

## **FACTORES ESTRUCTURALES Y EPIDEMIOLOGICOS ASOCIADOS AL SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO COMO PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA, ESTADO BOLÍVAR – 2001**

### **STRUCTURAL AND EPIDEMIOLOGICAL FACTORS ASSOCIATED TO SUICIDE AND SUICIDE ATTEMPT AS PUBLIC HEALTH PROBLEMS IN THE STATE OF BOLIVAR**

MILDA MARCANO DE R.; LIL DOMMAR DE N.; GEMA ROJAS DE H.; SIMÓN ARRIOJAS

#### **RESUMEN**

Las muertes violentas por suicidio e intento de suicidio según el Informe de las Tendencias de salud de la Organización Panamericana de la salud, están adquiriendo una importancia creciente en todos los países, convirtiéndose en un grave problema de salud pública. Con la finalidad de determinar la asociación causal entre suicidio e intento de suicidio con los factores de riesgo, desintegración social, nivel Socioeconómico y enfermedades previas físicas y mentales, y el porque de las lesiones auto-infligidas desde la perspectiva de los actores; se utilizó la triangulación metodológica cuantitativa y cualitativa así como la caracterización epidemiológica. En el estudio de casos y controles para un nivel de significancia de 0,05, una precisión relativa de 50% y un límite de confianza de 95% la muestra quedó conformada por 114 individuos. Para el estudio cualitativo se trabajó con una muestra opinática. La asociación entre suicidio y el factor de riesgo nivel socioeconómico, fue estadísticamente significativa. La Odd Ratio evidenció una probabilidad cuatro veces mayor del suicidio en la población de los niveles socioeconómicos IV y V. El riesgo de suicidio en familias desintegradas es 10 veces mayor que en las familias estables. De igual manera, las personas con enfermedades físicas y trastornos de personalidad tienen dos veces más riesgo de suicidarse o atentar contra su vida. Se concluyó que la falta de apoyo social, la familia inestructurada, el bajo nivel socioeconómico y la carencia de afecto y apoyo familiar son determinantes en el aumento del suicidio e intentos de suicidio.

**PALABRAS CLAVE:** suicidio, intento de suicidio, factores estructurales y epidemiológicos.

#### **ABSTRACT**

According to a report on health tendencies by the Pan American Health Organization, completed suicides and suicide attempts are increasingly becoming a serious public health issue in all countries. A study based on the epidemiological characterization and methodological triangulation involving combined qualitative and quantitative approaches was undertaken to ascertain the causal relationship linking successful and unsuccessful suicide attempts with social disintegration, impoverished socioeconomic status, and a history of physical and psychiatric illnesses. The study attempts to view self-destruction from the perspective of the perpetrator. A case-control study involving 114 individuals yielded the standard level of significance of 0.05, a relative precision of 50%, and a 95% confidence interval. An opinion poll provided the basis for the qualitative component of the study. The odds ratio reflected a five-fold likelihood of suicide among the members of socioeconomic groups IV and V, and a risk for suicide in broken families 11 times as likely as that of stable ones. Likewise, subjects with physical and personality disorders have three times as much chance of committing suicide or attempting against their lives as that of carefree people. The lack of social backing, a broken home, a deprived socioeconomic environment, and the lack of affection or familial support are determining factors in the increase of suicidal behavior.

**Key words:** Suicide, suicide attempt, structural and epidemiological factors

## INTRODUCCIÓN

La violencia, produce graves daños a la salud, puesto que es un hecho contrario a la seguridad y estabilidad que debe prevalecer en toda comunidad. Las muertes y traumatismos ocurridos por causas violentas vienen aumentando de manera alarmante y por el número de víctimas y la magnitud de las secuelas que produce se ha convertido en un grave problema de salud pública, no obstante su abordaje como tal es relativamente reciente y limitado al estudio de factores como atributos de personas y no de grupos. En la actualidad se aspira que las distintas disciplinas que estudian la violencia unifiquen los enfoques, criterios y definiciones que vayan más allá de la perspectiva de la víctima y la aplicación de las leyes tratando de entender las motivaciones del comportamiento agresivo (Álvarez y Martínez 2000).

De acuerdo a la Décima Clasificación Internacional de enfermedades (1995), el suicidio, ha sido clasificado dentro del grupo de lesiones auto-inflingidas intencionalmente, en el cual existe una acción destructiva violenta, auto-provocada y mortal, la diferencia con respecto al acto suicida, es que en éste, un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención y de conocimiento del móvil, pero sin desenlace mortal (Castellanos 1998).

El Informe de Tendencias de salud, de la Organización Panamericana de la salud, señaló que en el Año 1995 ocurrieron en el mundo 89,9 millones de muertes por todas las causas, de las que aproximadamente 1,64% fueron clasificadas como auto-inflingidas intencionalmente, por otra parte existe la morbilidad por intentos suicidas que es varias veces superior, estimándose que por cada suicidio consumado hay de 8 a 10 intentos y una vez que ha habido un intento, entre el 6 y el 16% vuelven a tratar de hacerlo en los 2 meses siguientes (Desjarlais y Eisemberg 1997).

Es necesario destacar, sin embargo, que se evidencia una sub-estimación en las estadísticas publicadas por problemas en los registros de mortalidad ya que, en los suicidios la causalidad no se halla determinada por la naturaleza del proceso que provoca la muerte, sino, por los hechos y las circunstancias que constituyeron la causa básica de la defunción. Por otra parte, muchos registros de muertes encubren el suicidio, bajo la rúbrica de accidente o muerte por causa natural.

En Latinoamérica la tendencia a aumentar ha sido progresiva. En Venezuela para el año 1996, al tomar el

grupo de edad entre 15 y 19 años, el suicidio ocupó la segunda causa de muerte, solo superada por los accidentes y para el año 1999, la tasa ajustada de mortalidad por Homicidios y Suicidios (X60 – Y09) fue de 25,4 por 100.000 habitantes, siendo de 19,4 en el sexo masculino y de 10,8 en el sexo femenino. La razón de tasas en el sexo masculino-femenino fue de 1,8 y el índice años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por 1000 habitantes entre 1 y 70 años fue de 6,8 sólo superado por accidentes de todo tipo (V01 – X59) con 15,7 y Cáncer 8,1 (Castellanos,1998).

El suicidio y los Intentos de suicidio habitualmente son el resultado de una compleja combinación de circunstancias en las que, a una carga intolerable, se agregan la incapacidad de afrontar problemas y el sentimiento de falta de sentido de la vida.

Los actos suicidas, se relacionan con una gama de factores que van desde los de naturaleza social, política y psicológica, alto grado de frustración, explotación, relaciones de conflictividad permanente, problemas pasionales y enfermedades previas, entre otros, pero aún no hay explicaciones claras sobre todo, cuando además se combinan factores detonantes de la conducta suicida que tienen que ver con el consumo de alcohol, drogas y predisposiciones individuales, muchas veces derivadas de altas responsabilidades y presiones familiares, optando el individuo por terminar con su vida, al no poder enfrentar los problemas (Nucette 1995).

Los hombres, reproducen su existencia en la práctica diaria. Así, de acuerdo al lugar que ocupa en el proceso productivo, se conformarán sus condiciones de trabajo.

Venezuela no escapa a la realidad Latinoamericana y en las últimas décadas la implementación de modelos socio-económicos ha generado una idea de bienestar social, progreso y felicidad, como sinónimos de calidad de vida, y estrechamente vinculados a la capacidad de consumo de bienes y servicios. Este criterio economicista, ha promovido el aislamiento social del ser humano, el individualismo, el egoísmo, el “éxito”, a cualquier costo, y ha relegado las posibilidades de organización social y de vida en común, como instrumentos válidos para alcanzar la paz social, la equidad, la justicia, y realmente una mejor calidad de vida (Rodríguez, 1999 a).

La realización del estudio es importante ya que las relaciones y asociaciones que se pretenden detectar no pueden ser medidas solo por indicadores puntuales de morbi-mortalidad; sino, del nivel de riesgo inherente a

varias categorías, así se eligieron tres variables: El nivel socio-económico; las enfermedades previas físicas y mentales y la desintegración familiar. Con los resultados se espera contribuir al esclarecimiento de los factores significativamente asociados y formular estrategias de prevención del suicidio con equipos multidisciplinarios para la reducción de los factores de riesgo: Sociales, económicos, detección precoz de conductas suicidas y la promoción de actividades encaminadas a estimular valores positivos de la vida (Rodríguez y Sierra 1994).

Los Suicidios e Intentos de suicidio son actos extremadamente complejos y realizados por una gran variedad de razones y propósitos. Para la mayor parte de los Suicidiólogos actuales continúa siendo evidente que, como afirmó Durkheim (1978), todo lo que integra a la persona en el grupo y en la comunidad, protege contra el suicidio, y todo lo que distiende los lazos entre el individuo y los otros aumenta el riesgo de suicidio (Nucette 1995).

El hombre es el resultado de la interacción de los factores ambientales favorables o desfavorables sobre su potencial genético. Este potencial genético está determinado y cifrado a nivel molecular y es el resultado de cambios en la evolución de la especie que se han definido a través de muchas generaciones.

Cuando los agentes ambientales desfavorables, tales como la desnutrición, baja calidad de la vivienda y falta de estimulación o afecto, inciden sobre el desarrollo, el organismo trata de adaptarse mediante un sistema de regulación. Si la agresión es intensa o de larga duración, este sistema puede fracasar. Cualquier déficit ambiental en nutrición, vivienda y estimulación psico-afectiva es más grave mientras menos edad tenga el niño. Por otra parte, el medio socio-económico-cultural y político condiciona nuestros hábitos, costumbres, regula nuestra vida en sociedad, nos impone patrones de comportamiento que pueden llevarnos a procesos patológicos de índole físico, fisiológico o psíquico (Conquista 1999).

La cultura de la modernidad causa el eclipse o el ofuscamiento de la verdad sobre la libertad y de la verdad sobre el hombre. La cultura de la muerte, cada vez más difundida, no brota simplemente del rechazo de ciertas verdades morales, sino de la ausencia del conocimiento y la dignidad de la persona humana. La disminución de esa capacidad afecta todas las estructuras sociales, también la estabilidad del matrimonio, la familia, así como el respeto y la protección fundamentales que deben a sus miembros más débiles (Rodríguez, 1999 b)

El aumento de las tasas de suicidio está relacionado con la anomia, originada por cambios sociales destructivos y desestabilizadores y con el desempleo que afecta primordialmente a la juventud aunado a una deplorable mezcla de frustraciones en el plano educativo y emocional.

No hay duda que la pobreza y la desigualdad social y económica han venido aumentando dramáticamente en América Latina. Sin embargo, no podría ser la agravación y extensión de la pobreza el único factor favorecedor de la expansión de la violencia. Por un lado hay constancia de sociedades más pobres que otras, pero menos violentas y por otro hay Sociedades con economías florecientes, en las cuales el nivel de violencia es alarmante, evidenciándose la complejidad del fenómeno (Rodríguez, 1996).

Según Sáez, (1993), existe cierto consenso en psicología en aceptar que una prolongada incapacidad para conseguir objetivos propios, bien se trate de obstáculos provenientes del medio ambiente físico, de limitaciones biológicas, de complejidades de la estructura de la personalidad, o del medio ambiente social, produce en las personas afectadas una reacción defensiva que varía en términos de agresión, regresión, introversión, represión, formación reactiva, racionalización, proyección, reacción autista de aislamiento e identificación. Desde la perspectiva social como forma de adaptación individual la respuesta puede ser de conformidad, innovación, ritualismo, retraimiento o rebelión. En el caso de insatisfacción prolongada la persona vuelca su ira contra objetos, contra personas o contra sí mismo, autoagredándose.

Conquista, (1999) en su investigación “factores psicosociales y ambientales en adolescentes con intento de suicidio”, encontró que los factores con mayor frecuencia corresponden a problemas con los padres en un 61,90%; problemas de apoyo social inadecuado en un 61,90% y conflictos con compañeros de clase o personas cercanas en un 60,0%. El 95,23% de la población estudiada presentó problemas de interrelación familiar de tipo moderado y en el 90,50% se encontró síntomas psiquiátricos previos, siendo los más frecuentes los síntomas depresivos. Otros hallazgos revelan que el mayor número pacientes con intentos suicidas ocurren en el sexo femenino (76,19%) y la edad promedio más afectada entre los 14 y 17 años. Muchas de las personas que cometen intentos de suicidio presentan frecuentemente cuadros de depresión. Tomando en cuenta que la detección temprana de la misma podría prevenir una proporción de muertes por suicidio, su evaluación como factor de riesgo debe tener prioridad para los profesionales de la salud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio de los factores de riesgo asociados, con suicidio e Intentos de suicidio fue multimetodológico llamado por Samaja (1995), Triangulación Metodológica. A través de un estudio descriptivo se realizó la caracterización epidemiológica que permitió el establecimiento de las causas determinantes cuya magnitud de asociación causal se investigó con un estudio de casos y controles. Esta técnica cuantitativa analítica no experimental se aplicó en fallecidos por suicidio y las variables seleccionadas fueron: El estrato socioeconómico operacionalizado a través de la Escala de Graffar, citado por Méndez Castellano (1982); la desintegración familiar, entendida para efectos de esta investigación como aquella familia no integrada sobre las bases del reconocimiento mutuo, en la que fallan las relaciones de apoyo, solidaridad y comunicación y caracterizada por la disolución del matrimonio o relación de pareja, descalificaciones permanentes, violencia e infidelidad y la presencia de enfermedades previas físicas o mentales.

Además se utilizó metodología cualitativa, aplicándose la Técnica de Entrevista a Profundidad en una muestra opinática de pacientes con diagnóstico de intento de suicidio, con la finalidad de profundizar la estructura de significados que los sujetos construyen alrededor de un problema de salud e incluyó: el significado de atentar contra la vida el concepto de sí mismo y el sentimiento que le inspira la familia, para determinar el por qué de la autoagresión desde el punto de vista del sujeto (Ospina y Restrepo, 1999).

El estudio de casos y controles permitió determinar el grado de asociación causal entre los suicidios y las variables seleccionadas. Greemberg (1996) señaló que estos diseños consisten en la comparación de dos grupos de individuos, unos con el efecto (fallecidos por suicidio) y otro grupo libre de ese efecto, bajo la premisa que la exposición a los factores de riesgo debe ser mayor en los casos que en los controles. El tamaño de la muestra de acuerdo a Londoño (2000), para un nivel de confianza de 95%, una precisión relativa de 50% y un interés por detectar la razón de discrepancia u Odd Ratio de 2, quedó constituida por 38 individuos fallecidos por suicidio.

Por cada fallecido se seleccionó dos controles, un control correspondió a un fallecido por causa diferente al suicidio, tomándose muertes por accidentes de tránsito en los cuales la persona viajaba como acompañante a efectos de eliminar el sesgo de intento de acabar con la vida. El otro control correspondió a una persona viva,

con enfermedad similar, incluyéndose a pacientes con diagnóstico de intento de suicidio, minimizándose así el sesgo del informante sustituto: hermano, padres, pareja. La población estudiada quedó conformada por 114 sujetos, 38 casos y 76 controles.

La recolección de datos se realizó a través de la aplicación de encuestas diseñadas por los autores para esta investigación (Fichas A y B). La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en pacientes del Hospital Universitario Ruiz y Páez y Centro de salud Mental, así como, se revisaron Certificados de Defunción, EV-14 y Tarjetas Epi-13B del Servicio de Hechos Vitales de la Dirección de Epidemiología Regional del Estado Bolívar. La encuesta a familiares intentó reconstruir un perfil del suicida para ampliar la información sobre la personalidad, el estilo de vida, la dinámica familiar y las dificultades adaptativas y conductuales en los últimos años (Nigenga y Langer 1995).

Con los datos obtenidos se procedió a la elaboración de tablas y gráficos. El programa Epi-Dat permitió la aplicación del análisis de riesgo determinándose la Odd Ratio, la fracción etiológica y la proporción de riesgo atribuible poblacional.

## RESULTADOS

La caracterización epidemiológica de los suicidios de acuerdo a tiempo, espacio y persona se presenta en 7 figuras y la magnitud de la asociación causal de los factores de riesgo incriminados en las tabla de 1 a la 3.

La mortalidad por suicidio en el Estado Bolívar (Fig. 1), mostró una tendencia ascendente al pasar de 4,2 en el año 1991 a 6,7 x 100.000 hab. en el 2001.

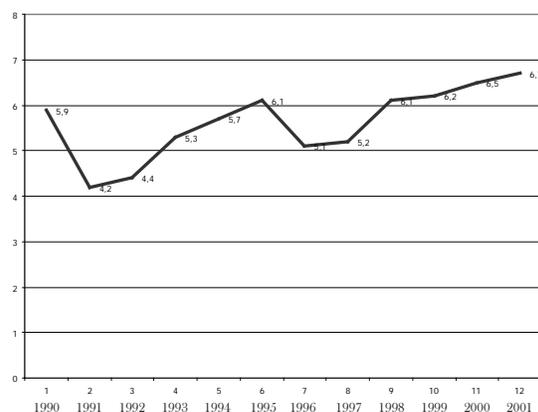


Figura 1. Tasas de Mortalidad Estado Bolívar 1990-2001.

El 73,43% de las lesiones auto-inflingidas correspondió a Intentos de suicidio, mientras que el 26,57% fueron suicidio (Fig. 2).

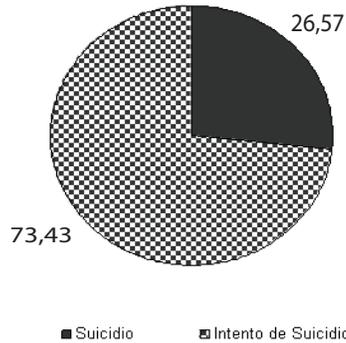


Figura 2. Lesiones autoinflingidas intencionalmente (CIE-10X60-X84). Estado Bolívar, 2001

Las tasas más elevadas de mortalidad por suicidio correspondieron a los Distritos Sanitario I y II con 8,4 y 9,0 x 100.000 hab. (Fig. 3).

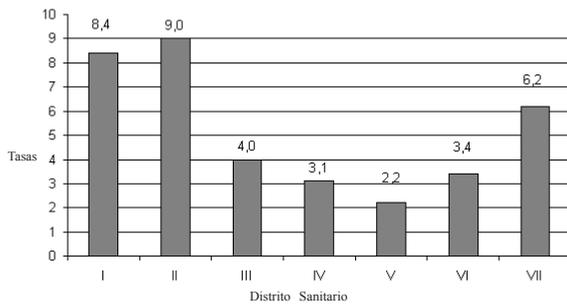


Figura 3. Suicidio. Tasas de Mortalidad por Distritos Sanitarios, Estado Bolívar, 2001.

El 34,82% de los suicidios ocurrió en la población entre 15-24 años (Fig. 4).

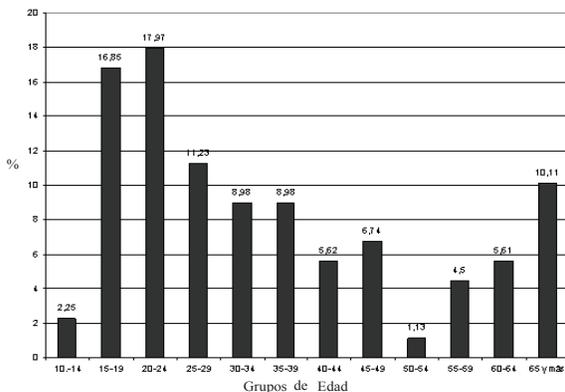


Figura 4. Mortalidad por suicidio según grupos de edad. Estado Bolívar, 2001.

La tasa de mortalidad por suicidio fue de 9,35 en el sexo masculino y 3,98 x 100.000 hab. en el sexo femenino (Fig. 5).

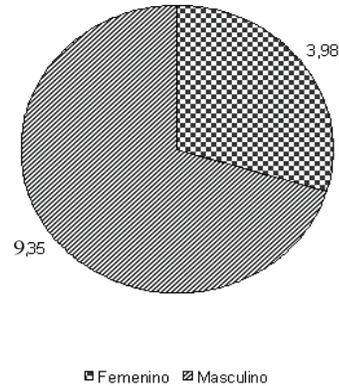


Figura 5. Suicidio según sexo. Tasa por 100.000 habitantes, Estado Bolívar, 2001.

El medio más frecuentemente empleado para consumar el suicidio fue el ahorcamiento con el 51,69%; seguido de armas de fuego con el 23,59% (Fig. 6).

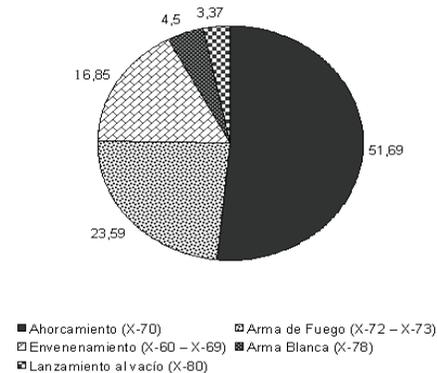


Figura 6. Mortalidad por suicidio según método empleado. Estado Bolívar, 2001.

En relación a factores detonantes del suicidio el primer lugar correspondió a asuntos relacionados con despido o pérdida del empleo, seguido de consumo de alcohol (Fig. 7).

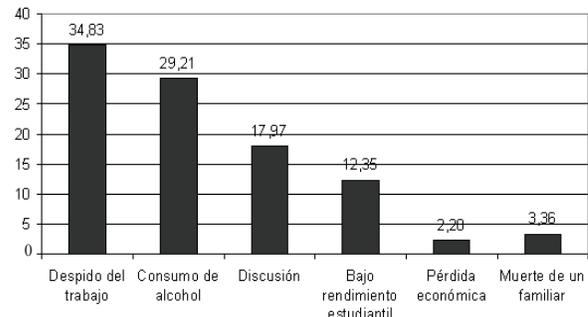


Figura 7. Suicidio según factores coadyuvantes o detonantes. Estado Bolívar, 2001.

Los Niveles Socioeconómicos con mayor número de Suicidios fueron el IV y V con el 81,57% con una Desigualdad Relativa u Odd Ratio de 4. (Tabla 1 y 2).

Tabla 1: Distribución de fallecidos por suicidio y controles según nivel socioeconómico Edo. Bolívar, 2001

Nivel Socio-Econom.	Controles					
	Fallecidos por suicidio		Fallecidos por accidentes de tránsito		Intentos de suicidios	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I	0	0,00	4	10,52	0	0,00
II	2	5,26	6	15,78	3	7,89
III	5	13,16	8	21,05	5	13,16
IV	15	39,47	10	26,31	12	31,57
V	16	42,10	10	26,32	18	47,36
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00</b>	<b>38</b>	<b>100,00</b>	<b>38</b>	<b>100,00</b>

Tabla 2: Suicidio y nivel socioeconómico IV y V. Estado Bolívar, 2001

	Suicidio	Controles
Expuesto	31	20
No expuesto	7	18
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>

- ✓ Frecuencia de Exposición = 81,60 (Suicidio)
  - ✓ Frecuencia de Exposición = 52,63 (Accidentes de Tránsito)
- DR = 4,0

En esta Investigación el suicidio en personas provenientes de familias desintegradas, alcanzó un Odd Ratio de 10. (Tabla 3)

Tabla 3: Suicidio y desintegración Familiar: Disolución de la unión conyugal-desintegración del grupo familiar primario. Estado Bolívar, 2001.

	Suicidio	Controles
Expuesto	36	24
No expuesto	2	14
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>

- ✓ Frecuencia de Exposición = 94,73 (Suicidio)
  - ✓ Frecuencia de Exposición = 63,16 (Accidentes de Tránsito)
- DR = 10,5

En cuanto a la asociación entre suicidio y la existencia de enfermedades previas físicas y mentales, se obtuvo una Odd Ratio o Razón de Discrepancia de 2.

## DISCUSIÓN

La situación de salud de cada grupo en la sociedad se articula con sus condiciones de vida y con los procesos

que la transforman. Cada familia tiene un estilo de vida que se relaciona con sus características biológicas, su medio ambiente, sus hábitos, normas y valores, así como con su nivel educativo y formas de participación en la distribución de bienes y servicios. El suicidio y los Intentos de suicidio ocurren en una variedad de escenarios y es necesario una comprensión más completa de los factores determinantes y el significado práctico del suicidio e intento de suicidio como problema de salud pública y como indicador de la calidad de los entornos sociales, pues un enfoque estrecho, limitado a indicadores epidemiológicos, y a la psicopatología, pueden oscurecer los factores sociales y dar lugar a programas que no atacan las verdaderas causas del problema.

Para Nucette (1995), los Suicidios e Intentos de suicidio están íntimamente unidos a la desesperación, entendida como la carencia de interés en el futuro y señala que lo que distingue al intento de suicidio del suicidio, es el hecho de que en éste la muerte es la finalidad, mientras que en el primero, la muerte es un medio para obtener un tipo peculiar de relación humana. En nuestra investigación encontramos que la relación entre estos eventos es de tres intentos de suicidio por cada suicidio en la población general.

En cuanto a género, se encontró un riesgo mayor en el sexo masculino con una tasa de 10,40 x 100.000 hab. Con respecto al sexo femenino de 2,10 x 100.000 habitantes. Al respecto, Conquista (1984), señala que existe una mayor determinación del hombre cuando decide atentar contra su vida en contraposición al deseo de llamar la atención por parte de la mujer. Malavé, (1993 a) afirma que en el sexo masculino existe predisposición individual a la conducta suicida, muchas veces derivada de sus responsabilidades como jefe de familia, que al enfrentar problemas optan por terminar con su vida.

En este estudio el 30,7% de las personas que consumaron el suicidio padecían enfermedades crónicas, coincidiendo con los hallazgos de Malavé (1993 b) quien sostiene que en las personas que se suicidan son comunes la mala salud física y las hospitalizaciones frecuentes. Por otra parte demostró la relación entre enfermedades crónicas y suicidio, con un riesgo 5 a 7 veces mayor.

En el análisis de la *fuerza de asociación* entre la exposición de las variables estudiadas y el efecto, debe señalarse que no hubo diferencias entre los fallecidos por suicidio y los Controles con diagnóstico de intento de suicidio.

Los factores de riesgo investigados: nivel Socioeconómico, desintegración social y enfermedades previas, estuvieron igualmente presentes en los Suicidios e Intentos de suicidio, así, la Odd Ratio o razón de los productos cruzados fue igual a 1. No se encontró diferencias en cuanto a la frecuencia de exposición de los factores de riesgo estudiados en Suicidios en relación a Intentos de suicidio.

Al establecer la relación del suicidio y el nivel Socioeconómico, entre el grupo de fallecidos por esta causa y el grupo de fallecidos por Accidentes de Tránsito, la frecuencia de exposición en los primeros fue de 81,60 y en los Controles de 52,63. Estos hallazgos indican, que existe una diferencia que puede o no ser causal. Para demostrar la significancia estadística se calculó el  $X^2 = 7,11 > X^2 (\text{crítico}) = 3,8$ . con un 95% de certeza el resultado es significativo ( $P > 0,05$ ).

Este resultado rechaza la hipótesis que establece que no existe relación significativa entre las muertes por suicidio y el nivel Socioeconómico bajo y marginal. La Odd Ratio o razón de los productos cruzados determinó la probabilidad cuatro veces mayor de suicidio en individuos pertenecientes a los Niveles Socioeconómicos IV y V.

Según Evans (1994), un riesgo relativo u Odd Ratio mayor de 2,6 se interpreta como un riesgo muy fuerte que hace suponer que evidentemente el bajo nivel socioeconómico se encuentra asociado con la ocurrencia del suicidio.

La proporción de riesgo atribuible fue de 61% y se relaciona con la frustración que una sociedad inequitativa produce en la población impidiendo la satisfacción de las metas de acuerdo a lo que el sistema social plantea.

En la población estudiada, el 47,36% de los Suicidios ocurrió por problemas en la pareja, en las que hubo separación motivada a infidelidad y violencia física y verbal. En el 46,8% apareció como causa la disfunción del grupo familiar primario, caracterizado por conflictividad permanente entre hijos y padres, castigo y falta de apoyo. La variable desintegración Familiar evidenció que las personas en cuyos hogares prevalece un clima de conflictividad permanente, no existe comunicación ni apoyo en las circunstancias difíciles y además hay problemas de desconfianza e infidelidad; tienen 10 veces mayor riesgo de suicidarse.

Este resultado se relaciona con la afirmación de Rodríguez, F. (1999), sobre la pérdida de la capacidad de socializar los conflictos compartiéndolos con el grupo primario; la vida moderna es un simulacro, guardándose apariencias para demostrar que se es feliz. En este estudio se encontró que los problemas pasionales ocuparon el primer lugar en los conflictos de pareja con mayor riesgo en el sexo masculino. Los desaciertos en la vida pasional se han convertido en la expresión más auténtica del fracaso social.

En este estudio al investigar la asociación entre suicidio y la existencia de enfermedades previas de tipo psiquiátrico, encontramos que más de la mitad de las personas fallecidas por suicidio presentaron síntomas depresivos.

La Odd Ratio determinó que las personas con trastornos afectivos y de la personalidad, tiene dos veces más probabilidad de fallecer por suicidio.

## CONCLUSIONES

De los resultados del presente estudio concluimos que los Suicidios e Intentos de suicidio constituyen un grave problema de salud pública en el Estado Bolívar, encontrándose asociados con los estratos socioeconómicos bajo y marginal y el riesgo de que ellos se produzcan, se incrementó cuando las personas provienen de familias desintegradas. Se encontró correlación de las variables desintegración social, nivel socioeconómico y enfermedades previas físicas y mentales con suicidio e intento de suicidio, a través de las metodologías cuantitativa y cualitativa (Casos y Controles – Entrevista individual a profundidad).

En cuanto a la frecuencia de exposición de los factores de Riesgos Estudiados, no hubo diferencias entre pacientes con diagnóstico de intento de suicidio y aquellos que consumaron la Autoagresión con desenlace mortal.

## AGRADECIMIENTO

Los autores expresan su agradecimiento al Consejo de Investigación de la U.D.O. y a la Coordinadora de la Comisión de Investigación del Núcleo Bolívar, por su apoyo y financiamiento de esta investigación. De igual forma a los familiares y pacientes, sin cuya colaboración no hubiese sido posible este estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ, M.; MARTÍNEZ, H. 2000 "El Desafío de la Pobreza". Fundación Social y Confederación Colombiana de ONG. Siglo del Hombre. Editores 2000. Colombia, pp: 184-206.
- CASTELLANOS, P.L. 1998. Determinantes sociales de la situación de Salud de las poblaciones. División de Salud y Desarrollo OPS/OMS. Washington, D.C. p: 27.
- CONQUISTA, N. 1999. factores Psicosociales y Ambientales en Adolescentes con intento de suicidio. Cd. Bolívar. Congreso Científico. Universidad de Oriente. Venezuela, pp: 98.
- DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L. 1997 Salud Mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. OPS/OMS. Washington, D.C., pp 95-97.
- EVANS, R; ALBORNOZ, R. 1994. Principios de Epidemiología Moderna. Imprenta U.C.V. Venezuela, pp: 96-126.
- LONDOÑO, F.G. 2000. Estudio de Casos y Controles. Metodología de la Investigación Epidemiológica. Edit. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, pp: 217.
- MALAVÉ, P. 1993. Estudio de Suicidios y Homicidios. Estado Bolívar. V Congreso de Epidemiología. Venezuela, pp. 149.
- MÉNDEZ CASTELLANO, H 1982. Método de Graffar modificado para Venezuela. Manual de Procedimiento del área de la Familia. FUNDACRESA. Pp. 290
- NIGENGA, G.; LANGER, A. 1995. Métodos Cualitativos para la Investigación en salud pública. INSP. México. pp: 149.
- NUCETTE, E. 1995 Intentos de suicidio. Publicación auspiciada por el Rectorado de Universidad del Zulia. Astro Data, S.A., pp: 208.
- OSPINA, M,B.; RESTREPO, C. 1999. La investigación cuantitativa, frente a la Investigación cualitativa. Centro Editorial Javeriano. p: 361-362.
- RODRÍGUEZ, P.F.; SIERRA, A. 1994. El Método Epidemiológico en salud Mental. Masson, S.A. España, pp: 45-49.
- RODRÍGUEZ, F. 1996. Alineación Ideología y poder en salud. Ediciones Samper. Venezuela, pp: 3-89.
- RODRÍGUEZ, F. 1999 a. "Descomposición Social y Violencia". Ediciones Samper, Venezuela, pp: 14.
- RODRÍGUEZ, F. 1999 b. "suicidio y Crisis Social". IV congreso Científico. Universidad de Oriente. Cumaná, pp: 14.
- SÁEZ, G.I. 1993. La Crisis, el adolescente y la sociedad. Médico de Familia. Vol. 3 N° 1 pp. 29.
- SAMAJA, J. 1995. Epistemología y Metodología. Elementos para una Teoría de la investigación científica. (EUDEBA) Edición Ampliada (Editorial Universitaria de Buenos Aires)..pp: 235.