

**CARACTERIZACION DE FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA**



**Roberto López
Carolina Cano**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MEDELLIN, COLOMBIA

2016



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: "Caracterización de factores de riesgo de suicidio.", elaborado por los estudiantes: ROBERTO LÓPEZ QUINTANA y CAROLINA CANO del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, nos permitimos conceptualizar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO-ACEPTABLE

Medellín, 17 de mayo de 2017

MG. JOSE CHÁVEZ
Coordinador Investigación FCS

MG. LINA ORTIZ
Asesor

ROBERTO LÓPEZ QUINTANA
Estudiante

CAROLINA CANO
Estudiante

Tabla de contenido

Índice de tablas	5
Índice de gráficas	6
1. CAPITULO	7
1.1. INTRODUCCIÓN	7
1.2. JUSTIFICACIÓN	7
1.3. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	8
1.4. Objetivos	9
2.1.1. Objetivo general	9
2.1.2. Objetivos específicos.....	9
2.1.3. Pregunta.....	9
1.5. Impacto del proyecto	9
1.6. Limitaciones.....	11
1.7. Viabilidad:	11
2. Capitulo dos.....	12
2.1. INTRODUCCION.....	12
2.2. MARCO CONCEPTUAL	12
2.3. MARCO REFERENCIAL.....	15
2.4. MARCO INSTITUCIONAL	19
2.5. MARCO HISTORICO	20
2.6. MARCO GEOGRAFICO.....	22
2.7. Marco legal o normativo.....	25
2.8. MISION	25
2.9. VISION	26

2.10. MARCO TEORICO.....	26
Suicidios en Colombia, cifras 2013.....	41
Suicidio en brasil	61
Disparadores	61
Diferencias.....	62
Suicidio en chile	64
Preocupa tasa de suicidio en chile	64
3. ANALISIS.....	71
4. diseño metodologico.....	92
5. CONCLUSIoNES.....	95
6. Bibliografía.....	96

Índice de tablas

Tabla 1. Impacto del proyecto.	10
Tabla 2 Marco referencial, cuatro perspectivas.....	15
Tabla 3 factores de riesgo de la niñez y adolescentes.	16
Tabla 4 comportamiento suicida.	16
Tabla 5 intervención del suicidio en niños y adolescentes.....	17
Tabla 6 comportamiento suicida.	18

Índice de gráficas

Gráfica 1 Institución que reporta	71
Gráfica 2. Tipo de evento	72
Gráfica 3 Tipo de identificación	73
Gráfica 4 Estado civil	74
Gráfica 5 Religión	75
Gráfica 6 Ocupación	76
Gráfica 7 Día de la semana	77
Gráfica 8 Medio utilizado	78
Gráfica 9 Escenario de ocurrencia	79
Gráfica 10 Planeación del evento	80
Gráfica 11 Letalidad del evento	81
Gráfica 12 Prueba de alcoholemia	82
Gráfica 13 Práctica algún culto	83
Gráfica 14 Enfermedades	84
Gráfica 15 Enfermedad terminal	85
Gráfica 16 Tratamiento farmacológico	86
Gráfica 17 Intentos de suicidio	87
Gráfica 18 Bajo efectos de alcohol?	88
Gráfica 19 Bajo efectos de sustancias psicoactivas?	89
Gráfica 20 Causas	90
Gráfica 21 Causas	91

1. CAPITULO

1.1. INTRODUCCIÓN

A continuación se plantearan varios aspectos relevantes de acuerdo al rango de edad que podrán ayudar en interpretación o en la comprensión del motivo por los cuales estas personas optan por esta decisión, a partir de revisión realizada de las estadísticas obtenidas se realizara una identificación de las cifras encontradas en el municipio de Itagüí durante los años 2007-2010, a partir de lo cual se espera obtener una mejor comprensión frente a los métodos, motivos y los factores asociados que se emplearon en lo relacionado con esta temática.

Como uno de los motivos de la presente investigación se pretende brindar una serie de estrategias y recursos que puedan aportar en el manejo de dicha problemática lo cual implementándolo de manera adecuada y eficaz podrá influir en la reducción del alto grado de mortalidad que se está presentando por esta causa en la actualidad.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores predisponentes para suicidio.

Es importante resaltar que el informe “FORENSIS” del año 2014, plantea que el instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses en su sistema de información (SIRDEC) registro 1.878 casos por suicidio en Colombia, así mismo en la última década (2005-2014) el sistema médico legal colombiano presento 18.336 registros por suicidio es decir que, en promedio, 1.833 personas se suicidan cada año en el país. Según el ministerio de salud y protección social, la tasa de suicidios ha permanecido relativamente estable en los últimos años debido a que en el año 2005 se presentaban en promedio 4,94 suicidios por cada 100.000 habitantes y en 2013 la tasa fue de 4,4 por cada 100.000 habitantes, lo que representa un leve descenso. En ese sentido el ministerio impulsa una serie de medidas definidas por la organización mundial de la salud (OMS) que busca disminuir esta conducta

En los últimos 4 años el municipio de Itagüí, se ha visto afectado por el incremento de una problemática como lo es el suicidio, donde no solo se ve afectada la víctima sino también sus familias y el medio social lo cual ha venido generando preocupación en las entidades implicadas de los casos ya mencionados.

Cifras arrojadas por las entidades tratantes de casos de suicidio a causa de falta de ayuda por personas idóneas y capacitadas con respecto al tema de salud mental que ayudan a la orientación psicológica aportando bases fundamentales para la rehabilitación de pacientes con perturbación mental.

El estudio realizado en el municipio de Itagüí “clasificación de factores de riesgo para intentos de suicidio y suicidio, y forma de intervención” realizado en 2007-2010 demuestran que los mayores afectados en salud mental son los jóvenes, los cuales están en la cabeza de mortalidad a causa del suicidio, es necesario resaltar al mismo tiempo se exponiendo la problemática también se está reconociendo la importancia de proponer estrategias ayudas recursos en pro de la disminución o del manejo de esta problemática.

1.3. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El suicidio es una de las principales problemáticas que afectan la salud pública, el cual se ha ido incrementando en los últimos años de una forma significativa influyendo a una población específica, particularmente, varones entre los 15 a 30 años; A partir del estudio realizado por el municipio de Itagüí, y la base de datos que se obtuvo del mismo, se pudo observar que los porcentajes de suicidio según el género, en mujeres es de un 69.32% y en hombres de 30.67%.

Mediante esta investigación se pretende realizar un estudio retrospectivo de suicidio en la ciudad de Itagüí, entre los años 2007 a 2010, por medio de la base de datos, en las cuales teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, estrato, tipo de intento, método intento, institución educativa, si se consumó o no y donde viven, y así se coloca en evidencia la tasa más alta de intentos de suicidio y suicidios en el municipio.

La Secretaria de Salud de Medellín en el año 2010, pone en evidencia la elevada tasa de suicidios e intentos de suicidio de la ciudad, la cual resultó ser superior al promedio de Colombia por los últimos diez años. Durante el 2009 en la capital antioqueña se suicidaron

5,2 personas por cada cien mil habitantes, mientras que a nivel nacional la tasa promedio fue de 4,1. (1)

1.4. OBJETIVOS

2.1.1. Objetivo general

A partir de la revisión de las estadísticas revisadas se realizara una identificación de las cifras expuestas en el municipio de Itagui durante el periodo 2007 y 2010.

2.1.2. Objetivos específicos

Identificar las principales causas de suicidio en el municipio de Itagüí, durante el periodo de 2007 a 2010.

Exponer cual es la edad y el género que son más vulnerables ante el suicidio.

2.1.3. Pregunta

¿Cuáles fueron las principales causas y factores de riesgo de suicidio en Itagüí entre los años 2007 y 2010?

1.5. IMPACTO DEL PROYECTO

Con este proyecto de investigación se pretende bajar la tasa de suicidios que se han presentado durante los últimos años en el municipio de Itagüí, crear conciencia en la población, de las posibles causas que conlleva un suicidio, hacer un llamado de emergencia social para fortalecer los vínculos personales y familiares para así poder ayudar y poder identificar pacientes potenciales en riesgo de un suicidio.

Tabla 1. Impacto del proyecto.

Impacto esperado	Plazo después de finalizado el proyecto	Indicadores	supuestos
<p>Hacer un llamado de emergencia a los profesionales en salud para que demuestren más interés de esta problemática que va en aumento; para crear estrategias que nos permitan intervenir mejor a esta población en riesgo.</p>			<p>Que los profesionales no le estén dando importancia a este tipo de población, como por ejemplo las enfermedades mentales (depresión, enfermedades terminales sin acompañamiento).</p>
<p>Que las personas conozcan los programas que hay en las diferentes eps y ips para que puedan acceder ayuda psicológica y así poder identificar posibles pacientes en riesgo de suicidio.</p>	<p>Mediano plazo (2 a 4 años)</p>		<p>Que las personas no acuden al psicólogo porque creen que este es para las personas con desórdenes mentales más serios de los que el paciente no cree tener.</p>
<p>Fortalecer las relaciones personales en las universidades, colegios, núcleo familiar donde los individuos se desempeñan en su diario vivir estén atentos a cualquier cambio de comportamiento para identificar personas en riesgo de ser suicida.</p>	<p>Corto plazo (1 a 3 años)</p>		<p>La vigilancia en colegios y universidades puede ser casi negligente ante aspectos tan significativos como por ejemplo el bullying.</p>
<p>Que las ips y eps hagan vigilancia de los casos de intento de suicidio que se han presentado con estos pacientes, que no se pierda la continuidad del tratamiento y acompañamiento psicológico</p>	<p>Mediano plazo (2 a 4 años)</p>		<p>Que en muchos casos de atención de pacientes suicidas en las instituciones prestadoras de salud solo se limitan a brindar la salud física y no se hace acompañamiento emocional y psicologico</p>

1.6. LIMITACIONES

Uno de los límites de la presente investigación es la falta de algunos datos específicos ya que se realizó hace tanto tiempo no se pueden obtener más datos específicos. Y para acceder a dicho material hospitalario, es de difícil acceso ya que no se cuenta con la autorización de las entidades involucradas.

Otra limitación es la falta de apoyo económico ya que para tener una buena intervención en estos pacientes sería muy útil brindarles charlas, capacitaciones y asesorías con psicólogos especializados en el tema; El factor tiempo, pues el tema del suicidio es bastante extenso y hace falta un poco más para recolectar información útil para la investigación.

1.7. VIABILIDAD:

A partir de esta situación social reportando con los datos que se pudo obtener en la base de datos en las encuestas aplicadas en el municipio de Itagüí en 2007 a 2010 se cuenta con la información y el material necesario para la realización de este estudio, además se cuenta con el apoyo por parte de los profesores, asesores y el respaldo que brinda el municipio a través de la investigación que se realizó.

2. CAPITULO DOS

2.1. INTRODUCCION

Este capítulo comprende todo lo relacionado con la historia y con relación básica contextual del suicidio, referencias antecedentes y bases institucional y misional aplicando las bases de la fundamentación básica de la investigación hace un acercamiento los hechos sociales que son cosas con el mismo derecho que conllevan a relación de las personas y el suicidio. Hacemos una investigación las cosas que llevan a esto, aunque de otra manera; son cosas sociales.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. CONDUCTA SUICIDA.

Conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que existe evidencia que el sujeto tiene la aparente intención de morir con algún propósito, o que presenta algún grado de intención de quitarse la vida (2)

2.2.2. AUTOLESIÓN/GESTO SUICIDA.

Conducta autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de quitarse la vida (3). Son actos relacionados con una acción suicida, que dan a entender que se podría realizar la conducta suicida.

2.2.3. AMENAZA SUICIDA.

Expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo (4).

2.2.4. INTENTO SUICIDA.

Según Durkheim (1897, 1989, citado por Villalobos, 2009), es el acto suicida en sí, que había sido detenido por otra persona, de tal manera que se había evitado la muerte

2.2.5. IDEAS O INTENCIONES DE SUICIDIO.

La persona expresa pensamientos acerca de suicidarse y además manifiesta la intención de materializarlos pero aún no tiene un plan concreto ni ha estado próximo a cometer el acto suicida (6).

2.2.6. IDEACIÓN SUICIDA.

Esta se identifica cuando un sujeto presenta pensamientos o planes de cometer suicidio, durante al menos dos semanas, donde se realiza algún plan y se identifican los medios para cometerlo (7)

2.2.7. PARASUICIDIO.

Según Kreitman (1977, citado por Mansilla, 2010) es el conjunto de conductas autolesivas no letales y conscientes, donde no existe una intención de quitarse la vida, sino que más bien se busca llamar la atención.

2.2.8. SUICIDIO CONSUMADO.

Es el acto suicida donde la persona acaba con su vida (Mansilla, 2010).

2.2.9. FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo pueden tener varias clasificaciones y una de ellas los ubica en dos grupos: los factores de riesgo modificable e inmodificable. Los primeros son aquellos que son susceptibles de modificación como los factores psiquiátricos, trastornos afectivos, esquizofrenia, abuso de sustancias, trastorno de ansiedad, trastornos de la personalidad, salud física, dimensiones psicológicas (impulsividad y agresividad, desesperanza, pensamiento dicotómico, rigidez cognitiva y el déficit en la resolución de problemas) (8) . Y los inmodificables tales como los factores hereditarios, la edad, el sexo , estado civil,

conducta suicida previa, antecedentes familiares de suicidio). Otras agrupaciones de factores de riesgo son los siguientes:

2.2.10. FACTORES INDIVIDUALES.

Trastornos mentales: Depresión, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastorno de abuso de alcohol, trastorno de abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, impulsividad, agresión (9).

2.2.11. FACTORES PSICOLÓGICOS.

Intentos previos de suicidio e ideación suicida, Pérdidas familiares, frustraciones intensas, baja autoestima, cambios bruscos en el estado de ánimo, alteraciones del sueño, abandono personal (Del Castillo, 2007), desesperanza y rigidez cognitiva los cuales son de gran importancia por su influencia en el riesgo suicida (10)

2.2.12. FACTORES SOCIALES.

Tensión social, cambio de posición socioeconómica, redes sociales de apoyo débiles, pérdidas personales, pérdida de empleo, catástrofes, aislamiento, exposición al suicidio de otras personas, violencia ambiental, de género e intergeneracional.

2.2.13. FACTORES FAMILIARES.

Familia disfuncional, historia de suicidio entre la familia, divorcio, falta de afecto y comprensión, violencia intrafamiliar, abuso sexual, físico y psicológico, desamparo, falta de comunicación.

2.2.14. FACTORES BIOLÓGICOS.

Trastornos metabólicos, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, edad avanzada, adolescencia, enfermedades y dolor crónico, enfermedades terminales, deterioro cognitivo .

2.3. MARCO REFERENCIAL

Tabla 2 Marco referencial, cuatro perspectivas.

TITULOS	EL SUICIDIO: CUATRO PERSPECTIVAS
AUTORES	Olga María Blandón Cuesta, José Alonso Andrade <i>Salazar</i> ,Helmer Quintero Núñez ,John Jairo García Peña ,Belinda Layen Bernal
FECHA	2015
LUGAR	Fundación Universitaria Luis Amigó Transversal 51A 67 B 90. Medellín, Antioquia, Colombia Tel: (574) 448 76 66 (Ext. 9711. Departamento de Fondo Editorial)
OBJETIVOS	Hacer una comparación de los niveles de suicidios o intentos en los jóvenes universitarios.
METODOLOGIA	Es una investigación realizada por un equipo interinstitucional liderado por la Fundación Universitaria Luis Amigó y en el que participaron la Universidad de San Buenaventura y la Corporación Universitaria Adventista. Para cada uno de los enfoques propuestos, se realizó un análisis de contenido riguroso de la literatura más reciente y su resultado se sometió al examen de pares expertos. El libro presenta cuatro perspectivas diferentes con respecto al suicidio
RESUMEN	De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), cada año aproximadamente un millón de personas muere por causa de suicidio, lo que indica una tasa global de mortalidad de 16 por 100.000; es decir, una muerte cada 40 segundos (Schmidtke et al., 1996; Hultén et al., 2000). Según la entidad, el suicidio ha aumentado en un 60% en los últimos 45 años, por lo que se ubica entre las tres primeras causas de muerte en personas entre los 15 y 44 años (en algunos países), al tiempo que se constituye en la segunda causa principal de defunción en personas entre los 10 y 24 años.
CONCLUSIONES	Se considera pertinente realizar estudios epidemiológicos sobre la conducta suicida en población universitaria de diferentes instituciones públicas y privadas quizá compartiendo la información sobre la autopsia psicológica realizada a los estudiantes

	que tienen éxito en la consumación del suicidio, se pueda establecer el trabajo en red que permita la atención a la comunidad universitaria.
BIBLOGRAFI A	http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/ebook/2015/El-suicidio-cuatro-perspectivas.pdf

Tabla 3 factores de riesgo de la niñez y adolescentes.

TITULOS	EL SUICIDIO Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
AUTORES	1Cabra o.l., 2Infante, d.c., 3Sossa, f.n. 1-2-3 Médico cirujano Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia
FECHA	2010
LUGAR	Bogotá
OBJETIVOS	Investigar y revisar amplio cometido literario sobre las índices poblacionales de intento del suicidio en diferentes organizaciones.
METODOLOGIA	se propone el desarrollo de una revisión ampliada de la literatura. Se realiza una búsqueda en las bases de datos del Ministerio de la Protección Social, OMS, OPS, Medline y LILACS. Se realizó un análisis crítico de la literatura de cada uno de los documentos adquiridos, evaluando la metodología propuesta, y los componentes expuestos en cada uno de los estudios
RESUMEN	el suicidio y el intento de suicidio es un fenómeno poco estudiado en la población pediátrica y la información epidemiológica en este grupo de edad es poco confiable en nuestro país; por estas razones nace la importancia de este estudio
CONCLUSIONES	después de la presente investigación se considera que el problema de suicidio en niños y adolescentes involucra múltiples factores que deben ser abordados cuanto antes desde diferentes niveles como la familia, la escuela y las autoridades de salud pública para hacer énfasis en los factores de riesgo que pueden impulsar a los menores a tomar esta decisión
BIBLOGRAFIA	http://www.unisanitas.edu.co/Revista/18/suicidio.pdf

Tabla 4 comportamiento suicida.

TITULOS	COMPORTAMIENTO DEL SUICIDIO, COLOMBIA, 2013
AUTORES	Fiscalía General de la Nación- Colombia
FECHA	2013
LUGAR	Bogotá

OBJETIVOS	Informar los niveles de suicidios en el país por regiones o ciudades a causa de diferentes factores sociales
METODOLOGIA	recopilar la información relacionada con el ejercicio medico legal, reportó que en el año 2013 se realizaron 1.810 necropsias cuya manera de muerte fue el suicidio, comparada con los anteriores años
RESUMEN	El suicidio es la cuarta forma de violencia en nuestro país con una tasa de mortalidad para el año 2013 de 3,84 por cada 100.000 habitantes. En nuestro país por cada mujer se quitan la vida cuatro 4 hombres. El Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVELCE), sistema encargado de recopilar la información relacionada con el ejercicio medicolegal, reportó que en el año 2013 se realizaron 1.810 necropsias cuya manera de muerte fue el suicidio.
CONCLUSIONES	El comportamiento del suicidio en Colombia durante la última década no ha presentado una variación significativa en lo concerniente a las tasas; se evidencia una pequeña disminución de la tasa en el año 2013. 154 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses De igual manera ocurre con el comportamiento de las mayoría de las variables de persona, tiempo y lugar; vemos cómo el suicidio sigue siendo más prevalente en el hombre, en población joven y adultos mayores; como mecanismo causal más frecuente se usa el ahorcamiento en la vivienda, y el mes de enero continúa siendo el de mayor presentación de suicidios. Los esfuerzos del Estado por reducir estas cifras aun no muestran los resultados esperados; si bien el Plan Decenal en Salud Pública 2012-2021 (7) aborda el tema desde la intervención en la población con trastornos mentales, se debe tener en cuenta que esta no es la única causa que conlleva al suicidio.
BIBLOGRAFIA	http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf

Tabla 5 intervención del suicidio en niños y adolescentes.

TITULOS	DISEÑO DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN DEL SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
AUTORES	BENJAMÍN PALENCIA GUALDRÓN Trabajo de grado para obtener el título de Magister en Administración en Salud
FECHA	2014
LUGAR	Universidad el rosario universidad ces de Medellín facultad de administración

	programa maestría en administración en salud
OBJETIVOS	Diseñar un modelo de intervención para la prevención del suicidio dirigido a la población escolar de niños y adolescentes de las escuelas, colegios públicos y privados de la ciudad de Bogotá, con un enfoque basado en el manejo social del riesgo.
METODOLOGIA	Se Realizo con 72 participantes de un colegio público y un colegio privado de la ciudad de Bogotá. Se caracterizó el suicidio en la ciudad de Bogotá en los últimos nueve años, los aspectos legales, se analizaron algunos modelos de prevención, se identificaron los principales factores de riesgo y factores protectores y se propusieron estrategias para su prevención.
RESUMEN	En Colombia el suicidio ha mantenido una tendencia al aumento en los últimos 6 años, con una proporción que ha oscilado entre 0,21 y 3,9% por año, según el informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2011). También existe preocupación por la tendencia de conductas autolíticas en edades cada vez más tempranas; en el año inmediatamente anterior se presentó la incidencia más alta en las edades comprendidas entre los 15 a 17 años (Medicina Legal y Ciencias Forenses 2011)
CONCLUSIONES	El suicidio es una problemática que afecta a toda la población y en el caso de la población escolar de la ciudad de Bogotá y de otras se ha ubicado en un grupo de alto riesgo. En este estudio se ratifica la importancia y necesidad de actuar de manera concertada en la prevención del suicidio debido al aumento de las tasas de mortalidad de niños y adolescentes. Se ha encontrado la necesidad de fortalecer la articulación real entre el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y de La Protección Social para que no se constituya en una barrera en la continuidad de los procesos atencionales.
BIBLOGRAFIA	http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/5027/13923544-2014.pdf

Tabla 6 comportamiento suicida.

TITULOS	COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012
AUTORES	Diana Restrepo Bernal Estudiante de Maestría en Epidemiología Laura Bonfante Olivares Estudiante de Maestría en Epidemiología
FECHA	2014

LUGAR	FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGIA UNIVERSIDAD CES
OBJETIVOS	Explorar la posible asociación entre comportamiento suicida y trastornos mentales de inicio en la infancia y la adolescencia en adolescentes de Medellín.
METODOLOGIA	Estudio observacional analítico de corte a partir de fuente secundaria. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, de crianza y eventos vitales en 447 adolescentes a los cuales se les aplicó el Compositum International Diagnosis Interview. Se realizó análisis descriptivo.
RESUMEN	el suicidio es un problema de salud pública. En Colombia, los adolescentes son considerados un grupo con alto riesgo para comportamiento suicida
CONCLUSIONES	El diagnóstico y tratamiento precoz del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la niñez puede ser una estrategia útil en la prevención del comportamiento suicida de los adolescentes.
BIBLOGRAFIA	http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

2.4. MARCO INSTITUCIONAL

2.4.1. MISION

La Corporación Universitaria Adventista – UNAC declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

2.4.2. VISION

La **Corporación Universitaria Adventista** con la dirección de Dios, será una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que

forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad.

2.5. MARCO HISTORICO

El suicidio es una de las primeras diez causas de mortalidad en el mundo. Las tasas están alrededor de 30/100 mil habitantes en países desarrollados; en Suramérica oscilan entre 3 y 7 y en Colombia las tasas han fluctuado entre 3 y 5, sobresaliendo el rango de edad entre 15 y 29 años.

El suicidio no es un fenómeno nuevo, ha existido desde que existe el hombre, en algún tiempo en ciertas civilizaciones se ha considerado como una vertiente cultural y social, por ejemplo en india, el suicidio se realizaba como parte importante de algunos actos religiosos y tenía una fuerte conexión con la religión; en la Grecia clásica el suicidio fue categorizado como un evento común difundido por filósofos como Anaxágoras, Sócrates y Diodoro, pero a su vez rechazado por Aristóteles entre otros; en Roma era común que los esclavos se suicidaran y aunque no estaba prohibido se castigaba fuertemente a aquellos que fallaban en su intento; igualmente en la literatura el suicidio ha sido un tema escogido muchas veces por los autores en grandes obras como lo es Romeo y Julieta y Calixto y Melibea, se conoce cadenas la historia de algunos famosos suicidas como Sigmund Freud, Ernest Hemingway, Cesare Pavese y Vincent Van Gogh.

Se aprecia entonces que en todas las épocas se ha tenido conocimiento sobre este tema, la diferencia radica en la manera como se ha analizado y la importancia que se le ha dado a través de los años, lo que antes se consideraba un rito religioso, es ahora catalogado como un problema de salud pública al cual no se le está prestando bastante atención, paradójicamente, en nuestra época el suicidio se ha vuelto tan común, que ya no se “castiga” tanto socialmente a quienes caen en esta acto, se ha generado una mayor tolerancia, hasta el punto tal de que las personas han comenzado a encontrar en el una solución o salida para sus problemas.

Este efecto puede considerarse como de causa multifactorial, dado la cantidad de sucesos que lo influyen, entre las cuales encontramos las diversas corrientes filosóficas que promueven el suicidio como un derecho y promueven el acto de decidir terminar con la

vida propia, la falta de valores instaurados desde la familia, la escuela, las universidades, la iglesia y el entorno social como tal, la tergiversación de la información por parte de los medios de comunicación a la hora de divulgar los actos suicidas entre otros factores. En este sentido el profesor Rigel manifiesta que “el suicidio no puede ser elegido realmente, ya que una compulsión interna irresistible e intensa vuelve nula y sin valor cualquier libre elección”, mientras que Boldt expresa que a su manera de ver, el suicidio es casi siempre un acto forzoso para resolver problemas abrumadores.

El suicidio constituye un problema de la salud pública muy importante, pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la organización mundial de la salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que el 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones, con la ayuda de expertos de todo el mundo, la OMS ha elaborado una serie de directrices para distintos públicos llamados a tener un papel esencial en la prevención del suicidio, incluidos profesionales en salud, personal docente, funcionarios de prisiones, profesionales de los medios de comunicación y personas que han intentado suicidarse. (También hay datos que indican que las noticias de suicidios aparecidas en los medios de comunicación pueden llevar a algunos a emular esos actos. Por ello, insistimos a los medios de comunicación a demostrar sensibilidad a la hora de informar sobre esas muertes trágicas y a menudo evitables), ha declarado el Dr. Sarraceno. (Los medios de comunicación también pueden contribuir de forma destacada a reducir el estigma y la discriminación asociados a los comportamientos suicidas y los trastornos mentales) Lo más preocupante de este panorama, es el hecho de que cada vez la cifra de menores que se suicidan crece más, ahora; desde los 8 años de edad, los niños comienzan a pensar en el suicidio como una opción, aun sin alcanzar a comprender muy bien la magnitud de este suceso, tal vez porque escucharon hablar de ellos, o porque alguien cercano lo hizo o lo intentó, esta situación es la que impulsa a realizar este proyecto de investigación con el fin de conocer por que los adolescentes consideran el suicidio como una opción. Vemos a continuación algunas

graficas que nos ilustran la situación actual en Colombia y más específicamente en el municipio de Itagüí.

2.6. MARCO GEOGRAFICO

Itagüí se encuentra localizado al sur del Valle de Aburra, un valle de la Cordillera de los Andes, cuenta con una superficie de 17 km², siendo así el tercer municipio más pequeño de Colombia. El municipio está totalmente urbanizado en su parte plana.

Itagüí posee un relieve con alturas poco considerables, pertenecientes a la Cordillera Central. Las alturas principales son: Altos Manzanillo y los cerros de los Tres Dulces Nombres y El Cacique.

La principal corriente de agua es el río Medellín, que sirve de límite con los municipios de Sabaneta y Envigado. El afluente más importante de este río, en el municipio, es la Quebrada Doña María, que recorre a Itagüí de occidente a oriente. En esta corriente desembocan otras menores, entre las que se encuentran: La Tablaza, La María, La Justa, La Corneta, La Muñoz y La Limoná. Las quebradas La Llorona y La Jabalcona son las más destacadas al norte del municipio.

Existieron en Itagüí dos capillas en los tiempos de la colonia. Una en el paraje de la Tablaza que había sido propiedad de Bruno Saldarriaga, construida gracias al permiso que el Obispo de Popayán Francisco José de Figueredo otorgó el 19 de diciembre de 1743. La otra, la Iglesia de Nuestra Señora del Rosario había sido levantada por los Pbro. Francisco Rianza y Pbro. Bruno Saldarriaga quienes a más del lote para el pequeño templo, dieron una extensión de treinta cuadradas para el trazado de una población. Esta capilla fue la que más tarde vino a ser elevada a la categoría de parroquia.

En 1774 el Cura de Medellín Juan Salvador de Villa y Castañeda pidió al Obispo de Popayán la creación de cuatro parroquias: San Cristóbal, Hato viejo (Bello), Envigado e Itagüí. Accedió el Prelado en cuanto a las tres primeras mientras la cuarta habría de seguir dependiendo de Envigado por algunos años más. El 29 de abril de 1825 los vecinos del partido de Itagüí dieron poder al señor Joaquín Vélez Velásquez para que los representara

ante los gobiernos civil y eclesiástico a fin de lograr que el dicho partido fuera elevado a la categoría de distrito parroquial. El apoderado se dirigió al Obispo de Popayán pero la actitud de éste fue negativa. Por entonces tomó posesión como primer Obispo de Antioquia Mariano Garnica y Orjuela a quien el apoderado elevó la solicitud, pero monseñor Garnica contestó que debería dirigirse primero a la autoridad civil, esto es, al gobernador de la Provincia. Así se hizo, más el gobernador, Gregorio María Urreta fue adverso y así lo hizo saber en comunicación del 13 de enero de 1829.

Pasaron dos años hasta que el 25 de febrero de 1831 el apoderado se dirigió al prefecto del Departamento del Centro y éste pasó la solicitud al Cura de Envigado Pbro. José Joaquín Escobar para que rindiera informes sobre la conveniencia o inconveniencia de la nueva erección. Escobar se mostró enemigo del proyecto y dio como razón la de que hacía poco tiempo se habían creado tres nuevas parroquias segregadas de su jurisdicción: Titiribí, Amagá y Guaca (Heliconia). Hubo nueva petición al Obispo Garnica con respuesta adversa. El expediente pasó al Concejo del Cantón para su estudio y esta entidad estuvo en contra. Y así, parecía que todas las puertas se cerraban a las aspiraciones de los itagüiseños para un logro tan positivo. Sin embargo, no todo estaba perdido. El expediente pasó en última instancia al personero del Cantón de Medellín quien lo consideró ajustado a la realidad y sugirió la conveniencia de la nueva creación. Y fue así como el 24 de diciembre de 1831 el prefecto del Departamento don Francisco Montoya y su secretario Mariano Ospina Rodríguez elevó el partido de Itagüí a distrito parroquial. El 1 de abril de 1832 fue nombrado como primer alcalde el señor Francisco Vélez.

Aquella erección correspondía a la de distrito y parroquia a la vez. Era el tiempo en que cuando se creaba una nueva parroquia, los vecinos elegían su primer Cura propio por medio de votaciones populares. El Padre Felipe Restrepo Granda venía desempeñando la vice parroquia de Itagüí desde el 1 de diciembre de 1825. Todos los vecinos lo postularon para el cargo. El 20 de marzo de 1832 se llevaron a cabo las votaciones resultando elegido por 152 votos, sin que hubiera habido voto alguno en contra. El Obispo hizo la presentación al gobernador del nuevo Cura, documento que terminaba así... "Lo presento a V.S por ser sujeto apto para el desempeño del tal ministerio". El 24 de marzo el Padre Restrepo se

posesionó: "Hoy tomé colación canónica de esta Parroquia con el nombre de Nuestra Señora del Rosario de Itagüí, de mano del Ilustrísimo Señor Obispo D.D. Frai Mariano Garnica i recibí título del S. Francisco Antonio Campuzano Gobernador de la Provincia i para que conste lo firmó: Felipe de Restrepo".

En 1832 se fundó la primera escuela primaria que estuvo a cargo de don Manuel Antonio Piedrahita por varios años. Era privada y solo en 1871 se estableció una de carácter oficial. En 1870 se empieza la construcción del cementerio.

El 24 de marzo de 1874 se realiza en Itagüí la primera feria de ganados. Su iniciador fue el gran hacendado itagüiseño Emiliano Restrepo Isaza. El 26 de marzo de 1876 se inauguró el telégrafo en Itagüí. Así lo anunciaba el alcalde José M. Ruiz cuando dirigía el primer mensaje telegráfico al Presidente del estado don Recadero de Villa.

Para la época de 1900 empezó a formarse la plaza principal al frente del templo de Nuestra Señora del Rosario. En 1920 aparece el primer vehículo automotor en Itagüí. En 1931 Se construye el primer acueducto municipal. En 1945 fue inaugurada oficialmente el 13 de mayo la Biblioteca de Itagüí, construida por el filántropo Diego Echavarría Misas.

En 1962 se empieza la construcción del primer Palacio Municipal. En 1967 fallece el ilustre pintor itagüiseño Eladio Vélez. En 1987 se inauguró de la nueva Biblioteca Diego Echavarría Misas. En 1988 se efectúa la primera elección de alcalde por voto popular. El Alcalde electo fue Mario Escobar Vélez. Se empieza la construcción del parque Ditaires.

En 1993 se inauguró el Centro Administrativo Municipal de Itagüí (CAMI) y el Estadio Metropolitano Ciudad de Itagüí.

En 2006 Itagüí y Medellín definen límites en el sector denominado sector o fracción Belén. Mediante Ordenanza No. 33 de 24 de noviembre de 2006, la Fábrica de Licores de Antioquia queda definitivamente en territorio itagüiseño. (10)

2.7. Marco legal o normativo.

Ley 599 de 2000

Artículo 107. Inducción o ayuda al suicidio. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años.

Artículo 131. Omisión de socorro. El que omitiere, sin justa causa, auxiliar a una persona cuya vida o salud se encontrare en grave peligro, incurrirá en prisión de dos (2) a cuatro (4) años.

En la ley **1616 de 2013** o Ley de Salud mental

Artículo 8: prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

La Resolución **5521 de 2013** capítulo VI

Artículo 67. Atención con internación en salud mental para la población general. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad.

Proyecto de ley estatutaria 05 de 2007 senado

Por la cual se reglamenta la practicas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones.

2.8. MISIÓN

La Corporación Universitaria Adventista – UNAC declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus

semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

2.9. VISION

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, será una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad.

2.10. MARCO TEORICO

Definición: El suicidio quitarse la propia vida voluntariamente, suicidio procede de: sui “sí mismo” y cidium “matar” por otro lado es considerado como una forma de expresión del sufrimiento de la persona que esté pasando por momentos difíciles o este desesperado, en el cual la única salida que encuentra es optar por el suicidio. Generalmente esta decisión es por problemas de algún episodio traumático que pudo haber vivido o puede estar viviendo en el momento como por ejemplo la muerte de un ser querido, una violación, problemáticas familiares, una enfermedad terminal, Bull ying y entre otras. Ya que se puede pensar en una conducta suicida que puede empezar por la ideación suicida, tomarse un determinado tiempo para la elaboración de un plan y pensar en el lugar y método para hacerlo, hasta la posible consumación del acto.

Para comenzar con la explicación o fundamentación de esta investigación se hace necesaria la definición del concepto de “suicidio”, que según la OMS (2014) “es comprendido como una trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

El suicidio es un fenómeno complejo que incluye componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos, morales, El acto suicida que la OMS identificó en 1970 como un problema mayor de Salud Pública, ha estado siempre ligado a la humanidad y sus costumbres.

2.10.1. Personas que dan concepto del suicidio:

Spiller (2005, p. 20): considera el suicidio como “el acto consumado, intencional de finalizar con la propia vida.

Nizama (2011, p .5): lo concibe como el acto auto infligido para causarse la muerte en forma voluntaria. Por otro lado, se entiende como “conducta suicida” a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo.

Francés Emilie Durkheim (1897), quien en su investigación sobre el suicidio muestra teóricamente el problema de cohesión social que implica. Esta problemática, que ya se hacía visible en la época del autor, no es ajena a este momento histórico. Desde este punto de vista, es necesario avanzar en la comprensión de los aportes actuales de la sociología, con el propósito de continuar el estudio sobre el aumento de la tasa de suicidios que muestra la sociedad moderna.

Durkheim (1960, p. 5): lo definió como “Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima y que, según ella sabía, debía producir este resultado. Sostuvo que el suicidio como fenómeno social no podía explicarse desde unos factores meramente psicológicos o biológicos –individualistas– ; sino que al ser un hecho social de la relación–individuo sociedad, debía tener una explicación científica en el ámbito de las ciencias sociales y debía tener una objetividad desde las ciencias naturales. Es a partir de esta dialéctica que reconviene a la sociología no olvidar su tarea de continuar haciendo abordajes críticos, reflexivos, rigurosos y objetivos, para tratar los hechos sociales y los comportamientos humanos como el suicidio, desde un enfoque moderno que toque verazmente sus causales. Frente a esto, emerge en el campo de

la sociología y en otros campos disciplinares, el interés de comprender más el fenómeno y su interpretación, de acuerdo con los contextos sociales, refiriendo su lenguaje, símbolos y representaciones para proponer nuevas alternativas de intervención sobre esta problemática social. (11)

2.10.2. El suicidio en Colombia Noticia

En Colombia existe un problema que es para muchos una solución el suicidio, según la organización mundial de la salud OMS, cada año más de un millón de personas deciden quitarse la vida, en Colombia cada 24 horas mueren 6 personas a causa del suicidio, las personas más vulnerables tienen edades entre los 15 y 44 años de edad. La causa más frecuente para que una persona tome la drástica decisión de quitarse la vida es aunque un poco desconocida a causa de enfermedades mentales, pero existen otros motivos como por ejemplo los trastornos de ánimo entre el 20 y el 15 % de la población sufre de ellos, pueden ser generados por problemas en la casa, problemas con la pareja o una precaria situación económica, dichos problemas pueden llevar a una persona al suicidio, otra de las causas es el estrés, toda esa carga, esa presión del trabajo o el estudio según el caso pueden llevar a cometer el suicidio. En enero a junio del 2009 contando hombres y mujeres hubo 1.061 suicidios en Colombia y en el 2008 hubo 1.841 suicidios, estos son datos evaluados por investigadores del tema, aunque los suicidios en Colombia habían bajado este año se comenzaron a hacer más notorios, se han realizado encuestas en las cuales se les ha preguntado a las personas porque creen que se puede llegar a pensar en un suicidio y dichas arrojaron resultados como por ejemplo .se podría llegar a pensar en un suicidio si no se encuentra solución a problemas financieros como deberle al banco, no tener alimentos otros respondieron a causa de diversos problemas en los hogares como una separación o la muerte de algún familiar, y otros simplemente por el estrés a causa del trabajo de tanto exceso de él, o por el contrario a falta del mismo, a veces es tanta la desesperación de las personas que se puede llegar a pensar en suicidarse en Colombia se indica que el suicidio lo cometen más las menores de edad a causa de problemas como un embarazo no deseado que van en aumento, por violaciones a

veces de la misma familia y por problemas de autoestima que son pocos pero los hay debemos tener más cuidado con el bienestar psicológico de nuestros allegados por que podríamos ser testigos de un caso común de suicidio en Colombia. (12)

2.10.3. Tipos de suicidio:

El Suicidio Egoísta: Se da cuando el sujeto está poco integrado en la sociedad. Por ejemplo, el alumno que va a una escuela, dispara indiscriminadamente, para después, quitarse la vida. A esta conclusión llegó Durkheim, después de comprobar, que en los países en los que la familia y la pertenencia a un “clan” determinado la tasa de suicidios era mayor.

Los hombres o las mujeres tienden más a quitarse la vida cuando piensan esencialmente en sí mismos, cuando no están integrados en un grupo social, cuando la autoridad del grupo y la fuerza de las obligaciones impuestas por un medio estrecho y fuerte no reduce los deseos que los animan a la medida compatible con el destino humano.

El Suicidio Altruista: El individuo se da muerte de acuerdo con imperativos sociales, y ni siquiera piensa en reivindicar su derecho a la vida. Del mismo modo, el comandante que no quiere sobrevivir a la pérdida de su embarcación es suicida por altruismo. Se sacrifica a un imperativo social interiorizado, y obedece las órdenes del grupo hasta el extremo de ahogar en sí mismo el instinto de conservación.

Este tipo de suicidios, se da según el autor, cuando la importancia del “yo” es muy baja. Existen 3 tipos:

Suicidio Altruista obligatorio: El que está condicionado por la sociedad, una sociedad que exige el suicidio. Por ejemplo, en sociedades asiáticas (normalmente relacionado con temas sobre el honor); o antiguamente, cuando en los pueblos celtas los ancianos se quitaban la vida para no representar una carga para la sociedad en la que vivían. En este tipo de casos, la sociedad podría despreciar a la persona, si no lleva a cabo el suicidio.

Suicidio Altruista facultativo: La situación sería parecida a la anterior, con la diferencia de que la sociedad no demanda el suicidio del individuo. Por ejemplo, una viuda que se quita la vida, pero no por problemas psicológicos, sino porque siente que ya ha cumplido con su cometido en la vida.

Suicidio Altruista agudo: Cuando la persona se quita la vida por placer. Es común que se dé este caso en relación con temas religiosos. Por ejemplo, alguien que se suicida para alcanzar una supuesta gloria divina.

El Suicidio Anómico: es el más característico de la sociedad moderna, afecta a los individuos a causa de las condiciones de existencia que caracterizan a las sociedades modernas. En éstas sociedades, la existencia social ya no está regulada por la costumbre; los individuos compiten permanentemente unos con otros, esperan mucho de la existencia y les piden mucho, y por lo tanto están acechados perpetuamente por el sufrimiento que se origina en la desproporción entre sus aspiraciones y satisfacciones. Esta atmósfera de inquietud es propicia para el desarrollo de la corriente suicidógena.

Suicidio fatalista: este tipo de suicidios, se da cuando el individuo decide quitarse la vida, como consecuencia de una sociedad con normas excesivamente rígidas. Un caso extremo, sería el del esclavo que se suicida, por no poder soportar la situación que vive. (13)

2.10.4. Existen 5 clasificaciones:

Los vicariantes: se adelantan o aceleran el acto de la muerte que se vislumbra en un futuro

Los perfeccionistas: no toleran cualquier disminución de los atributos a su persona.

Los hedonistas: no soportan nada que constituya un impedimento o una disminución del placer de predominio sensual.

Los transicionales: ante ciertas crisis vitales de transición inevitables, optan por el suicidio.

Los sintomáticos: dependen de una enfermedad mental, psicosis, confusión mental, demencia y depresión.

2.10.5. Conductas autodestructivas en el ser humano:

El ser humano continuamente lleva a cabo acciones autodestructivas como por ejemplo fumar, beber en exceso, practicar deportes de riesgo pero la intención habitualmente no es la de acabar con la propia vida sino experimentar determinado placer. Cuando una persona tiene una intención de suicidio no buscan el deleite sino acabar con el sufrimiento porque su visión de túnel no permite ver otras posibles salidas.

Suicidio consumado: Conducta autodestructiva y autoinfligida que acaba con la muerte de la persona que lo lleva a cabo.

Suicidio frustrado: Suicidio que no llega a consumarse porque un imprevisto (algo con lo que no contaba el sujeto) lo interrumpe, aquel acto suicida que no conlleva la muerte del sujeto por circunstancias fortuitas, casuales, imprevistas, que si no se hubieran presentado, se habría producido necesariamente el desenlace fatal. Aunque no conlleva a la muerte, no debe considerarse como un intento de suicidio, o parasuicidio, término que se emplea en Europa como sinónimo del comportamiento autodestructivo del sujeto pero con la firme conciencia e intención de no ser mortal; es decir el individuo hace intentos de dañarse a sí mismo, sin que el objetivo final sea el de quitarse la vida. Nótese la diferencia entre esta definición y la que se ha expuesto con antelación sobre el suicidio frustrado.

Algunas investigaciones califican al suicidio frustrado como una tentativa gravísima de suicidio, un acto cuyas consecuencias son similares al suicidio, diferenciándose en cuanto al resultado mortal de este último. El individuo tiene ideas de muerte, un profundo trastorno psicopatológico, prepara su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial evita su muerte. El individuo puede presentar, como consecuencia de su conducta suicida, gravísimas heridas físicas.

En otras palabras, el suicidio frustrado es un suicidio que no se materializó por factores externos al sujeto. Generalmente en el momento de ser descubierto y recibir los primeros auxilios, la vida de los suicidas frustrados está gravemente comprometida, por lo que todos los casos requieren hospitalización para tratamiento intensivo en el que se aplican medidas

de apoyo vital avanzado que garantizan el mantenimiento de las funciones cardíaca y respiratoria.

Intento de suicidio: Daño auto infringido con diferente grado de intención de morir y de lesiones. De una persona que no consuma el hecho de la muerte contra sí misma, constituye un intento de suicidio. Se trata de un procedimiento cuya motivación no está dirigida directamente a producir la muerte, sino que incluye conductas auto agresivas de diversos niveles de gravedad, con el propósito principal de lograr un cambio en la situación personal, de demostrar su valentía o su ira, o tratarse de una acción de chantaje. Señala que el intento de suicidio en el que no se produce ningún daño físico, está relacionado con los instrumentos utilizados que resultan inofensivos para el propósito autodestructivo del individuo.

Ideación suicida: Pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto auto lesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte.

Gesto suicida: Amenaza con hechos sobre una conducta autodestructiva que se llevará a cabo. Suele estar cargada con simbolismos, Acción o comunicación de una persona en relación a una conducta suicida, con una intención o finalidad para su entorno; puede tener consecuencias muy diversas.

Amenaza suicida: Lo mismo que el anterior pero con palabras, Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

Equivalentes suicidas: Son las auto mutilaciones que puede hacerse una persona.

Suicidio colectivo: La conducta autodestructiva la llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.

Suicidio racional: Una persona que tras una larga enfermedad por ejemplo incapacitante, llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse. (14)

2.10.6. El Suicidio en los Adolescentes

el suicidio en los adolescentes cada día se ha ido aumentando recientemente a través de la nación. Cada año miles de jóvenes toman la decisión de adoptar por suicidio como una forma de darle fin a los problemas, esto se evidencia en Estados Unidos como la tercera causa de muerte que afectando directamente a los jóvenes entre 15 24 años de edad., y la sexta causa de muerte para aquellos de entre 5 a 14 años.

En los adolescentes se presentan diferentes situaciones que generan fuertes sentimientos de estrés, depresión, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, impotencia y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes son el estrés en la etapa de formación en la universidad, un divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las dudas acerca de sí mismos.

Por ello en muchas ocasiones los jóvenes toman la decisión del suicidio ya que en esos momentos aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio.

Cambios en los hábitos de dormir y de comer.

Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.

Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.

Uso de drogas o de bebidas alcohólicas.

Abandono fuera de lo común en su apariencia personal.

Cambios pronunciados en su personalidad.

Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su Trabajo escolar.

Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y Fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.

Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.

Poca tolerancia de los elogios o los premios.

Un adolescente que está contemplando el suicidio también puede:

Quejarse de ser una persona mala o de sentirse abominable.

Lanzar indirectas como: no les seguiré siendo un problema, nada me importa, para qué Molestarse o no te veré otra vez.

Poner en orden sus asuntos, por ejemplo: regalar sus posesiones favoritas, limpiar su Cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc.

Ponerse muy contento después de un período de depresión.

Tener síntomas de sicosis (alucinaciones o pensamientos extraños).

Como evitar el suicidio en adolescentes:

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional.

Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.

Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.

Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

Debemos tener muy en cuenta lo que dice un niño o adolescente como por ejemplo: yo me quiero matar o yo me voy a suicidar, debe tomarle la mayor importancia que se debe inmediatamente llévelo a consultar con un profesional de la salud mental capacitado en el tema. La gente a menudo se siente incómoda hablando sobre la muerte. Sin embargo, puede ser muy útil el preguntarle al joven si está deprimido o pensando en el suicidio. Esto no ha de ponerle ideas en la cabeza, por el contrario, esto le indicará que hay alguien que se preocupa por él y que le da la oportunidad de hablar acerca de sus problemas.

2.10.7. Factores de riesgo

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos

Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico

2.10.8. Variables que incrementan el riesgo:

Edad: la incidencia del suicidio aumenta con la edad a partir de los 40 años, con un pico máximo desde los 65 años en los varones, causado por la jubilación, el cambio frecuente de domicilio (viven temporalmente con distintos hijos), el escaso apoyo social, el fallecimiento del cónyuge, las enfermedades físicas, el aislamiento, la soledad.

Sexo: el hombre consume la muerte en una tasa de 2 a 3 respecto de la mujer, y ésta supera en tres los intentos de suicidio en relación al hombre.

Religión: los católicos tienen una tasa menor de suicidios que los judíos, y éstos a su vez menor que los protestantes. La aprobación al suicidio es mayor cuanto menor es la práctica religiosa y contención de la comunidad espiritual.

Estado civil: La persona que se encuentra integrada y participa de los intereses de un núcleo familiar considerado como gratificante, disminuye los impulsos suicidas. Por lo tanto, puede considerarse como posible factor de riesgo suicida la ausencia de esta estructura nuclear (soltera, separado, viuda).

Nivel socioeconómico: Aunque tradicionalmente se ha considerado que tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en estratos de población con características de desempleo y con bajo nivel cultural, en la revisión de García- Resa y col, este aspecto no toma tanta relevancia. (15)

El comportamiento suicida se define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria. Este comportamiento hace referencia a las acciones concretas realizadas por quien está pensando o preparándose para provocar su propia muerte.

A menudo los intentos quieren indicar un grito desesperado de ayuda por parte de las personas más cercanas como familiares, amigos y otros. Sucede cuando el dolor que siente la persona es mayor que los recursos que posee para afrontarlo. Comprobado está que a lo largo de nuestra vida aprendemos diferentes maneras de solucionar problemas, pero hay personas que encuentran más recursos para superarlos que otras.

Puede ser directo o indirecto. Los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado son ejemplos de comportamiento autodestructivo directo. El comportamiento autodestructivo indirecto implica la participación, generalmente de modo repetido, en actividades peligrosas sin que exista una intención consciente de morir. Ejemplos de comportamiento autodestructivo indirecto incluyen el abuso del alcohol y de las drogas, el abuso del tabaco, el comer con exceso, el descuido de la propia salud... De las personas con

comportamiento autodestructivo indirecto se dice que tienen un “deseo de muerte”, pero generalmente existen muchas razones para que ese comportamiento exista. (16)

Causas:

La conducta suicida suele ser el resultado de la interacción de varios factores y el más común es la depresión. La presencia de problemas en la relación matrimonial, haber sido arrestado recientemente o tener problemas con la ley, relaciones amorosas difíciles o que concluyen, conflictos con los padres (en el caso de los adolescentes) o la pérdida reciente de un ser querido (sobre todo en la población de edad avanzada), pueden ser algunos de los desencadenantes de la depresión. A menudo un determinado factor o acontecimiento, como la ruptura de una relación personal importante, constituye el acontecimiento que culmina la capacidad de la persona para afrontar circunstancias desagradables. Aproximadamente una de cada seis personas que se suicidan dejan una nota, que suele proporcionar las claves para explicar su conducta.

Algunas personas que padecen determinadas enfermedades terminales que pueden desarrollar una depresión y llevar a cabo tentativas o consumaciones de suicidio. Las personas que en su infancia sufrieron experiencias traumáticas, incluido el maltrato, presentan un riesgo más elevado de tentativas de suicidio, tal vez porque las probabilidades de depresión son mayores.

Métodos:

Algunos métodos que utilizan para terminar con su vida (como tirarse desde lo alto de un edificio) esto hace supervivencia sea mínima, mientras que otros (como la sobredosis de fármacos), dejan abierta la posibilidad del rescate. También por ahorcamiento

Para los suicidios consumados, los hombres utilizan con mayor frecuencia armas de fuego, seguido por ahorcamiento, envenenamiento, salto desde una altura y uso de arma blanca. Las mujeres utilizan con mayor frecuencia el envenenamiento seguido por armas de fuego, ahorcamiento, salto desde una altura y ahogamiento, Fármacos/ drogas de efecto sedante, Antipsicóticos, Antidepresivos, Benzodiazepinas, Recreacionales (heroína), Alcohol, Gas/ asfixia, Fármacos no psicotrópicos, Otros fármacos psicotrópicos sedantes, Armas de Fuego, Automutilación, Ahogamiento. Cortes. Defenestración, Desde altura, Accidente de tráfico, Ahorcamiento. (17)

2.10.9. LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS COMO FACTORES DE RIESGO

La existencia de una enfermedad psiquiátrica es uno de los más sensibles predictores de suicidio. Repetidas investigaciones que han empleado el método de la autopsia psicológica concuerdan en el hallazgo de patología psiquiátricas en la casi totalidad de sujetos que han consumado su propia muerte. Desde los primeros estudios, las enfermedades más frecuentemente diagnosticadas en los suicidas son esencialmente tres: Esquizofrenia, Trastornos del Ánimo y Alcoholismo.

En este informe nos referiremos solo a tres tipos de trastornos psiquiátricos: unipolaridad y bipolaridad, depresiones psicóticas y trastornos del ánimo en la adolescencia. Será a este último al que le daremos una mayor importancia, debido a que nos es bastante cercano ya que nosotros somos adolescentes.

Unipolaridad y Bipolaridad

Antes que nada, definamos los conceptos de Unipolaridad y Bipolaridad. Bipolaridad, según la psiquiatría es un tipo de trastorno del ánimo, de tipo maníaco, que oscila entre dos estados o polos absolutamente distintos y de variable duración. Una paciente bipolar puede estar en un momento muy estable y en algunos momentos muy depresiva. En tanto, la Unipolaridad es otro tipo de trastorno del ánimo pero de tipo depresivo o melancólico. En la siguiente tabla se muestran características de estos dos conceptos.

Tanto en pacientes unipolares como bipolares se observa un elevado riesgo auto lítico. La suicidalidad se distribuye en grados de riesgo, cuyo nivel inferior lo ocupan aquellos pacientes que sólo han presentado episodios maníacos. En el extremo opuesto se encuentran los depresivos unipolares. Los pacientes bipolares exhiben un riesgo intermedio. Los bipolares maníacos que manifiestan suicidalidad más frecuente y severa son aquellos que se rediagnostican posteriormente como estados mixtos. La presencia de ansiedad severa es un factor que aportaría riesgo en todos los grados ya mencionados.

Sin embargo, se ha demostrado que un buen tratamiento a pacientes unipolares y bipolares con litio y/o antidepresivos reduce al mínimo la cantidad de suicidios. Pero, la discontinuación de este tratamiento conlleva muchos riesgos de suicidalidad ya que produce un desequilibrio interno muy grande sobre todo en pacientes bipolares. Por cierto,

cabe señalar, que el tratamiento con litio en pacientes bipolares suele ser mayoritariamente de por vida.

Depresiones Psicóticas

La presencia de síntomas psicóticos (psicosis=demencia) se asocian a depresiones ya establecidas severas, y a recaídas en los suicidios más frecuentes. Esta suicidalidad suele ser particularmente violenta según se ha estudiado. Además, se ha observado tasas más elevadas de suicidio en depresivos psicóticos que no psicóticos, lo que reafirma un exceso de pacientes delirantes en entre los depresivos suicidados.

¿Qué tan significativa es la relación entre los síntomas psicóticos y las altas tasas de suicidio debido a esta causa?

El suicidio siempre es realizado bajo la influencia de estados de ánimos poco alentadores, tristes, por decir lo mínimo. Una conclusión inmediata de estos estados de ánimos o pensamientos es que son muy poco objetivos. Ahora bien, si a esas visiones poco objetivas le sumamos una dosis de síntomas psicóticos tenemos un pensamiento absolutamente desviado de la realidad, de una realidad que es mucho mejor huir... ¿Y huir de que forma? A través del suicidio.

En todo caso, siempre es necesario antes que cualquier cosa, determinar si el factor que produce la suicidalidad en el individuo es una depresión psicótica o una esquizofrenia, ya que de apariencia estas dos enfermedades son muy similares y si no se estudia con detención se puede perjudicar al paciente.

2.10.10. SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Trastorno del ánimo y suicidio en la adolescencia

Los trastornos del ánimo constituyen el diagnóstico más frecuentemente encontrado en adolescentes suicidas, sumándose el abuso y/o dependencia al alcohol u otras sustancias. Al comparar víctimas adolescentes con jóvenes sanos se obtiene un conjunto de factores de riesgo, incluyendo la depresión mayor, estados bipolares mixtos, abuso de sustancias y trastorno de conducta. Se diferencian, además, en historia familiar (de depresión, abuso de sustancias y conducta suicida), y estrés familiar (discordia con los padres, abuso físico). En

adolescentes hospitalizados, las tendencias suicidas se asocian a diversos síntomas depresivos.

Factores de Riesgo Suicida En Trastornos del Ánimo.

Conducta Suicida Previa; ideación suicida, Historia Familiar de Suicidio, Desesperanza elevada; ausencia de reactividad, Ausencia o insuficiencia de tratamiento psiquiátrico.

Acontecimientos de pérdida.

En adolescentes que ya presentan historia de trastorno del ánimo, el riesgo autolítico se ve incrementado por un episodio depresivo actual, abuso de sustancias, intentos suicidas pasados, historia familiar de depresión, tratamiento con tricíclicos y disponibilidad de armas de fuego. Al comparar adolescentes con ideas e intentos de suicidio versus quienes lo consuman, se encuentra en los últimos una frecuencia mayor de estados bipolares, así como la ausencia de tratamiento psiquiátrico y disponibilidad de armas. Este perfil delinea a un grupo con riesgo extremo de suicidio, con elevada capacidad de lograr la muerte por si mismos.

Tentativas y Consumación de Suicidio en Adolescentes

El suicidio de adolescentes ha pasado a constituir un problema importante de salud pública. Su incidencia se ha triplicado en los países occidentales en los últimos treinta años, y está entre la segunda y tercera (12%) de las causas de muerte de jóvenes de 15 a 19 años de edad. Se destacan los aspectos epidemiológicos del suicidio, los factores precipitantes, los métodos autodestructivos utilizados, el significado psicopatológico de la conducta, las características de los adolescentes suicidas y las circunstancias familiares que rodean al hecho.

Los adolescentes llevan a cabo actos suicidas con diferentes métodos. Estos incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento. En 20 casos de tentativas de suicidios en adolescentes atendidos en el

Hospital San Juan de Dios, de Santiago, el método más utilizado fue la ingestión de medicamentos, especialmente ansiolíticos y neurolépticos.

Entre los factores precipitantes en conductas suicidas en los adolescentes se mencionan las crisis disciplinarias y legales, pérdidas y conflictos interpersonales, exposición al suicidio o conducta suicida de familiares o amigos, acumulación de circunstancias vitales adversas y, en un pequeño número de casos, lecturas sobre suicidio en periódicos o novelas.

Se afirma que la mayoría de las tentativas de suicidio en adolescentes se presentan en ausencia de un trastorno psiquiátrico específico, siendo más bien expresión de problemas psicopatológicos del medio que rodea al sujeto. Estos jóvenes muestran algunas características psicosociales disfuncionales, que incluyen sentimiento de desesperanza, dificultades en el control de impulsos, escasas habilidades sociales de resolución de problemas y modulación afectiva. La desesperanza ha sido correlacionada con la severidad del intento de suicidio. Sólo en 20 a 25% de estos casos se ha encontrado asociación entre tentativas autodestructivas y trastornos psiquiátricos, tales como desórdenes afectivos, conducta antisocial y abuso de alcohol y drogas. Sólo una minoría tiene problemas de adaptación y rendimiento escolar.

Suicidios en Colombia, cifras 2013

Los últimos datos sobre la problemática del suicidio en el país no dan un panorama esperanzador: en el 2013, el suicidio fue la cuarta causa de muerte en Colombia, con cifras alarmantes entre la población más joven resumen de los datos más relevantes, del más reciente estudio Forensis a continuación Las familias que han tenido que pasar por el dolor del suicidio de un ser querido saben que es un tema muy difícil de tocar. Que el dolor, la culpa y las preguntas alrededor del tema hacen que este acontecimiento marque sus vidas para siempre.

Desafortunadamente, en Colombia y el mundo las cifras de muertes por suicidio crecen con el pasar de los años. Según la organización Mundial de la Salud, cada año se suicidan 1 millón de personas en todo el mundo, con una tasa de mortalidad "global" de 16 por

100000 o una muerte de este tipo cada 40 segundos. También, la OMS ratifica que las muertes por suicidio en el mundo han aumentado un 60% en los últimos 45 años, y está entre las primeras causas de muerte entre los jóvenes entre los 15 y 44 años.

Datos en Colombia

En Colombia, el Instituto de Medicina Legal encontró, en su Informe Forensis, algunos detalles sobre este tema en el 2013. Algunos esclarecedores datos son:

Durante el año 2013, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses registró 1.810 casos de suicidio en todo el territorio nacional.

18.275 personas murieron por suicidio durante la década comprendida entre los años 2004 a 2013.

El 2012 es el que mayor número de casos de suicidio se registra (1.901) durante la década, sin embargo, el fenómeno se mantiene estable con una tasa promedio de 4,1 suicidios por cada 100.000 habitantes.

De los suicidios registrado en el 2013, el 80,7% corresponde a hombres con un total de 1.461 casos y el 19,3% a mujeres con un total de 349; por cada mujer se quitan la vida 4 hombres.

Las más altas de suicidio por cada 100.000 habitantes se presentaron en los grupos etarios correspondientes a 18-19 años (6,74), 20-24 años (6,54) y 25-29 años (5,63).

El mayor número de suicidios se concentró en el grupo de jóvenes de los 20 a 24 años, con 276 casos registrados (15,25%).

Los solteros son las personas que más se quitan la vida en Colombia, con el 48.28 % de los casos.

Los meses en los que más suicidios se presentaron en 2013 fue enero con 190 casos, julio 164, marzo 162.

La causa de muerte más frecuente fue el ahorcamiento, seguido de la utilización de agentes tóxicos, el proyectil de arma de fuego y armas corto punzantes.

Las razones más frecuentes para cometer suicidio en Colombia fueron, en su orden: celos, desconfianza, infidelidad (30.12%); enfermedad física o mental (22.74%); económicas (12.86%); desamor (10.83%); muerte de familiar o amigo (2,86%) escolares. educativas (1.43%); jurídicas (1.19%); laborales (1.19%); conflicto familiar (0.48%); suicidio de familiar o amigo (0.24%) y otras razones (16.07%). (18)

En GINEBRA - El suicidio es un problema de salud pública ya que se ha ido incrementando a lo largo de la historia, pero en gran medida hay que recordar que es prevenible dice el Profesor Mehlum, «y que el hecho de tener acceso a los medios necesarios para suicidarse es tanto un factor de riesgo relevante como un determinante del suicidio», que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Teniendo en cuenta que la población más vulnerables y susceptible son los jóvenes.

Cuando se presenta un suicidio ocasiona problemáticas como por ejemplo problemas emocionales, sociales y económicos de numerosos familiares y amigos. Ha declarado la Dra. Catherine Le Galés-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. «El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países de Europa,

el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000).

Los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres.

La OMS ha organizado hoy en Ginebra un seminario especial sobre prevención del suicidio, en el que han intervenido la Dra. Le Galès-Camus; el Dr. Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias el comportamiento suicida puede ser ocasionado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales y en los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios.

Los métodos más usados para suicidarse son las armas de fuego y diversos medicamentos, como los analgésicos, que pueden resultar tóxicos si se consumen en cantidades excesivas. En este sentido, una novedad reciente es la decisión de muchas empresas farmacéuticas de comercializar los analgésicos en blísteres y evitar los frascos, más fácilmente accesibles, medida ésta con gran incidencia en la elección de ese método de suicidio. En la actualidad la atención se centra en evitar el acceso a los plaguicidas y en mejorar la vigilancia, la

capacitación y la acción comunitaria en relación con su manejo, por ejemplo en lo referente a la seguridad de su almacenamiento y a las diluciones de los productos. Los plaguicidas son una causa especialmente frecuente de las muertes por suicidio en las regiones rurales de China. Las restricciones del acceso a las armas de fuego se han acompañado de una reducción de su uso con fines suicidas en algunos países.

Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales. La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva. Asimismo, existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en la identificación y el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo puede hacer disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo, y así se ha observado en países como Finlandia y el Reino Unido. Las intervenciones basadas en el principio de conexión social y el fácil acceso a la ayuda, como las líneas de ayuda benévola y los programas de chequeo telefónico de las personas de edad, han tenido resultados alentadores. Además, las intervenciones psicosociales, los centros de prevención del suicidio y la prevención escolar son todas ellas estrategias prometedoras.

la OMS se ha encargado de elaborar un papel esencial en la prevención del suicidio, incluidos profesionales sanitarios, personal docente, funcionarios de prisiones, profesionales de los medios de comunicación y personas que han intentado suicidarse. Esos recursos se pueden consultar ya en más de una decena de idiomas.

«También hay datos que indican que las noticias de suicidios aparecidas en los medios de comunicación pueden llevar a algunos a emular esos actos. Por ello, instamos a los medios de comunicación a demostrar sensibilidad a la hora de informar sobre esas muertes trágicas y a menudo evitables», ha declarado el Dr. Saraceno. «Los medios de comunicación también pueden contribuir de forma destacada a reducir el estigma y la discriminación asociados a los comportamientos suicidas y los trastornos mentales.» (19)

2.10.11. INFORME ESPECIAL SOBRE EL SUICIDIO EN JOVENES DEL ESTADO DE YUCATAN EN ENERO DE 2010

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, a través del Centro de Supervisión Permanente a Organismos Públicos e Investigación, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 15 fracción XI de su propia ley, y con motivo de la grave problemática por la que atraviesa nuestro Estado en relación con los suicidios, se realizó una investigación sobre éstos y su relación con los jóvenes de Yucatán.

Una de las causas que encontraron para que la persona decidiera terminar con su vida es la depresión ya que en muchas ocasiones no siempre es diagnosticada, lo que obstaculiza los esfuerzos para manejar las consecuencias económicas, sociales y de salud que tiene la depresión. La depresión está asociada con un incremento en el número de suicidios y en los intentos de suicidios (60% y 80%). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020, basadas en las tendencias actuales.

En México es una de las principales problemáticas es el suicidio, ya que, según los registros de la secretaria de salud, las tasas de muerte por causa del suicidio han ido aumentando a través de los años y ha llegado a ser la cuarta causa de muerte en la población joven (Quintanar, 2007).

Suicidio desde el punto de vista del Código Penal Federal y Código Penal de Yucatán:

El suicidio como lo define González de la Vega es el "acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida", este delito es un delito contra la vida, un delito de muerte. Al igual que el homicidio el suicidio son expresiones de violencia contra otros o contra sí mismo y son fenómenos representativos de la civilización en que se manifiestan. 9 Podemos citar ejemplos como los del código de Manú que imponía como forzoso el suicidio de la mujer de casta elevada que tenía relaciones sexuales con hombre de casta inferior.

Índices de suicidios

Según datos del INEGI del 2000-2002 la causa que motivo al acto suicida fue el disgusto familiar como causa principal. De acuerdo con INEGI (2004), los intentos de suicidio que ocurrieron en el territorio nacional reflejaron un mayor nivel de concentración en seis

entidades federativas, ya que 81.3% de los actos se registraron en: Durango (22.3%), Yucatán (18.1%), Nuevo León (16.6%), Sonora (9.8%), Distrito Federal (9.3%) y Chihuahua (5.2 %). Por cada ocho intentos ocurridos en áreas urbanas se registró uno en área rural. En el estado de Yucatán la distribución porcentual de suicidios fue de 73.9 % en la zona urbana y 26.1% en la zona rural (INEGI, 2004). En Yucatán el número de suicidios en 1995 fue de 71; la cifra aumentó en el 2004 presentándose 138 casos y de esta forma la tasa de crecimiento promedio anual fue de 6.9% (INEGI, 2004). En Yucatán, la causa principal de los suicidios fue el disgusto familiar. La segunda causa de suicidios se debió a la ingesta de veneno (INEGI, 2005). Acerca de las características educativas de la población suicida, se registró menor proporción de hombres con escolaridad que de mujeres, siendo esto de seis puntos porcentuales (INEGI, 2004). Un estudio sobre la muerte por envenenamiento en Yucatán realizada en el período de enero de 1988 a diciembre de 1995 se encontraron 248 personas que fallecieron por envenenamiento, de acuerdo con las causas enlistadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Destacó como primera causa los suicidios y envenenamientos autoinfligidos por sustancias químicas, fundamentalmente plaguicidas (Alvarado Mejía y González Navarrete, 1996).

Al finalizar el 2008 los registros del Servicio de Salud de Yucatán a través de la Dirección de Salud Mental reportan 143 muertes por suicidio (118 hombres y 25 mujeres), encontrando un incremento en los suicidios consumados. Con respecto a las edades encontramos que hubo un descenso en la edad en que se consuma el acto suicida, en el 2007 los casos se registraron a partir de los 15 años mientras que en el 2008 inicia desde los 11 años. En el año 2008 hubo una incidencia de siete casos en mujeres entre 11 a 18 años; mientras que la incidencia en hombres obtuvo un total de ocho, de edades entre 12 a 19 años. En el 2009, las cifras que reporta el Servicio Médico Forense da un total de 110 casos cerrados hasta el 29 de julio, de los cuales 22 son mujeres y el resto varones.(20)

Creador del término suicido:

Suicidio, etimológicamente el término deriva del verbo latino "caedere" y del pronombre "sui", 'darse muerte a sí mismo'. El que se mata por sus propios deseos comete suicidio, afirmó el abate François Desfontaines en 1735, creador del término. Muchas religiones

monoteistas lo consideraban un pecado, y en algunas jurisdicciones se consideraba un delito. Por otra parte, algunas culturas, especialmente las orientales, lo ven como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes o dolorosas en extremo. (21)

Según Durkheim (1897) “el suicidio toma lugar en sociedades cuya cultura es de un nivel moral o cultural bajo”. En los países puramente católicos como los son: España, Portugal e Italia el suicidio está poco desarrollado, mientras que se encuentra en su grado máximo en los países protestantes, como lo son Prusia, Sajonia y Dinamarca. Además, según Guillon y Le Bonniec, el suicidio es visto como un pecado por la iglesia católica, ya que el “no matarás bíblico, también le aplica a uno mismo.

Durkheim distingue tres clases de suicidios:

Suicidio egoísta: típico de sociedades donde el individuo carece de integración social.

Suicidio Anómico: característico de falta de regulación social (anomia), existe una falta de normatividad en tanto que las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del individuo.

Suicidio altruista: característico de sociedades con alto grado de integración social, el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad. Se mata por ella, un claro ejemplo son los kamikazes. Esta relación es patológica por que la persona pierde el sentido de individualismo. Este tipo de suicidio consiste en ofrecer su vida por algún ideal. El individuo sacrifica su vida en honor a quien el cree que se beneficiara de ello. (22)

El suicidio en adolescentes y sus causas:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el primer país de América Latina que registra más suicidios lo ocupa Argentina seguido por Venezuela, Brasil y México.

Por su parte el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) posiciona a Jalisco a la cabeza de los estados de la República Mexicana que registran mayores índices

de suicidios en adolescentes, enseguida se ubica Veracruz, Distrito Federal, Chihuahua, Guanajuato, Nuevo León, Sonora, Yucatán y Tabasco.

A este fenómeno se le considera la segunda causa de muerte entre los jóvenes mexicanos ya que aproximadamente tres mil 200 suicidios que ocurren cada año en México, son personas de entre 11 y 20 años.

Como podemos darnos cuenta, conforme pasa el tiempo cada vez son más jóvenes quienes ven en el suicidio la única forma de solucionar sus problemas, en relación a ello psicólogos de prestigiosas universidades e instituciones de salud en nuestro país indican que esto se debe a diferentes causas:

Depresiones: Enfermedad que conlleva riesgo de suicidio en el 10% al 30% de los que la padecen

Malas relaciones afectivas.

La falta de comunicación entre padres e hijos.

Cuestiones de vida estresantes, como problemas serios a nivel financiero o en las relaciones interpersonales

Los métodos más usados: El ahorcamiento, el uso de armas de fuego y los fármacos. (23)

Causas del suicidio:

Trastorno bipolar: la persona tiene cambios marcados como por ejemplo en el estado de ánimo. Los períodos de sentirse triste o deprimido pueden alternar con períodos de sentirse muy feliz y en otros momentos irritables.

Trastorno límite de la personalidad: es una afección mental por la cual una persona tiene patrones prolongados de emociones turbulentas o inestables. Estas experiencias interiores a menudo los llevan a tener acciones impulsivas y relaciones caóticas con otras personas

Depresión: La depresión es sentirse triste, melancólico, infeliz, o mal de ánimo. La mayoría de las personas se siente así de vez en cuando.

Se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un largo período de tiempo.

Consumo de alcohol o drogas

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Esquizofrenia: es un trastorno mental

2.10.12. SUICIDIO COMO PROBLEMA SOCIAL

El suicidio en la mayoría de casos es un problema silencioso y muy triste se viene presentando en todo el país y cada día aumentando la tasa de mortalidad, afectando a cientos de personas y familias que por temor al qué dirán y hacer criticados, por las burlas, por prudencia, – o por cualquier otra razón, ni siquiera lo reportan a las autoridades de salud.

Son muchas las causas que pueden estar detrás de la tragedia del deseo y la intención de suicidarse. Es un drama personal, individual, afectando el entorno familiar, y social, que nos merece todo el respeto y que consideramos debería tener una mayor atención por parte de la sociedad, en su conjunto, y de las instituciones del Estado, en particular. En lo que va del año se han presentado en Valledupar, oficialmente reportados, diez suicidios y cuarenta y ocho casos de intentos. A estos últimos los expertos los llaman Siempre será el suicidio un tema de sicólogos, siquiatras, filósofos y también de los poetas; pero más allá de la complejidad del mismo, queremos llamar la atención del problema desde el punto de vista psicológico y social. Que diez personas se hayan suicidado y otras cincuenta, aproximadamente, lo hayan intentado, se podría considerar como un indicio de una sociedad enferma. Y desde ese punto de vista, volvemos a llamar la atención sobre la situación a las autoridades de salud, a las instituciones educativas y a los mismos padres de familia, con el fin de estar alertas frente a la persona que presenta rasgos de depresión y que ha manifestado, directa o indirectamente, un desprecio por la vida y su intención de quitársela. Las instituciones educativas, socializadoras por excelencia, tienen un papel muy importante por realizar, en la detección de alertas tempranas sobre una población en riesgo como son los niños y los jóvenes. Por supuesto, esta orientación no debe ir en desmedro de la autoridad y la disciplina que debe regir la vida educativa. Y está, finalmente, el sistema de salud, que en Colombia tiene la gran falla de no incluir expresamente los temas de salud mental en el Plan Obligatorio de Salud (POS). En este sentido, queremos reconocer que las Secretarías Municipal y Departamental de Salud, tienen unos profesionales a cargo del tema, pero que aún falta la famosa Unidad de Atención de Salud Mental que requiere en Cesar, un departamento con más de un millón de

habitantes y con una realidad social y económica tan compleja. El año pasado la administración municipal lanzó una campaña de comunicación sobre el tema, consideramos necesario volver a rescatarla; pero, más allá de las campañas, que no dejan de ser importantes, se requiere una política integral y sistemática de atención al potencial suicidad y a su familia. Debemos reconocer el problema y atenderlo de manera oportuna y profesional, para evitarle a muchas familias el drama del suicidio que deja tantas heridas psicológicas y sociales. Los psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras y otro tipo de profesionales, con el apoyo de los medios de comunicación, debemos volver a integrar una red de atención temprana y preventiva a esta triste realidad. (24)

Consecuencias del suicidio para la familia: el dolor que experimenta una familia tras la muerte de uno de sus miembros se incrementa hasta niveles casi insoportables cuando ésta se ha producido por decisión del fallecido. Es entonces cuando las mentes de los sobrevivientes (del inglés survivor) se llenan de fantasmas y sus corazones de sombras y de dudas. Se buscan explicaciones, se pretende encontrar culpables, no se sabe como mitigar una angustia que se muestra invasiva, aturdidora. Las consecuencias del suicidio para la familia son tan devastadoras que provocan serios destrozos en la vida de los sobrevivientes, introduciéndoles en un duelo, por regla general, muy traumatizante y prolongado. Algunas de las expresiones más destacadas, como muy bien destaca Pérez Barrerto, serían las siguientes:

Tristeza y rabia

En la primera fase de shock predomina un fuerte sentimiento de tristeza que coexiste con síntomas físicos, dolores precordiales, hipersensibilidad, sentimientos de irrealidad, trastornos de apetito y sueño... Luego aparecerá una fase de rabia que puede ir dirigida hacia uno mismo por no haber sabido o podido evitarlo, hacia los médicos por no haber sido capaces de impedir la trágica decisión del ser querido, hacia el suicida por haberse dado por vencido y haber rechazado la ayuda que se le prestó o se hubiera estado en disposición de prestarle en sus momentos más depresivos o hacia el mismo Dios, cuya ausencia en semejante trance no se comprende... No faltará la angustia y el desconcierto por no haber previsto el fatal desenlace, la frustración por no haber tenido oportunidad para saldar las diferencias con el difunto, las fantasías acerca de los motivos que le llevaron a su autodestrucción, la invasión de pensamientos obsesivos y de recuerdos del fallecido.

Sentimiento de culpabilidad

La muerte por suicidio no implica sólo una dolorosa ausencia, sino que es vivenciada como una acusación por lo que se hizo o se dejó de hacer, lo que se dijo o lo que se silenció. Es éste un sentimiento común a toda pérdida, pero se acentúa en el caso del suicidio. La culpabilidad pesa como una auténtica losa en la familia del suicida. Se explicaría por la sensación de fracaso que se experimenta por no haber podido evitar la muerte del ser querido, de no haber sido capaces de detectar los pensamientos depresivos que presagiaban la conducta autodestructiva, por no haber atendido las llamadas de atención del finado, no haber facilitado que éste expresara sus ideas suicidas, o por no haber sabido tomar a tiempo las medidas que hubieran podido impedir la tragedia.

Fracaso de rol

Unido al sentimiento de culpa, el suicidio produce una frustrante vivencia de fracaso de rol, sobre todo en las madres que, al tener más interiorizado su papel nutricional de cuidadoras encuentran muchas dificultades para entender que sus desvelos, sus cuidados, sus intentos de protección y sus esfuerzos de contención hayan sido ineficaces a la hora de evitar la tragedia.

Miedo

El miedo es también una emoción muy presente en casi todos los familiares del suicida y tiene que ver con una especie de vivencia que les hace sentirse vulnerables y en riesgo de repetir la conducta suicida o de padecer una enfermedad mental que les empuje a ello. Este sentimiento que afecta sobre todo a los más jóvenes queda reforzado cuando cada uno entra en contacto con los propios sentimientos autodestructivos. Aparece un vago temor al destino o a una cierta predestinación y, en algunos ambientes, miedo también al futuro del ser querido, “más allá de la muerte” (infierno, condena eterna).

Sentimientos de traición y abandono

Otras de las consecuencias del suicidio en los miembros de la familia son los sentimientos haber sido traicionados o abandonados. Preguntas como “¿por qué lo hizo?”, “¿cómo me pudo hacer tanto daño?”, “¿acaso nos merecíamos esto?”, etc., son redundantes en casi todas las familias de suicidas. Por eso ese tipo de muerte despierta un angustioso sentimiento de haber sido traicionado por el suicida que con su conducta se mostró finalmente impermeable al cariño que se brindó y ajeno a las atenciones que se prestaron.

Preguntas para las que no hay respuestas

Las familias se sienten perdidas en un laberinto de confusión al que no se le encuentra salida. Se amontonan las preguntas para las que no se halla respuesta. Experimentan una urgencia irreprimible de encontrar una justificación racional al suicidio, un motivo o una causa que lo explique de forma mínimamente aceptable.

El estigma

Es otro aspecto nada irrelevante al que toda familia se enfrenta más o menos expresamente. Aunque las cosas van cambiando y la sociedad ha evolucionado y madurado, la mayoría de las familias viven el suicidio como un verdadero estigma que les llena de vergüenza y que no les es fácil sobrellevar. Y esto parece ser así incluso aunque desde el entorno se evite todo señalamiento negativo, se haga el mayor esfuerzo de comprensión y se les trasmita todo el apoyo posible.

Pensamiento distorsionado

Es otra de las variables que se hace presente en la vivencia de la experiencia de un familiar suicida. Hace su aparición por la necesidad de intentar ver la conducta de la víctima no como un suicidio, sino como una muerte accidental, lo que contribuye a crear pautas de comunicación distorsionadas que buscan enmascarar una realidad extremadamente dolorosa. Se fabrica así un verdadero tabú respecto a lo que en verdad le ocurrió a la víctima, ocultando la causa real de la muerte. No deja de ser una forma de protección de algo que no se quiere aceptar porque resulta más amenazante de lo que uno está dispuesto o capacitado para soportar. prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española

Sujetos y Método: Se ha Realizado Una Encuesta personal domiciliaria una ANU Muestra de 5.473 individuales representativos de la Población española mayor de edad. Se empleó el Instrumento de Diagnóstico Internacional Compuesta , Desarrollado por Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados: La prevalencia de los Precursores de suicidio FUE del 4,4% (ideas) y del 1,5% (Intentos). El Riesgo Asociado a los Precursores del suicidio estudiados FUE Mayor significativamente en las mujeres (odds ratio [OR] = 2,3-2,7), las cohortes Más Jóvenes

(OR = 21,3-86) y los Niveles Educativos Menores (O = 5,3-6,4). La Presencia de la ONU trastorno mental, se Asoció Con Un Aumento del Riesgo en TODAS LAS Categorías diagnósticas estudiadas, especialmente Alto en el episodio depresivo mayor (OR = 5,3-6,8). El Primer año desde el inicio de la ideación FUE EL alcalde de Riesgo de la ONU Realizar Intento (OR = 30,2), para disminuir A partir de 10.

Conclusiones

La prevalencia de los Precusores del suicidio estudiados es baja en comparación con la obtenida en Otros países. Sin embargo, los Resultados permiten identificar las Naciones Unidas Grupo de Mayor Riesgo (mujer, joven, con enfermedad mental, comorbilidad psiquiátrica e ideación suicida Reciente) Sobre el Que intensificar la Prevención del suicidio en Nuestra Población.

Fundamento y objetivo: El suicidio es un problema de salud pública y está aumentando en España. El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia y los factores de riesgo de los resultados relacionados con el suicidio (ideación, planes y tentativa) a partir de datos del proyecto ESEMeD-España.

Sujetos y método: Esta es una encuesta de hogares cara a cara realizado en una muestra representativa de probabilidad de la población general adulta de España. 5.473 sujetos fueron entrevistados utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI 3.0), desarrollado por la Iniciativa de la Encuesta de Salud Mental Mundial.

Resultados: La prevalencia de vida de ideación suicida y los intentos fue de 4,4% y 1,5%, respectivamente. Riesgo de resultados relacionados con el suicidio fue significativamente mayor entre las mujeres (odds ratio [OR] = 02/03 a 02/07), las cohortes más jóvenes (OR = 21.3-86), y niveles de educación inferiores (OR = 5.3-6.4). Tener un trastorno mental se asoció a un mayor riesgo en todas las categorías de diagnóstico, pero especialmente en episodio depresivo mayor (OR = 5/3 a 6/8). Riesgo de intento de suicidio fue mayor durante el primer año desde el inicio de ideación (OR = 30,2), disminuyendo después de eso.

Conclusiones: La prevalencia de los resultados relacionados con el suicidio es baja en comparación con otros países.

Resultados: grupos identificados con mayor riesgo (mujeres, jóvenes, sujetos con un trastorno mental, la comorbilidad psiquiátrica y reciente ideación suicida) en el que la prevención del suicidio podría mostrar beneficios. (25)

2.10.13. PANORAMA ACTUAL DEL SUICIDIO: ANÁLISIS PSICOLÓGICO Y PSICOANALÍTICO

El fenómeno del suicidio constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. La suicidología nos ofrece dos tendencias principales en la interpretación del fenómeno autoquérico: la sociológica, representada por Durkheim y sus seguidores, le transfiere la culpa a la sociedad y la psicológica, representada por Freud y sus discípulos, ve en el suicidio la expresión de una carga inconsciente de hostilidad dirigida contra el objeto amado previamente introyectado. Algunos rasgos predominantes en la personalidad de los suicidas son: agresividad, irritabilidad y aislamiento social. Los factores de riesgo del suicidio son numerosos y diversos y es posible interrelacionarlos. (26)

ARTICULO

LA CONDUCTA SUICIDA: UNA MIRADA DE SALUD PÚBLICA

Resumen

Las conductas suicidas son responsables del 15% de los 15.000 fallecimientos por lesiones que se producen diariamente en el mundo. España, con un total de 3.158 fallecimientos por suicidio declaradas en 2010 (6,9 fallecimientos por 100.000 habitantes) tiene una de las tasas de mortalidad por esta causa más bajas de Europa, aunque estas cifras pueden estar infra estimadas. La mortalidad por suicidio afecta principalmente a los varones, y aumenta rápidamente con la edad a partir de la adolescencia.

Las conductas suicidas están sujetas a determinantes parcialmente conocidos, y pueden prevenirse a partir de estrategias que incluyan tanto la detección precoz y el tratamiento de las personas con mayor riesgo de conductas suicidas, como medidas poblacionales para el control del acceso a potenciales medios suicidas, el desarrollo de políticas de reducción del

uso de alcohol, y la adopción de prácticas responsables en la información sobre el suicidio desde los medios de comunicación. (27)

LA PREOCUPANTE CIFRA DE SUICIDIOS EN COLOMBIA

Salud mental

Por lo pronto, en Colombia, en su Plan decenal de Salud Pública 2012-2021 el Ministerio de Salud situó al suicidio como un asunto de prioritaria vigilancia. Sin embargo, “el sistema de salud es un agravante porque si ya es difícil entrar en la salud física, en el acceso a psicólogos y psiquiatras la oportunidad es casi nula, a no ser que el paciente llegue en un intento de suicidio”, le dijo a semana Brígida Montoya, experta en salud pública del Centro de Referencia Regional sobre Violencia de Noroccidente. La atención es inoportuna y, como si fuera poco, en el país no se ha estudiado realmente cómo los medicamentos contra el acné, los antipsicóticos y los antidepresivos incitan el instinto suicida.

Piedad Bonnet, autora del libro *Lo que no tiene nombre*, le dijo a esta revista que “hay que desestigmatizar el suicidio y a la vez prevenirlo, cosas que parecen contradictorias”. La OMS insiste en mejorar la formación de los profesionales de la salud, tratar adecuadamente los trastornos psicológicos y hacer seguimiento a quienes ya intentaron quitarse la vida. Esto es necesario particularmente en Colombia, donde las dinámicas suicidas son diversas, e incluyen también comunidades étnicas vulnerables como los indígenas. El suicidio debe entenderse como un fenómeno social en toda su complejidad. Además, en una sociedad ampliamente religiosa y conservadora, hay que liberarlo del veto al que ha estado condenado y retirarle de una vez por todo el velo del silencio y misterio que lo envuelve.

En el mundo

En las últimas décadas, el suicidio ha aumentado un 60 por ciento a nivel mundial, sin incluir los intentos de muerte auto infligida, que son 20 veces más frecuentes que el acto como tal. Anualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuenta alrededor de 900.000. Muchos de estos se dan en lugares turísticos que terminan convertidos en verdaderas mecas del suicidio en el mundo. Entre los más reconocidos están el puente Golden Gate de San Francisco, el bosque Aokigahara en Japón, las cataratas del Niágara

entre Estados Unidos y Canadá, el acantilado Beachy Head en Inglaterra y el puente sobre el Yangtsé de la ciudad de Nanjing en China.

Ahora bien, los países con las tasas más inquietantes son Guyana, India y las Coreas, con índices que superan más de siete veces el promedio colombiano (ver infografía). Comprender por qué sucede allí en mayor medida es complicado, pues además de ser un fenómeno multifactorial, a veces responde a tradiciones culturales enraizadas, como el macabro suicidio colectivo de una secta religiosa en Guyana en los años setenta. Sin embargo, ha habido tentativas por controlar el fenómeno. En Corea del Sur, por ejemplo, el centro terapéutico Hyowon de Seúl ideó una excéntrica terapia para combatir el suicidio creciente: someter a los pacientes con depresión que han intentado suicidarse a planificar su funeral, redactar su testamento, despedirse de sus seres queridos y encerrarse en un ataúd, para que reflexionen sobre su determinación y le encuentren sentido a la vida. (28)

2.10.14. SUICIDIO EN LATINOAMERICA

SUICIDIO EN VENEZUELA

“Hijos... No se vayan a molestar, aunque yo sé que es difícil, tampoco se vayan a poner triste. La cosa está muy dura y yo no quiero ser una carga para nadie, yo sé que tengo Linfoma de no Hodgkin y es preferible salir de esto ya”. Con esas palabras, transcritas en una carta que dejó en la cocina, a un cuarto de donde se encontraba el chifonier del que saltó, Ana María se despidió de sus familiares.

Madre de dos hijos, Augusto, de 45 años, y Ángela, de 32; y abuela de tres nietas de cuatro, nueve y 17 años. Ana María Perdomo, de 62 años, se ahorcó el 18 de febrero de este año, luego de que se enterara que padecía Linfoma No Hodgkin, un tipo de cáncer. La razón para tomar esta decisión, que su hijo catalogó de “valiente”, no fue el sufrimiento que es inherente a la enfermedad, ni mucho menos el miedo a morir por ella: fue la crítica situación en la que se encuentra Venezuela.

Ana María tuvo una hermana, Josefina, quien sufrió la odisea que implica padecer una enfermedad como cáncer en el país. “Aquello fue deprimente para todos”, cuenta Augusto a El Estímulo. Las medicinas resultaban inasequibles por los altos precios — si primero se corría con la suerte de conseguirlas.

Al final, Josefina murió porque la situación del país le impidió confrontar la inquisidora enfermedad. Ana María, por temor a que su familia confrontara el extenso drama que esa travesía acarrea, decidió quitarse la vida.

El caso de la señora de 62 años retumbó en todos los puntos cardinales del país. La indignación en las redes creció, pero al final quedó como un caso aislado.

Las deprimentes cifras

La escasez en Venezuela se ha incrementado considerablemente. De acuerdo con Datanálisis, el desabastecimiento en el país supera hoy 80%. Al acudir a cifras oficiales, se evidencia otros datos alarmantes: en septiembre de 2015 la escasez “de forma coyuntural” era de 22,2%; cuatro meses después, subió 28%, según cifras del Banco Central de Venezuela (BCV).

Aunado a esto, Datanálisis previó que para finales de 2016, la inflación aumentará 450%, lo que resultará en una caída del poder adquisitivo de los consumidores por lo menos del 40%, respecto a 2015.

El escenario es cada vez más deprimente para el ciudadano común. La caída del poder adquisitivo ha sido colosal, según detallan los analistas. La inflación medida de los alimentos es del 30% mensual, es decir, 1% diario, de acuerdo con el Centro de Análisis Social (Cendas). Por otra parte, según estima el Fondo Monetario Internacional (FMI), el coste de la vida durante 2015 subió 270%; este año, aumentaría 720%.

Las últimas cifras oficiales difundidas por el Instituto Nacional de Estadística, al cierre de 2012, ubican al 32% de la población en la pobreza, de los cuales 9,8% se encontraba en pobreza extrema. El catedrático en administración y politólogo, Jesús Conde, asegura que esas cifras pueden estar “maquilladas” —y aun así son preocupantes.

“Eso fue en 2013, y son cifras oficiales, es decir, que vienen del Gobierno, a quienes no le conviene que se sepa la verdad. Imagínate tres años después, cuando la escasez e inflación ha aumentado de forma descomunal. La situación es crítica”, aseguró Conde.

El panorama en las calles es cada vez más lúgubre. Las interminables colas adornan las entradas de los supermercados. Los rostros de los ciudadanos formados en la espera para adquirir alimentos no demuestran dignidad: están cabizbajo. Al ver y escuchar la antología de la desgracia, cualquier recopilación o selección de reportes en las calles en los que los ciudadanos emiten su incomodidad con el paisaje de sumisión que implica formarse por un paquete de harina PAN, se refleja lo que está ocurriendo en la autoestima del venezolano: la gente está hastiada y deprimida por la crítica situación en la que se encuentra el país.

“Nos estamos matando por comernos un pedazo de comida”, dijo un manifestante durante una protesta en el abasto Bicentenario de las Mercedes, en Caracas. “Tú vieses a mis hijos: flaquitos, muriéndose”, lamentó entre llantos un hombre en el estado Táchira. “Nuestros hijos se están muriendo de hambre”, dijo igualmente una señora en una cola hace un par de semanas. “¡Nada está bien vale!”, gritó un hombre durante una protesta por la escasez de alimentos en la Avenida Fuerzas Armadas, en Caracas.

Los testimonios que revelan la crítica situación del país son una de las pocas cosas que aún no escasean. Todo lo contrario.

Capaz para muchos aún la situación no es tan extremada. El poder adquisitivo de la clase media y alta del país ha disminuido enormemente, pero la realidad es mucho más grave de lo que a simple vista parece. El suicidio de Ana María Perdomo pudo haber pasado como un muy lamentable caso aislado. Sin embargo, la realidad es otra. Como el de ella, existen muchos otros casos que evidencian lo ordinario que se está volviendo ese fenómeno: en Venezuela, el suicidio es una opción para escapar de la severidad de la situación.

El recorrido hacia el debacle

Hace unas cuatro semanas, en el barrio Las Palmitas, al sur de Valencia, la señora Ana Pérez se quitó la vida porque no tenía nada que darle a sus hijos para que pudiesen comer. Una vecina, quien prefirió mantenerse bajo el anonimato, asegura que Ana Pérez estaba en estado de depresión desde hace varios meses. “Ella pasaba todas las noches en los supermercados para poder comprar lo que sea por un precio económico. La situación empeoró cuando ni madrugando podía conseguir alimentos”, asegura la vecina.

“Llegó un momento en el que le daba de cena a sus hijos el agua del arroz y de la pasta que se compartían entre los vecinos. Ella no soportaba esa situación. Muchas veces llegaba llorando a mi casa”, lamenta la amiga de Pérez.

Con un mecate, que estaba atado al techo de zinc, la madre de tres pequeños varones se quitó la vida al saltar de una mesa. Los familiares no quisieron comentar nada acerca del suicidio de Pérez, pero otro vecino asegura que los Pérez habían sido una familia muy alegre hasta hace unos meses, cuando la escasez se hizo inmanejable.

En otro barrio ubicado al sur de Valencia, en Tocuyito, ocurrió otro suicidio: Roberto Fermín, un hombre soltero que trabajaba en una farmacia, tomó la extrema decisión de quitarse la vida.

“El suicidio de Roberto sí nos sorprendió a todos. Él era un hombre alegre. Saludaba a todos en el barrio. Todos sabíamos que tenía serios problemas económicos. Por la escasez de medicinas, ya no vendía casi medicamentos en la farmacia, además de que nadie le compraba por los altos costos”, cuenta María Blanco, una vecina de Fermín.

“Todos lo queríamos. No dejó hijos, pero dejó a muchos amigos”, dice Blanco con cierta nostalgia.

Acceder a cifras sobre suicidios es difícil, y en Venezuela es una tarea que se vuelve imposible. Si se acude a una morgue como la de Bello Monte, en Caracas, de ninguna forma, ni los familiares ni los funcionarios, admitirán que ingresan casos de personas para las cuales despojarse de la vida se revela como la última opción desesperada para esquivar la desdicha de la existencia.

La última vez que cifras oficiales detallaron la cantidad de suicidios fue en 2012, y hablaba de un número sumamente bajo. De hecho, ese año la Organización Mundial de la Salud (OMS) ubicó a Venezuela como el tercer país en Latinoamérica en el que menos suicidios ocurren: 3,6 por cada 100 mil habitantes.

Aunado a esto, el libro Guinness World Records de 2008 otorgó a Venezuela el reconocimiento por ser el país con la población más feliz del mundo.

No obstante, 9 años después, el World Happiness Report de las Naciones Unidas (ONU), reportó lo contrario: Venezuela es ahora el país más infeliz de Latinoamérica, y el número 44 del mundo.

De acuerdo con un artículo publicado en la Revista Marcapasos, desde que se inauguró el Metro de Caracas en 1983, hasta 2009, el número de personas que se lanzaban a los rieles para intentar quitarse la vida se multiplicó por seis. Relatos recientes dan indicio de que la cifra puede seguir aumentando. (29)

Suicidio en brasil

"La gente piensa que es un crimen tener pensamientos suicidas. No debería ser así", dice Lauren Ball, una mujer de 20 años de edad, trató de suicidarse varias veces.

Seis, para ser precisos. El intento más reciente fue el año pasado.

"Sé que fue muy difícil para mi familia", dijo Ball a *a Newsbeat* programa de radio, BBC, de cara al público joven.

Disparadores

Gabbi Dix la conocía única hija, Izzy, sufría con la llegada de la adolescencia, pero no se imaginaba que el suicidio rondase sus pensamientos.

"Creo que nunca lo superaré", dice la madre de 14 años del adolescente, que en 2012 dio su propia vida, una ciudad costera en el sur de Inglaterra.

Para muchos expertos, la epidemia del suicidio juvenil tiene contornos. Y la Organización Mundial de la Salud, debe "dejar de ser un tabú": según la agencia de estadísticas, teniendo su propia vida es la segunda causa principal de muerte en todo el mundo para las personas de 15-29 años de edad - aunque, estadísticamente, las personas mayores de 70 años son más propensos a cometer suicidio.

En Brasil, la tasa de suicidios en el rango de 15 a 29 años es de 6,9 casos por cada 100.000 habitantes, una tasa relativamente baja en comparación con los países que encabezan el ranking - la India, Zimbabwe y Kazajstán, por ejemplo, tienen más 30 casos. El país es el número 12 en la lista de países de América Latina con más muertes en este segmento.

"El suicidio es un tema complejo. Por lo general, no hay una sola razón que hace que alguien decida suicidarse. Y el suicidio juvenil es aún menos estudiado y comprendido", dice Ruth Sunderland, director de la rama británica de la ONG samaritanos, que se especializa en la prevención del suicidio.

Según la OMS, 800 000 personas se suicidan cada año. Y para cada caso fatal durante al menos otros 20 intentos fallidos.

"Para el grupo de edad 15-29 años, sólo los accidentes de tráfico matan a más. Y si se analizan las diferencias de género, el suicidio es la primera causa de muerte entre las mujeres en este grupo", dice la BBC Alexandra Fleischmann, expertos de la OMS.

Diferencias

El Brasil, en este punto, a través del fenómeno contrario: tasa de suicidios de mujeres en este grupo de edad es de 2,6 por cada 100.000 personas, pero la tasa salta a 10,7 entre la población masculina. Pero entre 2010 y 2012, el último período de análisis de datos de la OMS la tasa femenina aumentó casi un 18%.

En general, una variación llama la atención: el 75% de los suicidios ocurren en países de bajos y medianos ingresos. Y las diferencias socioeconómicas parecen tener mayor impacto entre los adolescentes.

Análisis gráfico de suicidios muestra picos dramáticos de la población de 10 a 25 años en los países de bajos ingresos.

Tal "saltos" no se ven en las sociedades más afluentes, lo que sugiere un mayor riesgo de suicidio entre las poblaciones más pobres.

También en el segmento de los jóvenes, la OMS dice que más hombres se suicidan que las mujeres.

"Masculinidad y las expectativas sociales son las principales razones de esta diferencia," dijo Fleischmann.

Pero esta diferencia entre los sexos es menor en los países más pobres, donde las mujeres y los adultos jóvenes son particularmente vulnerables.

En los países más ricos, los hombres matan a tres veces más que las mujeres, pero en los países de ingresos medios y bajos, se reducen a la mitad la proporción, La intensidad también tiene variaciones regionales.

Para los expertos, los suicidios son más víctimas mortales. La investigación académica muestra que al menos el 90% de los adolescentes que se suicidan tienen algún tipo de problema mental. Éstos van desde la depresión - la principal causa de suicidios en este grupo - y se someten a la ansiedad, la violencia o la adicción a las drogas. (30)

Suicidio en Brasil alcanza nivel de "problema de salud pública" Cada 43 minutos un brasileño se quita la vida, aunque en realidad el índice de suicidios podría ser superior, pues en algunas regiones y clases sociales no se contabilizan estas muertes como tal, afirman expertos. Entre 11 mil y 12 mil brasileños se suicidan anualmente por dolencias vinculadas con la depresión, trastornos mentales, consumo de alcohol o drogas, por lo que este fenómeno se ha convertido ya en un "problema de salud pública". Los expertos alertan de un aumento de los casos entre los jóvenes y sitúan a Brasil como el octavo país del mundo en muertes por suicidios.

Ante esta problemática fueron creadas organizaciones que, como el Centro de Valorización de la Vida (CVV, en portugués), dan asistencia telefónica y por chat a quienes la necesitan, con el objetivo de que desistan de su idea de quitarse la vida. "El cinco por ciento de las personas que nos llaman tienen ya planeado suicidarse o han pensado en planearlo. En este momento lo que hacemos es escucharlas, entender qué les pasa para que se den cuenta que lo que van a hacer no tiene sentido", explica a Notimex Robert Paris, director del CVV. "Lo fundamental es dar diálogo y apoyo para que en su interior se den cuenta de la ambivalencia ante el problema y logren los recursos que creen que no tienen para luchar", agrega la fuente, cuya organización tiene más de dos mil voluntarios en 70 regiones de todo Brasil.

CVV atiende cada año un millón de llamadas telefónicas o contactos por mensajería o chats, un servicio creado hace seis años para hacer frente al aumento de la demanda por parte de los jóvenes, cuyas tendencias suicidas en aumento provocan preocupación.

"Los que más se suicidan son los enfermos, pero esas cifras son estables; las que van en aumento son las del suicidio de jóvenes", explica Paris. El CVV despliega estratégicamente a voluntarios en zonas de alto riesgo, como por ejemplo en "lugares donde se ha producido una catástrofe o una desgracia". Así, por ejemplo, en el incendio de la discoteca Kiss en enero de 2013, en el sureste del país, voluntarios de CVV fueron desplegados ante la magnitud del incidente, que causó más de 240 muertos, para que los familiares de las víctimas tuvieran apoyo psicológico. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que seis de cada 100 mil brasileños se suicidan, un elevado número que sitúa al país sudamericano a la cabeza de este triste ranking en América Latina. (31)

Suicidio en Chile

Preocupa tasa de suicidio en Chile

Ministerios de educación y salud entregaron los resultados de un estudio sobre la salud en los adolescentes, el que mostró cifras 'preocupantes'.

Según un estudio hecho entre enero y diciembre de 2011, y cuyos resultados fueron entregados este lunes por el Ministerio de Salud, al menos "un 24% de los jóvenes escolares han presentado alteraciones en su estado de ánimo, dentro de los cuales, un 1,2% ha señalado que ha tenido ideas suicidas".

El ministro del ramo, Jaime Mañalich, quien presentó los resultados del estudio junto al ministro de Educación, Harald Beyer, dijo que "Chile se encuentra en segundo lugar en el mundo luego de Corea del Sur con la tasa más alta de aumento de suicidios adolescentes".

Según la investigación, uno de los motivos de tal cifra se debe a los altos porcentajes de violencia presente en los adolescentes, donde la escolar (38%), la intrafamiliar (34,4%), trastornos psicológicos (44,5%) y consumo de alcohol en su familia (44,6%) son las que más destacan.

Mañalich se refirió a la decisión de los jóvenes y adolescentes de perder la vida ante situaciones difíciles, resultado de problemas que no muchas veces son detectados a tiempo como para prevenir algún trágico final; "Nos resulta doloroso el aumento tan violento que estamos enfrentando en las tasas de suicidio adolescente".

"Esta es una señal de alarma, una alerta roja a la cual tenemos que atender y poner todo lo que está en nuestras manos para salir de esa tendencia que es tan fatídica. Un joven que se suicida es un fracaso en toda la sociedad" señaló preocupado el ministro.

Sobre la salud física detectada entre los escolares, son problemas se originan en:

Sobrepeso y obesidad en un 46%, problemas salud bucal alterada en un 20,7%, alteraciones visuales en un 16,9%, escoliosis en un 5,1% y presión arterial en un 4,8%.

El estudio también reveló que el 11% de los adolescentes mencionó haberse sentido forzado a tener relaciones sexuales y de 240 mil nacimientos que se dan al año en el país, 41 mil del total son hijos de niñas menores de 18 años, "esto es una mala idea, porque las niñas se les agregan preocupaciones para su vida" dijo el titular de Salud. (32)

Suicidio en Chile: 1500 personas se quitan la vida al año y Aysén es la región con mayor índice

Casos como el de Franco Ferrada el joven de 20 años que intentó acabar con su vida en una jaula con Leones o de la madre de 38 años que se suicidó por una profunda depresión, junto a su hija de 4 años, en la comuna de Recoleta, no solo llaman la atención por las situaciones de salud mental y de vida que vivían sus involucrados; sino que también por cómo se han abarcado sus casos en los medios de comunicación masiva y es que hablar de suicidio no es algo que debe tomarse a la ligera, menos en un país como Chile. Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 17% de los chilenos sufre de depresión, posicionado a Chile como uno de los países con una de las tasas más altas a nivel mundial. En el mundo, según la OMS, esta enfermedad mental afecta a aproximadamente 350 millones de personas, siendo el suicidio uno de los peores efectos de ella. En nuestro país, pasamos de tener una tasa de 11 muertes por cada 100.000 habitantes el 2011, a 13,3 por cada 100.000 el 2013.

Además, anualmente se suicidan en el mundo más de 1 millón de personas, siendo la segunda causa de muerte en jóvenes con edades entre 15 y 29 años, donde Chile se ha transformado en una de las dos naciones -junto a Corea del Sur- en que la tasa de suicidio de adolescentes y niños aumenta cada año, en vez de disminuir.

¿Cuál es nuestra realidad?

El jefe del Departamento de Salud Mental del Minsal, el Dr. Mauricio Gómez, expone a Publimetro que en Chile el suicidio hace años se reconoce como un problema importante, pero que en lo concreto no está en el tope mundial. “Tuvimos un alza muy importante del 2000 al 2008, pero de este año al 2013 -según las últimas cifras validadas por el Instituto Médico Legal- ha bajado a las que existían en el 2000. No hay un aumento explosivo de casos, pero sí hay un problema que también está en el mundo. El suicidio es una conducta que aumenta con la edad, los que más lo hacen son los adultos mayores y los que menos los niños, aunque los adolescentes han comenzado a ser una preocupación importante”, afirma.

El suicidio se asocia a la presencia de un trastorno mental, asociado a una depresión, cuadro psicótico, esquizofrenia o cuadro bipolar, que acompaña a la conducta suicida, -muchas de ellas cubiertas por el plan Auge- pero esta no la explica al 100%. Siempre además, se acompaña de factores sociales asociados a la historia de la persona, muy pocas veces son casos de gente sana.

En Chile el 22% de la población sufre enfermedades mentales, según las últimas cifras. Próximamente, por primera vez se realizará una encuesta nacional completa de salud

mental para actualizar los datos que vienen desde los años 90's. Según afirma el Dr. Gómez, hoy se atienden en el país a cerca del 20% de esa población, lo cual nos implica una brecha importante de cobertura. "Quisiéramos llegar a cerca de un 40 ó 50%. Ningún país atiende al 100% porque no es posible. No siempre las personas consultan, pero a los que sí aún no somos capaces de atenderlos a todos", explica.

"Este 20% no es poco. A él se suma un Plan Nacional de Prevención del Suicidio que se implementa hace algunos años, aunque aún no de manera homogénea ni total en el país, y que es interesante porque utiliza varias líneas de trabajo. Incluye vigilancia a los intentos de suicidio, con seguimiento y el trabajo adecuado a nivel familiar. Además incluye un trabajo intersectorial con escuelas, capacitación de equipos de salud y medios de comunicación. En el país se ha implementado en las 15 regiones, pero en algunas con más fuerza por tener recursos especiales", agrega.

A nivel nacional, la autoridad aclara que en lugares como Coyhaique, o Iquique hay mayores tasas, destacando que el trabajo se divide por comunas pues por ejemplo, Alto Hospicio es una que tiene una alta cantidad de suicidios. A eso se suma, un sistema informático de vigilancia del suicidio en el que trabaja el Minsalud para tomar casos de todo el país.

Otro factor que además podría influir sería la desigualdad, pues está comprobado que podría desencadenar trastornos mentales. Chile es de los países con mayor desigualdad, según la OCDE, donde tenemos un índice Gini de 0,52 y donde 0,4 se considera como un índice preocupante, pues son naciones donde hay riesgo de trastornos mentales, violencia, inestabilidad y malestar social.

La prevención como una clave

En el mundo, existen más muertes por suicidios que las que hay anualmente por el conjunto de todos los conflictos bélicos que asolan al planeta, de hecho, cada 40 segundos alguien se suicida en el mundo. En Chile existe una fundación llamada José Ignacio, la cual nació a raíz del suicidio de un joven de 20 años -del mismo nombre- la cual incluye a un grupo de personas de diferentes edades, profesiones y actividades, que buscan ayudar a niños y jóvenes a recobrar el sentido de la vida, a apoyar a padres que han perdido a sus hijos a raíz

del suicidio y además que busca informar y sensibilizar acerca del tema, apoyando con su prevención.

Su directora -y madre de José Ignacio- Paulina del Río, explica Publímetro que la prevención es fundamental en evitar atentados contra la vida. “Estudios han demostrado que los procedimientos tradicionales limitados a la farmacología general no dan resultado. Es necesario agregar una serie de otros factores, como algunos que realizamos en la fundación que son: la escucha empática y el acompañamiento. Las personas hoy necesitan ser escuchadas, no estar dopados”, aclara.

Paulina cree que un gran factor para el suicidio, especialmente en adolescentes, es que las personas han perdido el sentido de la vida. Se preguntan a qué vinieron al mundo, qué lugar ocupan o son afectados por la pérdida de la vida comunitaria, familiar, el estrés, entre otras cosas. “El mundo se ha transformado en algo individualista, guiado por el éxito que lo dan los otros, no el que cada uno necesita tener. Mientras más vulnerable, o sensible, más cuesta adaptarse a este sistema que no protege, ni se preocupa del real bienestar de sus habitantes”, enfatiza Del Río.

La directora de Fundación José Ignacio llama a revisar las señales. “Nunca se pueden ignorar. La gran mayoría de los suicidas avisan de una u otra manera hablando de que no van a estar en el futuro, o derechamente diciendo ‘me voy a morir’ o ‘me voy a matar’. Es importante preguntarles con mucha calma, es difícil, pero hay que decirles si han pensado atentar contra su vida, cómo, cuándo y mientras más evidencias, más riesgo hay”. Este es un problema que atraviesa a todas las clases sociales, pero la gente simplemente no lo habla”, explica agregando que “Hay que derivar a las personas al consultorio u hospital que les corresponde por comuna. Nosotros en la Fundación también ofrecemos un mail, un chat y la posibilidad de escuchar, de orientar, porque también en el sistema público muchas veces ha llegado gente de riesgo alto y los profesionales, al estar saturados, los pueden ver una vez cada uno o dos meses. Eso es crítico”, reflexiona sobre el estado de Chile.

A eso se le suma un llamado a los medios de comunicación, quienes jugamos un rol elemental en la prevención del suicidio. El Dr. Mauricio Gómez explica que cuando los “medios comunican excesivamente o en forma sensacionalista los métodos de atentar contra la vida, fomentan la imitación del suicidio propiciando nuevos casos. Hay que

informar, pero no hacerlo en titulares de primera página, no informar el método, no mostrarlo como algo heroico, si no más bien como una información respetuosa, neutral y con menos relevancia” (33)

Hay más suicidios que homicidios en la Argentina

En el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, especialistas alertan de no banalizar los intentos de aquellas personas que quieren quitarse la vida.

La tasa de mortalidad por suicidios supera la de homicidios en Argentina, advirtieron especialistas, y exhortaron a "no banalizar" los intentos por quitarse la vida, al asegurar que el 20% de las personas que lo intentó una vez "vuelve a realizarlo al año".

Los suicidios tienen una tasa de 7.2 cada 100 mil habitantes, según cifras del ministerio de Salud citadas en un informe difundido por el Instituto de Neurociencias Buenos Aires (Ineba) en el marco del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, que se conmemora mañana.

El estudio sostuvo que "la cifra supera a la de muerte por homicidios, que actualmente es de 5.2" en el país.

"El ahorcamiento es uno de los métodos más usados en ambos sexos, mientras que el envenenamiento predomina en mujeres y el uso de armas de fuego, en hombres", reportó la investigación. El director de Psiquiatría y Salud Mental de Ineba, Horacio Vommaro, explicó que "en la prevención del suicidio hay que tener en cuenta la modalidad clínica con la que se presenta".

"En ningún caso hay que banalizar el intento suicida, ya que el 20% de las personas que lo intenta una vez, vuelve a realizarlo al cabo de un año y el 50%, luego de cinco", destacó el especialista.

En ese sentido, expresó que "es importante valorar la gravedad y la probabilidad de reiteración a través de considerar diferentes factores" y mencionó la "severidad del intento suicida (impulsivo o premeditado), la gravedad de la tentativa autolítica (método utilizado), la historia personal y/o familiar y los factores socio-culturales". Vommaro consideró "fundamental" evaluar "la red vincular, comenzando por la familia y los vínculos significativos" de las personas que intentan suicidarse.

"En los intentos o suicidios de menores hay que considerar el sentimiento de desvalimiento, de des-auxilio y de des-ayuda correspondiente a sentir que el otro del cual dependen los cuidados básicos no responde al llamado", dijo el especialista. El director de Psiquiatría y Salud Mental de Ineba advirtió la importancia de prevenir los suicidios y, en ese sentido, pidió "tener en cuenta algunas conductas que indican posibilidades de riesgo".

Conductas

"Estas conductas pueden manifestarse como retraimiento, apatía, encierro y trastornos del sueño", expresó el especialista, y pidió permanecer en alerta "cuando hay reiteradas alusiones a la muerte o amenazas de suicidio o sentimientos de angustia y desesperanza".

Asimismo, explicó que la consulta temprana permite prevenir intentos futuros y la organización de la estrategia terapéutica más adecuada para cada situación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como "el acto deliberado de quitarse la vida" y manifiesta que se trata de "un acto de violencia que genera para los individuos, las familias, las comunidades y los países, graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud". Un millón de personas se suicida en el mundo por año, reportó el informe y advirtió que el número de decesos "aumenta considerablemente en adolescentes y jóvenes y es un acto que se da más en hombres que en mujeres".

"El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción en el grupo de personas de entre 15 y 44 años y es la segunda causa de fallecimientos en el grupo de niños y jóvenes de entre 10 y 24 años". (34)

Suicidio de Ecuador

La Organización Mundial de la Salud (OMS) instó este jueves a todos los países a que eleven sus esfuerzos en la prevención de suicidios, pues las cifras son alarmantes: cada 40 segundos, una persona se quita la vida en algún lugar del mundo.

Según la directora general de esta organización de Naciones Unidas, Margaret Chan, los suicidios son una gigantesca tragedia cuya cifra ascendió a más de 800.000 en 2012 en todo el mundo, aparte de las muchas personas que intentan quitarse la vida sin lograrlo.

Además, en el informe "Prevención del suicidio, un imperativo global", presentado este jueves en Ginebra, la OMS subraya que las cifras podrían ser superiores, pues el suicidio es un tema muy sensible e incluso ilegal en algunos países. Y destaca que el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años en todo el mundo.

Según estos datos, al 2012 la tasa de suicidio en Ecuador, respecto al año 2000, aumentó un 3,4 %. En la división por sexo, la tasa de suicidios femeninos disminuyó un 8 %, mientras subieron un 9 % los suicidios masculinos.

El informe especifica, sobre Ecuador y otros países, que el registro civil cuenta con baja cobertura y alta proporción de muertes por causas indeterminadas.

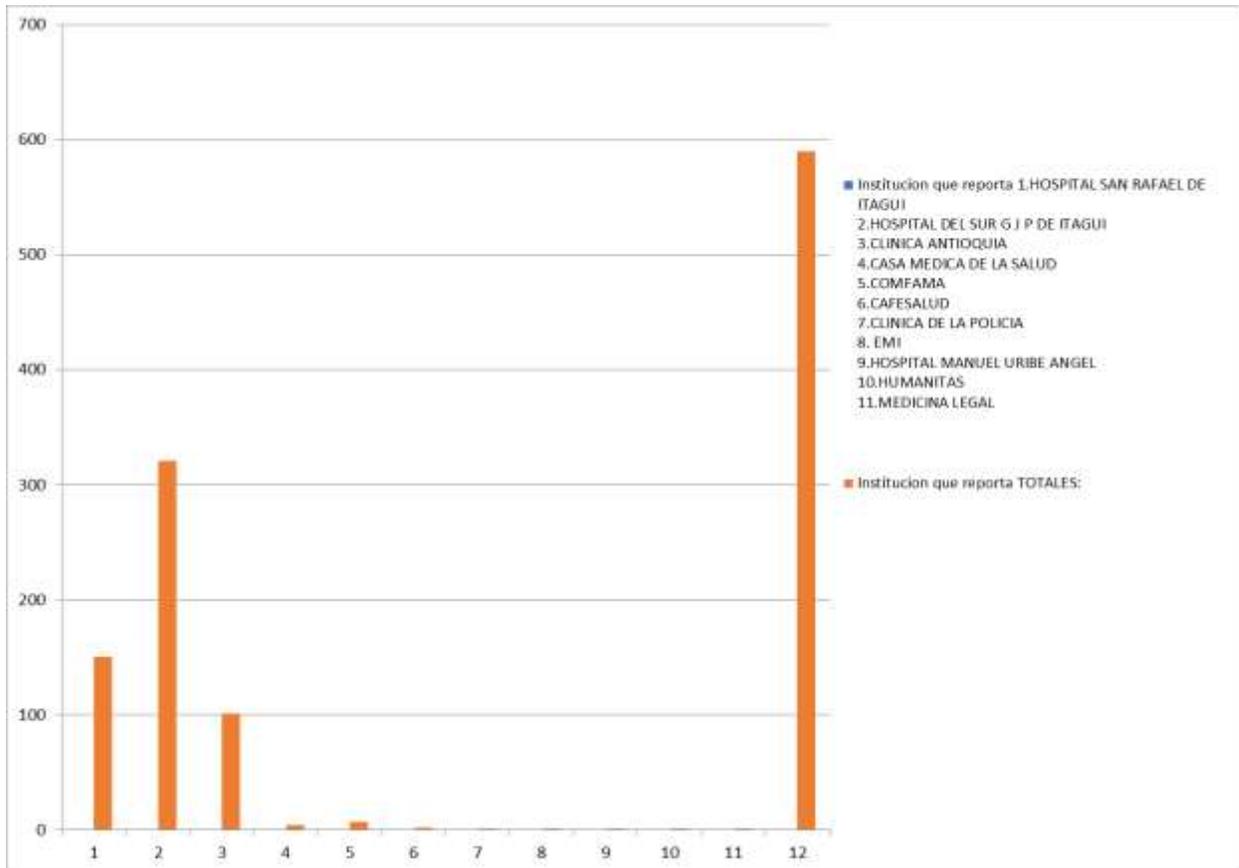
En tanto, el mayor descenso tuvo lugar en Venezuela con un 61,3 % menos de suicidios, hasta los 748; mientras en Argentina disminuyó un 17,1 %, y en un 27,1 % Sin embargo, la tasa de suicidio aumentó en un 16,6 % en México, hasta los 4.951, y un 14,3 % en Chile, hasta los 2.262.

Sin embargo, subrayó Chan, "es posible evitar los suicidios". Aunque lamentó que hasta ahora solo haya programas de prevención en 28 países. Y recordó que los 194 Estados miembro de la OMS aprobaron el año pasado un plan de acción para reducir la tasa de suicidios en un diez % antes de 2020.

"No se trata solo de un grave problema de salud pública en países desarrollados", señala el informe. "De hecho, la mayoría de suicidios se producen en países con ingresos bajos y medios, donde los recursos y servicios (de prevención), si los hay, son a menudo escasos y limitados". (35)

3. ANALISIS

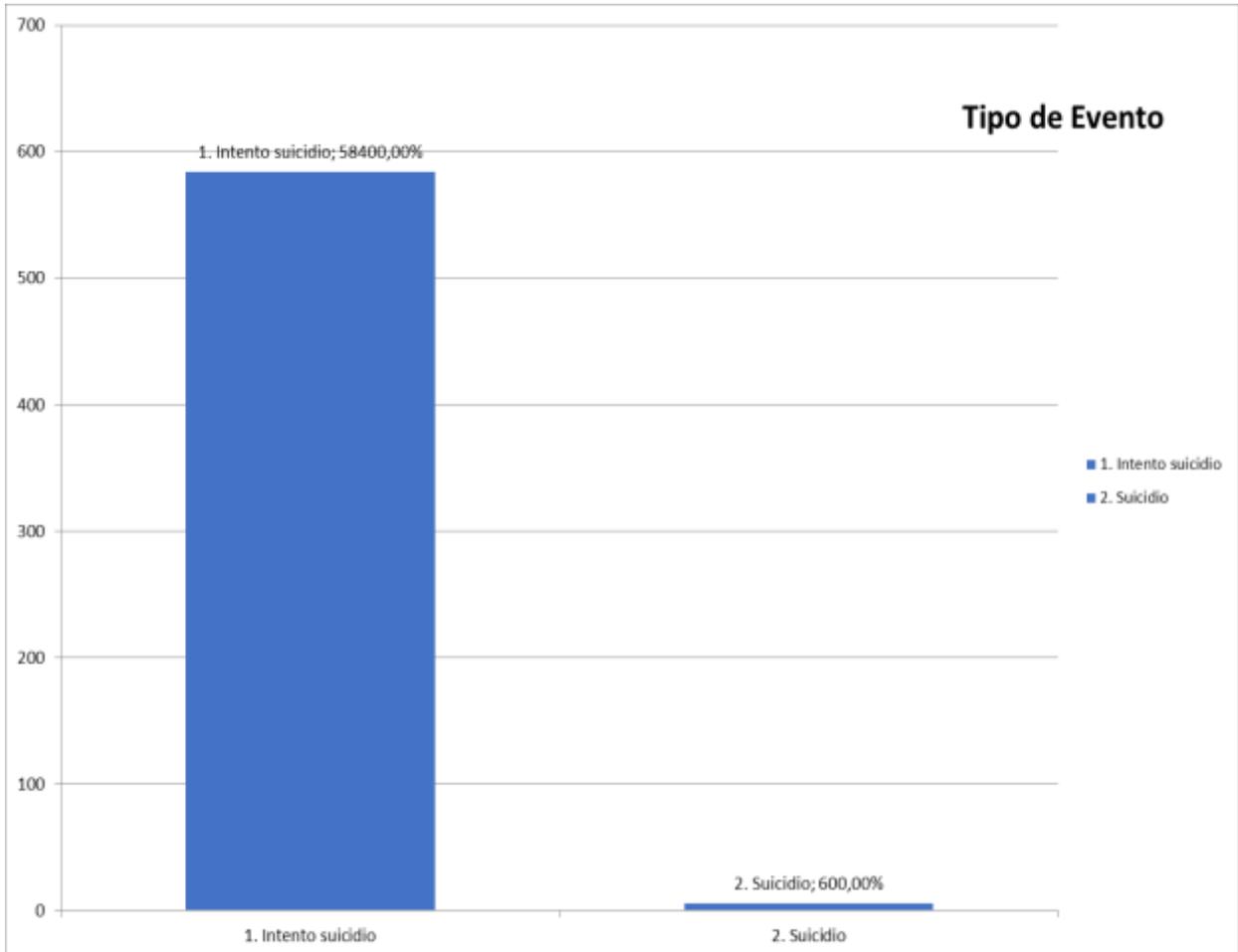
Gráfica 1 Institución que reporta



INSTITUCION QUE REPORTA

Como se puede observar en la diapositiva el hospital del sur es el que a realizado un reporte más detallado y sistemático frente a los pacientes con intento de suicidio seguido del hospital san Rafael de Itagüí y clínica Antioquia

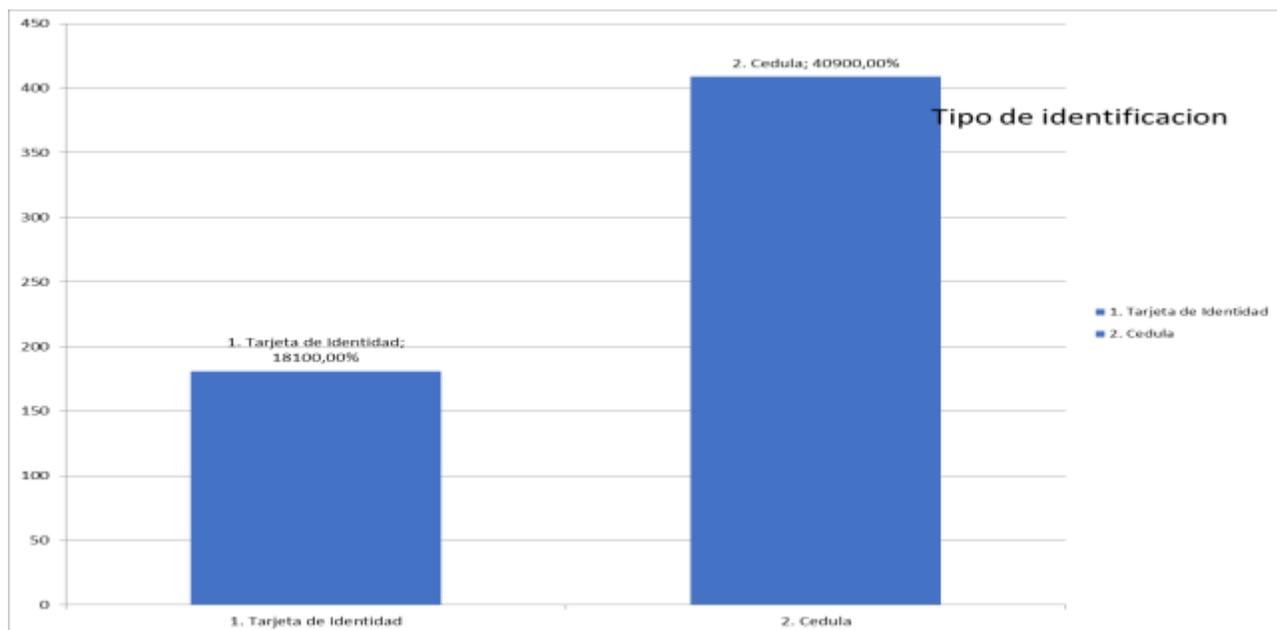
Gráfica 2. Tipo de evento



TIPO DE EVENTO

A partir del reporte dado por los hospitales y las clínicas del municipio se puede ver que en un 1.02% se dio el suicidio consumado lo cual no implica que sea la realidad que da el municipio ya que muchos de estos suicidios puede que no hayan llegado al lugar de atención., o sean atendidos por otros medios, (para obtener un dato más verídico sin ser totalmente exactos tendríamos que obtener los datos de seccional de salud y organismos de socorro)

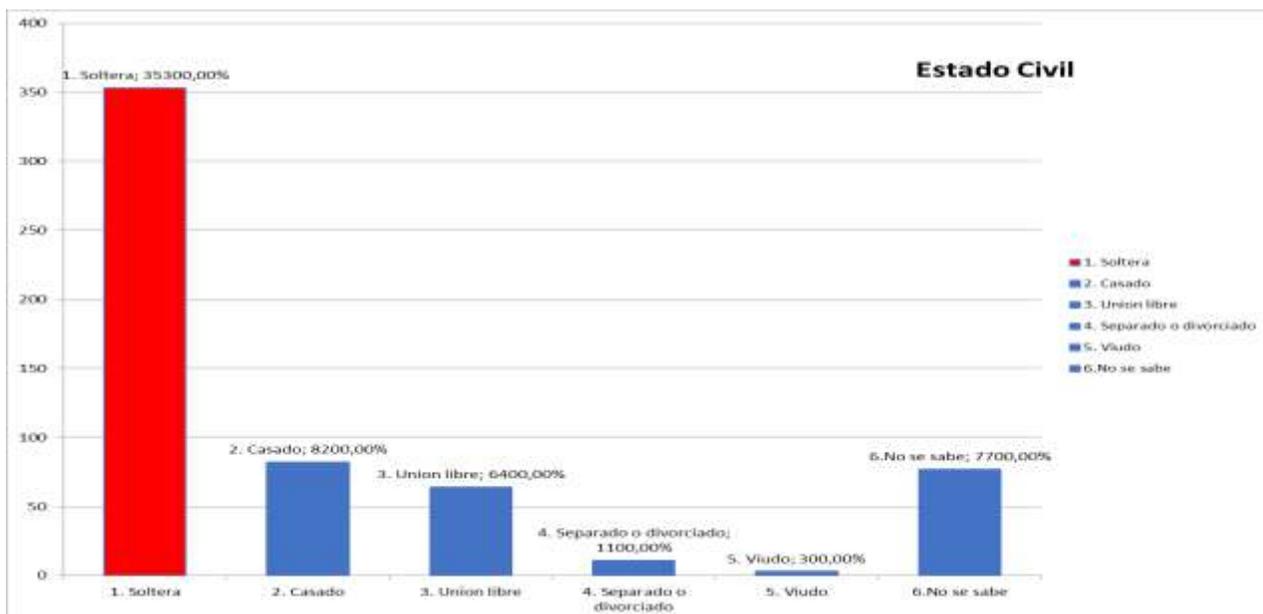
Gráfica 3 Tipo de identificación



TIPO DE IDENTIFICACION

Como se puede observar en la diapositivas la principal población afectada por la problemática de intentos de suicidio es la población mayor de edad con 69.32% lo cual quiere decir que son personas comprendidas en edades entre los 18 y 30 35 años que son la población universitaria por adulto joven el cual puede que se deba esta situación, a falla en elección de carrera problemas de matrimonio problemas maternidad ingreso a vida laboral lo cual genera un nivel de estrés dinámicas familiares lo cual va a influir a que se tome esta decisión, como se puede ver la población el 30.68% restante es una población menor de edad que se comprende también según lo que se le pudo tabular resultados poblaciones entre los 15 y 18 años los cuales son estudiante bachilleres en los últimos años y primeros semestres de universidad donde se puede observar que son jóvenes que no manejan bien su vida amorosa y desafío de la vida universitaria abusos de sustancia, tendencia sexual.

Gráfica 4 Estado civil

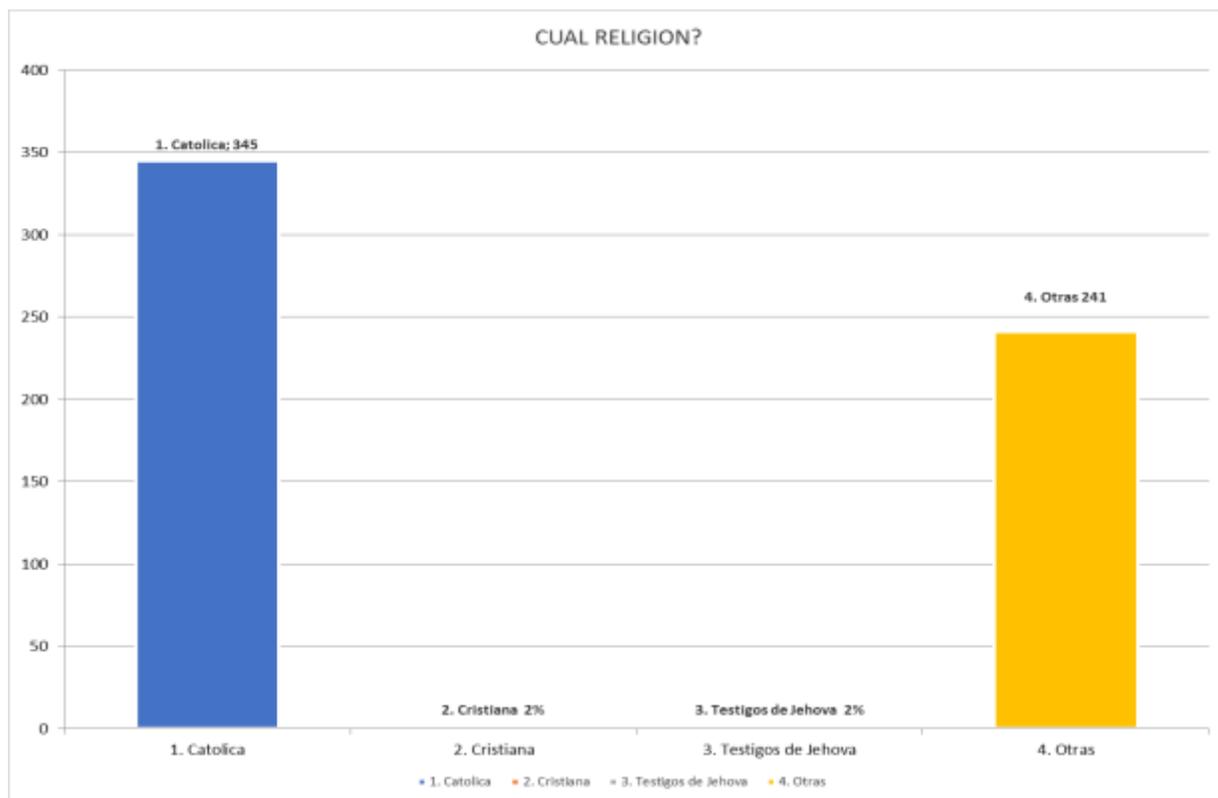


ESTADO CIVIL

Según lo relacionado con lo que se ve en las teorías la población más vulnerable del intento de suicidio es la población soltera esto se puede deber a que es una población que está más expuesta ya que no tienen un apoyo para emocional para enfrentar los problemas cotidianos los desafíos de la vida (problemas de soledad que se asocian a la depresión).

Como se puede ver en la gráfica y en relación con lo que se puede ver en la teoría las personas que están con una pareja a su lado sea en el matrimonio o en la unión libre tienen un factor protector que puede influir en la disminución frente a la población soltera. y el viudo que tiene que es un 0.51% lo más seguro que se puede analizar es que solamente fue un reporte de un solo paciente de los que se reportan al hospital sin que implique esta población no es una de las más vulnerables.

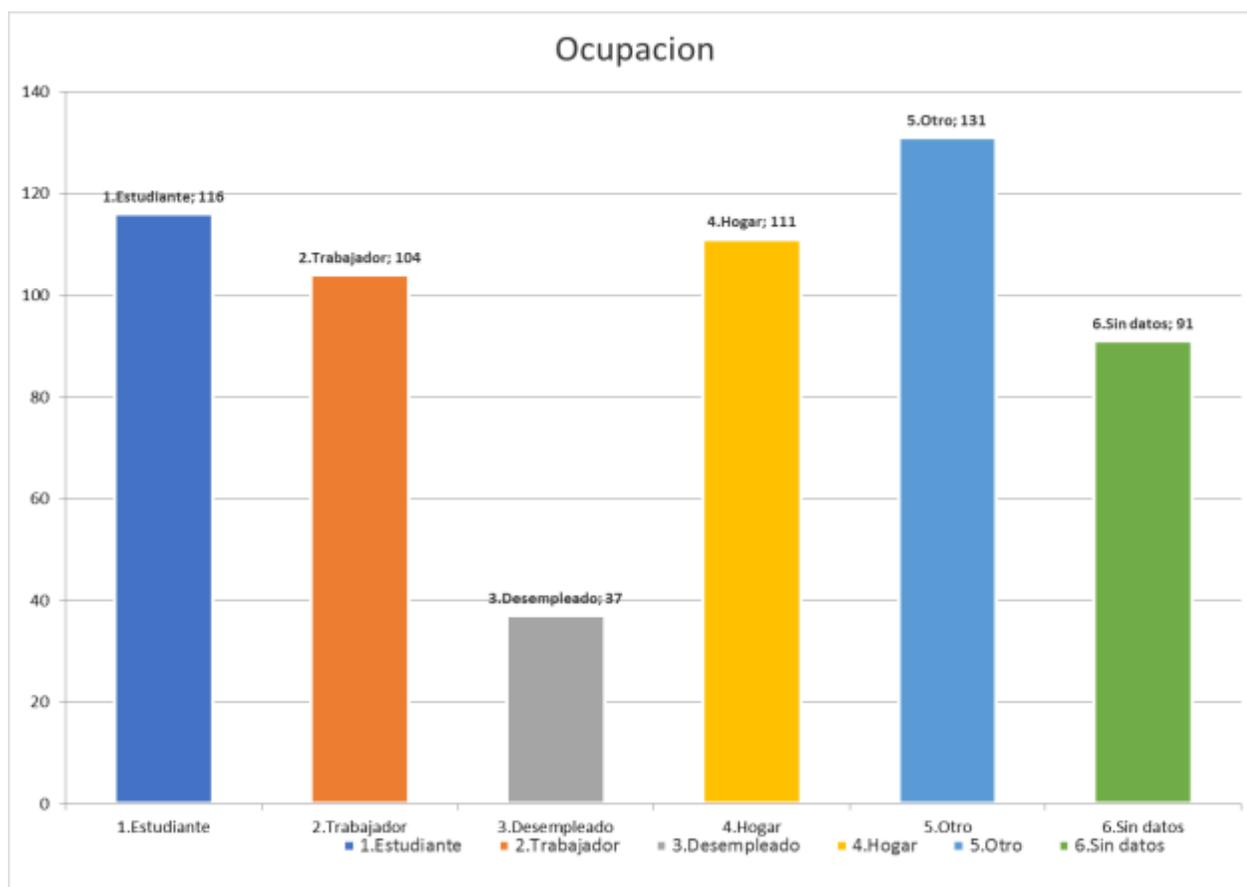
Gráfica 5 Religión



RELIGION

En la gráfica la principal religión que se ve reporta frente al tema del suicidio fue la religión católica esto se puede deber a que en la población colombiana especialmente el población antioqueña la mayoría del porcentaje poblacional son la religión católica y se puede evidenciar de manera más fuerte en la religión católica más “permissiva”. según lo que se puede valorar en al diapositiva el factor de practicar alguna religión no es un factor preventivo ni protector para la personas que fueron encuestadas ya que fue la población que más accedió al intento de suicidio o al suicidio por el contrario las personas que no practica con un porcentaje significativo de 140 lo cual puede confirmar que son gente que tienen crisis existencial o un vacío existencial y que por lo tanto ven en el suicidio una solución a sus problemas, sin datos posiblemente sea gente que le dé pena decir a que religión pertenecen.

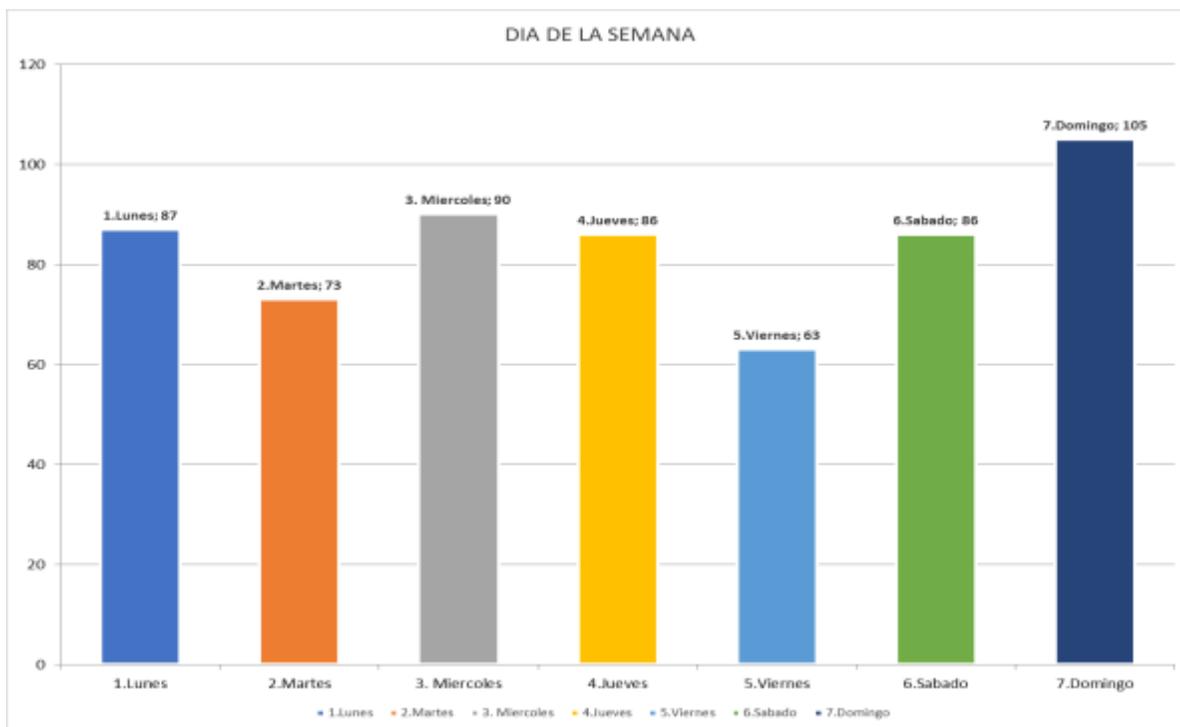
Gráfica 6 Ocupación



OCUPACION

Como se observa en la gráfica una población significativa no reporto datos que fue el 37% con otra ocupación o sin datos pero a continuación estudiante con un 20 % lo cual se relaciona y confirma lo visto en diapositivas anteriores donde se ve que la población más vulnerable son los estudiantes de último mes de bachillerato y primeros semestres de universidad que es la población comprendida en los 15 y los 20 años esto confirmaría esta diapositiva, seguido del 19% que es el porcentaje de hogar lo cual puede deberse a que una población que se encuentra aislada de actividades sociales sin sentirse productivas en la vida social, seguido por un 18% que es el trabajador lo cual se ve reflejado al nivel de estrés y lo cual se puede relacionar también con los factores de la ubicación la parte urbana que son personas que están constantemente trabajando que se enfrentan al estrés laboral y a las demandas de la vida diaria.

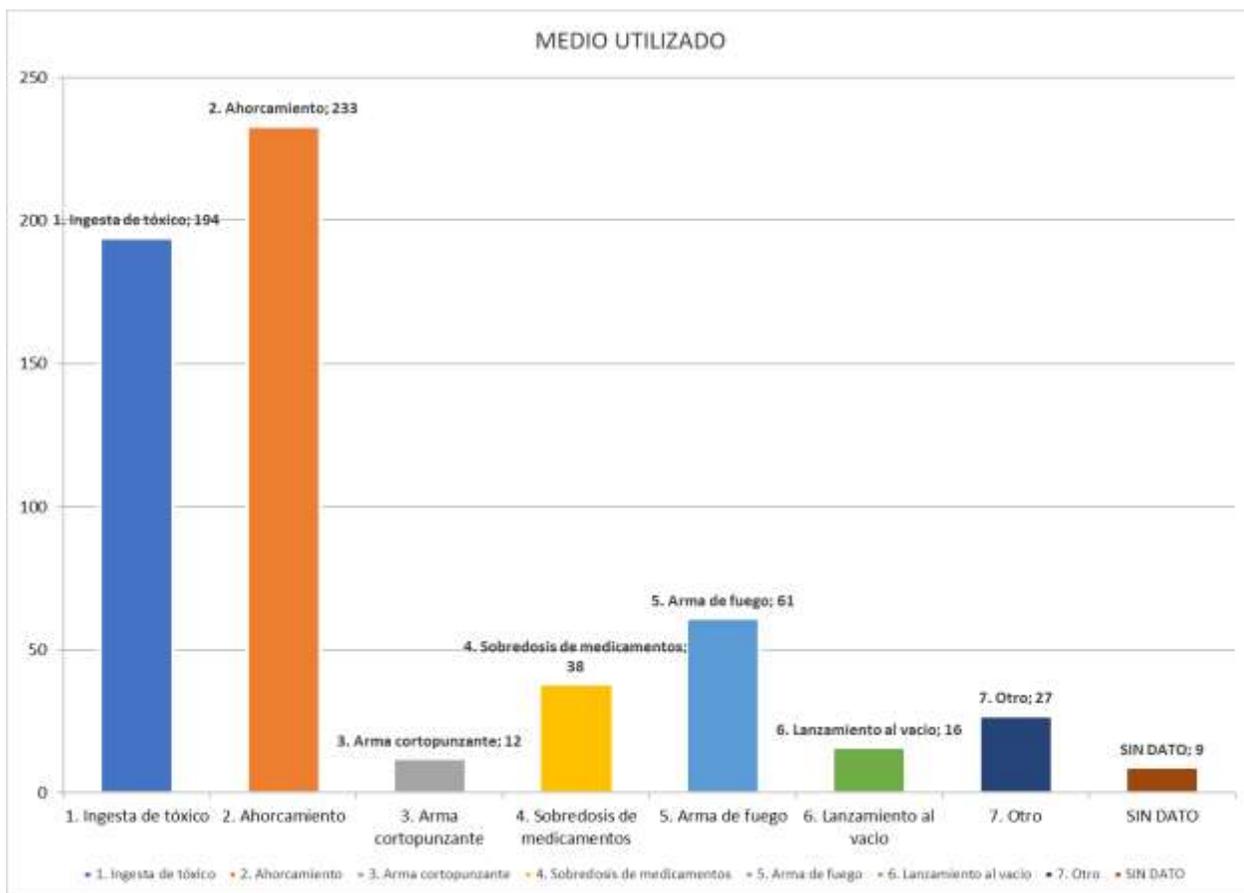
Gráfica 7 Día de la semana.



DIAS DE LA SEMANA:

Lunes, miércoles y sábado, tienen el mismo porcentaje el día de mayor incidencia es el domingo el día de menor incidencia queda la duda del martes que es el menor porcentaje

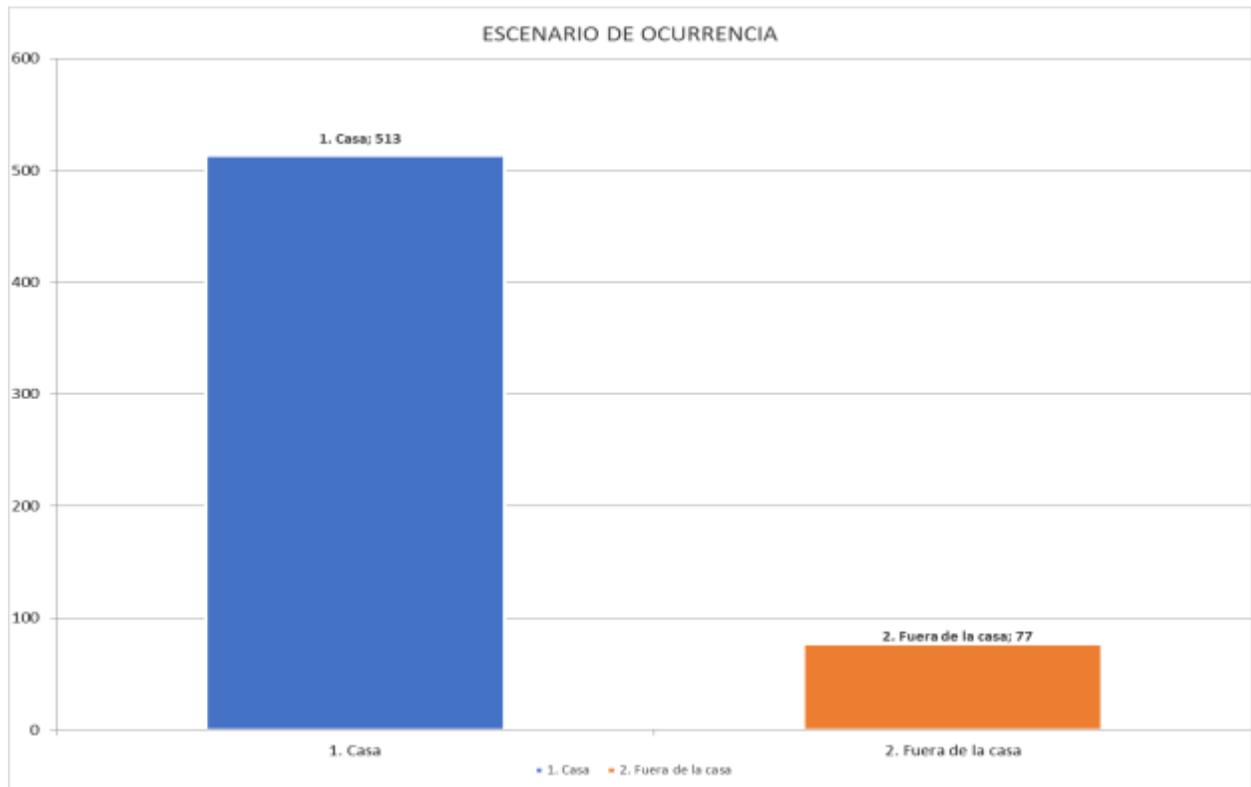
Gráfica 8 Medio utilizado



MEDIO UTILIZADO

El principal medio utilizado es el ahorcamiento con un 233 esto se confirma con que el principal medio es el ahorcamiento y es utilizado por los hombres ya que las mujeres somos más sutiles y usamos otros medios , ya que la principal población que intenta suicidarse son los hombres esta diapositiva nos estría confirmando esto porque nos demuestra que el ahorcamiento y que la ingesta de tóxicos son las principales, esto seguido por arma de fuego con un porcentaje de 61%el cual también es más utilizado por hombres que por mujeres

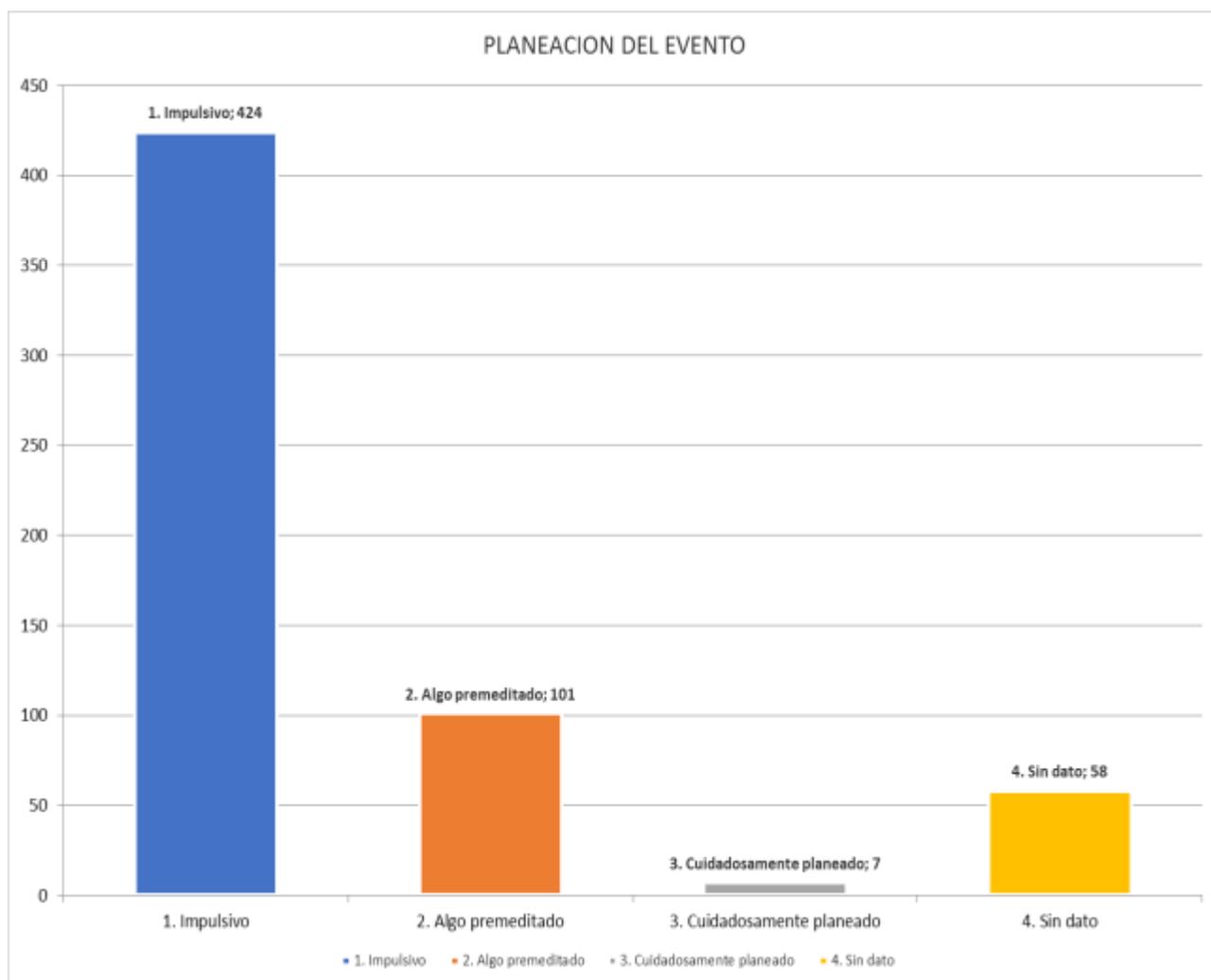
Gráfica 9 Escenario de ocurrencia



ESCENARIO DE OCURENCIA:

Esta diapositiva nos demuestra que dependiendo del lugar del evento es fuera de la casa está llamando la atención porque quieres hacerlo en un lugar público o en el trabajo donde sabes que todo mundo va a buscar ayuda para salvarte la vida ya que cuando se hace en la casa tiene más medios para controlar el ambiente ya que sabes a qué horas se duermen todos, a qué horas la casa queda sola, conozco las vigas de la casa es un lugar que controlo y es un lugar donde tengo el conocimientos para conciliar el acto ya que es más intento de suicidio que ideación suicida y es un lugar que tengo conocimiento comodidad yq ue puedo manejar mejor y puedo manejar las variables ya que afuera no sé si alguien va a tratar de impedirlo.

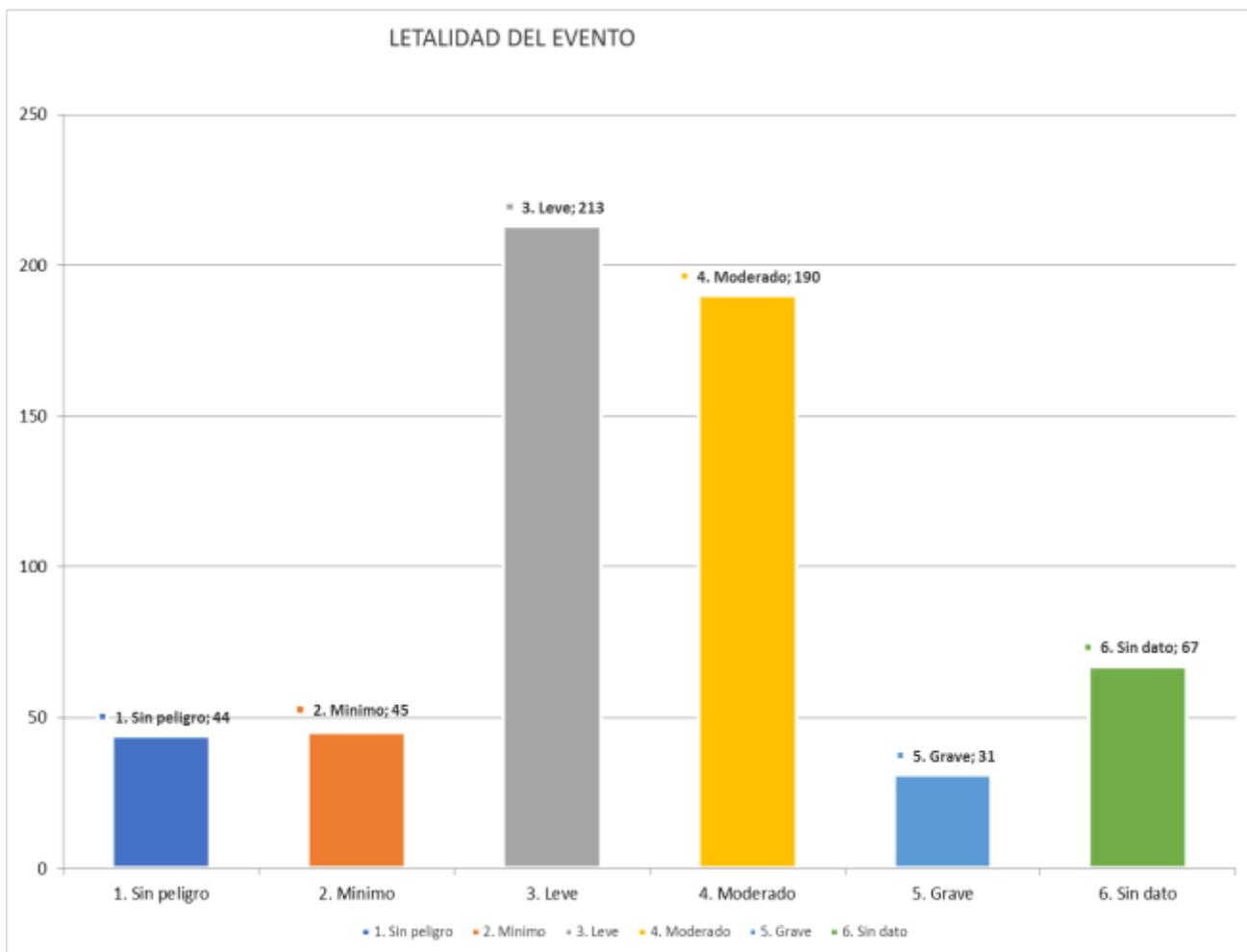
Gráfica 10 Planeación del evento



PLANEACION DEL EVENTO:

Esto confirma la diapositiva anterior ya que las mujeres tienen más ideación suicida, pero lo piensan más; por eso no lo hacen tanto.

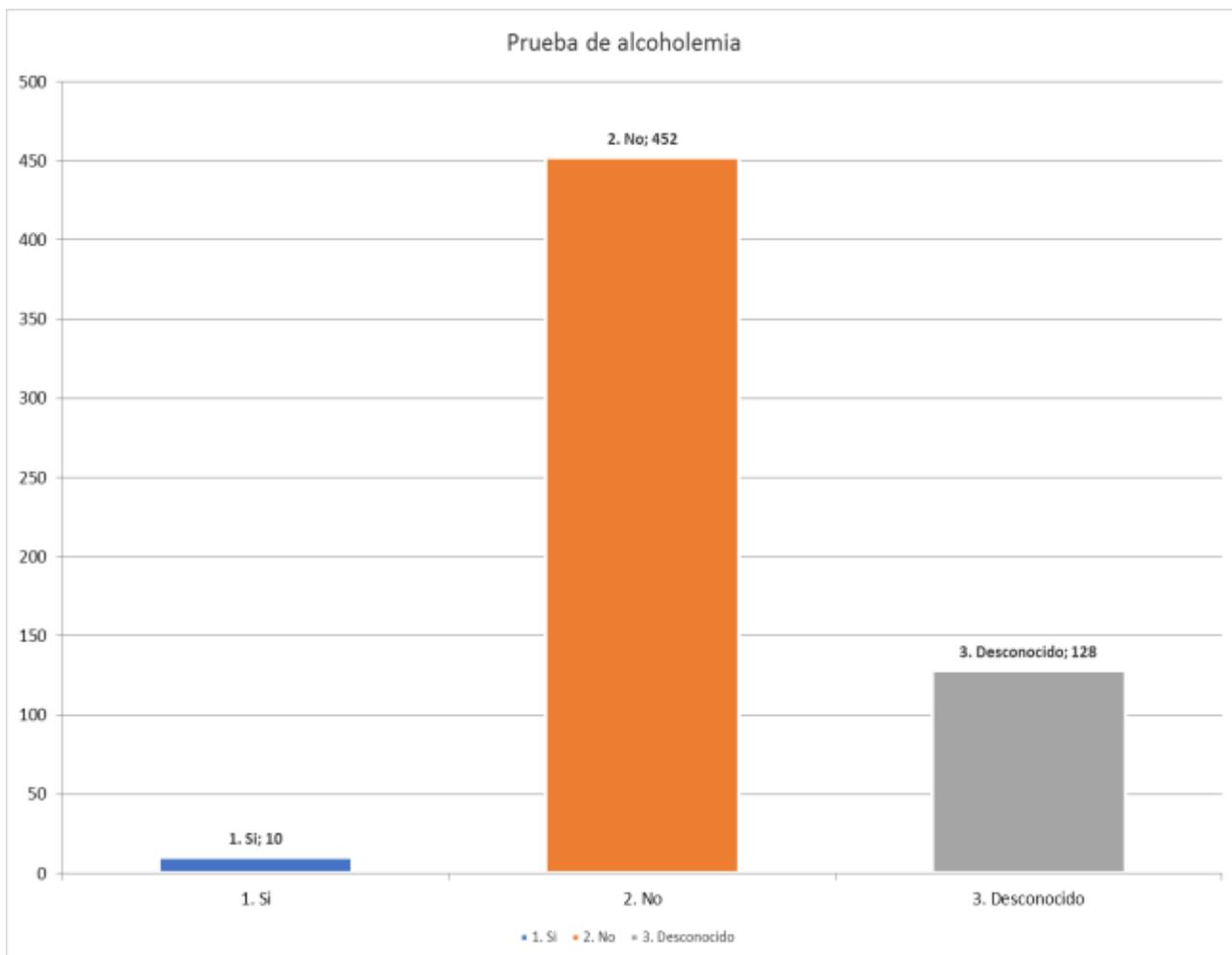
Gráfica 11 Letalidad del evento



Letalidad del evento

Aquí puede evidenciar la delgada barrera que estos pacientes están dispuestos a enfrentar, ya que es muy alto el índice de personas que pueden perder la vida por dicho acto o quedar con secuelas permanentes, el índice de personas que sufren lesiones leves son el foco de atención al que debemos prestar más ayuda, mas seguimiento, mas acompañamiento psicosocial a él y su familia.

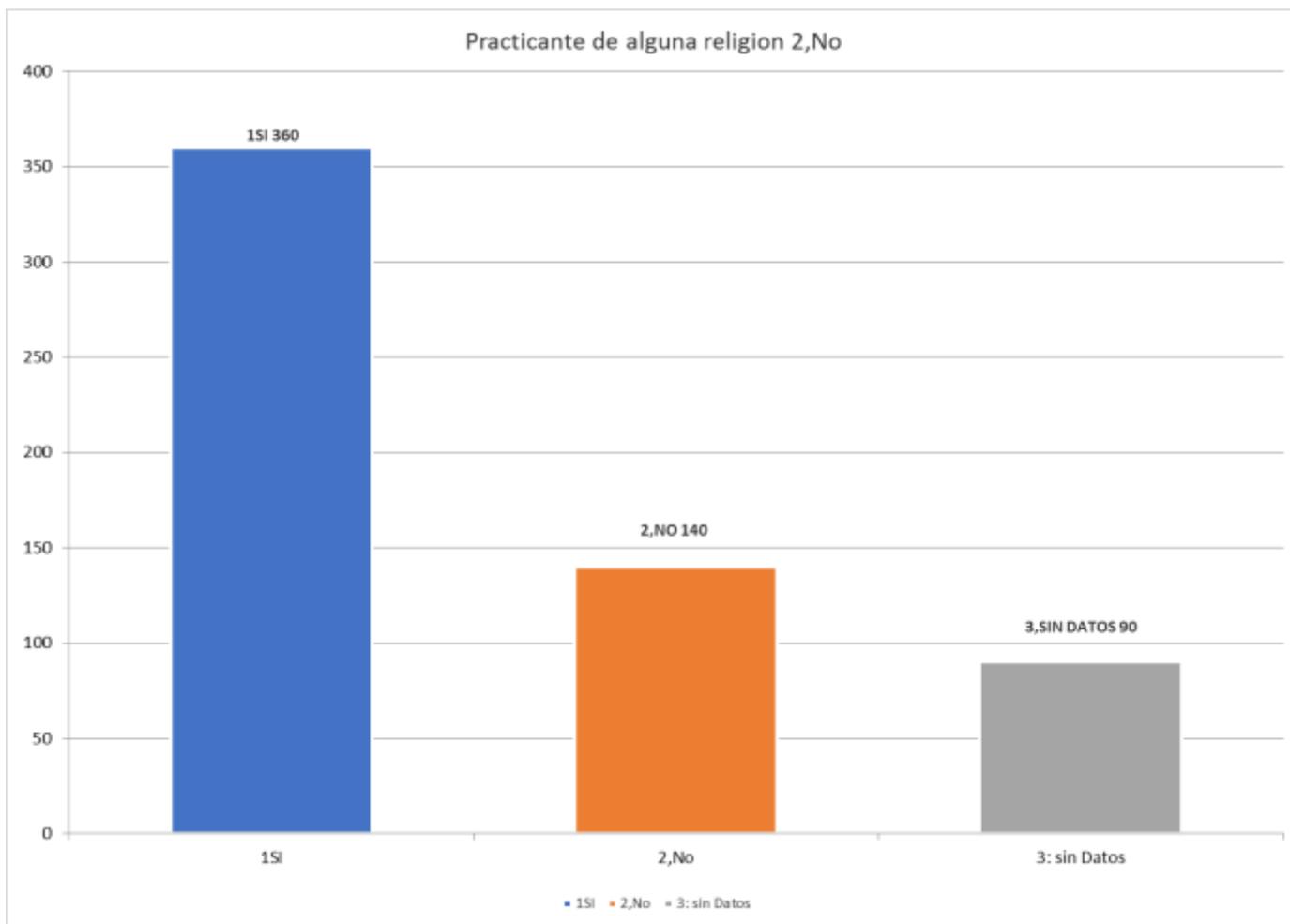
Gráfica 12 Prueba de alcoholemia



PRUEBA DE ALCOHOLEMIA

Como se puede analizar en esta diapositiva el mayor porcentaje no se le realizó prueba de alcoholemia lo cual quiere decir que las autoridades de fueron al evento consideraron que no era necesario no se relacionaba con la situación apremiante y se puede observar 128 esta desconocido lo cual posiblemente si fueron personas que estaban bajo el consumo del alcohol pero no se reportó el dato

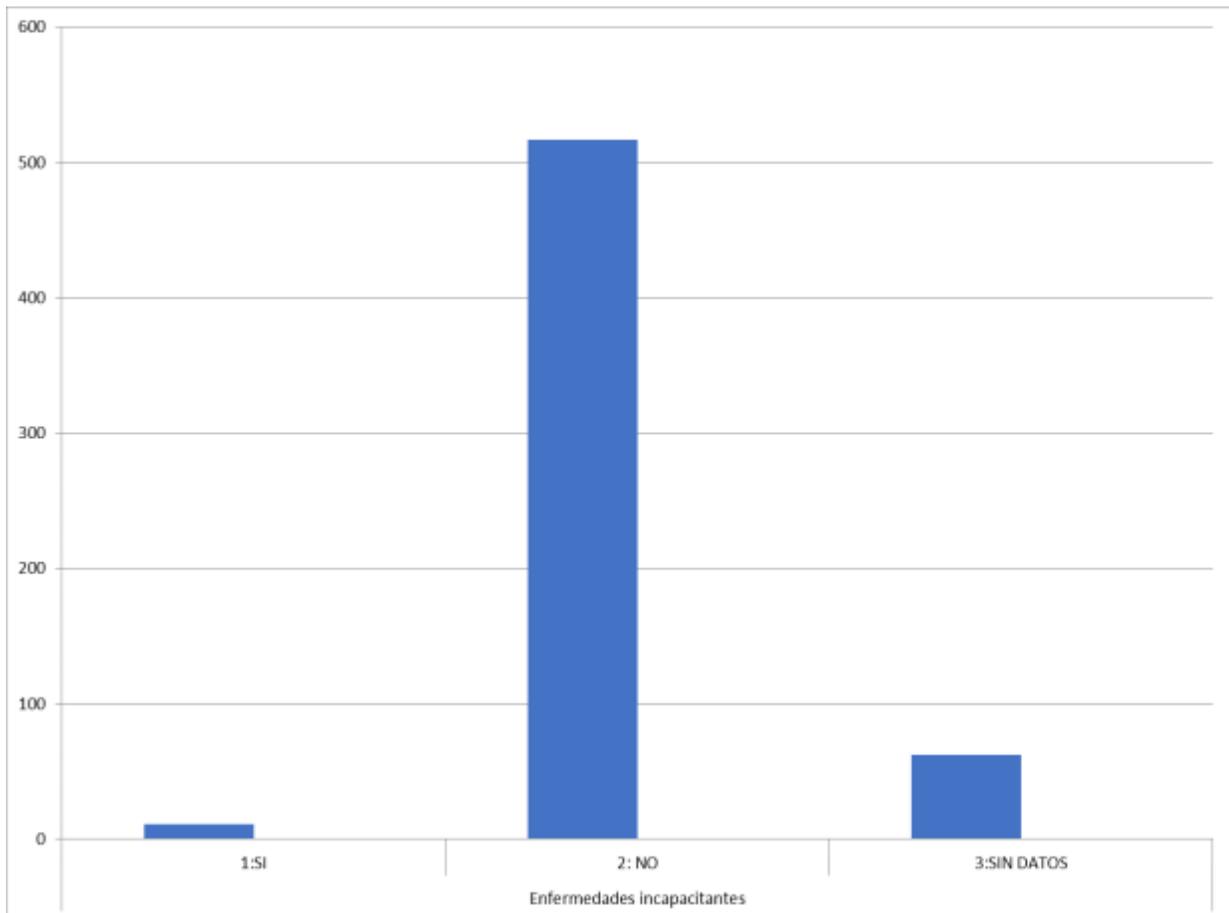
Gráfica 13 Práctica algún culto



RELIGION:

según lo que se puede valorar en al diapositiva el factor de practicar alguna religión no es un factor preventivo ni protector para la personas que fueron encuestadas ya que fue la población que más accedió al intento de suicidio o al suicidio por el contrario las personas que no practica con un porcentaje significativo de 140 lo cual puede confirmar que son gente que tienen crisis existencial o un vacío existencia y que por lo tanto ven en el suicidio una solución a sus problemas, sin datos posiblemente sea genta que le dé pena decir a que religión pertenecen.

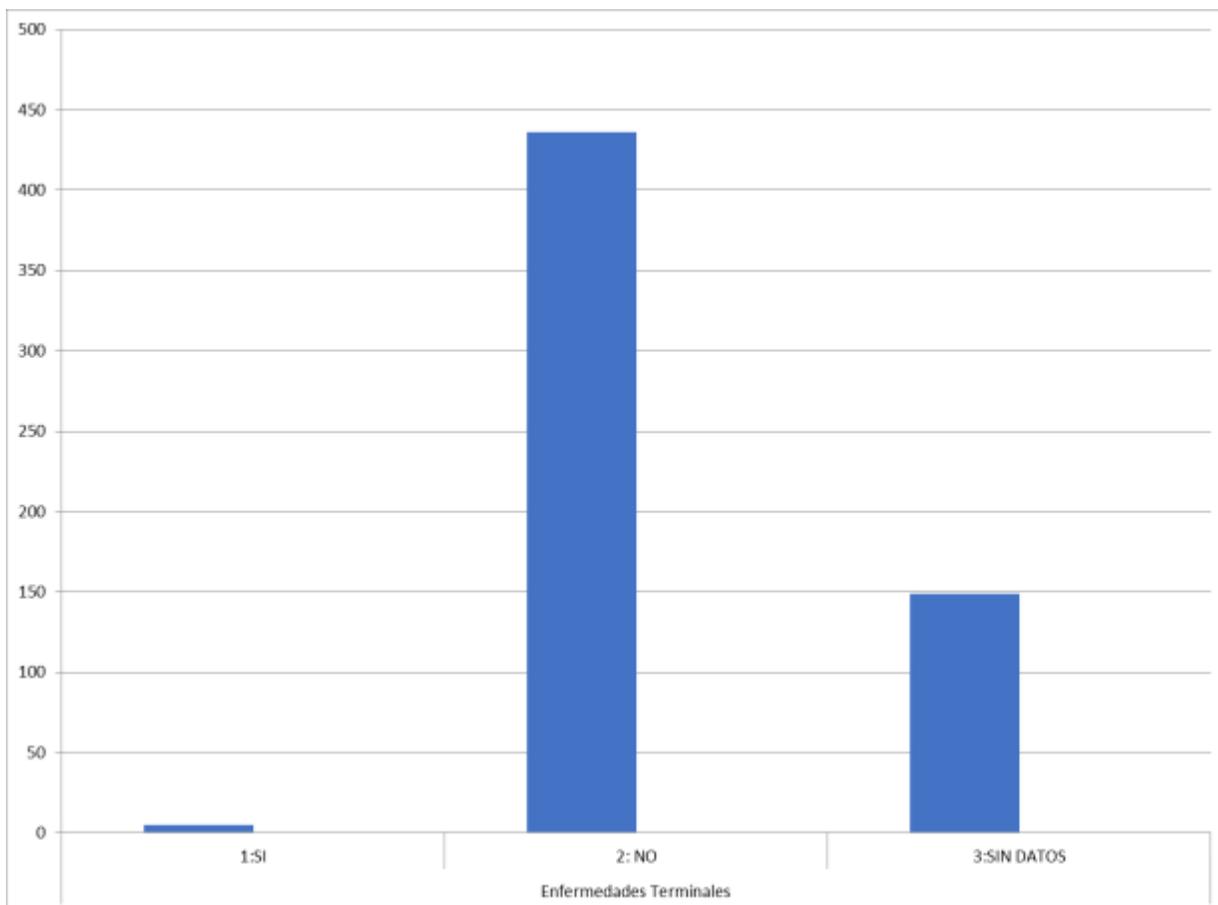
Gráfica 14 Enfermedades



ENFERMEDADES INCAPACITANTES

Esta grafica presenta coherencia con la situación por que una persona con una enfermedad incapacitante es una enfermedad transitoria temporal lo cual no le va a generar ese grado de malestar para intentar quitarse la vida pero muchas personas pueden tomar la decisión solo por nol sentirse como una molestia para otros hay que estar vigilantes.

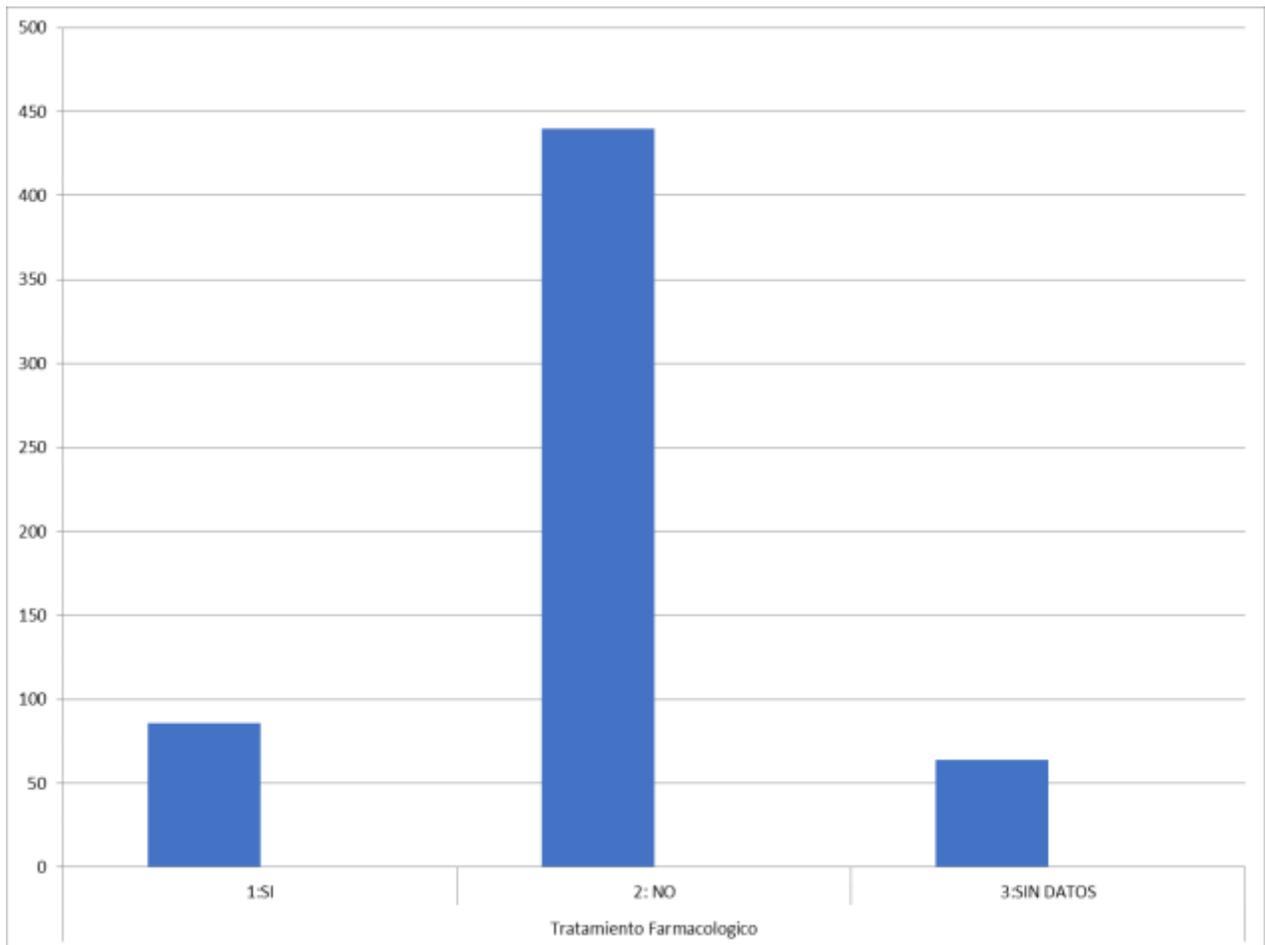
Gráfica 15 Enfermedad terminal



Enfermedad terminal

En esta grafica ya es una realidad la enfermedad te va a deteriorar tanto física como moralmente, ya te has convertido no solo en un enfermo si no en un sentenciado a muerte y las personas antes de llegar al periodo de deterioro total de dolores sin descanso, de olores desagradables para otros, de llegar a ser una real carga quizá no tener el dinero para los tratamientos, medicamentos correspondientes pueden optar por tomar esta decisión

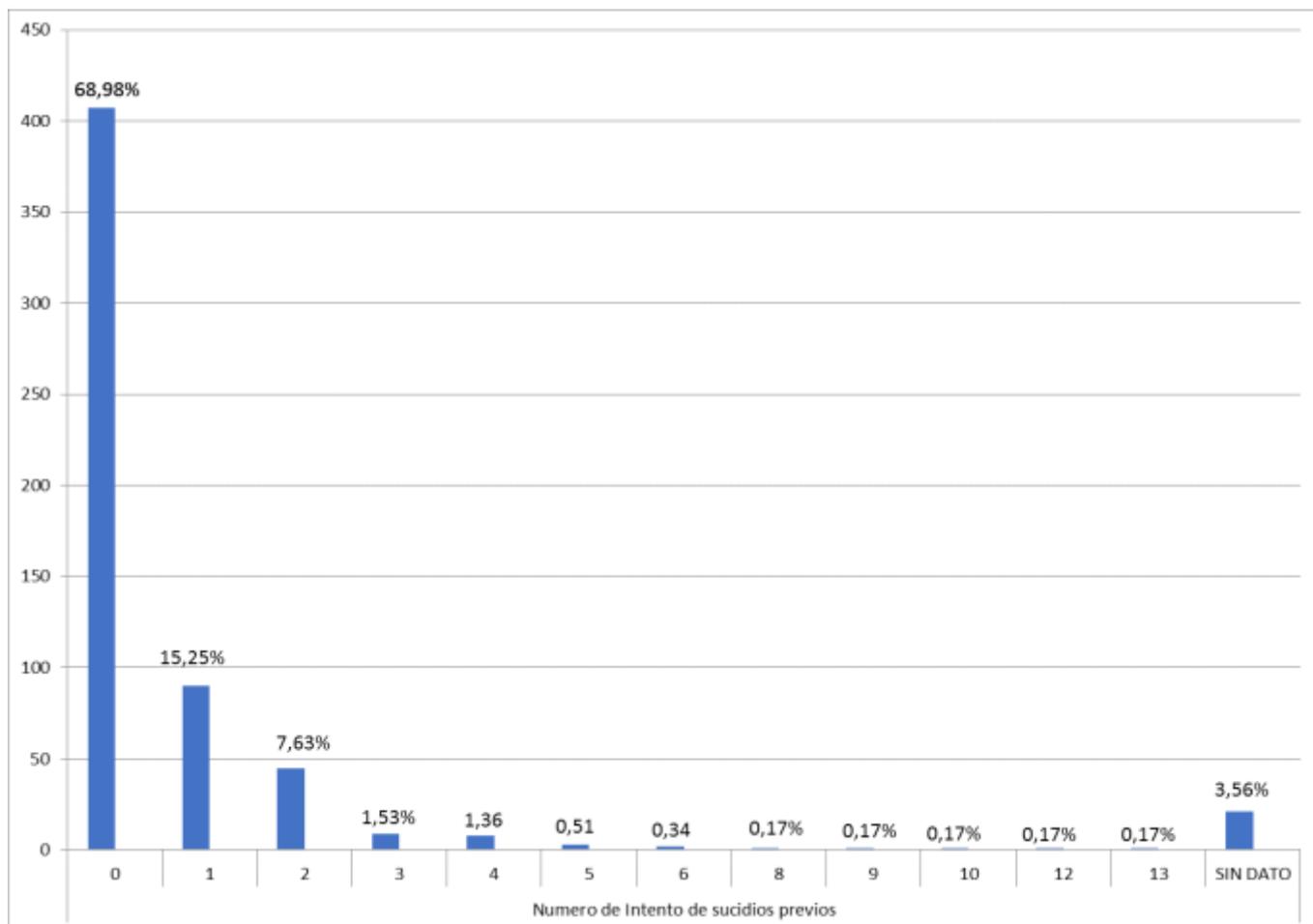
Gráfica 16 Tratamiento farmacológico



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Esta grafica se puede interpretar de dos formas 1 no tiene tratamiento farmacológico y el hecho de no tenerlo vean como una persona lleva a suicidarse en cambio los que tienen tratamiento son menos los que tratan de quitarse la vida ya que están más estables emocionalmente.

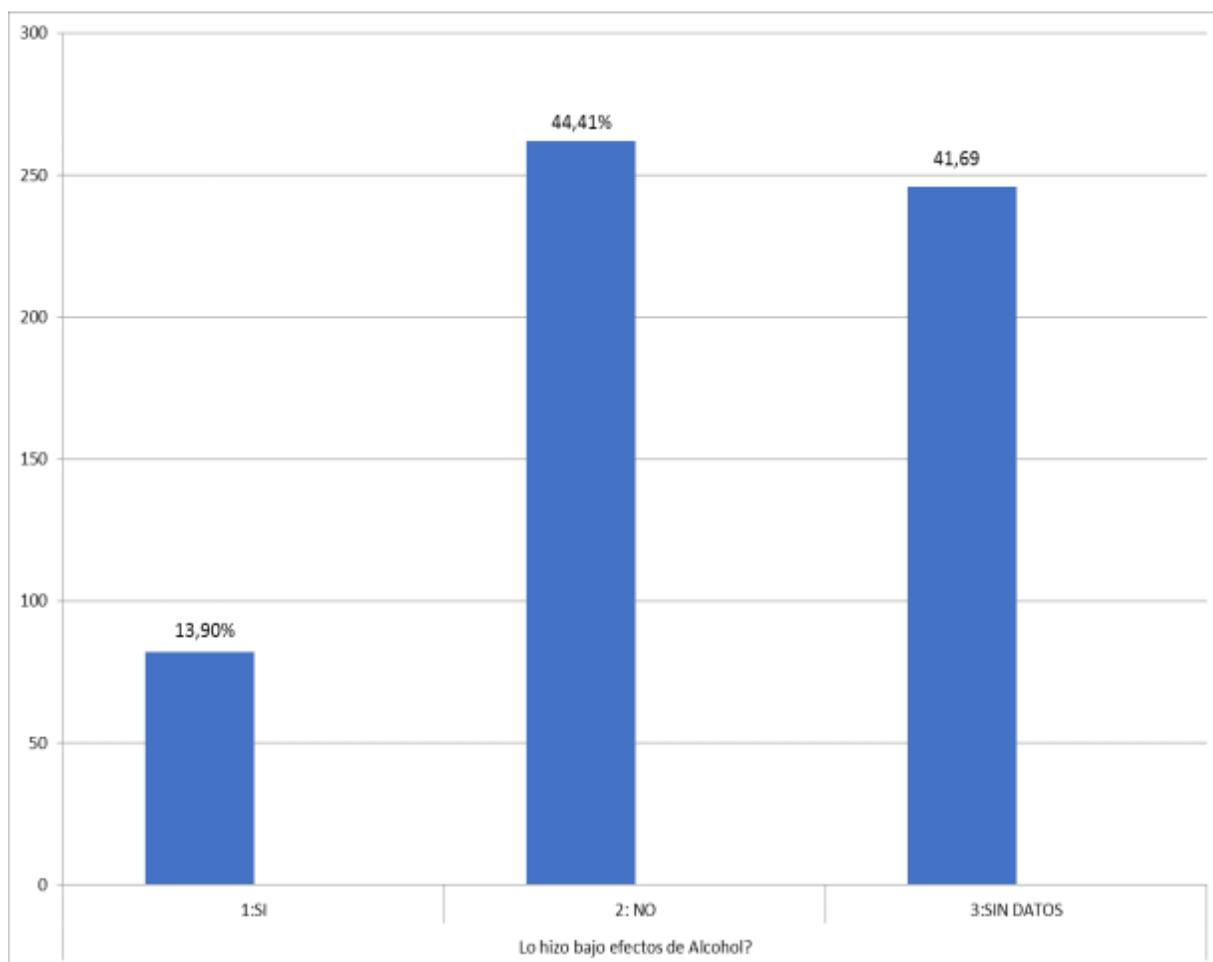
Gráfica 17 Intentos de suicidio



NUMERO DE INTENTOS DE SUICIDIOS

De vital importancia tener en cuenta estos episodios ya que estos pacientes pueden ser recurrentes en otra oportunidad ya se había discutido sobre la importancia del acompañamiento psicosocial, psicológico la vigilancia acompañamiento es indispensables en este tipo de eventos que pueden desencadenar futuros.

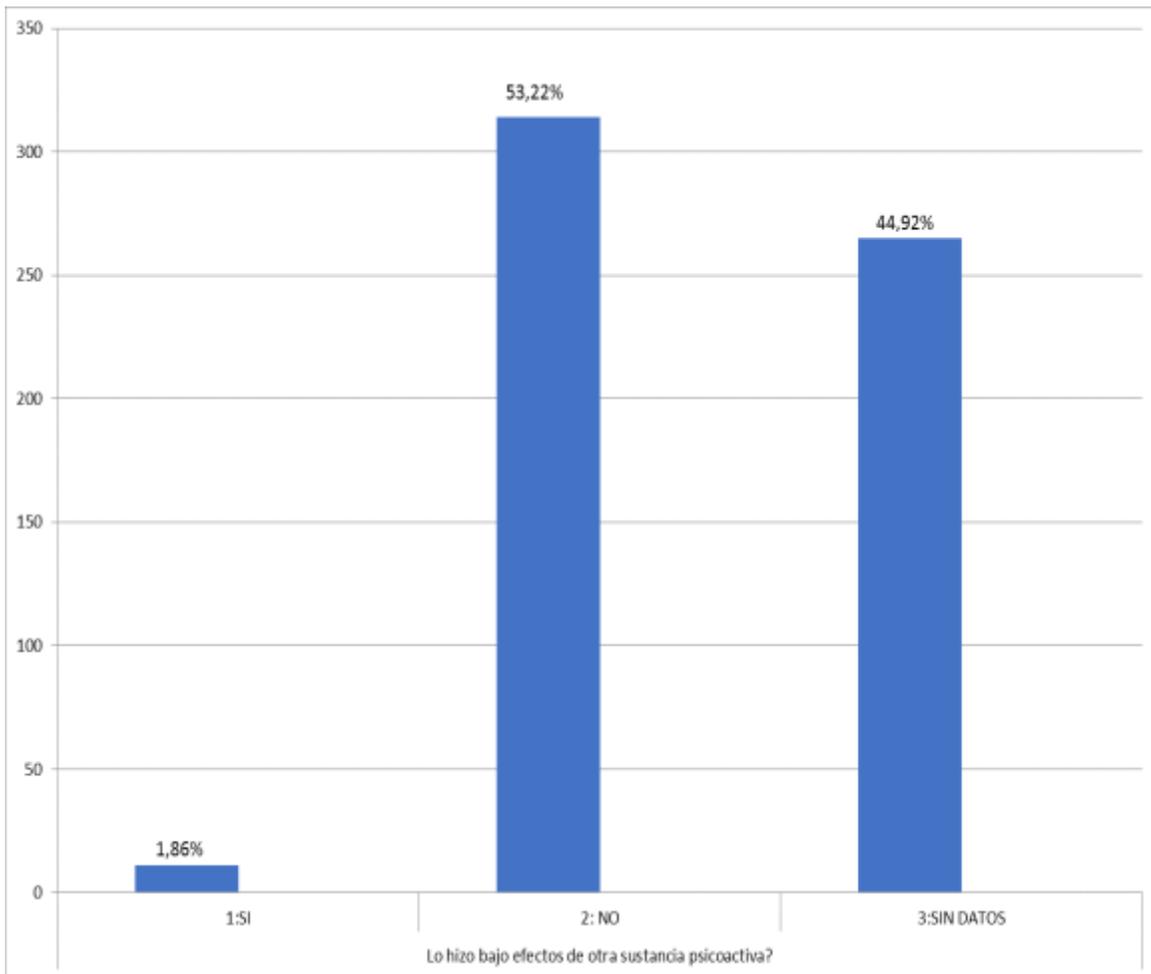
Gráfica 18 Bajo efectos de alcohol?



LO HIZO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL

Esto nos confirma con la diapositiva que es impulsivo o no son personas que no lo meditaron mucho que fue un impulso el cual llevaron a cabo ya que cuando están bajo el efecto de alcohol lo meditan más el sin dato no nos arroja información

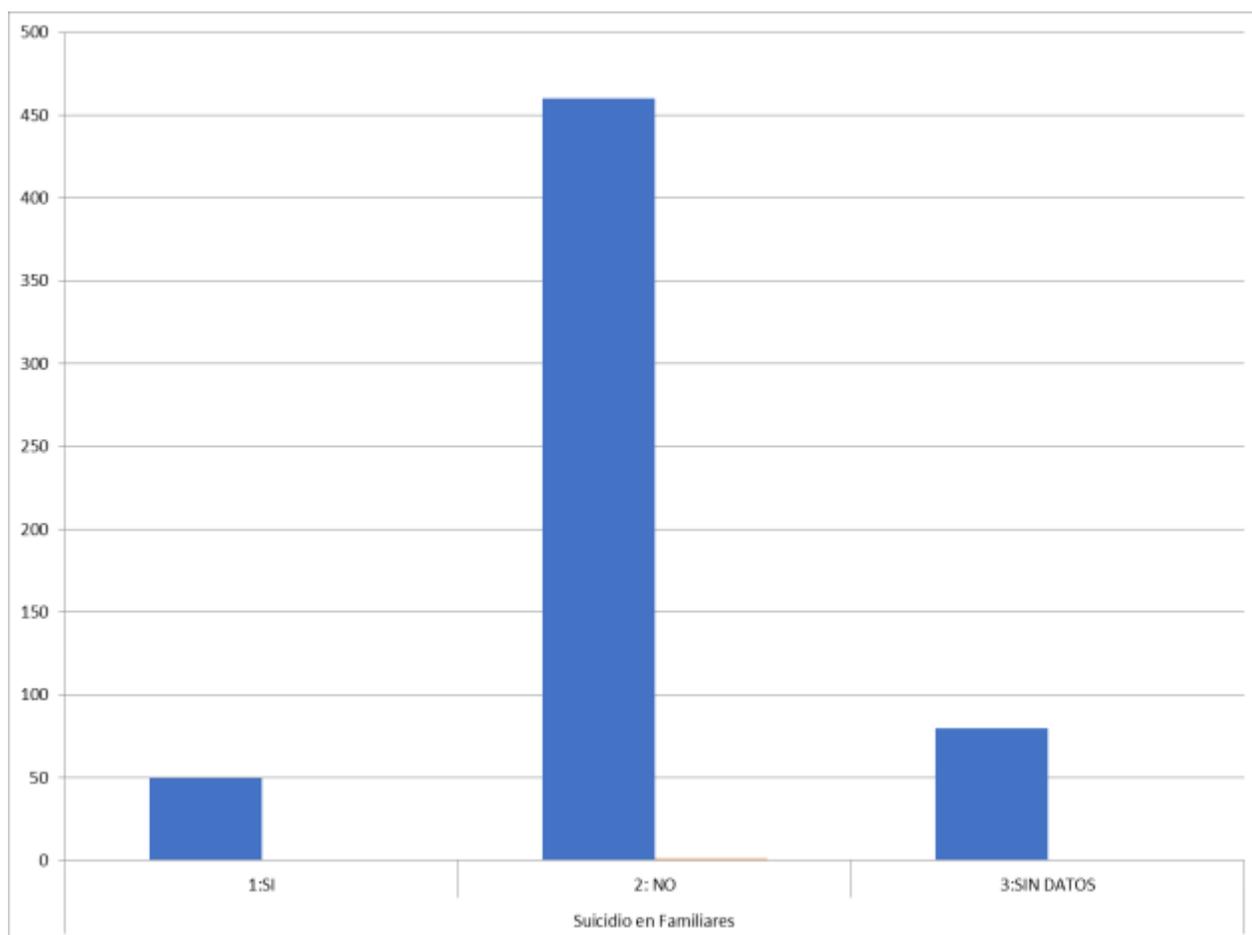
Gráfica 19 Bajo efectos de sustancias psicoactivas?



LO HIZO BAJO DE EFECTOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Esta grafica también nos confirma la anterior ya que una persona que hace las cosas impulsivamente es una persona que tiene claridad de consciencia sabe lo que esta pensando lo que quiere hacer y cuando están bajo el efecto de sustancias psicoactivas puede que tengan nublada su pensamiento.

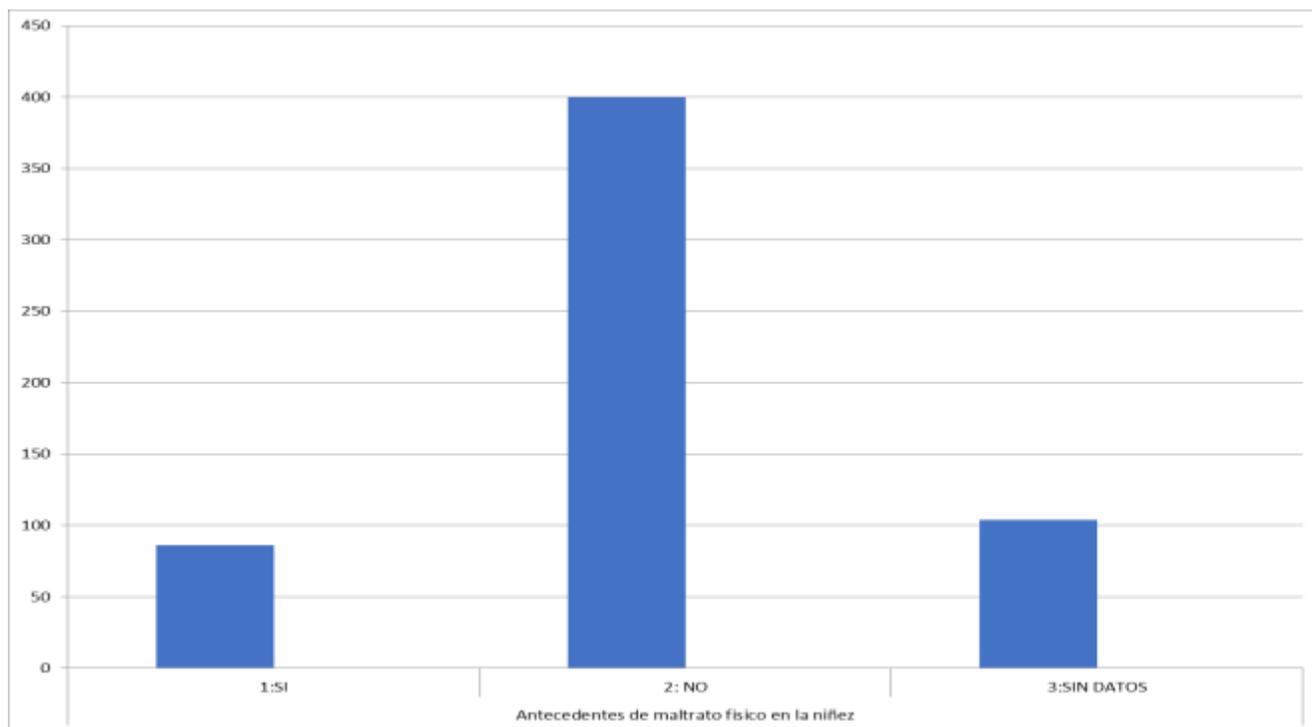
Gráfica 20 Causas



SUICIDIO EN FAMILIARES

Este e puede relacionar los 50 se puede asociar que en mi familia lo han hecho entonces sienten que es algo qu va en sus genes ellos replican eso, y no muchas personas toleran la pérdida de un ser querido la perdida de la madre, la esposa un hijo son muchas personas como potenciales pacientes suicidas.

Gráfica 21 Causas

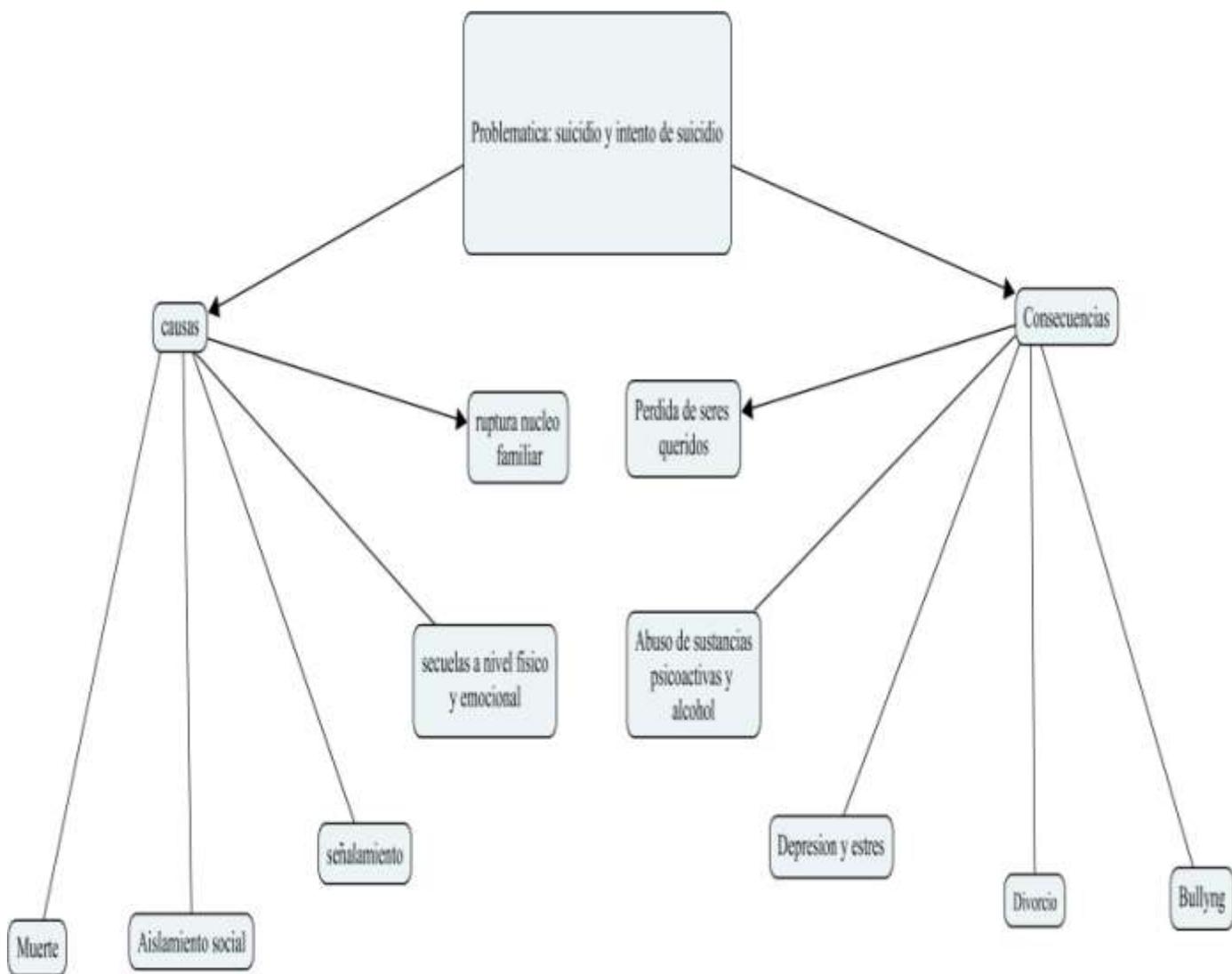


ANTECEDENTES DE MALTRATO FISICO EN LA NIÑEZ

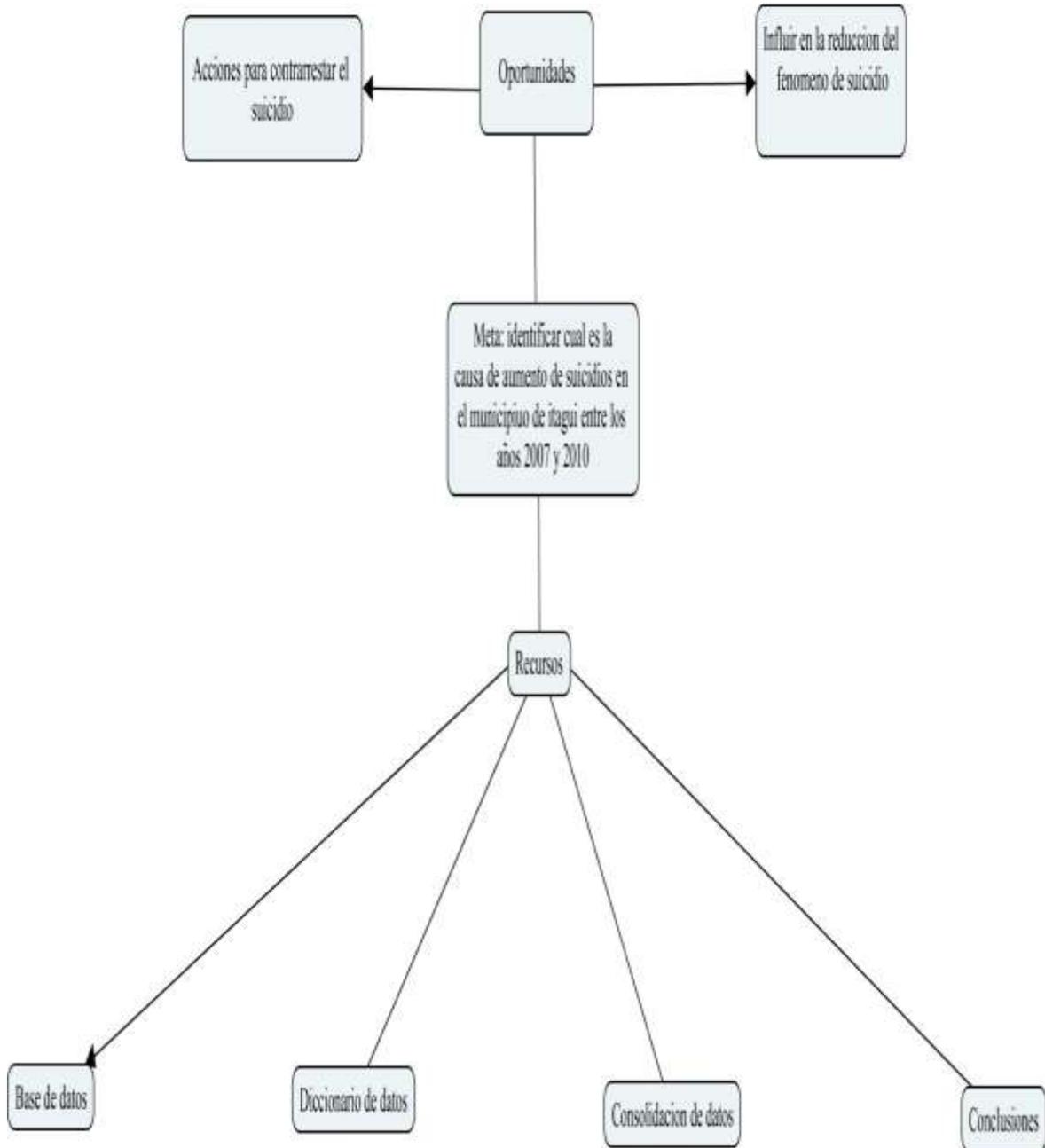
Hay un 80% de personas que asociaron el maltrato físico en su niñez con presentar intento suicidio posiblemente son personal que no han superado este tipo de maltrato del abuso que sufrieron y esto siempre quedo marcando su vida frente a un gran porcentaje de 400 que no tienen una relación

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. Metodología



4.2. Metodología



Actividades realizadas

Objetivo específico o Meta.	Actividades	Fecha de inicio De la actividad	Fecha de culminación de la Actividad.	Persona Responsable.
Recopilación Información	investigar Organizar información			Dra. Lina Ortiz Roberto López Paola Ulcunche Carolina Cano
Tabulación de datos	Separar ítems de la investigación			Carolina cano Paola ulcunche
Diagnostico y análisis	Graficar datos arrojados por la tabulación, caracterizar datos arrojados por la tabulación de los datos			Dra. Lina Ortiz Roberto López Carolina Cano Paola Ulcunche
Conclusiones	Determinar Cuáles son los verdaderos factores de riesgo, establecer posibles herramientas para arremeter contra el flagelo del suicidio			Roberto López Paola Ulcunche Carolina Cano

5. CONCLUSIONES

El comportamiento suicida de los ciudadanos estudiados se asoció significativamente con el trastorno por déficit de atención del entorno familiar y personal, el sexo masculino con un gran número de víctimas, el trastorno de estrés post traumático, el trastorno de pánico y el abuso de sustancias en especial en primer lugar consumo de cocaína y de alcohol.

Estos hallazgos permiten orientar estrategias de prevención. En el nivel familiar, se debe educar y motivar a los padres a cuidar y proteger a los ciudadanos, evitando situaciones de negligencia, que se puedan presentar en la atención y seguimiento de los casos de suicidio reportados.

En el nivel escolar se debe educar a profesores y padres para identificar precozmente los posibles víctimas de tal flagelo, con sospecha de sufrir trastornos mentales para dar un tratamiento temprano, que evite las consecuencias personales, familiares y sociales negativas derivadas de estos trastornos, los profesionales de la salud en especial de la salud mental, deben indagar por comportamiento suicida en pacientes reportados y haciendo su respectivo seguimiento y tratamiento , trastorno de pánico, estrés post traumático y consumo de cocaína entre otros.

Finalmente, no hay un medio que se vea exento de esta problemática en todos los niveles (familiar, escolar, social y económico).

6. BIBLIOGRAFÍA

1 medellin Lsdsd. [Online].; 2009 [cited 2017 marzo 18. Available from:
. <http://suicidioenmedellin2011.blogspot.com.co/>.

2 Álvarez Ariza ea. 2012..

.

3 Álvarez Ariza ea. 2012..

.

4 Álvarez Ariza ea. 2010..

.

5 Basaluzzo Tamborini ea. 2010..

.

6 (Mingote eacpV. 2009..

.

7 (Bobes García GU&SR. 2011..

.

8 (Álvarez Ariza ea. 2012..

.

9 Álvarez Ariza ea. 2012..

.

1 [Online].; 2006 [cited 2017 abril 12. Available from:
0 <https://es.wikipedia.org/wiki/Itag%C3%BC%C3%AD>.

.

1 [Online].; 2015 [cited 2017 abril 18. Available from:
1 <http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/ebook/2015/El-suicidio-cuatro-perspectivas.pdf>.

1 [Online].; 2009 [cited 2017 abril 18. Available from: <http://Colombia/encuestas/.com>.

2

.

1 [Online].; 2008 [cited 2017 Abril 18. Available from:
3 <https://psicowisdom.wordpress.com/tag/suicidio-egoista/>.

.

1 [Online].; 2010 [cited 2017 Abril 19. Available from:
4 <http://www.sintesis.com/data/uploads/files/Glosario%20suicidio.pdf>.

.

1 [Online].; 2009 [cited 2017 Abril 20. Available from: <http://quesignificado.com/intento-de-suicidio/>.

.

1 [Online].; 2010 [cited 2017 Abril 18. Available from:
6 <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/10323/EI%20suicidio%20y%20la%20importancia%20de%20su%20prevenci%F3n.pdf;jsessionid=EFA28246260E9C4F3D12390041B84CD2?sequence=1>.

1 [Online].; 2012 [cited 2017 Abril 18. Available from:
7 <http://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida/conducta-suicida>.

1 [Online].; 2014 [cited 2017 Abril 19. Available from:
8 <https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/suicidios-colombia.aspx>.

.

1 [Online].; 2012 [cited 2017 Abril 19. Available from:
9 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>.

.

2 [Online].; 2009 [cited 2017 Abril 20. Available from:
0 <http://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/Investigaciones/Suicidio.pdf>.

.

2 [Online].; 2011 [cited 2017 Abril 20. Available from: <http://suicidios->

1 brayansantos08.blogspot.com.co/2011/06/suicidio.html.

.

2 [Online].; 2011 [cited 2017 Abril 20. Available from: ([2 \[brayansantos08.blogspot.com.co/2011/06/suicidio.html\]\(http://brayansantos08.blogspot.com.co/2011/06/suicidio.html\).](http://suicidios-</p></div><div data-bbox=)

.

2 [Online].; 2010 [cited 2017 Abril 20. Available from:

3 [http://www.peques.com.mx/el suicidio en adolescentes y sus causas.htm](http://www.peques.com.mx/el_suicidio_en_adolescentes_y_sus_causas.htm).

.

2 [Online].; 2010 [cited 2017 Abril 20. Available from: [4 \[como-problema-social/\]\(http://elpilon.com.co/el-suicidio-como-problema-social/\).](http://elpilon.com.co/el-suicidio-</p></div><div data-bbox=)

.

2 [Online].; 2007 [cited 2017 Abril 20. Available from:

5 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775307728968>.

.

2 Andres de bedouth hoyos Udsbc. [Online].; 2008 [cited 2017 Abril 20. Available from:

6 <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>.

.

2 forences. Andm. Revista española de medina legal. 2012 Octubre; 38(4): p. 137 - 142.

7

.

2 [Online].; 2012 [cited 2017 Abril 21. Available from:

8 [http://www.semana.com/nacion/articulo/tasa-de-aumento-de-suicidios-en-](http://www.semana.com/nacion/articulo/tasa-de-aumento-de-suicidios-en-colombia/504329)
. [colombia/504329](http://www.semana.com/nacion/articulo/tasa-de-aumento-de-suicidios-en-colombia/504329).

2 [Online].; 2016 [cited 2017 Abril 22. Available from: [9 \[avendano/2016/06/24/suicidios-la-solucion-a-la-crisis-en-venezuela/\]\(https://es.panampost.com/orlando-avendano/2016/06/24/suicidios-la-solucion-a-la-crisis-en-venezuela/\).](https://es.panampost.com/orlando-</p></div><div data-bbox=)

.

3 [Online].; 2015 [cited 2017 Abril 21. Available from:

0 [http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150922 suicidio jovens fd](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150922_suicidio_jovens_fd).

.
3 [Online].; 2015 [cited 2017 Abril 21. Available from:
1 <http://www.20minutos.com.mx/noticia/b322247/suicidio-en-brasil-alcanza-nivel-de-problema-de-salud-publica/>.

3 [Online].; 2014 [cited 2017 Abril 21. Available from:
2 <http://www.24horas.cl/nacional/estudio-confirma-preocupante-aumento-de-suicidio-adolescente-en-chile--423312>.

3 [Online].; 2015 [cited 2017 Abril 22. Available from:
3 <https://www.publimetro.cl/cl/nacional/2016/05/25/suicidio-chile-nuestra-realidad-prevenirlo.html>.

3 [Online].; 2015 [cited 2017 Abril 23. Available from:
4 <http://www.lanacion.com.ar/1936255-hay-mas-suicidios-que-homicidios-en-la-argentina>.

.
3 5[Online].; 2015 [cited 2017 Abril 23. Available from: <http://www.eluniverso.com/vida-5-estilo/2014/09/04/nota/3711351/suicidios-ecuador-aumentaron-34-2000-2012-segun-oms>.

3

6

.

