



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría  
Colombia

Castro Alzate, Elvis Siprian; Castillo Martínez, Alejandro  
Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en  
la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali  
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 42, núm. 1, 2013  
Asociación Colombiana de Psiquiatría  
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80626357012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali<sup>♦</sup>.

Elvis Siprian Castro Alzate<sup>1</sup>  
Alejandro Castillo Martínez<sup>2</sup>

## Resumen:

**Introducción:** Según la Organización Mundial de la salud (OMS), las secuelas del intento de suicidio constituyen la sexta causa de mala salud y discapacidad a nivel mundial. De acuerdo a la estrategia mundial para la prevención del suicidio (SUPRE – MISS) la discapacidad vista desde la participación social se convierte en un predictor para la repetición de una conducta suicida. **Objetivo:** Establecer los grados de discapacidad y sus factores relacionados, en términos de restricciones en la participación y limitaciones en la actividad, en personas que presentaron intento de suicidio durante el periodo septiembre de 2009 a junio de 2010, atendidas en la Red Pública de Servicios de Salud de Santiago de Cali. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal en 126 personas con intento de suicidio, con edades entre 15 y 65 años, atendidas en la Red Pública de Servicios de Salud de Santiago de Cali para determinar la carga de discapacidad y sus factores relacionados. Se empleó la versión en español de la Escala de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO – DAS II), que incorpora las **limitaciones en la actividad** y las **restricciones en la participación**, como elementos fundamentales en el estudio de la discapacidad como uno de los desenlaces del intento de suicidio. **Resultados:** Fueron calculados 30 años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), se estimó una prevalencia de 95.3% de discapacidad. El 4.6% de la muestra (IC 95% 1.76 – 10) no presenta discapacidad, 41.27% (IC 95% 32.57 – 50.38) presentan discapacidad leve, 38.1% (IC95% 29.59 – 47.17) presentan discapacidad moderada y 15.87% (IC 95% 9.97 – 23.44) presentan discapacidad severa. Los factores relacionados con discapacidad fueron la edad (tener entre 20 y 29 años o ser mayor de 40 años), la ocupación (ser estudiante como factor de protección), la presencia de enfermedad mental (OR=4.5), presencia de síntomas depresivos actuales (OR=4.31), métodos fatales (defenestración OR=4.5), consumo de medicamentos psiquiátricos (OR=3.5), limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y la no práctica religiosa (OR=2.1). **Conclusiones:** La prevalencia de discapacidad en personas con intento de suicidio atendidas en la red Pública de Servicios de Salud de Santiago de Cali, fue de 95.3%. Los resultados son acordes con el estudio de carga mundial de enfermedad que establece una alta carga para trastornos mentales asociados a intento de suicidio. La presencia de una deficiencia posterior al intento de suicidio incrementa la carga de discapacidad.

---

♦ Artículo basado en la tesis de grado para optar al título de magíster en Epidemiología de la Universidad del Valle. Proyecto avalado por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali y basado en los registros del observatorio centinela de intento de suicidio.

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional, Universidad del Valle. Magíster en Epidemiología, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Docente Programa Académico Terapia Ocupacional Universidad del Rosario, Bogotá D.C. Colombia. Investigador principal.

<sup>2</sup> Médico Cirujano. Especialista en Psiquiatría. Magíster en Epidemiología, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Director de Investigación.

**Palabras Clave:** Intento de Suicidio, Discapacidad, Deficiencia, Limitaciones en la actividad, restricciones en la participación, WHO – DAS II.

## **Abstract**

**Introduction:** According to the World Health Organization (WHO), the aftermaths of the suicide attempt are the sixth leading cause of ill health and disability. According to the Global Strategy for Suicide Prevention (SUPRE - MISS) the perspective from social participation on disability, becomes a predictor for recurrence of suicidal behaviour. **Objective:** Establish the level of disability and the factors to which it relates in terms of participation restrictions and activity limitations of people who had suicidal attempts, attended by the Public Service Network Health of Santiago de Cali, from September 2009 through June 2010. **Method:** A cross-sectional observational study was applied on 126 people who attempted suicide, aged between 15 and 65 and whom were treated at the Public Health Service in Santiago de Cali. A Spanish version of the Disability Assessment Scale of the World Health Organization (WHO - DAS II), incorporating **activity limitations** and **participation restrictions** as fundamental elements in the study of disability as one of the outcomes of attempted suicide was used. **Results:** Were calculated 30 disability adjusted life years (DALYs) estimates a prevalence of 95.3% disability. 4.6% of the sample (95% CI 1.76 - 10) no disability, 41.27% (95% CI 32.57 - 50.38) have mild disabilities, 38.1% (95% CI 29.59 - 47.17) have moderate disability and 15.87% (95 % 9.97 - 23.44) have severe disability. Disability-related factors were: Age (from 20 to 29 years or people older than 40), Occupation (being a student as a protective factor). Presence of mental illness (OR = 4.5), current depressive symptoms (OR = 4.31), lethal methods (defenestration OR = 4.5), Use of psychiatric drug (OR = 3.5), Activity limitations, Participation restrictions and Non-religious practice (OR = 2.1). **Conclusions:** The prevalence of disability in people who have committed suicidal attempts treated at the public health services in Santiago de Cali, was 95.3%. The results are consistent with the study of global burden of disease that sets a high burden for mental disorders to attempted suicide. The presence of a deficiency after the suicide attempt increases the burden of disability.

**Keywords:** Suicidal attempt, Disability, Impairment, activity limitations, participation restrictions, WHO - DAS II.

## **Introducción**

El comportamiento suicida es un fenómeno de mayor relevancia en Salud Pública. A nivel mundial, el suicidio es la decimotercera causa de mortalidad general y la cuarta causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 44 años, con una tasa de mortalidad estimada en 14,5 por cada 100.000 habitantes. La razón entre el intento de suicidio y suicidio consumado se ha calculado en 20:1, observándose una variación amplia entre grupos etarios<sup>1</sup>.

En Colombia, para el año 2005 se estimó la tasa de mortalidad por suicidio en 3,9/100.000 habitantes<sup>1</sup>, mientras que los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental concluyeron que la ideación suicida se presentó en el 12,3% de los colombianos, el 4,1% desarrolló planes suicidas y el 4,9% ha realizado intentos suicidas alguna vez en la vida<sup>2</sup>. En Cali, durante el año 2009 se reportaron 394 casos y para el primer semestre de 2010 157 casos al observatorio centinela de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali<sup>3</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las secuelas del intento fallido constituyen la sexta causa de mala salud y discapacidad, por lo que el riesgo de repetir el comportamiento suicida puede ser mayor en aquellas personas que presentan algún tipo de secuela o disfunción física. Se ha estimado que el 50% de los suicidas presentaron conductas suicidas no mortales<sup>1</sup>.

Después de un intento de suicidio, el individuo puede verse enfrentado a situaciones como el aislamiento social, la pérdida de roles sociales, rechazo de las personas de su contexto inmediato y dependiendo de la severidad del método empleado alteraciones funcionales que limitan la ejecución de actividades de la vida cotidiana. Los principales indicadores para la comprensión del comportamiento suicida, están basados en la ocurrencia del evento, sin embargo, existe poca evidencia del impacto negativo que tiene este fenómeno en la calidad de vida y funcionamiento de la persona que realiza un intento suicida. Como respuesta, se han diseñado estrategias dirigidas a la intervención en crisis, que resultan insuficientes para la reintegración de la persona con comportamiento suicida a la vida cotidiana y por consiguiente la reducción del riesgo de repetir el intento suicida, que es el predictor más importante de suicidio consumado futuro.

En el estudio del comportamiento suicida con frecuencia se obvia la medición de la carga de morbilidad mediante el indicador de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), por lo tanto, no se da cuenta del impacto sobre la calidad de vida del comportamiento suicida de acuerdo a las secuelas del intento fallido y grado de discapacidad. La estimación de la carga de discapacidad se convierte en una herramienta útil para el desarrollo de estrategias tendientes a mejorar la salud y calidad de vida de la población<sup>4</sup> y por lo tanto, es pertinente abordar la problemática desde el modelo psicosocial de la discapacidad promulgado por la OMS a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001)<sup>5</sup>.

## **Metodología**

**Tipo de Estudio:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal, que estimó la prevalencia de discapacidad en personas con intento de suicidio entre 15 y 65 años que fueron atendidas en la Red Pública de Servicios de Salud de Santiago de Cali entre los meses de septiembre de 2009 y junio de 2010. Los datos fueron recolectados entre marzo y junio de 2010. Se vincularon cuatro de las cinco Empresas Sociales del Estado (Ladera, Oriente, Centro y Norte), la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario del Valle y el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

## **Población y Muestra**

**Criterios de Inclusión:** Personas entre 15 y 65 años de edad, residentes en la zona urbana de Santiago de Cali que presentaron Intento de Suicidio durante los últimos seis meses a partir de la entrevista, registrados en la base de datos del observatorio de violencia autoinfligida de la Secretaría de Salud Pública Municipal, durante el periodo septiembre de 2009 – junio de 2010. Se estableció el rango de edad para respetar la autodeterminación de las personas para ser incluidas en el estudio sin mediación de cuidadores primarios.

**Criterios de Exclusión:** Personas con deficiencia cognitiva o con episodios de psicosis activa que impidan aceptar el consentimiento o asentimiento informado.

**Calculo del Tamaño de Muestra:** La referencia para estimar el tamaño de la muestra fue la proporción de antecedentes de enfermedad mental entre quienes presentan intentos de suicidio (90%), dicha variable se asumió como variable *proxy* del concepto de deficiencia planteado por la Organización Mundial de la Salud. La muestra calculada después de haber realizado los ajustes por población finita y por no respuesta de 15% fue de 119 personas.

## **Aplicación de instrumentos**

Los datos fueron obtenidos mediante visita domiciliaria en los casos que las personas con intento de suicidio lo aceptaran y en las instalaciones de las instituciones colaboradoras por sugerencia de la subgerencia científica por razones de seguridad del entrevistado y del profesional encargado de la recolección de datos. Se empleó la versión en español del Cuestionario para la evaluación de la discapacidad propuesto por Organización Mundial de la Salud (WHO DAS II, 2002)<sup>27</sup>. Este instrumento fue diseñado para medir la discapacidad independientemente de la condición de salud, establece la medición de seis dominios que reflejan dos dimensiones establecidas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud: **Limitaciones en la Actividad** (Comprensión y Comunicación, Movilidad en el entorno y Cuidado Personal) y **Restricciones en la Participación** (Relacionarse con otras personas, Actividades de la Vida Diaria – quehaceres del hogar y trabajo- y Participación en Sociedad)<sup>28</sup>. La fiabilidad de este instrumento fue determinada mediante pruebas de test – retest en una muestra que incorporó población general, población con problemas relacionados con drogas, problemas relacionados con el alcohol, problemas de salud mental y otras condiciones de salud<sup>27</sup>. WHO – DAS II cuenta con una consistencia interna alta, con valores de  $\alpha$  de Cronbach de 0,93 tanto para la escala global de trabajo como para la escala global de no trabajo. Los valores de  $\alpha$  de Cronbach para cada uno de los dominios oscilan entre 0,71 y 0,96<sup>27</sup>.

Escalas complementarias fueron utilizadas para medir variables potencialmente confusoras. Para la evaluación síntomas depresivos actuales se emplearon escalas por auto reporte. La **Escala de Zung** en población adulta<sup>29</sup> y la **Escala de Depresión para niños (CES – DC) modificada** en población menor de edad, fue validada en población adolescente de Cali, incorpora conductas disruptivas y goza de buenas propiedades psicométricas<sup>30</sup>.

Se empleó el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), para determinar perfiles de consumo de alcohol en personas con este antecedente, dicho instrumento fue validado en español.<sup>31</sup>

Adicionalmente, se obtuvo información complementaria a partir de los registros del Observatorio de Violencia de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

## **Control de calidad y almacenamiento de los datos**

Con el propósito de asegurar la calidad en la recolección de los datos, la investigación se realizó de acuerdo a un Manual Operativo Estandarizado, diseñado por los investigadores. El Control de Calidad se realizó en dos fases. La fase inicial mediante cruce de información del cuestionario con

el Registro del Observatorio. En la segunda fase se realizó seguimiento al 10% de las encuestas, seleccionadas al azar, para establecer el correcto diligenciamiento de los formularios. La información fue procesada y analizada con el software estadístico Stata 10<sup>® 34</sup>.

### Definición de variables

**Variable dependiente:** Para términos de medición, se determinó evaluar la discapacidad de acuerdo a un índice global de discapacidad (variable categórica ordinal), que establece los siguientes puntos de corte para cada uno de los niveles: **Ninguna:** 0 – 4 (4%), **Leve:** 5 – 24 (hasta 24%), **Moderado:** 25 – 49 (hasta el 49%), **Severo:** 50 – 95 (hasta el 95%), **Extremo:** 96 – 100 (>96%). Igualmente, se estableció el indicador Años de vida ajustados en función de discapacidad (AVAD) para determinar la carga de discapacidad desde una perspectiva cuantitativa. La fórmula para calcular los AVAD de cada persona fue:

$$\frac{DCE^{-\beta a} [e^{-L(\beta+r)}(-1-(a+L)(\beta+r)) - (-1-a(\beta+r))]}{(\beta+r)^2}$$

**Variables independientes:** Se establecieron tres grupos de variables independientes

- Variables sociodemográficas: Edad, género, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico, seguridad social, estado civil.
- Variables clínicas: Diagnóstico de enfermedad mental, síntomas depresivos actuales, condiciones médico quirúrgicas, intentos previos, método directo, uso de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol, consumo regular de medicamentos psiquiátricos, asistencia a servicios de salud y rehabilitación, deficiencia previa, deficiencia posterior, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.
- Variables sociales: Filiación religiosa, práctica religiosa.

### Plan de análisis

Para efectos de la investigación, se llevó a cabo:

1. **Análisis Univariado y Análisis Exploratorio de los datos**<sup>35</sup>, con el propósito de comprobar el comportamiento de los datos que incluye normalidad, homocedasticidad e independencia y hacer una aproximación descriptiva de las variables de interés, se resumieron medidas de tendencia central (medias, medianas) y medidas de dispersión de acuerdo a la naturaleza de los datos. El proceso de descripción de variables categóricas se complementó con tablas de frecuencia.

Igualmente, este método permitió detectar fallas en los datos (missing) por lo que se ajustó a un segundo control de calidad y se identificaron datos extremos (outliers).

2. **Análisis bivariado:** Mediante cruce de variables independientes con la variable dependiente transformada (Discapacidad Leve, Discapacidad Moderada/Severa), para determinar su asociación y para establecer independencia mediante pruebas de X<sup>2</sup> y prueba Exacta de Fisher.

3. **Análisis por Regresión Logística no Condicional:** Como complemento de la técnica estadística anterior, se definió como variable dependiente el **Grado de discapacidad** presentado por las personas con intento de suicidio, el cual toma como valores posibles Leve, Moderada y Severa (variable politómica), la cual fue transformada en variable dicotómica de acuerdo a dos categorías (**Discapacidad leve y discapacidad Moderada/Severa**), y como variables independientes aspectos sociodemográficos, variables clínicas y variables sociales. Para el modelo de regresión bajo el método de stepwise, se incluyeron todas las variables con valor de p=0.25 y se eliminaron las

variables menos influyentes una a una, hasta que el modelo final fuera estable y no requiriera eliminar variables independientes. El nivel de confianza para los análisis estadísticos se fijó en 95%.

### Consideraciones éticas

Para el desarrollo del estudio, se tuvo en cuenta las consideraciones éticas estipuladas en la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. El estudio fue sometido al Comité de Ética en investigaciones de la Universidad del Valle y ante el Comité de ética de las instituciones colaboradoras. De acuerdo al Comité de Ética de la Universidad del Valle, el estudio fue considerado como una investigación de riesgo mayor mínimo, puesto que se realizaron mediciones de determinantes de la situación de discapacidad en una población con antecedentes de alteraciones psicosociales con intento de suicidio, sin involucrar procedimientos de intervención.

Para reducir el nivel de riesgo del estudio, los cuestionarios fueron aplicados por profesionales del área que fueron apoyados por los servicios de rehabilitación basada en la comunidad de las instituciones a las cuales se articuló la investigación, los casos críticos por sintomatología depresiva activa o riesgo de repetición del comportamiento suicida fueron remitidos a los programas de rehabilitación psicosocial o equipos de rehabilitación basada en la comunidad realizaron el seguimiento.

De acuerdo a criterios de **No Maleficencia**, se garantizó la participación voluntaria de la población sujeto de estudio mediante la firma del consentimiento informado antes de diligenciar el documento para la recolección de la información. En el caso de menores de edad, el consentimiento informado fue firmado por el padre o cuidador primario (acudiente) y se complementó con la firma del asentimiento por parte del menor. Para garantizar la confidencialidad de la información, a cada persona se le asignó un código para su identificación, no se permitió el acceso a los datos de personal ajeno a la investigación.

### Resultados

Se aplicó el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO- DAS II) a un grupo de 126 personas que presentaron intento de suicidio y que fueron atendidas en la Red Pública de Servicios de Salud de la Ciudad de Santiago de Cali, que corresponden a 30 Años de Vida Ajustados en Función de Discapacidad (AVAD).

Ciento veinte (120) personas presentan algún grado de discapacidad, por lo que la prevalencia general de discapacidad en la población estudiada fue de 95.24% (IC 95% 89.92 – 98.23).

En el presente estudio no es posible establecer el grupo de comparación con la categoría **ninguna**, por lo tanto, para los análisis posteriores se requirió establecer dos categorías de discapacidad: Leve (n=52) y Moderado / Severo (n=68).

La tabla No 1 resume las frecuencias de discapacidad y grados de discapacidad en la población objeto de estudio.

**Tabla No 1: Prevalencia de discapacidad en personas con Intento de suicidio, atendidas en la Red Pública de Servicios de Salud de Santiago de Cali entre Septiembre de 2009 – Junio de 2010 (n=126).**

Discapacidad	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
No	6	4.7	1.7 – 10
Si	120	95.3	89.92 – 98.23
Grado de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Ninguna*	6	4.76	1.76 – 10.0
Leve	52	41.27	32.57 – 50.38
Moderada**	48	38.10	29.59 – 47.17
Severa**	20	15.87	9.97 – 23.44

\* Estas observaciones fueron eliminadas para los análisis bivariado y multivariado.

\*\* Reagrupadas en una sola categoría.

### Características Sociodemográficas.

La tabla No 2 describe las variables sociodemográficas de la muestra. La edad promedio fue de 26.6 años (DE 11,25 años), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas con intento de suicidio que presentan discapacidad leve cuyo promedio de edad fue de  $22.69 \pm 8.53$  años (Rango 15 – 49) y las que presentan discapacidad Moderada / Severa cuyo promedio fue de  $29.58 \pm 12.19$  (Rango 15 – 63) (Prueba t  $p=0.0007$ ). El 38.33 de la muestra corresponde al género masculino mientras que el 61.67 corresponde al género femenino. El 72.5% cursa o ha cursado educación básica secundaria, el 17.5% alcanzó la primaria, mientras que el 10% ha adelantado cursos de educación técnica o profesional. El 35.83% de la muestra se encuentra desempleado, mientras que el 9.7% desempeña un rol de empleado y el 15% son trabajadores independientes (sector informal de la economía).

En la muestra observada se evidencia una alta población de estratos sociales bajos y medio bajos. El 75% de la muestra se distribuye entre estrato socioeconómico 1 (30%) y 2 (45%). El 32.5% de la muestra corresponde a población pobre no asegurada, mientras que el 51.67 corresponde a población subsidiada y el 15.83 corresponde a personas afiliadas al régimen contributivo. Con relación al estado civil, el 57.5% corresponde a personas solteras, el 30% a personas que actualmente conviven en pareja (Unión Libre, Casadas) y el 12.5% son separadas.

**Tabla No 2: Variables socio demográficas**

	Muestra (n=120)	Discapacidad Moderada / Severa (n=68)	Discapacidad Leve (n=52)	p
<b>Edad (años)*</b>	26.6 $\pm$ 11.25 (15 – 63)	29.58 $\pm$ 12.19 (15 – 63)	22.69 $\pm$ 8.53 (15 – 49)	0.0007
<b>Género (n, %)**</b>				
Masculino	46 (38.33)	29 (42.65)	17 (32.69)	0.266
Femenino	74 (61.67)	39 (57.35)	35 (67.31)	
<b>Escolaridad (n, %)**</b>				
1 – 5	21 (17.5)	16 (23.53)	5 (9.62)	0.001
6 – 11	87 (72.5)	42 (61.76)	45 (86.54)	
> 11	12 (10)	10 (14.71)	2 (3.85)	
<b>Ocupación (n, %)**</b>				
Desempleado	43 (35.83)	29 (42.65)	14 (26.92)	0.299
Estudiante	25 (20.83)	10 (14.71)	15 (28.85)	
Ama de Casa	23 (19.17)	13 (19.12)	10 (19.23)	
Empleado	11 (9.17)	6 (8.82)	5 (9.62)	
Trabajador Independiente.	18 (15)	10 (15.38)	8 (15.38)	
<b>Estrato (n, %)**</b>				
1	36 (30)	16 (23.53)	20 (38.46)	0.424
2	54 (45)	33 (48.53)	21 (40.38)	
3	23 (19.17)	14 (20.59)	9 (17.31)	
4	6 (5)	4 (5.88)	2 (3.85)	
5	1 (0.83)	1 (1.47)	-	
<b>Seguridad Social (n, %)**</b>				
Vinculado	39 (32.5)	24 (35.29)	15 (28.85)	0.277
Subsidiado	62 (51.67)	31 (35.59)	31 (59.62)	
Contributivo	19 (15.83)	13 (19.12)	6 (11.54)	
<b>Estado Civil (n, %)**</b>				
Soltero	69 (57.5)	34 (50)	35 (67.31)	0.147
Casado / Unión Libre	36 (30)	23 (33.82)	13 (25)	
Separado / Divorciado	15 (12.5)	12 (16.18)	4 (7.69)	

\* t student      \*\*  $\chi^2$       \*\*\* Prueba de Fisher

### Variables Clínicas

La tabla No 3 describe las principales variables clínicas de la población objeto de estudio. El 90% de la muestra presenta antecedentes de diagnóstico de enfermedad mental, los principales



diagnósticos corresponden a Trastorno Depresivo Mayor (43.33%), Trastorno de adaptación (18.33%) y Trastorno afectivo bipolar (13.33). La categoría otros (16.67%) agrupa diagnósticos como Esquizofrenia (n=7), Trastorno Esquizoafectivo (n=6), Trastorno del comportamiento alimentario (n=4) y Trastorno de personalidad (n=3). De acuerdo a los resultados de la Escala de Zung (empleada en adultos) y la Escala CES-DC (empleada en adolescentes), el 77.5% presentan síntomas depresivos actuales.

En el presente estudio se estableció la presencia de comorbilidad, se encontró que el 31.67% presentan condiciones médico quirúrgicas, el 67.5% ha presentado intentos previos. El método más frecuentemente utilizado es la intoxicación con una frecuencia de 54.17% y en segundo lugar heridas con armas cortopunzantes (32.5%), los métodos con mayor grado de letalidad se presentaron en menor proporción (defenestración 11.67% y ahorcamiento 1.67%). El 33.33% usa sustancias psicoactivas (diagnóstico relacionado) y el 31.67% refiere consumir alcohol de forma regular. En la muestra estudiada se establecieron patrones de consumo de alcohol de bajo riesgo (7.50%), perfil de riesgo (14.17%), consumo perjudicial (5.83%) y dependencia (4.17%). El 60% de la muestra actualmente asiste a servicios de atención y rehabilitación, lo cual incluye servicios de Psiquiatría, Psicología, Terapia Ocupacional o Trabajo Social. 73.33% consume regularmente medicamentos de uso psiquiátrico.

El 90% de la muestra presenta deficiencias previas y el 100% de éstas corresponden a deficiencia psiquiátrica. Un total de 54 personas presentaron deficiencias posteriores como secuela directa del intento de suicidio, el 100% de estas deficiencias corresponde a deficiencias físicas.

Limitaciones en la actividad fueron identificadas de acuerdo a los dominios establecidos por WHO – DAS II (Figura 1). En el dominio correspondiente a **Comprensión y Comunicación** se encontraron frecuencias bajas de ningún grado de limitación (3.33%), el 35% presenta limitaciones leves, el 41.67% presenta limitaciones moderadas y el 20% presenta limitaciones severas.

En el dominio **Movilidad en el entorno**, el 20% de la muestra no presenta limitaciones en la actividad, 35.85% presenta limitaciones leves, 26.67% presenta limitaciones moderadas, 13.33% limitaciones severas y el 4.14% limitaciones extremas.

En el dominio **Cuidado personal**, 30% de la muestra no presenta limitaciones en la actividad, 35% presenta limitaciones leves, 19.17% presenta limitaciones moderadas y 15.83% presenta limitaciones severas.

Las **Restricciones en la participación** fueron determinadas por el impacto sobre los roles sociales esperados de cada persona con intento de suicidio en el momento de la encuesta (Figura No 2). En el dominio **Relaciones Personales** 12.5% no presenta restricciones en la participación, 36.67% presenta restricciones leves, 25.83% presenta restricciones moderadas y el 25% presenta restricciones severas.

En el dominio **Actividades de la Vida Diaria** el 26.67% no presenta restricciones en la participación, el 26.67% presenta restricciones leves, 20% de la muestra presenta restricciones moderadas, 22.5% presenta restricciones severas y 4.17% presenta restricciones extremas.

El dominio **Actividades Productivas** incluye únicamente a personas que desempeñan un rol productivo remunerado (trabajadores independientes y empleados) o un rol escolar. La muestra corresponde a 54 personas con intento de suicidio. 18.52% (n=10) no presenta restricciones en la participación, 24.07% (n=13) presenta restricciones leves, 27.78% (n=15) presenta restricciones moderadas, 25.93% (n=14) presenta restricciones severas y 3.7% (n=2) presenta restricciones extremas.

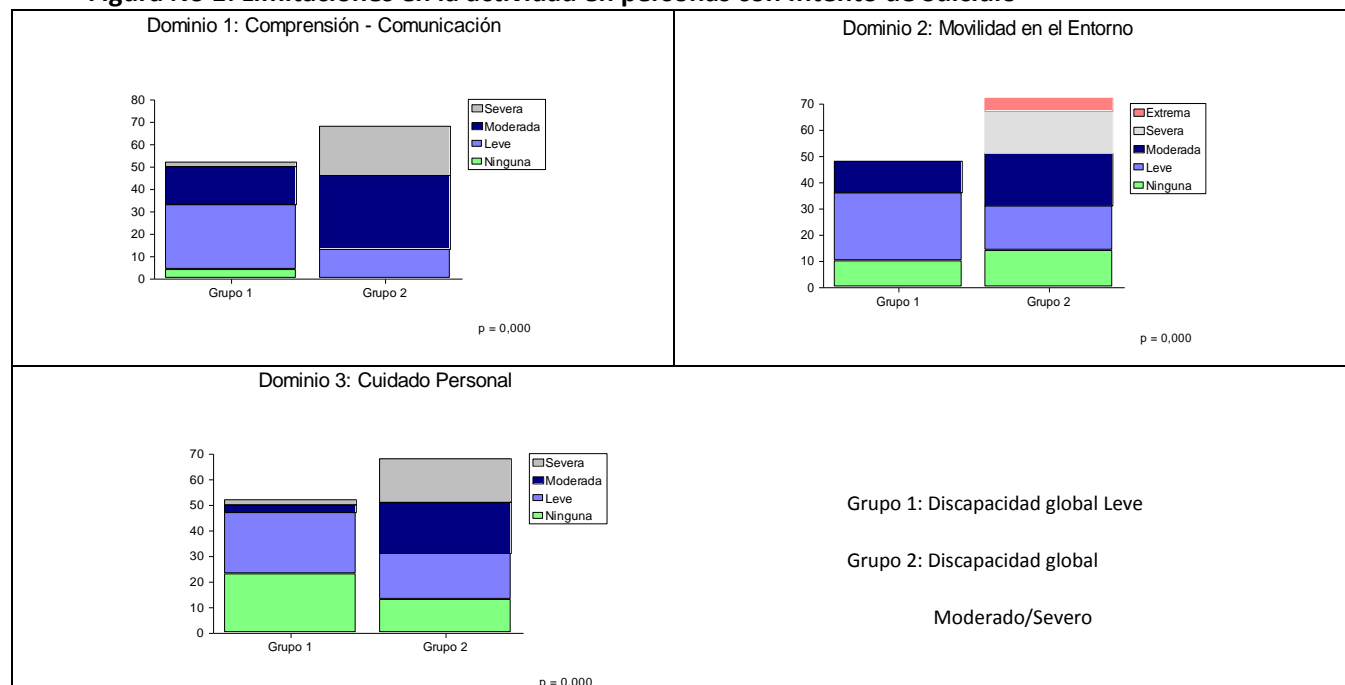
El dominio participación social de WHO – DAS II, incluye la percepción del efecto que tienen barreras ambientales, actitudinales (del individuo, de su familia y de otras personas). La frecuencia de ninguna restricción es de 0.83%, 25% de la muestra presenta restricción leve, 31.67% presenta restricción moderada, 40.83% presenta restricción severa y 1.67% presenta restricción extrema.

**Tabla No 3: Variables clínicas**

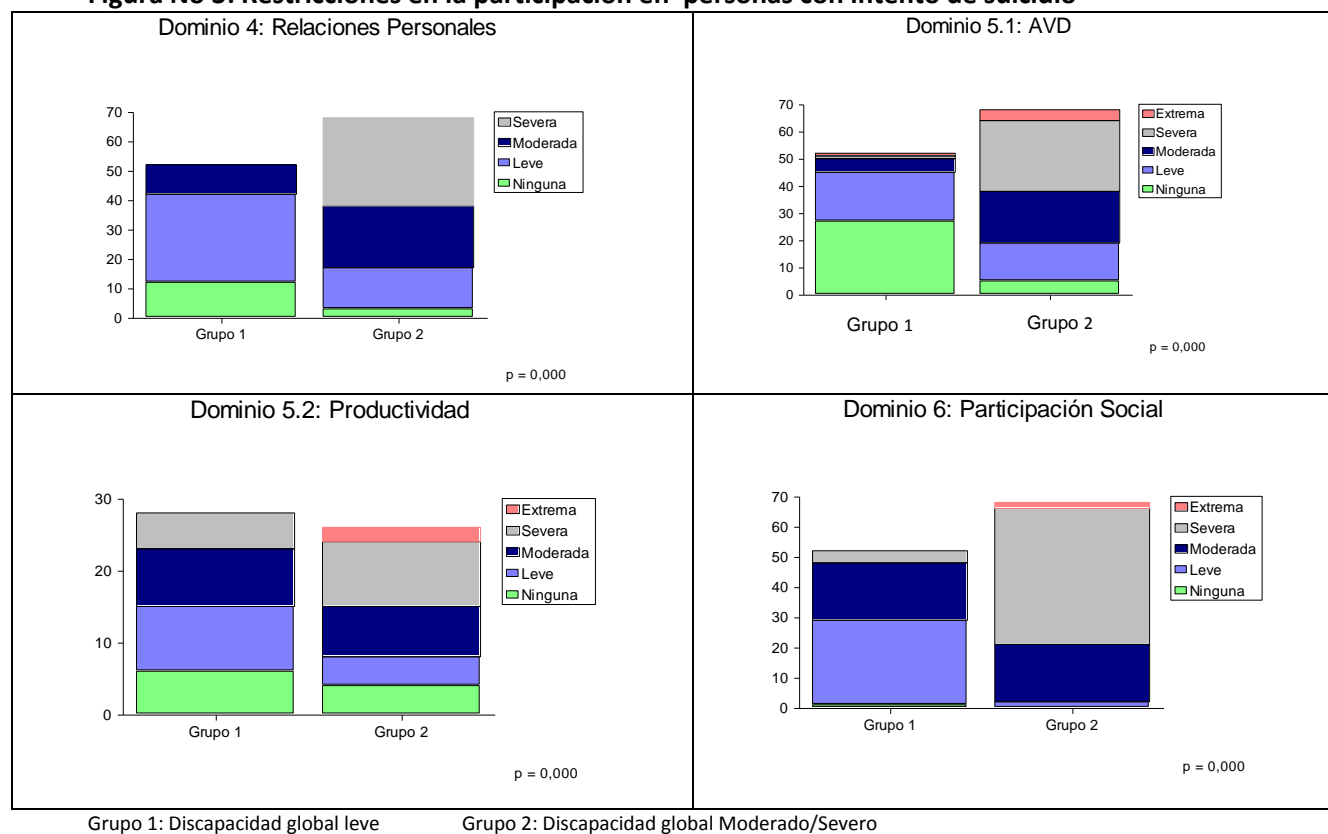
	<b>Muestra (n=120)</b>	<b>Moderada/Severa (n=68)</b>	<b>Leve (n=52)</b>	<b>p</b>
<b>Dx Enf. Mental***</b>				
No	12 (10)	3 (4.41)	9 (17.31)	0.030
Si	108 (90)	65 (95.59)	43 (82.69)	
<b>Enfermedad Mental***</b>				
Ninguno	10 (8.33)	1 (1.47)	9 (17.31)	0.000
Tx Depresivo Mayor	52 (43.33)	33 (48.53)	19 (36.54)	
Tx Afectivo Bipolar	16 (13.33)	9 (13.24)	7 (13.46)	
Tx Adaptación	22 (18.33)	8 (11.76)	14 (26.92)	
Otros Diagnósticos	20 (16.67)	17 (25)	3 (5.77)	
<b>Síntomas Depresivos Actuales</b>				
No	27 (22.5)	8 (11.76)	19 (36.54)	0.001
Si	93 (77.5)	60 (88.24)	33 (63.46)	
<b>Condiciones Medico quirúrgicas**</b>				
No	82 (68.33)	43 (63.28)	39 (75)	0.170
Si	38 (31.67)	25 (36.76)	13 (25)	
<b>Intentos Previos**</b>				
No	39 (32.50)	19 (27.94)	20 (38.46)	0.223
Si	81 (67.50)	49 (72.06)	32 (61.54)	
<b>Método Directo***</b>				
Intoxicación	65 (54.17)	37 (54.41)	28 (53.85)	0.021
Defenestración	14 (11.67)	12 (17.65)	2 (3.85)	
Arma Cortopunzante	39 (32.5)	17 (25)	22 (42.31)	
Ahorcamiento♦	2 (1.67)	2 (2.94)	-	
<b>Uso Sustancias Psicoactivas**</b>				
No	80 (66.67)	48 (70.59)	32 (61.54)	0.297
Si	40 (33.33)	20 (29.41)	20 (38.46)	
<b>Consumo Alcohol**</b>				
No	82 (68.33)	46 (67.65)	36 (69.23)	0.853
Si	38 (31.67)	22 (32.35)	16 (30.77)	
<b>Perfil de consumo alcohol***</b>				
No consumo	82 (68.33)	46 (67.65)	36 (69.23)	0.216
Bajo riesgo	9 (7.50)	3 (4.41)	6 (11.54)	
Riesgo	17 (14.17)	10 (14.71)	7 (13.46)	
Perjudicial	7 (5.83)	4 (5.88)	3 (5.77)	
Dependencia♦	5 (4.17)	5 (7.35)	-	
<b>Deficiencia previa***</b>				
No	12 (10)	3 (4.41)	9 (17.31)	0.030
Si	108 (90)	65 (95.59)	43 (82.69)	
<b>Deficiencia posterior**</b>				
No	65 (54.62)	34 (50)	31 (60.78)	0.242
Si	54 (45.38)	34 (50)	20 (39.22)	
<b>Consumo regular de medicamentos psiquiátricos**</b>				
No	32 (26.67)	11 (16.18)	21 (40.38)	0.003
Si	88 (73.33)	57 (83.82)	31 (59.62)	
<b>Asistencia actual a servicios de atención y rehabilitación**</b>				
No	47 (39.17)	23 (33.82)	24 (46.15)	0.170
Si	73 (60.83)	45 (66.18)	28 (53.85)	

\*\*  $\chi^2$     \*\*\* Prueba de Fisher    ♦ No se calcula estimador por presentar celdas en cero

**Figura No 1: Limitaciones en la actividad en personas con Intento de Suicidio**



**Figura No 3: Restricciones en la participación en personas con intento de suicidio**



## Variables Sociales

La religiosidad se asumió desde dos perspectivas: la **filiación religiosa** donde el 57.5% se identificó con una comunidad religiosa y, la **práctica religiosa**, donde el 32.5% asiste como mínimo una vez a la semana a su comunidad religiosa (Tabla No 4).

Tabla No 4 Variables sociales

	Muestra (n=120)	Moderada/Severa (n=68)	Leve (n=52)	p
<b>Filiación religiosa **</b>				
No	51 (42.50)	24 (35.29)	27 (51.92)	0.068
Si	69 (57.50)	44 (64.71)	25 (48.08)	
<b>Práctica Religiosa**</b>				
No	81 (67.50)	41 (60.29)	40 (76.92)	0.0054
Si	39 (32.50)	27 (39.71)	12 (23.08)	

\*\*  $\chi^2$

Se realizó un análisis bivariado cada una de las variables independientes (**Sociodemográficas, Clínicas y Sociales**) con la variable dependiente grado de discapacidad dicotomizada (**Leve, Moderada/Severa**), posteriormente se realizó análisis de regresión logística no condicional.

Los resultados sugieren mayor oportunidad de presentar discapacidad Moderada/Severa en personas entre 20 y 29 años (OR=2,48 p=0,041) y en personas mayores de 40 años (OR=5,09 p=0,025). Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable género, la oportunidad de presentar discapacidad Moderada/Severa en las mujeres es de 1,53 veces la oportunidad que se presente en los hombres.

Con relación a las variables escolaridad y ocupación, entre las personas que están cursando algún grado de educación básica secundaria la oportunidad de presentar discapacidad Moderada/Severa es de 0,29 veces la oportunidad de las personas con menor nivel de escolaridad (p=0,027). De igual forma, entre las personas con intento de suicidio que presentan el rol de estudiante, la oportunidad de tener discapacidad Moderada/Severa es 0,62 veces la oportunidad de personas desempleadas (p=0,027). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en variables Estrato Socioeconómico, seguridad social y estado civil.

Tabla No 5: Análisis de asociación entre variables sociodemográficas y el grado de discapacidad

	Discapacidad Moderada/Severa	Discapacidad Leve	OR	IC (95%)	p
<b>Variables Socio demográficas</b>					
<b>1. Grupos de edad</b>					
15 – 19 años	17	26	1		
20 – 29 años	26	16	2.48	1.03 – 5.94	0.041
30 – 39 años	10	7	2.18	0.69 – 6.85	0.18
40 – 49 años	10	3	5.09	1.22 – 21.25	0.025
50 – 59 años♦	4	0	-	-	-
> 60 años♦	1	0	-	-	-
<b>2. Género</b>					
Masculino	29	17	1		
Femenino	39	35	1.53	0.72 – 3.25	0.264
<b>3. Escolaridad</b>					
1 – 5	16	5	1		
6 – 11	42	45	0.29	0.98 – 0.86	0.027
> 11	10	2	1.5	0.25 – 9.64	0.631
<b>4. Ocupación</b>					
Desempleado	29	14	1		
Estudiante	10	15	0.32	0.11 – 0.89	0.030
Ama de casa	13	10	0.62	0.22 – 1.77	0.381
Empleado	6	5	0.57	0.15 – 2.22	0.427
Trabajador independiente	10	8	0.60	0.19 – 1.86	0.380

<b>5. Estrato Socio Económico</b>					
1	16	20	1		
2	33	21	1.96	0.83 – 4.62	0.122
3	14	9	1.94	0.67 – 5.63	0.221
4	4	2	2.5	0.4 – 5.63	0.324
5♦	1	0	-	-	-
<b>6. Seguridad Social</b>					
Vinculado	24	15	1		
Subsidiado	31	31	0.62	0.27 – 1.41	0.258
Contributivo	13	6	1.35	0.42 – 4.33	0.609
<b>7. Estado Civil</b>					
Soltero	34	35	1		
Casado / Unión Libre	23	13	1.82	0.79 – 4.16	0.156
Separado / Divorciado	11	4	2.83	0.82 – 9.76	0.099

♦ No se estimó valores de OR, IC y p puesto que estas categorías presentan celdas en cero.

Se incorporaron variables que en la literatura se comportan como factores de riesgo para el intento de suicidio, en esta categoría de variables dependientes también fueron incluidas variables de discapacidad desde la perspectiva de las definiciones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF,2001), que corresponden a la presencia de deficiencias previas y posteriores al intento de suicidio identificadas en la revisión de historias clínicas y a cada uno de los dominios de WHO – DAS II.

La oportunidad de presentar discapacidad Moderada / Severa entre las personas con intento de suicidio con diagnóstico de enfermedad mental es 4.5 veces la oportunidad de las personas que no presentan un antecedente de enfermedad mental ( $p=0,019$ ). La presencia de síntomas depresivos actuales incrementa la oportunidad de tener discapacidad Moderada/severa ( $OR=4.31$ ,  $p=0,001$ ). Se obtuvieron resultados similares en el uso de medicamentos regular de medicamentos psiquiátricos ( $OR=3,5$   $p=0,003$ ), por lo que se evaluó el efecto de colinealidad entre dichas variables (correlación=0,70).

Aunque con relación al método directo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, los resultados obtenidos ayudan a ofrecer evidencia sobre la influencia que pueden tener métodos con mayor grado de letalidad, la oportunidad de presentar una discapacidad Moderada/Severa en quienes utilizaron la defenestración como método es 4.5 veces la oportunidad de quienes presentaron un intento de suicidio con un método como la intoxicación (IC 0,93 – 21,94  $p=0,06$ ).

Con relación a los constructos del concepto discapacidad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dominios **limitaciones en la actividad** Comprensión/ comunicación  $OR= 7,34$  ( $p=0,000$ ), Cuidado personal Moderado  $OR=8,4$  ( $p=0,005$ ) y **restricciones en la participación** Actividades de la Vida Diaria Leve  $OR=4,2$  ( $p=0,017$ ), Actividades de la Vida Diaria Moderado  $OR=20,5$  ( $p=0,000$ ) y Participación Social Moderado  $OR=6,45$  ( $p=0,000$ ).

**Tabla No 6: Análisis de asociación entre variables clínicas y el grado de discapacidad.**

	Discapacidad Moderada/Severa	Discapacidad Leve	OR	IC (95%)	p
<b>Variables Clínicas</b>					
<b>1. Antecedente de enfermedad Mental</b>					
No	3	9	1		
Si	65	43	4.5	1.04 – 27.16	0.019
<b>2. Síntomas Depresivos Actuales</b>					
No	8	19	1		
Si	68	33	4.31	1.57 – 12.55	0.001
<b>3. Condiciones Médico Quirúrgicas</b>					
No	43	39	1		
Si	25	13	1.74	0.73 - 4.24	0.16
<b>4. Intentos previos</b>					
No	19	20	1		
Si	49	32	1.61	0.69 – 3.73	0.22
<b>5. Método directo</b>					
Intoxicación	37	28	1		
Defenestración	12	2	4.5	0.93 – 21.94	0.060
Arma Corto punzante	17	22	0.58	0.26 – 1.30	0.189
Ahorcamiento	2	-	-		
<b>6. Uso SPA</b>					
No	48	32	1		
Si	20	20	0.66	0.28 – 1.53	0.29
<b>7. Consumo Alcohol</b>					
No	46	36	1		
Si	22	16	1.07	0.46 – 2.53	0.85
<b>8. Perfil de consumo alcohol</b>					
No consumo	46	36	1		
Bajo riesgo	3	6	1.2	0.42 – 3.49	0.70
Riesgo	10	7	1.14	0.24 – 5.39	0.86
Perjudicial♦	4	3	-	-	-
Dependencia♦	5	-	-	-	-
<b>9. Deficiencia previa</b>					
No	3	9	1		
Si	65	43	4.5	1.04 – 27.16	0.01
<b>10. Deficiencia posterior</b>					
No	34	32	1		
Si	34	20	1.6	0.72 – 3.5	0.20
<b>11. Consumo Regular de Medicamentos Psiquiátricos</b>					
No	11	21	1		
Si	57	31	3.5	1.39 – 9.1	0.003
<b>12. Asistencia a servicios de Rehabilitación</b>					
No	23	24	1		
Si	45	28	1.67	0.74 – 3.76	0.17
<b>13. Limitaciones en la actividad Comprensión y Comunicación</b>					
Leve	13	33	1		
Moderada	55	19	7.34	3.21 – 16.80	0.000
<b>14. Limitaciones en la Actividad Movilidad en el entorno</b>					
Ninguna	10	14	1		
Leve	17	26	0.91	0.33 – 2.52	0.865
Moderada	20	12	2.33	0.79 – 6.88	0.125
Severa♦	16	-	-	-	-
Extrema♦	5	-	-	-	-

<b>15. Limitaciones en la Actividad</b>					
<b>Cuidado personal</b>					
Ninguna	13	23	1		
Leve	18	24	1.86	0.45 – 7.68	0.387
Moderada	20	3	8.4	1.92 – 36.61	0.005
Severa♦	17	2	-	-	-
<b>16. Restricciones en la Participación</b>					
<b>Actividades de la Vida</b>					
Diaria	5	27	1		
Ninguna	14	18	4.2	1.28 – 13.70	0.017
Leve	19	5	20.5	5.2 – 80.87	0.000
Moderada	26	1	140.4	-	
Severa	4	1	21.6	-	
Extrema					
<b>17. Restricciones en la Participación social</b>	2	29	1		
Leve	66	33	6.45	3.03 – 13.71	0.000
Moderada					

♦ No se estimó valores de OR, IC y p puesto que estas categorías presentan celdas en cero.

Se incluyeron variables sociales descritas en la literatura como factores protectores dentro de los perfiles multidimensionales de intento de suicidio. La oportunidad de presentar una discapacidad moderada/severa en personas con intento de suicidio no practicantes es 2,1 veces la oportunidad de las personas practicantes ( $p=0,05$ ).

Tabla No 7: Análisis de asociación entre variables sociales y el grado de discapacidad.

	Discapacidad Moderada/Severa	Discapacidad Leve	OR	IC	p
<b>Variables Sociales</b>					
<b>1. Filiación religiosa</b>					
Si	44	25	1		
No	24	27	1.98	0.88 – 4.42	0.067
<b>2. Practicante</b>					
Si	27	12	1		
No	41	40	2.1	0.91 – 5.41	0.05

### Análisis de Regresión Múltiple

Para obtener modelos de regresión múltiple, se realizó el método de stepwise hacia atrás con una probabilidad de retiro de 0.25. Como resultado, se pudo concluir que las variables relacionadas con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio en la ciudad de Santiago de Cali fueron las categorías de edad, la presencia de síntomas depresivos actuales, la asistencia a servicios de atención en salud y rehabilitación, el consumo regular de medicamentos de uso psiquiátrico y las variables deficiencia posterior, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Log likelihood= -20,48			Número de observaciones: 120		
Variable	OR	Std. Err.	Z	P> z	IC 95%
<b>Edad</b>	1,13	0,76	1,85	0,064	0,99 - 1,29
<b>Sint. Dep</b>	12,24	15,26	2,01	0,044	1,06 – 140,969
<b>Asist.Serv.</b>	2,63	2,77	0,92	0,359	0,33 – 20,82
<b>Med. Act</b>	0,73	1,09	-0,21	0,835	0,33 – 20,82
<b>Def. Post</b>	0,95	0,86	-0,05	0,958	0,39 – 13,72
<b>Comprensión</b>					
<b>Comunicación</b>	9,80	12,79	1,75	0,080	0,16 – 5,63
<b>Movilidad en el</b>					
<b>Entorno</b>	4,76	3,17	2,34	0,019	0,75 – 126,62
<b>Cuidado Personal</b>	3,70	2,50	1,93	0,053	1,28 – 17,59
<b>Relaciones</b>					
<b>Personales</b>	4,71	2,74	2,67	0,008	1,50 – 14,74
<b>Participación Social</b>	14,52	14,38	2,70	0,007	2,08 – 101,23

El modelo anterior fue comparado con un modelo que excluye factores personales como asistencia a servicios de rehabilitación y el consumo regular de medicamentos de uso psiquiátrico y variables como deficiencia posterior, limitaciones en la actividad (comprensión / comunicación), por lo tanto el modelo de referencia se construyó con las variables edad, síntomas depresivos actuales definidas como los dominios de limitaciones en la actividad (**Movilidad en el entorno, Cuidado personal**) y restricciones en la participación (**Relación con otras personas y participación social**).

Log likelihood= -22,93			Número de observaciones: 120		
Variable	OR	Std. Err.	Z	P> z	IC 95%
Edad	1,10	0,059	1,77	0,077	0,98 - 1,22
Sint. Dep	5,47	5,49	1,70	0,090	0,76 - 39,06
Movilidad en el Entorno	3,83	2,31	2,23	0,026	1,17 - 12,52
Cuidado Personal	5,62	3,07	3,16	0,002	1,92 - 16,39
Relaciones Personales	3,50	1,43	3,06	0,002	1,56 - 7,81
Participación Social	10,25	8,02	2,98	0,003	2,21 - 47,52

En el caso de evaluar los factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, se escogió el modelo más parsimonioso que incluye edad, la presencia de síntomas depresivos, movilidad en el entorno, cuidado personal, relaciones interpersonales y restricciones en la participación.

## Discusión

Los resultados de la presente investigación ofrecen datos sobre la prevalencia de discapacidad entre las personas que presentaron un intento de suicidio durante el periodo septiembre de 2009 – junio de 2010. Se estimó una prevalencia de 95, 3% dentro de la muestra obtenida. La principal evidencia de mediciones en torno al fenómeno discapacidad desde la actual conceptualización promulgada por la Organización Mundial de la Salud es ofrecida por el estudio SUPRE – MISS, en la cual se establece la presencia de una discapacidad psiquiátrica como un factor de riesgo para repetir un intento de suicidio<sup>38</sup>, no se encontró evidencia que en el país haya medido la discapacidad posterior a la presencia de intento de suicidio en la literatura consultada. En la presente investigación se empleo la versión de 36 ítems que permite determinar las ponderaciones de cada uno de los dominios que definen el funcionamiento del individuo. Lo anterior nos puede llevar a concluir que independientemente del diagnóstico de ingreso a la Red Pública de Servicios de Salud, después del intento de suicidio la carga de discapacidad es alta en comparación con otras condiciones de Salud. De acuerdo a los reportes del departamento Nacional de Estadística (2006), la prevalencia de discapacidad en Santiago de Cali es de 6.4% y de ésta el 0,6% (131 casos) obedece a lesiones auto infligidas<sup>39</sup>. Estas diferencias entre los hallazgos de la investigación y los reportes de entes oficiales sugieren que las mediciones de la morbilidad en el intento de suicidio requieren de una continua revisión e incorporar aspectos de discapacidad en los procesos de vigilancia epidemiológica y seguimiento e intervención clínicas.

De acuerdo a los constructos de discapacidad, en los perfiles multidimensionales del intento de suicidio, la deficiencia ha sido abordada desde la perspectiva de la enfermedad, puesto que se asume este antecedente como principal factor de riesgo para presentar comportamiento suicida<sup>16</sup>. Otros estudios se han centrado en la presencia de la deficiencia física secundaria a eventos cardiovasculares como factor de riesgo para el comportamiento suicida, en un estudio de casos y controles desarrollado por Chan et al<sup>40</sup>, se estableció que la presencia de una alteración en función



o estructura física está asociada suicidio cuando hay presencia de síntomas depresivos enfatizando en su interacción y a grupos poblacionales de edad avanzada. En el presente estudio, la presencia de comorbilidad definida como el diagnóstico de condiciones medicoquirúrgicas no arroja datos significativos, sin embargo en la práctica clínica la carga de discapacidad asociada se puede incrementar al presentar secuelas posteriores al intento de suicidio. Lo anterior puede soportar la necesidad de establecer mecanismos de referencia y contrareferencia entre niveles y servicios de salud que permitan establecer objetivos multidisciplinarios en procesos de atención de crisis y rehabilitación / readaptación social de personas con intento de suicidio atendidas en la Red Pública de Servicios de Salud de Santiago de Cali.

Los dominios de Limitaciones en la Actividad y restricciones en la Participación son elementos que permiten realizar un abordaje integral de la situación de discapacidad de un individuo independientemente de la condición de salud (diagnostico de base)<sup>5</sup>. La aproximación realizada desde la comprensión de la discapacidad asociada al intento de suicidio en el presente estudio se orientó hacia la comprensión no solo del diagnóstico de enfermedad mental y por ende a la presencia de deficiencias previas (psiquiátrica) sino a cada uno de los constructos al incorporar datos concernientes a deficiencias posteriores (físicas, temporales), limitaciones en la actividad y restricciones en la participación social, siendo estas últimas variables dependientes las que incorporan mayor peso en tipologías, pues se asume que la pérdida de roles principales de la vida es uno de los conceptos que mayor ponderación aporta en la carga global de discapacidad.

El método directo se comporta como uno de los principales factores relacionados con la discapacidad entre las personas con intento de suicidio, en el presente estudio predominaron métodos considerados de baja letalidad. Los métodos con mayor letalidad (defenestración) se relacionan directamente con la presencia de deficiencias posteriores (física).

La práctica religiosa como variable social, se comporta como un factor protector de discapacidad en las personas con intento de suicidio. Fernández y García (2000)<sup>41</sup> sugieren que la religión es un recurso útil para la prevención del suicidio y de otras enfermedades mentales puesto que *“aporta sentido a la vida, ayuda a dar un valor positivo al dolor, además de ser una forma de afrontar los problemas de la vida”*. A partir de los resultados de la presente investigación, la postura frente a la práctica religiosa en términos de participación social, está orientada a que ésta es un recurso disponible y accesible para la persona con intento de suicidio que promueve la interacción social.

Sánchez (2005), asocia la letalidad del método con resultados fatales, los resultados de la presente investigación ponen en evidencia en la letalidad del método aporta evidencia para establecer su relación con la carga de discapacidad desde el dominio deficiencia, los resultados son coherentes con el informe de la Organización Mundial de la Salud que establece al intento de suicidio como un determinante de discapacidad y mala calidad de vida<sup>1</sup>.

El presente estudio establece una línea de base para determinar el impacto del intento de suicidio al incorporar la carga de discapacidad dentro de los sistemas de vigilancia en salud pública de la Secretaría de Salud Pública y en la práctica clínica. Además, el uso de la Escala de evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS II), como instrumento de medición garantiza la replicabilidad del estudio y establecer comparaciones a futuro. Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la Red Pública de Servicios de Salud de la ciudad de Santiago de Cali, estableció mecanismos de evaluación de los elementos que componen el concepto actual de discapacidad bajo los lineamientos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)<sup>5</sup>, por tal razón se enfatizó en la necesidad de identificar la presencia de deficiencias previas y posteriores al intento de suicidio mediante la revisión de historias clínicas y a través de medición directa por encuesta se

determinó el impacto que presenta cada uno de los individuos en los dominios actividad y participación, de esta forma se controló el **fenómeno de circularidad** el cual está sustentado en la presencia de una deficiencia como exposición y como desenlace del intento de suicidio. Los resultados de nuestra investigación, sugieren que la discapacidad es una condición que está relacionada con el intento de suicidio independientemente del antecedente de enfermedad mental y de la presencia de síntomas depresivos actuales, particularmente en el dominio de restricción en la participación social.

Finalmente, por estar ligado al observatorio centinela de intento de suicidio de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali y al incluir al Hospital Universitario del Valle y el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, el estudio se vio beneficiado en términos de validez externa, puesto que ambas instituciones sirven de referencia para el nivel primario para la atención de las personas que presentaron intento de suicidio bajo métodos con mayor severidad.

Los resultados del presente estudio pueden ser generalizados a población consultante a la Red Pública de Servicios de Salud de la Ciudad de Santiago de Cali. Los participantes del estudio principalmente se encuentran afiliados al régimen subsidiado o corresponden a población pobre no asegurada, por lo tanto, los resultados no pueden ser generalizados a personas adscritas al régimen contributivo, pese a que dentro de la muestra se contó con población afiliada a Empresas Promotoras de Salud.

Las medidas de asociación pueden presentar el efecto de subestimación puesto que para los análisis, se definió como grupo de control a las personas con discapacidad leve. Lo anterior sugiere que es posible que tanto grupo caso (discapacidad moderada / severa) como grupo control (discapacidad leve), presenten el mismo nivel de exposición a variables independientes.

A partir de los resultados del presente estudio, se pueden presentar cambios en las prácticas utilizadas en la prestación de servicios de salud para la población con intento de suicidio atendidas en la red de instituciones vinculadas al observatorio de lesiones autoinfligidas de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

Desde esta perspectiva, la responsabilidad de atención no solo recae sobre el personal médico que atiende la crisis sino que establece mecanismos de sinergia con equipos de rehabilitación psicosocial y de rehabilitación basada en la comunidad (RBC).

Los equipos de rehabilitación psicosocial y de rehabilitación basada en la comunidad se podrán ver beneficiados con el uso de herramientas que le permitan reorientar objetivos de intervención de acuerdo a los dominios con mayor grado de compromiso funcional y social, además de garantizar buenas prácticas en el seguimiento y readaptación social.

### **Agradecimientos**

A las personas que aceptaron participar en el estudio; a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, que bajo el apoyo del grupo de salud mental posibilitó el acceso a los datos del observatorio centinela de intento de suicidio, a la Fisioterapeuta Yuby Mapallo, el Fonoaudiólogo Yesid Caicedo y el Terapeuta Ocupacional Mauricio Albarracín (Grupo RBC - Red de Salud de Ladera), a los Médicos Psiquiatras Dra. Andrea Otero, Dr. Henry Valencia (Hospital Universitario del Valle) y Dr. Carlos Alberto Miranda (Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle).

## Bibliografía

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Versión en español publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington D.C. 2003

<sup>2</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. Cali. 2005. Disponible en [www.minprotecciónsocial.gov.co](http://www.minprotecciónsocial.gov.co) (Fecha de acceso: Noviembre de 2007).

<sup>3</sup> CASTILLO MARTÍNEZ ALEJANDRO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD DE CALI. GRUPO DE SALUD MENTAL. **INFORME VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CENTINELA EN INTENTO DE SUICIDIO SANTIAGO DE CALI 2010**. Disponible en <http://calisaludable.cali.gov.co> / promoción y prevención/ salud mental (fecha de Acceso: Noviembre de 2010)

<sup>4</sup> SANCHEZ DIAZ, Natalia. La Carga de la Enfermedad. Revista Colombiana de Psiquiatría (on line), vol. XXXIV / No. 2 / 2005. Fecha de acceso: Diciembre de 2008.

<sup>5</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la salud (CIF). Ginebra, Suiza. 2001.

<sup>6</sup> TELLEZ VARGAS, Jorge. FORERO VARGAS, Jorge. SUICIDIO: Neurobiología, factores de Riesgo y Prevención. Nuevo Milenio Editores. Bogotá D. C. 2006.

<sup>7</sup> DURKEIM, Emilé. El Suicidio. Traducción de Lorenzo Díaz Sánchez. Ediciones Akal. Madrid 1979.

<sup>8</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. GENOVA. 1998.

<sup>9</sup> CARBALLO BELLOSO, J., OQUENDO, M. Neurobiology of Suicidal Behavior. An Integration of Biological and Clinical Findings. New York. 2003.

<sup>10</sup> OQUENDO, María et al. Prospective study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients With Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder. American Journal of Psychiatry. (2004). Disponible en <http://ajp.psychiatryonline.org> (Fecha de acceso: Noviembre de 2007)

<sup>11</sup> CLEMENTE, Miguel. GONZALEZ, Andrés. SUICIDIO: Una alternativa social. Editorial biblioteca nueva. Pág. 25. Madrid. 1996.

<sup>12</sup> SARRO, B. DE LA CRUZ. Concepto de Suicidio y Tentativa de Suicidio. En Revista del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. XVI. Madrid. 1991.

<sup>13</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. WHO/ EURO Multicentre Study on Parasuicide: Facts and Figures. Second Edition. Copenhagen. 1999.

<sup>14</sup> CENDALES R, VANEGAS C, FIERRO M, CÓRDOBA R, OLARTE A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985–2002. Revista Panamericana Salud Pública (OPS). 2007; 22(4):231–8.

<sup>15</sup> AGERBO, Esben. **Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: a healthy worker effect?**. *J. Epidemiol. Community Health* 2005;59:598-602. [jech.bmj.com](http://jech.bmj.com) (Fecha de acceso Abril de 2008)

<sup>16</sup> GÓMEZ RESTREPO, C. et al. FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA. Revista Colombiana de psiquiatría. Vol XXI / No 4 / 2002.

<sup>17</sup> PEREZ-OLMOS, I. et al. FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA E IDEACIÓN SUICIDA PERSISTENTE EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA, BOGOTÁ. 2004 – 2006. Revista salud Pública. 10 (3): 374 – 385. 2008.

<sup>18</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Lineamientos de Política: HABILITACION / REHABILITACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO FAMILIAR, OCUPACIONAL Y SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá DC. 2004.

<sup>19</sup> KOHN, R., SAXENA S., LEVAV I., SARACENO, B. The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization | November 2004, 82 (11)

<sup>20</sup> Prine, M.; Patel, V.; Saxena, S.; Maj, M.; et al. NO HEALTH WITHOUT MENTAL HEALTH. *Lancet* 2007; 370: 859–77

<sup>21</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Dependence. MULTISITE INTERVENTION STUDY ON SUICIDAL BEHAVIOURS – SUPRE-MISS: PROTOCOL OF SUPRE-MISS. Geneva. 2002.

<sup>22</sup> MINISTERIO DE SALUD NICARAGUA. **Evolución del Concepto de Discapacidad de acuerdo a la Clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud.** Artículo en medio magnético disponible en [http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/discapacidad/concepto\\_Discapacidad.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/discapacidad/concepto_Discapacidad.pdf) Fecha de acceso: Septiembre de 2007.

<sup>23</sup> UIPC-IMSERO. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS MODELOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA LA DISCAPACIDAD. Artículo en medio magnético disponible en <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad2.pdf> Fecha de acceso: Septiembre 9 de 2007.

<sup>24</sup> JIMENEZ BUÑUALES, M. T. GONZALEZ PAULINO, D. MARTIN MORENO, J. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, La Discapacidad y la Salud. Colaboración especial. Revista Española Salud Pública 2002; 76: 271-279 No 4 - Julio-Agosto 2002.

<sup>25</sup> FERRO SALAZAR, M. et al. Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad. Manual Operativo. Documento para la Consejería Presidencial para la Política Social de la Presidencia de la República. Bogotá D.C 2002.

<sup>26</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Lineamientos de Política: HABILITACION / REHABILITACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO FAMILIAR, OCUPACIONAL Y SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá DC. 2004.

<sup>27</sup> VÁSQUEZ-BARQUERO, J. L., HERRERA CASTANEDO, S., VÁSQUEZ BOURGÓN, E. GAITÉ PINDADO, L. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHO-DAS II. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones Agustín de Bethencourt. Madrid. 2002.

<sup>28</sup> LUCIANO V, J. et al. The 12rti-clitem World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II): a nonparametric item response analysis. *BMC Medical Research Methodology* 2010, **10**:45

<sup>29</sup> CAMPO ARIAS, Adalberto. COMPARACION DE ALGUNAS PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LA ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESIÓN CON PUNTUACIONES DICOTÓMICAS. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. XXXV No 004. Bogotá D.C. 2006. Pag. 511 – 518.

<sup>30</sup> CASTILLO MARTÍNEZ, Alejandro. VALIDACIÓN DE LA ESCALA CES-DC MODIFICADA PARA TAMIZACIÓN DE SÍNDROME DEPRESIVO EN ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS. Tesis para optar al título de Magíster en Epidemiología. Universidad del Valle. 2008.

<sup>31</sup> RUBIO G. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp* 1998; 198: 11-4.

<sup>32</sup> SZKLO, M. NIETO, J. EPIDEMIOLOGIA INTERMEDIA, Conceptos y Aplicaciones. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2003

<sup>33</sup> STRAUSS, A. CORBIN, J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Primera edición. Medellín. 2002.

<sup>34</sup> StataCorp. 2005. Stata Statistical Software: Release 10. College Station, TX: StataCorp LP.

<sup>35</sup> **SALVADOR FIGUERAS, M. GARGALLO, P.** (2003): "Análisis Exploratorio de Datos", [en línea] *5campus.com, Estadística* <http://www.5campus.com/leccion/aed> [Noviembre 24 de 2008]

<sup>36</sup> **SALVADOR FIGUERAS, M** (2003): "**Análisis de Correspondencias**", [en línea] *5campus.com, Estadística* <<http://www.5campus.com/leccion/correspondencias>> [fecha de acceso: Noviembre 24 de 2008]

<sup>37</sup> **GARSON. David G.** "Correspondence Analysis", [en línea] <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/correspondence.htm> [fecha de acceso: Noviembre 28 de 2008].

<sup>38</sup> BERTOLETE, J. et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites : the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, 2005, 35, 1457–1465.

<sup>39</sup> DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad en Colombia. 2006.

<sup>40</sup> CHAN, S. LYNES, J. CONWELL Y. DO CEREBROVASCULAR RISK FACTORS CONFER RISK FOR SUICIDE IN LATER LIFE? A CASE CONTROL STUDY. *American Journal Geriatr Psychiatry*. Pag. 541 – 544. 2007

<sup>41</sup> FERNÁNDEZ, L. GARCÍA J. La religión como recurso para la promoción de la salud. *Avan Psicol. Clin Latinoam* 2000; 18:23-56.

Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

*Correspondencia*

**ELVIS SIPRIAN CASTRO ALZATE**

*Programa Académico de Terapia Ocupacional*

*Universidad del Rosario*

*Carrera 24 No 63 C 69 Quinta de Mutis*

*Bogotá D.C, Colombia*

[castro.elvis@ur.edu.co](mailto:castro.elvis@ur.edu.co)