

Artículo original

Violencia autoinfligida: intento de suicidio, suicidio y creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida, Casanare-Colombia, 2013-2017

Castañeda-Porras O. (1,2), Segura O. (2)

(1)Secretaría de Salud de Casanare, Colombia; (2) SMC-AS Unidad de Investigaciones, Bogotá D.C. – Colombia.

Resumen

Antecedentes: La ‘violencia autoinfligida’ incluye autolesiones o comportamiento suicida, que agrupa pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado, potencialmente prevenibles. **Objetivo:** Calcular la prevalencia de intento de suicidio, la tasa de mortalidad por suicidio y explorar las creencias frente el suicidio en el Departamento de Casanare entre 2013 y 2017. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal basado en a) ficha de notificación epidemiológica del evento intento de suicidio, b) registros DANE de defunciones nacionales, códigos CIE-10 X60-X84, Y87.0, c) Cuestionario CCCS-18 aplicado en Yopal. Análisis descriptivo ejecutado con Epi-Info™ 7.2.2, y factorial con SPSS® 22. **Resultados:** a) Se recogieron 494 fichas; Yopal=49,8%, área urbana=81,5%. Razón hombre/mujer=3:5; edad promedio 25,1±11,4. Grupo etario más afectado: 20-39a.=48,5%. Estado civil: sin dato=47,5%. Escolaridad: secundaria=26,3%, sin dato=55,6%. Intentos de suicidio: uno=50,0%, dos=24,6%; Desencadenantes: conyugales=45,1%, económicos=14,0%. Factores de riesgo: psiquiátrico=15,4%, psicoactivos=12,1%. Modo usual: intoxicación=67,8%. Mortalidad departamental por 100 mil habitantes: 2016=53,6; 2017=68,0. b) DANE registró 57 defunciones; Yopal=43,9%. Razón hombre/mujer=4:1; edad 32,6±17,6, rango=10-81; área urbana=66%; ahorcamiento=49,1%. Mayor mortalidad por 100.000 habitantes en 2013 (Yopal=3,7; Casanare=4,7). c) Recolectadas 167 cuestionarios CCCS-18; mujeres=37,1%, edad promedio 32±17 años. Escolaridad: secundaria=51,5%; ocupación: trabajadores no-calificados=32,3%, hogar=29,3%. Estado civil: solteros=45,5%; análisis factorial mostró “aversión al suicidio” (MCR=0,668); “suicidio no soluciona enfermedad terminal” (MCR=0,746), “noción inmoral/ilegal” (MCR=0,734), “aceptación en condiciones extremas personales/económicas” (MCR=0,785). **Conclusiones:** La tasa de incidencia departamental superó la nacional en 2016-2017; la mitad de los casos ocurren en Yopal y afectan más a mujeres y adolescentes. Esas violencias constituyen “problema social objeto de intervención en salud pública” es menester promocionar capacitación e integración societal/institucional, trabajo comunitario/intersectorial y pesquisa e investigación temáticas.

Palabras clave: Salud Pública, Usos de la Epidemiología, Violencia, Suicidio, Tentativa de Suicidio, estudios descriptivos, análisis factorial.

Abstract

Introduction: ‘Self-inflicted violence’ includes self-injuries or suicidal behavior, grouping suicidal thought, suicidal attempts and suicide, being the latter potentially preventable. **Objective:** To describe event’s socio-epidemiological behavior at department of Casanare and its main city, Yopal, Colombia, between 2013 and 2017. **Materials and Methods:** Cross-sectional study based upon a) surveillance files on suicidal attempts; b) DANE national defunction registries, ICD-10 codes X60-X84, Y87.0; c) CCCS-18 questionnaire applied at Yopal. Descriptive analysis executed with Epi-Info™ 7.2.2, and factorial with SPSS® 22. **Results:** a) Local surveillance had 494 files; Yopal=49,8%, urban area=81,5%. Masculinity ratio=3:5; mean age 25,1±11,4. Most afflicted age-group: 20-39yr=48,5%. Marital status: No data=47,5%. Education: High-school=26,3%, No data=55,6%. Suicidal attempts: one=50,0%, two=24,6%; Triggers: marital=45,1%, economic=14,0%. Risk factors: psychiatric=15,4%, psychoactive=12,1%. Usual mode: poisoning=67,8%. Department’s mortality per 100.000: 2016=53,6; 2017=68,0. b) DANE had 57 deaths, Yopal=43,9%. Masculinity ratio=4:1; mean age 32,6±17,6, range=10-81; urban area=66%; hanging=49,1%. Highest mortality per 100.000 happened in 2013 (Yopal=3,7; Casanare=4,7). c) 167 CCCS-18 questionnaires were collected; women=37,1%, mean age 32±17. Education: High-school=51,5%; occupation: unqualified workers=32,3%, household=29,3%. Marital status: single=45,5%; factorial analysis found out ‘aversion to suicide’ (RCM=0,668); “suicide no solution for terminal disease” (RCM=0,746), “immoral/illegal notion”(RCM=0,734), “suicide under extreme personal/economical conditions”(RCM=0,785). **Conclusion:** Casanare’s incidence rate surpassed the national one in 2016-2017; half the cases occurred at Yopal and affected women and adolescents the more. Those violence may be assumed as a “social problem object of Public Health intervention”; there is need to promote training and societal/institutional integration, communitary/intersectorial workout, and both thematic inquiry and research.

Keywords: Public Health, Uses of Epidemiology, Violence, Suicide, Attempted Suicide, Descriptive Studies, Factorial Analysis.

Recibido: 13/03/2020

Aceptado: 10/10/2020

RevSalJal • Año 8 • Número 1 • Enero-Abril de 2021

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder, la amenaza o el hecho, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, el cual puede producir o tiene una alta probabilidad de provocar una lesión, muerte, daño psicológico, afectar el desarrollo o generar privaciones.¹ La violencia autoinfligida es la violencia que una persona inflige a sí misma, clasificable como comportamiento suicida o autolesión. Mientras que el comportamiento suicida incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio, parasuicidio o intento deliberado de matarse y suicidio consumado, las autolesiones se definen como todo daño físico que una persona se causa a sí misma para aliviar el sufrimiento psicológico y la tensión fisiológica provocada por emociones intolerables, o como conductas potencialmente lesivas autoinfligidas para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene intención de matarse, donde la persona utiliza la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte -muerte autoinfligida no intencionada, también denominada gesto suicida.²⁻⁵

El suicidio es un problema mental, trágico y potencialmente prevenible,⁶ asociado con depresión, consumo de psicoactivos, abuso sexual y antecedente familiar de suicidio; así como, con factores de índole sociocultural, ambiental y económico, entre ellos, baja escolaridad, desempleo, soltería, dificultades económicas, inequidades sociales, enfermedades incapacitantes, pérdida de seres queridos o situaciones de estrés colectivo,⁷⁻⁹ siendo el intento de suicidio, el principal predictor del suicidio consumado.⁶ No hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Muchos suicidios se cometen impulsivamente y, en tales circunstancias, el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona, donde factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero debido a la estigmatización de los trastornos mentales y del suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda.²

Diversos organismos referentes en salud pública e investigadores han sugerido que el suicidio -la muerte autoinfligida, intencional y a conciencia de su letalidad- es un problema de Salud Pública con tendencia al alza, que realza el carácter complejo de la conducta humana.⁷⁻¹³ Según las estimaciones de la OMS, alrededor de 800.000

personas se quitan la vida cada año, es la tercera causa de muerte de los adolescentes entre 15 y 19 años y la segunda principal causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años, siendo la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego algunos de los métodos más comunes de suicidio en el mundo.¹⁴

En Colombia, en el 2000, la tasa estandarizada de mortalidad por lesiones autoinfligidas fue de 10,2 por 100 mil habitantes¹⁵ se presentaron casi 25.000 suicidios entre 2000 y 2010, con una tasa de 5,3 / 100,000 habitantes, ocupando los primeros lugares entre las causas de muerte violenta en personas entre 15:44 años de edad.^{8, 11} En promedio, seis personas cada día, con una edad media de 35 años, una razón de masculinidad de 8:2, dos de cada tres casos en zonas urbanas.⁸ El suicidio significó un aumento de los años de vida potencial perdidos (AVPP) de 0,8% en 1981 a 2,2% en 2002¹⁰ y 66.114 AVPP en 2009.⁸ En 2003, la prevalencia de vida de ideación, planeación o intentos suicidas fue de 12,4%, 4,1% y 4,7%, respectivamente;¹⁶ en 2015, entre los participantes de la Encuesta Nacional de Salud Mental, se estimó que el 5,5% de los hombres y el 7,6% de las mujeres pensaron suicidarse, el 2,7% de las mujeres planeó suicidarse, el 1,9% de los hombres y el 3,3% de las mujeres intentaron suicidarse, entre quienes pensaron en suicidarse, el 35,9% lo planearon y el 43,0% intentaron suicidarse;¹⁷ en adolescentes entre 12 a 17 años, la prevalencia de ideación suicida fue de 6,6%, de intento de suicidio de 2,5% y el 37,6% de los adolescentes que manifestaron haber pensado en suicidarse lo intentaron.¹⁸

Datos procedentes del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) mostraron que la zona de los Llanos Orientales presentó la mayor tasa promedio de suicidio en Colombia para 2010: 7,0 por 100 mil habitantes, a expensas de los adultos jóvenes, maduros y mayores,⁸ seguida de la Amazonía a expensas de sus niños y adolescentes, con una tasa de 6,3 por 100 mil,¹⁹ tendencias confirmadas por una investigación sobre carga de enfermedad atribuible a Lesiones de Causa Externa (LCE) intencionales o no.^{20, 21} En el Departamento de Casanare, para el 2000, las muertes proporcionales por lesiones fueron de 33,7%, en hombres 41,9% y mujeres 20,5%; y, entre las primeras veinte causas de muerte, la tasa estandarizada en hombres por lesiones autoinfligidas fue de 19,5/00.000 habitantes.¹⁵ Para el período 2008-2012, la tasa de incidencia por lesiones autoinfligidas/suicidio para el departamento, en promedio, fue de 3,5 por 100 mil habitantes; la tasa global en mujeres fue de 10,2 y la tasa ajustada fue de 51,1 y en hombres fue de 26,2 y 131,0 respectivamente.²⁰ En cumplimiento de los lineamientos nacionales, en 2016 el departamento inició la vigilancia



del evento de interés en salud pública, Intento de suicidio como principal predictor del suicidio consumado.²²⁻²⁴

De otro lado, la gran mayoría de los estudios se han enfocado en aspectos clínicos-epidemiológicos del suicidio; ha sido poco explorada o analizada la percepción y las actitudes frente al suicidio de los conciudadanos, de familiares o de vecinos de las víctimas; Campo & Herazo⁷ señalaron la necesidad de estudiar cómo determinantes económicos/financieros (entre otros) influyen sobre las experiencias, los conocimientos o las actitudes frente al suicidio. Existen diferentes instrumentos psicométricos para valorar la percepción y la intención de suicidio en diferentes grupos poblacionales.^{6, 25-29} Por lo anterior, el objetivo del estudio fue estimar la magnitud de la violencia autoinfligida no fatal: intento de suicidio entre 2016-2017, la violencia autoinfligida fatal: el suicidio entre 2013-2016 y las creencias de la comunidad respecto al suicidio en el Departamento de Casanare.

Materiales y Métodos

Este estudio se realizó bajo las pautas y recomendaciones internacionales y la normativa nacional vigente para asuntos éticos.³⁰ Se contó con el consentimiento de las personas participantes, el consentimiento informado de los padres o acudientes y el asentimiento informado de los menores participantes. No se tuvo en cuenta datos personales como documento de identificación, nombre, apellidos y dirección de residencia, lo cual permitió preservar la intimidad y privacidad de los participantes. Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal para determinar la magnitud del daño por violencia autoinfligida por intento de suicidio/ suicidio y las creencias frente al suicidio a partir de: a) base de datos de la notificación de casos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud pública (Sivigila) de intento de suicidio entre 2016-2017; b) base de datos de estadísticas vitales -defunciones- del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) agrupado por grandes causas según la lista 667/OPS código 5.11 correspondiente a lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas, según los códigos CIE-10 X60-X84, Y87.0 durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2016; y, c) aplicación del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida CCCS-18.²⁸

Población y muestra cuestionario. La población a estudio está conformada por todas las personas habitantes del municipio de Yopal según las proyecciones del DANE para el 2017 de 106.669 personas de 10 años y más

años habitantes del casco urbano. Mediante la rutina Statcalc del software Epi-Info® versión 7.2.2, se calculó una muestra aleatoria bi-etápica por conglomerados (7 comunas) y por grupos de edad decenales, con una frecuencia esperada de intento de suicidio de 0,1%, peor error aceptable de 0.5%, nivel de confianza del 95%, se obtuvo un tamaño de muestra de 154 cuestionarios a aplicar; dada una proporción esperada de pérdidas de 10%, el tamaño total de la muestra ajustada fue de 170 cuestionarios (tabla 1). Se excluyeron individuos menores de 10 años, que no quisieran contestar o que llevaran menos de un año viviendo en el barrio. En terreno, los cuestionarios fueron diligenciados en impreso por los participantes del Curso de Vigilancia en Salud Pública y Principios de Epidemiología (VSP-PE), organizado por la Secretaría, del 11 al 15 de diciembre de 2017. Los datos fueron consolidados mediante cuestionario digital en Google, vía teléfono celular o computador.

Variables a estudio. Para los casos notificados al Sivigila por intento de suicidio las variables a estudio fueron las consignadas en la ficha de notificación del evento: caracterización sociodemográfica, datos de identificación, factores desencadenantes, factores de riesgo, mecanismo, tipo de sustancia química, remisión; para las defunciones por suicidio: año de ocurrencia, municipio y área de residencia, sexo, edad, mecanismo y ocupación; y, para identificar la percepción de la comunidad frente al suicidio, en una primera parte se indagó por las características sociodemográficas del participante y en la segunda parte se aplicó el cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: CCCS-18 creado en 2005 por investigadores de la Universidad de Murcia (España) y constituido por 18 ítems en escala Likert de 7 puntos, con una estructura interna de cuatro factores.²⁸

- El primer factor denominado legitimación del suicidio, incluye 6 ítems relativos a la visión del suicidio como algo racionalmente aceptable («Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento», «El suicidio debería ser una forma legítima de morir», «El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal», «Si alguien quiere intentar suicidarse es asunto suyo y no deberíamos intervenir») y en ciertas circunstancias («Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas)», «Aceptaría el suicidio en personas mayores»).

- El segundo factor se refiere a suicidio en enfermos terminales; incluye 4 ítems relativos al suicidio en enfermos que no tienen posibilidades de vivir («Debería permitirse el suicidio de una

manera digna a las personas con enfermedades incurables», «El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable», «Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal», «Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida»).

· El tercer factor, se refiere a la dimensión moral del suicidio desde el punto de vista social, compuesto por 4 ítems: «El suicidio es un acto inmoral», «El suicidio va en contra de la moral», «Los suicidas son personas que atentan contra la

sociedad», «Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato»).

· Finalmente, el cuarto factor se centra en el propio suicidio, está compuesto por 4 ítems: «Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme», «Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema», «Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida» y el ítem inverso «Bajo ningún concepto me suicidaría». El estudio sustantivo de los ítems indica una visión de la propia conducta suicida como salida ante una determinada situación.

Tabla 1.
Distribución de la muestra por intervalo de edad y conglomerado

Comunas	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 y más	Total
I	3	2	2	2	1	1	11
II	7	6	5	5	3	3	29
III	6	6	5	4	3	2	26
IV	6	6	5	4	3	2	26
V	6	6	5	4	3	2	26
VI	6	6	5	4	3	2	26
VII	6	6	5	4	3	2	26
Total	40	38	32	27	19	14	170

Fuente: Propia.

Tabla 2.
Casos notificados de intento de suicidio según parentesco, número de intentos, estado civil, escolaridad factores desencadenantes y de riesgo, mecanismo utilizado, sustancia química y remisión, Casanare, 2016-2017

Variables	F	%	Variables	F	%
Parentesco			Factores de riesgo		
Madre	104	32,4	Trastorno depresivo	117	26,1
Esposo	44	13,7	Antecedentes de trastorno psiquiátrico	69	15,4
Hermano	37	11,5	Ideación suicida persistente	63	14,1
Padre	23	7,2	Consumo de SPA	54	12,1
Hijo	18	5,6	Antecedentes familiares de conducta suicida	14	3,1
Amigo / Otro	95	29,6	Trastorno bipolar	12	2,7
Número de intentos			Esquizofrenia	11	2,5
Una vez	65	50,0	Trastorno personalidad	8	1,8
Dos veces	32	24,6	Pacto suicida	3	0,7
Tres veces	15	11,5	Mecanismo		
Cuatro veces	12	9,2	Intoxicación	303	67,6
Sin dato	6	4,6	Elemento cortopunzante	82	18,3

Variables	F	%	Variables	F	%
Estado civil			Ahorcamiento	36	8,0
Soltero	137	58,3	Lanzamiento al vacío	10	2,2
Casado / Unión libre	86	36,6	Lanzamiento a vehículo	6	1,3
Viudo / Separado / divorciado	12	5,1	Arma de fuego	5	1,1
Escolaridad			inmolación	1	0,2
Preescolar	2	1,0	Lanzamiento a cuerpo de agua	1	0,2
Básica primaria	62	31,2	Sin dato	4	0,9
Básica secundaria	99	49,7	Sustancia química		
Técnica /Tecnológica	25	12,6	Medicamentos	59	38,6
Profesional	5	2,5	Plaguicidas	77	25,4
Ninguno	6	3,0	Metanol	1	0,3
Factores desencadenantes			Solventes	4	1,3
Conflictos recientes con la pareja	202	45,1	Otras sustancias químicas	9	3,0
Problema legal	54	12,1	Sustancias psicoactivas	2	0,7
Problema económico	33	7,4	Sustancia desconocida	1	0,3
Maltrato físico	19	4,2	Remisión a salud mental		
Escolar / Educativa	16	3,6	Trabajo social	121	27,0
Enfermedad crónica/dolorosa/ discapacitante	11	2,5	Psicología	254	56,7
Problema laboral	7	1,6	Psiquiatría	361	80,6
Suicidio de un familiar	6	1,3			

Fuente: Propia.

Tabla 3.
Casos notificados y tasa de incidencia por 100 mil habitantes por intento de suicidio, Casanare, 2016-2017

Municipio	2016				2017				2016-2017			
	F	%	DANE*	Tasa	F	%	PDANE	Tasa	F	%	PDANE	Tasa
Aguazul	16	8,1	39.664	40,3	22	8,8	40.819	53,9	19	8,5	40.242	47,2
Chámeza	0	0,0	2.511	0,0	3	1,2	2.558	117,3	2	0,7	2.535	59,2
Hato Corozal	1	0,5	12.364	8,1	3	1,2	12.578	23,9	2	0,9	12.471	16,0
Maní	5	2,5	11.130	44,9	7	2,8	11.123	62,9	6	2,7	11.127	53,9
Monterrey	7	3,6	15.021	46,6	11	4,4	15.213	72,3	9	4,0	15.117	59,5
Nunchía	4	2,0	8.867	45,1	4	1,6	8.906	44,9	4	1,8	8.887	45,0
Orocué	6	3,0	8.348	71,9	5	2,0	8.389	59,6	6	2,5	8.369	65,7
Paz de Ariporo	23	11,7	26.534	86,7	17	6,8	26.458	64,3	20	9,0	26.496	75,5
Pore	2	1,0	7.915	25,3	6	2,4	7.914	75,8	4	1,8	7.915	50,5
Recetor	1	0,5	4.222	23,7	0	0,0	4.375	0,0	1	0,2	4.299	11,6
San Luis de Palenque	2	1,0	7.810	25,6	1	0,4	7.856	12,7	2	0,7	7.833	19,1
Támara	1	0,5	7.036	14,2	3	1,2	7.034	42,6	2	0,9	7.035	28,4
Tauramena	12	6,1	22.726	52,8	24	9,6	23.387	102,6	18	8,1	23.057	78,1
Trinidad	1	0,5	15.105	6,6	4	1,6	15.472	25,9	3	1,1	15.289	16,4
Villanueva	17	8,6	24.078	70,6	15	6,0	24.301	61,7	16	7,2	24.190	66,1

Municipio	2016				2017				2016-2017			
	F	%	DANE*	Tasa	F	%	PDANE	Tasa	F	%	PDANE	Tasa
Yopal	98	49,7	142.979	68,5	125	49,8	146.202	85,5	112	50,0	144.591	77,1
Desconocido	1	0,5			1	0,4			1	0,4		
Total	196	100,0	367.721	53,3	250	100,0	368.989	67,8	223	100,0	368.355	60,5

Fuente: Propia.

*DANE. Población estimada según proyecciones de población del Departamento nacional de Estadística DANE con base en el censo de 2005.

Para la fase de trabajo de campo, la muestra fue distribuida proporcionalmente en cada una de las comunas del municipio y los barrios fueron seleccionados a conveniencia. Para cumplir con la distribución respecto al grupo etario objeto de estudio, las encuestas fueron marcadas con la comuna, el grupo etario asignado y el sexo de la persona, bien fuera hombre o mujer, por partes iguales en consideración a la distribución del tamaño poblacional según las proyecciones del DANE. Una vez ubicados en el sector asignado, en cada manzana, siguiendo las manecillas del reloj, se seleccionó una residencia a encuestar por cada cuadra, en la que se preguntó por una persona mayor de 10 años quien manifestará su interés en participar en el estudio previa firma del consentimiento informado o el consentimiento y asentimiento informado de los padres de menores de edad. Aplicado el cuestionario, se siguió por la cuadra siguiente de la manzana y así sucesivamente. En caso de no encontrar una persona en la primera casa, se indagó casa a casa hasta encontrar una persona dispuesta a colaborar, y se continuó con el procedimiento planteado.

Se utilizó el paquete estadístico Epi-Info® 7.2.2 para analizar los resultados obtenidos mediante la aplicación de estadística descriptiva: cálculo de medidas de frecuencia, tendencia central y razón. Se calcularon las tasas de incidencia y de mortalidad específica, globales y ajustadas por municipio, sexo y grupo etario en la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office® 2016, utilizando como numerador los casos notificados de intento de suicidio o las defunciones por suicidio y como denominador la población expuesta a riesgo de presentar este evento en el período de tiempo según estimaciones DANE, multiplicado por el valor constante de 100 mil.

Dada la estructura del cuestionario, se decidió emplear el análisis factorial de componentes principales para entender el comportamiento de los factores en función de los datos obtenidos en los ítems; usando SPSS® versión 22, según el método propuesto por Field,³¹ se optó por una rotación ortogonal bajo la presunción de independencia de los cuatro factores. Sucesivamente, se obtuvieron estadísticos

descriptivos, matriz de correlaciones, prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de “esfericidad” de Bartlett con nivel de significancia de 0,05, comunalidades, varianza total explicada, gráfico de sedimentación (scree plot) y matrices de componentes rotados. Una vez analizados los datos obtenidos se procedió a su representación por medio de tablas y figuras.

Resultados

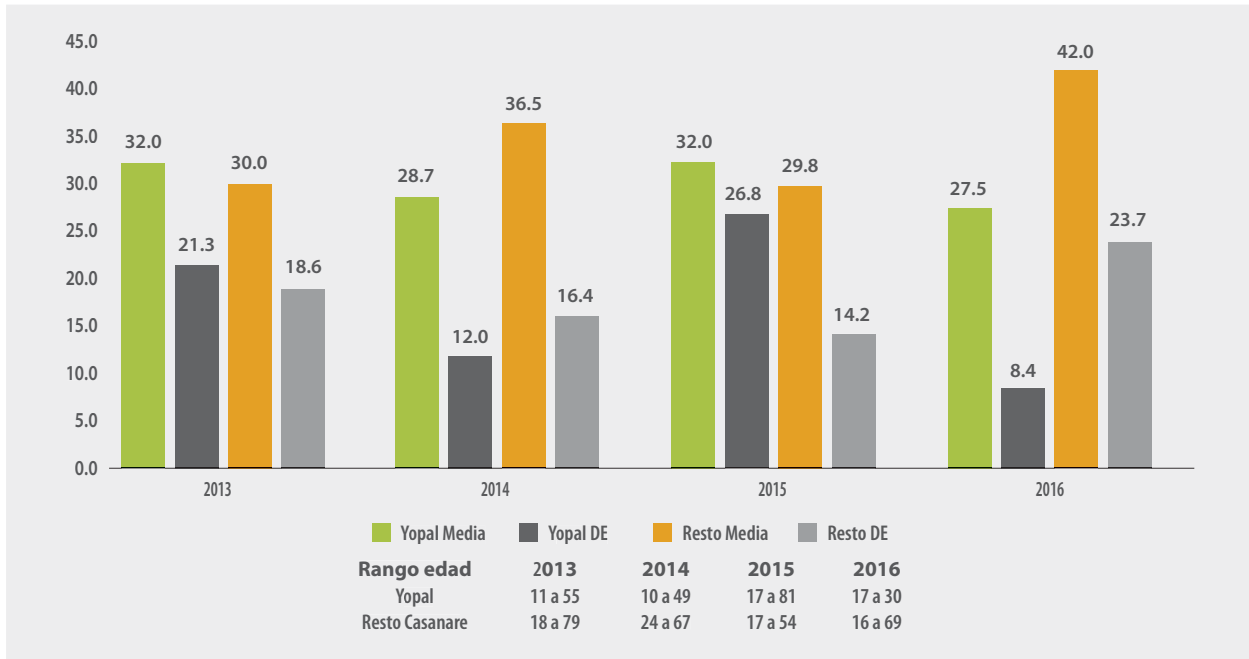
Intento de suicidio. Después de depurar la base de datos se contó con un total de 448 casos notificados de intento de suicidio, 197 (44,0%) en 2016 y 251 (56,0%) en 2017; notificados por el 84,2% (16/19) de los municipios del departamento; 365 (81,5%) del área urbana, 83 (18,5%) del área rural; (60,7%) mujeres y 39,3% hombres; edad promedio 25,1(±11,4) mínima 9 y máxima 76 años; por grupo etario: 1 (0,2%) < 10, 175 (39,1%) de 10-19, 158 (35,3%) de 20-29, 59 (13,2%) de 30-39, 33 (7,4%) de 40-49, 14 (3,1%) de 50-59 y 8 (1,8%) de 60 y más años; 321 (71,7%) fueron acompañados, 130 (29,0%) con intentos previos, 235 (52,5%) con dato de estado civil, 199 (44,4%) con el dato de escolaridad, el 50,5% (153/303) con el dato del tipo de sustancia química utilizada para intoxicarse (tabla 2). En la tabla 3 se presenta la distribución de casos por municipio de procedencia y la tasa de incidencia por 100 mil habitantes.

Suicidio. Entre 2013 y 2016 se contó con 57 registros de suicidios, distribuidos por año, 2013 (15; 26,3%), 2014 (16; 28,1%), 2015 (10; 17,5%) y 2016 (16; 28,1%); residentes en el 68,4% (13/19) de los municipios del departamento, 25 (43,9%) de Yopal, 6 (10,5%) de Tauramena, 4 (7,0%) de Nunchía, Trinidad y Villanueva, 3 (5,3%) de Orocué y Paz de Ariporo, 2 (3,5%) de Monterrey y San Luis de Palenque y uno (1,8%) de Aguazul, Maní, Pore y Sácamá respectivamente; la tasa de mortalidad por 100 mil habitantes en promedio para el departamento fue de 4,0 suicidios por año, el promedio de población entre 2013-2016 fue de 353.320 habitantes (mínimo 344.040 y máximo 364.721; en 2013 la tasa de mortalidad fue de 3,7 para Yopal, 4,7 resto de Casanare y 4,4 Casanare; en 2014 fue de 7,3 para Yopal, 2,8 resto de Casanare y 4,6 Casanare; en 2015 fue de 3,6 para Yopal, 2,3 resto de Casanare y 2,8 Casanare; y, en 2016 de 4,9 para Yopal, 4,1 resto de Casanare y 4,4 de

Casanare. Distribuidos según el sexo 11 (19,3%) del sexo femenino y 46 (80,7%) del sexo masculino, razón hombre / mujer 4:1; 37 (64,9%) del área urbana, 19 (33,3%) del área rural y 1 (1,8%) indeterminado; edad media 32,6 ($\pm 17,6$) mínima 10 y máxima 81 años (figura 1); mecanismo, 28 (49,1%) ahorcamiento, 19 (33,3%) arma de fuego, 7 (12,3%) veneno, uno (1,8%) ahogamiento y 2 (3,5%) sin

dato; actividad económica, 8 (14,0%) trabajadores de los servicios/vendedores, 6 (10,5%) trabajadores y obreros agropecuarios/forestales/pesqueros, 3 (5,3%) trabajadores no calificados, 2 (3,5%) fuerza pública y operadores de máquinas/ensambladores, 3 (5,3%) estudiantes y hogar respectivamente, uno (1,8%) desempleado y 28 (49,1%) sin información.

Figura 1.
Comparativo de la edad media y desviación estándar por año a estudio, Yopal vs resto de Casanare, Suicidio, Casanare, 2013-2016



Fuente: Propia.

Creencias frente al suicidio

Se recogieron y consolidaron 167 cuestionarios (98,2%); el análisis factorial de componentes principales arrojó los siguientes resultados:

- Estadísticos descriptivos: la tabla 4 muestra los puntajes promedio \pm desviación estándar de las 18 variables. Considerado por factores, se pone de relieve que:
- Factor 1: hay una aversión al suicidio y a su legitimación, incluso es difícilmente aceptado para personas mayores.
- Factor 2: hay una posición de desacuerdo respecto del suicidio como solución a una enfermedad incurable.
- Factor 3: hay una posición de mediano acuerdo frente a la noción inmoral e ilegal del suicidio.
- Factor 4: hay mucho acuerdo de los respondientes en no suicidarse bajo ninguna circunstancia.

- Matriz de correlaciones: se encontraron correlaciones pobres a moderadas entre la aceptación de ciertas formas de suicidio y el suicidio como vía de escape ante problemas de la vida ($r=0,501$, $p=0,00$) o situaciones extremas ($r=0,426$, $p=0,00$), o bien entre el suicidio como forma legítima de morir y su aceptación en una sociedad ideal ($r=0,433$, $p=0,04$), o bien entre la permisibilidad del suicidio para enfermos incurables y la aceptación de dicha acción ($r=0,545$, $p=0,00$) o la ayuda prestada a un enfermo terminal ($r=0,434$; $p=0,00$).

- Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de "esfericidad" de Bartlett: La prueba KMO fue igual a 0,739, sugiriendo una muestra adecuada para análisis; la prueba de Bartlett ($X^2 = 675,49$, 153gl, $p=0,000$) resultó estadísticamente significativa, sugiriendo correlaciones suficientemente grandes o notables.

- Comunidades: no hubo valores superiores a 0,900, por consiguiente, no hubo situaciones de (multi) colinealidad.

- Varianza total explicada: se corrió este análisis para valorar la contribución de cada variable y factor, encontrando que cuatro componentes explicaron 49,56% de la varianza total (tabla 5).
- Gráfico de sedimentación (scree plot): la figura 2 sugiere que los datos respondieron bien a una organización de variables alrededor de 4 factores, definida de antemano para el análisis por ser los factores originales de la encuesta CCCS-18.
- Matriz de componente / componente rotado: la tabla 6 corresponde al análisis de componentes principales bajo rotación ortogonal de variación máxima (varimax). Los coeficientes sugieren mayor peso para el suicidio en enfermos terminales,

seguido del propio suicidio, específica y claramente bajo condiciones extremas, y un importante puntaje respecto del suicidio como condición normal en sociedades ideales, pero inmoral y contra la moral bajo las presentes circunstancias. El gráfico de componente de espacio rotado muestra también que el suicidio puede ser una forma de escape frente a la soledad y la depresión, como la aversión a crear clínicas para los suicidas.

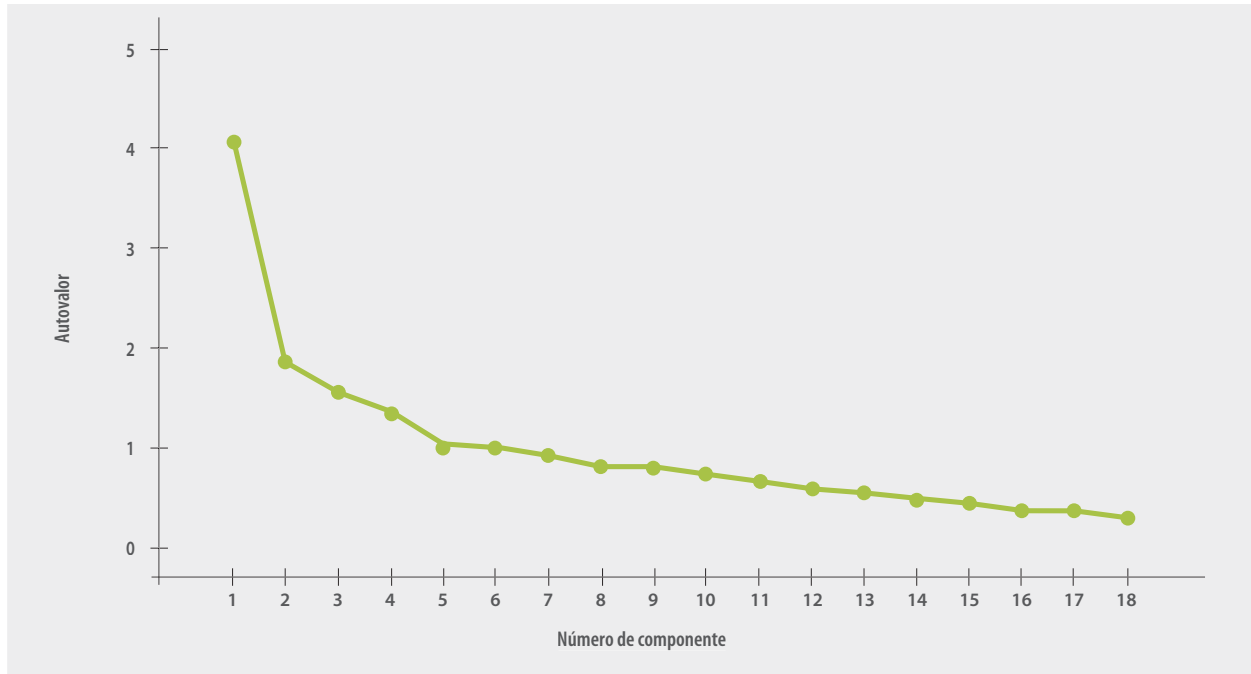
- Matriz de covarianzas de puntuación de componente (factor scores covariances matrix): muestra los valores 1 y 0 solamente, significando que los cuatro factores se comportan de manera independiente, confirmando de paso el carácter adecuado del análisis.

Tabla 4.
Estadísticos descriptivos del análisis factorial, CCCS-18, Yopal-Casanare, 2017

Factores	Componentes	Media	Desviación estándar	N de análisis
F1-01	Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej: sobredosis de pastillas)	1,23	0,967	167
F1-05	Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	2,38	2,273	167
F1-08	El suicidio debería ser una forma legítima de morir	1,47	1,476	167
F1-10	Aceptaría el suicidio en personas mayores	1,43	1,254	167
F1-14	Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	1,98	1,946	167
F1-18	El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	1,56	1,523	167
F2-02	Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	2,66	2,214	167
F2-06	El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	2,23	2,008	167
F2-11	Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	1,83	1,683	167
F2-15	Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	1,71	1,64	167
F3-03C	El suicidio va en contra de la moral	2,75	2,522	167
F3-07C	El suicidio es un acto inmoral	2,42	2,266	167
F3-12C	Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad	2,97	2,383	167
F3-16C	Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato	2,16	2,104	167
F4-04	Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema	1,54	1,484	167
F4-09C	Bajo ningún concepto me suicidaría	3,43	2,846	167
F4-13	Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	1,29	0,959	167
F4-17	Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida	1,59	1,449	167

Fuente: Propia.

Figura 2.
Gráfico de sedimentación (scree plot) del análisis factorial, CCCS-18, Yopal-Casanare, 2017



Fuente: Propia.

Tabla 5.
Varianza total explicada del análisis factorial, CCCS-18, Yopal-Casanare, 2017

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas	
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza
1	4,102	22,790	22,79	4,102	22,790
2	1,869	10,381	33,171	1,869	10,381
3	1,575	8,747	41,919	1,575	8,747
4	1,376	7,643	49,562	1,376	7,643
5	1,040	5,778	55,340		
6	0,991	5,507	60,847		
7	1,905	5,029	65,875		
8	0,829	4,603	70,479		
9	0,795	4,416	74,894		
10	0,746	4,142	79,036		
11	0,652	3,622	82,658		
12	0,609	3,383	86,042		
13	0,550	3,053	89,095		
14	0,503	2,797	91,892		
15	0,434	2,41	94,302		
16	0,369	2,052	96,354		
17	0,351	1,951	98,305		
18	0,305	1,695	100,000		

Fuente: Propia.

Tabla 6.
Matriz de componente rotado del análisis factorial, CCCS-18, Yopal-Casanare, 2017

Factores	Componentes	1b	2b	3b	4b
F1-01	Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej: sobredosis de pastillas)		0,738		
F1-05	Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir			0,482	0,445
F1-08	El suicidio debería ser una forma legítima de morir				0,668
F1-10	Aceptaría el suicidio en personas mayores	0,439			
F1-14	Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	0,424			
F1-18	El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal				0,814
F2-02	Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	0,738			
F2-06	El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	0,746			
F2-11	Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	0,729			
F2-15	Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	0,663			
F3-03C	El suicidio va en contra de la moral			0,613	
F3-07C	El suicidio es un acto inmoral			0,734	
F3-12C	Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad				
F3-16C	Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato				
F4-04	Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema		0,785		
F4-09C	Bajo ningún concepto me suicidaría			0,598	
F4-13	Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme		0,568		
F4-17	Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida		0,669		
Método de extracción: análisis de componente principales					
Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser					
a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones					
b. Comp 1 = Factor II (Suicidio enfermos terminales); Comp 2 = Factor IV (Propio suicidio); Comp 3 = Factor III (Dimensión moral); Comp 4 = Factor I (Legitimación)					

Fuente: Propia.

Discusión

Como resultado del análisis de la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio, se evidencia, por un lado, los municipios de La Salina, Sácama y Sabanalarga no notificaron casos; por otro, la mitad de los casos ocurren en Yopal (capital del departamento, en la que se concentra la mayor densidad de población), procedentes en su mayoría del área urbana, en personas del sexo femenino, en la adolescencia (10 a 19 años), juventud (20 a 25 años) y

adulterez (26 a 39 años) según el curso de vida; entre quienes contaban con registro, la mitad manifestó al menos un intento anterior, un poco más de la mitad solteros y con educación secundaria; entre los factores desencadenantes, la mayor proporción por conflictos recientes de pareja; entre los factores de riesgo, la cuarta parte con trastorno depresivo; el mecanismo, la intoxicación con medicamentos y plaguicidas como sustancias químicas predominantes; y

en su mayoría remitidas a atención de salud mental. La tasa de incidencia por 100 mil habitantes por intento de suicidio fue superior a la de Colombia de 37,7 en 2016³² y 35,0 en 2017.³³

Según los registros de defunciones por suicidio, a excepción de 2015, con la menor proporción de defunciones, la distribución fue similar para los otros años a estudio; en los municipios de Chámeza, Hato Corozal, La Salina, Maní, Monterrey, Nunchía, Orocué, Paz de Ariporo, Pore, Recetor, Sabanalarga, San Luis de Palenque y Támara no se presentaron suicidios; concentrados en el municipio de Yopal, procedentes del área urbana, en su mayoría personas del sexo masculino, a diferencia del intento de suicidio, en edad productiva y según el curso de vida en la adultez; según el mecanismo utilizado predomina el ahorcamiento, lo que hace importante limitar el acceso a lazos, cuerdas y sustancias químicas; así como, la identificación de la ideación suicida y factores asociados de depresión, consumo de psicoactivos, abuso sexual y antecedente familiar de suicidio; así como, factores de índole sociocultural, ambiental y económica; entre ellos, sobresalen la baja escolaridad, el desempleo, la soltería, las dificultades económicas, las inequidades sociales, las enfermedades incapacitantes, la pérdida de seres queridos o las situaciones de estrés colectivo.⁷⁻⁹ Sólo una minoría de quienes tienen tendencias suicidas llegan a quitarse la vida.¹

No hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Muchos suicidios se cometen impulsivamente y, en tales circunstancias, el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona, donde factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero debido a la estigmatización de los trastornos mentales y del suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda.²

Creencias frente al suicidio

Los datos de este estudio corroboran percepciones y actitudes contrarias al suicidio en la población yopalense, con excepciones. Se encontró una aversión al suicidio y a su legitimación, un desacuerdo de los entrevistados respecto al suicidio como solución a una enfermera incurable, una noción inmoral e ilegal del suicidio, pero una disposición al propio suicidio bajo condiciones extremas, particularmente económicas. Al respecto, Palacio y cols.⁹ demostraron que el desempleo y el aislamiento podían ser factores de riesgo en presencia de un desorden mental o de un bajo grado de acompañamiento y de participación en actividades religiosas o sociales, factores corroborados de forma independiente por Ojeda y cols.;¹² Rodríguez y

cols. propusieron contar con más investigaciones relativas a la fragilidad personal, la resiliencia y otras variables socioculturales.³⁴

Durkheim, citado por Dávila & Pardo¹¹ propuso que el suicidio se hace manifiesto en sociedades con desintegración, falta de cohesión social - a lo cual añadimos los fenómenos de corrupción, precarización, lumpenización y prostitución sociales -, generando un ideario en los individuos y en el colectivo de desesperanza y de inutilidad vitales. Kaufman & Oakes³⁵ y Berkman & Kawachi³⁶ han llamado la atención desde la Epidemiología Social respecto a la dinámica de las relaciones sociales y las actividades humanas, los mecanismos o fuerzas sociales, económicas, de ambiente (ecológicas), incluso políticas, que inciden -en este caso- para desequilibrar mental y emocionalmente individuos y colectivos. En una sociedad con modelo socioeconómico neoliberal como la colombiana, más en áreas que sean directamente ligadas a la minería extractiva o a la industria petrolera, lo económico/financiero se convierte en un determinante crucial para considerar soluciones extremas y definitivas cuando las cosas van mal.

En consonancia con otros trabajos,^{7,8,11} bajo la noción de que el suicidio se puede entender como fenómeno multicausal, interactuante, complejo, que involucra aspectos cognitivos, relacionales, educativos, económicos, políticos y culturales, pero que también puede ser prevenible. Por ende, se propone la integración de instituciones y sectores de la sociedad yopalense para proteger aquellos grupos de personas en situación particular vulnerable; además, este estudio propone y afirma la noción de suicidio como un problema social objeto de intervención en salud pública, para que no sea visto equivocadamente como una enfermedad, o únicamente como consecuencia de una enfermedad, dejando su manejo a la responsabilidad de un equipo médico. Aspectos que debe trabajarse son, por ejemplo, educación en salud mental, estrategias de información, educación y comunicación (IEC), entrenamiento de los profesionales de áreas clínicas y de salud pública/epidemiología, y programas focalizados de prevención no sólo del suicidio sino de los determinantes sociales que influyen en la génesis de un comportamiento suicida, amén de las medidas ya vigentes relativas al control del consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas y a la restricción al acceso a medios letales potencialmente utilizables para cometer un suicidio.

Agradecimientos: Los autores queremos agradecer por su apoyo y aportes a los participantes del Curso de Vigilancia en Salud Pública y Principios de Epidemiología, realizado en Yopal del 11 al 15 de diciembre de 2017.

Contacto:

Oneida Castañeda Porras, Psicol-MSP, FETP
KR 19 164-37 IN4 AP304, Bogotá D.C. - Colombia
ocastaneda@smc-as.com

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002. 62 p.
2. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global. Resumen ejecutivo. Whashington, D. C.: OPS/OMS; 2014. 4 p.
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2003. 374 p.
4. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2016. 280 p.
5. República de El Salvador, Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia. Lineamiento técnico en relación a niñas, niños y/o adolescentes que auto vulneran sus derechos. El Salvador: CONNA; 2013. 19 p.
6. Villalobos-Galvis FH, Arévalo Ojeda C, Rojas Rivera FD. Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. 2012.
7. Campo-Arias A, Herazo E. Association between inequality and suicide rate in Colombia (1994-2013). Revista colombiana de psiquiatría. 2015;44(1):28-32.
8. Cardona Arango D, Medina-Pérez ÓA, Cardona Duque DV. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. 2015.
9. Palacio C, García J, Diago J, Zapata C, López G, Ortiz J, et al. Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case-control study of psychological autopsy in a developing country. Archives of Suicide Research. 2007;11(3):297-308.
10. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007;22:231-8.
11. Dávila CA, Pardo AM. Suicide mortality in Colombia and México: Trends and impact between 2000 and 2013. Biomédica: revista del Instituto Nacional de Salud. 2016;36(3):415-22.
12. Ojeda Rosero DE, Villalobos Galvis FH. Elementos para una Política Pública desde la Percepción del Suicidio en Nariño. Revista Colombiana de Psicología. 2011;20(1):57-73.
13. Posada-Villa J, Camacho JC, Valenzuela JI, Arguello A, Cendales JG, Fajardo R. Prevalence of suicide risk factors and suicide-related outcomes in the National Mental Health Study, Colombia. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2009;39(4):408-24.
14. Organización Mundial de la Salud. Suicidio Notas descriptivas. 2019 [cited 12 de marzo de 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
15. Rodríguez-García J. Descripción de la mortalidad por departamentos. Colombia año 2000. documento de trabajo ASS/DT 016-05. Bogotá: CENDEX; 2005.
16. Posada-Villa J, Gómez Gutiérrez LF, Gómez Serrano LC. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003: Ministerio de Salud y Protección Social, Fundación FES Social; 2005.
17. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Revista Colombiana de psiquiatría. 2016;45:68-75.
18. Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología -Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá, D. C.: El Ministerio; 2016.
19. Cardona Arango D, Segura ÁM, Espinosa A, Segura A. Homicide and suicide in 15 to 24 year-old people in Colombia, 1998-2008. Biomédica: revista del Instituto Nacional de Salud. 2013;33(4):574-86.
20. Castañeda Porras O, Segura O. Carga de enfermedad por lesiones de causa externa, Casanare-Colombia, 2008-2012. [Trabajo de grado Maestría en Salud Pública]. editor. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales. Facultad de Salud; 2017. 144 p.
21. Castañeda-Porras O, Segura O. Burden of disease by external causes of injury in Casanare-Colombia, 2008-2012. Revista de salud pública. 2018;20(2):163-70.
22. Colombia, El Congreso de Colombia. Ley por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Ley 1616 de 2013 (enero 21)2013.
23. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud pública: Intento de suicidio. Bogotá, D.C.: INS; 2017. 17 p.
24. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Intento de Intento de Suicidio. Bogotá, D.C.: INS; 2014. 19 p.
25. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. Revista latino-americana de enfermagem. 2012;20(6):1161-8.
26. Chite Huayhua BF. Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la IE Santa Rosa de Lima, Arequipa, 2015. 2015.
27. Desuque DA, Vargas Rubilar J, Lemos VN. Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente en Entre Ríos, Argentina. Liberabit. 2011;17(2):187-98.

28. Ruiz Hernández JA, Navarro-Ruiz JM, Torrente Hernández G, Rodríguez González Á. Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema*. 2005;17(4).
29. Villaceros M, Bermejo JC, Magaña M, Fernández-Quijano I. Psychometric Properties of the Attitudinal Beliefs Questionnaire about Suicidal Behavior (CCCS-18). *The Spanish journal of psychology*. 2016;19.
30. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 008430 de 1993 (octubre 4)1993.
31. Field A. *Discovering statistics using SPSS*. 3rd ed. Thousand Oakes: Sage; 2009. 854 p.
32. Blandón Rodríguez AM. Informe final del evento intento de suicidio, Colombia, 2016. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2017.
33. Blandón Rodríguez AM. Informe final de evento intento de suicidio, Colombia, 2017. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2018.
34. Rodríguez Escobar J, Medina Pérez Ó, Cardona Duque D. Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda. Colombia. 2005;2010:9-16.
35. Oakes JM, Kaufman J. *Methods in Social Epidemiology*. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.; 2006.
36. Berkman L, Kawachi I, Glymour M. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2014.