002, lo que para este estudio, retrata algo similar, pues el año 2012 muestra una diferencia de 14 casos menos con respecto al año anterior. Adicional muestra una estabilidad desde el mismo año, lo que Tello (2011) también afirma en el reporte realizado para el año 2010.

La Organización Panamericana de la Salud OPS informa que por cada 20 personas uno logra el objetivo, según Medicina Legal, los jóvenes son las más sensibles a esta problemática en un rango de 15 a 29 años, lo evidenciado en el análisis de resultados en un total de 47 casos que se suicidaron en el Municipio de Envigado en el periodo comprendido entre enero 2010 a marzo 2015, el rango de edad de 16 a 30 años se reportaron 20 casos de suicidio, confirmando lo recolectado en el marco teórico.

Según los datos obtenidos en la presente investigación, se evidencia que las personas solteras, viudas o solas son más vulnerables que las personas casadas, en este caso en específico 29 solteros y 11 casados.

Al momento de analizar los resultados obtenidos se evidencia que los datos locales son similares a los resultados poco alentadores publicados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, por sus siglas en inglés) (2014) en otros países, donde se observa que el aumento en las tablas de suicidio se ubican entre los más jóvenes (tabla 4) la mayoría son del sexo masculino (tabla 2) siendo la zona urbana la más afectada con este fenómeno (gráfico 1).

Retomando a Lozano (2013) en su artículo titulado “*Quitarse la vida cuando esta aun comienza*” en el cual plantea que en nuestro país el suicidio es la cuarta forma de violencia con una tasa de mortalidad para el año 2013 de 3,84 personas por cada 100.000 habitantes, para un total de 1.810 casos y que según estas cifras por cada mujer se quitan la vida cuatro (4) hombres, se puede evidenciar la prevalencia que tiene el género masculino sobre el género femenino al momento de cometer actos suicidas, lo que dentro de este trabajo investigativo se muestra claramente en los resultados obtenidos .

En esa misma línea se retoma a Paniagua (2010), quien define que el suicidio es actualmente la tercera causa de mortalidad entre los quince y treinta y cuatro años, donde los métodos más

empleados fueron tóxicos o venenos, arma de fuego, ahorcamiento o suspensión y lanzamiento al vacío. Las conclusiones a las que llega este estudio no difieren con los resultados obtenidos durante la presente investigación, pues se observa como el rango de edad entre los 21 y 30 años presenta el mayor número de casos de suicidios registrados en el último quinquenio para el Municipio de Envigado, donde el mecanismo causal que se presenta con mayor prevalencia es el ahorcamiento para un total de 15 casos.

Según estadísticas de la Dirección Seccional de Antioquia año 2009, se evidenció que en el municipio de Copacabana los más jóvenes, de sexo femenino y que en su mayoría pertenecen a estrato socioeconómico bajo, son los más afectados con este fenómeno, hecho que difiere totalmente con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que es el sexo masculino el género que prevalece con mayor número de casos de suicidio en el Municipio de Envigado para el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2010-marzo de 2015.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados analizados para establecer el perfil de la población con mayor riesgo para cometer actos suicidas durante el periodo enero de 2010 - marzo de 2015 en el Municipio de Envigado, es el siguiente:

La característica general y común para la variable género es el sexo masculino, ubicados en un rango etario entre los 16 a los 40 años, así mismo el estar soltero representa un factor determinante, además como lo muestra el análisis corresponder a un nivel educativo profesional, mientras que para la variable zona se tiene que pertenecer a los barrios Los Naranjos, Barrio Mesa, Zona Centro, Barrio Obrero, Barrio Bucarest y Barrio la Magnolia, representa cierta vulnerabilidad para llevar a cabo un acto suicida, no obstante el estar o no afiliado a un sistema de salud se considera que no es un factor determinante en dicho análisis. Por último y no menos importante para el establecimiento del perfil se tiene que el mecanismo causal más empleado fue el ahorcamiento.

En definitiva lo más importante es aclarar que este análisis se realizó con base en un determinado periodo de tiempo, comprendido entre Enero de 2010 a Marzo de 2015 en el Municipio de Envigado, lo cual no es garantía para justificar futuras cifras respecto a los actos suicidas, puesto que los datos pueden presentar altibajos en cualquier momento.

A pesar de los esfuerzos encaminados por parte de la administración municipal para mitigar y establecer mecanismos de prevención de dichas conductas dentro de la sociedad, estos no son suficientes, teniendo en cuenta que el suicidio es un fenómeno multicausal, se requiere que se trabaje de forma interdisciplinaria las diferentes dependencias, no solo la Secretaria de Salud, también la Secretaria de Educación, Bienestar Social y Desarrollo Comunitario, el INDER como ente recreativo y las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud. Una sola no alcanzaría a mitigar dicho fenómeno.

Se requiere crear una política pública dentro de las Instituciones Educativas empezando desde la infancia y fortaleciendo el trabajo en la adolescencia; Además el diagnóstico que haga el Psicólogo educativo de cada Institución, y los reportes que realizan diferentes entidades gubernamentales, estos deben intervenir de forma eficiente, tanto a la persona como a su núcleo familiar, como forma de estrategia de salud pública.

Un gran factor de riesgo para el acto suicida es la depresión mayor, por lo tanto se debe de presentar una mayor atención preventiva, y una de las formas es capacitando a los profesionales en el diagnóstico, como en la psicoterapia.

La familia, la sociedad y el entorno en general de los habitantes del Municipio de Envigado son un factor importante que contribuye en la salud mental del individuo

Se debe resaltar la importancia del acompañamiento u orientación profesional, ya que este hecho se debe en gran medida a la falta de conocimiento que tiene la población referente al tema del suicidio y los riesgos que esto implica.

Es indispensable generar conciencia por medio de la realización de campañas de promoción y prevención en el Municipio de Envigado, donde las personas comprendan la importancia de la intervención de los profesionales de la salud mental en el tema.

Se debe fomentar la salud mental en el Municipio de Envigado a través de medidas psico-educativas que lleven a las personas a adoptar un conocimiento frente al tema y saber que este se puede prevenir, contemplando otras opciones y salidas a sus problemas.

Se puede observar que coinciden con los hallazgos encontrados en la recolección de datos, lo cual demuestra que en el Municipio de Envigado no es ajeno a esta problemática y se deben de fomentar estudios investigativos más amplios que apunten a desarrollar un excelente programa preventivo para esta población.

Es importante vincular a las Instituciones Educativas en el trabajo formativo y preventivo sobre el suicidio en el Municipio de Envigado, debido a que de acuerdo a la teoría y al estudio realizado, los adolescentes y los jóvenes son la población más vulnerable a presentar conductas suicidas.

Las EPS como entidades prestadoras de salud deben de ser más conscientes de la creciente problemática y generar espacios de intervención.

A lo largo de la realización de este trabajo, se ha visto como muchas personas no son conscientes de la gravedad de este tema y en el Municipio de Envigado es muy escasa la prevención a los trabajos que se han realizado con la comunidad sobre el suicidio. Por lo cual debe ser abordado por más investigadores que fomentan la prevención pronta en el municipio sobre esta problemática.

Además de los hallazgos, es importante mencionar que quedan abiertas las preguntas para futuros investigadores como los factores que inciden sobre el género femenino que evitan el suicidio. A su vez que los factores que inciden en la sociedad para consumir un acto suicida, por ejemplo en relación al año 2011, que para este estudio reportó la mayoría de los casos.

Sin menos importancia, los gobiernos se juegan responsabilidades en sus políticas y son ellos quienes permiten facilitar a las comunidades la veracidad de la información, la intervención de las problemáticas, y la promoción de la salud mental.

12. LIMITACIONES O DIFICULTADES

El inicio de este trabajo investigativo se vio marcado por varias negativas de algunos entes gubernamentales; Si bien es cierto y tal como se referencio en el procedimiento, inicialmente se pretendía contar con datos de suicidios e intentos de suicidio con dos Municipios del Sur del Valle de Aburra (Envigado e Itagüí), con los cuales se tuvo un primer acercamiento a través de cada una de sus Secretarias de Salud, en primera instancia se tuvo una negativa por parte del Municipio de Itagüí, se tocaron igualmente las puertas de Medicina Legal Envigado los cuales manifestaron que denegaban el acceso a dicha información. Como es sabido la única entidad que se prestó para la realización de esta investigación fue la Secretaria de Salud del Municipio de Envigado, con la cual se pretendía obtener información sobre los actos e intentos de suicidio presentes en el municipio durante el último quinquenio, a pesar de la disposición y oportuna ayuda no se logró obtener los datos precisos sobre los intentos de suicidio, razón por la cual no se emplearon en dicha investigación, ya que no se contaba con cifras reales y exactas que permitieran dar cuenta de este fenómeno y su impacto en el Municipio de Envigado durante el periodo establecido en el presente trabajo de investigación.

A pesar de los inconvenientes, esto no fue impedimento para continuar con este trabajo investigativo, el cual afortunadamente se logró sacar adelante, con la información disponible obtenida por medio de Secretaria de Salud y sus funcionarios, quienes muy amablemente atendían cada requerimiento solicitado.

REFERENCIAS

Alcaldía de Envigado, Marco Institucional. Extraído de la página

<http://www.envigado.gov.co/AsiesEnvigado/Paginas/AsiesEnvigado.aspx>

Álzate, A. (2011). *La familia en el desarrollo de la identidad de cuatro sujetos con preferencia homosexual*. Tesis para optar por el título de psicólogo. Institución Universitaria de Envigado, Medellín, Colombia.

Baptista Lucio, P. Fernández Collado, C. Hernández Sampieri, R. (1991). *Metodología de la Investigación*. México. McGraw Hill Interamericana de México S.A.

Baptista Lucio, P. Fernández Collado, C. Hernández Sampieri, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. México. McGraw Hill Interamericana de México S.A.

Cano, V. H. La Farmacodependencia y el suicidio. *Revista Universidad de San Buenaventura*, Vol. 11, no. 22 (ene.-jun. 2005), págs. 1 - 23.

Chica, H. L. (2010). La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. 2010. *Forensis*. 201 -234.

Cifuentes, S. L. (2012). Violencia autoinflingida desde el sistema médico-legal colombiano, 2012.

Forensis. 325 -347.

Diago, C. García, J. López, G. López, M. Ortiz, J. Zapata, C. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 37. No. 1

Ellis, Thomas E. (2008). Cognición y suicidio, teoría, investigación y terapia. México, El Manual Moderno.

Espinosa, L , et. al.. (2009). *Ideación suicida de rockeros y rastas entre los 12 y 30 años de edad que frecuentan al pasaje de la alcaldía del municipio de envigado* (Tesis de grado).

Institución Universitaria de Envigado. Municipio de Envigado

Freemann A., Reinecke M.A. (1995). *TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA*. España: Editorial Descleé de Brouwer S.A.

Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. In

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1

Holguín, H. Jaramillo, C. Merchán, V. (2011). *Como joven creo en mí. Colombia*: L. Vieco e Hijas Ltda.

Inducción y Auxilio al Suicidio, Derecho penal. Extraído de la página <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/induccin-y-auxilio-al-suicidio/induccin-y-auxilio-al-suicidio.htm>

Instituto Nacional de Ciencias Forenses (2013). Quitarse la Vida cuando ésta aún comienza. *Boletín Epidemiológico Trimestral*. Vol. 6, No 8.

Lección 3 Principios Generales del Psicólogo, Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Recuperado en línea el 02 de Agosto de 2014.

<http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401533/2013->

[2/EXE_LEARNING/MODULOINVESTIGACIONCUANTITATIVA/leccion_3_principios_generales_del_psicologo.html](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401533/2013-2/EXE_LEARNING/MODULOINVESTIGACIONCUANTITATIVA/leccion_3_principios_generales_del_psicologo.html)

Macana, N. L. (2011). Comportamiento del suicidio en Colombia. 2011. *Forensis*. 245-265.

Mansilla, F. (2010). *Suicidio y prevención*. Intersalud, Recuperado en línea, Agosto 28 de 2014. <http://www.saludinnova.com/communities/saludmental/docs/download/SuicidioPreencion.pdf>

Organización Panamericana de Salud (2009). *Un millón de personas se quita la vida cada año en el mundo*. Recuperado en línea el 21 de Julio de 2015. http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=352&Itemid=226

Paniagua, R. (2014). *Caracterización de la salud mental mediante cinco indicadores básicos, nivel de riesgo suicida, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, funcionalidad familiar, vulnerabilidad a estresores sociales de la población escolar de Copacabana-Antioquia 2010*.

Pérez, S. (2006). ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Revista Futuros No. 14 Vol. IV. Extraído de la página <http://www.revistafuturos.info>.

Pérez, S. El suicidio en la adolescencia, extraído el 9 de marzo de 2015 de la página <http://redmundialdelsuicidio.com/index.php/cursos/77-articulos/69-el-suicidio-en-la-adolescencia>.

Pérez, S. Prevenir el suicidio I. Extraído el 9 de marzo de 2015 de la página <http://www.psicologia-online.com/ebooks/psicoterapia/suicidio1.shtml>.

Pérez, S (1999). *El suicidio, comportamiento y prevención*. Revista cubana Medicina General Integral. Vol. 15 (2), pags. 196-217.

Piaget, J (1955). De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Posada, J (2010). *Que tan valiente o cobarde es un suicida*. Recuperado en línea el 20 de Agosto de 2014. De <http://www.ecbloguer.com/yocreoque/?p=1583>.

Secretaría de Salud, Municipio de Envigado (2010-2013). “Situación de Salud Municipio de Envigado” informe anual. *Cartilla Informativa: Situación de Salud*.

Secretaria de Salud, Municipio de Envigado, marco Institucional. Extraído de la página
<http://www.envigado.gov.co/NuestraAlcaldia/Paginas/NSecretariaSalud.aspx>

Secretaria de Salud, Municipio de Envigado, bases de datos, Material inédito. (2015)

Sheneidman, E. S. (1984) Aforismos de suicidio y algunas implicaciones para la Psicoterapia. American Journal of Psychotherapy; Jul1984, vol. 38 Número 3, P319.

Tizón, J. (2000). *Programa de prevención en Salud Mental para Atención Primaria de la SEMFYC*. Sociedad Española de Familia y Comunitaria. Vol.25 No 6. Págs. 383-389.

Torres, y otros (2013). Conducta Suicida y Calidad de Vida en Medellín Año 2011: Un Análisis exploratorio. Revista CES Salud Publica. Vol.4 No 1. Págs. 12-24.

Valiente, C. (2000). La regulación de la eutanasia voluntaria en el ordenamiento jurídico español y en el derecho comparado. Recuperado en línea el 10 de Octubre de 2014 desde <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero1/Articulos/articulo4.pdf>.