

***Abordaje de la conducta suicida por curso de vida: análisis de
Caldas y Risaralda para las Rutas Integrales de Atención en
Salud.***

***Approach to suicidal behavior across life course: an analysis of Caldas and Risaralda for the
Comprehensive Health Care Routes***

Artículo de investigación

Recibido: 06/11/2022– Aprobado: 06/10/2023 - Publicado: 03/12/2023

ISSN - 2619-6336

DOI: <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.7.1.4693.2024>

Volumen 7-1 2024

**Stefanny Carvajal Pulgarín
Isabel Cristina Jaimes Montaña**

Resumen

La conducta suicida es multifactorial y requiere intervenir para la prevención de muerte por suicidio. **Objetivo:** analizar las características de los casos, condiciones de riesgo y la atención según protocolo que se asociaron a los intentos de suicidio en infancia, adolescencia y juventud del periodo entre 2016 y primer semestre de 2019 en Caldas y Risaralda, Colombia. **Metodología:** estudio retrospectivo y analítico, se seleccionaron 4,364 casos que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** en ambos departamentos la mayor frecuencia de casos se presentó en la juventud. Intentaron suicidarse con mayor frecuencia las mujeres (66,4%) y son comparativamente más jóvenes que los hombres en todos los casos ($P < 0,0001$). **Conclusiones:** edad y sexo son las características que se asociaron con diferencias estadísticamente significativas a los casos analizados. Para la prevención de la conducta suicida mediante Rutas Integrales de Atención en Salud es indispensable el trabajo intersectorial, por curso de vida, con enfoque de género y acciones en el entorno educativo.

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, salud mental, adolescente.

Abstract

Suicidal behavior is multifactorial and requires intervention for the prevention of death by suicide. **Objective:** to analyze the characteristics of cases, risk factors, and protocol-based care associated with suicide attempts in childhood, adolescence, and youth during the period between 2016 and the first semester of 2019 in Caldas and Risaralda, Colombia. **Methodology:** a retrospective and analytical study was conducted, selecting 4,364 cases that met the inclusion criteria. **Results:** in both departments, the highest frequency of cases occurred in youth. Women (66.4%) more frequently attempted suicide, and they are comparatively younger than men in all cases ($P < 0.0001$). **Conclusions:** Age and gender are the characteristics associated with statistically significant differences in the analyzed cases. To prevent suicidal behavior through Comprehensive Health Care Routes, interdisciplinary work is essential, considering the life course, a gender perspective, and actions within the educational environment.

Keywords: suicide, suicide attempted, mental health, adolescent.

Abordaje de la conducta suicida por curso de vida: análisis de Caldas y Risaralda para las Rutas Integrales de Atención en Salud.

Para citar este artículo

Carvajal Pulgarín, S. & Jaimes Montaña, I. C. (2024). Abordaje de la Conducta Suicida por Curso de Vida: Análisis de Caldas y Risaralda por las Rutas Integrales de Atención en Salud. *Tempus Psicológico*, 7(1), 114-138

Stefanny Carvajal Pulgarín¹
Isabel Cristina Jaimes Montaña²

¹ Universidad de Caldas. Correo: scp@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9302-3441>

² Universidad de Caldas. Correo: isabel.jaimes@ucaldas.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0882-4226>

Fuente de financiación: Recursos propios para el trabajo de grado de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Caldas

Agradecimientos: Las autoras agradecen a la Dirección Territorial de Salud de Caldas, a la Secretaría de Salud de Risaralda, al Departamento de Salud Pública y al Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Caldas, por su continuo apoyo a la investigación.

Introducción

El comportamiento suicida incluye fenotipos de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio (Turecki et al., 2019). Es un fenómeno complejo y especialmente en jóvenes se han identificado factores individuales, familiares y sociodemográficos interrelacionados y asociados entre sí (Barros dos Santos et al., 2017; Vargas & Saavedra, 2012). Estos factores pueden ser intervenidos con acciones específicas que incluyen la promoción de la salud mental y la prevención y atención integral de los trastornos mentales, involucrando a diferentes sectores e instituciones y a la sociedad civil (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

Identificando esta problemática de gran magnitud a nivel mundial donde, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 703.000 personas se suicidan cada año. Para 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 2021b). También a nivel de la Región de las Américas, se ha reportado un incremento sostenido de la tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 20 años (Dávila-Cervantes, 2019; Dávila Cervantes & Luna Contreras, 2019). Se ha establecido la prevención del suicidio como un imperativo global (Organización Panamericana de la Salud, 2014) y actualmente se trabaja en la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas que se orienta hacia reducir en un tercio la mortalidad prematura para 2030, para lo cual, en el Plan Estratégico 2020-2025 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fue incluido el suicidio como un indicador de evaluación (Organización Panamericana de la Salud, 2021) y se ha refrendado el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030 (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Colombia no es ajena a esta realidad, para 2018, según el informe del evento Intento de Suicidio, el Instituto Nacional de Salud (INS) reportó una tasa de incidencia nacional de 56,8 intentos por cada 100.000 habitantes para ese año. El departamento con la mayor incidencia fue Vaupés con 220,4 casos por cada 100.000 habitantes, seguido de Caldas, Quindío, Putumayo y Risaralda también con tasas de incidencia superiores a la nacional. De acuerdo a esto, la zona del eje cafetero

es un territorio de alta incidencia, evidenciado en cifras que muestran un incremento del 10,9% de casos con respecto al 2017 y un 73,5% de los casos se encuentra entre los 10 y los 29 años de edad (Instituto Nacional de Salud, 2018).

Es por ello que en Colombia, desde la normatividad, se ha priorizado esta problemática y se han dado las directrices para atenderla a partir de la Ley de Salud Mental (Congreso de la República de Colombia, 2013), que tiene por objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del sistema de salud con el enfoque promocional de calidad de vida y los principios de la Atención Primaria en Salud (APS). Asimismo, la APS, como estrategia de coordinación intersectorial (Congreso de la República de Colombia, 2011) enmarca las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) actualmente en proceso de implementación en todo el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Las RIAS, incorporan en su desarrollo el *Enfoque de Curso de Vida* que hace el abordaje de los momentos del continuo de la vida, reconociendo que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo de la vida, como experiencias acumulativas, situaciones individuales influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural. Además, reconoce la existencia de períodos críticos de crecimiento y desarrollo en la totalidad del ciclo vital que pueden impactar la trayectoria de vida de las personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Las edades por curso de vida se abordan por grupos así: primera infancia desde los 0 a los 5 años, infancia desde los 6 a los 11 años, adolescencia desde los 12 a los 17 años, juventud desde los 18 a los 28 años, adultez desde los 29 a los 59 años y vejez de los 60 años en adelante. La literatura científica ha identificado a la adolescencia como un período del ciclo vital individual de transición entre la niñez hacia la adultez temprana que se caracteriza por cambios emocionales, sociales y físicos (Brausch, 2007; Organización Mundial de la Salud, 2021a).

Se plantea que a través de las RIAS se atiendan las necesidades de salud de la población, la Ruta

de Atención Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018c) está dirigida a toda la población y es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento que debe adaptarse a las diferentes condiciones de los territorios. Esta ruta contempla intervenciones individuales, colectivas y poblacionales en los diferentes entornos y momentos del curso de vida. A su vez, las acciones de la Ruta de Problemas, Trastornos Mentales y Epilepsia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b), van orientadas a la promoción y detección temprana en salud mental y la rehabilitación basada en la comunidad. De esta manera, la conducta suicida se puede abordar desde ambas rutas de atención.

Reconociendo que por cada suicidio ocurren varios intentos de suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2021b), y que el intento de suicidio previo es un factor de riesgo individual para la muerte por suicidio (Organización Panamericana de la Salud., 2016), para este trabajo se priorizó el evento intento de suicidio en infancia, adolescencia y juventud por el comportamiento epidemiológico en la región del eje cafetero; en este contexto y tratándose de un evento multifactorial, la ficha de notificación 356 del INS contempla varios de los factores implicados e identificados en la literatura científica, por lo que se constituye en una fuente de datos secundaria adecuada para el análisis de esta problemática. Adicionalmente, se ha evidenciado que la mayoría de los estudios epidemiológicos acerca de suicidio e intento de suicidio no abordan la adolescencia de manera independiente, encontrándose un solapamiento entre las edades (Vargas & Saavedra, 2012; Villalobos-Galvis, 2009), o se han realizado previo al inicio de la notificación obligatoria del evento en 2016 (Amezquita Medina et al., 2008; Fuentes-Lerech et al., 2009; Medina Pérez et al., 2017; Rodríguez-Escobar et al., 2013).

El presente estudio se justificó en la necesidad de contar con información oportuna que permita orientar la implementación de las RIAS con enfoque intersectorial e integral, aportando evidencia científica a los tomadores de decisiones; para ello se plantearon como objetivos: analizar las características de los casos de intento de suicidio, las condiciones de riesgo para conducta suicida y la atención del evento según el protocolo del INS que se asociaron a los intentos de suicidio por

curso de vida en infancia, adolescencia y juventud del periodo 2016 al primer semestre de 2019 (2019-1), en Caldas y Risaralda, Colombia, y determinar la incidencia municipal y departamental en el grupo de edad específico de 6 a 28 años con los datos demográficos del censo de 2018.

Método

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico. El instrumento utilizado correspondió a la ficha de notificación 356 del INS que comprende 9 apartados y permite obtener información prioritaria de las variables tiempo, lugar y persona en la notificación obligatoria de este evento de interés en salud pública en Colombia (Instituto Nacional de Salud, 2017).

Para la selección de los casos se plantearon los siguientes criterios de inclusión de acuerdo con el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica vigente para la fecha de realización del estudio:

- Caso confirmado: “conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método” (Instituto Nacional de Salud, 2017, p.7), notificado a través de la ficha 356 del Evento Intento de Suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) por la entidad territorial de salud de Caldas y Risaralda.
- Evento notificado entre enero de 2016 a julio 2019 (hasta la semana epidemiológica N°. 29 de 2019).
- Edad entre 6 y 28 años.

Entre 2016 y julio de 2019 se registraron 6,177 casos de intento de suicidio en todas las edades para Caldas y Risaralda, de los cuales se seleccionaron 4,364 casos que cumplieron los criterios de inclusión planteados para el estudio.

A partir de la ficha de notificación del evento como fuente de datos secundaria, se seleccionaron las variables de interés para el estudio: características del caso (incluye variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, afiliación al sistema de salud, mecanismo utilizado), condiciones de riesgo para conducta suicida (antecedente de trastorno mental diagnosticado,

acontecimientos vitales estresantes, factores de riesgo) y atención del caso (remisión a servicio de salud mental). Se aplicaron estrategias para limitar los sesgos de selección e información, los datos perdidos fueron eliminados para el análisis. Para la sistematización y análisis de la información, se trabajó con bases de datos en Excel, codificadas y anonimizadas; para el análisis estadístico se realizó análisis descriptivo y de asociación de acuerdo con la naturaleza de cada variable. Se aplicó la Prueba T de Student para comparar medias de muestras independientes con un nivel de significancia estadística $P < 0,05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 18.

Consideraciones éticas

De acuerdo con la normatividad colombiana, el estudio se clasificó de riesgo mínimo (República de Colombia. Ministerio de Salud, 1993) y tuvo la autorización de la Dirección Territorial de Salud de Caldas y la Secretaría de Salud de Risaralda una vez suscritos los Acuerdos de Confidencialidad Institucional y Consentimientos Informados Institucionales. La investigación fue avalada por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, como consta en el acta 009 de 2019.

Resultados

Características de los casos de intento de suicidio

De acuerdo con las edades por curso de vida, el mayor porcentaje de los casos se presenta en el grupo de juventud seguido del grupo de adolescencia. Para Caldas el promedio de edad fue de 18,6 años (+/-4,5) y para Risaralda fue de 18,4 años (+/- 4,6). Del total de casos para ambos departamentos, en mayor frecuencia fueron de sexo femenino ($n=2,898$; 66,4%) como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1*Características de los intentos de suicidio en Caldas y Risaralda por sexo, 2016-2019-1*

Característica	Caldas n=2390 (54,8%)		Risaralda n=1974 (45,2%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Edad	n=851	n=1539	n=615	n=1359
Infancia	3,29%	2,46%	5,04%	3,01%
6-11 años				
Adolescencia	33,96%	50,74%	30,89%	53,78%
12-17 años				
Juventud	62,74%	46,78%	64,06%	43,19%
18-28 años				
Escolaridad				
Sin escolaridad	30,78%	26,77%	22,27%	20,89%
Primaria	60,04%	65,23%	63,73%	68,43%
Secundaria	1,88%	2,40%	1,46%	3,09%
Bachillerato o más	7,28%	5,58%	12,52%	7,57%
Afiliación a Salud				
Contributivo	28,90%	30,99%	37,39%	41,05%
Subsidiado	33,01%	33,20%	47,47%	51,43%
Otro Regimen	38,07%	35,80%	15,12%	7,50%
Mecanismo				
Intoxicación	487	1047	352	924
Elemento cortopunzante	167	366	148	346
Ahorcamiendo o asfixia	135	60	72	55
Lanzamiento al vacío	47	60	34	38
Lanzamiento a vehículo	17	11	10	7
Arma de fuego	10	4	7	3
Inmolación	4	1	3	4
Lanzamiento a cuerpo de agua	3	2	0	5
Frecuencia Total	870	1551	626	1382

Nota: En mecanismo no se presentan porcentajes dado que en algunos casos presentaron más de uno.

En cuanto al mecanismo utilizado para el intento de suicidio, se destaca que para ambos departamentos el más frecuente fue “intoxicación”, seguido de “elemento cortopunzante”. En algunos casos se presentó más de un mecanismo. En los intentos de suicidio por intoxicación, la sustancia más utilizada fue medicamentos seguido de plaguicidas, en ambos departamentos así: medicamentos (n=728) Caldas y (n=728) Risaralda, plaguicidas (n=235) Caldas y (n=226) Risaralda. Al discriminar el mecanismo utilizado por sexo, se encontró que, tanto para Risaralda como para Caldas, las mujeres utilizaron en mayor frecuencia “intoxicación” seguido de “elemento cortopunzante” mientras que los hombres intentaron suicidarse más utilizando métodos como “arma de fuego” y “ahorcamiento o asfixia” como se pudo observar en la Tabla 1.

También como características sociodemográficas respecto al nivel educativo del grupo de estudio, se encontró que el mayor porcentaje de casos presentaba nivel Básica Primaria y Secundaria; y en relación con el acceso a servicios de salud, el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, para ambos departamentos el más frecuentemente reportado fue Subsidiado (financiado desde el componente de solidaridad del sistema) seguido de Contributivo (financiado a través de aportes del afiliado).

En el análisis estadístico de asociación de las características de los casos, se compararon las medias de edad por sexo de los casos de intento de suicidio para cada departamento, para ello se aplicó la prueba T para igualdad de medias en muestras independientes, asumiendo varianzas iguales cuando la probabilidad del estadístico Levene fue $>0,005$. Así, para Caldas en todas las edades el valor P fue $<0,0001$ con un IC 95% (-5,419;-3,627), y en edades de 6 a 28 años el valor de P fue $<0,0001$ con un IC95% (-1,968;-1,216); y para Risaralda en todas las edades el valor de P fue $<0,0001$ con un IC95% (-7,044;-4,963), y en edades de 6 a 28 años el valor de P fue $<0,0001$ con un IC95% (-3,030;-1,151). Lo que indica que, para ambos departamentos, la edad promedio de las mujeres que se intentaron suicidar fue menor que la de los hombres en todos los casos de manera estadísticamente significativa.

Condiciones de riesgo para conducta suicida

En el análisis descriptivo de las condiciones de riesgo para conducta suicida que se registran en la ficha de notificación, la distribución de frecuencias muestra que, en los casos con antecedente de trastorno mental diagnosticado, el más frecuente fue “trastorno depresivo” para ambos departamentos; los pacientes pueden tener más de un diagnóstico. Los acontecimientos vitales estresantes reportados con mayor frecuencia fueron los “conflictos con pareja/expareja”, seguido de “problemas escolares o académicos”. Cabe destacar que en los factores de riesgo hubo variaciones entre ambos departamentos, mientras que los más frecuentes para ambos fueron en primer lugar la “presencia de ideación suicida persistente”, seguido de “consumo de sustancias psicoactivas”, para Caldas el tercer lugar en frecuencia lo ocuparon los “antecedentes familiares de conducta suicida”, mientras que para Risaralda fue la identificación de un “plan organizado de suicidio”, lo que se considera que incrementa la posibilidad de que el acto tenga mayor afectación para la persona. Esto puede evidenciarse en la Tabla 2.

Tabla 2

Distribución de frecuencias de las condiciones de riesgo para conducta suicida. Caldas y Risaralda, 2016-2019-1

Condiciones de riesgo para conducta suicida	Caldas Frecuencia	Risaralda Frecuencia
Antecedente de trastorno mental diagnosticado		
Trastorno Depresivo	763	626
Trastorno Bipolar	159	80
Trastorno de personalidad	64	59
Esquizofrenia	26	17
Frecuencia Total	782	1012
Acontecimientos Vitales Estresantes		
Conflictos con pareja/expareja	838	734
Problemas escolares o académicos	170	213
Problemas económicos	167	165
Maltrato físico, psicológico o sexual	163	137
Problemas jurídicos	115	97
Enfermedad crónica	82	63
Problemas laborales	80	41
Suicidio de familiar o amigo	61	38
Frecuencia total	1676	1478
Factores de riesgo		

Ideación suicida persistente	631	530
Consumo de sustancias psicoactivas	453	339
Antecedentes familiares de conducta suicida	31	163
Plan organizado de suicidio	131	144
Abuso de alcohol	40	45
Frecuencia total	1286	1221

Nota: no se presentan porcentajes dado que los casos pueden tener más de una condición de riesgo.

Atención del caso según protocolo: remisión a salud mental

El protocolo de atención establecido por el INS contempla además de la notificación inmediata y obligatoria del caso al SIVIGILA, la atención médica según la condición clínica y la remisión del paciente a servicios de salud mental, principalmente a psiquiatría, psicología y trabajo social como parte del abordaje inicial del caso de intento de suicidio. En este estudio se encontró que la mayoría de los casos fueron remitidos a psiquiatría en ambos departamentos en el periodo de estudio. En Risaralda 1,766 casos fueron remitidos a psiquiatría, 1,090 a psicología y 633 a trabajo social. Caldas por su parte, remitió 2,229 casos a psiquiatría, 1,123 a psicología y 394 a trabajo social. En algunos casos los pacientes se remiten a más de un servicio.

Incidencia municipal y departamental de casos para Caldas y Risaralda en 2018

Para 2018, se calculó la incidencia a nivel municipal de los casos de intento de suicidio en las edades de 6 a 28 años sobre el total de habitantes de 6 a 28 años del municipio, de acuerdo al censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018).

La incidencia departamental de intentos de suicidio en Risaralda para 2018, en edades de 6 a 28 años fue de 189,1 casos por 100.000 habitantes. Los municipios de La Virginia, Santuario, Belén de Umbría, Guática y Pereira registraron incidencias superiores a la departamental, como se puede evidenciar en la Tabla 3.

Tabla 3

Incidencia municipal y departamental de casos de intento de suicidio. Risaralda, 2018

Municipio	Casos de 6-28 años	Habitantes 6-28 años Censo 2018	Incidencia x 100.000 habitantes
Pereira	317	159502	198,7
Dosquebradas	95	74449	127,6
La Virginia	50	10283	486,2
Santa Rosa	44	26741	164,5
Quinchía	16	9919	161,3
Santuario	13	4342	299,4
Belén de Umbría	25	8576	291,5
Marsella	10	5855	170,8
Apía	5	4269	117,1
Guatica	11	4132	266,2
Mistrató	7	7494	93,4
Pueblo Rico	4	7215	55,4
La Celia	4	2399	166,7
Balboa	1	2163	46,2
Risaralda	619	327339	189,1
(Departamental)			

Nota: DANE (2018)

La incidencia departamental de intentos de suicidio en Caldas para 2018 en edades de 6 a 28 años fue de 211,8 casos por 100.000 habitantes. Los municipios que superaron la incidencia departamental fueron Aranzazu, Anserma, Belalcázar, Manizales, Pácora, Chinchiná, Riosucio y Manzanares; esta información puede visualizarse en la Tabla 4.

Tabla 4

Incidencia municipal y departamental de casos de intento de suicidio. Caldas, 2018

Municipio	Casos de 6-28 años	Habitantes 6-28 años Censo DANE 2018	Incidencia x 100.000 habitantes
Manizales	381	144273	264,1
Chinchiná	41	17588	233,1
La Dorada	40	25732	155,4
Riosucio	40	17286	231,4
Anserma	35	11888	294,4
Villamaría	24	22163	108,3
Pensilvania	13	6659	195,2
Manzanares	13	6004	216,5

Supía	14	10170	137,7
Pácora	11	4627	237,7
Aguadas	10	7389	135,3
Viterbo	6	4330	138,6
Neira	7	7067	99,1
Aranzazu	11	3436	320,1
Salamina	5	6002	83,3
Belalcázar	10	3755	266,3
Marquetalia	6	4445	135
Risaralda	6	3576	167,8
Samaná	2	6975	28,7
Filadelfia	6	3564	168,4
Palestina	1	5269	19
Marmato	5	3433	145,6
Norcasia	1	2336	42,8
San José	3	1539	194,9
La Merced	3	1839	163,1
Marulanda	0	825	0
Victoria	1	3479	28,7
Caldas			
(Departamental)	711	335649	211,8

Nota: DANE (2018)

Discusión

En el análisis de las características de los casos de intento de suicidio se encontró un mayor porcentaje de casos por curso de vida en el grupo de juventud (52,5% Caldas y 49,7% Risaralda), seguido del grupo de adolescencia (46,66% Risaralda y 44,7% Caldas) para ambos departamentos. Resulta relevante el hallazgo de intentos de suicidio en el grupo de infancia que, a pesar de ser menor en porcentaje respecto a la adolescencia y juventud, al analizar el número absoluto de casos se identificaron 72 casos para Risaralda y 66 para Caldas en todo el periodo de estudio, lo que se constituye en una alerta para reenfocar las estrategias de prevención para dirigir las a edades más tempranas en el curso de vida; en el mismo sentido de lo señalado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2018).

Se comprobó que la mayoría de los casos de intento de suicidio se presentaron en mujeres, en un 69% para Risaralda y un 64% para Caldas en todo el periodo de estudio, y al discriminar el

mecanismo utilizado por sexo se constató que los hombres tendieron a utilizar métodos más letales, lo que coincide con el comportamiento epidemiológico del suicidio a nivel mundial y la tendencia nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Este fenómeno ha sido documentado en población joven colombiana (Arenas et al., 2016; Rueda-Jaimes et al., 2010) y se conoce como “la paradoja del género” (Dávila Cervantes & Luna Contreras, 2019). También se evidenció que, en ambos departamentos, no sólo se intentan suicidar con mayor frecuencia las mujeres, sino que son comparativamente más jóvenes que los hombres en todos los casos ($P < 0,0001$).

Una vez identificadas estas diferencias entre hombres y mujeres, es esencial avanzar en la comprensión de la conducta suicida a partir del *Enfoque de Género* en el que desde las categorías “femenino” y “masculino” se trasciende de la diferenciación en la dimensión biológica, en tanto el género es una construcción social e histórica que se teje a través del significado de ser, sentir y pensar; autores como Barroso Martinez (2019) se han inquietado por la comprensión del suicidio a partir de este enfoque, y en su estudio muestra que se requiere de una integración entre diferentes disciplinas que permita articular los conocimientos, repensar el análisis de los casos ya no sólo desde la perspectiva epidemiológica positivista, sino a partir del enfoque de género y dar apertura a procesos que permitan escuchar legítimamente todas las voces, desnaturalizando los discursos y prácticas en la cotidianidad y respetando la diferencia para avanzar hacia la transformación con labores interdisciplinarias en políticas públicas promotoras del buen vivir y bienestar de la población.

En cuanto a las condiciones de riesgo para conducta suicida reportadas en los casos analizados predominaron el antecedente de trastorno depresivo diagnosticado, y como acontecimientos vitales estresantes los “conflictos con pareja/expareja” seguido de “problemas escolares o académicos”. En coherencia con este hallazgo, se ha señalado que el riesgo de suicidio en estas edades “circunda alrededor de una inestabilidad que va más allá de no tener certeza sobre el futuro, sino que se extiende al grado de experimentar fragilidad en las propias emociones” (Bravo Andrade et al., 2020, p. 43), de acuerdo con esto, adolescentes y jóvenes se ven enfrentados

a una inestabilidad emocional con sentimientos como enojo y frustración, lo que puede explicar las dificultades relacionales expresadas en los entornos educativos y en las relaciones de pareja e interpersonales. También, a nivel de Colombia el análisis por curso de vida ha mostrado que en las edades entre 5 a 14 años los principales factores de riesgo son los antecedentes de trastorno psiquiátrico, como factor desencadenante las dificultades escolares y el maltrato físico, psicológico o sexual, y como mecanismo más utilizado las intoxicaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Se identificó una frecuencia de consumo de alcohol similar entre hombres y mujeres, en 40 casos de Caldas y 45 casos de Risaralda. En relación con este hallazgo, un estudio de 2018 en adolescentes españoles muestra que al comparar patrones de consumo de alcohol por género no hay diferencias intergénero, pero sí diferencias en cuanto a presentar conducta antisocial (Díaz García & Moral Jimenez, 2018). Mientras que, sobre este aspecto, la revisión sistemática de (Zamorano-Espero et al., 2022) reportó que adolescentes y jóvenes que presentan un consumo elevado de alcohol tienen mayor probabilidad de presentar ideación suicida, comparado con aquellos que reportaron un bajo consumo.

Se confirma que Caldas y Risaralda son territorios de alta incidencia de casos de intento de suicidio en Colombia, superando la incidencia nacional de 52,3 casos por 100.000 habitantes para el 2017 y de 56,8 casos por 100.000 habitantes para el 2018. Entre el 2016 y el primer semestre de 2019 (2019-1), se notificaron 2390 casos de intento de suicidio en Caldas y 1974 casos en Risaralda en las edades comprendidas entre los 6 y los 28 años, lo que indica que se mantiene el comportamiento habitual del evento, que ha tenido tendencia creciente desde el inicio de la vigilancia epidemiológica de la conducta suicida en 2016 (Dirección Territorial de Salud Caldas, 2016; Instituto Nacional de Salud, 2018).

Las condiciones de riesgo más frecuentemente encontradas en el presente estudio son

acordes con lo reportado en la literatura: la presencia de eventos vitales estresantes, los antecedentes familiares de conducta suicida, el antecedente de ideación suicida persistente, el consumo de sustancias psicoactivas y el abuso de alcohol incrementan la probabilidad de incurrir en conducta suicida. Ya con su identificación, se requiere avanzar en el abordaje de la conducta suicida con la implementación de acciones necesarias y eficaces para su intervención (Faurea et al., 2018).

De acuerdo con las políticas y lineamientos nacionales y departamentales que han guiado la atención en salud mental, en los resultados del presente estudio se evidencia un avance en el manejo integral y en el abordaje interdisciplinar de cada caso con la remisión a los servicios de salud mental obligatoria dentro del protocolo de vigilancia de este evento. En países como México se ha encontrado que, aunque en el periodo comprendido entre 2001 y 2013 aumentaron los casos de intento de suicidio, este aumento no condujo a un mayor uso de los servicios de salud mental (Borges et al., 2017). Sin embargo, en Colombia, el servicio de trabajo social es el que presenta menos casos remitidos, en comparación con psicología y psiquiatría en ambos departamentos, más acentuado en Caldas donde se remitieron sólo 394 casos, mientras que en Risaralda se remitieron 633 casos a trabajo social. La inclusión del trabajador social en el equipo de intervención en salud mental contribuye a la integralidad de la atención, dada su perspectiva integradora y su capacidad para brindar acompañamiento, asesoría y orientación no sólo al individuo, sino extendida al grupo familiar (Correa Arango et al., 2019).

Continúa entonces siendo un reto lograr la intersectorialidad que es uno de los componentes de la APS; asimismo, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) ha reportado una baja coordinación intersectorial en temas de salud mental, barreras en los entornos y limitaciones en la atención integral como aspectos con efectos en el comportamiento suicida en Colombia (Departamento Nacional de Planeación, 2020). En el presente trabajo se resalta la necesidad de que se involucren otros sectores centrales en la sociedad, específicamente el educativo, pues los niños, niñas, adolescentes y jóvenes se encuentran inmersos en entornos escolares por curso

de vida. Los problemas escolares o académicos como condiciones de riesgo para conducta suicida se reportaron en segundo lugar de mayor frecuencia tanto para Caldas como para Risaralda, teniendo en cuenta los diferentes grados de escolaridad. En coherencia con la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia, teniendo en cuenta los intentos de suicidio en infancia, adolescencia y juventud, los educadores en secundaria deben conocer los factores de riesgo asociados que pueden presentar sus alumnos, y las instituciones de educación deben implementar estrategias de detección e intervención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En el marco de la implementación de las RIAS se pueden desplegar intervenciones preventivas en el ámbito escolar, para ello se han recomendado los programas curriculares de prevención universal, los cuales se han asociado con aumentos significativos del nivel de conocimiento sobre el suicidio, mejores actitudes hacia el mismo y aprendizaje de conductas de autoayuda (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). En otros países como Chile, en la promoción de un “clima escolar protector” desde el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, se trabaja en la “Formación en afectividad, sexualidad, género y diversidad sexual” para promover habilidades sociales individuales y colectivas generadoras de buen vivir y bienestar (Ministerio de Educación de Chile, 2019), programas que pueden contribuir al desarrollo de habilidades protectoras de la salud mental, así como una convivencia adecuada basada en el respeto a la diferencia y una cultura escolar de cuidado y prevención.

Así, de acuerdo con el modelo de salud pública para la prevención del suicidio (Organización Panamericana de la Salud., 2014), se empieza con la vigilancia para definir el problema, seguido de la identificación de los factores de riesgo y protección para orientar la efectividad de las intervenciones y gestionarlas a través de políticas y programas. Colombia ya tiene avances en este sentido con la formulación del Plan Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida 2017-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), que define estrategias que involucren acciones en diferentes entornos; y a nivel departamental se ha formulado la Política de Salud Mental de Caldas: un aporte al bienestar y a la inclusión en 2017 (Delgado Enríquez

et al., 2017), siendo el presente estudio un insumo importante en el aporte de información para la orientación de las acciones en prevención y su adaptación al comportamiento epidemiológico en Caldas y Risaralda.

Conclusiones

La edad y el sexo son las características que se destacaron en el estudio asociadas con diferencias estadísticamente significativas en los intentos de suicidio en la infancia, adolescencia y juventud para ambos departamentos desde 2016 al 2019-1. Para el abordaje de la conducta suicida por curso de vida se requiere que, desde las RIAS, se trabaje intersectorialmente con Educación, y a partir de enfoques integradores y de género, con un inicio de las intervenciones a edades más tempranas, idealmente a partir de los 6 años, y dirigidas de manera especial a niñas, jóvenes y adolescentes en el entorno educativo, propiciando en ellas mediante acompañamiento profesional y psicosocial, elementos para las habilidades sociales para la resolución de conflictos de manera asertiva, donde se desarrolle la canalización y óptimo manejo de las emociones.

Igualmente, las RIAS deben adaptarse a los territorios para garantizar su adecuada operación. A partir de los hallazgos de este estudio, para la región del eje cafetero y específicamente para Caldas y Risaralda, se recomienda que se priorice la implementación de las RIAS en los municipios que registraron una incidencia superior a la departamental; para Caldas: Aranzazu, Anserma, Belalcázar, Manizales, Pácora, Chinchiná, Riosucio, Manzanares, y para Risaralda: La Virginia, Santuario, Belén de Umbría, Guática y Pereira.

Referencias

- Amezquita Medina, M. E., Gonzalez Perez, R. E. & Zuluaga Mejia, D. (2008). Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 13, 143–153. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1862/1778>
- Arenas, A., Gómez-Restrepo, C. & Rondón, M. (2016). Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.006>
- Barros dos Santos, H. G., Reschetti Marcon, S., Martinez Espinosa, M., Nunes Baptista, M. & Cabral de Paulo, M. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>
- Barroso Martinez, A. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 39(135), 51–66. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000100004>
- Borges, G., Benjet, C., Orozco, R. & Medina-Mora, M. (2017). The growth of suicide ideation, plan and attempt among young adults in the Mexico City metropolitan area. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 26(6), 635–643. <https://doi.org/doi:10.1017/S2045796016000603>
- Brausch, A. & Muehlenkamp, J. (2007). Body Image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*, 4, 207–212. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.02.001>
- Bravo Andrade, H. R., Ruvalcaba Romero, N. A., Orozco Solís, M. G. & Macías Espinosa, F. (2020). Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary*, 17(1), 36–48. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3220>

- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011*. Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013*. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Correa Arango, M. E., Corena Argota, A., Chavarriaga Estrada, C., Garcia Valencia, K. & Usme Baena, S. (2019). Funciones de los trabajadores sociales del área de la salud en los hospitales y clínicas de tercero y cuarto nivel de la ciudad de Medellín Colombia. *Revista Eleuthera*, 20, 199–217. <https://doi.org/10.17151/eleu.2019.20.11>.
- Dávila-Cervantes, C. A. (2019). Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016. *Universidad y Salud*, 21(3), 235–239. <https://doi.org/10.22267/rus.192103.160>
- Dávila Cervantes, C. A., & Luna Contreras, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Rev. chil. pediatr.*, 90(6), 606–616. <http://doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012>.
- Delgado Enríquez, L. P., Jaramillo Ortégón, D. P., Nieto Murillo, E., Saldarriaga Toro, G. I., Sánchez Henao, C. L., Sánchez López, J. V., Rovira Rubio, R., Orozco Duque, M. I. & Obando Alzate, L. V. (2017). *Política de Salud Mental del departamento de Caldas Un aporte al bienestar y a la inclusión*. Editorial Universidad Autónoma de Manizales. <https://catalogo.ucaldas.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=76999>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
- Departamento Nacional de Planeación. (2020). *CONPES 3992 Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3992.pdf>
- Díaz García, N. & Moral Jimenez, M. de la V. (2018). Consumo de alcohol, conducta antisocial

e impulsividad en adolescentes españoles. *Acta.colomb.psicol*, 21(2), 110–130. <https://doi.org/10.14718/ACP.2018.21.2.6>

Dirección Territorial de Salud Caldas. (2016). *Informe del comportamiento de los intentos de suicidio en el Departamento de Caldas año de 2016*. <http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/anuales/Intento%20de%20Suicidio%20a%C3%B1o%202016.pdf>

Faurea, M. I., Urquidi, C., Bustamante, F., Florenzano, R., Ampuero, K., Terán, L., Figueroa, M. I., Farías, M., Rueda, M. L. & Giacaman, E. (2018). Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y riesgo suicida en adolescentes: estudio transversal. *Rev Chil Pediatr.*, 89(3), 318–324. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000103> %0A

Fuentes-Lerech, M. M., González-Arias, A. F., Castaño-Castrillón, J. J., Hurtado-Arias, C. F., Ocampo-Campoalegre, P. A., Páez-Cala, M. L., Pava-Garzón, D. M. & Zuluaga-García, L. M. (2009). Riesgo suicida y factores de riesgo relacionados, en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de Manizales (Colombia), 2007-2008. *Archivos de Medicina*, 9(2), 110–122. <https://doi.org/10.30554/archmed.9.2.1311.2009>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018). *Observatorio del Bienestar de la Niñez: Una aproximación al suicidio de niños, niñas y adolescentes en Colombia*. https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/boletin_suicidio_25.07.2018.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2017). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Intento de Suicidio Código 356 versión 02. En *Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud*. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20suicidio.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2018). *Informe del Evento Intento de Suicidio Colombia 2018*. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf

Medina Pérez, O. A., Ospina Sánchez, S. M. & Cardona Duque, D. V. (2017). Caracterización

del suicidio en adolescentes del Departamento de Quindío. Colombia, 1989-2013. *Revista Habanera Cienc Médicas*, 16(5), 784–795. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000500011

Ministerio de Educación de Chile. (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Desarrollo de estrategias preventivas para comunidades escolares*. <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/18426>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *ABECÉ Enfoque de Curso de vida*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 3202 de 2016. Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Guía de Práctica Clínica N° 60: para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Minsalud promueve prevención ante la conducta suicida*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/minsalud-promueve-prevencion-ante-la-conducta-suicida.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Boletín de salud mental Conducta Suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención para Problemas y Trastornos Mentales y Epilepsia*. http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Rias/RIAS_probel_mentales.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018c). *Resolución 3280 del 2018, Lineamientos técnicos*

y operativos de la Ruta de Atención Integral para la Promoción y el Mantenimiento de la salud (RPMS). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013– 2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Nota Descriptiva Salud mental del adolescente*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/#content>

Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Suicidio Nota descriptiva*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. <https://doi.org/10.1002/9780470774120>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Prevención de la conducta suicida*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Prevención del suicidio*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

República de Colombia. Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 8430 de 1993*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Rodríguez-Escobar, J. A., Medina-Pérez, O. A. & Cardona-Duque, D. V. (2013). Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. *rev.fac.med.*, 61(1), 9–16. <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363533003.pdf>

- Rueda-Jaimes, G. E., Martínez-Villalba, A. M., Castro-Rueda, V. & Camacho, P. A. (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 683–692. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60208-0](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60208-0)
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. & Stanley, B. (2019). Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*, 5(1), 1-51. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Vargas, H. & Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr*, 75(1), 19–28. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036937004.pdf>
- Villalobos-Galvis, F. H. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 32(2), 165–171. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200009
- Zamorano-Espero, J. A., Ahumada-Cortez, J., Valdez-Montero, C., Gámez-Medina, M. E., & Herrera-Paredes, J. M. (2022). Consumo de alcohol e ideación suicida en adolescentes y jóvenes: una revisión sistemática. *Ciencia Latina*, 6(6), 574-592. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4354