



Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana (2012 – 2017)

Characterization of the suicide trial in a colombian city (2012 – 2017)

Título corto: Caracterización del intento de suicidio

Andrés Ricardo Vigoya-Rubiano¹ , Yury Stefany Osorio-Barajas² , Yenny Salamanca-Camargo³ 

Tipología: Artículo de investigación científica y tecnológica

Para citar este artículo: Vigoya-Rubiano AR, Osorio-Barajas YS, Salamanca-Camargo Y. Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana (2012 – 2017). Duazary. 2019 enero; 16(1): 53-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2545>

Recibido en enero 30 de 2018

Aceptado en mayo 25 de 2018

Publicado en línea en septiembre 01 de 2018

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo cuyo objetivo fue analizar las características relacionadas con la conducta suicida, de quienes fueron reportados por dicho evento, en Tunja, durante el periodo comprendido entre 2012 y 2017; a partir de 701 fichas de notificación de intento de suicidio del sistema nacional de vigilancia en salud pública (SIVIGILA); los resultados del programa estadístico SPSS, versión 22, indican que el 51,5% se encontraban entre 16 y 25 años de edad, 53% de sexo femenino y 31% con ocupaciones agrícolas; en cuanto a características propias del intento de suicidio, se identifica mayor proporción por problemas de pareja (39,9%); el método más utilizado es la intoxicación (62,4%), con al menos un diagnóstico de trastorno mental en el 37% de los casos registrados. Se concluye que los intentos de suicidio se presentaron en su mayoría en población joven, con cifras ligeramente superiores para el sexo femenino, predominio del área urbana y el lugar del evento la vivienda; las ocupaciones afines al campo fueron las que presentaron mayor ocurrencia, corroborando la información obtenida a nivel nacional, con excepción al género.

Palabras clave: intento de suicidio; vigilancia epidemiológica; salud pública; salud mental.

1. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia. Correo: andres.vigoya@uptc.edu.co - <http://orcid.org/0000-0002-9128-4840>

2. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia. Correo: yury.osorio@uptc.edu.co - <http://orcid.org/0000-0002-4310-127X>

3. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia. Correo: yenny.salamanca@uptc.edu.co - <http://orcid.org/0000-0002-0928-8907>

ABSTRACT

The aim of this descriptive study is to analyze characteristics related to suicidal behavior of those who were reported in an event in Tunja, during the period 2012- 2017; taking into account 701 notification cards of attempted suicide of the National Public Health Surveillance System (SIVIGILA); the results from the statistical program SPSS, version 22, indicate that 51.5% of the people were between 16 and 25 years old, 53% were females and 31% had agricultural occupations. In terms of the characteristics of the suicide attempt, a higher percentage is identified as a result of partner problems (39.9%); the method most used was poisoning (62.4%) and there was at least one diagnosis of mental disorder in 37% of the cases recorded. It is concluded that the suicide attempts happen mainly in young population, with figures slightly higher in females, predominance of the urban area and the house as the place of the event. The occupations related to agriculture presented the highest occurrence, corroborating the information obtained at the national level, with the exception of gender.

Keywords: suicide attempt; epidemiological surveillance; public health; mental health.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, en el mundo, cerca de 800.000 personas mueren por suicidio cada año. Convirtiéndose en una problemática de salud pública, el suicidio ha sido considerada por su complejidad, multifactorialidad e implicaciones tanto en las personas que lo cometen, como en sus familias y comunidades, generando también consecuencias a nivel económico y social, reflejados en los altos costos que le implican al sistema de salud y en discapacidades para los sobrevivientes²⁻⁶.

El suicidio se conceptualiza en cuatro categorías: *actos suicidas* (hecho de auto lesión, independiente a su intención y motivos)^{7,8}, *ideación suicida* (pensamiento de intención de querer morir)⁷, *intento de suicidio* (acto suicida cuyo resultado no fue la muerte) y *suicidio* (muerte que resulta de un acto suicida)⁸. Para el presente estudio se abordó el intento de suicidio como variable de interés, siendo definido según el INS y por la OMS como : “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse

auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”⁹ y, por el National Institute of Mental Health¹⁰, como un comportamiento no fatal, auto dirigido y potencialmente lesivo con la intención de morir como resultado de este.

Al analizar la prevalencia de suicidio en Colombia, y según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses¹¹, para el 2016 se registraron 2310 casos de suicidio, llegando a un acumulado del último decenio, 2007-2016, de 19.177 casos, con una media de 1918 eventos por año; lo que indica 193 suicidios al mes, y seis suicidios por día. En cuanto a la prevalencia por región, para mayores de 18 años, se tiene que para ideación suicida, la región central presentó una tasa de 6,7 y para intento de suicidio una tasa de 2,6¹²; específicamente en Boyacá, en 2016 se reportaron 70 casos de suicidio y en Tunja, seis casos¹¹; por su parte, la Encuesta Nacional de salud Mental¹², indica que el 8% reporta haber tenido ideación suicida, el 29,1% haber elaborado algún plan suicida, y el 29,8% haber realizado algún intento suicida.

Respecto a estudios en sur América sobre intento suicida, se hace referencia a su relación con otras variables (tipo de personalidades y estrategias de afrontamiento)¹³ y las conductas suicidas previas¹⁴, resaltando la necesidad de acompañamiento profesional para la prevención del evento.

En Colombia, se encontró que la efectividad del intento depende de la accesibilidad que se tiene al mecanismo, que el sexo femenino presenta mayor prevalencia de intento suicida sobre el masculino y que la adolescencia media, es el grupo etario más vulnerable¹⁵; se identificó que la población con intento suicida previo, tiene bajos niveles de autoeficacia y altos niveles de desesperanza¹⁶. Además, se identificaron como factores de riesgo, el consumo de alcohol durante el último año y los problemas familiares y de pareja¹⁷.

Uno de los desafíos más importantes que se presentan en el camino de la prevención del suicidio es la calidad en la recopilación de los datos, ya que como plantea la OMS^{1,18}: la disponibilidad y calidad de estos son insuficientes en todo el mundo; así como lo son las diferencias transnacionales en la conducta suicida, sus características y métodos, poniendo de relieve la necesidad de mejorar los procesos de recolección de información concerniente a este fenómeno.

Para el registro de intento de suicidio y la organización de la información, es importante mencionar que en Colombia, la Ley 1616 de 2013 del Congreso de la República¹⁹, en su artículo 35 ordena implementar al Ministerio de Salud y Protección Social, entre otros, el sistema de vigilancia de la conducta suicida, creándose, para el año 2014, el protocolo de vigilancia en salud pública del intento de suicidio. A nivel departamental, en Boyacá, se inició el registro del evento de intento suicida desde el año 2012; como pioneros a nivel nacional, anteceden la creación de la vigilancia nacional para este evento con el fin

de dar cuenta de su comportamiento epidemiológico y facilitar el seguimiento y monitoreo de los casos a partir de la intervención psicosocial, tanto en el ámbito familiar como escolar, y buscando identificar los casos mórbidos con el fin de reducir los suicidios consumados, así como la prevención del mismo según la OMS²⁰.

Teniendo en cuenta que el suicidio ha sido considerado como una conducta prevenible^{9,21}, surge el interés por identificar las características relacionadas con el intento de cometerlo, buscando contribuir con la generación de estrategias que mejoren el abordaje dirigido a los sobrevivientes y a sus familias; aspectos que son soportados por estudios, insisten en que para que se puedan fortalecer las estrategias de prevención del suicidio, estas deben ser diseñadas e implementadas teniendo en cuenta aspectos diferenciales²².

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio no experimental y de tipo descriptivo.

Universo de análisis

701 registros de notificación de intento de suicidio reportados por SIVIGILA durante el periodo comprendido entre enero de 2012 y junio de 2017.

Instrumentos

Ficha de notificación de intento de suicidio en sus tres versiones (1º Departamental 2012-2015, 2º INS.356 V:00 de 2016, 3º INS.356 V: 01 de 2017): la primera, diseñada por la secretaria de salud de Boyacá, utilizada desde el año 2012 hasta el año 2015; para 2016 se implementó a nivel nacional la ficha de notificación de intento de suicidio INS:356, V:00, en la cual se redujeron los apartados relacionados con datos de identificación y se combinaron apartados contenidos en

la ficha anterior; en 2017 se actualizó la ficha a la versión V:01, en la cual se agregaron los campos de estado civil, escolaridad y fecha del intento, y se modificaron otros apartados.

Procedimiento

Inicialmente se diseñó la matriz de recolección de información con base a las dos versiones de la ficha de notificación de intento de suicidio; seguido a esto se recopiló la información a partir de los registros de las fichas durante el periodo de enero de 2012 a junio de 2017; finalmente, se realizó el análisis descriptivo a partir del tratamiento estadístico Spss, versión 22.0 y se reportaron los hallazgos con la discusión teniendo en cuenta los antecedentes teóricos y empíricos.

Declaración sobre aspectos éticos

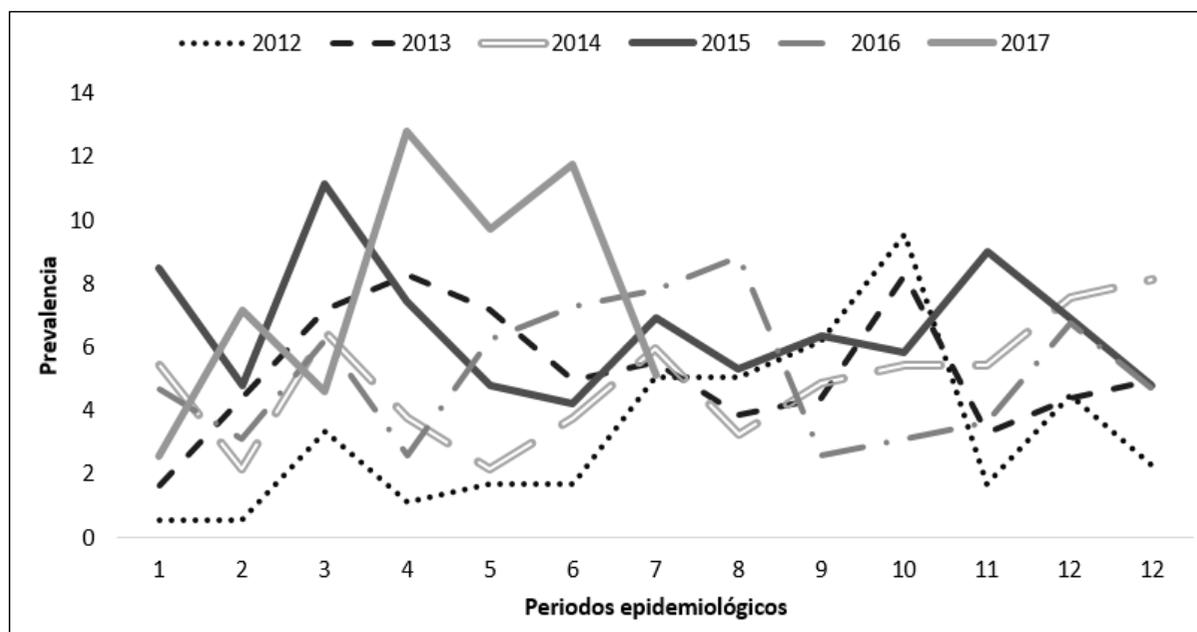
Para esta investigación se tuvo en cuenta la ley 23 de 1982²³ de derechos de autor, la resolución

008430 de 1993²⁴ sobre investigaciones en salud, la ley 1090 de 2006²⁵, sobre el ejercicio profesional de la psicología. El manejo de las fichas de notificación de intento de suicidio, reglamentado por la ley 1273 de 2009²⁶ sobre la protección de la información y de los datos y por la Ley 1266 de 2009²⁷ de habeas data, garantizando confidencialidad de la información con fines de vigilancia en salud pública y demás entidades que participen en el proceso.

RESULTADOS

Inicialmente se realiza un análisis del comportamiento del intento de suicidio por año y prevalencia, continuando con los datos sociodemográficos y posteriormente, el análisis de los datos referentes al intento de suicidio. Respecto a la mayor prevalencia, ésta se encontró en el periodo 4 de 2017 (Figura 1).

Figura 1. Prevalencia de intento de suicidio por periodo epidemiológico 2012-2017.



En cuanto al género, las mujeres tienen el mayor número de casos con un 53%. La edad promedio de quienes intentaron suicidarse fue de 25 años; en los hombres 27 años y en las mujeres 22 años, con un intervalo de edad de mayor frecuencia entre los 16 y los 25 años en ambos géneros. Se identifica que el periodo de riesgo para las mujeres es de 11 a 20 y para los hombres de 21 a 30 años (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de casos de intento de suicidio por año, edad y sexo.

Edad F M			2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total
			F	M	F	M	F	M	F	M	F	M			
6	-	10	1	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	7
11	-	15	13	1	14	3	9	2	23	6	12	2	10	1	96
16	-	20	14	11	23	16	18	11	32	15	27	14	17	14	212
21	-	25	6	7	11	16	10	14	10	17	22	16	10	10	149
26	-	30	2	5	7	8	7	9	8	14	5	4	8	12	89
31	-	35	0	4	1	6	6	10	1	7	2	3	3	7	50
36	-	40	2	4	4	5	4	5	2	7	2	1	4	2	42
41	-	45	1	1	1	1	1	3	1	2	2	2	1	0	16
46	-	50	1	1	1	1	1	1	4	3	0	0	0	0	13
51	-	55	1	0	2	0	1	1	1	1	0	1	0	1	9
56	-	60	0	0	0	0	2	1	0	4	0	0	1	1	9
61	-	65	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	4
66	-	70	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
71	-	75	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	3
76	-	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
81	-	85	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total			41	36	64	60	60	58	83	78	73	45	54	50	702

De acuerdo al área de ocurrencia del intento de suicidio, 78,7% fueron realizados en la cabecera municipal de Tunja, seguido del área rural disperso 13,2% y, finalmente, el centro poblado 8%.

Respecto al tipo de aseguramiento, se encontró que la mitad de los casos reportados pertenecían al régimen de salud subsidiado (50%), seguido del régimen contributivo con 42,5%, el régimen no asegurado con 3,7% y el especial con 3,2%; además para los grupos poblacionales se identifican carcelarios y gestantes con el mismo

porcentaje, seguido de desplazado, indígena y madre comunitaria.

En cuanto a la ocupación, se identificó la del agricultor con mayor frecuencia, seguida al del trabajador forestal; ambas tradicionalmente desarrolladas por personas del género masculino. Las ocupaciones tradicionalmente femeninas, por su parte, que resultaron con mayores casos de intentos de suicidio, fueron las de auxiliar de enfermería, seguida de enfermeras y vendedoras de mostrador.

De acuerdo al nivel educativo, la mitad de la población de análisis reportó tener básica secundaria (50,36%), seguido de básica primaria y ser profesionales (13,5%). Referente al estado civil, en su mayoría, la población fue soltera; aunque cabe resaltar el gran número de mujeres con respecto al de hombres que viven en unión libre. Es de resaltar, que sólo se hace referencia a los datos de 2015 (37 registros) y 2017 (104 registros), con un número total de 141 registros, debido a que en los años 2012 a 2014 y 2016 no se encuentran registros (Tabla 2).

Tabla 2. Estado civil de los sobrevivientes al intento de suicidio.

Estado Civil	Femenino		Masculino		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Sin información	7	9,3%	10	15,2%	17	12,1%
Soltero (a)	41	54,7%	33	50,0%	74	52,5%
Casado (a)	6	8,0%	10	15,2%	16	11,3%
Unión libre	20	26,7%	10	15,2%	30	21,3%
Separado (a) Divorciado (a)	1	1,3%	3	4,5%	4	2,8%

La tabla 3, contiene los resultados obtenidos a partir de 216 registros de la ficha nacional 356 V:00 y V:01 pertenecientes al año 2016 y el año 2017 hasta la semana epidemiológica 26. Para el apartado titulado, factores asociados al intento, se observa que el factor que más se presentó fue el de conflictos recientes con la pareja (44,9%), seguido de ideación suicida persistente (19,9%), consumo de SPA (12%) y pérdida de lazos afectivos (10,6%)

Tabla 3. Factores asociados al intento de suicidio.

Factor asociado	2016						2017					
	Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total	
Problemas económicos, legales o sociales	19	17%	6	5,3%	25	22,1%	1	1,9%	4	8%	5	4,8%
Conflictos recientes con la pareja	30	26,8%	17	15,2%	47	41,5%	23	42,6%	27	54%	30	48%
Enfermedad crónica, dolorosa o discapacitante	1	0,9%	0	0%	1	0,8%	1	1,9%	2	4%	3	2,8%
Consumo SPA	5	4,5%	2	1,8%	7	6,1%	6	11,1%	13	26%	19	18,2%
Víctima de violencia	3	2,7%	0	0%	3	2,6%	2	3,8%	0	0%	2	1,9%

Tabla 3. Continuación.

Factor asociado	2016						2017					
	Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total	
Antecedente familiar de trastorno psiquiátrico	3	2,7%	5	4,5%	8	7%	0	0%	0	0%	0	0%
Antecedente personal de trastorno psiquiátrico	6	5,4%	3	2,7%	9	7,9%	0	0%	0	0%	0	0%
Perdida de lazos afectivos	15	13,3%	7	6,3%	22	19,4%	0	0%	1	2%	1	0,9%
Historia familiar de conducta suicida	4	3,6%	3	2,7%	7	6,1%	7	13%	1	2%	8	7,6%
Otros síntomas psiquiátricos	2	1,8%	3	2,7%	5	4,2%	2	3,7%	0	0%	2	1,9%
Ideación suicida persistente	4	3,6%	9	8%	13	11,5%	16	29,6%	14	28%	30	28,8%
Pacto suicida	0	0%	0	0%	0	0%	1	1,9%	0	0%	1	0,9%
Asociado a antecedentes de abuso sexual	2	1,8%	0	0%	2	1,7%	0	0%	0	0%	0	0%
Asociado a antecedentes de violencia intrafamiliar	7	6,3%	4	3,6%	11	9,7%	0	0%	0	0%	0	0%

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo a los mecanismos del intento, el más utilizado fue el de intoxicación (58,7%), seguido de arma corto punzante (24%). Según el número de intentos previos, se encontró que un 38,8% de las personas habían presentado al menos un intento de suicidio; de estas, 40 personas presen-

taron uno, 23 personas dos, 13 personas tres y ocho personas cuatro. Se encontró que un 37% de las personas que realizaron un intento de suicidio presentaban al menos un trastorno psiquiátrico, siendo el principal el trastorno depresivo y los de menor presencia el trastorno de esquizo-

frenia y otros trastornos psiquiátricos, y el 48% de los casos fueron remitidos a salud mental (psiquiatría, trabajo social y/o psicología).

DISCUSIÓN

Al analizar la prevalencia, se obtuvo una tasa promedio de intento de suicidio de 64,4 por cada 100.000 habitantes durante el periodo de estudio, ocupando el puesto 25 y aportando aproximadamente un 25,2% de los casos a nivel departamental; la reducción identificada para el año 2014, puede atribuirse al cambio en la forma de registro de la información a través de las fichas, puesto que se empezó a registrar solo los casos de personas cuya ciudad de residencia era Tunja. En cuanto a la comparación a nivel nacional, según la Encuesta Nacional de Salud¹¹, se reporta un porcentaje de intento de suicidio del 2,5%, cifra muy superior a la encontrada en la ciudad de estudio que es de 0,32%; sin embargo, es de aclarar que para 2017, se evidencia un aumento notable ya que se está a solo 12 casos del promedio anual para el periodo estudiado.

Respecto al género, el 61,7% de los casos fueron mujeres, siendo para el periodo 2012 -2015 superiores por aproximadamente cuatro casos. A diferencia de 2016, las mujeres superaron por 28 casos a los hombres; estas cifras comprueban los hallazgos previos en los que se refiere que es más frecuente para el caso de las mujeres tanto la idea como el intento de suicidio^{4,28-30}.

De acuerdo a la edad, los resultados indican un mayor número de intentos entre los 16 y 25 años, corroborando el intervalo de 15 a 34 años como el de mayor ocurrencia a nivel nacional¹². Además, según el género se ratifica que la edad de mayor frecuencia para las mujeres es de 11 a los 20 años y para los hombres de 21 a 30 años; representando estos dos grupos etarios focos de atención para estudios a profundidad del espec-

tro suicida, con el fin de proponer programas de prevención e intervención según las características específicas de estos^{3,10,11,31-36}.

Al analizar el área de ocurrencia se encontró que la mayoría de los casos se presentaron en el área urbana (87,6%), aspecto que supera las cifras reportadas a nivel nacional durante el mismo periodo estudiado; en las que los casos reportados en las zonas urbanas, correspondieron al 70%¹¹.

En cuanto al régimen de salud se encontró que el 50,8% de las personas pertenecían al régimen subsidiado; este se caracteriza por cobijar a personas de bajos recursos, y de difícil acceso al sistema de salud, variables que podrían ser consideradas como de mayor riesgo para la conducta suicida, y por ende, se sugiere una mayor atención a esta población^{6,37}. Adicionalmente, se resalta que un 3,7% de las personas no estaban aseguradas; cifra que contradice lo estipulado en la ley 1751 de 2015³⁸, la cual regula el derecho fundamental de la salud y dictamina que todos los habitantes del territorio nacional deben contar con un servicio de salud obligatorio.

Al analizar los grupos poblacionales, las personas privadas de la libertad y gestantes presentaron mayor número de casos; tanto en hombres para el primer grupo, como en mujeres para el segundo, sus edades comprendían entre 16 y 20 años, siendo este intervalo un factor de vulnerabilidad^{3,11,12,31-36}. En el caso del primer grupo, se relacionó el riesgo suicida³⁹ con condiciones de desesperanza y depresión, además se encontró que para el segundo grupo, la presencia de problemas de pareja es un factor de vulnerabilidad para la ideación e intento de suicidio⁴⁰.

Con respecto, a la ocupación y oficio, se encontró mayor presencia de intento suicida en agricultores hombres de cultivos transitorios y trabajadores forestales, y en mujeres, auxilia-

res de enfermería y enfermeras, ambas ocupaciones considerados como un factor de vulnerabilidad por la INMLCF^{11,34}; en la primera, se parte de reconocer la actividad agroindustrial del departamento de Boyacá, requiriendo con ella la exposición a pesticidas, venenos y otros insumos agrícolas que pueden ser usados en el intento de suicidio o suicidio consumado⁴¹; en segunda medida, las labores en el ámbito de la salud implican elevados niveles de estrés, lo que incrementan el riesgo suicida sobre todo en personal sanitario femenino⁴².

Según el estado civil, el 52,5% eran solteros, seguidos de unión libre y casados, lo cual corrobora a nivel general las cifras de suicidio reportada por el INMLCF¹¹. En relación a lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud Mental¹², en la que se refiere que el porcentaje de personas solteras con intento de suicidio fue del 2,4% y el de personas con algún vínculo de pareja fue de 2,5%, las cifras son superiores a las encontradas en el estudio, las cuales fueron 0,04% y 0,02% respectivamente.

Respecto al nivel educativo, el 39% de quienes cometieron intento de suicidio contaban con básica secundaria; si se tiene en cuenta que diferentes autores sugieren que las cifras de esta conducta disminuyen conforme aumenta el nivel educativo⁴³⁻⁴⁵, lo que es corroborado por los datos sobre suicidio del INMLCF³⁴ y de la encuesta nacional de salud mental¹² en los que se afirma que a mayor nivel educativo menor número de intentos de suicidio cometidos, entonces es importante la articulación con proyectos de escolarización en la población objeto de estudio para el trabajo en prevención de suicidio.

En cuanto al apartado titulado, factores asociados y el posible motivo, el principal factor fue el conflicto de pareja o expareja (39,9%), datos similares a los encontrados sobre comporta-

miento de suicidios consumados a nivel nacional para el año 2015³⁵. Sin embargo, para el año 2016, se evidencia un cambio en el comportamiento a nivel nacional, siendo el factor principal enfermedad física o mental¹¹. Al respecto, se ha encontrado que el estrés con la pareja, expresado en respuestas agresivas y pasivas al momento de resolver conflictos, representa un mayor riesgo suicida⁴⁶; así mismo, en pacientes con intentos de suicidio, los conflictos con pareja y familia fueron los factores más relevantes y que estos a su vez propiciaban trastornos de adaptación con síntomas afectivos⁴⁷. Lo que indicaría que trabajar en la prevención de suicidio, la resolución de conflictos y la inteligencia emocional, son temas importantes.

Por su parte, el segundo factor más importante, fue el de ideación suicida persistente en un 19,9%. Con referencia a este, se ha encontrado el maltrato familiar como un factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes con edades comprendidas entre 12 y 19 años, siendo una de las causas la exposición a eventos estresantes, ya que la adolescencia es un periodo con cambios físicos, emocionales y sociales⁴⁸; así mismo, se tiene que la ideación suicida está relacionada con otros factores que aumentan la probabilidad de llegar a cometer otras conductas suicidas⁴⁹, y que en la población estudiantil es el factor más prevalente y por tanto un factor de riesgo para el intento de suicidio⁵⁰; todo lo anterior puede indicar que el manejo de estrés, las redes de apoyo y relaciones familiares funcionales son temas claves para trabajar en la prevención del suicidio.

Según el mecanismo implementado, el 62,4% corresponde a intoxicación por medicamentos, plaguicidas y otras sustancias; esto confirma que al ser un mecanismo de fácil acceso, al no tener suficientes medidas de control por parte del estado a las entidades que los expenden,

así como la falta de capacitación correcta de su manejo, este puede ser usado por la mayoría de los grupos poblacionales^{34,50,51}, lo cual puede ser un punto de enfoque, ya que, como lo menciona OMS¹, el conocer el método de mayor implementación da lugar a que se elaboren estrategias de prevención. Además, corrobora lo descrito en el Informe del Comportamiento Epidemiológico de los Eventos del Componente Factores de Riesgo Ambiental²⁹, el cual refiere que 79% de intoxicaciones con medicamentos es de tipo intencional suicida y en menor proporción de tipo accidental y automedicación, con respecto a la intoxicación con plaguicidas se presentan en primer lugar.

El comportamiento del mecanismo de acuerdo al género, indica que la cantidad de casos con mecanismo de intoxicación en mujeres fue de 64,5%; referente a las armas corto punzantes las mujeres representaron un 63,4%, en el uso de armas de fuego los hombres representaron el 100%, finalmente en lanzamiento al vacío los hombres representaron un 53%, Se evidencia una mayor letalidad en el método para el caso de los hombres, mientras que para las mujeres el uso de medicamentos va en incremento desde 1994, confirmando otros estudios^{3,4,28}.

En relación a los intentos previos, se encontró que un 38,8% presentaron al menos un intento previo en su vida, de los cuales el 20,3% realizaron dos o más intentos; aspecto que según la OPS y la OMS⁶ representa un factor de vulnerabilidad a nivel individual y como expone el INS¹¹, estos se convierten en el predictor más fuerte de riesgo suicida, permitiendo evidenciar la importancia del seguimiento a los sobrevivientes de intento de suicidio.

En cuanto a la presencia de trastornos psiquiátricos, el 36,3% presentó al menos un trastorno

psiquiátrico, cifras que son inferiores a las presentadas por otros autores quienes mencionan que alrededor del 90% de personas con conducta suicida pueden ser diagnosticadas con trastorno mental, identificando una estrecha relación entre el suicidio y el trastorno mental^{52,53}; esto, con el fin de aportar a la comprensión del fenómeno y justificar la prioridad de identificar y actuar no solo mediante tratamientos e intervenciones sobre el diagnóstico de la patología, sino también a través de actividades de atención primaria.

Específicamente, para el caso de los trastornos del estado de ánimo, se encontró que el trastorno depresivo fue el más prevalente con un 29,8%; al respecto, se encuentra que es este el trastorno de mayor riesgo para el suicidio, ya que éste se produce impulsivamente en momentos de crisis que incapacitan a la persona para afrontar las tensiones de la vida^{1,54}.

Finalmente, como limitaciones se encontraron la insuficiencia de información archivada referente a los años 2012-2015, además, el no contar con referencias actualizadas debido a la escasez de información publicada específica sobre intento de suicidio.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores de este artículo agradecen el apoyo del equipo de salud mental de la secretaría de protección social de Tunja y al grupo de investigación clínica y salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, quienes contribuyeron con la asesoría, recopilación y análisis de la información requerida para el estudio; así mismo, manifiestan que durante la ejecución del trabajo y la redacción del manus-

crito, no han incidido intereses o valores distintos a los que usualmente tiene la investigación y por tanto no tienen ningún conflicto de intereses con las instituciones de apoyo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la salud. Centro de prensa suicidio [internet]. [Consultado 5 de agosto 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
2. Alarcon L. La psicología de la salud en Colombia. Univ. Psychol. 2006 Dic; 5 (3): 681-693.
3. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Cordoba, R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985 - 2002. Revista Panam Salud Publica. 2007; 22(4): 231-238.
4. Jiménez M, Hidalgo J, Camargo C, Dulce B. Una mirada global frente a intento de suicidio. Unimar. 2011; (58): 27- 44.
5. Gomez A. Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. Rev. méd. Clín. Las Condes. 2012; 5(23): 607-615.
6. Organización Panamericana de la salud y Organización mundial de la salud. Prevención del suicidio un imperativo global. Washington, DC: OPS; 2014.
7. Secretaria Distrital de Salud. Sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida – Sisvecos. Bogotá: SDS; 2012.
8. Achicanoy AC, Insuasty DM, Galvis FH. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Centro de estudios en salud. 2004;1(5): 60-67.
9. Organización mundial de la salud. Citado por: Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública intento de suicidio. Colombia: Ministerio de Salud y la Protección Social; 2016.
10. National Institute of Mental Health (NIMH). Suicide [internet]. [Consultado diciembre 2016]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide/index.shtml>.
11. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis datos para la vida 2016. Bogotá: INMLCF; 2017.
12. Ministerio de Salud y la Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Colombia; 2016.
13. Quintanilla R, Valadez I, Vega J, Flores L. Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. Psicología y salud. 2006 Jul; 6(2):139-147.
14. Morales S, Fischman R, Echávarri O, Barros J, Armijo I, Moya C, Maino M, Núñez C. Vivencia-expresión de la rabia y razones para vivir en un grupo de pacientes chilenos con riesgo suicida. Rev. iberoam. psicol. salud. 2016 May;7(2):60-68.
15. Chamorro E, Cristancho D, Villalobos-Galvis F. Estudio epidemiológico de las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales [Tesis inédita de pregrado]. Ipiales: Universidad de Nariño; 2010.
16. Cortina E, Peña O, Gómez M. Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16 – 25 años del Valle de Aburrá. Revista de Psicología. 2009 Ene; 1(1):55-73.
17. Castro-Rueda V, Martínez-Villalba A, Camacho P, Rueda-Jaimes G. Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. Rev Col Psiqui. 2010 Dic; 39(4):705-715. DOI: 10.1016/S0034-7450(14)60210-9

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio [internet]. [Consultado 13 de septiembre 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
19. Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Ley 1616 de 2013 por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 48680 (Ene. 21 2013)
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. [internet]. [Consultado 20 de agosto 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
21. Hernández Q. Suicidio adolescente y la internet. Revista de estudios sobre juventud. 2009 Dic; 32:108-135. DOI: 10.13140/RG.2.1.4282.6320
22. Siabato F, Forero I, Salamanca Y. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. Pensam. psicol. 2016 Jul; 15(1):51-61. Doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS
23. Colombia. Decreto Nacional. Ley 23 de 1982 por medio de la cual se expide el régimen general de derechos de autor. Diario oficial, 1474 (Ene. 28 1982).
24. Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Resolución 8430 de 1993 por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Diario oficial (Oct 4 1993).
25. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario oficial, 46.383 (Sep 06 2006).
26. Colombia. Ministerio de Tecnologías de la Información y de las comunicaciones. Ley 1273 de 2009 por medio de la cual se modifica el Código Penal, se crea un nuevo bien jurídico tutelado - denominado “de la protección de la información y de los datos”- y se preservan integralmente los sistemas que utilicen las tecnologías de la información y las comunicaciones, entre otras disposiciones. Diario oficial 47.223 (Ene 05 2009).
27. Colombia. Superintendencia de Industria y Comercio. Ley 1266 de 2008 por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones. Diario oficial 47.219 (Dic 31 2008).
28. Garavito GE. Autopsia psicológica en niños y adolescentes con conductas suicidas. Cultura, educación y sociedad. 2011; 2(1): 67-74.
29. Secretaría de Salud de Boyacá. Informe del comportamiento epidemiológico de los eventos del componente factores de riesgo ambiental periodo epidemiológico 6-2016. Boyacá: Gobernación de Boyacá; 2016.
30. Carrascal GC. Ideación suicida en la adolescencia: soledad, desesperanza y salud familiar. [Tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
31. Baader T, Urra E, Millán R, Yáñez L. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. Revista Medica Clínica CONDES. 2011; 22(3): 303-309.
32. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis datos para la vida 2012. Bogotá: INMLCF; 2013.

33. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis datos para la vida 2013. Bogotá: INMLCF; 2014.
34. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis datos para la vida 2014. Bogotá: INMLCF; 2015.
35. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis datos para la vida 2015. Bogotá: INMLCF; 2016.
36. Ruiz A, Rivas A. Disfunción familiar en pacientes con intento de suicidio en el área de urgencias pediátricas. *Salud pública de México*. 2017; 59 (3): 2009-2010.
37. Munévar NJ. Intento de suicidio en el municipio de Sogamoso 2011 – 2013. [Tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
38. Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario oficial*, 49.427 (Feb 16 2015).
39. Mojica C, Saenz D, Rey-Anacona C. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Rev. colomb. psiquiatr*. 2009 Ene; 38(4):681-192.
40. Lara A, Letechipía G. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud mental*. 2009 Oct;32(5):381-387.
41. Freire C, Koifman S. Pesticides, ¿depression and suicide: a systematic review of the epidemiological evidence. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 2013 Jul; 216(4):445-460. Doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijheh.2012.12.003>
42. Cano-Langreo M, Cicirello-Salas S, López-López A, Aguilar-Vela M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Medicina y seguridad del trabajo*. 2014 Mar;60(234):198-218
43. Tuesca R, Navarro E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista Científica Salud Uninorte*. 2003 Agos;17: 19-28.
44. Villalobos-Galvis, FH. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*. 2009 Mar;31(2):165-171.
45. Ortega P, Manrique R, Tovilla C, Lopez C, Cuartas J. Clinical and Epidemiological Characteristics of Suicides Committed in Medellín, Colombia. *Rev.colomb.psiquiatr*. 2014 May; 43(2):106-112. Doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.02.006>
46. Serrano M, Flores M. Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*. 2005 Sep;15(2):221-230.
47. Rodríguez R, Pedraza M, Burunate M. Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Revista Club Med Mil*. 2004 Mar;33(1):0-0.
48. Pérez M, Vianchá M, Martínez L, Salas I. El maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. *Psicogente*. 2014 Jul;17(31):80-92. DOI: 10.17081/psico.17.31.1471
49. Rosales J. La investigación del proceso suicida. En L. L. Eguiluz, M. H. Córdova & J. C. Rosales (Eds.), *Ante el suicidio su comprensión y tratamiento*. México, D. F.: Editorial Pax. 2010:81-94.

50. Conner K, Meldrum S, Wieczorek W, Duberstein P, Welte W. The association of Irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20- years old students. *Suicide & Life Threatening Behavior*. 2004 Dic;34(4):363-373. DOI: 10.1521/suli.34.4.363.53745
51. Paraschakis A, Michopoulos I, Douzenis A, Christodoulou C, Lykouras L, Koustaftis F. Switching suicide methods in order to achieve lethality: a study of Greek suicide victims. *Death studies*. 2013 Nov;38(6-10):438-442. DOI: 10.1080/07481187.2013.780111
52. Zhang J, Lin L. The moderating effects of impulsivity on Chinese rural Young suicide. *Journal of clinical psychology*. 2014 Jun;70(6):579-588. DOI: 10.1002/jclp.22039
53. Bedoya E, Montaña L. Suicidio y Trastorno Mental. *Rev. CES Psicol*. 2016 Jul;9(2):179-201. [Http://dx.doi.org/10.21615/cesp.9.2.12](http://dx.doi.org/10.21615/cesp.9.2.12)
54. Hoertel N, Franco S, Wall M, Oquendo M, Kerridge B, Limosin F, Blanco C. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Molecular psychiatry*. 2015 Jun;20(6):718-726. DOI: 10.1038/mp.2015.19
52. Zhang J, Lin L. The moderating effects of impulsivity on Chinese rural Young