

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*

Elvis Siprián Castro Alzate¹
Alejandro Castillo Martínez²

Resumen

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud, las secuelas del intento de suicidio constituyen la sexta causa de mala salud y discapacidad en el mundo. *Objetivo:* Establecer los grados de discapacidad y sus factores relacionados, en términos de restricciones en la participación y limitaciones en la actividad, en personas con intento de suicidio entre septiembre del 2009 y junio del 2010, atendidas en la Red Pública de Servicios de Salud de Santiago de Cali. *Método:* Estudio observacional de corte transversal en 126 personas con intento de suicidio, con edades entre 15 y 65 años. Se empleó la versión en español de la Escala de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. *Resultados:* Se calcularon 30 años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), se estimó una prevalencia del 95,3% de discapacidad. El 4,6% de la muestra no presenta discapacidad; el 41,27%, discapacidad leve; el 38,1%, discapacidad moderada, y el 15,87%, discapacidad severa. Los factores relacionados con discapacidad fueron: edad, ocupación, presencia de enfermedad mental, presencia de síntomas depresivos actuales, métodos fatales, consumo de medicamentos psiquiátricos, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y no práctica religiosa. *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 del 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.

Palabras clave: Intento de suicidio, discapacidad, deficiencia, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación, WHO-DAS II.

* 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.

¹ Terapeuta Ocupacional, Universidad del Valle. Magíster en epidemiología, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Docente, Programa Académico Terapia Ocupacional, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. Investigador principal.

² Médico cirujano. Especialista en psiquiatría. Magíster en epidemiología, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Director de investigación.

Title: Factors Related to the Disability Burden in People with Suicidal Attempts Attended in the Public Health Care Service Network of Santiago de Cali

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization (WHO), the aftermaths of suicide attempts are the sixth leading cause of poor health and disability in the world. *Object:* Establish the level of disability and related factors in terms of restrictions regarding participation and activity limitations in cases of suicidal attempts attended by the Public Service Network Health of Santiago de Cali, from September 2009 to June 2010. *Methodology:* A cross-section, observational study was applied to 126 people between 15 and 65 who had attempted suicide and were treated at the Public Health Service in Santiago de Cali. A Spanish version of the Disability Assessment Scale of the World Health Organization *Results:* 30 disability-adjusted life years (DALYs) were calculated together with a disability prevalence of 95.3%. 4.6% of the sample did not show disability while 41.27% had mild disability, 38.1%, moderate disability, and 15.87%, severe disability. Factors related with disability were: Age, occupation, presence of mental illness, current depressive symptoms, lethal methods, use of psychiatric drugs, activity limitations, participation restrictions and lack of religious practice. *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 establishes a high score for mental disorders in suicidal attempts. The presence of a deficiency after the suicide attempt increases the burden of disability.

Key words: Suicidal attempt, disability, impairment, activity limitations, participation restrictions, WHO-DAS II.

Introducción

El comportamiento suicida es un fenómeno de la mayor relevancia en salud pública. A escala 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 los 44 años, con una tasa de mortalidad estimada en 14,5 por cada 100000 habitantes. La razón entre el intento de suicidio y el suicidio consumado se ha calculado en 20:1; se ha observado, además, una variación amplia entre grupos etarios (1).

En Colombia para 2005 se estimó la tasa de mortalidad por suicidio en 3,9/100000 habitantes (1), 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, que el 4,1% desarrolló planes suicidas y que el 4,9% ha realizado intentos suicidas alguna vez en la vida (2). En Cali, durante 2009 se reportaron 394 casos, y para el primer semestre de 2010 había 157 casos reportados al Observatorio Centinela de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las secuelas del intento fallido constituyen la sexta causa de mala salud y de discapacidad, por lo cual el riesgo de repetir el comportamiento suicida puede ser mayor en las personas que presentan algún tipo de secuela o de disfunción

física. Se ha estimado que el 50% de los suicidas presentaron conductas suicidas no mortales (1).

Después de un intento de suicidio el individuo puede verse enfrentado a situaciones como el aislamiento social, la pérdida de papeles sociales, el 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 se basan en la ocurrencia del evento; sin embargo, existe poca evidencia del impacto negativo que tiene este fenómeno en la calidad de vida y el funcionamiento de la persona que incurre en 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, lo cual es el predictor más importante de suicidio consumado futuro.

En el estudio del comportamiento suicida a menudo 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 con las secuelas del intento fallido y el 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 la calidad de vida de la población (4), y, por ello 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) (5).

Métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, que estimó la prevalencia de la discapacidad en personas con intento de suicidio entre los 15 y los 65 años que fueron atendidas en la Red Pública de Servicios de Salud de Santiago de Cali entre septiembre de 2009 y junio de 2010. Los datos fueron recolectados entre marzo y junio de 2010. Se vincularon 4 de las 5 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 los 15 y los 65 años de edad, residentes en la zona urbana de Santiago de Cali que presentaron intento de suicidio durante los últimos 6 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 episodios de psicosis activa que impidan aceptar el consentimiento o el asentimiento informado.

Cálculo del tamaño de la 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 OMS. La muestra calculada después de haber hecho los ajustes por población finita y por no respuesta del 15% fue de 119 personas.

Aplicación de instrumentos

Los datos fueron obtenidos mediante visita domiciliaria en los casos donde las personas con intento de suicidio así 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 la OMS (WHO DAS II, 2002)(6). Dicho instrumento fue diseñado para medir la discapacidad independientemente de la condición de salud, y 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 del trabajo—, y participación en sociedad) (7).

La fiabilidad del 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 (8). WHO-DAS II dispone de una alta consistencia interna, con valores de α de Cronbach de 0,93 tanto para la escala global de trabajo como para la escala global de no trabajo. Los valores de α de Cronbach para cada uno de los dominios oscilan entre 0,71 y 0,96 (7).

Se utilizaron escalas complementarias para medir variables potencialmente confusoras. Para la evaluación de síntomas depresivos actuales se emplearon escalas por autorreporte. La *Escala de Zung* en población adulta (9) y la *Escala de*

Depresión para niños (CES-DC) modificada en población menor de edad, que fue validada en la población adolescente de Cali, incorpora conductas disruptivas y goza de buenas propiedades psicométricas (10).

Se empleó el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para determinar perfiles de consumo de alcohol en personas con tal antecedente; dicho instrumento fue validado en español (11).

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 fin de asegurar la calidad en la recolección de los datos, la investigación se realizó de acuerdo con un Manual Operativo Estandarizado, diseñado por los investigadores. El control de calidad se realizó en dos fases. La fase inicial se hizo mediante el cruce de información del cuestionario con el Registro del Observatorio. En la segunda fase se hizo 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® (12).

Definición de variables

Variable dependiente: Para términos de medición se determinó evaluar la discapacidad de acuerdo con 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 el 24%); *Moderado:* 25-49 (hasta el 49%); *Severo:* 50-95 (hasta el 95%); *Extremo:* 96-100 (>96%). Igualmente, se estableció el indicador AVAD para determinar la carga de discapacidad con 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 medicoquirúrgicas, intentos previos de suicidio, 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* (13), con el fin de comprobar el comportamiento de los datos (lo que incluye normalidad, homocedasticidad e independencia) y hacer una aproximación descriptiva a las variables de interés, se resumieron medidas de tendencia central (medias, medianas) y medidas de dispersión según 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 establecer independencia mediante pruebas de χ^2 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, la cual toma como valores posibles: *leve*, *moderada* y *severa* (variable politómica). La variable fue transformada en variable dicotómica de acuerdo con dos categorías (*discapacidad leve* y *discapacidad moderada/severa*), y como variables independientes se tomaron aspectos sociodemográficos, variables clínicas y variables sociales. Para el modelo de regresión según 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 cuando el modelo final no fuera estable y no requiriese eliminar variables independientes. El nivel de confianza para los análisis estadísticos se fijó en el 95%.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo del estudio se tuvieron 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 los

comités de ética de las instituciones colaboradoras. Según el Comité de Ética de la Universidad del Valle, el estudio fue considerado como una investigación de riesgo mayor al mínimo, pues 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 parte de 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 bien, equipos de rehabilitación basada en la comunidad realizaron el seguimiento.

De acuerdo con 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 recolectar la información. En el caso de los menores de edad, el consentimiento informado fue firmado por el padre o el cuidador primario (acudiente), y se lo 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 WHO-DAS II a un grupo de 126 personas que presentaron intento de suicidio y fueron atendidas en la Red Pública de Servicios de Salud de la Ciudad de Santiago de Cali, y correspondientes, a su vez, a 30 AVAD.

Hubo 120 personas que presentaron algún grado de discapacidad; por ello, la prevalencia general de discapacidad en la población estudiada fue del 95,24% (IC 95% 89,92-98,23).

En el presente estudio no es posible establecer el grupo de comparación con la categoría *ninguna*; así pues, para los análisis posteriores se requirió establecer dos categorías de discapacidad: leve ($n=52$) y moderado/severo ($n=68$).

La tabla 1 resume las frecuencias de discapacidad y los grados de discapacidad en la población objeto de estudio.

Características sociodemográficas

La tabla 2 describe las variables sociodemográficas de la muestra. La edad promedio fue de 26,6 años (DE 11,25 años). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las personas con intento de suicidio que presentan discapacidad leve,

Tabla 1. Prevalencia de la discapacidad en personas con intento de suicidio atendidas en la Red Pública de Servicios de Salud de Santiago de Cali entre septiembre de 2009 y 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
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.

cuyo promedio de edad fue de 22,69 ± 8,53 años (rango 15-49), y las que presentan discapacidad moderada/severa, cuyo promedio fue de 29,58 ± 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 la educación básica secundaria y 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 funciones de empleado y el 15% son trabajadores independientes (sector informal de la economía).

En la muestra observada se evidencia una alta población de los estratos sociales bajo y medio bajo. El 75% de la muestra se distribuye entre los estratos socioeconómicos 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. En relación con el 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%, a personas separadas.

Variables clínicas

La tabla 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 es-

Tabla 2. Variables sociodemográficas

	Muestra (n=120)	Discapacidad moderada/ severa (n=68)	Discapaci- dad leve (n=52)	p
Edad (años)*	26,6 ± 11,25 (15-63)	29,58 ± 12,19 (15-63)	22,69 ± 8,53 (15-49)	0,0007
Género (n, %)**				
Masculino	46 (38,33)	29 (42,65)	17 (32,69)	0,266
Femenino	74 (61,67)	39 (57,35)	35 (67,31)	
Escolaridad (n, %)***				
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)	
Ocupación (n, %)**				
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)	
Estrato (n, %)***				
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)	-	
Seguridad social (n, %)**				
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)	
Estado civil (n, %)***				
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. ** χ^2 *** Prueba de Fisher.

quizoafectivo ($n=6$), trastorno del comportamiento alimentario ($n=4$) y trastorno de personalidad ($n=3$). De acuerdo con 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 halló que el 31,67% presentan condiciones medicoquirúrgicas, y el 67,5% ha presentado intentos previos. El método más asiduamente utilizado es la intoxicación, con una frecuencia del 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

Tabla 3. Variables clínicas

	Muestra (n=120)	Moderada/ Severa (n=68)	Leve (n=52)	P
Dx Enf. mental***				
No	12 (10)	3 (4,41)	9 (17,31)	0,030
Si	108 (90)	65 (95,59)	43 (82,69)	
Enfermedad mental***				
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)	
Síntomas depresivos actuales				
No	27 (22,5)	8 (11,76)	19 (36,54)	0,001
Si	93 (77,5)	60 (88,24)	33 (63,46)	
Condiciones medicoquirúrgicas**				
No	82 (68,33)	43 (63,28)	39 (75)	0,170
Si	38 (31,67)	25 (36,76)	13 (25)	
Intentos previos**				
No	39 (32,50)	19 (27,94)	20 (38,46)	0,223
Si	81 (67,50)	49 (72,06)	32 (61,54)	
Método directo***				
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)	-	
Uso de sustancias psicoactivas**				
No	80 (66,67)	48 (70,59)	32 (61,54)	0,297
Si	40 (33,33)	20 (29,41)	20 (38,46)	
Consumo de alcohol**				
No	82 (68,33)	46 (67,65)	36 (69,23)	0,853
Si	38 (31,67)	22 (32,35)	16 (30,77)	
Perfil de consumo de alcohol***				
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)	-	
Deficiencia previa***				
No	12 (10)	3 (4,41)	9 (17,31)	0,030
Si	108 (90)	65 (95,59)	43 (82,69)	
Deficiencia posterior**				
No	65 (54,62)	34 (50)	31 (60,78)	0,242
Si	54 (45,38)	34 (50)	20 (39,22)	
Consumo regular de medicamentos psiquiátricos**				
No	32 (26,67)	11 (16,18)	21 (40,38)	0,003
Si	88 (73,33)	57 (83,82)	31 (59,62)	
Asistencia actual a servicios de atención y rehabilitación**				
No	47 (39,17)	23 (33,82)	24 (46,15)	0,170
Si	73 (60,83)	45 (66,18)	28 (53,85)	

** χ^2 . *** Prueba de Fisher. ♦ No se calcula estimador, por presentar celdas en cero.

ahorcamiento: 1,67%). El 33,33% usa sustancias psicoactivas (diagnóstico relacionado) y el 31,67% asegura 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 asiste en la actualidad a servicios de atención y rehabilitación, lo cual incluye servicios de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional o trabajo social. El 73,33% consume regularmente medicamentos de uso psiquiátrico.

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

Se identificaron limitaciones en la actividad según los dominios establecidos por WHO-DAS II (figura 1). En el dominio correspondiente a *comprensión y comunicación* se encontraron frecuencias bajas sin ningún grado de limitación (3,33%); el 35% presenta limitaciones leves; el 41,67%, limitaciones moderadas, y el 20%, limitaciones severas.

En el dominio *movilidad en el entorno* el 20% de la muestra no presenta limitaciones en la actividad, el 35,85% presenta limitaciones leves; el 26,67%, limitaciones moderadas; el 13,33%, limitaciones severas, y el 4,14%, limitaciones extremas.

En el dominio *cuidado personal* el 30% de la muestra no presenta limitaciones en la actividad; el 35% presenta limitaciones leves; el 19,17%, limitaciones moderadas, y el 15,83%, limitaciones severas.

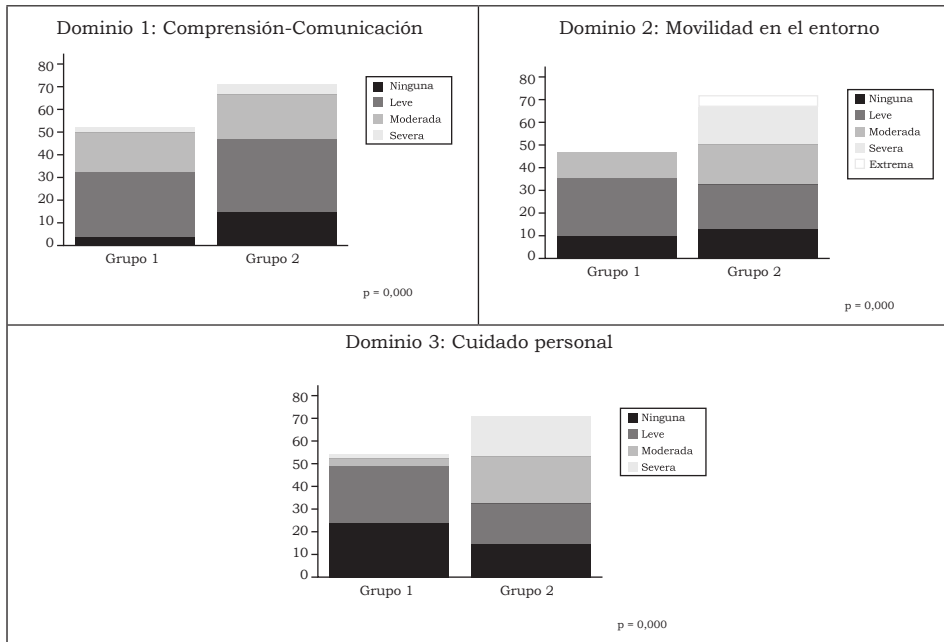
Las *restricciones en la participación* fueron determinadas por el impacto sobre las funciones sociales esperadas de cada persona con intento de suicidio en el momento de la encuesta (figura 2). En el dominio *relaciones personales* el 12,5% no presenta restricciones en la participación; el 36,67% presenta restricciones leves; el 25,83%, restricciones moderadas, y el 25%, 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; el 20%, restricciones moderadas; el 22,5%, restricciones severas, y el 4,17%, restricciones extremas.

El dominio *actividades productivas* incluye únicamente a personas que desempeñan un papel productivo remunerado (trabajadores independientes y empleados) o un papel escolar. La muestra corresponde a 54 personas con intento de suicidio. El 18,52% ($n=10$) de ellas no presenta restricciones en la participación; el 24,07% ($n=13$) presenta restricciones leves; el 27,78% ($n=15$), restricciones moderadas; el 25,93% ($n=14$), restricciones severas, y el 3,7% ($n=2$), restricciones extremas.

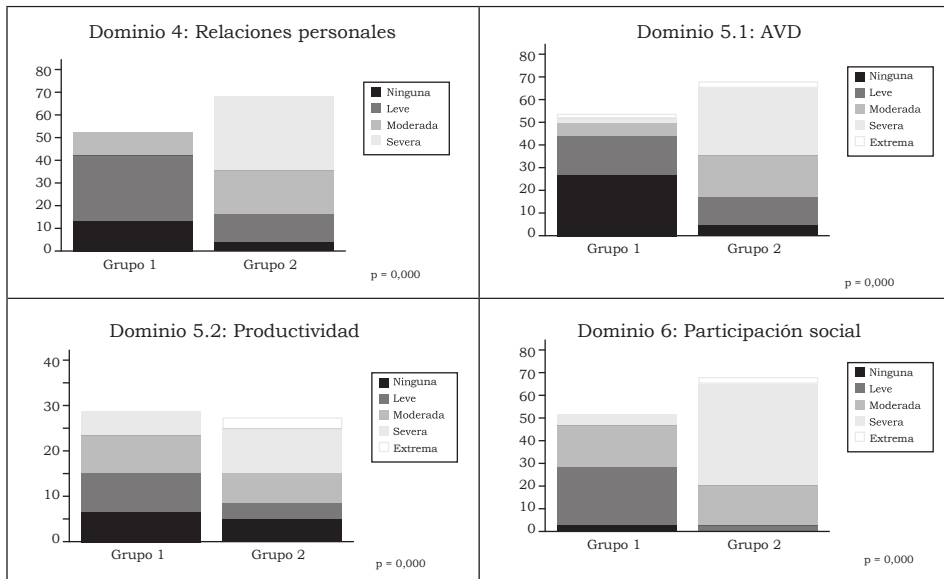
El dominio *participación social* de WHO-DAS II incluye la percepción del efecto que tienen las

Figura 1. Limitaciones en la actividad en personas con intento de suicidio



Grupo 1: Discapacidad global leve. Grupo 2: Discapacidad global. Moderado/severo.

Figura 2. Restricciones en la participación en personas con intento de suicidio



Grupo 1: Discapacidad global leve. Grupo 2: Discapacidad global moderada/severa.

barreras ambientales y actitudinales (del individuo, de su familia y de otras personas). La frecuencia de ninguna restricción es del 0,83%; el 25% de la muestra presenta restricción leve; el 31,67%, restricción moderada; el 40,83%, restricción severa, y el 1,67%, restricción extrema.

Variables sociales

La religiosidad se asumió con 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 4).

Se realizó un análisis bivariado de cada una de las variables independientes (sociodemográficas, clínicas y sociales) con la variable dependiente *grado de discapacidad dicotomizada* (leve, moderada/severa). Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística no condicional.

Los resultados sugieren mayor oportunidad de presentar discapacidad moderada/severa en personas

entre 20-29 años ($OR=2,48; p=0,041$) y en personas mayores de 40 años ($OR=5,09; p=0,025$). Aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la variable género, la oportunidad de presentar discapacidad moderada/severa en las mujeres es de 1,53 veces la oportunidad de que se presente en los hombres.

En relación con 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 desempeñan el papel de estudiante, la oportunidad de tener discapacidad moderada/severa es de 0,62 veces la oportunidad de las personas desempleadas ($p=0,027$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables *estrato socioeconómico*, *seguridad social* y *estado civil*.

Se incorporaron variables que en la literatura se comportan como factores de riesgo para el intento de

Tabla 4. Variables sociales

	Muestra (n=120)	Moderada/severa (n=68)	Leve (n=52)	P
Filiación religiosa **				
No	51 (42,50)	24 (35,29)	27 (51,92)	0,068
Sí	69 (57,50)	44 (64,71)	25 (48,08)	
Práctica religiosa**				
No	81 (67,50)	41 (60,29)	40 (76,92)	0,0054
Sí	39 (32,50)	27 (39,71)	12 (23,08)	

** χ^2 .

Tabla 5. Análisis de asociación entre variables sociodemográficas y el grado de discapacidad

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	DISCAPACIDAD MODERADA/SEVERA	DISCAPACIDAD LEVE	OR	IC (95%)	p
1. Grupos de edad					
15-19 años	17	26	1	1,03-5,94	0,041
20-29 años	26	16	2,48	0,69-6,85	0,18
30-39 años	10	7	2,18	1,22-21,25	0,025
40-49 años	10	3	5,09	-	-
50-59 años♦	4	0	-	-	-
> 60 años♦	1	0	-	0,72-3,25	0,264
2. Género					
Masculino	29	17	1	0,98-0,86	0,027
Femenino	39	35	1,53	0,25-9,64	0,631
3. Escolaridad					
1-5	16	5	1	0,11-0,89	0,030
6-11	42	45	0,29	0,22-1,77	0,381
>11	10	2	1,5	0,15-2,22	0,427
4. Ocupación					
Desempleado	29	14	1	0,19-1,86	0,380
Estudiante	10	15	0,32	0,83-4,62	0,122
Ama de casa	13	10	0,62	0,67-5,63	0,221
Empleado	6	5	0,57	0,4-5,63	0,324
Trabajador independiente	10	8	0,60	-	-
5. Estrato socioeconómico					
1	16	20	1	0,27-1,41	0,258
2	33	21	1,96	0,42-4,33	0,609
3	14	9	1,94	0,79-4,16	0,156
4	4	2	2,5	0,82-9,76	0,099
5♦	1	0	-	-	-
6. Seguridad social					
Vinculado	24	15	1		
Subsidiado	31	31	0,62		
Contributivo	13	6	1,35		
7. Estado civil					
Soltero	34	35	1		
Casado/unión libre	23	13	1,82		
Separado/divorciado	11	4	2,83		

♦ No se estimaron valores de OR, IC ni p, pues dichas categorías presentan celdas en cero.

suicidio. En esta categoría de variables dependientes también fueron incluidas variables de discapacidad con la perspectiva de la definición de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la

Salud (CIF, 2001), que corresponde 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 (tabla 6).

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 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 en relación con el método directo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, los resultados obtenidos ayudan a ofrecer evidencia sobre qué tanto influyen 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; $p=0,06$).

En lo relativo 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* $OR=8,4$ ($p=0,005$); *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* $OR=6,45$ ($p=0,000$).

Se incluyeron variables sociales descritas en la literatura como factores protectores dentro de los perfiles multidimensionales de intento de suicidio (tabla 7). 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 ($p=0,05$).

Análisis de regresión múltiple

Para obtener modelos de regresión múltiple se aplicó 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.

El modelo de la tabla 8 fue comparado con un modelo que excluye factores personales como la asistencia a servicios de rehabilitación y el consumo regular de medicamentos de uso psiquiátrico, y variables como deficiencia posterior y limitaciones en la actividad (comprensión/

Tabla 6. Análisis de asociación entre variables clínicas y el grado de discapacidad

VARIABLES CLÍNICAS	DISCAPACIDAD MODERADA/SEVERA	DISCAPACIDAD LEVE	OR	IC (95%)	P
1. Antecedente de enfermedad mental					
No	3	9	1	1,04-27,16	0,019
Si	65	43	4,5	1,57-12,55	0,001
2. Síntomas depresivos actuales					
No	8	19	1	0,73 - 4,24	0,16
Si	68	33	4,31	0,69-3,73	0,22
3. Condiciones medicoquirúrgicas					
No	43	39	1	0,93-21,94	0,060
Si	25	13	1,74	0,26-1,30	0,189
4. Intentos previos					
No	19	20	1	0,28-1,53	0,29
Si	49	32	1,61	0,46-2,53	0,85
5. Método directo					
Intoxicación	37	28	1	0,42-3,49	0,70
Defenestración	12	2	4,5	0,24-5,39	0,86
Arma cortopunzante	17	22	0,58	-	-
Ahorcamiento	2	-	-	-	-
6. Uso de SPA					
No	48	32	1	1,04-27,16	0,01
Si	20	20	0,66	0,72-3,5	0,20
7. Consumo de alcohol					
No	46	36	1	1,39-9,1	0,003
Si	22	16	1,07	0,74-3,76	0,17
8. Perfil de consumo de alcohol					
No consumo	46	36	1	3,21-16,80	0,000
Bajo riesgo	3	6	1,2	0,33-2,52	0,865
Riesgo	10	7	1,14	0,79-6,88	0,125
Perjudicial♦	4	3	-	-	-
Dependencia♦	5	-	-	-	-
9. Deficiencia previa					
No	3	9	1	0,45-7,68	0,387
Si	65	43	4,5	1,92-36,61	0,005
10. Deficiencia posterior					
No	34	32	1	-	-
Si	34	20	1,6	1,28-13,70	0,017
11. Consumo regular de medicamentos psiquiátricos					
No	11	21	1	5,2-80,87	0,000
Si	57	31	3,5	-	0,000
12. Asistencia a servicios de rehabilitación					
No	23	24	1	-	-
Si	45	28	1,67	3,03-13,71	-
13. Limitaciones en la actividad, la comprensión y la comunicación					
Leve	13	33	1	-	-
Moderada	55	19	7,34	-	-
14. Limitaciones en la actividad, o la movilidad en el entorno					
Ninguna	10	14	1	-	-
Leve	17	26	0,91	-	-
Moderada	20	12	2,33	-	-
Severa♦	16	-	-	-	-
Extrema♦	5	-	-	-	-
15. Limitaciones en la actividad. Cuidado personal					
Ninguna	13	23	1	-	-
Leve	18	24	1,86	-	-
Moderada	20	3	8,4	-	-
Severa♦	17	2	-	-	-
16. Restricciones en la participación. Actividades de la vida diaria					
Ninguna	5	27	1	-	-
Leve	14	18	4,2	-	-
Moderada	19	5	20,5	-	-
Severa	26	1	140,4	-	-
Extrema	4	1	21,6	-	-
17. Restricciones en la participación social					
Leve	2	29	1	-	-
Moderada	66	33	6,45	-	-

♦ No se estimaron valores de OR, IC ni p, pues dichas categorías presentan celdas en cero.

Tabla 7. Análisis de asociación entre variables sociales y el grado de discapacidad

Variables sociales	Discapacidad moderada/severa	Discapacidad leve	OR	IC	p
1. Filiación religiosa					
Sí	44	25	1	0,88-4,42	0,067
No	24	27	1,98		
2. Practicante					
Sí	27	12	1	0,91-5,41	0,05
No	41	40	2,1		

Tabla 8. Modelo de regresión

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

Log likelihood= -20,48 Número de observaciones: 120

Tabla 9. Modelo de regresión

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

Log likelihood= -22,93 Número de observaciones: 120

comunicación); por lo tanto, el modelo de referencia se construyó con las variables edad, y síntomas depresivos actuales, definidas, a su vez, 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).

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 la edad, la presencia de síntomas depresivos, la movilidad en el entorno, el cuidado personal, las relaciones interpersonales y las restricciones en la participación social (tabla 9).

Discusión

Los resultados de la presente investigación ofrecen datos sobre la prevalencia de la 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 OMS es ofrecida por el estudio SUPRE-MISS, y en la cual se establece la presencia de una discapacidad psiquiátrica como un factor de riesgo para repetir un intento de suicidio (14).

No se halló evidencia de que en el país se haya medido la discapacidad

posterior a la presencia de intento de suicidio en la literatura consultada. En la presente investigación se empleó la versión de 36 ítems, que permite determinar las ponderaciones de cada uno de los dominios que definen el funcionamiento del individuo. Lo anterior bien 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 con los reportes del Departamento Nacional de Estadística (2006), la prevalencia de discapacidad en Santiago de Cali es del 6,4%, y de ésta, el 0,6% (131 casos) obedece a lesiones autoinfligidas (15). 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 una continua revisión, e incorporar aspectos de discapacidad en los sistemas de vigilancia epidemiológica y seguimiento e intervención clínicas.

Según los constructos de discapacidad, en los perfiles multidimensionales del intento de suicidio la deficiencia ha sido abordada con la perspectiva de la enfermedad, pues se asume este antecedente como principal factor de riesgo para presentar comportamiento suicida (16).

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.* (16) se estableció que la presencia de una alteración en función o una estructura física está asociada al suicidio cuando se presentan síntomas depresivos, enfatizando en su interacción y en 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 presentarse secuelas posteriores al intento de suicidio. Lo anterior puede soportar la necesidad de establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia 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 *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 (diagnóstico de base) (5). 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, de la presencia de deficiencias previas (psiquiátrica), sino a cada uno de los constructos, al incorporar datos concernientes a deficiencias posteriores (físicas, temporales o permanentes), limitaciones en la actividad y restricciones en la participación social; estas últimas variables dependientes son las que incorporan mayor peso en las tipologías, pues se asume que la pérdida de papeles principales de la vida es uno de los conceptos que mayor ponderación aportan 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, en su calidad de variable social, se comporta como un factor protector de discapacidad en las personas con intento de suicidio. Fernández y García (2000) (17) sugieren que la religión es un recurso útil para la prevención del suicidio y de otras enfermedades mentales, pues “*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, se orienta a

que esta es un recurso disponible y accesible para la persona con intento de suicidio que promueve la interacción social.

Sánchez (4) asocia la letalidad del método a resultados fatales. Los resultados de la presente investigación ponen en evidencia la letalidad del método y aportan evidencia para establecer su relación con la carga de discapacidad desde el dominio deficiencia. Los resultados son coherentes con el informe de la OMS que establece al intento de suicidio como un determinante de discapacidad y mala calidad de vida (1).

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 WHO-DAS II como instrumento de medición garantiza la replicabilidad del estudio y la posibilidad de establecer comparaciones a futuro.

Los 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 establecieron mecanismos de evaluación de los elementos que componen el concepto actual de discapacidad bajo los lineamientos de la CIF (5); por tal razón se enfatizó en la necesidad de identificar la presencia de deficiencias previas y posteriores al intento de suicidio. Mediante la revi-

sión 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 la presente investigación sugieren que la discapacidad es una condición relacionada con el intento de suicidio, con independencia 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, pues ambas instituciones sirven de referencia para el nivel primario para atender con métodos más estrictos a las personas que cometieron intento de suicidio.

Los resultados del presente estudio pueden ser generalizados a la población consultante a la Red Pública de Servicios de Salud de la Ciudad de Santiago de Cali. Los participantes del estudio se encuentran afiliados, principalmente, 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 (EPS).

Las medidas de asociación pueden presentar el efecto de subestimación, pues para los análisis se definió como grupo de control a las personas con discapacidad leve. Lo anterior sugiere la posibilidad de que tanto el grupo caso (discapacidad moderada/severa) como el 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. Con 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 RBC se podrán ver beneficiados con el uso de herramientas que les permitan reorientar objetivos de intervención según los dominios con mayor grado de compromiso funcional y social, además

de garantizar buenas prácticas en el seguimiento y la readaptación social.

Agradecimientos

A las personas que aceptaron participar en el estudio; a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, que, con 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 psiquiatras Andrea Otero, Henry Valencia (Hospital Universitario del Valle) y Carlos Alberto Miranda (Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle).

Referencias

1. 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: OMS; 2003
2. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. Cali [internet]. 2005. [citado: 15 de noviembre de 2007]. Disponible en www.minprotecciónsocial.gov.co
3. Castillo Martínez A., Secretaría Municipal de Salud de Cali. Informe vigilancia epidemiológica centinela en intento de suicidio Santiago de Cali [internet]. 2010 [citado: 15 de noviembre de 2007]. Disponible en: http://calisaludable.cali.gov.co/promoción_y_prevenición_salud_mental.
4. Sánchez Díaz N. La carga de la enfermedad. Rev Colomb Psiquiat. 2005;34:298-304.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del

- Funcionamiento, la Discapacidad y la salud (CIF). Ginebra: OMS; 2001.
6. Vásquez-Barquero JL, Herrera Castañedo S, Vásquez Bourgón E, et al. 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. Madrid: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones Agustín de Bethencourt; 2002.
 7. Luciano VJ, Ayuso-Mateos J, Aguado 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.
 8. Gómez Restrepo C, Rodríguez N, Bohórquez A, et al. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002;31:271-86.
 9. Campo Arias A. Comparación de algunas propiedades psicométricas de la escala de Zung para depresión con puntuaciones dicotómicas. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2006;35:511-8.
 10. Castillo Martínez A. 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, Cali. 2008.
 11. 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.
 12. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 10*. College Station, TX: StataCorp LP; 2005.
 13. Salvador Figueras M, Gargallo P. Análisis exploratorio de datos [internet]. 2003 [citado: 24 de noviembre de 2008]. Disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/aed>.
 14. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med*. 2005;35:1457-65.
 15. República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad en Colombia. Bogotá: DANE; 2006.
 16. Chan S, Lyness J, Conwell Y. Do cerebrovascular risk factors confer risk for suicide in later life? A case control study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15: 541-4.
 17. Fernández L, García J. La religión como recurso para la promoción de la salud. *Avan Psicol. Clin Latinoam*. 2000; 18:23-56.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 24 de septiembre de 2012

Aceptado para publicación: 10 de enero de 2013

Correspondencia

Elvis Siprián Castro Alzate

Programa Académico de Terapia Ocupacional

Universidad del Rosario

Calle 63 D No. 24-35 Quinta de Mutis

Bogotá, Colombia

castro.elvis@ur.edu.co