

# Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con conducta suicida atendidos en clínicas de alta complejidad de Colombia entre 2.020 y 2.021

## Retrospective descriptive study of patients with suicidal behavior attended in High complexity clinics in Colombia between 2020 and 2021

DOI: <https://doi.org/10.26852/28059107.606>

Victor Mihdi Orozco Flórez,<sup>1</sup> Carolina del Pilar Villalba Toquica,<sup>2</sup> Frida Sabina Ramírez Olveras<sup>3</sup>

### Resumen

**Introducción:** la conducta suicida es un problema de salud pública que afecta aproximadamente a 800.000 personas al año, afectando principalmente a países de bajos y medianos ingresos.

**Metodología:** Se desarrolló un estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes atendidos en urgencias por conducta suicida, quienes fueron atendidos en siete clínicas de alta complejidad en diferentes regiones de Colombia entre 2020 y 2021. Los datos se extrajeron del Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional y subsistema de la Conducta Suicida (SISVECOS) y de las historias clínicas de los pacientes. Los casos se clasificaron de acuerdo al tipo de evento, mecanismo de lesión, conducta y estado al egreso de la atención.

**Resultados:** se reportaron en total 1.190 pacientes con conducta suicida, identificándose una mayor proporción del sexo femenino con el 64,62% (n=769), frente al 35,38% (n=421) de sexo masculino. La mediana de edad fue de 22 años, la media de 26 años y la desviación estándar de 13 años. El evento que más se presentó fue el intento de suicidio con el 68,82 % (n=819), seguido de la ideación suicida con un 27,65% (n=329), y el suicidio consumado fue el 0,92% (n=11) de los casos. Además, se observó un aumento de los casos reportados en 2021 en comparación a 2020 (65,97% versus 34,03%).

**Conclusiones:** se observa un comportamiento similar a lo reportado en la literatura. Se identifica la necesidad de plantear estrategias para abordar la conducta suicida, en especial en la población joven la cual presentó la mayor cantidad de casos.

**Palabras clave:** suicidio, intento de suicidio, suicidio completo.

<sup>1</sup> mihdi.orozco@gmail.com

<sup>2</sup> epifusa@gmail.com

<sup>3</sup> fridasabina.ramirez@upaep.edu.mx

Citar como: Orozco, V., Villalba, C. y Ramírez, F. (2022). Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con conducta suicida atendidos en clínicas de alta complejidad de Colombia entre 2020 y 2021. *Meridiano. Revista Colombiana de Salud Mental*, 1(2), 48-57.

### Abstract

**Introduction:** suicidal behavior is a public health problem that affects approximately 800,000 people per year, mainly affecting low- and middle-income countries.

**Methodology:** a retrospective descriptive study was developed of a cohort of patients who attended the emergency department for suicidal behavior, who were treated in seven high complexity hospitals in different regions of Colombia between 2020 and 2021. Data were extracted from the suicidal behavior surveillance system SISVECOS (by its acronym in Spanish) and from the patients' medical records. Cases were classified according to type of event, mechanism of injury, behavior, and status at discharge from care.

**Results:** a total of 1,190 patients with suicidal behavior were reported, with a higher proportion of females (64.62%, n=769) compared with 35.38% (n=421) of males. The median age was 22 years, the mean was 26 years and the standard deviation was 13 years. The most common presenting event was attempted suicide with 68.82% (n=819), followed by suicidal ideation with 27.65% (n=329), and completed suicide was 0.92% (n=11) of the cases. In addition, an increase in reported cases was observed in 2021 compared to 2020 (65.97% versus 34.03%).

**Conclusions:** a behavior similar to that reported in the literature was observed. There is a need for strategies to address suicidal behavior, especially in the young population, which presented the highest number of cases. Research should be continued and risk factors should be studied in more depth.

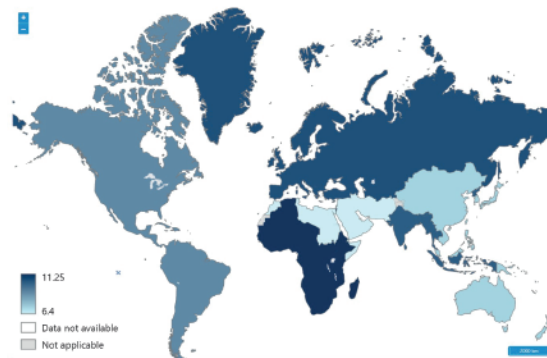
**Keywords:** suicide, attempted suicide, completed suicide.

## Introducción

El suicidio es un problema de Salud Pública que afecta aproximadamente 800.000 personas al año (Bachmann, 2018; World Health Organization, 2017) según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que en otras palabras representa un suicidio cada 40 segundos. En el mundo la tasa de suicidios varía según la edad y el sexo, presentándose mayor tasa en adultos mayores de sexo masculino, 15,6 suicidios por cada 100.000 habitantes (Fazel & Runeson, 2020; Kong *et al.*, 2021). Respecto a la población joven, se reporta una prevalencia de ideación suicida entre 19,8% y 24%, y de intento suicida entre 3,1% y 8,8% (Nock *et al.*, 2008), además se ha identificado que estos eventos son más frecuentes en el sexo femenino durante la adolescencia (Cha *et al.*, 2018). También se identifica que en los adolescentes y adultos jóvenes (15 a 29 años) las muertes por suicidio corresponden al 8,5% de todas las muertes alrededor del mundo en esta población, siendo la segunda causa de mortalidad en este grupo principalmente en hombres (Cha *et al.*, 2018; Kann *et al.*, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2017).

Debido a la tendencia mundial, en 2015 la OMS declaró que el 78% de los suicidios se realizaron en países de bajos y medianos ingresos (Bachmann, 2018). El Atlas de Salud Mental de la OMS (Mental Health ATLAS) de 2020, uno de los recursos más importantes de información en salud mental, reportó una tasa de suicidio global de 9 por cada 100.000 personas (WHO Team, 2021). En el Observatorio Global de Salud de la OMS (Figura 1), para el 2019 el continente africano contaba con la tasa más alta de suicidio por cada 100.000 habitantes estandarizada por edad, con un 11,25 [6,86-17,46], seguido de Europa con un 10,5 [8,33-13,63], el Sudeste Asiático con 10,2 [7,22-13,38], América con 8,99 [7,79-12,76], el Pacífico Oeste 7,19 [5,39-9,99], y por último con menor tasa el Mediterráneo Oriental con un 6,4 [3,44-10,99] (Organización Mundial de la Salud, 2019); Una posible explicación de esta variabilidad son diferencias en las definiciones y clasificación del suicidio, así como en el manejo de las enfermedades mentales (Fazel & Runeson, 2020).

Figura 1. Tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes por continentes



Tomado de: Observatorio Global de Salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Según el Forensis 2020 desde 2011 al 2020 Colombia registra un total de 22.186 suicidios consumados, con un promedio anual de 2.186 casos, correspondiente a una tasa de 5,02 suicidios por 100.000 habitantes, para 2019 fue de 5,81 suicidios por 100.000 habitantes y en el 2020 disminuyó a 5,21 suicidios por cada 100.000 habitantes. (Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia & Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2022) a la fecha de publicación de este artículo el instituto de medicina legal de Colombia no ha publicado los datos de 2021.

Algunos factores de riesgo para el suicidio identificados son la presencia de desórdenes psiquiátricos o antecedentes familiares de estos, como la depresión, bipolaridad, trastornos del espectro esquizofrénico, trastornos asociados a abuso de sustancias, y tener mayor sensibilidad a la ansiedad. Otras causas descritas son haber tenido lesión cerebral traumática previa, padecer epilepsia, ser diagnosticado con patologías terminales o crónicas, ser viudo o soltero, tener problemas financieros, tener historia familiar de conducta suicida, tener ideación suicida o haber intentado suicidarse antes, tener acceso a medios letales como armas de fuego y haber padecido experiencias adversas durante la niñez (Beghi *et al.*, 2021; Fazel & Runeson, 2020; McHugh *et al.*, 2019; Sheftall *et al.*, 2021; Stanley *et al.*, 2018). Durante la actual pandemia por COVID-19 además se identificaron factores de riesgo para conducta suicida asociados a los cambios en las dinámicas sociales por la cuarentena preventiva, o el temor a ser contagiado (Farooq *et al.*, 2021).

Entre los métodos más frecuentemente utilizados en la conducta suicida se han reportado la intoxicación con medicamentos psicotrópicos, ahorcamiento/asfixia, el uso de objetos cortopunzantes y armas de fuego (Beghi et al., 2021; Cha et al., 2018). Además, se ha reportado que en los adolescentes el intento de suicidio va precedido de un plan en un 60-80% (Cha et al., 2018). En el presente trabajo se pretende presentar la descripción de una cohorte de pacientes que tuvieron conducta suicida entre 2020 y 2021, y que fueron atendidos en clínicas de alta complejidad de Colombia.

## Metodología

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes reportados con conducta suicida en hospitales de alta complejidad de Colombia, de la empresa Clínica Colsanitas S.A. la cohorte corresponde a cuatro hospitales en Bogotá, uno en Cali y dos en Barranquilla entre 2020 y 2021. Los pacientes fueron atendidos inicialmente en urgencias, y fueron manejados acorde a la clasificación del Instituto Nacional de Salud INS (órgano rector de la vigilancia en salud pública nacional) y guías clínicas definidas para este tipo de diagnósticos. La información se extrajo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional y subsistema de la Conducta Suicida (SISVECOS) entre 2020 y 2021. Esta información fue recolectada por el equipo asistencial de salud mental en las instituciones quienes diligencian las fichas de notificación definidas por los entes rectores de la vigilancia. Algunos datos se completaron con historias clínicas extraídas de los sistemas de información propios de los hospitales.

Los datos extraídos fueron organizados de acuerdo a variables sociodemográficas, tipo de evento, mecanismo de lesión, conducta y estado al egreso de la atención. Posteriormente se consolidó la información en una base de Excel protegiendo la confidencialidad de los datos. Se realizó un análisis de las características sociodemográficas utilizando medidas de tendencia central como medianas y porcentajes, además del rango intercuartílico como medida de dispersión. Los eventos se clasificaron de acuerdo al Modelo de Atención

para Eventos Emergentes en Salud Mental del Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia (Uribe et al., 2014) de la siguiente manera:

- **Ideación suicida:** “Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas”.
- **Intento de suicidio:** “se describe como un acto lesivo con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto”.
- **Suicidio:** “muerte derivada de lesión, envenenamiento o asfixia mecánica, con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinfringida”.
- También se describe la **Amenaza Suicida** como: “Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza, y esta se acompaña de una situación de crisis” (Secretaría Distrital de Educación, 2019).

## Resultados

### Descripción socio demográfica

En los años 2020 y 2021 se reportaron en total 1.190 pacientes con conducta suicida, identificándose una mayor proporción del sexo femenino con el 64,62% (n=769), frente al 35,38% (n=421) de sexo masculino. La mediana de edad de la cohorte que tuvo conducta suicida en los dos años fue de 22 años, la media de 26 años y la desviación estándar es de 13 años. La mayor proporción de pacientes reportados se presentó en Bogotá con un 96,22% (n=1.145), seguido de Cali con 2,86% (n=34) y Barranquilla con un 0,92% (n=11). El evento que más se presentó fue el intento de suicidio con el 68,82% (n=819), seguido de la ideación suicida con un 27,65% (n=329), la amenaza suicida con el 2,61% (n=31), y el suicidio consumado con un 0,92% (n=11) (ver Tabla 1). El grupo de edad que aportó más casos en todos los tipos de conducta suicida fue el de 0-19 años con el 36,70% (n=437) (ver Tabla 2).

**Tabla 1. Características de la cohorte con conducta suicida evaluada entre 2020 y 2021.**

Características de los Pacientes	Pacientes Vivos (n=1.179)	Pacientes Fallecidos (n=11)	Total de la Cohorte (n=1.190)
Sexo femenino, n (%)	761 (64,55%)	8 (72,73%)	769 (64,62%)
Sexo masculino, n (%)	418 (35,45%)	3 (27,27%)	421 (35,38%)
Edad en años, mediana (RIQ)	22 (16-32)	30 (19,5-46)	22 (16-32)
<b>Ciudad de ocurrencia</b>			
Bogotá, n (%)	1.335 (96,27%)	10 (90,91%)	1.145 (96,22%)
Barranquilla, n (%)	10 (0,85%)	1 (9,09%)	11 (0,92%)
Cali, n (%)	34 (2,88%)	0 (0%)	34 (2,86%)
<b>Evento</b>			
Ideación suicida, n (%)	329 (27,91%)	-	329 (27,65%)
Amenaza suicida, n (%)	31 (2,63%)	-	31 (2,61%)
Intento de suicidio, n (%)	819 (69,47%)	-	819 (68,82%)
Suicidio consumado, n (%)	-	11 (100%)	11 (0,92%)

RIQ= Rango intercuartílico. Fuente: Elaboración propia

**Tabla 2. Características de eventos de conducta suicida según tipo.**

Características de los Pacientes	Ideación Suicida (n=329)	Amenaza Suicida (n=31)	Intento de Suicidio (n=819)	Suicidio Consumado (n=11)	Total (n=1.190)
Sexo femenino, n (%)	189 (57,45%)	16 (51,61%)	556 (67,89%)	8 (72,73%)	769 (64,62%)
Sexo masculino, n (%)	140 (42,55%)	15 (48,39%)	263 (32,11%)	3 (27,27%)	421 (35,38%)
Edad en años, mediana (RIQ)	23 (16-36)	21 (15,5-29,5)	22 (17-30)	22 (17-30)	22 (16-32)
<b>Grupos etarios</b>					
0-19 años, n (%)	116 (35,25%)	14 (45,16%)	304 (37,12%)	3 (27,27%)	437 (36,72%)
20-29 años, n (%)	98 (29,79%)	9 (29,03%)	291 (35,53%)	1 (9,09%)	399 (33,53%)
30-39 años, n (%)	44 (13,37%)	4 (12,9%)	120 (14,65%)	2 (18,18%)	170 (14,29%)
40-49 años, n (%)	35 (10,64%)	1 (3,23%)	56 (6,84%)	2 (18,18%)	94 (7,9%)
50-59 años, n (%)	16 (4,68%)	2 (6,45%)	29 (3,54%)	2 (18,18%)	49 (4,12%)
60-69 años, n (%)	10 (3,04%)	1 (3,23%)	9 (1,10%)	1 (9,09%)	21 (1,76%)
70 y más años, n (%)	10 (3,04%)	0 (0%)	10 (1,22%)	0 (0%)	20 (1,68%)
<b>Mecanismos de lesión</b>					
Ahorcamiento o asfixia, n (%)	-	-	45 (5,49%)	2 (18,18%)	47 (3,95%)
Arma de fuego, n (%)	-	-	10 (1,22%)	0 (0%)	10 (0,84%)
Elemento cortopunzante, n (%)	-	-	96 (11,72%)	0 (0%)	96 (8,07%)
Intoxicación, n (%)	-	-	585 (71,43%)	4 (36,36%)	589 (49,5%)
Lanzamiento a vehículo, n (%)	-	-	8 (0,98%)	1 (9,09%)	9 (0,76%)
Lanzamiento al vacío, n (%)	-	-	39 (4,76%)	4 (36,36%)	43 (3,61%)

<b>Más de un mecanismo, n (%)</b>	-	-	<b>23 (2,81%)</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>23 (1,93%)</b>
Ahorcamiento o asfixia e intoxicación, n (%)	-	-	2 (8,69%)	-	2 (8,69%)
Elemento cortopunzante e intoxicación, n (%)	-	-	17 (73,91%)	-	17 (73,91%)
Lanzamiento a vehículo y elemento cortopunzante, n (%)	-	-	1 (4,34%)	-	1 (4,34%)
Lanzamiento al vacío e intoxicación, n (%)	-	-	1 (4,34%)	-	1 (4,34%)
Sin información	-	-	13 (1,59%)	0	13 (1,09%)
<b>Conducta</b>					
Alta voluntaria, n (%)	11 (3,34%)	4 (12,90%)	41 (5,01%)	-	56 (4,75%)
Ambulatorio, n (%)	119 (36,17%)	7 (22,58%)	164 (20,02%)	-	290 (24,60%)
Hospitalización, n (%)	11 (3,34%)	1 (3,23%)	123 (15,02%)	-	135 (11,45%)
Remisión a unidad de salud mental, n (%)	186 (56,53%)	18 (58,06%)	476 (58,12%)	-	680 (57,68%)
Sin información	2 (0,61%)	1 (3,23%)	15 (1,83%)	-	18 (1,53%)

RIQ= Rango intercuartílico. Fuente: Elaboración propia

### Grupos de edad

El grupo etario de 0-19 años fue el más afectado con un 36,72% (n=437) de los casos, las niñas y adolescentes fueron el 72,08% (n=315) de los casos, y los niños y adolescentes el restante 27,91% (n=122) la persona más joven que consultó contaba con 9 años y pertenecía al sexo masculino. El grupo de 9 a 14 años representa el 13,02% (n=155) de este grupo de edad, el grupo de 20-29 años representa el 33,53% (n=399), siendo el 61,40% (n=245) de los casos mujeres y el 38,59% (n=154) hombres, ver resto en la Tabla 2.

### Tipo de evento asociado a la conducta suicida

En todos los eventos asociados a la conducta suicida y suicidio consumado predominó el sexo femenino, para el intento suicida el 68% (n=557) fueron mujeres y el 32% (n=264) hombres, en la ideación suicida el 57% correspondió a mujeres (n=189) y el 43% a hombres (n=140), la amenaza suicida se presentó una proporción en sexo femenino del 51,61% (n=16) y 48,39% (n=15) del sexo masculino, para suicidio consumado predominó el sexo femenino con un 72,73% (n=8) y el sexo masculino presentó el 27,27% (n=3).

En la cohorte evaluada, se identifica que los mecanismos de lesión más comúnmente utilizados en el intento suicida son la intoxicación con un 71,43% (n=585), seguido de lesiones con arma cortopunzante con un 11,72% (n=96). En el suicidio consumado la intoxicación sigue siendo uno de los principales mecanismos, con el lanzamiento al vacío, cada uno aportando un 36,36% (n=4), y como tercer mecanismo el ahorcamiento o asfixia con un 18,18% (n=2). Describiendo los tipos de intoxicación observados, se identifica que la intoxicación por medicamentos fue la más frecuente, presentándose en un 87,68% (n=534) de los eventos presentados, seguido por un 5,42% (n=33) de pacientes con otras sustancias químicas. En los casos de intoxicación donde se utilizaron más de un tipo, lo cual corresponde al 1,97% (n=12) de los casos, las combinaciones más utilizadas fueron medicamentos y otras sustancias químicas con un 36,36% (n=4), seguido de medicamentos y sustancias psicoactivas con 27,27% (n=3) (ver Tabla 3). En los casos de intento de suicidio donde se combinaron dos tipos de mecanismos, la intoxicación y las lesiones con arma corto punzante continuaron siendo los principales mecanismos utilizados en un 73,91% (n=17) de los casos.

**Tabla 3. Intoxicaciones presentadas en la cohorte analizada según tipo de intoxicación**

Tipo de Intoxicación	Intento Suicidio (n=605)	Suicidio Consumado (n=4)	Total (n=609)
Medicamentos, n (%)	533 (88,1%)	1 (25%)	534 (87,68%)
Plaguicidas, n (%)	11 (1,82%)	0 (0%)	11 (1,81%)
Solventes, n (%)	6 (0,99%)	0 (0%)	6 (0,99%)
Sustancias psicoactivas, n (%)	2 (0,33%)	0 (0%)	2 (0,33%)
Otras sustancias químicas, n (%)	30 (4,96%)	3 (75%)	33 (5,42%)
<b>Más de un tipo, n (%)</b>	<b>12 (1,98%)</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>12 (1,97%)</b>
Medicamentos y metanol, n (%)	1 (9,09%)	-	1 (9,09%)
Medicamentos y otras sustancias químicas, n (%)	4 (36,36%)	-	4 (36,36%)
Medicamentos y plaguicidas, n (%)	1 (9,09%)	-	1 (9,09%)
Medicamentos y solventes, n (%)	1 (9,09%)	-	1 (9,09%)
Medicamentos y sustancias psicoactivas, n (%)	3 (27,27%)	-	3 (27,27%)
Sustancias psicoactivas y otras sustancias químicas, n (%)	1 (9,09%)	-	1 (9,09%)
Sin información del químico, n (%)	11 (1,82%)	0 (0%)	11 (1,81%)

Fuente: Elaboración propia

### Conductas clínicas asociadas a la atención

Analizando el tipo de atención clínica en las instituciones, luego de la atención de la urgencia o emergencia, el 57,68% (n=680) de los pacientes fueron remitidos a una unidad de salud mental (ver Tabla 2). El 24,60% (n=290) de los pacientes fueron manejados ambulatoriamente, el 11,45% (n=135) se hospitalizaron y el 4,75% (n=56) solicitó alta voluntaria. Al revisar el manejo recibido según el tipo de evento, las conductas fueron similares. Se observó que en la ideación suicida el 56,53% (n=186) fue remitido a una unidad de salud mental, el 36,17% (n=119) fue manejado ambulatoriamente, 3,34% (n=11) se hospitalizó, y un 3,34% (n=11) solicitó alta voluntario. En la amenaza suicida el 58,06% (n=18) fue remitido a alguna unidad de salud mental, el 22,58% (n=7) manejado ambulatoriamente, el 12,9% (n=4) solicitó alta voluntaria y el 3,23% (n=1) fue hospitalizado. Finalmente, en el intento suicida, el 58,12% (n=476) fue remitido a una unidad de salud mental, el 20,02% (n=164) manejado ambulatoriamente, el 15,02% (n=123) se hospitalizó y un 5,02% (n=41) solicitó alta voluntaria.

Al evaluar comparativamente el comportamiento por años, se observa que en 2021 aumentó el número de eventos reportados en comparación a 2020 (65,97% versus 34,03% de la cohorte del estudio), siendo relativamente constante la proporción de los diferentes tipos de conducta suicida en ambos años como se observa en la Tabla 4. La proporción por sexo también fue constante en 2020 y 2021 siendo en promedio 64,62% del sexo femenino y 35,38 del sexo masculino. La distribución de la edad de la muestra fue constante teniendo una mediana de edad en 2020 y 2021 de 22 años con un rango intercuartílico de 32-16. En ambos años Bogotá aportó la mayoría de los casos de conducta suicida, en promedio un 96,22% (n=1.145), en Barranquilla disminuyó el número de casos reportados en 2021 en comparación a 2020 (3 versus 8). En Cali por otro lado, aumentó el número de casos reportados en 2021 en comparación a 2020 (21 versus 13).

**Tabla 4. Comparación de los eventos de conducta suicida en 2020 versus 2021 en la cohorte analizada**

Características de la Conducta Suicida	Año 2020	Año 2021	Total
Conducta suicida, n (%)	405 (34,03%)	785 (65,97%)	1190 (100%)
Amenaza suicida	5 (1,23%)	26 (3,31%)	31 (2,61%)
Ideación suicida	98 (24,20%)	231 (29,43%)	329 (27,65%)
Intento de suicidio	297 (73,33%)	522 (66,50%)	819 (68,82%)
Suicidio consumado	5 (1,23%)	6 (0,76%)	11 (0,92%)
Suicidio consumado	5 (1,23%)	6 (0,76%)	11 (0,92%)
Sexo femenino, n (%)	262 (64,69%)	507 (64,59%)	769 (64,62%)
Sexo masculino, n (%)	143 (35,31%)	278 (35,41%)	421 (35,38%)
Edad en años, mediana (RIQ)	22 (32-16)	22 (32-17)	22 (32-16)
<b>Ciudad de ocurrencia</b>			
Bogotá, n (%)	384 (94,81%)	761 (96,94%)	1145 (96,22%)
Barranquilla, n (%)	8 (1,98%)	3 (0,38%)	11 (0,92%)
Calí, n (%)	13 (3,21%)	21 (2,68%)	34 (2,86%)

RIQ= Rango intercuartílico. Fuente: Elaboración propia

## Discusión

De acuerdo al último Forensis Colombia (Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia & Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2022), el suicidio disminuyó para 2020, sin embargo, no tenemos al momento de publicar este artículo la disponibilidad de datos Forensis del 2021, en el caso de las clínicas la consulta por conducta suicida se vio casi duplicada de 2020 a 2021, en el caso de suicidio consumado proporcional a las conductas suicidas, fue mayor en 2020 con 1,23% (n=5) y de 0,76% (n=6) en 2021.

La mayoría de los eventos de conducta suicida se presentaron en mujeres lo cual es coherente con la epidemiología mundial, donde las mujeres suelen tener más conductas no letales, en especial entre los 12 a 15 años donde la relación mujeres/hombres es tan alta como cinco o seis a uno (Hawton et al., 2012; Hawton & van Heeringen, 2009; Zalar et al., 2018), excepto para el suicidio consumado, donde los hombres suelen aportar la mayoría de los casos, reportándose una proporción hombres/mujeres de 1,7. Sin embargo, hay que mencionar que en algunos países como China y Bangladesh la proporción de suicidios hombres/-

mujeres se invierte a 0,8 (Bachmann, 2018). Se atribuye la mayor tasa de suicidio consumado en el sexo masculino por la menor supervivencia que presentan al utilizar métodos más letales (Hawton et al., 2012; Zalar et al., 2018) lo cual en nuestro estudio llama la atención.

Viendo por grupos de edad, la mayoría de los eventos presentados de todas las conductas suicidas se dieron en la población más joven entre 0 a 19 años, lo cual se correlaciona con una tendencia en aumento en esta población (Breslin et al., 2020; Nock, Borges, Bromet, Alonso, et al., 2008; World Health Organization, 2017a), reportando el CDC un aumento en los Estados Unidos del 30% entre 2000 y 2016 (Hedegaard et al., 2018), ubicando al suicidio como la segunda causa principal de muerte en la niñez y la adolescencia, mientras en todos los grupos de edad es la décima (Center for Disease Control and Prevention, 2017). Sin embargo, los suicidios consumados para este estudio, se presentaron principalmente en adultos.

Sobre los mecanismos de lesión en el intento de suicidio se identificó a la intoxicación con medicamentos como la más frecuente, seguida de la lesión por elemento cortopunzante, mecanismos frecuentes en otros estudios y que pueden explicarse por el hecho de que son medios de fácil acceso para estos pacientes (Beghi et al., 2021; Fazel & Runson, 2020).

En el suicidio consumado igualmente la intoxicación se presentó como uno de los mecanismos más frecuentes, igualado por el lanzamiento al vacío. Estos mecanismos son importantes si se contemplan estrategias de protección para pacientes con riesgo de conducta suicida. Al ver las conductas posteriores al ingreso, se observó que tanto en el intento suicida, como en la ideación y amenaza suicida más de la mitad de los pacientes fueron remitidos a una unidad de salud mental por el riesgo identificado por parte del equipo de salud mental, lo cual implica una carga importante de la enfermedad para estos eventos, aun cuando no se ocasiona una lesión física. La segunda conducta más frecuente fue el manejo ambulatorio y como es de esperarse, sólo en el intento suicida la hospitalización fue una conducta importante dentro del manejo para la atención de las complicaciones asociadas al evento.

Al revisar comparativamente el comportamiento de la conducta suicida en los dos años evaluados, se identificó un aumento general de los eventos reportados en 2021 en comparación al 2020 sin diferencias importantes en las características sociodemográficas de la cohorte. Esto puede estar relacionado con el fortalecimiento de la vigilancia del evento en el 2021, sin embargo, algunos estudios han mostrado que la pandemia ha jugado un papel importante en la salud mental (Farooq *et al.*, 2021) por lo cual no debe descartarse este factor causal.

---

## Conclusiones

---

Los hallazgos de nuestro estudio descriptivo son similares a otros estudios identificados en la literatura, incluido uno realizado para la Clínica U Colombia años 2.011 y 2.012 incluida en este estudio (Martinez Silva *et al.*, 2.014). La alta prevalencia en niñas, adolescentes y mujeres nos indica que se debe revisar y atender retos sobre género, dentro de la posibilidad que los niños, adolescentes y hombres no estén consultado de manera temprana.

Igualmente, que el grupo de edad de mayor proporción sea de menores de 19 años, recomendación que pediatras, efebólogos y el resto de

especialidades médicas que atienden adolescentes, aprendan identificar tempranamente los signos de alarma y enrutarlos a las atenciones especiales que se requiere.

Para Colombia es un fenómeno que sigue en incremento, por lo cual es obligatorio atender la política de salud mental nacional y atender a todas las intervenciones colectivas e individuales necesarias para prevenirlo y/o detectar de manera temprana los casos.

El estigma que sigue presentando la enfermedad mental, se tiene que seguir abordando, así como la concepción que la persona con conductas suicidas lo hacen por llamar la atención, o porque no valoran lo que tienen, debe ser cambiado y comprendido en el contexto que las conductas suicidas hacen parte de un amplio espectro de la enfermedad mental y emocional y debe ser atendida por personal idóneo, ya que puede progresar a letalidad si se desatiende.

La conducta suicida es un fenómeno global que ha ido cobrando interés por el personal sanitario y de salud pública, pero debe ser abordado en todos los contextos actuales de nuestra sociedad.

Se invita a otros investigadores a seguir estudiando este fenómeno que es de interés general y que nos afecta a todos, igualmente investigar sobre el impacto que tuvo el aislamiento social durante la pandemia y su posible efecto en el incremento de casos.

---

## Conflicto de intereses

---

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con la investigación.

---

## Financiación económica

---

Se informa que no se recibieron recursos específicos para el desarrollo de la investigación.



## Referencias

- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., Berardino, G., Piscitelli, D., Resta, E., Logroscino, G., Daniele, A., Altamura, M., Bellomo, A., Panza, F., & Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 193–211. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>
- Breslin, K., Balaban, J., & Shubkin, C. D. (2020). Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4). [https://journals.lww.com/co-pediatrics/Fulltext/2020/08000/Adolescent\\_suicide\\_\\_what\\_can\\_pediatricians\\_do\\_.22.aspx](https://journals.lww.com/co-pediatrics/Fulltext/2020/08000/Adolescent_suicide__what_can_pediatricians_do_.22.aspx)
- Center for Disease Control and Prevention. (2017). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System [Data file]*. [https://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal\\_injury\\_reports.html](https://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal_injury_reports.html)
- Cha, C. B., Franz, P. J., M Guzmán, E., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(4), 460–482. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
- Farooq, S., Tunmore, J., Wajid Ali, M., & Ayub, M. (2021). Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. *Psychiatry Research*, 306, 114228. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114228>
- Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *The New England Journal of Medicine*, 382(3), 266–274. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>
- Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, & Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2022). Forensis 2020 Datos para la Vida. *Cifras Estadísticas*, 21, 1–583. <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372–1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Hedegaard, H., Curtin, S. C., & Warner, M. (2018). Suicide Rates in the United States Continue to Increase. *NCHS Data Brief*, 309, 1–8.
- Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., Olsen, E. O., McManus, T., Chyen, D., Whittle, L., Taylor, E., Demissie, Z., Brener, N., Thornton, J., Moore, J., & Zaza, S. (2014). Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, 63(4), 1–168. <http://www.jstor.org/stable/24806229>
- Kong, J., King, K., Séguin, M., Beauchamp, G., & Notredame, C.-É. (2021). Adversity Over the Life Course: A Comparison Between Women and Men Who Died by Suicide. *Frontiers in Psychiatry | Www.Frontiersin.Org*, 1, 682637. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.682637>
- Martinez Silva, P. A., Villalba Toquica, C. del P., & Oliveros Pasión, L. E. (2014). Conducta Suicida en la Clínica Universitaria Colombia 2011-2012. *Revista Médica Sanitas*, 17(2), 62–69. <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/329#:~:text=Resultados%3A>

McHugh, C. M., Corderoy, A., Ryan, C. J., Hickie, I. B., & Large, M. M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*, 5(2), e18. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.88>

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Disease and injury country mortality estimates, 2000–2015*. Health Info.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Mental Health and Substance Use*. Observatorio Global de Salud de La OMS <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

Secretaria Distrital de Educación. (2019). *Directorio de protocolos de atención integral para la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos*. 22–36. [https://www.educacionbogota.edu.co/portal\\_institucional/sites/default/files/inline-files/PW%20Protocolos%20de%20atencion%20SED%20Bogota%20V%204.0.pdf](https://www.educacionbogota.edu.co/portal_institucional/sites/default/files/inline-files/PW%20Protocolos%20de%20atencion%20SED%20Bogota%20V%204.0.pdf)

Sheftall, A. H., Vakil, F., Armstrong, S. E., Rausch, J. R., Feng, X., Kerns, K. A., Brent, D. A., & Bridge, J. A. (2021). Clinical risk factors, emotional reactivity/regulation and suicidal ideation in elementary school-aged children. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 360–365. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.04.021>

Stanley, I. H., Boffa, J. W., Rogers, M. L., Hom, M. A., Albanese, B. J., Chu, C., Capron, D. W., Schmidt, N. B., & Joiner, T. E. (2018). Anxiety sensitivity and suicidal ideation/suicide risk: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(11), 946–960. <https://doi.org/10.1037/ccp0000342>

Uribe, A. G., Ruíz Gómez, F., Ramírez, F., Castillo, M. G., Bautista Bautista, N., Pisano, M., Elena, B., Rueda, G., Mario, G., Daza, A., & Quintero, S. (2014). *MODELO DE ATENCIÓN PARA EVENTOS EMERGENTES EN SALUD MENTAL, EN EL MARCO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-eventos-emergentes-salud-mental.pdf>

WHO Team. (2021). *Mental Health Atlas 2020*. WHO Publication, 1–136. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

World Health Organization. (2017a). *Disease and injury country mortality estimates, 2000–2015 [Data files]*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

World Health Organization. (2017b). *Mental Health and Substance Use*. The Global Health Observatory. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health>

Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M. (2018). Suicide and Suicide Attempt Descriptors by Multimethod Approach. *Psychiatria Danubina*, 30(3), 317–322. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.317>