



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

VIGILADA MINEDUCACIÓN

**FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN MUJERES ADULTAS
VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN BOGOTÁ, MEDELLÍN Y
BUENAVENTURA, AÑO 2016**

INVESTIGADORAS

**NATALIA JUNCA JUNCA
MYRIAM TATIANA MEDINA BERNAL
MARÍA MÓNICA RANGEL GUTIÉRREZ**

ASESORA

DRA. GLORIA MARÍA SIERRA HINCAPIE

**UNIVERSIDAD CES
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSTGRADOS EN EPIDEMIOLOGÍA
MEDELLÍN
2020**

La Universidad del Rosario y la Universidad CES no se hacen responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2. JUSTIFICACIÓN	15
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1. DEFINICIONES DE CONDUCTA SUICIDA.....	17
2.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA	17
2.3. FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	20
2.4. DESPLAZAMIENTO FORZADO	21
2.4.1. CONTEXTO GENERAL DE TRES CIUDADES ENFRENTADAS AL DESPLAZAMIENTO.....	24
2.5. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO	25
3. HIPÓTESIS.....	30
4. OBJETIVOS	31
4.1. OBJETIVO GENERAL	31
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31

5. METODOLOGÍA	32
5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO.....	32
5.2. TIPO DE ESTUDIO	32
5.3. POBLACIÓN.....	32
5.3.1. POBLACIÓN DE REFERENCIA.....	32
5.3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	32
5.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
5.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	33
5.4. DISEÑO MUESTRAL.....	33
5.4.3. MUESTREO	33
5.4.4. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA	33
5.4.5. SELECCIÓN DE LAS UNIDADES FINALES DE LA MUESTRA	34
5.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	34
5.5.3. VARIABLES DE INTERÉS.....	34
5.5.4. DIAGRAMA DE VARIABLES	35
5.5.5. TABLA DE VARIABLES.....	35
5.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN	35
5.6.3. FUENTE DE INFORMACIÓN.....	35

5.6.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	36
5.6.5. INSTRUMENTO	36
5.7. PRUEBA PILOTO	37
5.8. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	38
5.8.3. SESGO DE SELECCIÓN.....	38
5.8.4. SESGO DE INFORMACIÓN.....	38
5.8.5. SESGO DE CONFUSIÓN:.....	39
5.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	40
5.9.3. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO	40
5.9.4. PLAN DE ANÁLISIS	40
5.10. PLAN DE DIVULGACIÓN DE RESULTADOS	45
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
7. RESULTADOS.....	48
7.3. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	48
7.4. VARIABLES RELACIONADAS CON EL DESPLAZAMIENTO	50
7.5. TRASTORNOS MENTALES EN LA VIDA.....	51
7.6. TRASTORNOS MENTALES EN EL ÚLTIMO AÑO	52
7.7. CONDUCTA SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.	52

7.8. ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS, DE DESPLAZAMIENTO Y TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	53
7.9. VARIABLES QUE EXPLICAN LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO	58
8. DISCUSIÓN.....	60
9. LIMITACIONES.....	66
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
12. ANEXOS	76

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.	49
TABLA 2. HECHOS VICTIMIZANTES EN ÚLTIMO AÑO	51
TABLA 3. TRASTORNOS MENTALES	52
TABLA 4. ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONDUCTA SUICIDA EN EL ÚLTIMO AÑO DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN TRES CIUDADES DE COLOMBIA, 2016.	54
TABLA 5. ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL DESPLAZAMIENTO Y CONDUCTA SUICIDA EN EL ÚLTIMO AÑO DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN TRES CIUDADES DE COLOMBIA, 2016.	55
TABLA 6. ASOCIACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTA SUICIDA EN EL ÚLTIMO AÑO DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN TRES CIUDADES DE COLOMBIA, 2016.	57
TABLA 7. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIADA	58
TABLA 8. RESULTADOS DE RP AJUSTADOS SEGÚN FÓRMULA DE MIETTINEN	59

LISTA DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. LUGAR DE RESIDENCIA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	48
GRÁFICA 2. NECESIDADES EN LA ATENCIÓN EN SALUD	50
GRÁFICA 3. AÑOS EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO	50
GRÁFICA 4. TIPO DE EVENTOS DE CONDUCTA SUICIDA	53

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. TABLA DE VARIABLES	76
ANEXO 2. CARTA DE SOLICITUD DE USO Y MANEJO DE BASE DE DATOS	80
ANEXO 3. CARTA DE RESPUESTA AL USO Y MANEJO DE LA BASE DE DATOS	81
ANEXO 4. CARTA DE COMUNICACIÓN DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	82
ANEXO 5. CARTA DE COMUNICACIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN HUMANOS UNIVERSIDAD CES.	83

RESUMEN

Introducción La conducta suicida comprende varias manifestaciones de violencia autoinfligida que se diferencian en la intencionalidad y el desenlace. Hacen parte de esta conducta: la ideación, la planeación, el intento y finalmente el suicidio. Diversos factores en diferentes niveles de análisis se encuentran asociados. Los intentos de suicidio previos son reconocidos como el factor de riesgo más significativo para el suicidio consumado. Existe una preocupación por el impacto que genera la conducta suicida para el individuo, su familia y la comunidad, así como para los sistemas de salud, llevando a cuestionar la causa que precipita su presencia y la efectividad de los métodos de prevención. Las estadísticas sobre el suicidio a nivel mundial permiten evidenciar que continúa siendo un evento lentamente progresivo y que existen poblaciones con mayores tasas de afectación, con una diversidad de factores involucrados. En Colombia, la violencia por el conflicto armado ha dejado secuelas relacionadas con condiciones adversas desde el punto de vista económico y social lo que genera una situación de vulnerabilidad. La población víctima de desplazamiento forzado, en particular las mujeres, presentan múltiples factores de riesgo para la conducta suicida que requieren ser identificados y atendidos de manera oportuna y prioritaria.

Objetivo Determinar los factores sociodemográficos, trastornos mentales y hechos victimizantes asociados a la conducta suicida en mujeres víctimas de desplazamiento de Bogotá, Medellín y Buenaventura en el año 2016, con el fin de aportar evidencia para el desarrollo de estrategias en las redes de atención en salud.

Métodos Estudio observacional, transversal, con fuente de información secundaria proveniente de la base de datos del estudio “Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura”, de la Universidad CES. Se realizó un análisis inicial para cada una de las variables de interés mediante frecuencias, proporciones y razones para las variables cualitativas empleadas. Después se analizó la asociación de cada una de las variables con el evento de interés correspondiente a conducta suicida en el último año con el estadístico de Chi cuadrado. Finalmente se realizó un modelo matemático de regresión logística binaria para determinar las variables que explicaban la conducta suicida en la población de interés.

Resultados: El modelo de regresión logística binaria reportó que la conducta suicida en Medellín se presenta con mayor fuerza, con una razón de prevalencia (RP) de 4,82 comparado con Buenaventura, también se pudo observar que el trastorno mental que sobresalió en el modelo fue la depresión mayor en el último año con una RP de 1,86 en relación con las mujeres sin este trastorno y el hecho victimizante que más influyó en el modelo fue ser víctima de delitos contra la libertad (RP de 2,76).

Palabras Claves: Desplazamiento forzado, mujeres, conducta suicida, hechos victimizantes, trastornos mentales, depresión.

ABSTRACT

Introduction: Suicidal behavior embraces several manifestations of self-directed violence that differ in the intentionality and the outcome. Ideation, planning, attempt and finally, suicide, are part of this behavior. Several factors at different levels of analysis are associated. Previous suicide attempts are recognized as the most significant risk factor for completed suicide. Currently there is a concern about the impact that suicidal behavior generates for the individual, the family and the community, as well as for health systems, leading to question the cause that precipitates its presence and the effectiveness of prevention methods. The statistics on suicide worldwide show that it continues to be a slowly progressive event and that there are populations with higher rates of affectation, with a variety of factors involved. In Colombia, the violence caused by the armed conflict has left consequences related to adverse conditions from the economic and social point of view, which generates a situation of vulnerability. The population victim of forced displacement, particularly women, present multiple risk factors for suicidal behavior that need to be identified and treated in a timely and priority manner.

Objective: To determine the sociodemographic factors, mental disorders and victimization events that are associated with suicidal behavior in women victims of displacement from Bogotá, Medellín and Buenaventura in 2016, in order to provide evidence for the development of strategies in health care networks.

Methods: This is an observational, cross-sectional study, with a secondary source of information from the database of the study “Mental health in victims of forced displacement due to violence in Colombia. The case of Bogota, Medellin and Buenaventura”, from the Universidad CES. An initial analysis was carried out for each of the qualitative variables of interest used by means of frequencies, proportions, and reasons. Afterwards, the association of each of the variables with the event of interest corresponding to suicidal behavior in the last year was analyzed with the Chi-square statistic. Finally, a binary logistic regression model was constructed to identify the variables that explained suicidal behavior in the population of interest.

Results: The binary logistic regression model reported that suicidal behavior in Medellín is stronger, with a prevalence ratio (PR) of 4.82 compared to Buenaventura, it was also observed that the mental disorder that stood out in the model was the major depression in the last year with a PR of 1.86 in relation to women without this disorder and the victimizing fact that most influenced the model was being a victim of crimes against liberty (PR of 2.76).

Key Words: Human migration, women, suicidal behavior, crime victims, mental disorders, depression.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un evento de salud pública significativo por su alto impacto en poblaciones marginadas de la sociedad. De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio representa la segunda causa principal de muerte entre los 15 a 29 años, con una pérdida anual aproximada de 800.000 vidas, sin discriminar entre países de ingresos bajos, medianos y altos y se considera que por cada persona que se suicida hay más de veinte que lo intentan (1). La meta mundial según el Plan de Acción de Salud Mental 2013 - 2020 es para final del periodo, reducir la tasa de suicidio a un 10 % en todos los países, por lo que se insta a los gobiernos a establecer estrategias multisectoriales de prevención (1,2). En las Américas los datos de mortalidad por suicidio se describen como “irregulares”, en relación con factores como el subregistro y la clasificación errónea, sin embargo, para el periodo 2005-2009 se calculó una tasa justada por edad de 7,3 por 100.000 habitantes (3).

La conducta suicida no representa un diagnóstico como tal, su clasificación es muy amplia y está conformada principalmente por ideación suicida, plan suicida, intento suicida y suicidio; al igual que la violencia, es un evento en salud pública que tampoco tiene una causa directa, el factor de riesgo más significativo es el intento de suicidio previo (4). Se considera que aproximadamente el 80 % de las personas avisan de su intención y el 50 % mencionan abiertamente su deseo de morir; intervienen en su presencia factores sociales, culturales, económicos e individuales, los cuales, aumentan su prevalencia y letalidad (2). Otro factor de riesgo que es importante mencionar corresponde a los trastornos mentales, pues en algunos estudios muestran una asociación hasta del 90 % lo que los hace de gran interés en salud pública, aunque existen muchos factores metodológicos que podrían influir en este dato (5).

En cuanto a la violencia como factor de riesgo, dadas sus diferentes categorías y subcategorías, puede ejercer su influencia con diversidad de formas, siendo la violencia interpersonal la categoría más prevalente para conducta suicida, representa un alto riesgo principalmente en los países de bajos y medianos ingresos, en el que sobresale Colombia, a causa de la crisis humanitaria que ha sufrido durante las últimas cinco décadas, por el accionar de grupos armados al margen de la ley, el narcotráfico, la crisis económica, política, social y la disputa de territorios ocasionando el desplazamiento de personas del área rural. En el año 2013 se presentaron múltiples desplazamientos tanto de carácter masivo como múltiple. Los departamentos con mayor número de personas por desplazamiento múltiple fueron: Cauca (8.275), Valle del Cauca (5.361), Nariño (5.168), Antioquia (4.206), Chocó (2.685) y Córdoba (1.133) (6). El desplazamiento forzado por la violencia en Colombia, en la última década ha presentado un flujo migratorio rural-urbano

significativo; para el 2014, la población rural disminuyó al 20.9%, esto representa gran proporción de personas que migraron al área urbana en su mayoría; esta población se caracteriza por bajo nivel educativo y pobreza, pero lo que se pretende resaltar son las consecuencias en salud mental que en su mayoría son psicosociales y no psicopatológicos, ya que presentan diferentes eventos traumáticos como es la separación de sus familias y sus comunidades, pérdida de identidad cultural, expropiación de la vivienda, dificultades en el acceso a educación, salud, alimentación, trabajo y vivienda digna, en algunos casos secuelas de discapacidad física que le deja la violencia y los trastornos mentales asociados, siendo todos estos factores detonantes para la presencia del evento en interés, por esta razón se considera una población altamente vulnerable (7).

Existen estudios en Colombia que nos permiten conocer la prevalencia de conducta suicida en poblaciones vulnerables, como el que llevó a cabo la Universidad CES de Medellín, sobre las víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en el 2016, en el cual se encontró que un poco más de la quinta parte de la población (21,25 %) manifestó haber pensado en suicidarse alguna vez en su vida, de los cuales el 38,3 % había realizado un plan para llevarlo a cabo y el 44,1 % intentó suicidarse al menos una vez; las mujeres tuvieron una prevalencia para ideación suicida de 9%, planeación suicida de 4,8% e intento suicida de 3,95% doblando las cifras de prevalencia en hombres, lo que indicaba que el 50% de las mujeres que manifestó haber tenido ideas suicidas, pensaron en un plan para suicidarse (8).

La vigilancia obligatoria a nivel nacional del intento de suicidio a través del SIVIGILA, a partir del 2016, podría explicar el aumento significativo y alarmante de la notificación de eventos de conducta suicida en los últimos años; el número de personas atendidas con el diagnóstico de lesiones autoinfligidas intencionalmente (Códigos CIE 10 X60 a X84) del 2009 a 2017, fue de 8.036 casos por año, con una tasa de 0.9 por 100.000 habitantes para el 2009, que pasó a 52,4 por 100.000 habitantes para el 2017, de los cuales, el 44,7% de los suicidios se dio en personas de 20 a 39 años, lo que resultó en una pérdida de años productivos perdidos, impactando directamente a la familia y también a la sociedad. Todos estos datos divergen de las metas estipuladas para el 2020. El mecanismo más frecuente de intento de suicidio para el 2017 fueron las intoxicaciones con 68,7 % de los casos, seguido del uso de arma cortopunzante en el 20 %, ahorcamiento en el 5,7 % y lanzamiento al vacío con un 3 %, sin embargo, esto puede variar por región y sexo principalmente. Existen vacíos en la literatura sobre los factores individuales, familiares, socioculturales y socioeconómicos asociados a la conducta suicida en poblaciones altamente vulnerables, a pesar de que la OMS ha brindado algunas recomendaciones entre las que se incluyen identificación temprana y atención oportuna a personas con problemas de salud mental, abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo; capacitación del personal de salud no especializado, restricción de acceso a los medios de autolesión

comúnmente usados e información responsable por parte de los medios de comunicación (4).

Los estudios hasta ahora publicados permiten conocer la situación actual, la manera de abordar este evento y proponer estrategias preventivas, que requieren de la colaboración de la familia, la sociedad, el sistema de salud, los medios de comunicación y el estado, sin embargo, las estrategias universales, selectivas e indicadas actualmente estandarizadas en Colombia enfocan su atención en los factores de riesgo y en los factores protectores, que pueden ejercer su influencia en el evento, en población general y no en la población de interés (7). Esta problemática ha sido incluida en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, y es uno de los eventos prioritarios para la vigilancia e intervención en salud pública en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 1616 de 2013) (9). La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, encontró que el evento más frecuente dentro de la conducta suicida es la ideación, con una frecuencia de 6,6%, seguido del intento de suicidio, con 2,6% y del plan suicida, con 1,8%; el intento de suicidio tuvo un aumento significativo del 47% del 2016 al 2017 y el 32,1% de la población presentó intentos previos, por esto la importancia del seguimiento de los casos. Las mujeres representan otra población vulnerable que requiere de atención ya que se evidencia con mayor frecuencia en razón de dos mujeres por cada hombre (10).

Una causa importante de la morbilidad de los eventos de conducta suicida se debe a la estigmatización que generan, lo que lleva a la demora en la búsqueda o la obtención de una atención médica oportuna en algunas poblaciones, además de creencias erróneas sobre su naturaleza y en otras ocasiones, el manejo inadecuado, lo cual se relaciona con la falta de conocimiento sobre el diagnóstico y el tratamiento. Por lo anterior, se hace necesario contar con evidencia científica que promueva una atención integral de las mujeres víctimas de desplazamiento forzado teniendo en cuenta las circunstancias específicas del contexto colombiano, lo cual requiere de un abordaje intersectorial para el desarrollo y actualización de las guías nacionales adaptadas al contexto nacional de violencia y conflicto armado, dirigido a la reducción significativa de la conducta suicida, lo cual debe involucrar equipos multidisciplinarios locales que conozcan las particularidades de las poblaciones en riesgo como las que se pretenden estudiar en esta investigación y tengan claro conocimiento de las barreras hasta ahora presentes que han impedido alcanzar los objetivos propuestos de acuerdo con las últimas guías implementadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (11).

1.2. JUSTIFICACIÓN

La violencia en Colombia ha dejado heridas no solo físicas sino psicológicas que afectan directa o indirectamente la calidad de vida de las personas; existen poblaciones específicas que se han visto afectadas por el desplazamiento forzado, generando traumas a nivel emocional que pueden manifestarse a través de eventos de conducta suicida (12). El impacto del desplazamiento forzado es mucho mayor en las mujeres que en los hombres, lo que ha sido reconocido por diversas instancias internacionales garantes de los derechos humanos y ratificado por la Corte Constitucional, se basa en la exacerbación y profundización de circunstancias de “discriminación, exclusión y violencia de género preexistentes” (Auto 092/08) (13); Se materializa cuando por una parte expone a las mujeres a riesgos específicos que son causa de desplazamiento, entre los cuales se cuentan las diversas manifestaciones de la violencia sexual, la servidumbre doméstica, el reclutamiento forzado de los hijos, el asesinato del proveedor económico y la desintegración familiar, además de discriminación étnica, despojo de sus tierras y patrimonio, persecución y asesinato, entre otros; por otra parte, como víctimas que sobreviven, las mujeres se ven obligadas a asumir cargas materiales y psicológicas excesivas y se exponen a contextos de pobreza y marginación económica en los sitios de llegada.

Fue reconocido por la Corte Constitucional, (Auto 092/08) que una de las falencias a nivel oficial, es la carencia de instrumentos conceptuales específicos que den cuenta de los distintos tipos de violencia a los que se enfrentan las mujeres, así como del impacto de género desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, lo que genera una invisibilidad del problema que limita la respuesta del sector público dirigida a la prevención del desplazamiento y la mitigación de su impacto en la vida de las mujeres. En ese sentido, en la misma providencia, se analizó la necesidad perentoria de brindar atención y acompañamiento psicosocial a las mujeres para la superación de los traumas, la reconstrucción de sus vidas y la adaptación a los nuevos entornos (13).

La población de estudio se encuentra incluida en uno de los componentes de la tercera dimensión del Plan Decenal (2012 – 2021): “Dimensión convivencia social y salud mental”, que dentro de su definición expresa: “Se consideran de especial atención aquellos estados de alto impacto, costo emocional, económico y social sobre los individuos, familias y comunidades, que requieren intervención prioritaria por parte del Estado y la sociedad en su conjunto y los procesos articulados de servicios transectoriales, dirigidos a individuos, familias y colectivos, que buscan prevenir, mitigar y superar los daños e impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación, generados a los sobrevivientes, víctimas, familias y comunidades por las graves violaciones de Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el contexto del conflicto armado colombiano” (9).

Aunque se tiene un avance en el reconocimiento de las necesidades de atención integral de la salud mental de poblaciones vulnerables, el Estado presenta falencias para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos en esta materia, con limitaciones para atender efectivamente a las víctimas del conflicto armado interno y sobre todo prevenir los factores de riesgo; como se analizó en el documento de Propuesta de Ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia, el país continúa enfrentado al reto de establecer servicios de salud mental y psicosocial que den respuesta oportuna y pertinente a las demandas de una ciudadanía con diversidad identitaria en territorios reconfigurados por la guerra (14). En poblaciones que se ven enfrentadas a diversos contextos de daño y sufrimiento que se traducen en una multiplicidad de factores de riesgo, como ocurre en las víctimas de desplazamiento forzado por el conflicto armado y en particular para las mujeres sobrevivientes, es fundamental que se realicen estudios que permitan visibilizar las profundas huellas que deja la violencia en su salud mental y su probable relación con la conducta suicida. Se pretende entonces demostrar a mayor profundidad la relación existente entre la conducta suicida y los factores sociodemográficos, las condiciones de salud mental, específicamente los trastornos mentales como la depresión, el estrés postraumático, entre otros, además de los hechos victimizantes reconocidos por las propias víctimas, bajo la hipótesis de que todos estos factores influyen en diferente proporción en la expresión y severidad de la conducta suicida, lo que permitiría generar evidencia científica actualizada que dé cuenta de aquellas condiciones o características que deben atenderse prioritariamente para atenuar el impacto psicosocial no solo para la víctima, sino también para su familia y la sociedad (14).

Con los resultados de este estudio se espera dar a conocer la magnitud del problema del desplazamiento y su impacto en la salud mental y el bienestar psicosocial, como un punto de partida para generar sensibilización pública y mediática que inste a los diversos sectores del gobierno a establecer estrategias locales de prevención del desplazamiento, brindando garantías de protección a las mujeres que se encuentran en contextos de riesgo, así como acompañamiento para el retorno seguro a sus territorios. Adicionalmente se pretende que la evidencia científica generada promueva el desarrollo de programas intersectoriales de atención en salud mental, en los que intervengan los sectores de salud, educación, empleo, bienestar social y justicia, que impliquen la administración de estrategias de atención integral, basada en redes y agentes sociales y de salud, con un reconocimiento de la diversidad étnica y cultural, así como un enfoque diferencial de género (1,2).

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos, los trastornos mentales, los hechos victimizantes y la conducta suicida de mujeres en situación de desplazamiento en Bogotá, Medellín y Buenaventura en el año 2016?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICIONES DE CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida corresponde a un grupo de comportamientos secuenciales que van desde la ideación suicida, alcanzando la planeación, hasta llegar al intento de suicidio y el suicidio consumado. Las definiciones propuestas por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades en 2011 incluyen estos comportamientos dentro de una categoría más amplia denominada violencia autoinfligida en la cual se distinguen dos tipos de eventos deliberadamente lesivos hacia la persona, los que a su vez se diferencian en que unos tienen intención suicida y los otros no. Los de intención suicida se subdividen en fatales y no fatales, es decir suicidio propiamente dicho entendido como el fallecimiento que ocurre como resultado de una acción lesiva que ejerce un individuo hacia sí mismo con la finalidad de morir y el intento de suicidio en el que la intención es la misma pero el desenlace no es la muerte aunque puede resultar o no en un daño, lo cual está precedido por los actos preparatorios que involucran los pensamientos, la verbalización y la disposición a auto infligirse un daño (15). Otra clasificación basada en el espectro de severidad considera la separación entre ideación pasiva que hace referencia a los pensamientos de muerte sin preparación para su ejecución y la ideación activa en la que intervienen pensamientos que se dirigen a la organización de un plan que parte de la identificación de un método y que reviste mayor importancia clínica porque se relaciona con un alto riesgo de intento de suicidio en los 12 meses siguientes (16).

La conducta suicida no corresponde a un diagnóstico en sí mismo, se trata de diversas manifestaciones de diferentes trastornos emocionales o mentales, que puede ser mejor entendida como un proceso en el que se presentan los eventos de forma secuencial. Como primer componente se tiene la **ideación suicida**, que comprende todo un conjunto de pensamientos a través de los cuales se expresa el deseo de morir; se continúa con el **plan suicida** que implica adicionalmente una programación de un acto futuro mediante la identificación de un método, un lugar, un momento para llevarlo a cabo; posteriormente, el **intento de suicidio** es la ejecución del plan previo, definido como la conducta potencialmente lesiva sin resultado fatal y por último el **suicidio** que significa la muerte autoinfligida resultante del uso de distintos métodos teniendo como evidencia la intención de provocar el deceso propio, siendo estos dos últimos eventos, objetos de vigilancia epidemiológica en Colombia (4,17).

2.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA

De acuerdo con el informe de prevención del suicidio publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2012 se estimó que ocurrieron 804.000 muertes por suicidio a nivel mundial, lo que representaba una tasa global anual estandarizada por edad de 11.4

por 100.000 personas. Teniendo como limitante principal las diferencias en el registro de las estadísticas de mortalidad, así como la calidad de la información relacionada con el suicidio, las estimaciones indicaron que el 75% de todos los suicidios ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos y a nivel regional se presentaba una significativa diferencia, considerando por ejemplo que en las Américas la tasa de suicidio estandarizada por edad fue de 6.1 por 100.000 en comparación con una tasa de 17.7 por 100.000 en Asia Sudoriental, en donde ocurrieron el 39% de los suicidios globales (1).

Las tasas de suicidio por sexo tuvieron también significativas variaciones según la región; mientras en los países de altos ingresos la razón de las tasas estandarizadas de suicidio por edad entre hombres y mujeres fue de 3.5, en los países de bajos y medianos ingresos fue de 1.6; en los extremos se encontraban la región del Pacífico Occidental con la más baja relación entre tasas de suicidio hombre-mujer que llegaba a 0.9 y Europa con la mayor diferencia, alcanzando 4.1 (1).

Teniendo en cuenta la edad, en todas las regiones las tasas de suicidio fueron más altas en personas mayores de 70 años (hombres y mujeres) y más bajas en personas menores de 15 años, con marcadas diferencias entre países. En los países de bajos y medianos ingresos las tasas de suicidio fueron mayores en adultos jóvenes y en mujeres respecto de los mismos grupos de edad en los países de altos ingresos, en donde quienes presentaron las tasas más altas de suicidio fueron los hombres de mediana edad (1).

De acuerdo con el análisis de las muertes intencionales, incluyendo la violencia interpersonal, el conflicto armado y el suicidio, ésta última causa representaba el 56% de las muertes violentas a nivel mundial, de las cuales 50% ocurrió en hombres y 71% en mujeres. En los países de bajos y medianos ingresos, el 70% de las muertes violentas en mujeres y el 44% de las muertes violentas en hombres se deben al suicidio mientras que en los países de altos ingresos el suicidio corresponde al 81% de las muertes violentas tanto en mujeres como en hombres (1).

Según estimaciones derivadas del estudio de carga global de enfermedad del año 2016, a nivel mundial las muertes por suicidio aumentaron 6.7% entre 1990 y 2016, sin embargo, se presentó una disminución en la tasa de suicidio estandarizada por edad en el mismo periodo pues pasó de 16.6 muertes por 100.000 en 1990 a 11.2 muertes por 100.000 en 2016. La tasa estandarizada de años perdidos por suicidio a nivel mundial disminuyó de 696.6 por 100.000 en 1990 a 458.4 por 100.000 en 2016 lo que representa un descenso de 34.2%. El suicidio fue una de las diez principales causas de años perdidos estandarizados por edad en Europa del Este, Australasia, Europa central, Europa occidental, Norteamérica de altos ingresos, Sudamérica y Asia central. Globalmente, el descenso en las tasas estandarizadas de suicidio por edad fue mayor en las mujeres que en los hombres. Las tasas más bajas de mortalidad por suicidio para las mujeres respecto de las de los hombres

se presentaron en las regiones de Europa oriental (0.17) y central (0.18), en las subregiones de América Latina central (0.19), del Sur (0.21) y Tropical (0.21). Aunque la disminución de la mortalidad por suicidio fue significativa durante el periodo analizado (1990 - 2016), las tendencias evidenciaron que sólo el 3% de 118 países lograrían alcanzar una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir la mortalidad por suicidio en un tercio entre 2015 y 2030 (18).

Información disponible en la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015 (ENSM 2015) indica que los países de América que reportan las tasas de suicidio por 100.000 habitantes más altas son Estados Unidos, Cuba y Argentina (10).

En Colombia en el año 2016, los departamentos con las tasas de suicidio por 100.000 habitantes más altas eran Vaupés (12.21), Arauca (11.67) y Putumayo (9.22). En el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, así como en los departamentos de Chocó y Vichada se presentaron las tasas de suicidio por 100.000 habitantes más bajas siendo respectivamente de 0.95, 2.11 y 2.16 (4).

En la ENSM 2015 se menciona además un estudio realizado en Colombia mediante la revisión de los certificados de defunción durante 23 años, lo cual evidenció que las tasas de suicidio fueron aproximadamente tres veces mayores en hombres que en mujeres; las tasas de suicidio más altas en hombres se presentaron en el grupo mayor de 60 años y en las mujeres en el grupo de 15 a 24 años (10). En el año 2017, el 44.7% de los suicidios ocurrió en personas de 20 a 39 años (4). En el informe de Forensis del año 2018 se identificó que el suicidio fue consumado en una relación de 4.6 hombres por cada mujer (19).

El análisis de la información relacionada con el intento de suicidio, evento bajo vigilancia epidemiológica en Colombia desde el año 2016, reveló que en el año 2018 la incidencia fue de 56.8 casos por 100.000 habitantes a nivel nacional, lo cual demuestra un incremento en relación con la incidencia calculada para el año 2017, que alcanzó 52.3 por 100.000 habitantes. Los cinco departamentos con incidencias superiores a la nacional fueron Vaupés, Caldas, Quindío, Putumayo y Risaralda (20).

El 63.6% de los casos de intento de suicidio en el año 2018 fueron presentados por mujeres y el 36.4% por hombres. Los grupos de edades entre los 10 y los 29 años representaron el 73.5% de los casos. En el 80.5% de los casos procedían de las cabeceras municipales y los grupos poblacionales que tuvieron un mayor porcentaje de casos fueron población de centros psiquiátricos (2.5%), prisioneros (1.2%), gestantes (1.0%) y desplazados (0.8%). Los principales factores desencadenantes notificados fueron los conflictos con la pareja o la ex pareja, los problemas económicos y el maltrato físico, psicológico o sexual. Además, se identificó que en el 36.3% del total de casos ya se habían presentado intentos previos. Dentro de los factores de riesgo asociados, predomina el trastorno depresivo en un 23.2%

de los casos, el plan organizado de suicidio en 7.2% de los casos y el antecedente familiar de conducta suicida en el 5.9% de los casos (20).

Como resultado de la aplicación de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-CAPI), versión 21.1.3, se determinó en la ENSM 2015 que el 7.4% de los adultos ha tenido ideación suicida (5.5% de los hombres y 7.6% de las mujeres); la elaboración de un plan suicida se identificó en el 2.7% de las mujeres y en el 2.0% de los hombres, mientras que el intento de suicidio se observó en el 3.3% de las mujeres y en el 1.9% de los hombres participantes (10).

2.3. FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Se reconocen diferentes grupos de riesgo y comportamientos asociados al suicidio y se han establecido modelos de interacción entre factores predisponentes y factores precipitantes, reconociendo una significativa variabilidad en la fuerza y los patrones de interacción entre los factores de riesgo biológicos, sociales, culturales y personales (16).

Los factores de riesgo y los mecanismos que se asocian con un riesgo incrementado de suicidio pueden ser analizados desde una perspectiva poblacional y del medio ambiente en la que intervienen factores como cambios en la estructura social, crisis económicas que generan desempleo y disminución de ingresos, así como disponibilidad de medios letales e información distorsionada sobre suicidios a través de los medios de comunicación. A nivel individual se reconocen factores predisponentes o distales como factores hereditarios no completamente dilucidados, historia familiar, exposición a eventos adversos tempranos y cambios epigenéticos; también se han involucrado factores mediadores que actúan a través de los rasgos de personalidad y déficits cognitivos. Por último, los factores proximales o precipitantes que se enfocan principalmente en la exhibición de psicopatologías entendidas como la presencia de enfermedades mentales asociadas al riesgo de suicidio, como trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastornos de la personalidad (16).

Según el informe de prevención del suicidio de la OMS (1), la importancia de los factores de riesgo y su clasificación depende del contexto en que se presentan, pues así cómo pueden ejercer una influencia directa también pueden intervenir de manera indirecta en individuos susceptibles, lo que permite entender que frecuentemente los factores de riesgo actúan en forma acumulativa aumentando la vulnerabilidad individual al suicidio. El modelo ecológico propuesto especifica varios niveles jerárquicos en los que se pueden agrupar los factores de riesgo: el primer nivel considerado es el de los sistemas de salud cuyo factor principal corresponde a las barreras de acceso al cuidado de la salud; enseguida se presenta el nivel de la sociedad en el que se manifiestan factores como el acceso a medios, inadecuado reporte de casos en medios de comunicación y el estigma asociado a la

búsqueda de ayuda. Se continúa con el nivel comunitario en el que participan situaciones de desastres, guerra o conflictos, además de la presión ejercida mediante procesos de aculturación y desarraigo en poblaciones específicas, discriminación y abuso en otros casos; el nivel de relaciones interpersonales se refiere a sentimientos de aislamiento y pérdida de soporte, relaciones conflictivas, discordia y pérdidas; a nivel individual se expresan factores tales como intento de suicidio previo, trastornos mentales, uso nocivo de alcohol, pérdida laboral o financiera, desesperanza, dolor crónico, historia familiar de suicidio, factores genéticos y biológicos. El modelo permite un abordaje del problema enfocado en las estrategias de prevención y tratamiento de acuerdo con cada uno de los niveles (1).

Arenas y colaboradores (21) analizaron las variables que estuvieron asociadas con la ideación suicida grave en adultos según datos de la ENSM 2015, encontrando que la presencia de trastornos mentales fue más prevalente en aquellas personas con ideación suicida (14.6%, IC 95% 11.0%-19.2%) respecto de aquellos sin ideación (3.2%, IC95%2.72%-3,8%); los trastornos mentales con asociación significativa fueron depresión, ansiedad y rasgos limítrofes de personalidad. Situaciones como haber experimentado un evento traumático por causa del conflicto armado, así como ser víctima de desplazamiento tuvieron también una asociación con la ideación suicida, aunque, los datos generaron un alto coeficiente de variación por lo que los autores sugirieron interpretar los resultados con cautela. En la muestra de la ENSM 2015 no hubo diferencias entre hombres y mujeres respecto a la ideación suicida, sin embargo, el intento de suicidio tuvo una mayor frecuencia en mujeres (21).

2.4. DESPLAZAMIENTO FORZADO

El informe del Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH) del año 2015 plantea que el fenómeno del desplazamiento interno en Colombia tiene sus raíces en procesos de destierro y éxodo que se han venido presentando desde las épocas de la colonización y la independencia, con posteriores manifestaciones que permiten considerarlo “un elemento estructural que caracteriza transversalmente la historia colombiana” (22), sin embargo en el contexto del conflicto armado interno se trata de uno de los delitos que se han cometido en mayor proporción, teniendo en cuenta que a partir de 1980 se reconocen las dimensiones de afectación a grandes grupos de población, hasta el punto de generar una crisis humanitaria. Los datos de 2014 demostraron que las personas afectadas tenían una procedencia predominantemente rural (87%) y las principales víctimas eran comunidades étnicas, pues se estimó que el diez por ciento del total de la población indígena y el 15 por ciento del total de la población afrodescendiente fueron desplazados, de acuerdo con los datos demográficos del 2005. Para diciembre de 2014, de acuerdo con el Registro Único de Víctimas (RUV) se contaban aproximadamente 6.459.501 personas desplazadas, más

del 50 por ciento correspondía a mujeres (3.301.848) y el 35 por ciento (2.279.576) correspondía a menores de edad (22).

El Reporte Global de Desplazamiento Interno (GRID por sus siglas en inglés) publicado en abril de 2020, indica que en Colombia se registraron 139.000 nuevos desplazamientos en el 2019, mientras que para el 2018 se contabilizaron 145.000 y en el 2017, 137.000. Al 31 de diciembre de 2019, se contabilizaron en el país en total 5.576.000 personas desplazadas por causa del conflicto y la violencia, permaneciendo en el segundo lugar después de Siria. Los departamentos más afectados fueron Chocó y Nariño, seguidos por Córdoba, Norte de Santander y Valle del Cauca. Se menciona que el desplazamiento se relaciona con el conflicto, que involucra grupos paramilitares y de traficantes de drogas, así como grupos de guerrillas, los cuales se disputan el control de la tierra, los recursos naturales y corredores estratégicos para el tráfico de drogas (23).

Una tesis abordada en el informe del CNMH denominado “Una nación desplazada”, es que el desplazamiento forzado no puede ser explicado únicamente como consecuencia del conflicto armado interno, también otros intereses en diversos contextos, de índole política y económica se favorecieron del despojo y desalojo de los territorios, entre los que sobresalen los de tipo ilegal como el narcotráfico y la minería ilegal, además de tipo legal como proyectos agroindustriales, de infraestructura y explotación de hidrocarburos. La degradación del conflicto y la sevicia con que se ejerció la violencia sobre diferentes comunidades generó una crisis humanitaria caracterizada por una situación de violación sistemática de los derechos humanos en un contexto de deshumanización del conflicto, marcado además por la impunidad e invisibilidad del drama de las víctimas (22).

Los hechos victimizantes que se reportaron en el periodo analizado por parte de la RUV, son en su orden de frecuencia el homicidio, las amenazas, la desaparición forzada, acciones armadas, tortura, violencia sexual, despojo de tierras, minas antipersona y reclutamiento de menores. Para los homicidios, la desaparición forzada y la violencia sexual, las mujeres figuran con una mayor afectación respecto de los hombres, lo que se ha relacionado con el hecho de que en muchos casos los hombres de los entornos familiares de las mujeres han sido asesinados, desaparecidos o reclutados, lo que las ha llevado a ellas a optar por el desplazamiento para salvar sus vidas. En particular la violencia sexual, a pesar del subregistro ha sido puesta en evidencia como una forma de violencia de género que ha contribuido al desplazamiento (22).

Se reconocen cinco dimensiones del desplazamiento, en primer lugar, el desplazamiento intraurbano que ocurre en las ciudades y cuyo principal referente es Buenaventura como principal territorio afectado. En segundo lugar, se considera el arrasamiento de pueblos; en un tercer lugar se menciona el efecto expulsor de las masacres, se continúa con el éxodo transfronterizo hacia países vecinos y por último el retorno, cada una de estas dimensiones

han sido evidenciadas en diversos contextos lo cual ha llevado a una nueva configuración del territorio nacional y a la perpetuación de disparidades socioeconómicas (22).

Los testimonios obtenidos durante diferentes investigaciones permitieron conocer los retos a los que se han enfrentado las poblaciones víctimas de desplazamiento, teniendo en cuenta que, aunque los registros de víctimas han sido llevados por cada individuo, lo que puede establecerse es que la afectación se ha dado principalmente a colectividades, lo cual inicia con el desarraigo del territorio, con la pérdida de las propiedades y del sentido de identidad y pertenencia. Se ha analizado que son varias las etapas de vulneración de derechos que se relacionan con el desplazamiento forzado y que se generan dinámicas de revictimización y estigma que dificultan la recomposición de las familias, que incluso no logra recuperarse aún con el retorno a los territorios (22).

En la ruta que deben seguir los desplazados, según el contexto se encuentran varias etapas que lo alejan progresivamente de su territorio, esto inicia con un desplazamiento temporal hacia los territorios aledaños, de acuerdo con la intensidad de la persecución se convierte en un desplazamiento definitivo que progresivamente lo convierte en un ser anónimo. A su llegada a las urbes, se ubica usualmente en zonas marginales en donde es visto como alguien indeseado, sospechoso, que entra a una competencia por los recursos, el trabajo, las oportunidades. En sectores en donde se perpetúan ciclos de violencia, se presentan nuevos hechos de revictimización que pueden desencadenar procesos de desplazamiento intraurbano. Las víctimas se exponen a discriminación por parte del resto de los pobladores y a la desidia de las autoridades (22).

Como resultado de los cambios de roles que han debido asumir hombres y mujeres en los nuevos escenarios obligados por el desplazamiento, se generan cargas materiales excesivas, en especial para las mujeres, precedidas por daños y afectaciones diferenciados ocurridos durante los hechos que motivaron el desplazamiento y que se relacionaban con la condición femenina, los cuales agravan la situación de vulnerabilidad de niñas, adolescentes y mujeres adultas (22).

Ha sido reconocido por el Estado Colombiano en el Auto 092 de 2008, referenciado por Guzmán D y Uprimny R (24) que las mujeres en el marco del conflicto armado en el país se enfrentan a riesgos específicos por su condición femenina, entre estos, el de ser despojadas de la tierra y el patrimonio por parte de actores armados ilegales. Además de los riesgos específicos, las cargas materiales y psicológicas que deben asumir como resultado de los hechos victimizantes a los que sobreviven, explican que las mujeres son víctimas del conflicto de una manera diferencial y que el desplazamiento forzado ejerce un impacto de género desproporcionado (24).

Mediante un análisis secundario de la ENSM 2015 llevado a cabo por Tamayo y colaboradores (12) se encontró que el 7.9% de la muestra encuestada, correspondía a personas víctimas de desplazamiento forzado alguna vez en la vida. En comparación con el resto de la población encuestada, aquellos que experimentaron el desplazamiento, pertenecían con mayor frecuencia a hogares pobres (20% en comparación con el 13.5% de la población no desplazada), con un menor porcentaje de personas que estaban trabajando (52.4% respecto de más de 66.5% en la población no desplazada). La prevalencia de trastornos mentales y del afecto en algún momento de la vida fueron mayores en personas desplazadas (Cualquier trastorno mental 15.9% versus 9.1%, trastorno del afecto 11.3% versus 6.7%). Respecto a la conducta suicida, el 12.5% ha tenido ideación suicida (en comparación con el 6.6% de la restante población); de quienes lo han pensado, el 51.5% hizo algún plan (versus el 35.9%), con un intento en el 5.5% de los casos (versus el 2.5%). Los autores señalaron una situación de desventaja de las personas que han sufrido desplazamiento frente a la población general, además de la coexistencia de factores negativos como los mencionados y factores positivos como es una menor disfunción familiar, con una necesidad de ampliación del enfoque para obtener una mejor comprensión de la vasta complejidad del fenómeno del desplazamiento (12).

2.4.1. CONTEXTO GENERAL DE TRES CIUDADES ENFRENTADAS AL DESPLAZAMIENTO

Bogotá es la principal ciudad receptora de personas en situación de desplazamiento desde otras áreas del país, sin embargo, a partir de 2005 se identificó una situación de desplazamiento intraurbano en barrios marginales y áreas periféricas de la ciudad caracterizadas por condiciones socioeconómicas precarias de sus habitantes. A estas localidades llegan a asentarse las poblaciones desplazadas. La presencia de grupos armados ilegales en estas mismas zonas de la ciudad obedece a la búsqueda de control territorial mediante el establecimiento de una “economía de guerra” basada en el control de las rentas de negocios ilegales como microtráfico, cobros y extorsiones a algunas actividades económicas del sector comercial y de transporte, así como el interés por ejercer un control social sobre la población basado en acciones de violencia. Estas circunstancias enfrentan a las personas desplazadas a un riesgo de revictimización y nuevos desplazamientos de un barrio a otro o hacia otras localidades de la ciudad, al no encontrar la seguridad y los recursos requeridos (25).

En el año 2014 en Medellín se estimó que la población víctima del conflicto armado y la población desplazada corresponden al 22 por ciento y al 16 por ciento respectivamente, del total de la población. Entre 1997 y 2013, la ciudad recibió en promedio 21 mil personas desplazadas, tanto a nivel intraurbano que corresponde al 19 por ciento de los eventos de desplazamiento, como intermunicipal. En el 2014 se presentó una reducción del 57 por ciento en la recepción de personas. El asentamiento se da en algunas comunas y

corregimientos en particular. Al igual que en Bogotá, se reconoce la presencia de actores armados ilegales y su accionar como responsables principales de la persistencia del fenómeno de desplazamiento intraurbano (26).

Buenaventura, distrito especial portuario en el Valle del Cauca, con una población predominantemente afrocolombiana, es a nivel nacional el municipio con mayor número de víctimas de desplazamiento; a finales de 2014 se contabilizaron 208.367 personas desplazadas, con recepción de población procedente principalmente del área rural y de otros municipios de la región Pacífico. En Buenaventura se concentraron para ese año el mayor número de personas que habían sufrido desplazamiento intraurbano lo que representaba el 45% de las víctimas a nivel nacional. Se ha considerado que la afectación a las víctimas involucra además del desarraigo, la limitación de las fuentes de trabajo relacionadas con la pesca y otras actividades asociadas con el puerto sobre el Océano Pacífico, lo que podría poner en riesgo la seguridad alimentaria y la sobrevivencia de prácticas ancestrales; ausencia de oportunidades laborales en el área urbana en donde se concentra la mayor parte de la población, recurrencia de las expresiones de violencia, debilidad de las autoridades y pobre respuesta institucional ante la crítica situación (22).

2.5. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

Título/Autores/Año/Revista	Objetivo/Tipo de Estudio	Población/Muestra/ Formas de recolección	Resultados
Suicide Risks among Immigrants and Ethnic Minorities: A literature overview/Forte A, Trobia F, Gualtieri F, Lamis D, Cardamone G, Giallonardo V, Fiorillo A, Girardi P, Pompili P./2018/Int. J. Environ. Res. Public Health (27).	Examinar el comportamiento suicida en inmigrantes y minorías étnicas para identificar y entender posibles factores de riesgo de suicidio e intento de suicidio en la población estudiada/Revisión sistemática.	678 artículos/44 artículos/Búsqueda en diferentes bases de datos, de artículos y capítulos de libros publicados entre enero de 1980 a marzo de 2017. Se revisaron textos y títulos, se analizaron los resúmenes. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión.	La mayoría de los estudios demostraron tasas más altas de intento de suicidio en población migrante respecto de la población nativa. Algunas poblaciones específicas tuvieron los riesgos más altos de intento de suicidio y suicidio. Algunos artículos destacaron que los migrantes y las minorías étnicas no

Título/Autores/Año/Revista	Objetivo/Tipo de Estudio	Población/Muestra/ Formas de recolección	Resultados
			<p>reciben la misma atención psiquiátrica durante o después de un intento de suicidio. Factores como pobre estado socioeconómico, exclusión social, discriminación, deprivación, están relacionados con el comportamiento suicida más que el estado de migrante-</p>
<p>Prevalence and influence factors of suicidal ideation among females and males in Northwestern urban China: a population based epidemiological study/Xu H, Zhang W, Wang X, Yuan J, Tang X, Yin Y, Zhang S, Zhou H, Qu Z, Tian D/2015/BMC Public Health (28).</p>	<p>Examinar la prevalencia, factores de influencia y diferencias de género en la población general del noroeste de China urbana/Estudio basado en población</p>	<p>4,661 hogares de 32 comunidades en dos ciudades, con 13.051 encuestados/4291 participantes/Un miembro mayor de 20 años en cada hogar fue entrevistado por entrevistadores profesionales entrenados</p>	<p>La prevalencia de ideación suicida fue de 4.29% (hombres 3.62%, mujeres 5.04%). Los factores de riesgo para ideación suicida fueron estar soltero, la depresión, sentirse desesperanzado, tener deudas, ser bebedor actual. Pertenecer al seguro básico de empleados fue un factor protector. Ser mujer no fue una variable significativa en el modelo de regresión luego de controlar por otras variables, sin embargo, hay</p>

Título/Autores/Año/Revista	Objetivo/Tipo de Estudio	Población/Muestra/ Formas de recolección	Resultados
			diferencias entre los factores de riesgo relevantes entre hombres y mujeres.
Suicidal ideation and attempts in population-based samples of women:temporal changes between 1989 and 2015/Lövestad S, Löve J, Vaez M, Waern M, Hensing G, Krants G/2019/BMC Public Health (29).	Evaluar la prevalencia de ideación e intentos suicidas auto informados durante un período de 26 años (1989-2015) entre las mujeres de la población general de 20 a 49 años. Investigar las asociaciones entre los factores sociodemográficos y la ideación suicida de por vida durante este período de estudio/Proyecto longitudinal basado en población	6373 encuestas enviadas a mujeres nacidas en los años 1965, 1970, 1975, 1980, 1993/ 2072 entrevistas de base y de seguimiento fueron realizadas entre 1989 y 2015/Aplicación de cuestionario de tamizaje de problemas relacionados con alcohol enviado mediante correo electrónico, de acuerdo con el puntaje obtenido se realizaron entrevistas cara a cara previa randomización por puntajes.	Los hallazgos demostraron un aumento en la prevalencia de la ideación suicida en el curso de la vida entre las mujeres de 20 a 30 y 31 a 49 años, así como un aumento de los intentos de suicidio en las mujeres de 31 a 49 años. El bajo nivel educativo, el hecho de ser soltera, la falta de empleo y ser estudiante, se asociaron con la ideación suicida a lo largo de la vida en la mayoría de los periodos de estudio.
Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood/Siqueira A, Rodrigues A, Koller S, Martins de Almeida R/2018/Ciênc. saúde coletiva (30).	Investigar los factores de riesgo y los factores protectores relacionados con el intento de suicidio y/o la ideación suicida en tres grupos de personas: quienes tuvieron intento de	521 participantes/63 participantes que habían intentado suicidarse fueron seleccionados. Otros dos grupos de 63 personas fueron seleccionados aleatoriamente, uno correspondiente quienes tenían	Ansiedad social, violencia familiar y comunitaria son factores de riesgo tanto para intento de suicidio como para ideación. Autoestima y autoeficacia fueron factores protectores con mayor

Título/Autores/Año/Revista	Objetivo/Tipo de Estudio	Población/Muestra/ Formas de recolección	Resultados
	<p>suicidio, quienes tuvieron ideación suicida sin intento de suicidio y quienes no tuvieron ni ideación ni intento de suicidio. Además, identificar los factores protectores en individuos que tuvieron intento de suicidio que no continuaron con ideación suicida en comparación con quienes hicieron intento de suicidio y continuaron con la ideación/Estudio transversal</p>	<p>ideación suicida peor no había realizado intentos suicidas y otro sin ideación ni intento suicida/ Encuesta aplicada mediante plataforma en línea</p>	<p>presencia en jóvenes que no presentan ideación suicida.</p>
<p>Are suicide risk factors gender specific?/Pawlak J, Miechowicz I, Dmitrzak-Węglarz M, Szczepankiewicz A, Zaremba D, Kapelski P, Rajewska-Rager A, Czernski P, Skibińska M. Hauser J/2018/Psychiatr. Pol (31).</p>	<p>Analizar los factores descritos en la literatura como relacionados con la conducta suicida (factores clínicos y sociodemográficos, carga familiar) en la población polaca y verificar la significancia de estos factores dependiendo del sexo de los sujetos/Estudio transversal basado en población</p>	<p>No se especifica el total de la población/La muestra estuvo conformada por 582 pacientes con trastorno afectivo bipolar y 249 pacientes con trastorno depresivo mayor/Diagnóstico basado en criterios DSM-IV que fueron establecidos mediante entrevista clínica estructurada para el eje I (SCID-I) con posterior</p>	<p>En el grupo de trastorno afectivo se observó una asociación entre intento de suicidio y las siguientes variables: historia familiar de trastornos psiquiátricos, abuso/dependencia de sustancias psicoactivas. historia familiar de intento de suicidio y suicidio, sentimientos de culpa y de inutilidad,</p>

Título/Autores/Año/Revista	Objetivo/Tipo de Estudio	Población/Muestra/ Formas de recolección	Resultados
		<p>aplicación de la lista de verificación de diagnóstico de criterios operativos (OPCRIT) para proporcionar una descripción precisa de los síntomas psicopatológicos.</p>	<p>despertar temprano en medio de episodio depresivo y presencia de síntomas psicóticos. En mujeres los factores significativos para intento de suicidio fueron: la edad de inicio del trastorno depresivo mayor y la coexistencia de abuso / dependencia de sustancias. Tener hijos no fue significativo en el subgrupo femenino, mientras que en el subgrupo masculino sí.</p>

3. HIPÓTESIS

Ho: No existe asociación entre los factores sociodemográficos, los trastornos mentales, los hechos victimizantes y la conducta suicida de mujeres en situación de desplazamiento en Bogotá, Medellín y Buenaventura en el año 2016.

Ha: Existe asociación entre los factores sociodemográficos, los trastornos mentales, los hechos victimizantes y la conducta suicida de mujeres en situación de desplazamiento en Bogotá, Medellín y Buenaventura en el año 2016.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a la conducta suicida en mujeres adultas en situación de desplazamiento según las características sociodemográficas, trastornos mentales concomitantes y hechos victimizantes experimentados en Bogotá, Medellín y Buenaventura, en el año 2016.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas, los trastornos mentales concomitantes y los hechos victimizantes experimentados en las mujeres adultas de la población de estudio.
- Estimar la prevalencia de conducta suicida en las mujeres adultas en la población de estudio.
- Analizar la asociación entre las características sociodemográficas, los trastornos mentales y los hechos victimizantes, con la conducta suicida en la población de estudio.
- Determinar las variables sociodemográficas, los trastornos mentales y los hechos victimizantes que explican la conducta suicida en la población de estudio.

5. METODOLOGÍA

5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

El presente estudio se planteó en el marco de un enfoque cuantitativo en el que a través de métodos estadísticos se pretendió conocer la prevalencia de conducta suicida y establecer su asociación con algunos factores de la población de mujeres víctimas de desplazamiento forzado.

5.2. TIPO DE ESTUDIO

Estudio secundario con base en la información generada en el estudio “Salud mental y desplazamiento por violencia, en tres ciudades de Colombia, Bogotá, Medellín, y Buenaventura entre el 2015 y el 2016”, se aplicó el diseño de un estudio observacional transversal para analizar el comportamiento de los factores asociados a la conducta suicida en mujeres adultas en situación de desplazamiento según las características sociodemográficas, los trastornos mentales y los hechos victimizantes.

5.3. POBLACIÓN

5.3.1. POBLACIÓN DE REFERENCIA

Personas víctimas del desplazamiento forzado por la violencia en las ciudades de Medellín, Bogotá y Buenaventura en el año 2016 que correspondió a 58.962 según el informe CODHES (consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento) en el año 2013. (8)

5.3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todos los registros de la base de datos del estudio primario “Salud mental (Trastornos mentales) y desplazamiento por violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura). Colombia 2015-2016” financiado por Colciencias y con código 122871150168 (8).

5.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los registros en la base de datos que cumplieron al menos con el 90% de los datos en las variables de interés en el estudio según consta en la tabla de variables.

5.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Dado que se ejecutaron los análisis con base en los datos de las variables de interés no se aplicaron criterios de exclusión en el estudio.

5.4. DISEÑO MUESTRAL

No se realizó muestreo ya que se incluyó el censo de los encuestados en el estudio primario “Salud mental (Trastornos mentales) y desplazamiento por violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura). Colombia 2015-2016”. (8)

5.4.3. MUESTREO

Para el estudio primario se aplicó un muestreo probabilístico en el que cada persona tuvo una probabilidad mayor a cero de ser encuestada. (8)

5.4.4. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

En el presente estudio se tomó la información completa generada en la fuente primaria, en el cual se realizó el cálculo de la muestra para cada ciudad, mediante la fórmula para una proporción, con un nivel de confianza $1-\alpha=95\%$, una precisión del 5%, y con una proporción de 34,0%, teniendo en cuenta la prevalencia de trastorno depresivo en población víctima de desplazamiento forzado por la violencia reportado en un estudio realizado en la zona sur de Colombia. (8)

Cálculo de tamaño muestral determinado para cada ciudad:

Bogotá D.C.

$$n = \frac{25506 * 1,96^2 * 0,34 * (1 - 0,34)}{0,05^2 * (25506 - 1) + (1,96^2 * 0,34 * (1 - 0,34))} = 341$$

Buenaventura

$$n = \frac{19792 * 1,96^2 * 0,34 * (1 - 0,34)}{0,05^2 * (19792 - 1) + (1,96^2 * 0,34 * (1 - 0,34))} = 339$$

Medellín

$$n = \frac{13664 * 1,96^2 * 0,34 * (1 - 0,34)}{0,05^2 * (13664 - 1) + (1,96^2 * 0,34 * (1 - 0,34))} = 337$$

Donde $p= 34\%$

(Prevalencia depresión en población desplazada por la violencia reportada por estudio realizado en la zona sur de Colombia) (12)

d= 5%
 $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96
N= Medellín (13.664),
Bogotá (25.506)
Buenaventura (19.792)
(Personas desplazadas víctimas de la violencia de 13 a 65 años) (8).

Para una muestra final de **1026 personas** desplazadas por la violencia y ubicadas entre las ciudades más receptoras del país, seleccionadas, distribuidas de manera independiente, así: Medellín: 337, Bogotá: 347, Buenaventura: 342.

Distribuidos por el sexo y por edad en la que para mujeres adultas se presentó de la siguiente manera:

Medellín: 146 Bogotá: 143 Buenaventura: 148

Para una muestra total de **437** mujeres.

5.4.5. SELECCIÓN DE LAS UNIDADES FINALES DE LA MUESTRA

Luego de calcular el tamaño de la muestra para proporciones con poblaciones infinitas para cada una de las ciudades, se aplicó un muestreo aleatorio sistemático en varios centros de atención a víctimas en las ciudades de Medellín, Bogotá y Buenaventura, que consistió en seleccionar a los participantes según su llegada a solicitar turno de atención cada 3 personas, teniendo en cuenta que cumplieran con los criterios de inclusión de tener una edad entre 13 y 65 años, no tener una condición de discapacidad mental y haber sufrido el desplazamiento en un periodo no mayor a diez años antes de recibir la encuesta; en caso de no cumplir con los criterios, se procedió a seleccionar el siguiente individuo en turno que cumpliera con dichos criterios, hasta completar el tamaño de la muestra para la ciudad y hasta finalizar la jornada de atención (8).

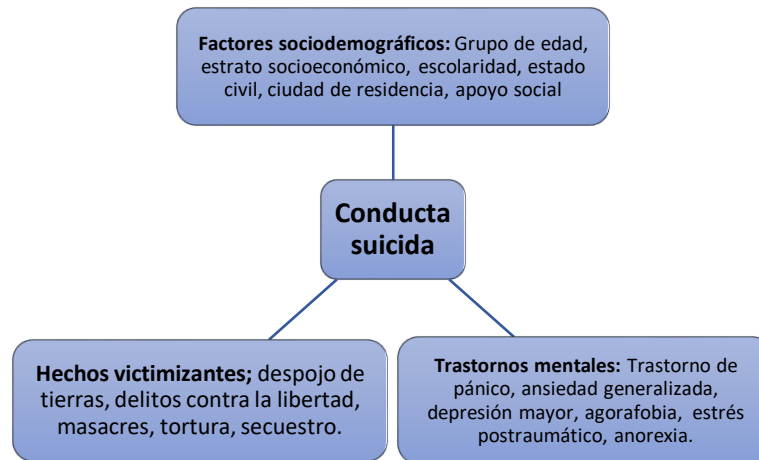
5.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

5.5.3. VARIABLES DE INTERÉS

Variable dependiente: el evento evaluado fue la conducta suicida en el último año.

Variables independientes: variables que están agrupadas en factores sociodemográficos, trastornos de la salud mental y hechos asociados al desplazamiento, según el diagrama de variables.

5.5.4. DIAGRAMA DE VARIABLES



Elaboración propia de las investigadoras

5.5.5. TABLA DE VARIABLES

Ver anexo 1.

5.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

5.6.3. FUENTE DE INFORMACIÓN

Fuente de información secundaria, que proviene de la base de datos producto del estudio “Salud mental y desplazamiento por violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura). Colombia 2015-2016”, facilitada por el grupo de investigación en Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad CES, luego de enviar una solicitud al Investigador Principal del estudio y obtener la respuesta de aprobación, mediante carta del 27 de mayo de 2020. (anexo 2 y 3). La base de datos tuvo su origen en 1026 encuestas aplicadas a población víctima de desplazamiento forzado por la violencia y ubicada en las ciudades de Medellín, Bogotá y Buenaventura en agosto de 2016 (8).

5.6.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN

La información del estudio primario fue recolectada por medio de la aplicación de una encuesta para lo cual se utilizaron dos aplicaciones de manera simultánea.

Se utilizó una aplicación diseñada para la recolección por el grupo de investigación en salud mental de la universidad CES en el programa Microsoft Access 2013 junto con el aplicativo CIDI CAPI versión 3, que fue diseñado por la Universidad de Harvard, ambas con licencia de la Universidad CES.

Los dos componentes de las encuestas fueron aplicados por encuestadores previamente capacitados por el grupo de salud mental de la Universidad CES, bajo guía de estandarización para la toma de la información.

Se verificó a través de prueba piloto la adecuada toma de los datos por parte de los encuestadores, la organización de la información en ambas bases de datos y los análisis estadísticos con sus resultados.

5.6.5. INSTRUMENTO

Los instrumentos utilizados para la toma de información fueron dos cuestionarios digitales que contenían diferentes secciones para facilitar su diligenciamiento y agrupación de los datos. A continuación, se describe el contenido de cada cuestionario:

- Aplicativo en Microsoft Access 2013

Demografía: módulo que contiene la información socio demográfica del encuestado.

Desplazamiento: módulo que contiene la información relacionada con el desplazamiento forzado, y el acceso a servicios de salud después de haber presentado el evento.

Conducta suicida: módulo que contiene preguntas relacionadas con la conducta suicida.

Discapacidad: módulo que contiene la información relacionada con la presentación de alguna discapacidad y la causa de esta.

Funcionamiento familiar: sección que contiene la escala de Apgar familiar y mide si el encuestado presenta alguna disfunción familiar.

Evento traumático: módulo que contiene preguntas sobre algún evento traumático y contiene preguntas que dan cuenta de los criterios DSMIV que se requieren para medir el estrés postraumático.

Apoyo social: módulo que contiene la escala MOS.

- Cuestionario CIDI-OMS

Es una encuesta altamente estructurada, diseñada para ser aplicada por entrevistadores legos debidamente entrenados bajo las exigencias del Consorcio Harvard-OMS; esta entrevista genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del DSM IV (32) y de la CIE-10 (33).

El estudio macro aplicó la versión 3.0, versión que se ha venido aplicando en diversas investigaciones realizadas por el grupo de salud mental de la Universidad CES. (8)

Esta versión cuenta con los siguientes módulos:

Screening: sección que contiene preguntas relacionadas con algunos criterios del DSM IV para trastornos mentales con la intención de hacer un filtro inicial para los que califican positivo y así entrar a los módulos que realmente miden los trastornos mentales.

Módulos de trastornos mentales: cada enfermedad mental cuenta con un modelo que realiza preguntas que den cumplimiento a los criterios DSM IV o la CIE-10. Los módulos son: trastornos de ansiedad que incluye trastorno de pánico, ansiedad generalizada, agorafobia, ansiedad por separación, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social y fobia específica; trastornos del estado de ánimo como depresión mayor, distimia, trastorno bipolar y trastornos de inicio en la infancia como trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, déficit de atención e hiperactividad, además de trastornos de la alimentación.

Otros módulos: conducta suicida, escala de resiliencia de Wagnild y Young, y eventos vitales.

5.7. PRUEBA PILOTO

Dado que los datos de este proyecto se obtuvieron de fuente secundaria se realizó una prueba piloto sobre la base de datos, explorando a través del estadístico SPSS versión 24 con licencia a la Universidad CES, de tal manera que se pudo verificar la integralidad de los datos, asegurando además que cada dato correspondiera con la naturaleza de la variable, que la categorización fuera correcta y en el caso de las variables cuantitativas, se verificó que no excedieran los rangos o que tuvieran valores no acordes con respecto a otras

variables. Se ejecutaron análisis estadísticos con las variables de interés en aras de evaluar la calidad y comportamiento de los datos.

De igual manera en el estudio primario se ejecutó la prueba piloto que evaluó el desempeño de los instrumentos, formulario de Access y CIDI-CAPI Versión 3.0, así que se pudo hacer correcciones a los ítems de la encuesta que pudieran generar conflictos.

5.8. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

5.8.3. SESGO DE SELECCIÓN

Dado que los datos de este proyecto se obtuvieron de fuente secundaria y provienen del estudio “Salud mental (Trastornos mentales) y desplazamiento por violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura). Colombia 2015-2016”, donde se utilizó un muestreo de tipo probabilístico y aleatorio, los individuos tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados, de esta manera se tenía controlado el sesgo. Sin embargo, es de tener en cuenta que la selección aleatoria se hizo sobre las personas que acudían al centro de atención durante la jornada de recolección de datos hasta alcanzar el tamaño muestral; por tanto, la elegibilidad de un individuo para la realización de la encuesta estaba determinada por los individuos que acudieron durante esa jornada (8).

5.8.4. SESGO DE INFORMACIÓN

Dentro de este sesgo se pudo evidenciar la mala calidad del dato, así mismo, y con el apoyo del directorio de variables, se identificaron claramente las variables de interés, su definición operacional y sus categorías de respuesta, para no dar lugar a un inadecuado uso e interpretación.

- **Entrevistador:** Los entrevistadores eran personal calificado, previamente capacitados y se estandarizó la toma de los datos, dando información clara sobre los fines del proyecto a los entrevistadores, brindando las herramientas para responder a las dudas de los entrevistados, de tal manera que se pudo disminuir al máximo la posibilidad de que se formularan inadecuadamente las preguntas. Se hizo entrenamiento del equipo de recolección de tal manera que se lograra adherencia a su rol dentro del estudio e identificaran claramente las variables de interés con sus categorías de respuesta, para no dar lugar a un inadecuado uso o interpretación, retroalimentando la información dada periódicamente. Adicionalmente, dentro del perfil profesional o académico de los entrevistadores se requería que no fueran personal del área de la salud o de la psicología con el fin de no generar contrariedades al momento de tomar la información (8).

- **Entrevistado:** La participación en el estudio fue voluntaria. Las personas encuestadas dieron su consentimiento y para los menores de edad se contó con el asentimiento del menor, además del consentimiento informado del representante legal.

Las preguntas de la encuesta se diseñaron para ser comprensibles (evitando el sesgo de comprensión del entrevistado), sin capacidad de doble interpretación, además, con la estandarización de los encuestadores se podría resolver dudas en cuanto a la orientación de dichas preguntas. Todos los datos de las diferentes variables fueron obtenidos, explicando claramente ante cualquier respuesta la confidencialidad de los datos y sus fines investigativos (8).

- **Instrumento:** el Compositum International Diagnosis Interview CIDI-CAPI es un instrumento altamente estructurado usado en estudio transculturales de la epidemiología psiquiátrica a lo largo del mundo y ha sido adaptado a la cultura colombiana. Para el aplicativo de Access los investigadores del estudio primario realizaron una prueba piloto donde se hicieron ajustes a algunas preguntas.

Finalmente, la prueba piloto y toda la fase previa a la operativa de campo garantizaron la reducción de errores en el proceso de recolección de información, por esta razón, se pudo considerar que la información dada por ambos estudios es confiable y válida.

Se revisó y depuró la base de datos, analizando la calidad y consistencia de la información. Asimismo, y con el apoyo del directorio de variables, se identificaron las variables de interés, su definición operacional y sus categorías de respuesta, para no dar lugar a un inadecuado uso e interpretación. Por otro lado, la encuesta fue diseñada, de tal manera que su duración tuviera un promedio de una hora para evitar el sesgo de fatiga tanto en el entrevistado como en el entrevistador.

5.8.5. SESGO DE CONFUSIÓN:

Dado que se pretendió determinar la asociación entre factores sociodemográficos, trastornos mentales y hechos victimizantes con la conducta suicida, podrían considerarse algunas condiciones o factores de riesgo intermedios entre las variables definidas y el evento de conducta suicida. Se controló este sesgo mediante el modelo de regresión logística, donde se tuvieron en cuenta las variables que fueron significativas en el análisis bivariado.

Se realizó una revisión de la literatura disponible de manera exhaustiva que permitiera reconocer variables de confusión que pudieran afectar la interpretación de dichas asociaciones.

5.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

5.9.3. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO

Para el procesamiento de la información se trabajó con diferentes programas de computador (software) de acuerdo con la finalidad del procesamiento.

Los programas para trabajar fueron los siguientes:

SPSS versión 24: la base de datos se encontraba en el paquete estadístico SPSS, en el cual se buscó evaluar la calidad de los datos mediante:

- La exploración de datos perdidos en cada una de las variables a estudiar.
- El comportamiento de las variables cuantitativas (distribución normal o no normal)
- Recodificación de algunas variables cuantitativas para ser transformadas a variables categóricas según la necesidad del estudio.
- Realizar el análisis univariado.
- Realizar el análisis bivariado
- Análisis multivariado (regresión logística)

El programa SPSS cuenta con la licencia de la universidad del Rosario.

Epidat versión 3.1: se trabajó con el programa Epidat, a través del módulo tablas de contingencia para realizar el análisis bivariado donde se calcularon las medidas epidemiológicas (Razón de prevalencia). El programa Epidat es de libre distribución.

Microsoft Office: después de generar los resultados en el programa estadístico y de tabulación de datos epidemiológicos Epidat se procedió a exportar la información al programa de **Microsoft Excel** para:

- Organizar y editar la información de manera tabular.
- Generar gráficos

Lo anterior según lo expuesto en la representación de la información del plan de análisis. El programa Microsoft Excel cuenta con la licencia de la universidad del Rosario.

5.9.4. PLAN DE ANÁLISIS

De acuerdo con los objetivos se diseñó el siguiente plan de análisis:

Análisis univariado:

Para la descripción de las variables de interés de la población del estudio como las sociodemográficas, hechos victimizantes y trastornos mentales, se calcularon frecuencias absolutas, proporciones y razones, por tratarse de variables cualitativas. No se incluyeron variables cuantitativas en el procesamiento.

OBJETIVO 1			
Describir las características sociodemográficas, los trastornos mentales concomitantes y los hechos victimizantes experimentados en las mujeres adultas de la población de estudio.	VARIABLES	MEDIDAS A CALCULAR	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
	Cualitativa Politómica: - Nivel de escolaridad - Estado civil - Lugar de residencia - Estrato socioeconómico - Tipo de desplazamiento - Apoyo social	Para las variables cualitativas dicotómicas o politómicas se calcularán frecuencias absolutas, relativas (proporción y razón) Para las variables cuantitativas Se explorará su comportamiento (normalidad) y se calculará la X con su SD si es normal o la Me y su respectivo RIQ si no es normal	Para las variables cualitativas: Tablas de frecuencia. Gráfico circular. Gráfico de Barras Para la variable cuantitativa: Tablas de resumen con las medidas de tendencia central y dispersión correspondientes y la prueba de normalidad. Histograma de frecuencias
	Cualitativas Dicotómicas - Ocupación - Hechos victimizantes (11) - Depresión - Ansiedad Generalizada - Fobia social - Ansiedad por separación - Déficit de atención		
	Cuantitativa Discreta - Número de desplazamiento		
Cuantitativa Continua - Edad - Tiempo de desplazamiento - Edad de desplazamiento			

OBJETIVO 2			
	VARIABLES	MEDIDAS A CALCULAR	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
Estimar la prevalencia de la conducta suicida en las mujeres adultas en la población de estudio	<p>Cualitativa Dicotómica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conducta suicida (Ideación suicida) en la vida - Conducta suicida (Ideación suicida) en el último año - Conducta suicida (plan suicida) en la vida - Conducta suicida (plan suicida) en el último año - Conducta suicida (Intento suicida) en la vida - Conducta suicida (Intento suicida) en el último año 	Todas las variables son cualitativas dicotómicas se calcularon frecuencias absolutas, relativas (proporción y razón)	Tablas de frecuencia Gráfico de Barras para las prevalencias calculadas.

Análisis bivariado y multivariado:

Para el análisis bivariado se estimó la asociación de cada variable independiente según su naturaleza y la variable dependiente que es conducta suicida, una variable cualitativa dicotómica; para las variables cualitativas independientes se aplicó el estadístico de Chi cuadrado para explorar la asociación. Adicional a la prueba estadística se calculó la medida epidemiológica RP (razón de prevalencias).

Para finalizar en el análisis multivariado, se realizó un modelo matemático de regresión logística binaria, teniendo como variable resultado la conducta suicida en el último año. Se incluyeron como variables independientes:

- Todas las variables que en el análisis bivariado presentaron una asociación estadísticamente significativa con valor $p < 0.05$
- Variables que no fueron significativas y que según criterio de Hosmer Lemeshow pueden participar en el análisis con valor $p < 0.25$.
- Variables que no cumplieron las anteriores condiciones, pero que según la literatura presentan fuerte asociación con la conducta suicida.

Objetivo 3				
	VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLES INDEPENDIENTES	MEDIDAS A CALCULAR	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
Analizar la asociación entre las características sociodemográficas, los trastornos mentales y los hechos victimizantes, con la conducta suicida en la población de estudio	Conducta suicida	Factores sociodemográficos: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de escolaridad - Estado civil - Lugar de residencia - Edad - Estrato socioeconómico - Ocupación - Funcionalidad familiar - Apoyo social - Acceso a los servicios de salud 	Variable dependiente: Cualitativa nominal dicotómica. Por lo cual solo se harán asociaciones Cualitativa - Cualitativa X^2 con su respectivo valor p, Razón de prevalencias (RP), IC95% para RP. Proporciones. Cualitativa - Cuantitativa Según el comportamiento de la variable cuantitativa en los grupos de la	Cuando la variable independiente es: Cualitativa: Tablas de resumen con las medidas propuestas. Gráficos de barras comparativas. Cuantitativa: Tablas de resumen con las medidas propuesta Gráficos de cajas de bigotes para comparar los grupos
		Factores victimizantes experimentados y relacionados con el desplazamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de desplazamiento - Desplazamientos repetidos - Actor armado del desplazamiento - Hechos victimizantes (subclasificación) - -Ha sido víctima de: Actos terroristas - -Ha sido víctima de: Amenazas - -Ha sido víctima de: Delitos contra la libertad - -Ha sido víctima de: Desaparición forzada - -Ha sido víctima de: Homicidio - -Ha sido víctima: Masacres - -Ha sido víctima de: Minas antipersonas 		
		Trastornos mentales concomitantes <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de pánico - Ansiedad generalizada - Agorafobia 		

		<ul style="list-style-type: none"> - Fobia social - Fobia específica - Estrés postraumático - Ansiedad por separación - Depresión mayor - Distimia - Trastorno bipolar - Bulimia - Anorexia 	<p>variable dependiente, por lo cual si la variable independiente cuantitativa tiene:</p> <p>Una distribución normal: T de Student para muestras independientes para establecer diferencias en los promedios.</p> <p>Una distribución no normal: U de Mann Whitney para establecer diferencias en las medianas</p>	
--	--	--	--	--

Objetivo 4				
	VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLES INDEPENDIENTES	MEDIDAS A CALCULAR	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
<p>Explicar la asociación entre las características sociodemográficas, los trastornos mentales y los hechos victimizantes con la conducta suicida en la población de estudio</p>	<p>Conducta suicida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Variables que en el análisis bivariado hayan presentado una asociación significativa con valor $p < 0.05$ • Variables que no hayan dado significativas y que según criterio de Hosmer Lemeshow pueden participar en el análisis con valor $p < 0.25$. • Variables que no cumplan las anteriores condiciones, pero que según la literatura tienen fuerte asociación con el evento de interés. 	<p>Se realizará un modelo de regresión logística binaria para calcular las medidas epidemiológicas ajustadas (RP ajustado) y su intervalo de confianza del 95%</p> <p>χ^2 de Wald con su respectivo valor p.</p>	<p>Tabla comparativa con los RP crudos y los ajustados reportados en el modelo de regresión logística con sus respectivos IC.</p>

5.10. PLAN DE DIVULGACIÓN DE RESULTADOS

Se planteó la divulgación de los resultados de la investigación a través de un informe por escrito y en sustentación pública al comité evaluador asignado por la Universidad del Rosario, que luego de su aprobación quedará disponible para consulta pública en el repositorio de la Universidad del Rosario.

De igual manera, se redactará un artículo científico que será sometido a revisión por una revista indexada, que de ser aceptado será publicado de esta manera.

Dado que el proyecto está ligado al Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad CES, se hará la presentación oral pública y escrita necesaria por parte del grupo.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se rige por los principios éticos para investigaciones en seres humanos, divulgados en la Declaración de Helsinki que fue promulgada por la Asociación Médica Mundial en Finlandia en 1964 y revisada más recientemente en la 64ª Asamblea General en Fortaleza, Brasil, en octubre del 2013. Asimismo, y de acuerdo con lo establecido en la Resolución 008430 de 1993, se considera que esta investigación no representa riesgo (34), ya que corresponde a análisis secundarios de las bases de datos del estudio, “Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura” (8), es un estudio observacional, y de acuerdo con lo definido en el artículo 11 de dicha Resolución, esta investigación no constituyó riesgo alguno para la población estudiada, y en cumplimiento a los aspectos mencionados en el artículo 6, el protocolo se desarrolló conforme a los siguientes criterios: Mediante Acta No. 238 del 9 de junio de 2020, el Comité de Investigaciones e Innovación de la Universidad CES revisó desde el punto de vista ético y dio aval expedito a la investigación enviando comunicación al Comité de Ética de la misma institución. (ver anexo 4) El Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos Universidad CES ratificó el aval expedito avalando el componente ético y la ejecución del proyecto (código Ae-507) y lo comunicó a las Investigadoras mediante carta del 24 de julio de 2020. (ver anexo 5)

Este estudio se ajustó a los principios de ética para la investigación en seres humanos; se aclara que no se realizó ningún tipo de intervención directa sobre el grupo estudiado y se preservaron los principios éticos de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia.

Los resultados del estudio pretenden tener un impacto positivo en la población de estudio, aportando evidencias para el desarrollo de estrategias en las redes de atención en salud. Se obtuvo la recolección de la información a través de una base de datos de una investigación reciente en la población objeto de estudio y el acceso a estos datos fue autorizado por el Investigador Principal, el Doctor Guillermo Alonso Castaño Pérez, mediante una carta enviada el 27 de mayo de 2020, dando cumplimiento a la ley 1266 de 2008, Habeas data, con la cual se regula y se protege la información contenida en bases de datos (35).

El grupo de investigación en salud mental, como dueño de la base de datos, junto con las investigadoras, veló por la confidencialidad de estos datos, además de asegurar que esta información sólo fuera utilizada para los fines que determina el estudio, garantizando que no se tomaron datos personales que pudiesen llevar a la identificación de los participantes.

Los investigadores de este proyecto estuvieron bajo la supervisión del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad CES y de la coordinación académica del programa de Maestría en Epidemiología de la misma universidad, para cumplir con los

principios éticos previamente mencionados, y garantizar la calidad y autenticidad de la información obtenida en esta investigación.

La difusión de los resultados a partir del desarrollo de la investigación fue utilizada sólo con fines académicos y sus resultados serán expuestos de una manera veraz e imparcial para el conocimiento y beneficio de la comunidad científica a través de la generación de un artículo científico y el diseño de una pieza comunicativa para público no académico.

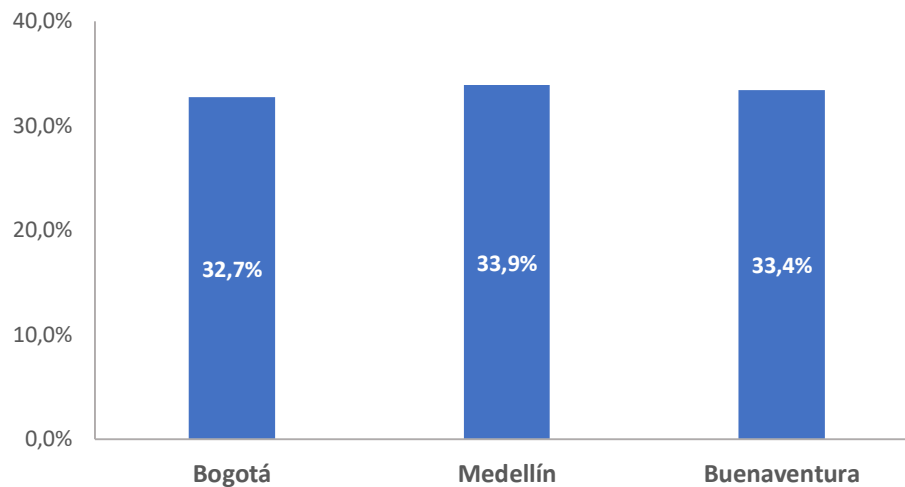
Se reitera además el compromiso del cumplimiento de las normas establecidas sobre derechos de autor, garantizando el adecuado manejo de la información que se requiere, incluyendo citación de autores, imágenes o gráficos que se hayan utilizado dentro de los datos del estudio.

7. RESULTADOS

7.3. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

La población de estudio se encontraba distribuida en las tres ciudades seleccionadas para el estudio, así: Medellín con 148 mujeres, Buenaventura con 146 mujeres y Bogotá con 143 mujeres. **Ver gráfica 1.**

Gráfica 1. Lugar de residencia de la población de estudio



La distribución por grupo de edad presentó mayor concentración en el grupo de 30 a 44 años con el 35,2%, seguido del grupo de 18 a 29 años con el 34,8%. El estado civil predominante fue la unión libre con el 40% y la menos frecuente fue viuda con un 4,1%. En relación con el nivel de escolaridad se encontró que aproximadamente el 80% de las mujeres contaban con primaria o secundaria y que el 9,8% de ellas no contaba con ningún tipo de educación, por lo que es necesario resaltar que a pesar de la situación que han padecido, aproximadamente 1 de cada 10 de ellas accedieron a estudios superiores equivalente al 10,3%. **Ver tabla 1.**

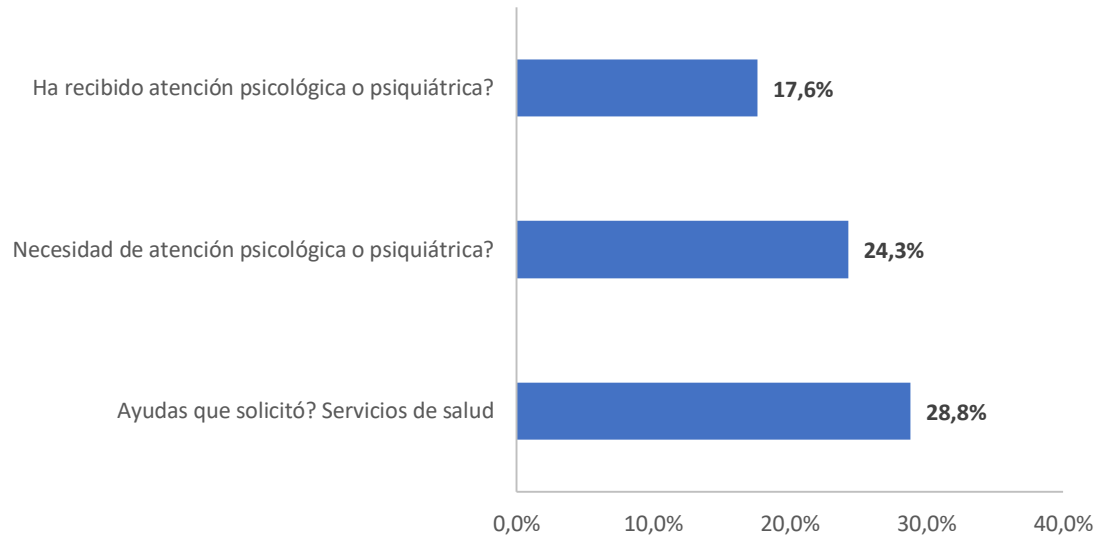
La mayoría de la población tenía un bajo estrato socioeconómico (estratos 1 y 2), con un 92%, en estrato medio (estrato 3) solo se encontraba el 1,8%. El 3,4% no declararon estrato y el 2,7% no sabían a qué estrato pertenecían. De acuerdo con la principal ocupación, la mayoría se reconocieron como amas de casa con el 55,4%, con otro tipo de trabajo estaban el 23,6% y estudiando el 5,9%. **Ver tabla 1.**

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio.

	Variable	n	%
Grupos de edad	18 a 29 años	152	34,8%
	30 a 44 años	154	35,2%
	45 a 65 años	131	30,0%
Nivel de escolaridad	Sin estudios	43	9,8%
	Primaria	161	36,8%
	Secundaria	188	43,0%
	Técnico/tecnólogo	37	8,5%
	Universitaria	8	1,8%
Estado civil	Soltero	169	38,7%
	Casado	40	9,2%
	Unión libre	175	40,0%
	Separado/divorciado	35	8,0%
	Viudo	18	4,1%
Estrato socioeconómico	Sin estrato	15	3,4%
	Bajo	402	92,0%
	Medio	8	1,8%
	No sabe	12	2,7%
Ocupación	Trabaja	103	23,6%
	Estudiante	26	5,9%
	No trabaja ni busca trabajo	15	3,4%
	Ama de casa	242	55,4%
	Otra	51	11,7%
Trabaja	Si	103	23,6%
	No	334	76,4%

En cuanto a las necesidades de atención en salud, después de presentar el desplazamiento, el 28,8% solicitó algún tipo de servicio de salud, el 26,4% reportó una necesidad de atención psicológica o psiquiátrica y el 17,6% indicó que recibió atención psicológica o psiquiátrica. **Ver gráfica 2.**

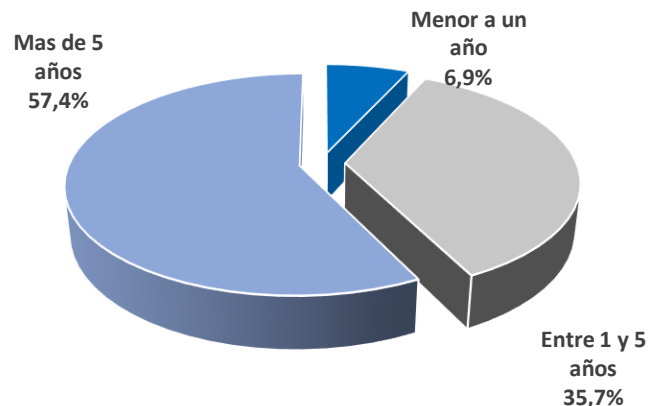
Gráfica 2. Necesidades en la atención en salud



7.4. VARIABLES RELACIONADAS CON EL DESPLAZAMIENTO

Más de la mitad de las mujeres llevaban más de cinco años en situación de desplazamiento, 156 mujeres contaban entre uno y cinco años de desplazamiento y 30 tenían menos de un año en dicha situación. **Ver gráfica 3.**

Gráfica 3. Años en situación de desplazamiento



La mayoría de las personas habían experimentado un desplazamiento con el 77,6%. La guerrilla fue el actor que presentó mayor influencia en el desplazamiento aportando un 55,4%, seguido de los paramilitares que propiciaron el desplazamiento del 34,6%.

Los hechos victimizantes que reportaron una frecuencia por encima del 60% fueron el despojo de tierras, las amenazas y los actos terroristas, experimentados correspondientemente por el 73,5%, 72,8% y el 64,3% de las mujeres de la población de estudio, los hechos victimizantes con menor presencia para este grupo fueron tortura 9,8%, secuestro 9,2% y minas antipersona 7,6%. **Ver tabla 2**

Tabla 2. Hechos victimizantes en último año

Hecho victimizante	n	%
Actos terroristas	281	64,3%
Amenazas	318	72,8%
Delitos contra la libertad	66	15,1%
Desaparición forzada	74	16,9%
Homicidio	140	32,0%
Masacres	65	14,9%
Minas antipersonas	33	7,6%
Secuestro	40	9,2%
Tortura	43	9,8%
Vinculación de niños, niñas y adolescentes	48	11,0%
Despojo de tierras	321	73,5%

7.5. TRASTORNOS MENTALES EN LA VIDA

Los trastornos mentales más frecuentes durante la vida de las mujeres de la población de estudio fueron depresión mayor (20,8%), estrés postraumático (13%) y ansiedad por separación (10,3%). Otros trastornos menos frecuentes fueron fobia social (8,7%), ansiedad

generalizada (5,5%), agorafobia (5,3%), trastorno de pánico (3,9%), distimia (3,2%), trastorno bipolar (2,3%), bulimia (1,3%). No se reportaron casos de anorexia. **Ver Tabla 3.**

7.6. TRASTORNOS MENTALES EN EL ÚLTIMO AÑO

Para el último año, los trastornos con mayor prevalencia fueron, estrés postraumático (9,6%), depresión mayor (8,2%), fobia social (5,5%) y ansiedad por separación (5,0%). Con menor frecuencia agorafobia (3,7%), distimia (2,3%) y ansiedad generalizada (2,1%). Otros trastornos con prevalencia menor a 2% fueron trastorno de pánico (1,8%), trastorno bipolar (1,6%) y bulimia (0,6%). No se reportó anorexia. **Ver Tabla 3.**

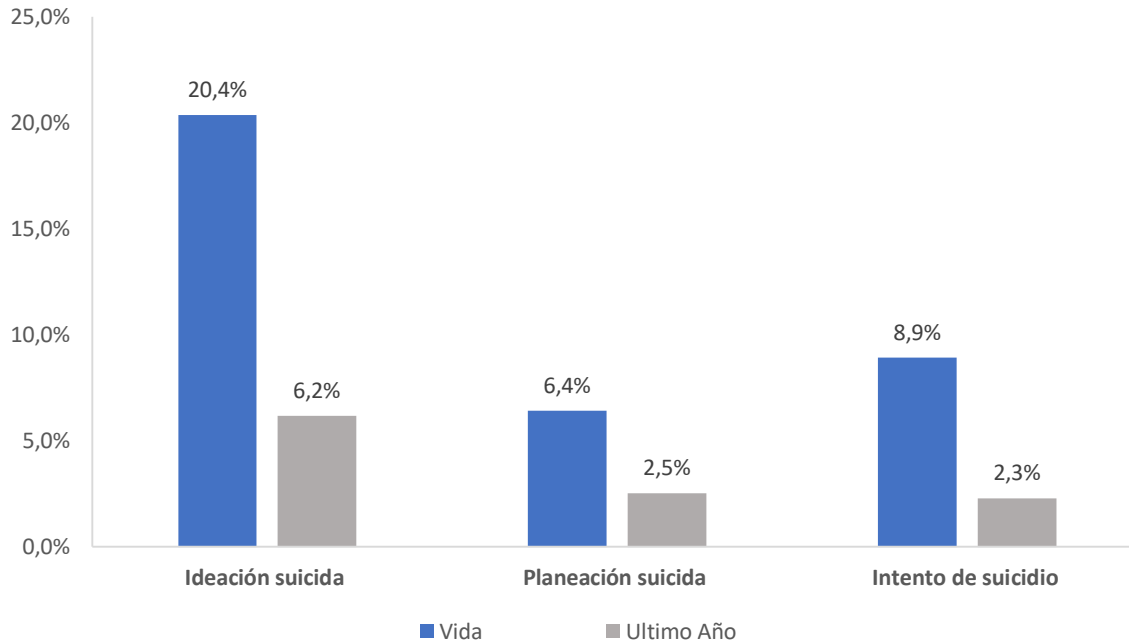
Tabla 3. Trastornos mentales

Trastorno mental	En la vida	En el último año
Trastorno de pánico	3,9%	1,8%
Ansiedad generalizada	5,5%	2,1%
Agorafobia	5,3%	3,7%
Fobia social	8,7%	5,5%
Estrés postraumático	13,0%	9,6%
Ansiedad por separación	10,3%	5,0%
Depresión mayor	20,8%	8,2%
Distimia	3,2%	2,3%
Bipolar	2,3%	1,6%
Bulimia	1,3%	0,6%
Anorexia	0,0%	0,0%

7.7. CONDUCTA SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Para la población de estudio el evento de la conducta suicida más frecuente fue la ideación suicida correspondiendo a un 20,4% para la vida y 6,2% en el último año; siendo el intento suicida (8,9%) más frecuente que la planeación suicida (6,4%) a lo largo de la vida, mientras que en el último año éstos dos eventos tuvieron una frecuencia relativamente similar. **Ver Gráfica 4.**

Gráfica 4. Tipo de eventos de conducta suicida



7.8. ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS, DE DESPLAZAMIENTO Y TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Al analizar los factores sociodemográficos se pudo observar que las variables que presentaron una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida en el último año fueron, ciudad de residencia (p 0,004), lugar de residencia sin estrato definido (p 0,006) y apoyo social (p 0,039). Respecto a la ciudad de residencia se pudo evidenciar que las mujeres residentes en la ciudad de Medellín presentaron una mayor frecuencia de conducta suicida, dada una Razón de Prevalencia (RP) de 7,89 (IC95% 1,85-33,71) en comparación con Buenaventura; las mujeres residentes en Bogotá tuvieron una frecuencia de conducta suicida frente a Buenaventura de 4,59 veces (IC95% 1,01-20,90).

La posibilidad de presentar una conducta suicida en el último año entre mujeres que viven en un lugar sin estrato definido fue de 3,45 veces (IC95% 1,41-8,40) en relación con las mujeres que viven en un lugar de residencia con estrato definido. Las mujeres con apoyo social adecuado tienen un menor riesgo de presentar una conducta suicida en el último año, con un RP de 0,46 (IC95% 0,22-0,97), lo que implica que disminuye en un 54% la probabilidad de tener una conducta suicida en comparación con las mujeres con escaso apoyo social. **Ver Tabla 4.**

Tabla 4. Asociación de los factores sociodemográficos y conducta suicida en el último año de las mujeres víctimas de desplazamiento forzado en tres ciudades de Colombia, 2016.

		Conducta suicida último año		RP	IC95%		Valor p
		Si	No		LI	LS	
Nivel de escolaridad	Ninguno primaria	5,9%	94,1%	1			0,969
	Secundaria	6,4%	93,6%	1,09	0,50	2,46	
	Superior	6,7%	93,3%	1,13	0,33	3,85	
Vive en pareja	Si	4,7%	95,3%	0,61	0,28	1,30	0,192
	No	7,7%	92,3%	1			
Ciudad de residencia	Bogotá	6,3%	93,7%	4,59	1,01	20,90	0,004
	Medellín	10,8%	89,2%	7,89	1,85	33,71	
	Buenaventura	1,4%	98,6%	1			
Grupo de edad	18 - 44 años	7,5%	92,5%	2,46	0,87	6,98	0,076
	45 - 65 años	3,1%	96,9%	1			
Lugar de residencia sin estrato definido	Si	18,5%	81,5%	3,45	1,42	8,40	0,006
	No	5,4%	94,6%	1			
Trabaja	Si	4,9%	95,1%	0,74	0,29	1,90	0,523
	No	6,6%	93,4%	1			
¿Ayudas que solicito? Servicios de salud	Si	7,1%	92,9%	1,23	0,57	2,67	0,594
	No	5,8%	94,2%	1			
¿Necesidad de atención psicológica o psiquiátrica?	Si	8,5%	91,5%	1,56	0,72	3,37	0,256
	No	5,4%	94,6%	1			
¿Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica?	Si	9,1%	90,9%	1,64	0,72	3,73	0,242
	No	5,6%	94,4%	1			
Apoyo social	Adecuado	4,9%	95,1%	0,46	0,22	0,97	0,039
	Escaso	10,8%	89,2%	1			

Tabla 5. Asociación de las variables relacionadas con el desplazamiento y conducta suicida en el último año de las mujeres víctimas de desplazamiento forzado en tres ciudades de Colombia, 2016.

		Conducta suicida último año		RP	IC95%		Valor p
		Si	No		LI	LS	
Tiempo de desplazado	Menor a un año	3,3%	96,7%	1			
	Entre 1 y 5 años	7,1%	92,9%	2,12	0,28	15,78	0,726
	Más de 5 años	6,0%	94,0%	1,79	0,25	13,10	
Número de desplazamientos	Un desplazamiento	5,3%	94,7%	0,58	0,27	1,25	0,161
	Dos o más desplazamientos	9,2%	90,8%	1			
Actor que influye en el desplazamiento	Guerrilla	3,7%	96,3%	1			
	Paramilitares	9,9%	90,1%	2,67	1,20	5,95	0,044
	Otros	6,8%	93,2%	1,83	0,52	6,51	
Actos terroristas	Si	7,1%	92,9%	1,59	0,69	3,67	0,274
	No	4,5%	95,5%	1			
Amenazas	Si	7,5%	92,5%	2,99	0,92	9,76	0,052
	No	2,5%	97,5%	1			
Delitos contra la libertad	Si	13,6%	86,4%	2,81	1,32	5,99	0,006
	No	4,9%	95,1%	1			
Desaparición forzada	Si	9,5%	90,5%	1,72	0,75	3,91	0,198
	No	5,5%	94,5%	1			
Homicidio	Si	10,0%	90,0%	2,28	1,10	4,73	0,023
	No	4,4%	95,6%	1			
Masacres	Si	13,8%	86,2%	2,86	1,34	6,09	0,005
	No	4,8%	95,2%	1			

		Conducta suicida último año		RP	IC95%		Valor p
		Si	No		LI	LS	
Minas antipersonas	Si	12,1%	87,9%	2,13	0,78	5,79	0,137
	No	5,7%	94,3%	1			
Secuestro	Si	5,0%	95,0%	0,79	0,20	3,23	1,000
	No	6,3%	93,7%	1			
Tortura	Si	7,0%	93,0%	1,15	0,36	3,65	0,740
	No	6,1%	93,9%	1			
Vinculación de niños, niñas y adolescentes	Si	6,3%	93,8%	1,01	0,32	3,24	1,000
	No	6,2%	93,8%	1			
Despojo de tierras	Si	7,5%	92,5%	2,89	0,89	9,42	0,072
	No	2,6%	97,4%	1			

Como puede observarse en la tabla anterior, los factores relacionados con el desplazamiento que se encontraron asociados a la conducta suicida en el último año fueron, el actor o grupo armado que influyó en el desplazamiento (p 0,044), haber padecido hechos victimizantes: delitos contra la libertad (p 0,006), ser testigo de homicidio (p 0,023) y masacres (p 0,005).

Respecto de los actores que influyeron en el desplazamiento, las mujeres víctimas del grupo paramilitar tuvieron una mayor prevalencia de conducta suicida en comparación con aquellas víctimas de la guerrilla, con una RP de 2,67 (IC95% 1,20-5,95).

Los hechos victimizantes relacionados con el desplazamiento que tuvieron una asociación significativa con la conducta suicida fueron, delitos contra la libertad (RP: 2,81; IC95% 1,32-5,99), homicidios (RP: 2,28; IC95% 1,10-4,93) y masacres (RP: 2,86; IC95% 1,34-6,09).

Tabla 6. Asociación de trastornos mentales y conducta suicida en el último año de las mujeres víctimas de desplazamiento forzado en tres ciudades de Colombia, 2016.

		Conducta suicida último año		RP	IC95%		Valor p
		Si	No		LI	LS	
Trastorno de pánico	Si	25,0%	75,0%	4,29	1,22	15,11	0,026
	No	5,8%	94,2%	1			
Ansiedad generalizada	Si	22,2%	77,8%	3,80	1,06	13,68	0,043
	No	5,8%	94,2%	1			
Agorafobia	Si	6,3%	93,8%	1,01	0,15	7,00	1,000
	No	6,2%	93,8%	1			
Fobia social	Si	16,7%	83,3%	2,99	1,12	7,96	0,028
	No	5,6%	94,4%	1			
Fobia específica	Si	15,3%	84,7%	3,20	1,51	6,79	0,002
	No	4,8%	95,2%	1			
Estrés postraumático	Si	0,0%	100,0%	NC	NC	NC	0,095
	No	6,8%	93,2%				
Ansiedad separación por	Si	4,5%	95,5%	0,73	0,10	5,10	1,000
	No	6,3%	93,7%	1			
Depresión mayor	Si	16,7%	83,3%	3,18	1,37	7,38	0,006
	No	5,2%	94,8%	1			
Distimia	Si	0,0%	100,0%	NC	NC	NC	1,000
	No	6,3%	93,7%				
Bipolar	Si	14,3%	85,7%	2,36	0,37	15,06	0,362
	No	6,0%	94,0%	1			
Bulimia	Si	0,0%	100,0%	NC	NC	NC	0,785
	No	6,9%	93,1%				
Anorexia	Si	0,0%	0,0%	NC	NC	NC	NC
	No	6,9%	93,1%				

Analizando los diferentes trastornos mentales en la población víctima de desplazamiento, se encontró que los que estuvieron asociados en forma estadísticamente significativa con la conducta suicida, fueron Trastorno de pánico (RP: 4,29; IC95%1,22-15,11), Ansiedad generalizada (RP: 3,80; IC95% 1,06-13,68), Depresión mayor (RP: 3,28; IC95% 1,37-7,38) y Fobia social (RP: 2,99, IC95% 1,12-7,96).

Es importante destacar que no hubo casos de conducta suicida en mujeres que manifestaron algunos trastornos mentales como estrés postraumático, distimia, bulimia y anorexia.

7.9. VARIABLES QUE EXPLICAN LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO

Tabla 7. Modelo de regresión logística multivariada

	B	Wald	Sig.	OR Ajust	95% C.I. para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Ser víctima de delitos contra la libertad	1,109	6,005	0,014	3,031	1,249	7,357
Haber padecido depresión en el último año	1,157	4,820	0,028	3,180	1,132	8,935
Vivir en Buenaventura		8,736	0,013			
Vivir en Bogotá	1,587	3,949	0,047	4,891	1,022	23,409
Vivir en Medellín	2,193	8,185	0,004	8,966	1,995	40,290
Constante	-4,703	40,250	0,000	0,009		

Se realizó una regresión logística en el programa SPSS versión 24 donde se introdujeron las variables independientes más significativas en el análisis bivariado; en los factores sociodemográficos se tuvieron en cuenta el grupo de edad, apoyo social y ciudad de residencia; las variables correspondientes a hechos victimizantes fueron el actor que influyó en el desplazamiento, amenazas, delitos contra la libertad, presenciar homicidios, masacres y despojo de tierras y en las variables de trastornos mentales se consideraron la depresión mayor en el último año y el trastorno de pánico.

Teniendo en cuenta las variables anteriormente mencionadas, se utilizó el método hacia adelante, donde el modelo arrojó tres variables, ciudad de residencia, delitos contra la libertad y depresión mayor en el último año, con una significancia (sig) menor de 0,05 cada una. Se evidenció una capacidad de predicción del modelo del 93,8%. La evaluación del modelo se hizo a través de la prueba de Hosmer-Lemeshow cuyo resultado $p = 0,664$ indicó que la regresión logística se ajustaba de forma perfecta al modelo. El coeficiente de determinación R^2 de Nagelkerke (0.140) demostró que el modelo explicaba solo el 14% de la variabilidad de la conducta suicida.

La ecuación resultante del modelo propuesto fue la siguiente:

$$p(\text{comportamiento suicida}) = \frac{1}{1 + e^{-(-4,703 + 2,193_{\text{Medellín}} + 1,587_{\text{Bogotá}} + 1,157_{\text{Depresión}} + 1,109_{\text{Delitos}})}}$$

Se realizó el cálculo de la Razón de Prevalencia (RP) ajustado mediante la fórmula de Miettinen (36) teniendo en cuenta que la prevalencia del evento fue del 20,4%, según la fórmula:

$$PR = \frac{OR}{(1 + p_1 * [OR - 1])} \quad IC95\%: OR^{(1 \pm \frac{1,96}{z})}$$

Tabla 8. Resultados de RP ajustados según fórmula de Miettinen

	RP ajustado	IC 95%	
		LI	LS
Ser víctima de delitos contra la libertad	2,76	1,23	6,20
Haber padecido depresión en el último año	2,86	1,12	7,29
Vivir en Bogotá	3,93	1,02	15,14
Vivir en Medellín	4,82	1,64	14,16

De acuerdo con la información anterior, se puede considerar que vivir en Medellín implica una mayor probabilidad de presentar una conducta suicida con una RP de 4,82 (IC95% 1,64 - 14,16) por cada mujer residente en Buenaventura que hubiese presentado el evento, asimismo, para quienes vivían en Bogotá la probabilidad de padecer el evento fue 2,93 veces mayor que la de quienes se encontraban en la ciudad de referencia (Buenaventura). El trastorno mental significativo en el modelo fue la depresión mayor en el último año con una prevalencia 1,86 veces mayor respecto de quienes no padecían este trastorno (IC95% 1,12 - 7,29) y el factor que más influyó en el modelo fue ser víctima de delitos contra la libertad con un RP de 2,76 (IC95% 1,23 - 6,20).

8. DISCUSIÓN

Colombia encabeza el listado de las naciones con mayor número de desplazados internos, seguido de Siria y la República Democrática del Congo, por situaciones de conflicto armado y violencia generalizada (37). Las múltiples manifestaciones de la violencia en Colombia relacionadas con el accionar de distintos grupos armados en búsqueda del control territorial y el ejercicio de poder en zonas geográficas estratégicas por su potencial de recursos naturales explotables y cultivos ilícitos base del narcotráfico, así como intereses macroeconómicos de desarrollo, han originado el desplazamiento forzado de millones de personas del área rural, determinando una crisis humanitaria de enormes proporciones y una reconfiguración urbana acelerada (21,38).

Las cifras de población víctima del conflicto armado en Colombia, a corte de 30 de junio de 2020 indican que se han reconocido y registrado dentro del Registro Único de Víctimas (RUV) un total de 9.031.048 personas de las cuales el 50,3% son mujeres. El delito de desplazamiento forzado se presentó en 8.047.756 personas (39). De acuerdo con datos registrados en el Informe del Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH), para el 31 de diciembre de 2014, se habían reportado 6.459.501 víctimas de desplazamiento forzado, lo que denota que el problema del desplazamiento forzado en Colombia ha permanecido activo a través de los años, como puede además evidenciarse si se tiene en cuenta que el 7% de la población del estudio manifestó un tiempo de desplazamiento menor a un (1) año y el 36% contaban entre uno (1) y cinco (5) años en esta situación. La persistencia del desplazamiento en Colombia ha involucrado la extensión a prácticamente todo el territorio nacional, con modificaciones en las áreas geográficas afectadas y los actores, así como la intencionalidad y modalidades de las prácticas de violencia entre las que se cuentan el confinamiento y el desplazamiento intraurbano (22).

Aunque la proporción de hombres y mujeres desplazados es cuantitativamente equivalente, las características particulares de la afectación femenina y de sus efectos han requerido de un abordaje de género que propone dar cuenta del impacto desproporcionado en sus vidas, relacionado con inequidades y exclusiones presentes desde antes del desplazamiento y de la severidad de los hechos victimizantes por el hecho de ser mujeres, situaciones que se perpetúan después del desplazamiento (40).

El desplazamiento forzoso al producir la separación de familias enteras y la ruptura del tejido social desencadena estrés y trastornos mentales, aumentando el riesgo de suicidio entre los sobrevivientes. Trastornos mentales como depresión y ansiedad, así como rasgos limítrofes de la personalidad y el antecedente de desplazamiento por violencia se encuentran asociados a ideación suicida grave (7).

Acorde con la información previa obtenida del estudio de Salud Mental en Víctimas de Desplazamiento Forzado, la conducta suicida en sus tres componentes (ideación, planeación e intento) (8) se presentó en mayor proporción en las mujeres respecto a los hombres, coincidiendo con la tendencia nacional evidenciada en la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015 (ENSM 2015) en la cual se utilizó también la herramienta CIDI-CAPI en su versión 2.1. para la evaluación de la conducta suicida, teniendo como resultado que las mujeres de la población general manifestaron esta conducta con mayor frecuencia que los hombres (10).

Específicamente las mujeres de la población general tuvieron según la ENSM 2015 una ideación en el 7,6% (IC 95% 6,6-8,7), planeación en el 2,7% (IC95% 2,1-3,0) e intento de suicidio en el 3,3% (IC95% 2,6-4,1), en contraste con la población del presente estudio que presentaba una prevalencia de vida para ideación del 20,4%, planeación en el 6,4% e intento en el 8,9%, lo que demuestra mayor prevalencia de conducta suicida en la población de mujeres víctimas de desplazamiento respecto de las mujeres de la población general (10).

Aún en el subgrupo de análisis de población desplazada de la misma ENSM 2015 sin discriminar por sexo, la ideación y el intento suicida fueron inferiores a los encontrados en el presente estudio, con ideación del 12,5% (IC95% 9,0-17,1) e intento del 5,5% (IC95% 3,1-9,6) (10).

Respecto a la prevalencia de ideación suicida en el último año, según los resultados de Xu y colaboradores en su estudio en población adulta del área urbana de la provincia de Ganzu en China, los hombres reportaron una menor ideación suicida que las mujeres (3.62 % vs. 5.04 %); siendo la de las mujeres inferior a la presentada por la población del presente estudio que alcanzó en el último año una prevalencia de 6.2%, indicando que se trata de una población con mayor riesgo de conducta suicida (28).

En el análisis del evento de conducta suicida en la población general, se ha identificado que el 11,5% manifiesta problemas económicos, el 6,2% problemas escolares y el 5,8% maltrato físico, psicológico y sexual, siendo estos factores desencadenantes del intento suicida (4). Dentro de los factores sociodemográficos analizados en este estudio, sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la conducta suicida con el nivel de escolaridad, la situación del empleo ni la relación de pareja, a diferencia de los hallazgos de Lövestad y colaboradores (29) en un estudio de mujeres suecas, estudiadas en cuatro cohortes en el periodo de 1989 a 2015, siendo evidenciado que en mujeres jóvenes con menor escolaridad se tuvo un mayor riesgo de ideación suicida que en mujeres con más de doce años de escolaridad. Asimismo, en algunos periodos de tiempo el estar desempleada se asoció con mayor riesgo y ser soltera significó tener mayor riesgo en comparación con las mujeres casadas o en pareja.

Respecto al logro educativo en las mujeres, también se ha demostrado que se asocia con menor riesgo, se considera que un mayor nivel educativo beneficia la salud mental, dado que esto lleva a mayores ventajas, como auto superación, más recursos económicos y sociales, mejor acceso a servicios de salud, a diferencia del bajo nivel educativo que determina una desventaja social (30); aunque el nivel de escolaridad no estuvo asociado con el evento en estudio en la población observada, el 43,0% contaba con secundaria y 10,2% alcanzaron educación superior a pesar de sus circunstancias.

En el año 2017 el informe del evento intento de suicidio del SIVIGILA reportó que las entidades territoriales con mayor número de casos fueron: Antioquia, Vaupés, Bogotá (4). Consecuentemente, en este estudio se evidencia que en Medellín el 10,8% de las mujeres desplazadas presentaba conducta suicida en el último año, mientras que en Bogotá se presentó en el 6,3% y en Buenaventura en el 1,4%. El análisis de los sitios de procedencia de las mujeres asentadas en cada una de las tres ciudades receptoras, que para Medellín corresponden a Antioquia, Chocó y Córdoba, para Bogotá corresponden a Tolima, Cundinamarca y Meta y para Buenaventura corresponden a Valle del Cauca, Nariño y Chocó (8), permite considerar factores tales como los grupos étnicos afectados en dichos territorios, el grupo armado que ejerció la violencia en los territorios y los hechos victimizantes sufridos por las mujeres, para entender las diferencias de riesgo de conducta suicida entre las tres ciudades, sin desconocer los posibles factores presentes en las ciudades de destino como el asentamiento de personas en áreas con persistencia de conflicto, así como factores relacionados con la integración y cohesión social encontrada en los sitios receptores. Medellín, la ciudad con mayor riesgo de conducta suicida en comparación con las otras dos ciudades, es reconocida como una de las principales ciudades receptoras de población víctima de desplazamiento forzado, donde el 49% de los desplazamientos son intraurbanos, lo que puede implicar que se presente además el fenómeno de revictimización (22).

Según información del CNMH, se ha reconocido por el estado colombiano el impacto diferencial causado a comunidades afrocolombianas e indígenas al ser desplazadas de sus territorios, pues esta ubicación geográfica ha sido foco de disputas ante los intereses financieros de “empresas criminales que favorecieron, propiciaron y patrocinaron el éxodo”, generando afectación de sus derechos individuales y colectivos y agudizando su situación de vulnerabilidad previa en relación con la pobreza y marginación históricas (22). En la ciudad de Buenaventura, según informe de la gobernación del Valle del 2004, acorde con información del estudio macro, el 90% de la población desplazada asentada allí se caracteriza por ser del grupo étnico negro (8).

El apoyo social se encontró asociado con un menor riesgo de conducta suicida (RP 0,46 IC95%0,22-0,97) lo cual se ubica en la misma dirección de los resultados de Akbari y colaboradores (41), en cuyo estudio de casos y controles en población mayor de 15 años

iraní con antecedente de intento suicida, se pudo establecer que el soporte familiar y social no se asoció con el evento en estudio y un punto de incremento en la percepción de apoyo social de los amigos llevó a una reducción del 5% del riesgo de sufrir el evento (OR = 0.95) IC 95%: 0.90 – 0.99), aunque se tratara de poblaciones diferentes a quienes se les aplicaron distintas escalas de medición de la percepción del apoyo social. Como lo indican Martínez y colaboradores (42), el apoyo social, específicamente en el ámbito comunitario se configura en una herramienta terapéutica en contextos de desplazamiento forzado intraurbano pues permite la expresión de sentimientos y ayuda mutua, que conllevan a procesos de movilización social necesarios para el tránsito de la victimización a la sobrevivencia. La evidencia de la existencia de factores de protección relacionados con el apoyo social permite generar una recomendación para el fortalecimiento de la respuesta institucional dirigida al acompañamiento y la generación de estrategias de conformación de redes de apoyo en distintos niveles para el adecuado afrontamiento de la situación de crisis derivada del desplazamiento forzado.

En este estudio, los trastornos mentales relacionados con el evento de conducta suicida fueron, trastorno de pánico (25,0%), ansiedad generalizada (22,2%), fobia social (16,7%), fobia específica (15,3%) y depresión mayor (16,7%). De acuerdo con el boletín de conducta suicida, los trastornos psiquiátricos más frecuentes relacionados con el evento suicida fueron: el trastorno depresivo (35,4%), otros trastornos psiquiátricos (3,4%) y el abuso de sustancias psicoactivas (6,6%). (4) Uno de los trastornos frecuentemente asociados con la conducta suicida es la depresión. Para la OMS, la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por sentimientos de tristeza, pérdida de interés, culpa; esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública y más o menos 350 millones de personas se encuentran afectadas por la depresión, lo que conlleva al suicidio (43). Esta enfermedad mental se considera de origen multifactorial con una mayor prevalencia en mujeres, con un componente genético y epigenético en estudio, además de su fuerte asociación con situaciones generadoras de estrés (44), lo que ha sido estudiado en contextos como el de Colombia, encontrando asociación con la violencia derivada del conflicto armado en poblaciones jóvenes lo que demuestra el severo impacto de la guerra en diversas regiones del país (45).

Las evidencias del trauma emocional que genera el desplazamiento forzado interno han sido también detectadas mediante metodología cualitativa como en el caso de un estudio etnográfico aplicado en un grupo de mujeres víctimas de desplazamiento forzado interno en México, en el que las mujeres expresaron sentimientos de dolor y tristeza ante las pérdidas materiales y humanas, así como miedo, angustia, falta de confianza y desesperanza, síntomas que hacen parte de los diagnósticos de trastornos mentales asociados con los eventos de violencia directa (46).

En relación con los hechos victimizantes sufridos por las participantes, se encontró que el despojo de tierras era el más frecuente en la población, denunciado por el 73.5% de ellas, sin embargo, no se asoció estadísticamente con la conducta suicida. Los factores que se encontraron asociados con el evento, como ser víctimas de delitos contra la libertad, ser testigos de masacres y de homicidios, se entienden desde la severidad de los delitos y el posible impacto psicológico sobre las víctimas. Además se ha considerado que la mayoría de las víctimas padecieron varios delitos y tuvieron que hacer frente no solo al impacto físico y psicológico directo sino que tuvieron que asumir el impacto de la afectación de sus familiares y allegados, como se determinó mediante entrevistas a mujeres en situación de desplazamiento en las que el 78% hizo referencia a los hechos experimentado por sus seres queridos, teniendo en cuenta que el 84% de los familiares afectados pertenecían a su núcleo familiar (47). No se cuenta en este estudio con información sobre otras formas de violencia sufrida por las mujeres, como pudo establecerse en el mismo documento en el que la violencia en la niñez fue experimentada por más de una cuarta parte de las mujeres, cerca de una tercera parte declaró haber sufrido violencia de pareja y un 15% sufrió violencia sexual en cualquier momento de su vida (47). En la presente investigación se carece de información sobre la violencia sexual que en sus diversas manifestaciones pudo afectar a la población observada, teniendo en cuenta que la violencia y la tortura sexual se constituyeron en tácticas de guerra dirigidas a lograr la dominación y el control de las comunidades y los territorios mediante la apropiación y daño de los cuerpos femeninos, siendo reconocida por la Corte Constitucional como práctica “habitual, extendida, sistemática e invisible” con un efecto expulsor directo, ejercido por todos los actores armados legales e ilegales en el contexto del conflicto armado colombiano (22,47). Adicionalmente, la ausencia de denuncia de los crímenes, específicamente de los crímenes sexuales obedecía entre otros factores a la vergüenza y el miedo a la discriminación y estigmatización en sus contextos familiares y sociales, así como la desconfianza ante las instituciones encargadas de la administración de justicia, debido por un lado a la indiferencia y por el otro a la complicidad de estas con los grupos armados expulsos (48, 49).

Referente a los actores que generaron el desplazamiento, aunque la guerrilla influyó más de la mitad de los casos de desplazamiento en la población de estudio, en el análisis bivariado se observó que los paramilitares representan un mayor riesgo de generar conducta suicida frente a la guerrilla y otros grupos armados, lo cual puede ser analizado principalmente desde la perspectiva del área de influencia y las acciones delictivas ejercidas sobre las comunidades. El CNMH en su informe del año 2013 manifiesta que el dominio del norte del país era ejercido por los paramilitares quienes provocaron desplazamientos masivos de población llevando a cabo masacres, asesinatos selectivos y otros delitos mientras que la guerrilla tenía una mayor presencia y poder en el sur del país generando desplazamientos por cuenta de atentados contra la infraestructura, siembra de minas antipersonal, secuestros y reclutamiento de niños, niñas y adolescentes (22). En el periodo 2005-2014, sin embargo se vio afectada la zona del Andén Pacífico Sur, a lo largo de la

costa del Océano Pacífico, con localización en los departamentos de Cauca, Nariño y Valle del Cauca, en los territorios ancestrales de comunidades afrocolombianas e indígenas, en donde principalmente se tienen intereses por las zonas marítimas para el tráfico de drogas, armas y personas, en un contexto posterior a la desmovilización de los jefes paramilitares lo que dejó a grupos fragmentados con antiguos mandos medios a cargo de un accionar delictivo similar, con disputas y alianzas con otros grupos como narcotraficantes y guerrillas.
(22)

9. LIMITACIONES

Entre las limitaciones del estudio, es necesario mencionar que se realizó con base en información retrospectiva, por lo que es posible que la prevalencia de la conducta suicida esté limitada a esta. Por tratarse de un estudio transversal, no es posible considerar la temporalidad y el orden de ocurrencia de los eventos en estudio además de las asociaciones causales de los factores de riesgo más influyentes en la conducta suicida. La información de conducta suicida en sus tres componentes, es decir, la ideación, la planeación y el intento se analizaron por separado y no como un proceso, lo que podría explicar la mayor prevalencia en uno de ellos; adicionalmente, se analizaron diversos aspectos, sin embargo, algunos no pudieron ser incluidos, como intentos previos y antecedentes familiares de suicidio, que son reconocidos en la literatura como importantes factores de riesgo.

Desafortunadamente en Colombia, aún con todos los mecanismos legales instaurados para la identificación de la población en situación de desplazamiento, se presenta un importante subregistro de los hechos, dado que muchas personas no buscan ayuda por desconocimiento o temor, además de una pobre red institucional en algunas regiones del país y porque no existe un organismo que realice búsqueda activa de esta población.

Otras de las limitaciones es la etnia, pues la población correspondía principalmente a mujeres afrodescendientes, lo que implica que se tienen características socioculturales diferentes a las de otros grupos poblacionales, además de una localización geográfica que determinó los hechos de violencia sufridos por las comunidades al norte del país, por lo que no se pueden generalizar los resultados a toda la población en situación de desplazamiento. En relación con los hechos victimizantes no puede dejarse de mencionar, por último, la ausencia de información relacionada con las diferentes formas de violencia sexual sufrida en el contexto del conflicto armado, así como los antecedentes de violencia intrafamiliar y de pareja que pudiesen permanecer vigentes hasta el momento de la encuesta, lo que restringe el análisis integral del impacto de género en relación con el evento en estudio en esta población.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este estudio se incluyó una población de 437 mujeres en situación de desplazamiento, de las cuales el 33,9% pertenecían a la ciudad de Medellín, el 33,4% a la ciudad de Bucaramanga y el 32,7% a la ciudad de Bogotá; algo más de la tercera parte de las mujeres tenía una edad de 30 a 44 años. El 40,0% de las mujeres se encontraban en unión libre, más del 90% tenían estrato socioeconómico bajo y más de la mitad eran amas de casa.

En cuanto a las características relacionadas a la atención de salud después de haber presentado el desplazamiento, el 28,8% de las mujeres solicitaron algún tipo de servicio de salud, donde se evidenció que un 17,6% necesitó atención psicológica o psiquiátrica indicando el reconocimiento del impacto en la salud física y mental derivada de la experiencia como víctimas del conflicto armado.

Respecto a los hechos victimizantes, la guerrilla fue el actor armado que determinó más de la mitad de los casos de desplazamiento (55.4%) y los delitos más frecuentes fueron: el despojo de tierras con un 73,5%, las amenazas con un 72,8% y los actos terroristas con un 64,3%. El factor victimizante menos frecuente fue la exposición a minas antipersonas con un 7,6%.

En el último año los trastornos mentales predominantes fueron estrés postraumático (9,6%) y depresión mayor (8,2%).

Con respecto a la conducta suicida, la ideación suicida correspondió un 20,4% para la vida y un 6,2% para el último año; el intento suicida (8,9%) fue más frecuente que la planeación suicida (6,4%) a lo largo de la vida, pero en el último año las dos manifestaciones tuvieron una frecuencia relativamente similar.

Al realizar el análisis por ciudad de residencia, se evidenció que Medellín presentó un mayor riesgo de conducta suicida frente a Buenaventura (7,89 veces), mientras que para Bogotá el riesgo fue 4,59 veces mayor que el de Buenaventura.

También se pudo observar que, en el último año, las mujeres que viven en un lugar de residencia sin estrato definido tienen un riesgo 3,45 veces mayor de presentar una conducta suicida en relación con las mujeres que viven en un lugar con estrato definido. El apoyo social fue observado como un factor de protección para el evento.

Los factores que estuvieron relacionados con el desplazamiento y se encontraron asociados estadísticamente a la conducta suicida en el último año fueron el grupo armado, específicamente el grupo paramilitar que tuvo una probabilidad 2,67 veces mayor que la guerrilla de generar conducta suicida en las víctimas y los hechos victimizantes como delitos contra la libertad, ser testigo de homicidios y masacres.

Los trastornos mentales que estuvieron asociados a la conducta suicida en la población víctima del desplazamiento fueron: trastorno de pánico, ansiedad generalizada, depresión mayor y fobia social. No se presentaron casos de conducta suicida en mujeres que manifestaron algunos trastornos mentales como estrés postraumático, distimia, bulimia y anorexia.

Finalmente, se usó un modelo de regresión logística, donde se evidenció que en Medellín se tiene una mayor probabilidad de presentar una conducta suicida que llega a 4,82 veces por cada mujer residente en Buenaventura, el trastorno mental que sobresalió en el modelo fue la depresión mayor en el último año con una probabilidad 1,86 veces en relación con las mujeres que no manifiestan este trastorno y el hecho victimizante que más influyó en el modelo fue ser víctima de delitos contra la libertad.

Se puede decir que, a través de la historia del conflicto armado en Colombia, las mujeres han recibido un impacto desproporcionado relacionado con el género, con secuelas físicas y mentales no reconocidas ni reparadas por parte de la Sociedad y el Estado, que se traducen en una mayor prevalencia de conducta suicida.

La voz de las mujeres víctimas del desplazamiento debe ser escuchada y sus demandas atendidas, ante la evidencia de que las redes de apoyo social se constituyen en factor de protección, se requiere un esfuerzo de integración institucional para dar respuesta oportuna y eficaz a sus necesidades.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative. [Internet] [consultado 20 Abr 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [Internet] [consultado 10 Abr 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas. Mortalidad por Suicidio en las Américas. Informe regional. [Internet] [consultado 10 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental: Conducta suicida. Subdirección de enfermedades no transmisibles. [Internet] [consultado 10 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
5. Phillips MR. Rethinking the role of mental illness in suicide. [Editorial]. Am J Psychiatry [Internet] 2010; [consultado 10 Abr 2020];167(7):731-733. Disponible en: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2010.10040589>
6. COHDES. El Desplazamiento Forzado y la Imperiosa Necesidad de la Paz [Internet]. [consultado 12 Abr 2020]. Disponible en: <https://pacificocolombia.org/wp-content/uploads/2016/05/0948563001415672255.pdf>
7. Chaparro P, Acosta JC, Díaz D, Maldonado L, Castañeda C. El suicidio en Colombia: del descenso permanente al aumento preocupante desde 2014. Observatorio Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. [Internet] [consultado 10 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Policy-Brief-de-suicidio.aspx>
8. Castaño G, Sierra G, Sánchez D, Semenova N, Salas C, Buitrago C, et al. Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura [Internet] Universidad CES; 2018 [consultado 17 Mar 2020] Disponible en: <http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/3846/1/Salud-mental-en-v%C3%ADctimas-de-desplazamiento-forzado-por-la-violencia-en-C...pdf>

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión convivencia social y salud mental. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet] [consultado 20 Mar 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx%5Cnhttps://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/dimension-convivencia-social.aspx>

10. Ministerio de Salud y Protección Social. Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. [Internet] [consultado 10 Abr 2020]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03110_2015-salud_mental_tomol.pdf

11. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). [Internet]. [consultado 12 Abr 2020]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_CSuicida/GPC_C_Suicida_Profesionales.pdf

12. Tamayo N, Rincón CJ, De Santacruz C, Bautista N, Collazos J, Gómez C. Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental en 2015. Rev Colomb Psiquiat [Internet] 2016 [consultado 20 Abr 2020]; 45(S1):113–118. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a15.pdf>

13. República de Colombia; Corte constitucional; Sala segunda de revisión; AUTO N° 092 de 2008. [Internet] [consultado 14 May 2020].

14. Ministerio de Salud y Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Documento Propuesta de Ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014. [Internet]. [consultado 22 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2014/07/Documento-propuesta-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Salud-Mental-Colombia-2014-Conflicto-de-codificaci%C3%B3n-Unicode.pdf>

15. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0. [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011 [consultado 24 Abr 2020]. Disponible en : <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/self-directed-violence-a.pdf>

16. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet [Internet] 2016 [Consultado 23 Abr 2020];387(10024):1227–1239. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319859/pdf/nihms5511.pdf>
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: Intento de suicidio. [Internet] [consultado 10 Abr 2020]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Intento%20Suicidio_.pdf
18. Naghavi M. Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ [Internet] 2019 [consultado 04 Abr 2020];364(l94). Disponible en: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l94>
19. Macana NL. Comportamiento del suicidio: Colombia, año 2018. Forensis [Internet] 2018 [consultado 02 May 2020]; p267-294. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>
20. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe del evento Intento de Suicidio, Colombia, 2018. [Internet] [consultado 10 Abr 2020]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf
21. Arenas A, Gómez C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiat [Internet] 2016 [consultado 20 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a10.pdf>
22. Centro Nacional de Memoria Histórica. Una Nación Desplazada. Informe Nacional del Desplazamiento Forzado en Colombia. [Internet] [consultado 06 May 2020]. Disponible en : <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2015/nacion-desplazada/una-nacion-desplazada.pdf>
23. Internal Displacement Monitoring Centre. Norwegian Refugee Council. Global Report on Internal Displacement. GRID 2020. [Internet] [consultado 06 May 2020]. Disponible en: <https://www.internal-displacement.org/sites/default/files/publications/documents/2020-IDMC-GRID.pdf>

24. Guzmán D, Uprimny R. Restitución de tierras para las mujeres víctimas del conflicto armado. *Dejusticia* [Internet] 2010 [consultado 09 May 2020]. Disponible en: https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_181.pdf
25. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento-CODHES. Desplazamiento forzado intraurbano y soluciones duraderas. Vol. II Bogotá, Cúcuta y Quibdó. [Internet] [consultado 09 May 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2014/9609.pdf>
26. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Gobierno y Derechos Humanos. Subsecretaría de Derechos Humanos. Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas. Desplazamiento Forzado y Desplazamiento Forzado Intraurbano: Contexto y dinámica en Medellín durante el 2014. [Internet] [consultado 09 May 2020]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldeCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_0_0_0/Informes/Shared%20Content/Documentos/2015/11DFI-Contextodinamica2014_Mayo2015.pdf
27. Forte A, Trobia F, Gualtieri F, Lamis D, Cardamone G, Giallonardo V et al. Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *Int J Environ Res Public Health* [Internet] 2018 [consultado 04 Abr 2020];15(7):1438. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6068754/pdf/ijerph-15-01438.pdf>
28. Xu H, Zhang W, Wang X, Yuan J, Tang X, Yin Y et al. Prevalence and influence factors of suicidal ideation among females and males in Northwestern urban China: a population-based epidemiological study. *BMC Public Health* [Internet] 2015 [consultado 03 May 2020]; 15:961. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4582628/pdf/12889_2015_Article_2257.pdf
29. Lövestad S, Löve J, Vaez M, Waern M, Hensing G, Krantz G. Suicidal ideation and attempts in population-based samples of women: temporal changes between 1989 and 2015. *BMC Public Health* [Internet] 2019 [consultado 03 May 2020];19(1):351. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6440083/pdf/12889_2019_Article_6685.pdf
30. Siqueira A, Rodrigues A, Koller S, Martins de Almeida R. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Cien Saude Colet* [Internet] 2018 [consultado 03 May 2020]; 23(11):3767-3777. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103767&lng=en&nrm=iso&tlng=en
31. Pawlak J, Miechowicz I, Dmitrzak-Węglarz M, Szczepankiewicz A, Zaremba D, Kapelski P, et al. Are suicide risk factors gender specific? *Psychiatr Pol* [Internet] 2018 [consultado

03 May 2020];52(1):21-32. Disponible en:
http://psiquiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2018/ENGver21Pawlak_PsychiatrPol2018v52i1.pdf

32. American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. [Internet]. Washington, DC [consultado 18 May 2020]. Disponible en: <http://psychiatryonline.com>

33. Organización Panamericana de la Salud. CIE X. Clasificación Internacional de Enfermedades–CIE 10. [Internet] [consultado 18 May 2020]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>

34. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993: por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet] [consultado 18 May 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

35. Ley Habeas Datas, Estatutaria L. Ley 1266 de 2008, Congreso de la República. Diario Oficial No. 47.219 de 31 de diciembre de 2008. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1266_2008.html

36. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín MI, Regidor E, Borrell C, Fernández E. ¿Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización en estudios transversales. Gaceta sanitaria. [Internet] 2003 [consultado 20 Jul 2020]; 17(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000100012

37. ACNUR. Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2018. [Internet] [consultado 20 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/5d09c37c4.pdf>

38. Andrade JA, Albarracín PA, Giraldo JE, Rico A. Razones para vivir en personas que se encuentran en situación de desplazamiento forzado. Revista colombiana de ciencias sociales [Internet] 2012 [consultado 20 Ago 2020]; 3(2):198-210. Disponible en : <https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856285002.pdf>

39. Unidad para la atención y reparación integral de víctimas. Reporte víctimas conflicto armado. [Internet] [consultado 20 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>.

40. CINEP/PPP. Enfoque diferencial de género en la restitución de tierras. [Internet] 2015 [consultado 22 Ago 2020]. Disponible

en:http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/cinep/20161026022256/20150810.Boletin_EnfoqueDiferencial.pdf

41. Akbari M, Haghdoost A, Nakhaee N, Bahramnejad A, Baneshi MR, Zolala F. Risk and protective factor for suicide attempt in Iran: A matched case-control study. Arch Iran Med [Internet] 2015 [consultado 22 Ago 2020];18(11):747-752. Disponible en: <http://www.ams.ac.ir/AIM/NEWPUB/15/18/11/004.pdf>

42. Martínez AM, Castro LM, Antívar DF. Apoyo social en mujeres sobrevivientes de desplazamiento intraurbano en Medellín-Colombia. Revista de paz y conflictos. [Internet] 2020 [consultado 22 Ago 2020];13(1):275-291. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7491356>

43. Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de Enfermedades no Transmisibles. Boletín de Salud Mental. Depresión. [Internet] 2017 [consultado 23 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

44. Restrepo M, Sánchez E, Vélez MC, Marín JS, Martínez LM, Gallego D. Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. Divers.:Perspect.Psicol. [Internet] 2017 [consultado 23 Ago 2020];13(2):279-294. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00279.pdf>

45. Londoño A, Romero P, Casas G. The association between armed conflict, violence and mental health: a cross sectional study comparing two populations in Cundinamarca department, Colombia. Conflict and Health. [Internet] 2012 [consultado 23 Ago 2020];6(12):1-6. Disponible en: <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1752-1505-6-12>

46. Pérez BG. Consecuencias de la violencia en México: mujeres desplazadas internamente por la fuerza en la región serrana del estado de Durango. Cuicuilco. Rev. cienc. antropol. [Internet] 2018 [consultado 23 Ago 2020];25(73):39-67. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-84882018000300039&lang=es

47. Ruta Pacífica de las Mujeres. La verdad de las mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia. Versión resumida. [Internet] 2013 [consultado 25 Ago 2020] Disponible en: <https://www.rutapacifica.org.co/images/libros/versionresumida.pdf>

48. Grupo de Trabajo “Mujer y género, por la verdad, la justicia, la reparación y la reconciliación”. Recomendaciones para garantizar los derechos a la verdad, la justicia y la reparación de las mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia. [Internet] 2008 [consultado 25 Ago 2020] Disponible en: https://www.humanas.org.co/archivos/Recomendaciones_para_garantizar_los_derechos.pdf

49. Restrepo Espinoza MH, Zuleta Pardo M (dir), Hernández M (dir). Entre trauma, víctimas y vulnerables. Biopolítica, Desplazamiento Forzado Interno y Salud Pública. [Tesis doctoral en internet]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2015 [consultado 20 Sep 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/301677301_Entre_Trauma_victimas_y_vulnerables_Biopolitica_Desplazamiento_Forzado_y_Salud_Publica

12. ANEXOS

Anexo 1. Tabla de variables

FACTORES RELACIONADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA EN MUJERES DESPLAZADAS DE COLOMBIA EN EL AÑO 2016		
Factores sociodemográficos	Factores victimizantes experimentados y relacionados con el desplazamiento	Trastornos mentales concomitantes y alguna enfermedad discapacitante de base
<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de escolaridad - Estado civil - Lugar de residencia - Edad - Estrato socioeconómico - Ocupación - Acceso a los servicios de salud - Apoyo social 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de desplazamiento - Desplazamientos repetidos - Actor armado del desplazamiento - Hechos victimizantes (subclasificación) <ol style="list-style-type: none"> 1. Ha sido víctima de: Actos terroristas 2. Ha sido víctima de: Amenazas 3. Ha sido víctima de: Delitos contra la libertad 4. Ha sido víctima de: Desaparición forzada 5. Ha sido víctima de: Homicidio 6. Ha sido víctima de: Masacres 7. Ha sido víctima de: Minas antipersonas 8. Ha sido víctima de: Secuestro 9. Ha sido víctima de: Tortura 10. Ha sido víctima de: Vinculación de niños, niñas y adolescentes 11. Ha sido víctima de: Despojo de tierras 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de pánico - Ansiedad generalizada - Agorafobia - Fobia social - Estrés postraumático - Ansiedad por separación - Depresión mayor - Distimia - Trastorno bipolar - Bulimia - Anorexia

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS						
NOMBRE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	RANGO	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Edad en años cumplido en el momento de la realización de la encuesta	Cuantitativa Discreta	Razón		13-65	Años
Nivel de escolaridad	Máximo nivel de escolaridad cursado	Cualitativa Politómica	Ordinal	1: Sin estudios 2: Primaria 3: Secundaria 4: Superior 5: Posgrado		
Estado civil	Estado civil en el momento de la encuesta	Cualitativa Politómica	Nominal	1: Soltero 2: Casado 3: Unión libre 4: Separado 5: Viudo		
Lugar de residencia	Ciudad donde reside	Cualitativa politómica	Nominal	1: Bogotá 2: Medellín 3: Buenaventura		
Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico en el que esté ubicada su vivienda	Cualitativa Politómica	Ordinal	1: Uno 2: Dos 3: Tres 4: Cuatro 5: Cinco 6: Seis		
Ocupación	Actualmente trabaja	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Acceso a las redes de salud	Presenta alguna facilidad en acudir a un servicio de atención en salud	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Apoyo social	Cuenta con apoyo social	Cualitativa dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		

FACTORES RELACIONADOS CON EL DESPLAZAMIENTO Y HECHOS VICTIMIZANTES						
NOMBRE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	RANGO	UNIDAD DE MEDIDA
Tipo de desplazamiento	Tipo de desplazamiento	Cualitativa Politómica	Ordinal	1: Individual 2: Familiar 3: Grupal 4: Masivo		
Número de desplazamiento	Número de veces que ha sido desplazado	Cuantitativa Discreta	Razón		1...	Veces
Tiempo de desplazamiento	Hace cuánto tiempo sufrió el primer episodio de desplazamiento	Cuantitativa Discreta	Razón		1-120	Meses
Hechos victimizantes (1)	Ha sido víctima de: Actos terroristas	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Hechos victimizantes (2)	Ha sido víctima de: Amenazas	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Hechos victimizantes (3)	Ha sido víctima de: Delitos contra la libertad	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Hechos victimizantes (4)	Ha sido víctima de: Desaparición forzada	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Hechos victimizantes (5)	Ha sido víctima de: Homicidio	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Hechos victimizantes (6)	Ha sido víctima de: Masacres	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Hechos victimizantes (7)	Ha sido víctima de: Minas antipersonas	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Hechos victimizantes (8)	Ha sido víctima de: Secuestro	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Hechos victimizantes (9)	Ha sido víctima de: Tortura	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Hechos victimizantes (10)	Ha sido víctima de: Vinculación de niños, niñas y adolescentes	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Hechos victimizantes (11)	Ha sido víctima de: Despojo de tierras	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		

TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS						
NOMBRE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	RANGO	UNIDAD DE MEDIDA
Trastorno de Pánico	Ha sufrido trastorno de pánico en el último año	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Ansiedad Generalizada	Ha sufrido ansiedad generalizada en el último año	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Agorafobia	Ha sufrido agorafobia en el último año	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Fobia Social	Ha sufrido fobia social en el último año	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Fobia Específica	Ha sufrido fobia específica en el último año	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Estrés Postraumático	Ha sufrido de estrés postraumático en el último año	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Ansiedad Por Separación	Ha sufrido de ansiedad por separación en el último año	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Depresión Mayor	Ha sufrido depresión mayor en el último año	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Distimia	Ha sufrido distimia en el último año	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Bulimia	Ha sufrido de bulimia en el último año	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		
Anorexia	Ha sufrido anorexia en el último año	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1: Si 2: No		

Anexo 2. Carta De solicitud de uso y manejo de base de Datos

Medellín, 27 de mayo de 2020

Doctor

GUILLERMO ALONSO CASTAÑO PEREZ

Investigador principal

Salud mental (Trastornos mentales) en desplazados por violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura). Colombia 2015-2016.

Universidad CES

Asunto: Solicitud de uso y manejo de base de datos

Cordial saludo respetado Dr. Castaño,

Reconociendo la importancia que genera la aplicación del método científico en el campo de la salud pública y la epidemiología en la búsqueda de aportar elementos que mejoren la calidad de vida de la población, me permito solicitar respetuosamente a usted como directora del grupo de investigación en Salud mental, el uso de la base de datos, donde reposa la información recolectada del proyecto **Salud mental (Trastornos mentales) en desplazados por violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura). Colombia 2015-2016.**

La información, de ser proporcionada, será utilizada en el desarrollo del proyecto titulado: **"Factores asociados a la conducta suicida en mujeres adultas víctimas de desplazamiento forzado en Bogotá, Medellín, Buenaventura, año 2016"**. Esto como requisito para optar al título de Magister en Epidemiología, programa que hemos venido cursando en la Universidad del Rosario en convenio con la Universidad CES.

Damos garantía de la confidencialidad de la información y que se guardarán los siguientes compromisos éticos:

- Artículo 15 de la Constitución Nacional sobre información consignada en la base de datos y la garantía de la confiabilidad y seguridad en el manejo de ellas.
- Las bases de datos originales y las resultantes del proceso de manipulación de los datos serán administradas para fines investigativos y/o docentes.

Es de anotar, que tanto en el documento del informe final, así como en el artículo científico que se construya con los resultados de este proyecto, generando un producto de nuevo conocimiento, se otorgarán los créditos intelectuales a su equipo de trabajo.

Agradezco su amable atención y espero su oportuna respuesta.

Atentamente,

Myriam Tatiana Medina Bernal

Maria Monica Rangel Gutierrez

Natalia Junca Junca

Estudiantes de Maestría en Epidemiología

Gloria María Sierra Hincapié

Asesora del trabajo de grado

Anexo 3. Carta de Respuesta al uso y manejo de la base de datos

Medellín, 27 de mayo de 2020

Doctoras

MYRIAM TATIANA MEDINA BERNAL
MARIA MONICA RANGEL GUTIERREZ
NATALIA JUNCA JUNCA

Estudiantes

Maestría en Epidemiología

Universidad del Rosario en convenio con la Universidad CES

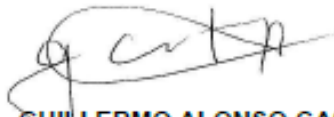
Asunto: Respuesta al uso y manejo de base de datos

Cordial saludo respetadas estudiantes,

De acuerdo a solicitud enviada el día 27 de mayo para el uso y manejo de las bases de datos del proyecto "*Salud mental (Trastornos mentales) en desplazados por violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura). Colombia 2015-2016*", le informo que con gusto puede hacer uso de ella para realizar su trabajo de investigación, con el acompañamiento de la Dra. Gloria María Sierra Hincapie.

Deseándole muchos éxitos.

Atentamente,



GUILLERMO ALONSO CASTAÑO PEREZ

Investigador principal

Proyecto "*Salud mental (Trastornos mentales) en desplazados por violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura). Colombia 2015-2016*"

Universidad CES

Anexo 4. Carta de comunicación del Comité de Investigación e Innovación



Medellín, 17 de junio de 2020

Estudiantes

MARÍA MÓNICA RANGEL GUTIÉRREZ

monicarangel07@gmail.com

MYRIAM TATIANA MEDINA BERNAL

tatiana.medina2014.tm@gmail.com

NATALIA JUNCA JUNCA

natalia.junca1008@gmail.com

Maestría en Epidemiología

Bogotá

Asunto: Comunicación del Comité de Investigación e Innovación Código: Acto 238 Proy 19

Proyecto: Factores asociados a la conducta suicida en mujeres adultas víctimas de desplazamiento forzado en Bogotá, Medellín, Buenaventura, año 2016

Respetadas estudiantes:

En el Comité de Investigación e Innovación de la Facultad de Medicina de nuestra Universidad se aprobó, como consta en el Acta No. 238 del 9 de junio de 2020, su proyecto "FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN MUJERES ADULTAS VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN BOGOTÁ, MEDELLÍN, BUENAVENTURA, AÑO 2016".

Recibirán la asesoría de la Dra. Gloria Sierra y pueden contactarla en el correo electrónico gsierra@ces.edu.co

Teniendo en cuenta que el proyecto se clasifica sin riesgo, según la Resolución 8430/1993, el Comité revisa desde el punto de vista ético dicho proyecto y este aval expedito se registrará en la próxima sesión del Comité Institucional de Ética para Investigación en Humanos (CIEI). Desde el CIEI (comiteeticahumanos@ces.edu.co) recibirá la comunicación de dicho aval.

Cordial saludo,



MÓNICA M. MASSARO C, MD. MSc.
Jefe División Investigación e Innovación
Facultad de Medicina



Anexo 5. Carta de comunicación del Comité Institucional de Ética en investigación en humanos universidad CES.

Sera referendado para el acta Nº 151

Proyecto: Factores asociados a la conducta suicida en mujeres adultas víctimas de desplazamiento forzado en Bogotá, Medellín, Buenaventura, año 2016).

Código del proyecto: Aa-507



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

Medellín, 24 de julio de 2020

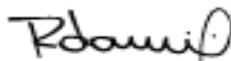
Doctores:
MARÍA MÓNICA RANGEL GUTIÉRREZ
monicarange107@gmail.com
Universidad CES

El presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos Universidad CES hace constar que luego de haber seguido el trámite de evaluación por la vía del aval expedito, acorde a lo dispuesto en el artículo 11 de la Guía Operativa del Comité de Ética en su versión 2.0., decidió avalar el componente ético y la ejecución del siguiente proyecto:

- ✓ Nombre del proyecto: **FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN MUJERES ADULTAS VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN BOGOTÁ, MEDELLÍN, BUENAVENTURA, AÑO 2016**
- ✓ Objetivo: Determinar los factores asociados a la conducta suicida en mujeres adultas en situación de desplazamiento según las características sociodemográficas, trastornos mentales concomitantes y hechos victimizantes experimentados en Bogotá, Medellín y Buenaventura, en el año 2016.
- ✓ Investigadores: María Mónica Rangel Gutiérrez, Myriam Tatiana Medina Bernal y Natalia Junca Junca
- ✓ Grupo de investigación: Salud Mental.
- ✓ La decisión se fundamenta en los siguientes elementos:

El proyecto se encuentra clasificado como un estudio sin riesgo de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993. Se empleará una base de datos del estudio primario "Salud mental (Trastornos mentales) en desplazados por violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura). Colombia 2013-2016"

Este aval será referendado en sesión plena e incluido en el acta 151 del Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos Universidad CES.



RUBÉN DARIO MANRIQUE HERNÁNDEZ
Presidente
Comité de Ética en Investigación en Humanos Universidad CES.
comiteeticahumanos@ces.edu.co