

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SUICIDIO EN EL VALLE DEL CAUCA EN  
EL PERIODO 2017-2019**



**LUISA MARÍA CENDALES BLANCO**

**LAURA MELISSA MIRANDA CARDONA**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA ENFERMERÍA**

**VALLE DEL CAUCA**

**TULUÁ**

**2022**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SUICIDIO EN EL VALLE DEL CAUCA  
EN EL PERIODO 2017-2019**



**LUISA MARIA CENDALES BLANCO**

**LAURA MELISSA MIRANDA CARDONA**

**DIRECTOR**

**LUZ DAMARIS ROJAS RODRÍGUEZ**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA ENFERMERÍA**

**VALLE DEL CAUCA**

**TULUÁ**

**2022**

## *Dedicatoria*

*A mi persona que luchó con alma vida y corazón porque este hermoso proyecto saliera adelante; la enfermera del mañana...*

## **Agradecimientos**

En primer lugar, queremos brindar eternos agradecimientos a el padre celestial, por proveernos la capacidad física e intelectual, la sabiduría y sensatez para superar cada uno de los obstáculos que surgen en el camino, permitiendo el cumplimiento exitoso de cada uno de nuestros sueños. Para el, toda la gloria y la alabanza.

A nuestra asesora, la enfermera Magister en materno infantil Luz Damaris Rojas Rodríguez, por su paciencia, entrega y dedicación, su orientación fue siempre útil para la construcción del trabajo que hoy se ha logrado.

Agradecimientos a la Unidad Central del Valle del Cauca, institución que nos brindó la oportunidad por medio del programa enfermería de cursar nuestros estudios de pregrado; Fue el pilar en este proceso investigativo. Así mismo al cuerpo de docentes de esta querida institución, especialmente a nuestra docente titular de la materia trabajo de grado, Especialista en Docencia para la Educación superior, Mg. En Educación Superior, Mg. en Enfermería Lina Marcela Parra González, formó parte importante de nuestro proceso académico e investigativo con cada uno de sus aportes profesionales que la caracterizan, muchas gracias por sus palabras de aliento, cuando más las necesitamos; Al doctor Leonardo Beltrán Angarita por enriquecer con sus conocimientos y sugerencias el desarrollo de este proyecto.

A cada uno de los integrantes del macro proyecto “Factores de Riesgo y Exploración Genética del Suicidio en el Eje Cafetero y Centro/Norte del Valle del Cauca”, por darnos su voto de confianza y permitirnos hacer parte de su proceso investigativo.

A nuestros compañeros de pregrado Mónica Andrea Marmolejo Cruz, Nelly Tatiana Salazar Ruiz, Sebastián murillo Gonzales y Kevin prado León. Amigos y compañeros de viaje, agradecimiento por el apoyo y constancia en las horas y momentos más difíciles. Gracias por estar siempre.

Gracias a nuestras familias por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nosotras como nadie más lo hará. A nuestras madres por apoyarnos en todas las decisiones que tomamos, por acompañarnos en cada larga y agotadora noche de estudio. Gracias a sus buenos deseos, anhelos y oraciones, hoy culminamos con éxito nuestro proyecto investigativo.

## Resumen

Para la OMS el suicidio “es un trastorno mental multidimensional, resultado de factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales”. En la siguiente investigación, se indagó sobre aquellos factores psicológicos y sociodemográficos, que generan influencia en la decisión de una persona de acabar o no con su vida por medio del suicidio

Como principal objetivo se planteó describir las características sociodemográficas y psicológicas asociadas a la ocurrencia del suicidio en la región Centro y Norte del Valle del Cauca en el periodo 2017-2019. Se aplicó una metodología cuantitativa tipo descriptiva transversal, en el cual se basó en el análisis de la base de datos, información obtenida por medio de la revisión de las autopsias psicológicas, realizadas y previamente transcritas en un documento Word por el psiquiatra forense del macro proyecto “Factores de Riesgo y Exploración Genética del Suicidio en el Eje Cafetero y Centro/Norte del Valle del Cauca”.

Como resultados, se obtuvo que se estudiaron 10 casos de fallecimiento por suicidio, donde la frecuencia de muertes es más alta en el rango de 20 a 29 años con 4 casos. Según el sexo, 7 hombres y 3 mujeres realizaron suicidio consumado; evidenciando así, que se suicidan en mayor proporción los hombres que las mujeres. Con relación al perfil psicológico, 2 de los fallecidos presentaba ideación suicida y 2 un diagnóstico mental previo, caracterizado por

esquizofrenia y episodio depresivo grave. Según el mecanismo de muerte, fue ahorcamiento e intoxicación con plaguicidas.

Se concluyó que los factores de riesgo más sobresalientes se relacionan con situaciones sociales, problemas o enfermedades psiquiátricas y cuestiones específicas de la edad. El presentar situaciones estresantes es un factor precipitante para consumir el suicidio, por ende, se ende el comportamiento suicida es un fenómeno multicausal que obedece a la acción conjunta de factores psicológicos, sociodemográficos, biológicos, sociales y culturales.

**Palabras clave:** suicidio, factores de riesgo psicológicos, factores de riesgo sociodemográficos

### **Abstract**

According to the WHO, suicide "is a multidimensional mental disorder, the result of biological, genetic, psychological, sociological and environmental factors". In the following research, we inquired about those psychological and sociodemographic factors that influence the decision of a person to end his or her life by means of suicide.

The main objective was to describe the sociodemographic and psychological characteristics associated with the occurrence of suicide in the Central and Northern region of Valle del Cauca in the period 2017-2019. A cross-sectional descriptive type quantitative methodology

was applied, in which it was based on the analysis of the database, information obtained through the review of psychological autopsies, performed and previously transcribed in a Word document by the forensic psychiatrist of the macro project "Risk Factors and Genetic Exploration of Suicide in the Eje Cafetero and Central/Northern Valle del Cauca".

As results, it was obtained that 10 cases of death by suicide were studied, where the frequency of deaths is higher in the range of 20 to 29 years with 4 cases. According to sex, 7 men and 3 women committed suicide, showing that men commit suicide more often than women. Regarding the psychological profile, 2 of the deceased had suicidal ideation and 2 had a previous mental diagnosis, characterized by schizophrenia and severe depressive episode. According to the mechanism of death, it was hanging and intoxication with pesticides.

It was concluded that the most outstanding risk factors were related to social situations, psychiatric problems or illnesses and age-specific issues. The presentation of stressful situations is a precipitating factor for suicide; therefore, suicidal behavior is a multicausal phenomenon that obeys the joint action of psychological, sociodemographic, biological, social and cultural factors.

**Key words:** suicide, psychological risk factors, sociodemographic risk factors.



## Tabla de contenido

Resumen.....	6
Título.....	16
1. Descripción del problema .....	17
2. Justificación.....	20
3. Objetivos .....	23
3.1. Objetivo general.....	23
3.2. Objetivos específicos .....	23
4. Marco referencial .....	24
4.1. Marco conceptual .....	24
4.2. Marco de antecedentes .....	26
4.3. Marco teórico.....	35
5. Metodología .....	38
5.1. Tipo de estudio.....	38
5.2. Área de estudio.....	39
5.3. Población y muestra .....	42
5.4. VARIABLES .....	42
5.5. Recolección de la información (método, técnica y lista de chequeo).....	44
5.5.1 Método .....	44

5.5.2 Técnica.....	45
5.5.2.1. Fuente secundaria:.....	45
5.5.3 Lista de chequeo.....	49
5.5. Plan de análisis.....	50
5.6. Consideraciones éticas .....	51
6. Resultados .....	53
Tabla 1: Características sociodemográficas de la población estudiada .....	53
Tabla 2: Características psicológicas de la población estudiada.....	57
7. Discusión.....	62
8. Conclusiones .....	68
9. Recomendaciones.....	70
Bibliografía .....	70

## Lista de tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de la población estudiada .....	53
Tabla 2: Características psicológicas de la población estudiada.....	57
Tabla 3: Características sociodemográficas vs psicológicas de la población .....	60
Tabla 4: operacionalización de las variables.....	87
Tabla 5: Lista de chequeo .....	91
Tabla 6: Cronograma de actividades.....	95
Tabla 7: Presupuesto .....	97

## **Lista de anexos**

Anexo 1: Acta de confidencialidad .....	80
Anexo 2: carta miembro del macroproyecto .....	83
Anexo 3: carta de miembro del macroproyecto .....	84
Anexo 4: carta aprobación comité de ética .....	86

## **Introducción**

¿Qué lleva a una persona a acabar con su vida?, ¿qué factores pueden estar operando en una decisión tan extrema? Estas y muchas más incógnitas salen a la luz cuando un ser humano comete un acto tan relevante para su vida y la de su entorno, es por esto que para la OMS el suicidio “es comprendido como un trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales”(1).

La OMS en el año 2013, diseña el PLAN DE ACCION SOBRE SALUD MENTAL 2013–2020, donde se considera el suicidio como un evento prioritario, necesario de ser prevenido e intervenido, y se plantea una meta mundial que consta en la reducción de hasta un 10% de la tasa de suicidio en los países para el año 2020. Para esto es necesario contar con investigaciones que estén dirigidas en identificar a profundidad datos o factores de riesgo, que se relacionen con el evento, lo cual permitirá diseñar campañas de prevención del suicidio basadas en evidencia.(2)

En la siguiente investigación, se identificó sobre aquellos factores psicológicos y sociodemográficos, de personas que han cometido suicidio, dichos datos aportaron al objetivo de determinar la relación entre los factores de riesgo de suicidio del Macroproyecto

llamado “Factores de Riesgo y Exploración Genética del Suicidio en el Eje Cafetero y Centro/Norte del Valle del Cauca”.

La investigación de esta problemática social se realizó con la finalidad de describir cuáles son los factores que influyen en las personas para cometer tal acto. Debido a que el suicidio es una problemática social y un evento de interés en salud pública, ya que, a nivel mundial según la OMS, cada año alrededor de 800.000 personas se suicidan, se estima que 1 persona por cada 40 segundos, esta situación no solo cobra la vida de una persona, pues cuando un individuo se suicida, no solo afecta su ámbito personal, sino su familia, vecinos, amistades y demás, influyendo directamente en el entorno. Esta situación no es ajena ni debería de serlo para la sociedad, ni para los entes territoriales y sanitarios; pues por razones que posteriormente serán puestas en evidencia, es un problema estigmatizado y silenciado tanto por los individuos afectados como por la sociedad, así como, por las instituciones y medios de comunicación establecidos, tal vez, por el miedo a la imitación, la vergüenza o las tensiones familiares.(3)

Al realizar esta investigación se cumple con el interés académico de las dos investigadoras, debido a que profundizar en los factores de riesgo asociados con el suicidio desde el ámbito formativo e investigativo, permite fortalecer destrezas y habilidades, que le facilitan al personal de enfermería, identificar y detectar precozmente los factores de riesgo y señales de alarma que se presentan en la población. Generando así herramientas de atención y cuidado,

que faciliten el manejo de situaciones de riesgo de manera hábil y sin temor, para disminuir los casos de suicidio en la población.

La metodología empleada fue de tipo cuantitativo tipo descriptivo transversal, donde se hizo el análisis de la base de datos que contiene todas las variables descritas posteriormente, donde se buscó identificar los factores de riesgo psicológicos y sociodemográficos asociados al suicidio en la población Centro y Norte del Valle del Cauca, se logró por medio del análisis de las autopsias psicológicas realizadas y previamente transcritas en un documento Word por el psiquiatra forense del macro proyecto “Factores de Riesgo y Exploración Genética del Suicidio en el Eje Cafetero y Centro/Norte del Valle del Cauca”.

La finalidad del desarrollo del presente proceso de investigación fue describir las características sociodemográficas y psicológicas asociadas con la ocurrencia del suicidio en la región Centro y Norte del Valle del Cauca en el periodo 2017-2019.

## **Titulo**

Factores de riesgo sociodemográficos y psicológicos relacionados con la ocurrencia de suicidio en la población de la región Centro y Norte del Valle del Cauca en el periodo 2017-2019



## 1. Descripción del problema

Según la OMS “La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. En este sentido, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad” (1). Este bienestar individual puede verse afectado, por una constante exposición a una constelación de factores de riesgo y situaciones que generan alteraciones e incapacidades personales, desencadenando la problemática del suicidio y demás variantes en la población.

El suicidio no solo cobra la vida de una persona, también impacta indirectamente a las redes de apoyo, llámense familia, amigos y comunidad. A nivel mundial según la OMS, cada año alrededor de 800.000 personas se suicidan, se estima que 1 persona por cada 40 segundos, considerándose una prioridad grave de salud pública (4). Según datos de la Organización Panamericana de la Salud; Colombia ocupa el 3 lugar entre los mayores casos de suicidio, presentando en hombres una tasa de 13,2 muertes por cada 100,000 habitantes y por otro lado las mujeres cuentan con una tasa de 3.2 muertes por cada 100,000 habitantes, categorizándose como una de las principales causas de muerte, pero con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (5). Según el instituto Nacional de Salud entre el 2009 – 2015 se presentaron 13,254 casos de suicidio, de los cuales 2,068 (80%) fueron hombres y en 2016 fueron 10,694 casos (62%) casos presentados en las mujeres (3). Según el Análisis de Situación de Salud del Valle del Cauca año 2018, en el 2016 la 4 causa de muerte fueron las causas externas (entre ellas

la 3 causa fue el suicidio con una tasa de 7,33 por cada 100,000 habitantes en hombres y 1,98 por cada 100,000 habitantes en mujeres) según las tasas ajustadas, alcanzando un pico máximo de 127,1 muertes por cada 100.000 habitantes en el 2005 y un mínimo de 84,0 en el año 2016. La 3 causa de muerte por causa externa es el suicidio con una tasa máxima en 2008 de 10,22 muertos por 100,000 habitantes y mínima en 2013 de 6,79 en hombres y 1,01 en mujeres (6).

Esta situación no es ajena para la sociedad, ni para los entes territoriales y sanitarios; pues se pone en evidencia datos alarmantes que demuestran las posibles falencias en las medidas de prevención primaria, redes de apoyo, el reconocimiento oportuno de conductas de riesgo o demás situaciones que actúen sobre los distintos factores, variables y determinantes sociales de riesgo que influyen en la población Colombia para generar un comportamiento suicida; frente a estas situaciones se han realizado diversos estudios como el realizado en Colombia 2000-2013, permite identificar el comportamiento del suicidio en Colombia según variables como sexo, edad y entidad territorial, en un tiempo de 20 años, demostrando que el mayor riesgo de muerte por suicidio en Colombia ha ocurrido en las zonas céntricas y orientales del territorio nacional, en hombres, adultos en edad productiva y en adultos mayores. Este estudio se relaciona con varios estudios de la literatura internacional, donde ser hombre, soltero, vivir en localidades medianas aumenta el riesgo y probabilidad de conductas suicidas (7).

Para el año 2014, en Cuba, el suicidio constituyó la tercera causa de muerte a nivel mundial en los adolescentes entre 11 y 18 años y en Cuba ocupa la tercera causa de muerte en las edades de 10 a 19 años. Este evento ocurre con mayor frecuencia en los varones, sin

distinción de color de la piel ni clase social. Cuando un adolescente se suicida o intenta suicidarse, se ve afectado, familiares, amigos, compañeros, vecinos y a veces personas que ni siquiera conocían o conocen al adolescente. Además, el adolescente que intenta suicidarse puede o no demostrar en ocasiones señales de alarma que al ser detectadas oportunamente podría evitar resultados catastróficos, pueden experimentar sentimientos de dolor, confusión y culpa (8).

Las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto en hombres como en mujeres en casi todas las regiones del mundo, los jóvenes se encuentran entre los más afectados; siendo la segunda causa de muerte entre edades de 15 y 29 años a nivel mundial. En Europa, es la segunda causa más frecuente de muerte entre los grupos de 15 a 44 años. (9)

Por otro lado, el estudio realizado del suicidio en adolescentes en Colombia, año 2019 dice que el apego es considerado como un elemento importante en la salud mental del adolescente, teniendo en cuenta estudios empíricos que relatan el apego negativo con estilos inseguro-ambivalente e inseguro-evitativo están relacionados con la ideación suicida y los intentos de suicidio. Sin embargo, la relación entre las dimensiones del apego y el riesgo suicida ha sido poco estudiada. Es por esto que se hace necesario conocer que influencia tienen en el comportamiento suicida con factores como: recursos psicológicos, cognitivos, de personalidad, sociales y familiares (10).

Se evidencia que, aunque existan protocolos globales para la intervención oportuna en la escuela, la comunidad y la atención primaria frente al suicidio, es necesario describir las características sociodemográficas y psicológicas de las personas que se suicidan, para poder

conocer y comprender el comportamiento de esta problemática grave en salud y generar de manera enfocada intervenciones de APS para la detección de comportamientos de riesgo brindar tratamiento y rehabilitación de manera oportuna y así disminuir el riesgo en la población colombiana.

Teniendo en cuenta lo anterior la presente investigación pretendió dar una respuesta a la siguiente pregunta

¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos y psicológicos relacionados con la ocurrencia de suicidio en la población de la región Centro y Norte del Valle del Cauca en el periodo 2017-2019?

## **2. Justificación**

El siguiente trabajo permitió la identificación de determinantes en salud relacionados con el suicidio como los son los factores de riesgo psicológicos y sociodemográficos, dicha información contribuye al objetivo de determinar la relación entre los factores de riesgo de suicidio del macroproyecto llamado “Factores de Riesgo y Exploración Genética del Suicidio en el Eje Cafetero y Centro/Norte del Valle del Cauca”.

Según la OMS el bienestar mental es un componente fundamental en la definición de salud (11), debido a que se encuentra relacionada con la promoción del bienestar, prevención de trastornos mentales, el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Por ende, la alteración de la salud mental se considera un problema grave de salud pública a nivel mundial, debido a que anualmente se presentan cifras alarmantes de suicidio, siendo este el resultado de la reunión de diferentes factores de riesgo que deben ser abordados mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno.

La OMS en el año 2013, diseña el primer plan de acción en salud mental, llamado PLAN DE ACCION SOBRE SALUD MENTAL 2013–2020, donde se encuentra como principio que: «no hay salud sin salud mental» (14). Considera que, dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Por tal razón, considera el suicidio como un evento prioritario, necesario de ser prevenido e intervenido, y se plantea una meta mundial que consta en la reducción de hasta un 10% de la tasa de suicidio en los países para el año 2020. Para esto es necesario contar con investigaciones que estén dirigidas en identificar a profundidad datos o factores de riesgo como los sociodemográficos y psicológicos, que se relacionen con el evento, lo cual permitirá diseñar campañas de prevención del suicidio basadas en evidencia; debido a que el plan de acción sobre salud mental considera que la información y la investigación son ingredientes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental.

Tener conocimiento y comprensión a fondo acerca de los diferentes factores de riesgo que se relacionan con el suicidio por parte de los sistemas de salud, permite guiar el diseño, implementación y monitoreo de estrategias desde la APS donde se haga énfasis en dejar a un lado la estigmatización de la situación y de esta manera disminuir el comportamiento suicida de la población, por medio de la detección oportuna de las personas con estados depresivos, con ideación suicida, con intentos de suicidio o población en riesgo en general, para brindar atención integral por medio de herramientas que tengan como finalidad disminuir el riesgo de ocurrencia de dicho evento.

La identificación y detección precoz además del tratamiento oportuno de factores de riesgo sociodemográficos y psicológicos a nivel formativo, permite el fortalecimiento de destrezas y habilidades, las cuales le facilitan al personal de enfermería en formación, identificar y detectar precozmente los factores de riesgo y señales de alarma que se presentan en la población identificada. Lo que permite generar herramientas de atención y cuidado, que faciliten el manejo de situaciones de riesgo de manera hábil y sin temor, para disminuir los casos de suicidio en la población permitiendo de esta manera el crecimiento y conocimiento académico que se verá reflejado en la práctica.

Es preciso que el personal sanitario sea capaz de reconocer e identificar a la población en riesgo para brindar una atención oportuna, en vista de que la estigmatización, la discriminación y el rechazo que genera la comunidad a dicho evento, impide que la población en riesgo habitualmente pida ayuda o en ocasiones, la pide, pero la brindada por parte del personal no es adecuada, por la presencia de inseguridades, debido a la falta de capacitación en el manejo de la situación. Es por esto que la identificación de los factores

sociodemográficos y psicológicos aporta información crucial al personal sanitario para evaluar, manejar y prevenir el riesgo de suicidio en la población de la región Centro y Norte del Valle del Cauca.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo general**

- Describir las características sociodemográficas y psicológicas asociados en la ocurrencia del suicidio en la población de la región Centro y Norte del Valle del Cauca en el periodo 2017-2019

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Analizar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio (familia, genero, estrato)
- Describir los factores psicológicos asociados con la ocurrencia del suicidio

## 4. Marco referencial

### 4.1. Marco conceptual

Para iniciar con la fundamentación de este proceso investigativo se hace necesario entender la definición del concepto de “*suicidio*”, que según la OMS (2014) “es comprendido como un trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales”.(12) Es de importancia referir algunos conceptos tales como:

Factor de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión(13)

Suicidio: Es el acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencional. Por lo general es consecuencia de un sufrimiento psíquico y desesperación derivado o atribuible a circunstancias vitales como las dificultades financieras, los problemas en las relaciones interpersonales, soledad o el acoso psicológico. Estas pueden llegar a dar forma a una patología psiquiátrica y ser catalogadas de trastornos mentales como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad,



el alcoholismo o el uso de drogas. El indicador conocido más «importante» y factor de riesgo individual es el antecedente de un intento de suicidio no consumado.(14)

Factores sociodemográficos: Conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio que pueden ser medibles.(15)

Factores psicológicos: Son aquellas disposiciones personales las cuales tienen una carga afectiva que lucha por satisfacer necesidades tales como poder ser alimentado, tendencia sexual, necesidad de amar y ser amado, experimentar una esperanza, vivenciar una frustración; va a formar una personalidad. Personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos." Esta definición indica: que la personalidad es de naturaleza cambiante: organización dinámica.(16)

Autopsia psicológica: La autopsia psicológica desde su origen se ha centrado en la comprensión de las circunstancias que rodean la muerte de un individuo, en donde se investiga de forma retrospectiva las características de personalidad y las condiciones que tuvo en vida; esta estrategia pertenece a un espectro de herramientas forenses que se encuentran a la disposición de las ciencias de la salud mental, las cuales son denominadas evaluaciones psicológicas reconstructivas. (17)

## 4.2. Marco de antecedentes

En España, 2010, se realizó una tesis sobre las diferencias en la conducta suicida que abarca los intentos de suicidio y suicidio consumado en el cual se tomaron las poblaciones que se suicidaron en la provincia de Sevilla y de intentos de suicidio de tres hospitales universitarios de Madrid. En los primeros se recogieron los datos a través de los familiares cercanos, mientras que en los segundos se entrevistaron en las primeras 24 horas tras el intento de suicidio. Hubo presencia de el gen transportador de la serotonina y dio como resultado que en los suicidios consumados había una mayor presencia de varones, personas mayores, con mayor intencionalidad suicida y menor impulsividad como rasgo y estado. Clínicamente se detectaron más sujetos con esquizofrenia entre los suicidas y más sujetos con trastornos de ansiedad entre los intentos de suicidio, también destaca la mayor presencia del trastorno de personalidad narcisista entre los suicidios consumados. El porcentaje de suicidas con antecedentes familiares de suicidio consumado fue mayor que en los intentos de suicidio. Los suicidas con antecedentes familiares de suicidio presentan con mayor frecuencia el genotipo LL en comparación con los intentos de suicidio con antecedentes familiares de suicidio consumado(18).

Si se continua con esta perspectiva, en 2013 una tesis psicológica realizada por Vianchá, M. A., Bahamón, M. L., & Alarcón, L. L. (2013), muestra variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes, la cual reflexiona en

torno a la relación entre ideación suicida, acto suicida, suicidio en jóvenes y variables psicosociales, consideradas por diferentes autores como factores de riesgo con base en los estudios realizados durante la última década en español, donde se caracterizó el suicidio en jóvenes latinoamericanos y las variables psicosociales asociadas tales como: los problemas interpersonales en el contexto escolar, variables psicológicas, la exposición a situaciones de violencia intrafamiliar y abuso sexual, y finalmente los estilos y estrategias de afrontamiento desarrollados por los jóvenes(19).

En Chile, año 2015 se determinan las cifras de suicidio en adolescente chilenos resultan alarmantes por un incremento en la tasa de mortalidad por suicidio en el decenio 1999-2008 en 215,6%; Es por esto que se hace necesario determinar cuál es la prevalencia y conocer los diferentes factores de riesgo tales como, psicológicos y ambientales, asociados en población general y particularmente en adolescentes, que influyen en la práctica de los intentos de suicidio, ya que este es considerado uno de los principales factores predictores de suicidio consumado. La asociación entre variables socio-demográficas, funcionamiento y estructura familiar, conductas de riesgo, funcionamiento psicológico y presencia de intento de suicidio a lo largo de la vida y también por el reconocimiento de la asociación entre ruralidad y la presencia de intento de suicidio para de este modo identificar impacto de las distintas variables en la presencia de intento de suicidio a lo largo de la vida. Los resultados de este estudio realizado fue que las variables estadísticamente asociadas a presencia de intento eran; género, ausencia de progenitores en el grupo familiar, residencia en el año escolar, funcionamiento familiar, consumo de alcohol y de tabaco, autoestima, desesperanza, depresión, e ideación suicida tanto

reciente como antigua. Al analizar la significación estadística de las distintas variables predictores, se obtuvieron resultados significativos sólo para tres de las once variables consideradas: sexo femenino, consumo de tabaco e ideación suicida reciente severa. Demostrando así que los hombres presentan mayores casos de suicidio consumado pero las mujeres mayor intento de suicidio(20) .

Ubicándose de manera similar, en Cuba, año 2016 se actualizan aspectos relacionados con la mortalidad por suicidio e identifica los factores de riesgo y protectores que intervienen en esta lesión autoinfligida intencionalmente. A nivel mundial la lesión autoinfligida representa 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y 71% entre mujeres. En las Américas, el suicidio aportó 12% de la mortalidad por causas externas, variando según la región en 19,7 % en Norteamérica y 7,8 % en Centro América, con un total anual de 63.000 fallecidos anuales, siendo superado por accidentes o lesiones no intencionales.

En Estados Unidos, 2018 se realizó revisión de literatura donde se examinaron los factores de riesgo que tienen influencia en el suicidio en cada etapa de la vida, además del riesgo y tratamiento para estos individuos; se obtuvo como resultados que la evaluación del riesgo de suicidio es muy compleja y requiere que el personal de salud conozca estrategias para cada ciclo de vida. Los factores de riesgo incluyen características sociodemográficas, así como características psiquiátricas. Además, es de vital importancia que el equipo de salud esté actualizado en evaluaciones y manejo efectivo del suicidio.(21)

Según las investigaciones realizadas a nivel nacional se obtuvieron los siguientes resultados: Colombia 2000-2010, se caracterizaron los suicidios de estos años de acuerdo con las variables de persona, tiempo, lugar usando como metodología el estudio cuantitativo descriptivo con información de fuentes secundarias, de los certificados de defunción de personas fallecidas por suicidio registradas en la Oficina Nacional de Estadística. El comportamiento de las muertes y la mortalidad se determinó utilizando las proyecciones de población del denominador de Colombia y las regiones amazónicas, andina, de la costa atlántica, llanuras orientales y del Pacífico. Dando como resultado un registro total de 24.882 suicidios en los once años estudiados, con una media de 6,2 personas por día, que aumentó a 8,0 durante las vacaciones. La edad media de muerte fue de 34,5 años (hombres 36,4, mujeres 27,7), con muertes masculinas (78,1%) y áreas urbanas (66%) predominantes. El mayor riesgo de morir por esta causa se registró en las llanuras orientales, en adultos jóvenes y ancianos, y en residentes en áreas rurales (22).

Permaneciendo en la misma línea, Colombia, año 2013, muestra cómo se realiza un estudio que permite evaluar los factores asociados a la depresión en una población de 60 años y más y describir en ellos el dominio de satisfacción con la vida. Los intentos de suicidio en ancianos generan gran preocupación en el ámbito clínico, debido a que, a diferencia de las personas jóvenes, ellos presentan una tasa de éxito 4 veces mayor; por lo tanto, es importante conocer los factores de riesgo con los que cuenta esta población los cuales son: tener ideación suicida, presentar depresión, comorbilidades médicas, alteraciones cognoscitivas, baja escolaridad, baja red de apoyo, antecedente de

autolesiones, pérdida de autonomía. Dentro de los componentes de la depresión se han considerado elementos afectivos, cognitivos y sociales; respecto a los elementos afectivos, se pueden dividir en positivos y negativos, cada uno influido por los otros. La satisfacción con la vida hace parte de estos: su importancia radica en que si una persona mayor tiene una baja satisfacción con la vida está en mayor riesgo de presentar un intento de suicidio. En este estudio se entrevistó a 2.000 personas mayores de 60 años, de las cuales se obtuvo información adecuada de 1.957 personas. Se encontró que el 77,9% de los hombres no tenían depresión, el 16,4% tenían depresión leve y el 5,7% tenían depresión establecida; en las mujeres, el 71,2% no tenían depresión, el 18,7% tenían depresión leve y el 10,1% tenían depresión establecida. Para las edades comprendidas entre 60 y 69 años, el 23,8% tenían depresión; entre 70 y 79 años, el 25,8% tenían depresión y para las personas mayores de 80 años, la prevalencia fue del 34,5%. La proporción de depresión fue mayor en las mujeres, en las personas con un menor nivel educativo, en los no pensionados con antecedente de hipertensión arterial, en quienes tenían antecedente de una enfermedad mental diagnosticada, en aquellos que informaron haber tenido hambre en los primeros 15 años de vida y también en los que informaron la última semana. Respecto al dominio de satisfacción con la vida, que incluía sentir satisfacción con esta, sentir que es maravilloso vivir y tener esperanza, dominios que han sido asociados con depresión, pero también con ideación suicida, se encontró que en el estudio que el 79,36% de las personas mayores que no están satisfechas con su vida tienen diagnóstico de depresión, comparado con el 80,4% que están satisfechas con esta y no lo tienen. El 76,21% de personas que no tenían depresión consideran que es maravilloso estar vivo, comparado con el 82,9% que no lo consideran y cursan con esta enfermedad.

Respecto a poseer esperanza, el 87,4% de las personas que la describen no tienen depresión y el 76,5% que no poseen esperanza, cursan con este diagnóstico. Es por esto que se hace importante evaluar si la satisfacción con la vida y otras variables que predicen el suicidio en ancianos en la población colombiana, para tener puntos específicos de intervención (23).

Así mismo Colombia año 2000-2013 Jorge Martín Rodríguez-Hernández Anderson Rocha-Buelvas Giovane Mendieta-Izquierdo Arsenio Hidalgo-Troya, 2018 afirma que este es un país que por varios años ha sido afectado por la violencia, y aquí se encuentran las lesiones autoinflingidas en mayor medida dadas en hombres que mujeres, que incluyen desde la ideación suicida hasta el suicidio. Este estudio permite analizar variables de riesgo como el sexo, edad, año, región y/o departamento que permite conocer el riesgo de muerte por suicidio y el comportamiento de este problema en salud pública. Se obtuvieron resultados tales como una mayor frecuencia en hombres que en mujeres; donde los hombres mayores de 70 años poseen la tasa más alta de muertes por suicidio con 13.4 por 100.000 habitantes, siguiéndole el grupo etario de 15 a 34 años con una tasa de 12.8. Las regiones Central y Oriental son las que tienen mayor riesgo de cometer suicidio en el período estudiado con un riesgo superior en un 28% y 22% respectivamente. Las explicaciones que se dan, es que ser hombre en varias culturas está más asociado a lesiones y daños de causa externa y para este evento no es la excepción. (7).

Correlacionando lo antes visto se puede evidenciar que en Bogotá, año 2015 la revista colombiana de psiquiatría describe las características sociodemográficas, los trastornos mentales y la comorbilidad psiquiátrica de 197 niños que asistieron a la consulta psiquiátrica de una clínica de la ciudad de Medellín, donde se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sin muestreo, aquí se obtuvo la información de 197 historias clínicas que corresponden a todos los niños y adolescentes de ambos sexos, con edades entre 5 y 16 años, que asistieron por primera vez a la consulta externa de psiquiatría en una clínica privada de la ciudad de Medellín de julio de 2010 a julio de 2012. Las variables usadas fueron: sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, religión, tipo de familia, posición que ocupa en la familia; la morbilidad y la comorbilidad mental; antecedentes personales: alérgicos, patológicos, quirúrgicos, toxicológicos, traumáticos, perinatales, y antecedentes familiares de trastorno mental. El cual determinó las características sociodemográficas, los trastornos mentales y las comorbilidades más frecuentes de la población infantil y adolescente que consultó en una clínica de Medellín. Se atendió a más niños que niñas, lo que puede explicarse porque los niños presentan más trastornos por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno de oposición desafiante y trastorno de conducta, a los que siguen en frecuencia los trastornos de ansiedad y afectivos, que son más disfuncionales y problemáticos y pueden producir dificultades sociales más significativas que las niñas, como las conductas agresivas. En niñas las conductas son menos violentas, lo que hace que los padres no detecten fácilmente estos trastornos y, por lo tanto, consulten menos, lo que enmascara el problema real en las mujeres. El 43,1% estaba cursando básica primaria, lo que posiblemente significa que había atraso escolar si se compara con la población general de niños de la ciudad, lo cual



puede darse porque los niños con trastornos mentales -específicamente trastorno de déficit de atención. Los antecedentes psiquiátricos familiares fueron más frecuentes en madres que en padres y hermanos: trastornos de ansiedad y afectivos, además del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en la infancia y en la adolescencia. En general, la comorbilidad en niños y adolescentes puede explicarse debido a que es una población que tiene mayor vulnerabilidad biológica y social, pues es un periodo sensible del neurodesarrollo (24).

Por otro lado, el estudio realizado del suicidio en adolescentes en Colombia, año 2019, establece la asociación entre confianza, comunicación y alienación fraternal y el riesgo de suicidio en adolescentes escolares colombianos ; el riesgo suicida en adolescentes tiene asociación con diferentes dimensiones que son teorizadas con el apego (el cual se ve alterado con trastornos mentales específicos; como trastornos de personalidad, trastornos alimentarios, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de estrés postraumático y conductas autolesivas, autolesiones no suicidas, e intentos de suicidio), confianza, comunicación y alineación fraternal. Actualmente las teorías del desarrollo posicionan el apego como un patrón innato, fundamental para la supervivencia de los seres humanos y para la organización de comportamientos básicos seguros que se consolidan en la interacción con personas significativas, como los padres. Por ende, es considerado como un elemento importante en la salud mental de los adolescentes.

Las implicaciones clínicas del apego muestran la relevancia de la dimensionalidad en el riesgo de suicidio. El apego inseguro es un factor de vulnerabilidad para manifestaciones

como somatización, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, fobias, idea referencial y psicoticismo. Estos síntomas están presentes en algunos trastornos mentales y se sabe que son un factor de riesgo importante para el comportamiento suicida (25).

A escala mundial los hombres tienen una tasa de suicidio superior a las mujeres con una razón 3,5-1 (OMS 2001) siendo la mortalidad por suicidio mayor en ellos y el intento suicida mayor en las mujeres. Esto pudiera deberse entre otros factores a que los métodos utilizados por ellos son más violentos y graves que los utilizados por las mujeres, siendo los hombres de 50 años y más, especialmente vulnerables. China es uno de los países donde las tasas de suicidios en las mujeres son mayores que en los hombres, siendo el envenenamiento por plaguicidas uno de los métodos más usados en las zonas rurales. La OMS reporta que no hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Más de 90% de los casos de suicidio se relacionan con enfermedades mentales, como la depresión, los trastornos por consumo de alcohol, el uso de drogas, las víctimas de la violencia física, sexual, psicológica existiendo otros factores como los sociales, económicos y culturales que influyen en este comportamiento.

La clasificación de los factores de riesgo se realiza teniendo en cuenta el individuo, la familia, la comunidad y las instituciones formales y no formales del Estado, incluyendo los contextos económicos y ambientales. Los factores protectores disminuyen la probabilidad de que surja un trastorno mental, mediante la reducción a la exposición de la persona al riesgo o la atenuación del efecto de los factores de riesgo a nivel individual como un estilo de vida saludable y buenas relaciones interpersonales además de una

mentalidad positividad, a nivel familiar mediante el apoyo, un empleo digno y comportamientos positivos entre su núcleo; a nivel comunitario las oportunidades educativas y profesionales así como una buena red de apoyo; institucionalmente la detección de factores de riesgo para el trabajo oportuno (26).

Con base a estos resultados aportados por los diversos estudios, el suicidio es un evento que implica todo el entorno, pues es considerado una situación prevenible y que se presenta con un comportamiento distinto según las variables individuales; por esto se debe identificar el riesgo, para actuar de manera oportuna. Se hace necesario desde los niveles de atención primaria, diseñar, implementar y monitorear, estrategias fundamentadas en el enfoque de derechos y atención integral en salud, orientadas a la detección de las personas con estados depresivos, con ideación suicida y/o con intentos de suicidio para brindar las herramientas que controlen y minimicen el riesgo de un evento de tanta significancia como lo es la muerte.

### **4.3. Marco teórico**

Según la OMS el suicidio “es comprendido como un trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales”(1).

De modo que el suicidio es un fenómeno complejo, que puede ser abordado desde diferentes puntos de vista ya sea sociológico, psicológico, biológico o espiritual debido a su inmediata relación con cualquier esfera que involucre al ser humano como tal. Sin embargo, ninguno de estos abordajes es suficiente por sí solo, pues debe ser complementado con los demás(27), es así como valorar y comprender la relación que hay entre los diferentes factores de riesgo que conllevan al suicidio como los psicológicos y sociodemográficos (sexo, edad, ocupación, estado civil, depresión, esquizofrenia, violación, duelo, consumo de alcohol y SPA, manejo inadecuado del estrés, etc.) permite obtener una explicación más amplia acerca de dicho fenómeno.

En la presente investigación se pretendió abordar los factores psicológicos y sociodemográficos asociados al suicidio, teniendo como punto de referencia un modelo de tipo explicativo multidimensional del fenómeno suicida, llamado modelo según estado de la mente propuesto por Bonner y Rich, el cual se encuentra dentro del paradigma biopsicosocial, y cuenta con un elemento fundamental, el estado mental. (28)

Dentro de este modelo el suicidio es considerado un proceso dinámico y circular. Lo que significa que los individuos pueden entrar y salir del círculo.

Los factores que tienen influencia en este modelo son clasificados en dos conjuntos:

1. El contexto socio individual: El cual hace referencia a los factores sociodemográficos del individuo.
2. El estado mental: Corresponde a los factores psicológicos del individuo.

Cada uno de ellos es clasificado:

## 1. Contexto socio individual

### • **Ambiente social**

- Contexto social general: se refiere a los cambios sociales, la competitividad, la incomunicación, la valoración social del suicidio y los medios de comunicación(28).

- Contexto social inmediato: se refiere al entorno específico del individuo, como serían los acontecimientos vitales estresantes, el grado de apoyo social, la presencia de conducta suicida en el entorno y las características sociodemográficas(28)

• **Entramado individual**: se incluyen en este apartado los aspectos bioquímicos, las enfermedades psiquiátricas, los factores cognitivos, evolutivos y de personalidad, el nivel de tolerancia al estrés, así como los modos de enfrentarse al él(28).

## 2. Estado mental

Las características psicológicas del individuo que influyen en la conducta suicida. Se incluyen en ellas, la depresión, la desesperanza, la baja autoestima, la soledad, la falta de razones para vivir y la valoración positiva del suicidio como medio para la resolución de problemas(28).

El fundamento principal de este modelo, es la capacidad de explicación de la conducta suicida a partir de la conjunción de las características estresantes del entorno, con las del individuo y ambientales. Las principales características del modelo de Bonner y Rich es ser socio individual, integrado, explicativo, circular, multidireccional, compensatorio, combinatorio, abierto, predictivo y preventivo. Esto quiere decir, los factores no son fijos, pueden incluirse

nuevos y descartar otros. La presencia de todos los factores no es necesaria, aunque hay mayor predisposición cuantos más factores concurren. Cada factor influye y es influido por los otros(28).

## **5. Metodología**

En la presente investigación se aplicó un estudio cuantitativo tipo descriptivo transversal, que permitió describir las características sociodemográficas y psicológicas asociados en la ocurrencia del suicidio en la población de la región Centro y Norte del Valle del Cauca en un tiempo comprendido entre el 2017-2019.

### **5.1. Tipo de estudio**

Cuantitativo tipo descriptivo transversal (29)

Este tipo de estudio permitió obtener datos numéricos concretos, acerca de características poblacionales, facilitando de esta manera llevar a cabo un análisis de la situación en salud,

teniendo en cuenta que el suicidio es considerado un problema en salud pública a nivel; mundial, nacional, departamental y municipal.(30)

Es aplicado por medio de encuestas o instrumentos de indicadores que permiten comprobar o desmentir la hipótesis establecida inicialmente; una vez encontradas y validadas las variables permite evaluar lo pensado.

## **5.2. Área de estudio**

El presente estudio se realizó en la región Centro y Norte, 2 de las 5 subregiones en las que está dividido el departamento del Valle del Cauca. Subregión Norte a la cual pertenecen los municipios de Cartago, Alcalá, Ansermanuevo, Argelia, El Águila, Bolívar, El Cairo, Obando, Ulloa, Toro, La Unión, La Victoria, Versalles, zarzal, Roldanillo y El Dovio; cuenta con 305.779 habitantes, que representan el 6,6% de los habitantes del departamento del Valle del Cauca. Subregión Centro: Tuluá, Andalucía, Bugalagrande, Trujillo, Riofrío, Buga, Guacarí, San Pedro, Restrepo, Yotoco, El Darién, Roldanillo, Zarzal, Bolívar Sevilla y Caicedonia; la cual está representada por 668.344 habitantes país que corresponden al 14,3% de la población vallecaucana (31)

El grado de urbanización de Cartago está por encima del 90 %. Por debajo del 30 % están El Águila y El Cairo. El grado de urbanización es el porcentaje de la población que reside en aéreas urbanas con respecto a la población total.(31)

La Subregión Norte, es la segunda subregión en cuanto a la cantidad de población indígena pues cuenta con 3.117 personas. (31)

Según los datos del DANE, los municipios que tienen mayor tasa de población con Necesidades Básicas Insatisfechas, son Ansermanuevo (31,0%), Obando (30,7%), Bolívar (30,4%), Toro (29,9%), Argelia (29,6%), El Cairo (29,4%). El municipio que menor tasa es Cartago con 15,7%.(31)

A partir de la base de Datos del Sisbén del Valle del Cauca, certificada por el Departamento Nacional de Planeación, con corte a diciembre de 2012, se tiene que la Subregión Norte contó con 385.522 personas en Sisbén, de las cuales el 26,1% corresponden a Cartago. (31)

Según la información 2011 de la Red Unidos, fueron 9.496 familias clasificadas en pobreza extrema en la Subregión. El Municipio que concentro el mayor número de familias fue Cartago con 5.297. (31)

Con respecto a mortalidad de la población general del Valle del Cauca son las muertes por enfermedades del sistema circulatorio las que presentan mayor incidencia según las tasas ajustadas para el año 2016. El grupo denominado como las demás causas ocupa el segundo lugar para el año 2016. Se resalta también la alta incidencia de las neoplasias en el tercer lugar. Las causas externas ocupan el cuarto lugar en la incidencia para el año 2016 según las tasas ajustadas, alcanzando un pico máximo de 127,1 muertes por cada 100.000 habitantes en el 2005 y un mínimo de 84,0 en el año 2016 Y la 3 causa de muerte por causa externa es el suicidio con una tasa máxima en 2008 de 10,22 muertos por 100,000 habitantes y mínima en 2013 de 6,79 muertes por cada 100,000 habitantes. Para el periodo 2005 – 2013 fueron en



hombres las causas externas las que presentaron la mayor incidencia según las tasas ajustadas en los hombres, por otro lado, en mujeres las causas externas fueron la quinta causa de muerte. Demostrando de esta manera que las tasas de suicidio se presentan en mayor medida en los hombres.(31)

Según el análisis de situación de salud 2018 para el municipio de Alcalá las grandes causas de mortalidad en la población general, se encontró que las mayores tasas de mortalidad se presentan en las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de las causas externas, las demás causas y en menor medida, las neoplasias, La principal causa de mortalidad por causas externas desde el año 2016 son las agresiones (homicidios) con una tasa de 67,05. El segundo subgrupo Accidentes de transporte terrestre con una tasa de 9.28, seguido por las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) la tasa 4,38. (31)

Tanto para el municipio de Argelia y Ansermanuevo, La mortalidad por causas externas constituye la segunda causa de mortalidad siendo el principal subgrupo las muertes por agresiones u homicidios tanto en los hombres como en las mujeres. En Segundo lugar, están las lesiones autoinfligidas. Las causas externas son de gran representatividad para el municipio de Ansermanuevo. Para Cartago la principal causa de muerte en el Municipio fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Segundo lugar ocupa Todas las demás Enfermedades tanto en mortalidad general y en mujeres. La mortalidad por Causa Externa presenta un comportamiento variable con tendencia al descenso y una diferencia estadísticamente significativa por género.(31)

### **5.3. Población y muestra**

Población:

El estudio se realizó en la población de la subregión Centro y Norte del departamento del Valle del Cauca que consumó el suicidio entre año 2017-2019 a través de la revisión documental de las autopsias psicológicas.

### **5.4. VARIABLES**

- Variable dependiente: suicidio
- Variable independiente: factores de riesgo psicológicos como mecanismo de muerte, ideación suicida, plan organizado de suicidio, intentos de suicidio, diagnóstico mental previo, hábito de sueño, tiempo libre, experiencias adversas en la niñez, víctima de violencia intrafamiliar o abuso sexual, enfermedad crónica, antecedentes familiares de conducta suicida, duelo de muerte de familiar por suicidio, consumo de SPA, tabaquismo, alcoholismo, agresividad, y sociodemográficos tales como edad, sexo, religión, estado

civil, relación familiar, composición familiar, número de hijos, ocupación, dependencia económica e internación carcelaria

### **Criterios de inclusión**

- Caso confirmado de suicidio ocurrido en la población de la región Centro y Norte del Valle del Cauca.
- Periodo comprendido entre el año 2017-2019
- Autopsias psicológicas de muertes ocurridas en el periodo comprendido entre los años 2017-2019

### **Criterios de exclusión**

- Autopsias psicológicas realizadas fuera del lugar y el tiempo propuesto en el macroproyecto

## **5.5. Recolección de la información (método, técnica y lista de chequeo)**

### **5.5.1 Método**

El estudio se basó en el análisis de la base de datos que contenía todas las variables descritas, la cual fue construida a partir de la aplicación de la lista de chequeo generada por parte de las investigadoras, durante la revisión de las autopsias psicológicas que fueron realizadas, entregadas y previamente transcritas en un documento Word por el psiquiatra forense del macro proyecto “Factores de Riesgo y Exploración Genética del Suicidio en el Eje Cafetero y Centro/Norte del Valle del Cauca”. Donde se buscó describir las características sociodemográficas y psicológicas asociados en la ocurrencia del suicidio en la población de la región Centro y Norte del Valle del Cauca.

## **5.5.2 Técnica**

**5.5.2.1. Fuente secundaria:** se utilizaron las autopsias psicológicas realizadas a los familiares cercanos del individuo que haya consumado el suicidio durante el año 2017-2019 en la subregión Centro y Norte del Valle del Cauca, fueron ejecutadas por el psiquiatra forense del macro proyecto “Factores de Riesgo y Exploración Genética del Suicidio en el Eje Cafetero y Centro/Norte del Valle del Cauca”.

A continuación, se describe la forma de cómo se lleva a cabo la construcción de la autopsia psicológica.

### **5.5.2.1. Autopsia psicológica**

En esencia es la reconstrucción de los rasgos más sobresalientes de la vida de un individuo para obtener una comprensión psicológica acerca de quién era, por qué algunas situaciones se presentaron en su vida y en general qué papel jugaron sus rasgos de personalidad en las circunstancias de su muerte. Además de ser un instrumento para acercarnos a las circunstancias mentales propias de un individuo que rodean el momento de su muerte, también puede aplicarse a la investigación de muchos eventos en la vida de una persona. (17)

**Suicidio y autopsia psicológica:** Las causas del suicidio arrojadas por la autopsia psicológica, permiten la identificación de eventos predisponentes, desencadenantes y mantenedores del paso de la tentativa al acto consumado(17)

La nota suicida es uno de los documentos que se emplean para la Autopsia Psicológica y para poder clarificar si realmente la muerte corresponde a un suicidio o hay indicios de otras posibles causas de muerte; las notas suicidas son importantes porque constituyen una fuente de información sobre el estado mental del suicida. (17)

El análisis de estos elementos, los peritajes y análisis grafológicos, se convierten en piezas clave fundamentales de la Autopsia Psicológica para reconstruir y conocer el estado mental de la persona de manera previa al suicidio(17)

**Objetivos MAPI** (l Modelo de Autopsia Psicológica Integrado)(17)

- a) Valorar los factores de riesgo suicida, de riesgo heteroagresivo o de riesgo de la accidentalidad
- b) Valorar los estilos de vida del occiso
- c) Determinar el estado mental en el momento de la muerte
- d) Establecer áreas de conflicto y motivacionales
- e) Diseñar el perfil de personalidad del occiso
- f) Determinar si existían señales de aviso pre suicida
- g) Determinar si existía un estado pre suicida

**Estructuración**

Existen 15 categorías que se deben incluir en el momento de llevar a cabo dicha investigación:(17)

1. Identificar la información personal del occiso (nombre, apellidos, edad, sexo, ocupación, religión, estado civil, etc.).
2. Detalles de la muerte.
3. Historia de la familia (hermanos, esposa, enfermedades médicas y tratamientos, intentos de suicidio, etc.).
4. Historia de muertes familiares.
5. Modelos familiares de reacción frente al estrés.
6. Tensiones recientes o problemas del pasado.
7. Historia de alcohol y drogas en la dinámica familiar.
8. Relaciones interpersonales.
9. Fantasías, sueños, presentimientos y pensamientos frente a la muerte, suicidio o accidentes que precedieron la muerte.
10. Cambios en los hábitos, aficiones, alimentación, patrones sexuales y otras rutinas ante de la muerte.
11. Información que relate los planes de vida.
12. Evaluación de intención.
13. Tasa de letalidad
14. Reacción de las personas que recibieron la noticia de la muerte.
15. Comentarios y anotaciones especiales.

La autopsia psicológica es un método de investigación, por lo tanto, es un proceso sistemático de recolección de datos, que se desarrolla por etapas las cuales pueden variar dependiendo de las características del evento en estudio. Como toda investigación requiere básicamente de las siguientes etapas: planificación, ejecución y elaboración del informe final. (17)

Puede realizarse individualmente o en equipo (psicólogo, psiquiatra, trabajador social), y posteriormente contrastar los datos de la escena con las evidencias y la información obtenida de los entrevistados, por lo regular en cuanto al tiempo transcurrido desde la muerte de la víctima hasta la fecha de la investigación de allegados o familiares, se debe realizar entre el segundo y el séptimo día(17)

1. **Planificación:** En la etapa de planificación se seleccionan las personas a entrevistar. Es recomendable citar al menos a cuatro personas, en casos excepcionales se pueden seleccionar tres, disponiendo de otras fuentes alternas de información(17)
2. **Ejecución:** se realizan las entrevistas siguiendo un modelo de entrevista semiestructurada, teniendo en cuenta que la información que se toma es sobre la persona fallecida a través de un tercero(17)
3. **Elaboración del informe final:** Una vez recolectada toda la información documental y realizadas las entrevistas, viene la etapa de elaboración del informe pericial o dictamen de la autopsia psicológica. El modelo a seguir es el mismo utilizado para una persona viva. Se debe utilizar una terminología comprensible para el solicitante de la valoración. En el análisis, conclusión, e interpretaciones se deben tomar en cuenta la información de los documentos allegados por la autoridad y la información de las entrevistas(17)



### **Fuentes de información**

La autopsia psicológica se nutre de dos fuentes de información: documentos y entrevistas a “informantes clave”.

- Documentos: incluyen todo lo que se derive de la investigación policial o judicial del deceso (peritajes, informes policiales, declaraciones, entre otros), así como documentos relativos al fallecido (informes laborales, académicos, médicos, penales, fotografías, objetos, cartas, notas, títulos leídos, parafernalias, etc.). (17)
- Entrevistas: corresponde a entrevistas a los informantes del procedimiento, que pueden ser familiares, amigos, colegas, compañeros, parejas, etc., pero que sean capaces de dar cuenta cabal del desenvolvimiento del sujeto en múltiples áreas: historia vital, relaciones familiares, relaciones sentimentales, enfermedades físicas y/o mentales, hábitos y costumbres, relaciones con el alcohol y/o drogas, modos de reacción al estrés, círculo de amigos, entre otros.(17)

### **5.5.3 Lista de chequeo**

La lista de chequeo que se construyó tuvo el propósito de recolectar información acerca de los diferentes factores de riesgo psicológicos y sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio, por medio de las autopsias psicológicas realizadas por el psiquiatra forense del macro proyecto Factores de Riesgo y Exploración Genética del Suicidio en el Eje Cafetero y Centro/Norte del Valle del Cauca. Para posteriormente organizar las variables obtenidas en una matriz de datos en Microsoft Excel la cual cuenta con 53 ítems; 26 valoran factores de riesgo psicológicos y 27 factores de riesgo sociodemográficos. (Ver Tabla 5 en anexos)

## **5.5. Plan de análisis**

Los datos fueron procesados a través de una matriz de datos con el programa Microsoft office Excel 2010, se ordenó la información en disposición de filas y columnas, donde las filas contaban con unidades de observación y columnas con datos o variables.

Se realizaron dos tipos de análisis. Inicialmente se desarrolló un análisis univariado debido que consiste en la descripción de cada una de las variables estudiadas por separado, dando respuesta a los objetivos específicos del proyecto de investigación “describir los factores psicológicos asociados con la ocurrencia del suicidio” y “analizar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio”; seguido de un análisis bivariado de los datos, debido a que es una técnica estadística que permite identificar si dos variables tienen relación entre sí, cumpliendo de esta manera con el objetivo general del

proyecto de investigación “Describir las características sociodemográficas y psicológicas asociados a la ocurrencia del suicidio en la región Centro y Norte del Valle del Cauca en el periodo 2017-2019”

Las variables fueron analizadas como variables categóricas, por ende, se aplicó únicamente análisis con frecuencias absolutas y relativas.

## **5.6. Consideraciones éticas**

De acuerdo con los principios éticos de la investigación médica establecidos en la declaración de Helsinki la presente investigación cumplió con el deber de proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación(32); y según la **Resolución 008430 (4 DE OCTUBRE DE 1993)** de acuerdo al **CAPITULO 1. DE LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS, ARTÍCULO 11** esta investigación se clasificó sin riesgo(33), pues es un estudio que emplea el método de investigación documental retrospectivo, donde no se realiza ninguna

modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. En cumplimiento con los aspectos mencionados en el **ARTÍCULO 6** de la presente Resolución, esta investigación se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

- Con base en los principios básicos de la bioética; beneficencia buscando el bien y bienestar de los demás evitando el daño, no maleficencia evitando producir y generar daño; autonomía de todas las personas para la toma de decisiones y justicia siendo equitativo con nuestro semejante.
- El conocimiento que se pretendió producir no podía obtenerse por otro medio idóneo.
- Se contó con un acuerdo de confidencialidad anexo, con el fin de proteger la integridad de los datos, en el cual los investigadores del proyecto se comprometían a no revelar información de carácter confidencial que les fue suministrada. Los datos no fueron ni serán divulgados con terceros en ningún momento, solo los profesionales involucrados tendrán acceso a ellos. Para conservar la privacidad de los datos, no se emplearon nombres reales, se codificaron los nombres para el análisis y divulgación de los resultados.
- La investigación se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización del representante legal de la institución investigadora, el acuerdo de confidencialidad por parte de los investigadores y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética.

## 6. Resultados

En la presente investigación se obtuvieron resultados que permitieron determinar y describir, los diferentes factores de riesgo sociodemográficos y psicológicos asociados en la ocurrencia de suicidio en la población de la región Centro y Norte del Valle del Cauca.

**Tabla 1: Características sociodemográficas de la población estudiada**

<i>Tabla 1: Características sociodemográficas de la población estudiada</i>			
<b>Variable</b>	<b>Valor</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
Grupo de edad en años	<b>20 a 29</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>
	<b>30 a 39</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
	<b>60 a 69</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
	<b>&gt; 70</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
Sexo	<b>Femenino</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
	<b>Masculino</b>	<b>7</b>	<b>70%</b>

Religión	<b>Si</b>	<b>6</b>	<b>60%</b>
	<b>No</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
	<b>No sabe</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
Estado civil	<b>Soltero</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>
	<b>Casado</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
	<b>Unión libre</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
	<b>Viudo</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
	<b>Divorciado</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
Relación familiar	<b>Buena</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>
	<b>Regular</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>
Composición familiar	<b>Solo</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
	<b>Pareja</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
	<b>Familia origen</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
	<b>Núcleo familiar</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
	<b>Familia extensa</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
Hijos	<b>Si</b>	<b>7</b>	<b>70%</b>
	<b>No</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
Escolaridad	<b>Primaria</b>	<b>6</b>	<b>60%</b>
	<b>Secundaria</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>
Deserción académica	<b>Si</b>	<b>6</b>	<b>60%</b>
	<b>No</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>
Ocupación	<b>Empleado</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
	<b>Desempleado</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
	<b>Independiente</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>
Dependencia económica	<b>Si</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>
	<b>No</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>

Grupo poblacional	<b>Ninguno</b>	<b>6</b>	<b>60%</b>
	<b>Desplazado</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>
Interno carcelario	<b>Si</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
	<b>No</b>	<b>9</b>	<b>90%</b>

**FUENTE:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de autopsias psicológicas realizadas a familiares cercanos del individuo que practico suicidio.

### **Descripción tabla 1: Características sociodemográficas de la población**

De los datos obtenidos de la base de datos consolidada a partir de la información generada por las autopsias psicológicas, se estudiaron 10 casos de fallecimiento por suicidio, de los cuales se puede evidenciar que; la frecuencia de muertes por suicidio más alta según grupo de edad, se presentó en el rango de 20 a 29 años con una frecuencia de 4 casos, seguido de los grupos de edad de 30 a 39, 60 a 69 y > 70 años, cada uno con una frecuencia de 2 casos, no se presentan datos en el rango de edad entre 1 a 19 años. Con respecto al sexo, se observa que 7 de los hombres y 3 de las mujeres realizaron suicidio consumado; según el género 9 de

los fallecidos se identificaban como heterosexuales y solo 1 como homosexual, evidenciando así, que se suicidan en mayor proporción los hombres que las mujeres.

Con relación a la práctica religiosa, 6 de 10 casos pertenecían a la religión católica, mientras que 3 de 10 de los fallecidos, no pertenecía a ningún grupo religioso. De la población restante no se tenía conocimiento de las preferencias religiosas por parte los familiares cercanos que participaron en las autopsias psicológicas.

Según el estado civil, se encontró una frecuencia de 5 casos en las personas solteras, divorciados 2 casos, viudos 1 caso, en unión libre 1 caso y casados 1 caso. A su vez se evidencia que según la composición familiar; 3 de los fallecidos vivían solos, 2 con su pareja sentimental, 2 convivía con su familia de origen, 2 con núcleo familiar compuesto por hijos y pareja y solamente 1 vivía con familia extensa. Según la relación familiar 5 de los participantes tenía una relación buena y mientras los 5 restantes contaban con una relación familiar regular. Con relación a la presencia de hijos 7 de los fallecidos tuvieron hijos y 3 no.

Con relación al contexto escolar logró terminar la básica primaria 6 de los fallecidos, seguido de 4 que terminaron básica secundaria, 6 presentaron deserción académica y 4 culminaron sus estudios alcanzando el título de bachiller.

Según la ocupación, 5 de los fallecidos eran trabajadores independientes, 3 empleados, mientras que los 2 restantes se encontraban en condición de desempleo. A su vez 5 de 10 presentaba dependencia económica.

Con relación a los grupos de poblacionales con condición de vulnerabilidad, 4 de 10 de los fallecidos, había sido víctima del desplazamiento forzado en Colombia. Y según la presencia



de problemas interpersonales, uno de los fallecidos, presentó problemas jurídicos y fue interno carcelario, durante un periodo de 1 a 3 años.

**Tabla 2: Características psicológicas de la población estudiada**

<i>Tabla 2: Características psicológicas de la población estudiada</i>			
<b>Variable</b>	<b>Valor</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
<b>Mecanismo de la muerte</b>	<b>Ahorcamiento</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
	<b>Intoxicación</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
	<b>No hay datos</b>	<b>6</b>	<b>60%</b>
<b>Ideación suicida</b>	<b>Si</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
	<b>No</b>	<b>8</b>	<b>80%</b>
<b>Plan organizado de suicidio</b>	<b>Si</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
	<b>No</b>	<b>9</b>	<b>90%</b>
<b>Intento de suicidio</b>	<b>Si</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
	<b>No</b>	<b>9</b>	<b>90%</b>
<b>Diagnostico mental previo</b>	<b>Si</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
	<b>No</b>	<b>8</b>	<b>80%</b>
<b>Habito de sueño</b>	<b>Bueno</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>

	<b>Regular</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
	<b>Malo</b>	<b>6</b>	<b>60%</b>
	<b>No hay datos</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Tiempo libre</b>	<b>Bueno</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
	<b>Regular</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
	<b>Malo</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>
	<b>No hay datos</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Experiencia adversa en la niñez</b>	<b>Si</b>	<b>8</b>	<b>80%</b>
	<b>No</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
<b>Victima violencia intrafamiliar</b>	<b>Si</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>
	<b>No</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>
<b>Victima abuso sexual</b>	<b>Si</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
	<b>No</b>	<b>9</b>	<b>90%</b>
<b>Enfermedad crónica</b>	<b>Si</b>	<b>6</b>	<b>60%</b>
	<b>No</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>
<b>Antecedente de un familiar con conducta suicida</b>	<b>Si</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
	<b>No</b>	<b>7</b>	<b>70%</b>
<b>Duelo de muerte de un familiar por suicidio</b>	<b>Si</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
	<b>No</b>	<b>9</b>	<b>90%</b>
<b>Consumo de SPA</b>	<b>Si</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
	<b>No</b>	<b>8</b>	<b>80%</b>
<b>Consumo de tabaco</b>	<b>Si</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
	<b>No</b>	<b>7</b>	<b>70%</b>
<b>Abuso de alcohol</b>	<b>Si</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
	<b>No</b>	<b>7</b>	<b>70%</b>
<b>Agresividad</b>	<b>Si</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>

	<b>No</b>	<b>6</b>	<b>60%</b>
--	-----------	----------	------------

**FUENTE:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de autopsias psicológicas realizadas a familiares cercanos del individuo que practico suicidio.

### **Descripción tabla 2: Características psicológicas de la población estudiada**

Los métodos de suicidio usados con más frecuencia fue el ahorcamiento con 3 casos, seguidos de intoxicación con plaguicida con 1 caso.

Con relación al perfil psicológico, 2 de los fallecidos presentaba ideación suicida, con un inicio de síntomas hasta el suicidio más frecuente de 1 a 12 meses, 1 llevó a cabo de 4 a 5 intentos de suicidio, así mismo 1, tenía un plan organizado de suicidio el cual fue efectuado.

Con relación a diagnóstico mental previo, 2 de los fallecidos presentaban un diagnóstico mental, caracterizado por esquizofrenia y episodio depresivo grave con síntomas psicóticos vs trastorno bipolar.

Según el estilo de vida, 6 de los fallecidos tenían un hábito de sueño malo, seguido de 2 con un patrón regular y 1 con uno bueno, con relación al manejo del tiempo libre 4 tenían un manejo malo, 3 bueno y 2 con manejo regular.

Con relación a experiencias adversas a la niñez se habría presentado una frecuencia de 8 casos, 5 habrían sido víctima de violencia intrafamiliar y 1 de violencia sexual.

Como antecedente patológico 6 de 10 presentaba enfermedad crónica, 3 de los fallecidos tenían como antecedente familiar conducta suicida, así mismo 1 presento duelo por muerte de un familiar por suicidio.

Con relación al consumo de sustancias, 2 de los fallecidos consumía SPA, 3 tabaco y 3 presentaba abuso de alcohol. Por otro lado, se presentó una frecuencia de 4 casos con perfil agresivo.

**Tabla 3: Características sociodemográficas vs psicológicas de la población**

<i>Tabla 3: Características sociodemográficas vs psicológicas de la población</i>								
VARIABLE	RESULTADO	TOTAL	Hombre		Mujer		TOTAL	
			Fa	%	Fa	%	Fa	%
Grupo de edad en años	20 a 39	6	4	40%	2	20%	6	60%
	> 60	4	3	30%	1	10%	4	40%
Intento de suicidio	Si	1	1	10%	0	0%	1	10%
	No	9	6	60%	3	30%	9	90%
Victima violencia intrafamiliar	Si	5	5	50%	0	0%	5	50%
	No	5	2	20%	3	30%	5	50%
Victima abuso sexual	Si	1	1	10%	0	0%	1	10%
	No	9	6	60%	3	30%	9	90%

VARIABLE	RESULTADO	TOTAL	Ahorcamiento		Intoxicación		No hay datos		TOTAL	
			Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Grupo de edad en años	20 a 39	6	1	10%	0	0%	5	50%	6	60%
	> 60	4	2	20%	1	10%	1	10%	4	40%

**FUENTE:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de autopsias psicológicas realizadas a familiares cercanos del individuo que practico suicidio

**Descripción tabla 3: Características sociodemográficas vs psicológicas de la población estudiada**

En las mujeres la tasa más alta fue entre los 20 a 39 años con una ocurrencia de 6 casos, como en ambos sexos, sin embargo, se presentó diferencia en la incidencia de casos, una frecuencia de 4 casos en hombres y 2 casos en mujeres, por otro lado, el grupo de edad > 60 años, presentó una ocurrencia menor representada con 4 casos. De los cuales 3 corresponden a hombres y 1 a mujeres.

Se analizó la presencia de intentos de suicidio con mayor frecuencia en hombres que en mujeres con una incidencia 1 caso, con un numero de intentos previos de 4 a 5.

Con relación a las experiencias adversas en la niñez, se presentó en los hombres 5 casos de violencia intrafamiliar y 1 de violencia sexual, no se reportan casos de violencia en mujeres.

Según el mecanismo de la muerte, el ahorcamiento presentó la incidencia más alta en las causas del suicidio con una frecuencia de 3 casos, seguido de intoxicación con plaguicida con incidencia de 1 caso, con relación al grupo de edad, el de 20 a 39 tuvo como mecanismo de muerte el ahorcamiento con una incidencia de 1 caso, mientras que en el grupo de edad >

60 cometieron ahorcamiento con 2 casos de intoxicación con plaguicida 1 caso, en ambos grupos fueron cometidos por hombres.

## **7. Discusión**

En la presente investigación se identificó los factores psicológicos y sociodemográficos asociados al suicidio, teniendo como punto de referencia el modelo propuesto por Bonner y Rich. Los factores que tienen influencia en este modelo son clasificados en dos conjuntos, inicialmente, el contexto socio individual, el cual es caracterizado por el ambiente social tanto el general como el inmediato, los cuales se ven reflejados en las características sociodemográficas(34) de los fallecidos estudiados, por otro lado, en este mismo contexto, se encuentra el entramado individual donde se incluye las enfermedades psiquiátricas y la tolerancia al estrés(34), lo cual va relacionado con el perfil psicológico de los fallecidos como la presencia de ideación suicida, el inicio de síntomas hasta el suicidio, los intentos de suicidio y el plan organizado de suicidio.

Los resultados de este estudio demostraron que el mayor riesgo de muerte por suicidio en Colombia, ocurre en hombres, adultos jóvenes con un rango de edad 20 a 39 años y en adultos mayores de 60 años. Según el estudio realizado por Medina, Cardona, & Rátiva (2010) se destaca la mayor facilidad, que tienen las mujeres para hablar de sus problemas, así como de la tendencia que tienen los varones a utilizar métodos más violentos para cometer este acto.

Es posible que esta hipótesis permita explicar, la mayor probabilidad de muerte por suicidio en hombres que en mujeres.

Así mismo los resultados de la presente investigación reflejan que hay una frecuencia mayor de suicidios en hombres solteros, divorciados o inclusive viudos, mientras que en casados y unión libre los casos son menores, estos resultados concuerdan con varios estudios de la literatura internacional, como el estudio realizado por Ramón Gaxiola-Robles, Oscar Kurt Bitzer-Quintero, Adolfo García-González, Alfredo Celis-de la Rosa (2009), donde los solteros presentan alto riesgo de suicidio, casi el doble en comparación con los hombres casados, ya que, pudiese ser que el matrimonio brindara estado de salud y otras ventajas(35).

En cuanto al nivel de escolaridad, los resultados de la presente investigación coinciden plenamente con el resto de los estudios revisados, en que son los niveles de escolaridad primaria y secundaria básica los más frecuentes entre la población, como lo son los datos obtenidos en un estudio realizado en Pinar del rio Cuba (2018), donde analiza el nivel de escolaridad de los occisos, y se comprueba, que la mayoría no había superado el nivel primario.(36)

Asimismo, sucedió con la ocupación laboral, pues 5 de los fallecidos eran trabajadores independientes, 2 desempleados y contaban con necesidades económicas, lo cual se relaciona con los resultados de una investigación realizada en, España donde se considera que estar en situación de desempleo, jubilación o incapacidad, triplicó el riesgo suicida y multiplicó el de las tentativas. En la línea de lo anterior, los problemas económicos se señalaron como un factor de riesgo muy relevante para el suicidio en los adultos mayores.(37)

Una gran cantidad de los fallecidos del estudio, mostraron creencias o prácticas religiosas, especialmente la religión católica, lo que concuerda con la investigación realizada en España donde la mayoría de los participantes pertenecían a la religión católica.(38)

Por otro lado, en la presente investigación se evidencia problemas interpersonales, en uno de los fallecidos, el cual presentaba problemas jurídicos e internación carcelaria, durante un periodo de 1 a 3 años. Lo cual concuerda con el estudio realizado en Medellín Antioquia, donde se han generado explicaciones para comprender el mayor riesgo de suicidio, es que los prisioneros son sujetos de alto riesgo en varios factores relacionados con el suicidio; por el hecho de estar en condiciones especiales de encierro, los individuos en las cárceles presentan un nivel de riesgo de cometer actos violentos contra sí mismos más alto que la población común, el sistema carcelario colombiano tiene una difícil situación de cobertura, esto trae consigo problemas de gran complejidad, como condiciones de hacinamiento, salubridad, necesidad de aprobación frente a los grupos, vínculos sociales y otros factores relevantes que influyen de manera directa en el estado emocional de los reclusos y aumentan sus niveles de estrés, depresión y ansiedad, lo que puede llevarlos a ver en el suicidio una salida.(39)

Para la teoría propuesta el segundo contexto, es el estado mental, donde se describen las características psicológicas del individuo, que influyen en la conducta suicida(34), caracterizado por el diagnostico mental previo o antecedente de muerte de un familiar por suicidio en la población estudiada.



Desde la OMS, OPS y el Ministerio de Salud, se ha considerado como imperativo global, donde se han generado lineamientos y estrategias para la formulación de políticas para su prevención, es el perfil psicológico de la persona relacionado con suicidio como, ideación, intento y plan organizado suicidio que preceden a la consumación, donde se busca generar identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo(40) con el fin de prevenir un acto doloroso, que siempre puede ser evitado.

El tercer informe regional sobre la mortalidad por suicidio, publicado en marzo de 2021, indicó que este problema sigue siendo una prioridad de salud pública en la Región de las Américas. Los suicidios son prevenibles con intervenciones oportunas, basadas en la evidencia y a menudo de bajo costo(41), es así como la OMS ha elaborado una guía para prevenir el suicidio denominada LIVE LIFE, en el que se recomiendan intervenciones basadas en la evidencia. (42)

Los resultados de la presente investigación, según el método de muerte más usados fueron intoxicación por plaguicida y ahorcamiento. Los cuales concuerdan con los datos obtenidos por la Organización Mundial De La Salud, donde la ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y el disparo con armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en el mundo, conocer los métodos más comunes de esta práctica letal es importante para elaborar estrategias de prevención, como la restricción del acceso a los medios utilizados.(42)

Según los datos obtenidos en la presente investigación, uno de los fallecidos presentaba ideación suicida, con un inicio de síntomas hasta el suicidio en un tiempo > 1 año, con 4 a 5 intentos de suicidio, sin embargo, no contaba con un plan organizado, pero sí con un patrón de agresividad marcado y con un diagnóstico mental previo de esquizofrenia. Lo cual se ve reflejado en una investigación realizada en Pinar del Río, Cuba, donde se reporta que los sujetos que intentan múltiples suicidios exhiben un perfil clínico más severo que los que solo lo intentan una vez. (36)

La presente investigación refleja resultados de experiencias adversas en la niñez, como ser víctima de violencia intrafamiliar, violencia sexual y duelo por muerte de un familiar por suicidio. Lo cual concuerda con el estudio realizado por el Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero (1991) donde los factores de riesgo suicida en la adultez estarán conformados por los que se arrastran desde la infancia y la adolescencia, es así como ser víctima de violencia intrafamiliar, violencia sexual, antecedente familiar de ideación suicida y duelo por muerte de un familiar por suicidio, durante la niñez, es considerado como experiencia adversa, lo que aumenta el riesgo de consumar el suicidio, pues en la infancia, los factores de riesgo deben ser detectados, principalmente, en el medio familiar en el que vive el menor, la personalidad de los progenitores tiene una enorme importancia en el riesgo suicida de los hijos. Si padecen un trastorno de la misma, la crianza estará mediada por dichos rasgos. Asimismo, ser portadores de enfermedades psiquiátricas, como la depresión materna, el alcoholismo paterno o la esquizofrenia, son factores que pueden predisponer el suicidio en los hijos. (43)

Con relación al consumo de sustancias en los resultados de la presente investigación, 3 de 10 de los fallecidos presentaban abuso de alcohol. Lo cual concuerda con el estudio realizado en Pinar del Rio Cuba, donde se habla que entre los factores de riesgo en el adulto es frecuente el alcoholismo. En este período de la vida se adquiere una costumbre socialmente aceptable, sin tenerse en cuenta, que las sustancias adictivas pueden inducir modificaciones del estado de ánimo hacia la depresión y también hacia un estado de ánimo irritable, al alterar la capacidad de juicio, y potenciar de este modo la desinhibición conductual.(36)

En la presente investigación se obtuvieron resultados, que permitieron determinar los factores de riesgo sociodemográficos y psicológicas de suicidio en la población Centro y Norte del Valle del Cauca, los cuales se ven reflejados y concuerdan con diferentes investigaciones realizadas previamente, donde además es descrito el suicidio como un problema de salud pública poco explorado. Dentro de las limitantes del estudio, se reconoce, el trabajar con fuente de información secundaria, aspecto que genero problemas de calidad y registro durante el análisis de los datos y obtención de resultados; además la información a partir de las autopsias psicológicas, no refleja en tiempo real la ocurrencia de dichos eventos.

## 8. Conclusiones

Al determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y psicológicos asociados con la ocurrencia del suicidio en la región Centro y Norte del Valle del Cauca, existe mayor presentación de suicidio en la población masculina, lo cual va ligado con las experiencias adversas durante la niñez.

Al describir los factores psicológicos asociados con la ocurrencia del suicidio se identificaron que los métodos más usados fueron el ahorcamiento y la intoxicación con plaguicidas, esto presuntamente causado por ideación suicida y patologías mentales de base; los fallecidos tenían hábitos del sueño inapropiados, hábitos tóxicos y manejo del tiempo libre deficiente, situaciones que son el resultado de las experiencias adversas que sufrieron durante la niñez.

Al analizar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio en el presente estudio, hubo una frecuencia de casos elevada en la etapa de adultez y vejez; en hombres con estado civil divorciados, solteros y viudos, con relaciones familiares inestables, en mayor proporción tenían hijos; con niveles de escolaridad entre primaria y secundaria básica, pero con un alto nivel de deserción, por otro lado con relación a su ocupación, eran trabajadores independientes y víctimas de desplazamiento forzado en Colombia.

Para llegar al suicidio consumado la persona pasa por diferentes fases, primero se le presenta la idea, después el deseo de morir, seguida de las amenazas y la realización de un plan

organizado del mismo, después ocurre el intento por quitarse la vida hasta llegar a cometer el acto.

La identificación y detección precoz de los factores de riesgo y señales de alarma que se presentan en la población, es difícil de llevarse a cabo cuando el personal en su proceso formativo no ha realizado el fortalecimiento de destrezas y habilidades relacionadas en dicha identificación, por ende, es necesario que, para disminuir los casos de suicidio en la población, se brinde conocimiento académico al personal con énfasis en APS.

Los factores de riesgo más sobresalientes están relacionados son situaciones sociales, problemas o enfermedades psiquiátricas y cuestiones específicas de la edad. El presentar situaciones estresantes es un factor precipitante para consumir el suicidio, por ende, se puede concluir que el comportamiento suicida es un fenómeno multicausal que obedece a la acción conjunta de factores tanto psicológicos como sociodemográficos y sus semejantes tales como los biológicos, sociales y culturales.

## **9. Recomendaciones**

Para la prevención de este fenómeno es necesario identificar a la población vulnerable. Lo cual puede ser llevado a cabo si dentro del proceso académico de los profesionales de salud, se involucra la identificación y detección precoz de los diferentes factores de riesgo y signos de alarmas de suicidio, presentes en la población.

Es de gran significancia destacar la necesidad de sensibilizar a la familia, personal de la salud, profesores y demás personas involucradas en el arte de cuidado, sobre la importancia de detectar tempranamente los factores de riesgo como ansiedad, depresión o abuso de drogas, cambios del estado de ánimo, cualquier indicio de alerta, para poder establecer un abordaje multidisciplinar pertinente.

Todas las actividades de prevención exigen una completa coordinación y colaboración de los múltiples sectores incluidos; servicios sociales, salud, educación, trabajo, justicia, política y medios de comunicación, puesto que ningún enfoque individual por separado tendrá efecto en una cuestión tan compleja y de un final tan trágico como lo es el suicidio.

## **Bibliografía**

1. OMS | Suicidio [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/suicide/es/>
2. OMS | Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 6 de noviembre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)
3. PROYECTO DE INVESTIGACION SOBRE EL SUICIDIO.pdf [Internet]. [citado 12 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1>
4. Suicidio [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
5. PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
6. boletin-conducta-suicida.pdf [Internet]. [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
7. Rodríguez-Hernández JM, Rocha-Buelvas A, Mendieta-Izquierdo G, Hidalgo-Troya A, Rodríguez-Hernández JM, Rocha-Buelvas A, et al. Riesgo de muerte por suicidio en

- población Colombiana 2000-2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. noviembre de 2018;23(11):3989-96.
8. Conducta suicida adolescencia y riesgo [Internet]. [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-21252014000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252014000100013)
  9. Valdivia M, Silva D, Sanhueza F, Cova F, Melipillán R. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista médica de Chile*. marzo de 2015;143(3):320-8.
  10. Suárez Colorado Y, Campo-Arias A, Suárez Colorado Y, Campo-Arias A. Association between attachment and suicidal risk in Colombian adolescent students. *Revista chilena de pediatría*. agosto de 2019;90(4):392-8.
  11. Preguntas más frecuentes [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
  12. PROYECTO DE INVESTIGACION SOBRE EL SUICIDIO.pdf [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1>
  13. OMS | Factores de riesgo [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 2 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)



14. Suicidio. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2020 [citado 2 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Suicidio&oldid=128872857>
15. Juárez R, Orlando A. FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE TABACO EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES. :6.
16. Factores psicologicos o personales - 843 Palabras | Monografías Plus [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.monografias.com/docs/Factores-psicologicos-o-personales-FKX5QGFC8G2Z>
17. Jiménez PLO, Herrera MCS, Nieto APT, Hernández DP. Diseño de un manual para la aplicación del MAPI en casos de muerte dudosa homicidio – suicidio. :117.
18. Giner L. Diferencias en la conducta suicida estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Autónoma de Madrid; 2010 [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=28232>
19. Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes | Tesis Psicológica [Internet]. [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/291>
20. Valdivia M, Silva D, Sanhueza F, Cova F, Melipillán R. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. Revista médica de Chile. marzo de 2015;143(3):320-8.

21. Steele IH, Thrower N, Noroian P, Saleh FM. Understanding Suicide Across the Lifespan: A United States Perspective of Suicide Risk Factors, Assessment & Management. *Journal of Forensic Sciences*. 2018;63(1):162-71.
22. Cardona Arango D, Medina-Pérez ÓA, Cardona Duque DV. [Characterisation of Suicide in Colombia, 2000 2010]. *Rev Colomb Psiquiatr*. septiembre de 2016;45(3):170-7.
23. Gómez-Restrepo C, Rodríguez MN, Díaz N, Cano C, Tamayo N. [Depression and Life Satisfaction in People Over 60 Years Old in the City of Bogotá: Survey of Health, Wellbeing and Aging (SABE)]. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;43 Suppl 1:65-70.
24. Ricardo-Ramírez C, Álvarez-Gómez M, Rodríguez-Gázquez M de los Á. Sociodemographic characteristics and mental disorders in children and adolescents psychiatric outpatient clinic children of Medellin. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. abril de 2015;44(2):115-20.
25. Asociación entre apego y riesgo suicida en adolescentes escolarizados de Colombia | Suárez Colorado | *Revista Chilena de Pediatría* [Internet]. [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/985>
26. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. febrero de 2016;15(1):0-0.
27. Aranguren M. Modelos teóricos de comprensión del suicidio. :3.

28. 35431\_giner\_jimenez\_lucas.pdf [Internet]. [citado 12 de marzo de 2021]. Disponible en:  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5657/35431\\_giner\\_jimenez\\_lucas.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5657/35431_giner_jimenez_lucas.pdf?sequence=1)
29. Inche M. J, Andía C. Y, Huamanchumo V. H, López O. M, Vizcarra M. J, Flores C. G. PARADIGMA CUANTITATIVO: Un Enfoque Empírico y Analítico. *idata*. 20 de marzo de 2014;6(1):023.
30. OMS | Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 12 de marzo de 2021]. Disponible en:  
[https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)
31. loader.pdf [Internet]. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en:  
<https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=viewpdf&id=28587>
32. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
33. RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf [Internet]. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

34. MODELOS BLUMENTHAL, WEISS, BONNER.pdf.
35. 457745515007.pdf [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745515007.pdf>
36. Valiente Morejón W, Junco Sena B, Padrón Vega Y, Ramos Águila Y, Rodríguez Méndez A. Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores. Revista Finlay. junio de 2018;8(2):111-21.
37. Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática | Calderón-Cholbi | INFORMACIO PSICOLOGICA [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/1866#>
38. Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática | Calderón-Cholbi | INFORMACIO PSICOLOGICA [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/1866#>
39. Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia) - ScienceDirect [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2021].

- Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745015000074>
40. Prevención del suicidio [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/suicidio.aspx>
41. Prevención del suicidio - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en:  
<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
42. Suicidio [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
43. EL SUICIDIO, COMPORTAMIENTO Y PREVENCIÓN. :22.
44. 4. DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES [Internet]. [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en:  
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmf634p/xhtml/TH.6.xml>
45. 7. DEFINICION DE VARIABLES [Internet]. [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmm828p/xhtml/TH.7.xml>
46. Definición de Estado Civil [Internet]. Definición ABC. [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/derecho/estado-civil.php>
47. Definición de Nivel Socioeconómico - Qué es y Concepto [Internet]. [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://definicion.mx/nivel-socioeconomico/>

48. cartilla\_quibdo.doc.
49. Conducta suicida - Trastornos de la salud mental [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>
50. Enfermedad. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2020 [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Enfermedad&oldid=129816336>
51. Definición de antecedentes médicos - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 2011 [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/antecedentes-medicos>
52. Consumo de sustancias: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001945.htm>
53. OMS | Violencia [Internet]. [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/violence/es/>
54. OMS | Trastornos mentales [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/es/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/es/)

54. Dodds TJ. Prescribed benzodiazepines and suicide risk: A review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2017;19(2):0–0.
55. Kourgiantakis T, Sewell KM, McNeil S, Lee E, Logan J, Kuehl D, et al. Social work education and training in mental health, addictions, and suicide: A scoping review. *J Soc Work Educ.* 2020;1–26.
56. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging.* 2018;13:691–9.
57. Wetherall K, Cleare S, Eschle S, Ferguson E, O'Connor DB, O'Carroll RE, et al. From ideation to action: Differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. *J Affect Disord.* 2018;241:475–83.
58. Heisel MJ, Neufeld E, Flett GL. Reasons for living, meaning in life, and suicide ideation: investigating the roles of key positive psychological factors in reducing suicide risk in community-residing older adults. *Aging Ment Health.* 2016;20(2):195–207.
59. Werbart Törnblom A, Sorjonen K, Runeson B, Rydelius P-A. Who is at risk of dying young from suicide and sudden violent death? Common and specific risk factors among children, adolescents, and young adults: Risk of suicide and sudden violent death in youth. *Suicide Life Threat Behav.* 2020;50(4):757–77.

## **Anexos**

### **Anexo 1: Acta de confidencialidad**

#### **IDENTIFICACIÓN DE LAS INVESTIGADORAS**

**NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACION:** “Factores de riesgo sociodemográficos y psicológicos relacionados con la ocurrencia de suicidio en la población de la región Centro y Norte del Valle del Cauca en el periodo 2017-2019”

#### **NOMBRE-NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LAS INVESTIGADORAS:**

Luisa María Cendales Blanco -1.115.094.269

Laura Melissa Miranda Cardona – 1.116.160.231

#### **CLAÚSULAS**

**PRIMERA.** Las investigadoras se obligan a no divulgar a terceras partes, la “Información confidencial”, que reciba por parte del macro proyecto llamado “Factores de Riesgo y Exploración Genética del Suicidio en el Eje Cafetero y Centro/Norte del Valle del Cauca”. Y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos de la presente acta, “Información Confidencial”



comprende toda la información divulgada por el macro proyecto ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora.

**SEGUNDA.** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la “Información confidencial” que reciba del macro proyecto llamado “Factores de Riesgo y Exploración Genética del Suicidio en el Eje Cafetero y Centro/Norte del Valle del Cauca” y a no darla a una tercera parte diferente de su equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información.

**TERCERA.** Las investigadoras se obligan a utilizar la “información confidencial” recibida, únicamente para el desarrollo de los objetivos del proyecto de investigación llamado “Factores de riesgo sociodemográficos y psicológicos relacionados con la ocurrencia de suicidio en la población de la región Norte del Valle del Cauca en el periodo 2017-2019”

**CUARTA.** Las investigadoras se comprometen a efectuar una adecuada custodia y reserva de la información y gestión, es decir tratamiento de los datos suministrados por el macro proyecto llamado “Factores de Riesgo y Exploración Genética del Suicidio en el Eje Cafetero y Centro/Norte del Valle del Cauca” al interior de las bases de datos (físicas y/o electrónicas) en donde se realice su recepción y tratamiento en general.

**QUINTA.** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, las investigadoras dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre

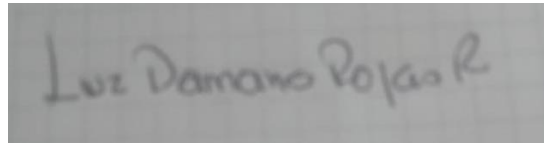
la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012.

**SEXTO.** En caso de que las investigadoras incumplan parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en la presente acta éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al Macro proyecto.

**SEPTIMA.** La vigencia de la presente acta será indefinida y permanecerá vigente mientras exista relación receptora, se hará acreedora a la Pena Convencional establecida en la Cláusula Sexta del presente Contrato.

Suscrita a los 28 días del mes de octubre de 2020, en Guadalajara de Buga - Valle del Cauca.

FIRMA: *Luisa m.*  
*Laura M. Miranda C.*

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink that reads "Luz Damiano Rojas R".

INVESTIGADORAS

DOCENTE ASESORA

## **Anexo 2: carta miembro del macroproyecto**

1105

Tuluá, 03 noviembre 2020

Estimados  
**MINCIENCIAS**  
**MINISTERIO DE CIENCIA TECNOLOGÍA E INVESTIGACIÓN**

Asunto: Información proyecto en curso.

Reciban un cordial saludo,

Por medio de la presente informo que en el marco del proyecto **"FACTORES DE RIESGO Y EXPLORACION GENETICA EN SUICIDIO EN LOS DEPARTAMENTOS DEL EJE CAFETERO Y NORTE/CENTRO DEL VALLE DEL CAUCA código 110677758287"** en convenio con ustedes, se está llevando cabo la investigación titulada **"Factores de riesgo sociodemográficos psicológicos relacionados con la ocurrencia de suicidio en la población de centro y norte del valle 2017, 2019"**.

La estudiante que hace parte de este proyecto es **LUISA CENDALES**, quien se encuentra matricula en el programa de Enfermería de la Unidad Centra del Valle del Cauca, y adelanta el trabajo de investigación bajo la asesoría de la docente Mg. Luz Damaris Rojas Rodriguez.

Este proyecto se encuentra actualmente en organización de la base de datos.

Agradezco la amable atención y apoyo.

Atentamente,



**SILVIO ARBEY OSORIO VILLADA**  
Decano – Facultad Ciencias de la Salud

GESTIÓN DOCUMENTAL:

Anexos:

Copia:

Elaboró: mrodriguez

### Anexo 3: carta de miembro del macroproyecto

1105

Tuluá, 03 noviembre 2020

Estimados  
**MinCiencias**  
**Ministerio de Ciencia Tecnología e Investigación**

Asunto: Información proyecto en curso.

Reciban un cordial saludo,

Por medio de la presente informo que en el marco del proyecto **"FACTORES DE RIESGO Y EXPLORACION GENETICA EN SUICIDIO EN LOS DEPARTAMENTOS DEL EJE CAFETERO Y NORTE/CENTRO DEL VALLE DEL CAUCA código 110677758287"** en convenio con ustedes, se está llevando cabo la investigación titulada **"Factores de riesgo sociodemográficos psicológicos relacionados con la ocurrencia de suicidio en la población de centro y norte del valle 2017, 2019"**.

La estudiante que hace parte de este proyecto es **LAURA MELISSA CARDONA**, quien se encuentra matricula en el programa de Enfermería de la Unidad Centra del Valle del Cauca, y adelanta el trabajo de investigación bajo la asesoría de la docente **Mg. Luz Damaris Rojas Rodriguez**.

Este proyecto se encuentra actualmente en organización de la base de datos.

Agradezco la amable atención y apoyo.

Atentamente,



**SILVIO ARBEY OSORIO VILLADA**  
Decano – Facultad Ciencias de la Salud

GESTIÓN DOCUMENTAL:

Anexos:

Copia:

Elaboró: mrodriguez

Anexo 4: carta aprobación comité de ética



Tuluá valle, 28 de abril del 2021

Investigadores:  
**LUISA MARÍA CENDALES BLANCO**  
**LAURA MELISSA MIRANDA CARDONA**

Referencia: Revisión de Proyecto de Investigación.

Reciban un cordial Saludo.

En sesión realizada en la fecha, se ha estudiado por parte del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud, el componente bioético del proyecto:

**"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SUICIDIO EN EL VALLE DEL CAUCA EN EL PERIODO 2017-2019"**

Teniendo en cuenta el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud de la Resolución N. 8430 de 1993 y demás requisitos bioéticos institucionales, me permito informarles que su proyecto ha sido **APROBADO**.

Atentamente,

**HÉCTOR FABIO SANTANA**  
Presidente

Carretera 27A No. 4B-144 Kilómetro 1 Salida Sur Tuluá - Edificio CAU Ciudadela Universitaria  
**PBX: (2) 224 22 02 - FAX: (2) 225 90 51 [www.uceva.edu.co](http://www.uceva.edu.co)**  
**Email: [info@uceva.edu.co](mailto:info@uceva.edu.co) - Peticiones Quejas y Reclamos [qqr@uceva.edu.co](mailto:qqr@uceva.edu.co)**  
**TULUÁ - VALLE DEL CAUCA - COLOMBIA**

## Tablas

**Tabla 4: Operacionalización de las variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Valores posibles</b>	<b>Método de recolección</b>	<b>Objetivo específico relacionado</b>
<b>Sociodemográfico</b>					
Edad	Edad del paciente en años cumplidos.(44)	Cuantitativa continua	Novenio 1-9, 10-19	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio
Sexo	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino.(45)	Cualitativo nominal dicotómicas	Masculino y femenino	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio
Ocupación	Actividad desempeñada por la persona para obtener remuneraciones.(45)	Cualitativo nominal politómica	Estudiante, independiente, ama de casa, desempleado, asalariado, pensionado, ocasional	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio
Estado civil	conjunto de cualidades o condiciones de una persona que producen consecuencias jurídicas y que se refieren a su posición dentro de	Cualitativa nominal, politómica	Soltero, Unión libre, Casado, Separado, Divorciado, Viudo.	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio

	una comunidad política, a su condición frente a su familia y a la persona en sí misma. (46)				
Escolaridad	Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal.(46)	Cualitativa ordinal	Analfabeta, preescolar, primaria, secundaria, técnico, tecnólogo, pregrado, posgrado, etc.	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio
Nivel socioeconómico.	Es el nivel de ingresos de una persona que determina los círculos en los que se puede mover.(47)	Cualitativa ordinal	Nivel bajo, medio y alto		
Tipo de aseguramiento	Tipo de aseguramiento en salud del paciente	Cualitativa nominal	Contributivo Subsidiado No afiliado	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio
Grupo Étnico	Es una comunidad determinada por la existencia de ancestros y una historia en común. Se distingue y reconoce por tradiciones y rituales compartidos, instituciones sociales consolidadas y rasgos culturales como la lengua, la gastronomía, la	Cualitativa nominal politómica	Mestizos, caucásicos, afrocolombianos , Indígenas, Otros grupos	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio



	música, la danza y la espiritualidad entre otros elementos				
Estrato socioeconómico	Estrato moda del barrio donde vive(47)	Cuantitativa ordinal	0 a 6	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio
Grupo Poblacional	Colectivos que dentro de la población comparten unas características similares en razón a la condición étnica, a la edad y al género. (48)	Cualitativo nominal politómica	Discapacitado, desplazado, migrante, carcelario, gestante, indigente, población infantil a cargo de ICBF, madres comunitarias, desmovilizados, centros psiquiátricos, víctimas de violencia armada, otros.	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio
Zona	Ubicación específica según el municipio	Cualitativo nominal politómica	Urbano-rural	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores sociodemográficos asociados con la ocurrencia del suicidio
<b>Psicológico</b>					
Intento de suicidio	Conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir.	Cualitativo-Cuantitativo discreto	Si- no lo ha hecho y numero de intentos	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores psicológicos asociados con la ocurrencia del suicidio

	Expectación subjetiva y deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte.(49)				
Enfermedades	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.(50)	Cualitativo nominal	Crónicas	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores psicológicos asociados con la ocurrencia del suicidio
Antecedente familiar	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Esto abarca las enfermedades actuales y pasadas.(51)	Cualitativo nominal	Suicidio o alteraciones mentales	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores psicológicos asociados con la ocurrencia del suicidio
Consumo de sustancias	Es el consumo continuo de alcohol, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre con consecuencias negativas. (52)	Cualitativo nominal	Si o no	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores psicológicos asociados con la ocurrencia del suicidio
Violencia	Uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo(53)	Cualitativo nominal	Si o no	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores psicológicos asociados con la ocurrencia del suicidio

Trastornos psiquiátricos	Una amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento( 54)	Cualitativo nominal	Depresión, ansiedad, trastorno bipolar, etc.	Ficha de notificación de la secretaria de salud	Identificar los factores psicológicos asociados con la ocurrencia del suicidio
--------------------------	---	---------------------	--	---	--

**Tabla 5: Lista de chequeo**

<b>Factores sociodemográficos</b>										
<b>Edad</b>	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	> 90
<b>Sexo</b>	Masculino:			femenino:		indeterminado:				
<b>Genero</b>	Heterosexual			Homosexual		Transexual:				
<b>Estado civil</b>	Soltero:			Casado:		unión libre:	Viudo:	Divorciado:		
<b>Número de parejas en el último año</b>	0:			1-3:		4-5	No sabe:			
<b>Religión</b>	Católico			Evangélico		Protestante		Ateo	No sabe	
<b>Como era la relación familiar</b>	Buena			Regular		Mala				
<b>Tuvo hijos</b>	Si:			No:		Cuantos:				
<b>Embarazo</b>	Si			No		Cuantos				

<b>Aborto</b>	Si	No	Cuantos	
<b>Durante los últimos 3 meses vivía con quien</b>	Solo	Familia de origen	Hijos	Pareja
	Núcleo familiar	Otro familiar, cual	Familia de la pareja	
	Familia extensa	Institución		
<b>Dependía económicamente de alguien</b>	Si:	No:		
<b>escolaridad</b>	Preescolar:	básica primaria:	básica secundaria:	
	media técnica:	Técnica:	Profesional:	
	Tecnología:	Especialización:	Maestría:	
	Doctorado:	Ninguno:	No sabe	Analfabeta
<b>Desempeño académico</b>	Bueno	Regular	Malo	
<b>Deserción académica</b>	Si	No		
<b>Víctima de acoso escolar</b>	Si	No		
<b>Estrato</b>	1	2	3	No hay datos
<b>Ocupación:</b>	empleado	desempleado	Independiente	Estudiante
<b>Victima acoso laboral</b>	Si	No		
<b>Tipo de régimen</b>	Excepcional:	Contributivo:	Subsidiado:	Vinculado
<b>Etnia</b>	Indígena:	Mestizo	negro	Blanco
<b>Grupo poblacional</b>	Discapacitado:	Gestante:	Migrante:	
	Desplazado:	Carcelario:	Indigente:	
	Población infantil a cargo del ICBF:	Madres comunitarias:	Desmovilizado:	
	Centro psiquiátrico:	Victima violencia armada:	Ninguno	
<b>Problemas económicos</b>	Si:	No:		
<b>problemas jurídicos</b>	Si:	No:		
<b>Conflicto pareja o ex pareja</b>	Si:	No:	No sabe	

<b>Interno carcelario</b>	Si:	No:	Tiempo de reclusión: 0, 1 a 3, 4 a 5. > 5 años. No sabe	
<b>Factores psicológicos</b>				
<b>Tiempo desde el inicio de síntomas hasta el suicidio</b>	1 a 30 días 1 a 12 meses > 1 año No sabe			
<b>Ideación suicida</b>	Si:	No:		
<b>Agresividad</b>	Si	No		
<b>Plan organizado de suicidio</b>	Si:	No:		
<b>Intento de suicidio</b>	Si:	No:		
<b>Numero de intentos</b>	Una vez:	Dos veces:	Tres veces:	Más de tres veces:
<b>Mecanismo</b>	ahorcamiento o asfixia:	lanzamiento a vehículo:	elemento corto punzante:	
lanzamiento cuerpo al agua:	arma de fuego:	Inmolación:	Lanzamiento al vacío	
<b>En caso de intoxicación</b>				
<b>tipo de sustancia</b>	Medicamento:	Plaguicida:	Metanol:	
	Metales:	Solventes:	Gases:	
	SPA:	otra sustancia química:	No hay datos	No aplica
<b>Diagnostico mental previo</b>	SI:	No:		
<b>Tipo de diagnóstico mental</b>	Cual	No hay dato	No aplica	
<b>Habito de sueño</b>	Bueno	Regular	Malo	
<b>Alimentación</b>	Bueno	Regular	Malo	
<b>Tiempo libre</b>	Bueno	Regular	Malo	
<b>Experiencias adversas en la niñez</b>	Si:	No:	Cual:	
<b>Victima de violencia intrafamiliar</b>	Si:	No:		

<b>Victima abuso sexual</b>	Si	No
<b>Enfermedad crónica</b>	Si:	No:
<b>Enfermedad infecciosa</b>	Si	No
<b>Enfermedad terminal</b>	Si:	No:
<b>Recibía medicamentos/ tratamiento</b>	Si	No
<b>Duelo por muerte de un familiar</b>	Si:	No:
<b>Muerte de un familiar por suicidio</b>	Si:	No:
<b>Antecedente de un familiar con conducta suicida</b>	Si:	No:
<b>Problemas económicos</b>	Si:	No:
<b>Muerte de un familiar</b>	Si:	No:
<b>Consumo de spa</b>	Si:	No:
<b>Consumo de tabaco</b>	Si:	No:
<b>Abuso de alcohol</b>	Si:	No:
<b>Recibe tratamiento para adicciones</b>	Si	No

## Cronograma

**Tabla 6: Cronograma de actividades**

<b>2020-1</b>					
<b>Cronograma de actividades</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>
Estructuración del informe	X				
Formular y delimitar el problema		X			
Revisión de literatura científica	X	X	X	X	X
Realización y lectura de fichas por semana		X	X	X	
Planteamiento del problema	X	X			
Establecer el marco de referencia (estado del arte)				X	
Metodología preliminar				X	
Determinar recursos				X	
<b>2020-2</b>					
<b>Cronograma de actividades</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Sept</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>
Estructurar marco conceptual			X	X	
Escoger teoría y estructurar marco teórico	X	X	X	X	
Revisión de literatura científica	X	X	X	X	
Desarrollo de toda la metodología		X	X	X	
Recolección de la información y estructuración del instrumento			X	X	
Plan de análisis				X	
Consideraciones éticas				X	
Presentación Power Point			X	X	X
<b>2021-1</b>					
<b>Cronograma de actividades</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>
Conceptos sobre la teoría de la medición: niveles de medición, error de medida, fiabilidad,	X	X			

validez. Exactitud, precisión y error en las mediciones					
Ajustes del instrumento		X	X	X	
Ajustes y reestructuración de base de datos					
Revisión de literatura científica y reestructuración de matriz de resultados	X	X	X	X	
Presentación de resultados descriptivos: cuadros, tablas, gráficos					
Presentación en Power Point				X	
<b>2021-2</b>					
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>JULIO</b>	<b>AGOSTO</b>	<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>NOVIEMBRE</b>
Recopilación autopsias psicológicas y consolidación en instrumento	X	X			
Analizar datos arrojados por el instrumento		X			
Graficación y análisis de resultados		X			
Redacción de conclusión y recomendaciones			X		
Reorganizar documento de Word				X	
Redacción informe final				X	
Realización de presentación en diapositivas				X	
Ensayo sustentación				X	
Sustentación final					X

## Presupuesto



**Tabla 7: Presupuesto**

<b>Recursos</b>		
<b>Servicios Personales</b>	Director de trabajo de grado	500.000
	Investigadores	1.000.000
<b>Materiales</b>	Fotocopias	50.000
	Servicio de internet	100.000
	Computador	2.200.000
	Energía eléctrica	240.000
<b>Gastos Generales</b>	Transporte	120.000
	Refrigerios	50.000
<b>Total</b>		2.640.000