

Responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud Frente a la Conducta Suicida

Carolina Méndez Cruz

Laura Jimena Ospina Lara

Universidad de La Sabana

Diplomado en Psicología Clínica y de La Salud

Chía

Mayo, 2010

Responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud Frente a la Conducta Suicida

Carolina Méndez Cruz y Laura Jimena Ospina Lara

Facultad de Psicología, Universidad de la Sabana

Mayo de 2010

Resumen

El incremento de la conducta suicida con los años ha llegado a convertirse en un problema de salud pública.

Este artículo abarca diferentes manifestaciones de la conducta suicida, estudios realizados para ver cómo se ha venido desarrollando el fenómeno, estadísticas sobre la conducta, cambios presentados que comprueban su magnitud como problema de salud pública, factores de riesgo para desarrollarla, razones de aparición e influencia de la cognición.

Luego de la revisión se encontró que dentro del SGSSS en Colombia existen programas individuales como el acuerdo 008 de 2009, colectivos como la ley 1122 y el decreto 3039 del 2007. Dentro de los que realizan primeros auxilios psicológicos en crisis sin un seguimiento adecuado que conduzca al decremento de las tasas.

Palabras Clave: conducta suicida, problema de salud pública, factores de riesgo, cognición, primeros auxilios psicológicos, intento de suicidio.

Abstract

The increase of the suicidal conduct with the years has managed to turn into a public health problem. This article includes different manifestations of the suicidal conduct, studies realized to see how the phenomenon has been developing, statistics showing the conduct, presented changes that verify its magnitude as a public health problem, risk factors to develop it, reasons of appearance and cognition influence.

After the review it was found that that inside the SGSSS in Colombia, individual programs exist as the agreement 008 of 2009, the 1122 law and the 3039 decree of 2007. Between them, psychological first aids are done while the crisis, though they don't have a suitable follow-up that helps the decline of the rates.

Key Words: suicidal behavior, public health problem, risk factors, cognition, psychological first aids, suicidal intent.

Responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social Frente a La Conducta Suicida

Carolina Méndez Cruz, Laura Jimena Ospina Lara

El presente artículo es una revisión crítica sobre la responsabilidad del Sistema de Seguridad Social en Salud frente a la problemática de la conducta suicida y todo lo que la rodea, siendo factores que actualmente han tomado fuerza y siguen creciendo. Este incremento se ve influenciado por la falta de existencia o puesta en práctica por parte del estado, de programas que incluyan seguimiento a pacientes que hayan cometido intento suicida.

Además de esto es necesario tener en cuenta la ampliación del rango de edades de personas que cometen este tipo de conductas, y la carencia de estrategias para intervenir en episodios de intento de suicidio en adolescentes y adultos.

Se busca con esta revisión evaluar cuál es la gravedad real de la problemática

en Colombia. Específicamente en la ciudad de Bogotá, se pretende encontrar la relación existente entre el intento de suicidio y la consumación del mismo. Esta relación es importante e indispensable de detectar, debido a que aquellas personas que cometan intento suicida, tienen mayor riesgo de consumarlo en el futuro.

Por esta razón se ve la necesidad de generar por parte del estado, programas para pacientes con intento de suicidio que complementen los procedimientos que se llevan a cabo en el momento de la urgencia. Para esto es indispensable identificar los protocolos o estrategias existentes en nuestro país para contrarrestar esta problemática, y ver la efectividad de la aplicación de los mismos, en la disminución de las cifras de conducta suicida.

La conducta suicida no hace referencia exclusivamente al suicidio consumado en el cual la persona pierde la vida. Además de este hecho, dentro de la conducta suicida se puede incluir también la ideación suicida, amenaza suicida, gesto suicida, parasuicidio, intento suicida y por último el ya mencionado suicidio consumado.

Inicialmente encontramos la *ideación suicida* en donde la persona puede incluir diferentes procesos afectivos y cognitivos sintiendo que la vida no tiene ningún sentido, elaboran planes para quitarse la vida y tienen una preocupación persistente por su autodestrucción (Durkheim, 2000).

Esta ideación suicida tiene una amplia implicación de variables cognitivas que se pueden presentar de distintas formas (Pérez, 1999):

a. El deseo de morir en donde la persona no le encuentra sentido ni

importancia a vivir, ni a lo que hace (“yo debería morirme”).

b. La representación suicida en donde la persona utiliza su imaginación para hacerse una idea de su muerte, cómo ocurre ésta, es verla como si sucediera (“me he imaginado que me ahorcaba”).

c. La idea de destrucción sin planeamiento de la acción, donde la persona asevera que va a cometer el acto en su contra pero al preguntarle cómo lo va a llevar a cabo, responde que no sabe cómo, no tiene un plan específico (“me voy a matar, no sé cómo pero lo voy a hacer”).

d. La ideación suicida con un plan indeterminado o inespecífico, pues la persona considera varias opciones de atentar contra su vida pero no ha elegido ninguna todavía (“me

voy a matar con un carro, en un lago o con pastillas”).

e. La idea suicida con una planeación adecuada ya que la persona ya ha decidido un método para atentar contra su vida, un momento y lugar específico para hacerlo. Esta es la etapa más grave de la *ideación suicida* ya que es muy posible que la persona lo lleve a cabo.

En caso que se presente alguna de las anteriores ideas de autodestrucción, debe ser explorada a profundidad y más si el paciente no las manifiesta explícitamente, dado que por medio de la comunicación y el diálogo es posible que el riesgo disminuya y se pueda iniciar una prevención de la conducta suicida (Pérez, 1999).

A lo largo del proceso de ideación suicida se presenta *La noción o fantasía de muerte*, la cual es ambigua y difiere dependiendo de cada persona. En la gran

mayoría de los casos no se toma como aniquilación o la idea de refugiarse en la nada, sino que al contrario, la persona lo toma como algo positivo, su idea es que la muerte le proporcionará posibilidades que antes no tenía. (Casas, Ortiz & Robles, 1995)

Generalmente estas ideas o fantasías de muerte son inconscientes pero se expresan por medio de racionalizaciones, creencias o actitudes ante la misma, las cuales apoyan las fantasías de una manera indirecta, por ejemplo: deseo de evasión, de escapar, que se explica como la manera de huir de los problemas y liberarse del conflicto, deseo de castigo que se explica por el deseo de sacrificio de la persona propiciado por el sentimiento de culpa o el deseo de aniquilación que se explica por la búsqueda de la desintegración del yo (Casas, Ortiz & Robles, 1995).

La *amenaza suicida* es donde el sujeto amenaza de manera verbal y corporal

con atentar contra su vida ejerciendo intimidación a los seres que lo rodean. (Secretaria Distrital de Salud, 2008).

Cuando la amenaza ocurre teniendo los medios disponibles para realizarlo, pero finalmente no se lleva a cabo, se considera como un *gesto suicida*, pero no debe restársele importancia ya que puede ser un aviso de un suicidio en un momento posterior (Pérez, 1999).

Siguiendo con lo dicho anteriormente, el *parasuicidio* es una conducta tenida por la persona, en la cual pueden darse intentos fallidos de terminar con su vida. Estos actos no tienen como final la muerte, pero si producen daños en la persona, siendo actos que se dan en un momento determinado (Durkheim, 2000).

Por otro lado tenemos el intento de suicidio, definido por la Secretaria Distrital de Salud (2008) como “acciones realizadas de manera deliberada hacia sí mismo que

hubiesen resultado en una seria lesión o muerte de no mediar intervención oportuna”

Se considera que el parasuicidio y el intento de suicidio se da más en jóvenes, en personas del sexo femenino quienes utilizan métodos menos agresivos como la ingesta de fármacos mientras que la conducta suicida o el suicidio consumado es más frecuente en adultos, ancianos específicamente del sexo masculino y utilizando métodos más, violentos y efectivos como armas de fuego o ahorcamiento (Pérez, 1999).

Por último el suicidio consumado, es una conducta que ha sido estudiada desde hace mucho tiempo, coincidiendo a través de los años en que es un acto en contra de la persona en sí misma, con causas variadas y diferentes en cada caso y nutridas de componentes individuales, personales, sociales, emocionales y cognitivos en cada una de las personas, que a su vez se ven influenciadas por el ambiente que los rodea. Se define como la muerte que es causa

directa o indirecta de cualquier comportamiento ejecutado por la propia persona consciente de lo que está haciendo y de la meta que quiere alcanzar (Durkheim, 2000).

Se considera un acto grave cometido por una persona contra sí misma, el cual abarca comportamientos en distintas áreas, motivaciones variadas y complejas dependiendo siempre de las características particulares del individuo y diferentes grados de letalidad. En cada ser es diferente tanto la comunicación del acto, como la meta a lograr así como los métodos utilizados. Es un impulso autodestructivo en el cual se realiza una acción hostil contra sí, se autodestruye. (Casas, Ortiz & Robles, 1995)

Según la Secretaria Distrital de Salud, el suicidio consumado se define como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma,

sabiendo ella que debía producir este resultado” (Secretaria Distrital de Salud, 2008 citando a Durkheim, 2000).

Existen teorías y estudios que sustentan y reflejan las conductas anteriormente descritas y su influencia y aparición a nivel mundial. Por otro lado, se puede ver la relación entre cognición y suicidio, se puede decir que los pensamientos suicidas van de la mano con las conductas suicidas, es decir, una relación de tipo causal con el afecto y el comportamiento patológico. Con este tipo de terapia se pensaba que al cambiar las cogniciones de la persona como creencias o atribuciones se podían modificar también las actitudes disfuncionales produciendo beneficios y evitando llegar a situaciones extremas como el suicidio (Ellis, 2008)

Con el paso del tiempo se ha visto que el suicidio es una conducta multicausal que se da no solo por la cognición, sino también por la influencia del ambiente,

procesos inconscientes, disfunciones biológicas, moral y espiritualidad entre otras (Ellis, 2008).

Shneidman citado por Ellis (2008) observó como las cogniciones eran lo que más afectaban el comportamiento de una persona suicida; la sola idea de que con el suicidio se puedan terminar los problemas, hace que en ocasiones la persona en situación de vulnerabilidad se deje llevar por su impulsividad y presente un intento de suicidio, cosa que también puede suceder con la dificultad para manejar las emociones fuertes en especial el dolor o la ira donde la persona al estar en estados vulnerables emocionalmente pueden llegar a buscar y considerar el suicidio como su única solución.

Por otra parte Beck citado por Ellis (2008) se concentró mas en el contenido del pensamiento suicida y por esto propuso el constructo de la *desesperanza* viéndolo no como un estado afectivo sino como el

conjunto de expectativas negativas acerca del futuro que puede tener una persona suicida.

Estudios llevados a cabo más adelante por Weishaar (2000) citados por Ellis (2008), demostraron que la desesperanza es un factor de riesgo de conducta suicida medible y confiable.

Se han logrado encontrar 10 rasgos en común del suicidio recopilados en el libro” the definition of suicide” en 1985 citado por Ellis (2008) los cuales son:

1. El estilo común es el dolor psicológico insoportable.
2. El estresor son necesidades psicológicas frustradas.
3. El propósito es buscar una solución.
4. El objetivo común del suicidio es cesar la consciencia.

5. La emoción es la desesperanza-impotencia.

6. La actitud interna es ambivalencia.

7. El estado cognitivo es la constricción.

8. El acto interpersonal es comunicar la intención.

9. La acción común es la fuga.

10. La consistencia común es con patrones de afrontamiento de toda la vida (Ellis, 2008, pág. 31).

Gracias a toda la información recogida se pudo desarrollar distintas terapias para tratar la conducta suicida, una de ellas es la terapia cognitiva para individuos suicidas postulada por Rudd y colaboradores (2001) y citada por Ellis (2008) basada en el constructo del modo suicida ideado por Beck. Postularon que al activarse el modo suicida el individuo

comienza a experimentar cogniciones relacionadas con el suicidio, afecto negativo, motivación para involucrarse con la conducta suicida además de la excitación fisiológica que le permite hacerlo (Ellis, 2008).

Si los individuos han incurrido anteriormente en un comportamiento suicida es más fácil que activen una segunda vez el modo suicida, lo que sugiere que el historial y los recuerdos fácilmente accesibles sirven como detonante para activar el modo suicida. Pero es importante tener en cuenta que se este modo suicida se sigue activando de manera progresiva, la persona va minimizando su capacidad de control cognitivo sobre los impulsos suicidas inhibiendo este comportamiento (Ellis, 2008).

Joiner y Rudd (2000) citados por Ellis (2008) también hacen su aporte a la teoría diciendo que las crisis suicidas pueden ocurrir más rápidamente y de manera más

intensa si se dan en personas reincidentes en intento suicida y son crisis que no están relacionadas con eventos negativos en la vida de las personas.

La terapia cognitiva para esta problemática está centrada en los individuos suicidas ya que según Harris y Burrodough (1997) citados por Ellis (2008), los individuos que intentan suicidarse son uno de los grupos de más alto riesgo para cometer suicidio, es decir, consumarlo. Pero aunque la evidencia existe, hay pocos estudios específicos para ayudar a reducir el comportamiento suicida.

Esta al estar enfocada en la ideación y el comportamiento suicida se aleja del enfoque psiquiátrico donde se ve este comportamiento como un síntoma de trastorno mental subyacente (Berk et al, 2004 & Berk y Brown, 2003 citados por Ellis, 2008).

Durante todo el transcurso de la terapia se busca educar a la persona sobre la conexión que existe entre pensamientos, sentimientos y conductas entorno a la activación de la conducta suicida, darles información y planes de acción para usar en momentos de crisis mientras aprenden nuevas estrategias de afrontamiento que les sean más útiles, además de darles herramientas para un momento de crisis como teléfonos de apoyos sociales o urgencias psiquiátricas (Ellis, 2008).

Sin embargo, es importante considerar que a pesar de la amplia existencia de terapias acerca de la conducta suicida la mayoría de las personas que tienen estas conductas no tienen acceso a ninguna e incluso no son muy reconocidas en países, ni puestas en práctica en los tratamientos.

Es importante tener en cuenta que por las diferencias existentes en las personas la conducta suicida puede presentarse por

diferentes causas dependiendo de cada individuo.

En muchas ocasiones la conducta suicida se presenta para solucionar situaciones que la persona no ha podido resolver por sí misma de ninguna otra forma y ésta le produce emociones negativas e intolerables al no conocer otras opciones de afrontamiento a situaciones difíciles. Esta conducta se convierte así en un escape, un comportamiento evasivo de las situaciones difíciles (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001).

Además, al tratar de aliviar las emociones negativas algunos individuos experimentan alivio cuando el comportamiento suicida les brinda beneficios tales como que otros disminuyan la exigencia sobre ellos terminando con conductas agresivas en algunos casos así como descansar al alejarse de ambientes estresantes (Eichenbaum, 2003).

Sea cual sea la razón de la aparición de la conducta o de la ideación suicida, si existe alivio de las emociones aversivas luego de cometer el acto, existe la probabilidad de que la persona incurra nuevamente en el comportamiento suicida al comenzar a verlo como una respuesta, opción o estrategia de afrontamiento a situación o problemas similares (Eichenbaum, 2003).

Es importante tener en cuenta que las razones en algunas ocasiones, casi todas, van de la mano con los factores de riesgo, es por esto que otra de las razones por las que un individuo presenta una conducta suicida es porque en la infancia experimentaron varias adversidades como crianza estricta o negligencia, además de pérdidas mayores, experiencias traumáticas o maltrato físico y psicológico (Twoney, Kaslow & Croft, 2000), además de situaciones extremas como enfermedades mentales, pérdida de personas o relaciones valiosas para la

persona, embarazo no deseado u oculto, soledad, dificultades cotidianas para una persona no tolerante al fracaso o la frustración, entre otras (Pérez, 1999).

La depresión, como otro de los factores de riesgo importante, se presenta como otras de las grandes razones por las cuales se presenta la conducta suicida ya que la persona busca regular las emociones que experimenta durante la misma y a las cuales no encuentra solución así como a las problemáticas vividas encontrando una única salida en la conducta suicida (Brown, Comtois & Linehan, 2002).

Pérez (1999) sostiene que cada día se suicidan 110 personas y miles lo intentan, esto independientemente de su raza, etnia, cultura, religión, estrato socioeconómico o cultura en la que estén inmersas.

Como posibles razones de la conducta suicida en el 2009 encontramos posibles conflictos de pareja o con ex pareja,

desmotivación frente a motivaciones económicas o por la presencia de enfermedades tanto mentales como físicas, dando así cifras 365 mujeres y 1480 hombres que atentaron contra su vida el año anterior de una edad promedio de 36 años (Valencia, 2009).

Es necesario también tener en cuenta investigaciones previas realizadas en Colombia sobre esta problemática para entender cómo se ha venido desarrollando y por qué ha avanzado hasta llegar al lugar en el que se encuentra hoy.

En una investigación realizada entre 1985 y 2002 (Cendales, Vanegas, Fierro, Córdoba y Olarte, 2007) se encontró que desde 1998 las tasas de suicidio en nuestro país aumentaron de manera alarmante más notablemente en hombres específicamente entre los 20 y los 29 años y más de 70 años con un incremento en el tiempo, mientras que en las mujeres las mayores tasas específicas se vieron entre los 10 a los 19 y

los 20 a los 29 años dándose un incremento en el primer rango de edad en el tiempo.

Cabe anotar que las tasas de mujeres entre los 20 y 29 años fueron las más altas hasta el año de 1997, sin embargo en 1998 el rango de 10 a 19 años comenzó a incrementarse, mientras que las mujeres mayores de 70 años se mantuvieron estables en el tiempo (Cendales & cols, 2007)

También se encontró que los principales mecanismos de lesión utilizados por los hombres fueron más agresivos que los utilizados por las mujeres, dentro de estos, heridas por armas de fuego y explosivos, ahorcamientos y envenenamiento, mientras que en las mujeres el principal mecanismo fue el envenenamiento con una tendencia clara al crecimiento desde el año 1998 (Cendales & cols, 2007).

Aunque esta investigación fue bastante exhaustiva, vale la pena aclarar que

al no tener un registro absolutamente certero sobre el número de suicidios en Colombia, es difícil dar un número exacto, pero gracias al cambio en las codificaciones y registro de mortalidad, si puede evidenciarse el crecimiento en las tasas durante el tiempo en que se llevó a cabo el estudio como se puede evidenciar en los datos obtenidos por la Secretaria Distrital de Salud (Cendales & cols, 2007)

Al comparar las tasas de suicidio evaluadas en nuestro país con las de otros países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto en mujeres como en personas mayores de 70 años, Colombia obtuvo las tasas más altas reportadas (Cendales & cols, 2007). Lo cual pone en evidencia que efectivamente tenemos un problema de salud pública que está incrementando en cantidad de casos y en la cantidad de años de vida perdidos.

Al aumentar el número de personas jóvenes que optan por el suicidio, aumenta

también así el número de años de vida potencial perdidos (AVPP). Con esto hacemos referencia a la cantidad de años que hay entre el momento en que la persona comete el suicidio y la expectativa de vida que se tiene en el país que es de 75 años; siendo así, entre más joven es la persona en el momento de cometer suicidio, mayor será la cantidad de años que se habrán perdido; lo cual afecta directamente al país dado que este segmento es la población laboralmente activa. (Cendales & cols, 2007).

A nivel mundial, nacional y distrital se puede encontrar la epidemiología de la conducta suicida. En primer lugar, La organización mundial de la salud en el año de 2007 dio datos sobre la problemática de la conducta suicida en el mundo donde mostró que países como Lituania, Belarus y Rusia eran los países europeos con mayores tasas de suicidio con cifras superiores a sesenta por cada cien mil en hombres y diez

por cada cien mil en mujeres (Cendales & cols, 2007).

En Asia, países como Kasajstán y Sri Lanka cuentan con las mayores tasas de suicidio con tasas superiores a cuarenta y cuatro por cada cien mil en hombres y nueve por cada cien mil en mujeres, y las tasas más bajas registradas se dieron en los países musulmanes y en la región de las Américas incluida Colombia (Cendales & cols, 2007)

Pasando ahora al panorama nacional, y tomando como base Forensis 2009, podemos decir que la tasa de suicidios aumento en lugares donde hay poca presencia institucional como son las zonas rurales, pero ha disminuido en la zona urbana (Valencia, 2009).

Hablando del sexo y su relación con auto-inflingirse daño en el año 2009 encontramos que las mujeres en primer lugar eligieron intoxicarse, en segundo dispararse y en tercer lugar dispararse con arma de

fuego, mientras que los hombres eligieron primero ahorcarse, luego dispararse y en tercer lugar intoxicarse con sustancias que alteran el sistema nervioso central coincidiendo con los datos encontrados por Cendales y colaboradores (2007) en su estudio realizado en años anteriores (Valencia, 2009).

La mayor cantidad de suicidios, en ambos sexos se presentó en un rango de edad de entre los 20 y los 24 años, haciendo de esta edad un factor de riesgo para tener conducta suicida, además de ser un fenómeno que se presenta más en hombres por lo que pertenecer a este género también sería un factor de riesgo importante (Valencia, 2009).

En el ámbito distrital, la Secretaría Distrital de Salud reporta en Bogotá, también en el año 2009, un total de 1192 casos de intento de suicidio, cifra que claramente disminuyó con respecto a las estadísticas presentadas sobre los casos de

intento de suicidio presentados y reportados en 2008 (Secretaría Distrital de Salud, 2009).

Es necesario tener en cuenta que este registro no es completo, es decir que no todos los casos ocurridos en el país han sido registrados en estas estadísticas por diferentes razones como el que no pueda obtener la información necesaria para registrarlo o que la persona no quiera recibir ningún tipo de tratamiento o intervención (Secretaría Distrital de Salud, 2009).

Para hacer una mayor precisión, es necesario hacer una comparación de las tasas tanto de intento de suicidio como de suicidio consumado que presentan la Secretaría Distrital de Salud y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009). Esto con el fin de ver cómo han ido evolucionando los índices durante los últimos años en nuestro país.

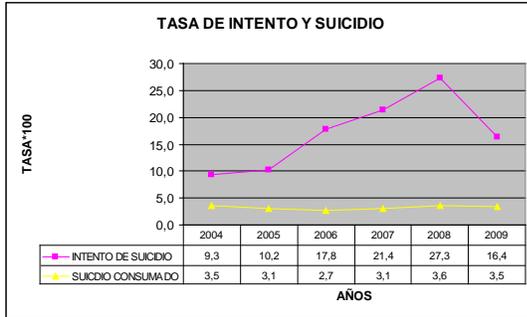


Figura 1. Comparación de tasa de intento y suicidio consumado en los últimos seis años. Adaptada de Secretaría Distrital de Salud, 2009.

De acuerdo a la figura 1, podemos observar que la tasa de intento de suicidio ha aumentado de manera considerable desde el año 2005 hasta el 2009, pero este aumento puede no solamente deberse al incremento en los intentos de suicidio, sino a que en el año 2008 se tuvo un conocimiento mayor sobre los intentos de suicidio y por lo mismo un mayor registro de los mismos al brindar mayor atención y recolectar mayor cantidad de información.

Tabla 1. Datos específicos de tasas de intento y suicidio consumado en los últimos

cinco años. Adaptada de Secretaría Distrital de Salud, 2009.

Año	Intentos	Consumados
2004	623	236
2005	699	215
2006	1236	185
2007	1508	220
2008	1950	261
2009	1112	254

Así mismo, es importante decir que las cifras disminuyeron en el pasado año 2009, lo que es un gran paso para el país, pero no deja de ser un gran problema de salud pública que hasta ahora está comenzando a manejarse.

Con respecto al sexo de quienes cometen actos o intentos suicidas, según las estadísticas recolectadas por la Secretaría Distrital de Salud (2009), las mujeres son quienes cometen mayor cantidad de intentos suicidas siendo un porcentaje de la población total de 64.9 mientras que los hombres son quienes efectivamente

consuman el suicidio con un porcentaje de la población total del 85%.

Cabe también analizar en este caso, como se representa en la figura 2, los mecanismos que utilizan los bogotanos para cometer intento suicida. El mecanismo más utilizado en el año 2009 fue la intoxicación exógena tanto por parte de hombres como de mujeres, en segundo lugar se encuentra el objeto cortopunzante, dada su efectividad para llevar a cabo su meta sin llegar a ser letal (Secretaría Distrital de Salud, 2009).

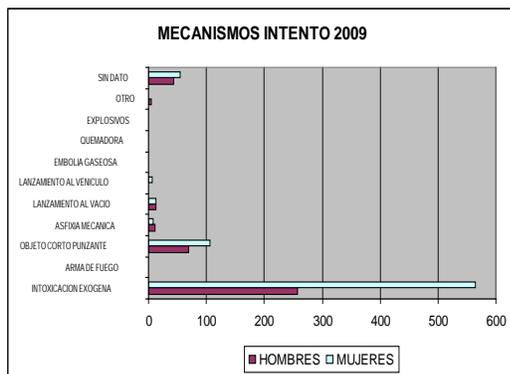


Figura 2. Mecanismo de intento de suicidio año 2009. Adaptada de Secretaría Distrital de Salud, 2009.

Ahora, en el suicidio consumado se buscan metodos mas contundentes, por lo que el mas utilizado en 2009 por los bogotanos fue el ahorcamiento tanto por hombres como por mujeres y en segundo lugar los hombres utilizaron el proyectil de arma de fuego y las mujeres un agente quimico para terminar con su vida (Secretaría Distrital de Salud, 2009).

Según estos mismos datos, no se tiene información sobre la causa de suicidio de mayor presencia entre los bogotanos, pero el conflicto familiar es un indicador importante, tanto en hombres como mujeres, seguido del conflicto de pareja para ambos géneros. (Secretaría distrital de salud, 2009).

Como se verá en la siguiente tabla, tabla 2, el evento desencadenante que más intentos de suicidio causó en el año 2009 es el conflicto en el grupo primario, demostrando que en la cultura bogotana los problemas familiares tienen gran incidencia

en las decisiones que se toman (Secretaría distrital de salud, 2009).

Tabla 2. Motivo o razón de intento de suicidio año 2009. Adaptada de Secretaría Distrital de Salud, 2009.

EVEN TO DESENCADENANTE	HOMBRE	MUJER	TOTAL
ENFERMEDAD CRONICA Y TERMINAL	1		1
SINDROME DE MALTRATO	4	23	27
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMPLEO Y DESPLEO	10	13	23
CONFLICTOS CON GRUPO PRIMARIO	192	412	604
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	22	14	36
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION	7	25	32
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y LAS CIRCUNSTANCIAS ECONOMIOAS	12	11	23
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	18	26	44
OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CRIANZA DE LOS NIÑOS	13	25	38
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	7	8	15
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIFICULTAD DE ESTILO DE VIDA	9	17	26
HISTORIA FAMILIAR DE TRASMEN TALES Y COMPORTAMIENTO	6	8	14
HISTORIA FAMILIAR DE CIERTAS DISCAPACIDADES Y ENFERMEDAD CRONICA INCAPACITANTE	2	4	6
OTRO TIPO DE EVENTO	16	42	58
SD	86	129	215
TOTAL	405	757	1162

Con respecto a la diferencia entre los sexos, la secretaria de salud también nos brinda datos en los cuales podemos ver que las mujeres son quienes más intentos suicidas cometieron en el 2009 mientras que los hombres consuman los suicidios más frecuentemente (Secretaría distrital de salud, 2009).



Figura 3. Porcentaje de suicidio por sexo año 2009. Adaptada de Secretaría Distrital de Salud (2009).

De cada cinco intentos de suicidio que se realizaron en 2009, se consumó uno siendo importante compararlo con la tasa de intento presentada en el año 2008 donde por cada siete intentos de suicidio, uno se consumaba. (Secretaría Distrital de Salud, 2009).

Es necesario, además del sexo también tener en cuenta la edad en la que se están presentado los intentos de suicidio con mayor frecuencia que es entre los 19 y los 20 años tanto en hombres como en mujeres según estadísticas dadas por la Secretaría Distrital de Salud en el año 2009, mientras

que el suicidio consumado se presenta en hombres entre los 29 y 30 años y en mujeres existen dos edades críticas, entre los 15 y 29 años y también entre los 49 y 50 años.

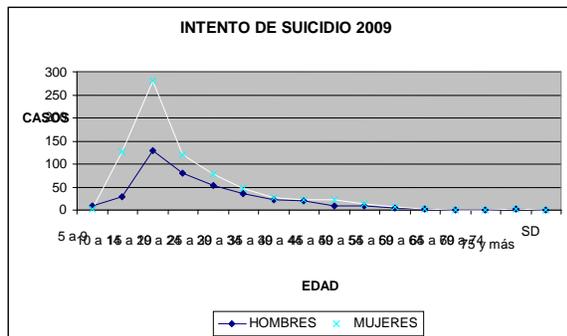


Figura 4. Número de casos de intento de suicidio en Bogotá 2009. Adaptada de Secretaria Distrital de Salud, 2009.

En la figura 4 se puede observar que el mayor número de intentos de suicidio se da en gente joven entre los 19 y los 20 años siendo cifras muy altas y además creando un mayor número de años de vida potencial perdidos para la sociedad colombiana al ser esta la población laboralmente activa.

Otro aspecto indispensable dentro de la epidemiología son los factores de riesgo,

los cuales muestran como este tipo de conducta no se da únicamente por una razón, sino que por el contrario existen varios factores de riesgo para el desarrollo de la totalidad del espectro suicida como son el maltrato infantil, el abuso sexual a edad temprana, tensiones familiares o de cualquier tipo que se vean intolerables para la persona o totalmente irresolubles, la presencia de alguna enfermedad mental o enfermedad crónica como también factores personales y adicciones que pueden estar asociados a la etapa de la vida en que la persona se encuentre.

Para comenzar, los adolescentes que han sufrido de algún tipo de maltrato infantil como puede ser el abuso sexual pueden sufrir ciertos efectos inespecíficos como el estado de ánimo depresivo, la conducta autodestructiva y la baja autoestima, llegando en algunos casos a crear problemas de carácter psiquiátrico que facilitan la

presencia de conductas suicidas a futuro (Abdala, 2001).

En el estudio realizado por Swanson y colaboradores en 1997, se mostró que los niños que vivieron situaciones de abuso sexual en edad temprana, efectivamente sufrían trastornos de conducta, autoestima baja, mayores casos con depresión o ansiedad incrementando así el riesgo a incurrir en una conducta suicida (Abdala, 2001).

De acuerdo a Finkelhor y Browne (1986) descrito por Abdalá (2001) los síntomas más habituales presentados por estos niños son: depresión, aislamiento, conductas suicidas o de autoagresión, quejas somáticas, actos ilegales, huídas y consumo de drogas. Además, Mullen (1996) en sus investigaciones encontró que el abuso sexual es el factor de riesgo más alto para desarrollar intentos de suicidio (Abdala, 2001).

Por su parte, De Wilde y sus colaboradores (1998) destacan también la presencia marcada de sucesos vitales estresantes en la vida de niños y adolescentes que habían intentado llevar a cabo el suicidio (Abdala, 2001).

Los autores proponen 4 tipos de percusores a la conducta suicida los cuales son acontecimientos estresantes, vulnerabilidad personal, psicopatología y conductas autodestructivas diciendo además que el abuso o maltrato constituye el evento traumático y estresante crónico que aumentan la vulnerabilidad del adolescente a desarrollar una enfermedad mental, aumentando las posibilidades de aparición de conducta suicida y aumentando el riesgo de intento de suicidio (Abdala, 2001).

Quienes han hecho intentos de suicidio y han tenido historia de abuso familiar en su edad temprana se distinguen de quienes no lo han sido por presentar familias desintegradas en las cuales puede

haber desde sobreprotección a desinterés por parte de la madre hacia el hijo, un alto grado de hostilidad entre los miembros de la familia, diagnósticos de trastorno disruptivo del comportamiento, hasta consumo de drogas, además diferencias en los patrones de trastorno mental que pueden desarrollar (Abdala, 2001).

En el caso del maltrato, puede presentarse depresión, por lo cual serían dos factores asociados que podrían provocar el mismo resultado, la conducta suicida. (Carlson & Abbot, 2000).

Toda persona que presente un cuadro depresivo es un suicida en potencia, “90% de los deprimidos tienen ideas o fantasías suicidas, el 80% amenaza con suicidarse y el 70% comete actos suicidas graves o leves” (Casas, Ortiz & Robles, 1995, pág. 66)

Pasando ahora a los factores personales, en el artículo escrito por Nápoles, Hernández, Álvarez, Cañizares y

García (1998) los factores de riesgo personal más importantes o con más trascendencia en la vida de una persona que presenta una conducta suicida son falta de apoyo familiar, periodos de tristeza y alcoholismo, además de antecedentes familiares de conducta suicida, problemas sociales, alteraciones en la relaciones sociales, no poseer una pareja estable y una situación económica indefinida o estar desempleado (Casas, Ortiz, & Robles, 1995).

Todos estos nos dan a entender que es una problemática multifactorial, en la cual intervienen muchas situaciones diferentes que causan un resultado final que se debe a las dificultades de adaptación de la persona a su medio, provocando una situación conflictiva pasajera pero que muchas veces se vuelve permanente causando una tensión emocional inmanejable para la persona, llevándola a tomar decisiones inadecuadas (Casas, Ortiz & Robles, 1995).

En estudios realizados se encontró que en los meses y días anteriores a llevar a cabo la conducta suicida, la persona experimenta ansiedad severa, agitación y pánico (Warshaw, Dolan & Kellen, 2000), pero según Brown, Beck, Steer y Grishman (2000) la depresión, más que la ansiedad predijo la aparición de la conducta suicida en su estudio realizado a 6891 pacientes ambulatorios.

Es necesario ahora pasar a hablar de las políticas públicas creadas en el país para contrarrestar esta problemática. La ley 1122 del 2007, en la cual se modifica el sistema de seguridad social integral creado con la ley 100 de 1993.

En esta ley se regula la salud pública de manera grupal, es decir se dan todas las disposiciones al tratamiento y servicio que se debe dar en salud obligatoria a los colombianos, incluyendo salud mental, además de promoción y prevención de

conductas de vida saludable (Congreso de Colombia, 2007).

Además de esta ley, también está el decreto 3039 del 2007, en el cual se dictan los propósitos específicos de el plan de salud pública buscando dar la mejor atención a la población colombiana medicamente pero en este caso desde un punto de vista más individual atendiendo necesidades individuales.

En la parte de violencia y lesiones por causa externa encontramos mencionada la problemática del suicidio, tomándola como la principal manifestación de lesiones externas auto-inflingidas predominantemente en los adultos jóvenes entre los 20 y los 34 años predominantemente en personas solteras residentes en áreas urbanas (Ministerio de Protección Social, 2007).

Dentro de sus objetivos y formulaciones necesarias vemos que el

decreto 3039 vela por la salud mental, la disminución en el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia, pero no hacen específicos programas para ninguna de ellas o para temas específicos como lo es el suicidio. Se tiene en cuenta promoción y prevención, pero no es claro es decir que conductas se llevaran a cabo para dar solución a las problemáticas específicas existentes en el país.

Es también necesario tener en cuenta el acuerdo 008 de 2009, en el cual se actualizan los planes obligatorios y sus funciones, como acceder a los mismos que servicios prestan, para que necesidades y que momentos. En el capítulo IV, artículo 26 se habla del cubrimiento que debe dársele a las urgencias psiquiátricas donde se especifica que se cubrirán 24 horas luego de presentarse la emergencia si la vida del paciente o de otros es puesta en peligro por la misma, pero que luego de ese tiempo depende de cada régimen como se maneje,

lo que no está especificado en ninguna parte de la ley o del acuerdo.

En el capítulo III, artículo 54, donde se explican las exclusiones presentes en el POS, es decir quienes pertenecen al régimen contributivo, se presenta como una de ellas en el numeral nueve, que la atención psicológica se brinda únicamente durante la crisis de la enfermedad que puede durar máximo 30 días, el tratamiento que deba hacerse posteriormente debe correr por cuenta de la persona, lo que muchas veces es un problema para quien la necesita por no tener los recursos suficientes, desconocimiento de donde encontrarla o no considerarla necesaria al ver que no se les brinda de manera obligatoria (Comisión de regulación en salud, 2009).

En el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado no se tiene en cuenta consulta psicológica dentro de lo que se brinda pero tampoco se nombra dentro de las situaciones excluyentes del mismo por lo

que no se tiene claridad (Comisión de regulación en salud, 2009).

Conclusiones

De acuerdo a la revisión realizada, es posible concluir, que las personas que incurren en un intento de suicidio, tienen gran probabilidad de reincidir buscando consumarlo, por lo cual, esto se convierte en el factor de riesgo más importante y de mayor relevancia para el suicidio consumado, junto con las razones principales para comenzar con la conducta suicida y otros factores de riesgo adyacentes.

Otro factor de riesgo que tiene una incidencia importante en la aparición de la conducta suicida es la depresión, ya que ésta se presenta como un predictor de esta conducta, al ser un trastorno en el cual la persona no encuentra solución a sus problemáticas ni un sentido a su vida, considerando el suicidio o el intento suicida como la mejor solución.

Cada uno de los componentes de la conducta suicida debe ser tenido en cuenta para tratar de evitar que se llegue al suicidio consumado, por lo que es importante detectar si la persona está atravesando alguna de ellas por poco relevante o importante que parezca y darle tratamiento adecuado y pertinente.

Es importante tener en cuenta las estadísticas tanto mundiales como nacionales, las cuales demuestran un crecimiento importante en las cifras de suicidio en el mundo. Esto posibilita no únicamente un mejor sistema de recolección de datos, sino también un mejor manejo de la problemática, al contar con todos los casos no solo de suicidio consumado, sino también de intento de suicidio, dando así un mejor panorama que permita tener cifras exactas de cómo está la problemática actualmente, e implementar medidas y soluciones a la misma.

Es necesario aquí mencionar como ha aumentado el rango de edades en las que se presenta el suicidio. Son ahora los adolescentes y adultos jóvenes quienes más optan por el suicidio como una solución a sus problemas, causando así mayores prejuicios al país al aumentar también el número de años potencialmente perdidos.

Existen diversas terapias que apuntan a la resolución de problemáticas asociadas a la conducta suicida como es el intento de suicidio, pero las políticas actuales de acuerdo a lo revisado no las tienen en cuenta, o no las implementan. Como se dijo anteriormente solamente se tienen contemplados los primeros auxilios psicológicos durante la crisis, es decir justo cuando se acaba de cometer y se evita que se consume pero no se tienen previstas intervenciones posteriores que eviten que se presente un nuevo evento.

Hemos visto como cada una de las etapas de la conducta suicida presenta signos

reconocibles y tratables si se detectan en el momento adecuado, pero aunque se trata de una problemática tan grande en el país, no existen los mecanismos para educar a la población en ésta y darle herramientas para visualizar los factores riesgo cuando se presentan y así poder evitar que la persona pase de una ideación suicida a un suicidio consumado.

Ésta, aunque presenta grandes costos y pérdidas económicas para el país, no se tiene contemplada en las leyes que regulan la salud pública o los planes obligatorios de salud, por lo que sigue presentándose por falta de atención adecuada, elevando las cifras de suicidio en Colombia y aunque se ha convertido en una problemática de salud pública, no se hace nada para contrarrestarla.

Sabemos cuáles son los factores de riesgo para que se presente conducta suicida ya que existe mucha literatura que los ha estudiado, y los datos provistos por la Secretaría Distrital de Salud los enmarcan

claramente, así que sería más adecuado y también fácil comenzar por intervenir en estos, dar más atención a la población, crear programas desde el estado que enseñen a la población a manejarlos de manera que no tengan que llegar a involucrarse en una conducta suicida por falta de estrategias de afrontamiento o tolerancia a la frustración.

En este caso, es muy importante tener en cuenta que quienes incurren en un intento de suicidio, no reciben más ayuda que la atención inicial o de urgencias cuando este se presenta, pero más allá de eso, la persona no tiene acceso a ningún tipo de tratamiento psicológico que permitiera que cada uno de los componentes de la conducta suicida fuera comprendido y además orientado de otra manera para que no se llegue al suicidio consumado.

Pero desafortunadamente nuestro país no contempla, una vez más, dentro de las políticas públicas la atención psicológica como una necesidad primaria para las

personas, ni habla claramente de este servicio dentro del plan obligatorio de salud refiriéndose únicamente a este respecto en la prestación de servicios de urgencia en el momento de la crisis.

Cuando una persona incurre en una conducta suicida y llega hasta el intento, este ya viene enmarcado dentro una importante problemática, ya que la persona ha pasado por tener ideación suicida, ha realizado gestos y amenazas suicidas, ha hecho parasuicidios anteriores a cometer el intento de suicidio, por lo cual que llegue hasta una etapa tan avanzada es algo que no debería darse en nuestro país.

En este punto la persona tiene ideaciones muy fuertes de porque considera el suicidio como su única posibilidad frente a lo que está sucediendo en su vida. Además es muy posible que en el momento en que presentó parasuicidio haya estado en un hospital recibiendo atención por lo que debería existir algún tipo de regulación

dentro de la política del país que permitiera brindar atención especializada al momento de reconocer que es posible que se dé otro intento de suicidio y que se puede evitar que llegue a consumarse.

El estado debería considerar como primaria la salud de todos y cada uno de sus habitantes, y es cierto que dentro de la reglamentación que se tiene para la salud como la Ley 1122 de 2007 o el acuerdo 008 de 2009, se contemplan numerosos procedimientos médicos a los que todos los colombianos debemos tener acceso para garantizar nuestra salud y así mismo seguir contribuyendo al beneficio del país.

Pero a excepción del acuerdo 3039 de 2007 en el cual se habla de la conducta suicida, en ninguna de las demás regulaciones de salud se habla de trabajar sobre la conducta suicida y menos sobre el intento de suicidio, es decir la prevención terciaria de la misma, por lo que la conducta se sigue presentando sin ningún control y las

cifras siguen aumentando, o bajando poco, por lo que no deja de ser una problemática de salud pública.

Es necesario que se entienda que en una problemática como la conducta suicida, debe darse atención en el momento adecuado ya que de no ser así, sin duda se llega a conseguir consumarlo por no haber encontrado alternativas que ofrecieran una nueva manera de ver la vida y lo que esta trae con ella.

No se trata de hacer ver una vida perfecta que no existe, sino de mostrarle a las personas diferentes maneras de manejar las dificultades adecuadamente que le permitan tolerar la frustración que puede llegar a sentir en un país como el nuestro que se encuentra en una situación tan difícil con tantos factores sociales determinantes para conductas de alto riesgo como lo es el suicidio, dentro de las cuales encontramos el estrato socio-económico, el acceso al sistema sanitario, la calidad de la

alimentación así como de la educación, el grupo social que rodee a la persona, la religión, el género, las creencias familiares además de prácticas culturales y las condiciones de vida en las cuales la persona haya crecido y se haya desarrollado además de las que viva actualmente que afectan mucho a los bogotanos en su diario vivir.

La cultura bogotana es tan poco tolerante a los cambios, que cuando se dan inesperadamente no se saben manejar y es allí donde se toman decisiones apresuradas que no reciben ninguna atención más que la inicial, dejando el problema abierto y sin ninguna solución de raíz.

Es absolutamente necesario que el Estado Colombiano comience a darle la importancia necesaria este tipo de problemáticas, como el suicidio y busque la manera de manejarlas, ya que de nada sirve tener estadísticas sobre cómo ésta se presenta, su amento y como se ha convertido en un problema de salud pública, al no haber

tomado las medidas para combatirla. Sería indispensable crear los programas necesarios de prevención terciaria al intento de suicidio para evitar que éste se consume, designando un ente encargado de regular la creación y aplicación adecuada y rigurosa de los mismos, de manera de que se genere una disminución en las tasas de suicidio consumado en la ciudad de Bogotá.

El papel que el psicólogo debería asumir frente a esta problemática pública de tan difícil manejo, es inicialmente realizar una mayor cantidad de estudios que corroboren los datos encontrados por la Secretaría Distrital de Salud, para que de ésta manera se haga más evidente la necesidad de crear los programas mencionados anteriormente y se preste la atención necesaria a quienes ya han optado por una opción como lo es el intento suicida, ayudándolos a encontrar otras manera de enfrentar las dificultades que nuestro medio les impone.

Referencias

- Abdalá, A. (2001). *Maltrato en el Niño*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Almanares, M., Martínez, A., Moracén, I., Madrigal, M. (1998) Comportamiento de la Conducta Suicida Infanto-Juvenil. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Bobes, J. (2004). *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars. Medica.
- Brown, G., Beck, A., Steer, R. & Grisham J. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371-377.
- Brown, M., Comtois, K. & Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and non suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198-202.
- Cañizares, G., Arbeláez, L., Hernández, G. y Alvarez C. (1998). Conducta Suicida. Factores de Riesgo Asociado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(2), 122-6.
- Carlson, G. y Abbot, S. (2000). Mood disorders and suicide. En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry VI* (7a ed.). Philadelphia: Williams and Willkins.
- Casas, C., Ortiz, P. y Robles, M. (1995). *Salud Mental, Toxicología y Farmacodependencia en la educación*. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda.
- Cendales, R., Vanegas, C., Fierro, M., Córdoba, R. y Olarte, A. (2007). Tendencias del suicido en Colombia 1985-2002. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 22(4), 231-8.
- Comisión de regulación en Salud (2009) *acuerdo 008 de 2009*. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007*. Bogotá, Colombia.
- Chu, J. (1992). The Therapeutic roller coaster = dilemmas in the treatment of childhood abuse survivors. *Journal of Psychotherapy Practice*, 1:351.

- De Wilde, E., Kienhorst, C. & Diekstra, R. (2001). Suicidal behaviour in adolescents. Cambridge University press
- Durkheim, E. (2000). *El Suicidio*. Madrid: Ediciones Coyoacán.
- Eichenbaum, H. (2003). Memory Systems. En M. Gallagher y R. J. Nelson (Eds), *Handbook of Psychology: Vol. 3: Biological Psychology*. New York: Wiley.
- Ellis, T. (2008) *Cognición y Suicidio: teoría, investigación y terapia*. México: Manual Moderno.
- Jacobson, N., Martell, C. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Ministerio de la protección Social (2007) *Decreto 3039 de 2007*. Bogotá, Colombia.
- Mullen P., Martin J., Anderson J., Romans S y Herbison G. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negligence*, 20, 7.
- Pérez, S. (1999). El suicidio: *comportamiento y prevención*. Revista cubana de Medicina General integral (vol. 5). Cuba: Oriente. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000200013&script=sci_arttext
- Secretaria Distrital de Salud (2009). *Conducta Suicida en el Ciudad de Bogotá, seguimiento a meta tasa de suicidio*. Equipo Funcional Salud Mental. Bogotá, Colombia.
- Swanston, H., Tebbutt, J., O Toole, B. & Oates, R. (1997). Sexually abused children 5 years after presentation: a case-control, study. *Pediatrics (VOL. 100)*, Australia: University of Queensland.
- Twomey, H., Kaslow, N. & Croft, S. (2000). Childhood maltreatment, object relations, and suicidal behavior in women. *Psychoanalytic Psychology*, 17, 313-335.

Valenzuela, D. (2009). Suicidio, Epidemiología del Suicidio. *Forensis*. Colombia. Recuperado en Mayo 12, 2009, de <http://www.medicinalegal.gov.co/drip/2009/6%20Forensis%202009%20Suicidio.pdf>

Warshaw, M., Dolan R. & Keller M. (2000). Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: Five years of prospective data *from Harvard/Brown anxiety research program American Journal of Psychiatry*, 157, 1976-1978.