



Intento suicida: un análisis municipal de factores asociados 2012-2017*

Laura Vásquez-Escobar**

Sonia Benítez-Camargo***

Recibido en enero 26 de 2020, aceptado en marzo 05 de 2021

Citar este artículo así:

Vásquez-Escobar L, Benítez-Camargo S. Intento suicida: un análisis municipal de factores asociados 2012-2017. *Hacia. Promoc. Salud.* 2021; 26 (2): 68-82. DOI: 10.17151/hpsal.2021.26.2.6

Resumen

Objetivo: analizar el comportamiento epidemiológico del intento de suicidio, examinando las diferencias existentes entre el sexo, variables sociodemográficas, psicosociales y específicas durante 2012-2017. **Materiales y métodos:** un estudio analítico transversal; se incluyeron 524 casos reportados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) entre 2012 y 2017 en el municipio de Sogamoso. La variable de interés se fundó en el género, los datos fueron procesados y se construyó un modelo de regresión logística binaria con un nivel de confianza de 95% y una precisión del 5%. **Resultados:** con el modelo de regresión logística bivariada se encontró que la adolescencia y adultez temprana ($p < 0,05$) se asocian significativamente con el género mujer, y con respecto al posible desencadenante, el conflicto de pareja ($p < 0,05$; OR= 2,32). Lo anterior evidencia una interacción con la variable violencia ($P < 0,05$). Por otro lado, el consumo de alcohol se constituyó en una variable asociada significativamente con el género *hombre* ($p < 0,05$) y un OR= 3,6 con respecto a las mujeres. **Conclusiones:** se evidencia que las prevalencias ajustadas por edad no muestran una reducción significativa desde el inicio hasta el final del periodo, siendo evidente la concentración en edades tempranas del desarrollo. Los resultados observados en mujeres y hombres revelan una necesidad de capacitación de agentes comunitarios o guardianes (*gatekeepers*) y el fortalecimiento de centros de escucha y demás estrategias de intervención comunitaria.

Palabras clave

Intento de suicidio, factores de riesgo, sexo, ciclo vital (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Texto derivado de la investigación “Prevalencia y factores asociados a suicidio e intento de suicidio en el Municipio de Sogamoso, Boyacá, en el periodo de tiempo comprendido entre el año 2011 y 2017”. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Grupo Gigas Categoría C en Colciencias. Tunja, Colombia.

** PhD (c) en Salud pública. Docente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Programa de Administración de Servicios de Salud. Correo electrónico: laura.vasquez@uptc.edu.co.  orcid.org/0000-0002-6909-7387. 

*** PhD (c) en Administración de Negocios. Docente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Programa de Administración de Servicios de Salud. Correo electrónico: sonia.benitez@uptc.edu.co.  orcid.org/0000-0002-3395-4711. 



Suicide attempt: a municipal analysis of associated factors. 2012-2017

Abstract

Objective: To analyze the epidemiological behavior of the suicide attempt, examining the differences between gender, sociodemographic, psychosocial and specific variables during 2012-2017. **Materials and methods:** A cross-sectional analytical study including 524 cases reported to the National Public Health Surveillance System (SIVIGILA for its acronym in Spanish) between 2012 and 2017 in the municipality of Sogamoso. The variable of interest was based on gender, the data were processed, and a binary logistic regression model was built with a confidence level of 95% and an accuracy of 5%. **Results:** With the bivariate logistic regression model it was found that adolescence and early adulthood ($p < 0.05$) are significantly associated with the female gender, and partner conflict ($p < 0.05$; $OR = 2.32$); regarding the possible trigger thus evidencing an interaction with the violence variable ($P < 0.05$). On the other hand, alcohol consumption became a variable significantly associated with the male gender ($p < 0.05$) and an $OR = 3.6$ for females. **Conclusions:** it is evidenced that the age-adjusted impacts do not show a significant reduction from the beginning to the end of the period, being evident the concentration in early developmental ages. The results observed in women and men reveal a need for training community agents or guardians (gatekeepers) and the strengthening of listening centers and other community intervention strategies.

Key words

Suicide attempt, risk factors, gender, life cycle stages (*Source: Mesh, NCBI*).

Tentativa de suicídio: uma análise municipal de fatores associados 2012-2017

Resumo

Objetivo: analisar o comportamento epidemiológico do intento de suicídio, examinando as diferenças existentes entre o sexo, variáveis sócio demográficas, psicossocial e específicas durante 2012-2017. **Materiais e métodos:** um estudo analítico transversal; se incluíram 524 casos reportados ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Pública (SIVIGILA) entre 2012 e 2017 no município de Sogamoso. A variável de interesse se fundou no gênero, os dados foram processados e se construiu um modelo de regressão logística binária com um nível de confiança de 95% e uma precisão o 5%. **Resultados:** com o modelo de regressão logística bivariada se encontrou que a adolescência e adultos precoces ($p < 0,05$) se associam significativamente com o gênero mulher, e com respeito ao possível desencadeante, o conflito de casais ($p < 0,05$; $OR = 2,32$). O anterior evidencia uma interação com a variável violência ($P < 0,05$). Por outro lado, o consumo de álcool se constituiu em uma variável associada significativamente com o gênero home ($p < 0,05$) e um $OR = 3,6$ com respeito às mulheres. **Conclusões:** Evidencia-se que as prevalências ajustadas por idade não amostram uma redução significativa desde o início até o final do período, sendo evidente a concentração em idades precoces do desenvolvimento. Os resultados observados em mulheres e homens revelam uma necessidade de capacitação de agentes comunitários o guardiães (*gatekeepers*) e o fortalecimento de centros de escuta e também estratégias de intervenção comunitária.

Palavras chave

Tentativa de suicídio, fatores de risco, sexo, ciclo vital (*Fonte: DeCS, BIREME*).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el suicidio como un problema de salud pública mundial: representa el 1,4% de la carga total de mortalidad con una tasa global de 11,4 por 100.000/habitantes (1). Recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 29 años (8,5%), convirtiéndose en la segunda causa de muerte en este grupo de edad (1).

Se calcula que por cada muerte atribuible al suicidio se producen entre 10 y 20 intentos fallidos (1), llegando a considerar el intento de suicidio (IS) como el factor de riesgo de mayor predictibilidad del suicidio consumado (2).

Tradicionalmente la literatura científica ha asociado la enfermedad mental con los diferentes comportamientos suicidas (2), de acuerdo con Harris et al., los trastornos asociados con mayor fuerza al suicidio son la depresión mayor y la distimia (tasa estandarizada de 118,45), siendo la depresión el factor de riesgo central en los discursos afines a la salud mental (3), también se asocia el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad, la esquizofrenia entre otros; el consumo de sustancias psicoactivas, principalmente el alcohol; factores psicosociales como el *bullying*, los problemas familiares y la violencia (4).

Continuando con la corriente explicativa de los factores de riesgo asociados al IS, se encuentran el género y la edad, siendo dos variables poco argumentadas desde una perspectiva del “factor de riesgo”, pero sí desde las diferencias estadísticas, debido a que la mortalidad por suicidio en hombres llega a ser casi tres veces la de las mujeres (3:1) (5), mostrando así un mayor impacto en los hombres principalmente en la edad adulta temprana, mientras que el impacto del intento

de suicidio es mayor en las mujeres, llegando a un punto máximo en la adolescencia (6).

Ahora bien, las diferencias mencionadas entre sexos se conoce como la paradoja del género, desde esta perspectiva se explica que un comportamiento suicida varía de acuerdo al sexo de las personas (7).

Una de las explicaciones más frecuentes, tiene lugar en la relación existente entre el método utilizado, el éxito de un intento suicida (8) y el sexo: los hombres utilizan métodos más letales y contundentes como la intoxicación por plaguicidas, ahorcamiento y el proyectil por arma de fuego (10); mientras que las mujeres utilizan métodos menos letales como la intoxicación con medicamentos o heridas de baja letalidad (11).

Ahora bien, el intento de suicidio en Colombia refleja —hasta el 2017— que el 63,3% de los casos corresponden a mujeres (12), con respecto a lo anterior, Londoño et al. argumentan (13):

Se ha evidenciado que las mujeres deprimidas son más proclives que los hombres deprimidos a usar los servicios sanitarios o a solicitar soporte social, pues la población masculina tiene dificultad para reconocer los síntomas de depresión, y si los perciben, prefieren evitarlos consumiendo drogas o con mecanismos extremos de escape como el suicidio (p. 317).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal Ciencias Forenses Colombiano-IMLCF, Boyacá se ubica (a partir del 2010) entre los diez departamentos con mayores tasas nacionales de mortalidad por suicidio, con una tasa bruta de mortalidad de 5,84 por 100.000 habitantes (hombres 9,63; mujeres 2,05) (14), razón por la cual a partir del 2011 se inicia como estrategia preventiva departamental la vigilancia del IS.

Por su parte Sogamoso reporta a partir del 2010 el mayor número de casos dentro del departamento (9,52 suicidios por 100.000 habitantes; hombres 18,21; mujeres 1,66) (14).

Así pues, el municipio invierte esfuerzos por implementar estrategias territoriales de prevención del suicidio, haciéndose necesaria una producción científica enfocada a la caracterización, análisis y comprensión del comportamiento epidemiológico del IS con respecto a las diferencias existentes entre hombres y mujeres, con el fin de reorientar acciones e intervenciones en salud pública efectivas, dirigidas a la reducción de la mortalidad por suicidio.

En el presente artículo se realizó un análisis del comportamiento epidemiológico del intento de suicidio (IS), examinando las diferencias existentes entre el sexo, variables sociodemográficas, psicosociales y específicas durante 2012-2017.

Materiales y métodos

Diseño: se realizó un estudio analítico transversal: los datos fueron recolectados entre los años 2012 y 2017.

Participantes: se incluyeron 524 casos (336 mujeres y 188 hombres) reportados por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD)¹ al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

Criterios de inclusión y exclusión: se incluyeron personas, sin discriminar edad o género, reportadas a través de la ficha

¹ Entidad pública o privada encargada de captar la ocurrencia de eventos de interés en salud pública que genera información útil y necesaria para los fines del SIVIGILA; una vez que el paciente ingresa al servicio de urgencia es valorado y la ficha de notificación es diligenciada. Semanalmente, cada UPGD suministra los datos a la secretaria de salud municipal o unidad notificadora.

de vigilancia epidemiológica de intento de suicidio con información del seguimiento realizado. Los casos de personas que no residían en Sogamoso o sin seguimiento se excluyeron (total: 55 casos).

Ámbito geográfico: el trabajo se desarrolló en el municipio de Sogamoso, ubicado en el centro oriente del departamento de Boyacá, República de Colombia. De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población proyectada para 2017 fue de 112.790 habitantes.

Instrumentos de recolección de información: adjuntaron la ficha de notificación del SIVIGILA (datos básicos y complementarios), la ficha de seguimiento (tres visitas realizadas por la Secretaría de Salud Municipal, con apoyo de un profesional en psicología: información de factores protectores, factores de riesgo y descripción general del caso) y la historia clínica (psiquiatría, psicología y medicina general).

Variables: el género se constituyó como la variable de interés (dependiente); se tuvieron en cuenta aspectos sociodemográficos como:

- **Estado civil y lugar de residencia**
- **Edad agrupada:** Para la fase descriptiva se implementó la agrupación por edades quinquenales propuesta por la OMS. Para la fase binomial se adaptaron los ciclos de vitales propuestos por Papalia (15).
- **Ocupación:** La categoría empleada auxiliar incluye: oficios varios y cargos auxiliares o administrativos con vinculación laboral; personal de servicio de transporte público, de la construcción y agricultores.

Con respecto a las variables específicas del evento, se incluyeron: forma de realización,

antecedentes de intento, método, relaciones familiares, redes de apoyo.

- **Posible desencadenante:** actores externos (eventos de la vida o estresores) que interactúan con los factores de riesgo (determinantes) (16).
- **Diagnostico enfermedad mental:** participante con diagnóstico clínico confirmado (los trastornos presentes en las historias clínicas fueron estos: trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar y esquizofrenia) (4).

Por último, las variables psicosociales fueron:

- **Violencia:** exposición a cualquier tipo de abuso. Los tipos de violencia fueron clasificados según distintos criterios: la manera de ejercerla (física, psicológica, sexual y económica), las características del agresor (jóvenes, adultos, mujeres, etc.) y de la víctima (de violencia de género, de maltrato infantil, etc.) (17).
- **Consumo de alcohol:** hace referencia a si la persona, durante el seguimiento, manifestó o se le identificó consumo frecuente de alcohol.

Análisis de la información: se diseñó un formulario de registro en Epi Info 7.5, en el cual se incluyeron las variables de la ficha de notificación de SIVIGILA y datos complementados con fuentes de información adicionales —caso por caso—. El análisis de los datos se realizó con el *software* SPSS versión 24.0; se procesó un análisis univariado al calcular prevalencias ajustadas por edad a través del método directo y población estándar propuesto por la OMS.

La estimación y análisis de las variables asociadas (factores de riesgo) al género de los participantes se hizo mediante un modelo bivariado de regresión logística con un nivel de confianza de 95% y precisión de 5%. La medida de efecto empleada fue el riesgo relativo indirecto (*Odds Ratio* [OR]).

Resultados

La prevalencia global fue de 0,5 %, con una razón mujer/hombre de 1,78 (2:1) y una edad promedio de 24,6 años. En la Figura 1 se muestra un proceso gradual ocurrido congruentemente en cada uno de los años correspondientes al periodo de estudio que inicia en 2012, año a partir del cual las prevalencias tienden a incrementarse gradualmente desde edades tempranas, aumentando transversalmente a medida que el ciclo vital avanza, lo que señala un pico significativo en el grupo de edad de 15-19 años con una prevalencia de 22,3 (por 100.00 habitantes) iniciando el periodo y finalizando con 21 (por 100.000 habitantes); así pues, a medida que la edad de la población incrementa, los prevalencias ajustadas disminuyen.

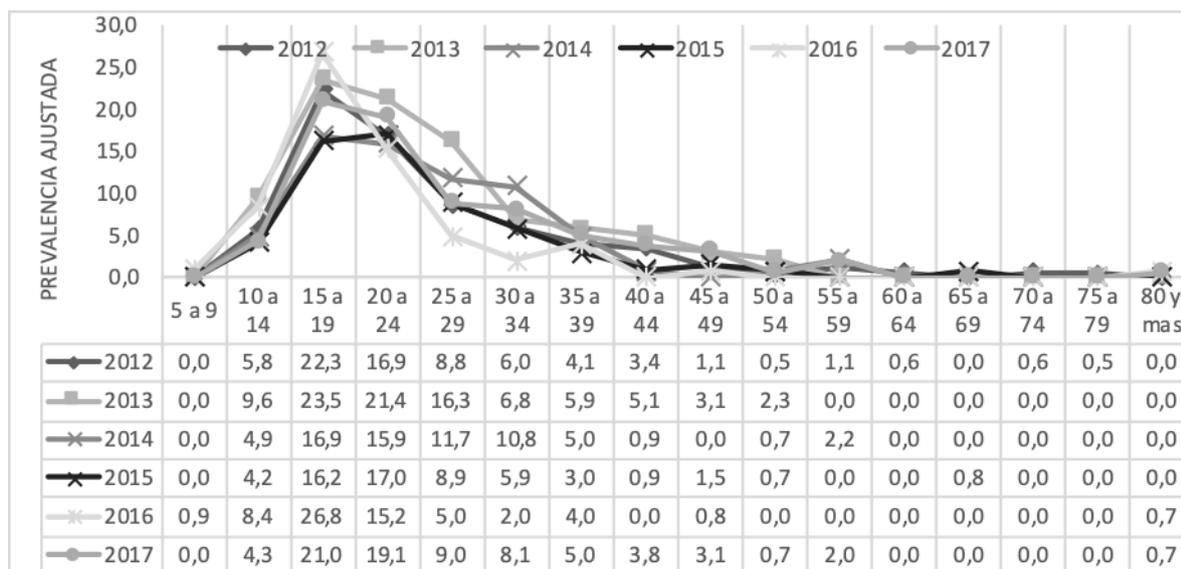


Figura 1. Prevalencia ajustada por grupo de edad y año de ocurrencia.
Fuente: resultados del estudio.

Variables sociodemográficas y específicas del intento de suicidio (Tabla 1)

En el período de estudio, se registraron 524 casos de intento de suicidio, un 64,2 (n=336) correspondió a IS en mujeres y 35,8 (n=188) a IS en hombres.

Las categorías con mayor representación porcentual fueron las siguientes: de acuerdo con el lugar de residencia, el 94% (n=315) de las mujeres pertenece al área urbana versus un 89,8% (n=169) de hombres residentes de la misma área geográfica.

Con respecto al ciclo vital se muestra una tendencia similar en los hombres y en las mujeres: los más afectados fueron los adolescentes afectando el 50,3% (n=169) de las mujeres, mientras que los hombres se mostraron más afectados en adultez temprana con un 45,7% (n=86).

Los resultados observados en la variable edad, se encuentran claramente reflejados en la ocupación, siendo el grupo de estudiantes el de mayor representación para ambos sexos: las mujeres con un 47,6% (n=159) y los hombres 35,6% (n=62). Por otro lado, las personas solteras representaron los mayores porcentajes con un 64,8% (n=210) de las mujeres y un 54,4% (n=99) de los hombres.

Al avanzar en la caracterización de variables psicosociales de IS, se observó que un 79,7% (n=248) de las mujeres y el 79,2% de los hombres experimentó relaciones familiares disfuncionales. Al comparar los resultados con el posible desencadenante se encuentra un alto porcentaje para conflicto con la pareja para ambos sexos (mujeres 36,9%; hombres 34,3%), seguido de conflicto familiar (mujeres 27,2%; hombres 18,2%). Los resultados obtenidos en estas variables revelan problemas frecuentemente descritos en la población adolescente y joven.

En consecuencia, las mujeres en edad estudiantil representan el 18,6% (n= 59) de los conflictos familiares contando igualmente con un 47,4% de presencia de redes de apoyo. Lo anterior describe la presencia de factores psicosociales, aun cuando se evidencian redes sociales de apoyo.

Con respecto a los métodos, predominó la forma de realización impulsiva y la

intoxicación con medicamentos (mujeres 54,4%-hombres 49,2%).

Paradójicamente, el 66,8% (n= 210) de las mujeres y el 67,6% (n=115) de los hombres, no presenta diagnóstico de algún trastorno mental; por otro lado, en la variable violencia se evidencia un mayor porcentaje en las mujeres con un 54% (n=161) versus 37,5% (n=57) de los hombres.

Tabla 1. Distribución de variables sociodemográficas y específicas de intento de suicidio según el sexo.

Variables	Categorías	Mujer		Hombre		Total		Valor p ²
		%	N	%	N	%	N	
Área de ocurrencia	Urbano	94%	315	89,8%	169	92%	484	0,02
	Rural disperso	6,2%	21	10,1 %	19	8%	40	
Edad agrupada	3 a 11 años (niñez)	0,9%	3	1,6%	3	1,1	6	0,000
	11 a 20 años (adolescencia)	50,3%	169	35,1 %	66	44,80 %	235	
	20 a 40 (adultez temprana)	42%	141	45,7 %	86	43,30 %	227	
	40 a 65 (adultez mediana y tardía)	6,8%	23	17,6 %	33	10,70 %	56	
Estado civil	Soltero	64,8%	210	54,4 %	99	61,70 %	309	0,115
	Casado	31,2%	101	3,9%	71	34%	172	
	Separado	3,1%	10	5,5%	10	4%	20	
	Viudo	0,9%	3	1,1%	2	1%	5	
Ocupación	Ama de casa	30,2%	101	1,1%	2	20,20 %	103	0,000
	Estudiante	47,6 %	159	35,4 %	62	43,40 %	221	
	Empleado auxiliar	3,89%	13	2,6%	47	11,90 %	60	
	Empleado profesional	2,9%	10	5,7%	10	3,90%	20	
	Independiente	8,9%	30	14,2 %	25	10,80 %	55	
	Población carcelaria	0,2%	1	--	--	0,20%	1	
	Desempleado	3,3%	11	12,6%	22	6,50%	33	
	Pensionado	0,2%	1	1,14%	2	0,60%	3	

² Nivel de significancia al 0,05.

Variables	Categorías	Mujer		Hombre		Total		Valor p	
		%	N	%	N	%	N		
Forma de realización	Impulsiva	84,8 %	279	82,8 %	149	84,1%	428	0,551	
	Planeada	15,2 %	50	17,2 %	31	15,90 %	81		
Antecedentes de intento	No	68,5 %	24	67,4 %	120	68,10 %	44	0,80	
	Sí	31,5 %	103	32,6 %	58	31,90 %	161		
Método del intento	Intoxicación	Medicamentos	54,4 %	182	40%	70	49,20 %	252	0,000
		Plaguicidas	21,8%	73	29,1%	51	24,20 %	124	
		Sustancias psicoactivas (SPA)	0,2%	1	2,28%	4	1,00%	5	
	Heridas	18,5 %	61	17,9 %	33	18,30 %	94		
	Otros métodos:	3,59 %	12	13,7 %	24	7,10%	36		
	Arma de fuego	–	–	1,1	2	0,4	2		
Posible desencadenante	Conflicto con la pareja	36,9 %	118	29,8 %	54	34,3	172	0,005	
	Conflicto familiar	27,2%	87	18,2 %	33	24%	120		
	Indeterminado	20,9 %	67	30,4%	55	24,4	122		
	Consumo de alcohol ³	9,1%	29	12,7 %	23	10,40 %	52		
	Conflicto laboral o escolar	3,4%	11	2,2	4	3%	15		
	Problemas económicos	2,5%	8	12,7%	12	4%	20		
Enfermedad mental	No	65,8 %	210	67,6 %	115	66,50 %	325	0,68	
	Sí	34,2 %	109	32,4 %	55	33,50 %	164		
Violencia	No	46%	137	62,5%	95	51,60 %	232	0,001	
	Sí	54%	161	37,5 %	57	48,40 %	218		
Consumo de alcohol	No	59,7%	181	38,5 %	65	52,10 %	246	0,000	
	Sí	40,3 %	122	59,7%	104	47,90 %	226		
Relaciones familiares	Disfuncionales	79,7 %	248	78,2 %	129	79,20 %	377	0,69	
	Funcionales	20,3 %	63	21,8	36	20,80 %	99		
Redes de apoyo	No	9,2%	28	12,7 %	22	10,40 %	49	0,23	
	Sí	90,8 %	278	87,3%	145	89,60 %	423		

Fuente: resultados del estudio.

³ Hace referencia a si el intento sucedió o fue precipitado por el efecto, principalmente, de alcohol.

De acuerdo con el orden de presentación de la tabla se introdujeron las variables al modelo —una a una— sin evidenciar cambios significativos en los OR de las categorías al introducir el ciclo vital y su posible desencadenante. El tercer modelo vinculó la variable “violencia” con una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) y un OR= 1,8 (1/0,55) para las mujeres, con una modificación de la categoría *adolescencia* ($p > 0,05$).

El cuarto y último modelo (Tabla 2) introduce la variable *consumo de alcohol*, asociada significativamente con los hombres ($p < 0,05$) y un OR= 3,58, volviendo a asociar a las mujeres con la categoría *adolescencia* con un OR= 2,86 (1/0,35) y *adultez temprana* (juventud) con un OR= 2,2 (1/0,45).

La única categoría afectada en la introducción de variables fue “adolescencia”, efecto a partir del cual podría inferirse que no existe una interacción con “violencia” y el género mujer; mientras que, al introducir “consumo de alcohol”, la interacción vuelve a evidenciarse.

Tabla 2. Estimaciones de las variables que explican el intento de suicidio en el municipio de Sogamoso.

Variables (Mujer Ref.)	B	Wald	Sig.	OR	95% I.C para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Edad (agrupada, adultez tardía Ref.)		8,16	0,04			
Niñez	0,32	0,05	0,83	1,38	0,08	24,34
Adolescencia	-1,04	7,52	0,01	0,35	0,17	0,74
Adultez temprana	-0,81	4,81	0,03	0,45	0,22	0,92
Posible desencadenante (Indeterminado Ref.)		13,29	0,02			
Conflicto con la pareja	-0,84	7,67	0,01	0,43	0,24	0,78
Conflicto familiar	-0,66	3,81	0,05	0,52	0,26	1,00
Conflicto laboral o escolar	-0,70	1,09	0,30	0,50	0,13	1,85
Problemas económicos	0,74	1,43	0,23	2,09	0,62	7,02
Consumo de alcohol	-0,81	3,89	0,05	0,44	0,20	1,00
Violencia	-0,89	13,80	0,00	0,41	0,26	0,66
Consumo de alcohol	1,28	25,09	0,00	3,58	2,17	5,90
Constante	0,44	1,33	0,25	1,55		

* Mujer: Categoría de Referencia. * El modelo cumple tanto con el supuesto de independencia de errores (coeficiente de Durbin-Watson= 1,94) y con el de no multicolinealidad para cada variable explicativa (VIF= 1).

* Previamente a la construcción del modelo, se realizó una prueba de chi cuadrado para el género con respecto a cada una de las variables específicas del fenómeno (las significativas fueron incluidas en el modelo: $P < 0,05$).

* El modelo presentado a continuación indica que existe un 71,1% de probabilidad de acierto en el resultado de la variable “género” si se identifican los factores de riesgo (Tabla 2) en un (1) participante en un análisis de regresión logística.

Fuente: resultados del estudio.

Tabla 3. Comprobación del modelo.

	Chi-cuadrado	Sig.	R cuadrado de Cox y Snell ¹
Modelo	58,24	0	0,13

¹Prueba de Hosmer y Lemeshow; X²= 6,5; P>0,05.
La puntuación de eficiencia estadística de ROA indica que existe una mejoría significativa en la explicación de la probabilidad de ocurrencia de la variable género (X²= 58,24; p< 0,05), lo que indica que se trata de una variable adecuada para la construcción de un modelo explicativo del intento de suicidio en el municipio, con una varianza explicada no significativa (P>0,05) de 13,1%.

Fuente: elaboración propia.

Al profundizar en los factores sociodemográficos y psicosociales del IS en Sogamoso, el comportamiento de los OR evidencia que, los hombres que intentaron suicidarse tienen un riesgo de consumir alcohol de 3,58 (95% IC: 2,17-5,90) más veces que las mujeres que no consumen (tabla 2).

Las mujeres en edad adolescente presentaron un OR de 2,8 (1/OR; 95%:1,35-5,88) con respecto a los hombres, y el comportamiento de la adultez temprana fue similar evidenciando un OR 2,2 (1/OR; 95% IC: 1,08-4,5) para las mujeres (tabla 2).

Por otro lado, las mujeres continuaron mostrando riesgos estadísticamente significativos con respecto a los hombres en la variable posible desencadenante: se observa un riesgo de 2,32 (1/OR) veces de IS desencadenado por un conflicto de pareja en las mujeres con respecto a los hombres; de igual forma ocurre con el conflicto familiar, aumentando así en 1,9 veces el riesgo de IS en mujeres (tabla 2).

Por último, las mujeres que reportaron algún tipo de violencia presentaron un riesgo de 2,43 (1/OR; 95% IC 1,5- 3,8) veces más de cometer IS con respecto a los hombres (tabla 2).

Discusión

El impacto real del suicidio es incierto, a pesar de que OMS declara una reducción del 9% en el número absoluto de muertes por esta causa entre 2000 y 2012, identifica una debilidad en los sistemas de vigilancia en salud pública (particularmente en los países de ingreso bajo medio - PIBM), lo que desemboca en una producción científica pobre de la supervivencia (IS) tema central en la presente investigación (1).

El argumento bajo el cual el género es un factor interdependiente con los demás factores psicosociales cabría en la actual aproximación de la comprensión de la tentativa suicida. La mujer, en su rol cuidadora (18), percibe la importancia del soporte y el apoyo emocional, a diferencia de los hombres (19). El fenómeno descrito se ve reflejado en nuestros resultados: el 65% % (n= 278) de las mujeres cuenta con una o más redes de apoyo; los hombres, por su parte, posiblemente presentan dificultad en la búsqueda de apoyo emocional, lo que posiblemente pueda estar asociado al desenlace fatal de las tentativas suicidas (6, 20).

El desarrollo científico (internacional y nacional) ha permitido identificar factores que predisponen un comportamiento suicida, entre los más sobresalientes se encuentra la depresión (4, 21); al contrario a la realidad del municipio, en el cual solo un 33% (n=164) de

las personas tienen diagnóstico de trastorno mental (mujeres 34%; hombres 32%), sin presentar una asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$). En concordancia con Londoño et al., existen dificultades en el reconocimiento e identificación de los problemas de salud mental (especialmente de la depresión), desembocando así en posibles barreras de acceso socialmente construidas (13): “[...] en esto, el reclamo social de género por cuanto a que la masculinidad obliga a ocultar y enmascarar estas condiciones emocionales consideradas como ‘muestras de debilidad’ en los hombres” (22, p. 25).

Sería pertinente detenerse aquí a analizar estos resultados con respecto a su distribución geográfica (Tabla 1): el 92,4% ($n = 484$) ubicado en el área urbana, quedando un 7,6% en zona rural ($p < 0,05$), de acuerdo con Beltrán et al. (23), “[...] la tasa asistencia y atención ambulatoria en salud mental es 42,3% superior en el área urbana con respecto a la rural”, fenómeno que no sería indiferente a la dinámica presentada por la población de Sogamoso (p. 110).

Con respecto al consumo de alcohol, no se asocia como posible descendente ($p > 0,05$), mientras que como factor de riesgo los hombres presentan un $OR = 3,582$ veces más con respecto a las mujeres, Borges et al. indican con respecto al aumento del riesgo vinculado con sexo hombre—fenómeno marcado en los resultados del estudio— proponen que el incremento en el número de sustancias aumenta la posibilidad de fallecer por suicidio (una sustancia: $RM = 1,81$; $IC_{95\%}$, 1,69-1,93; dos o más sustancias: $RM = 3,30$; $IC_{95\%}$, 2,79-3,90) en los hombres con respecto a las mujeres (24,25), por su lado las mujeres presentan prevalencias más bajas de consumo de alcohol (60% de las mujeres del estudio no consume alcohol).

Ahora bien, de acuerdo con los métodos ($p < 0,05$) del IS se observa que los porcentajes más altos para ambos sexos se concentran en intoxicación por medicamentos (49,2%) y plaguicidas (24%) y teniendo en cuenta que existe una relación mujer – hombre de 1,78 (2:1), sería pertinente considerar que sí existe una diferencia significativa entre ambos sexos, más aún cuando existe evidencia acerca de que la elección de una sustancia menos letal y tóxica que otra (26), sería responsable de la supervivencia de un alto porcentaje de personas que cometen una tentativa suicida (27).

En la misma dirección, un estudio realizado por Miranda-Mendizábal, concluye que el intento de suicidio en mujeres llega a su punto máximo en la adolescencia, mientras que el suicidio en hombres aumenta a comienzos de la edad adulta ($OR_{SHombres} = 5,26$ con respecto a las mujeres) (28), convergente con el comportamiento de nuestro estudio : $OR_{mujeresadolescentes} = 2,8$ (1/ OR ; 95% IC : 1,35- 5,88) y $OR_{mujeresadulteztemprana} = 2,2$ (1/ OR ; 95% IC : 1,08-4,5), encontrando aquí una interacción entre estos dos ciclos de vida y sexo mujer, resultados similares a los obtenidos en otras poblaciones del mundo, donde el IS en mujeres estuvo asociado ($p = 0,01$) con el grupo de adolescentes (29).

En la misma dirección, estudios epidemiológicos mexicanos reportan que el período de 15 a 24 años aporta la mayor proporción de casos (30), con prevalencias entre 1,4% y 4,6% y un predominio en las mujeres adolescentes (31).

De forma general, los intentos de suicidio presentan picos significativos en las prevalencias estandarizadas, en la edad adolescente y adulta temprana (juventud) (Figura 1). Investigaciones realizadas en tres grupos poblacionales mexicanos vinculan

comportamientos suicidas con la adolescencia encontrando hallazgos convergentes con los del Sogamoso: el inicio de los intentos a partir de los 12 años —sin mostrar diferencias significativas entre los géneros— con prevalencias altas para el intento de suicidio (Guanajuato 2,2%; Campeche 2,1%; México D.F. 2000-2003: 3,4%; 2006: 4,1% y 2009: 3,4%) y una relación mujer-hombre de 3:1 (32,33, 34), efecto documentado en más de 59 PIBM, arrojando prevalencias más altas de IS en mujeres adolescentes versus hombres (mujeres 17,4% IC 15 -19,8 vs. 16,3% IC 14,0-18,6) (35).

Se evidencia entonces una interacción entre las mujeres jóvenes (adultez temprana) y la violencia, configurando así como posible desencadenante el conflicto con la pareja (36) —sin contar con un 52,1% (n= 248) de disfuncionalidad familiar—; hallazgo que concuerda con lo descrito por Coronado-Molina (37).

De acuerdo con Mandal et al., las experiencias violentas (familiares) en la niñez y en la adultez temprana se encuentran presentes en las mujeres con tentativa de suicidio (38); mientras que en hombres se identifican factores psicosociales, como problemas económicos (39), fenómeno no identificado en los hombres de Sogamoso.

El efecto descrito hasta aquí podría ser explicado como la “acumulación de diferentes conductas suicidas a lo largo de la vida” (22, p. 19), de acuerdo con Borges et al. (40), comenzando la adultez tardía (44 años) las cifras sufren una tendencia al descenso para

ubicarse entre las 10 primeras causas de muerte (comportamiento claramente reflejado en las prevalencias municipales).

La teoría del proceso suicida describe el desarrollo y progresión gradual de las tendencias suicidas a lo largo del ciclo vital, como un proceso que ocurre dentro de las personas y en la interacción con su entorno. Los comportamientos suicidas evolucionan a partir de pensamientos suicidas que pueden progresar a través de intentos de suicidios recurrentes, aumentando la letalidad hasta consumir el suicidio (2, 21).

Conclusiones

A pesar de los programas integrales de prevención del intento suicidio que atienden a los factores descritos aquí, incluidos los factores de riesgo a nivel de la población y a nivel individual, las estrategias de restricción de medios, la información mediática responsable y los programas de concienciación sobre la salud mental en las escuelas (41), las prevalencias ajustadas por edad no muestran una reducción significativa desde el inicio hasta el final del periodo, siendo evidente la concentración en edades tempranas del desarrollo.

Las diferencias identificadas entre mujeres versus hombres, nos llevan a repensar la orientación de los programas de salud pública, clásicamente orientados a la promoción de comportamientos protectores hacia población femenina y no masculina (18). Es conveniente una orientación de la promoción de la salud desde una perspectiva de género.

Los riesgos observados en las mujeres como la violencia y el ciclo vital (adolescencia y adultez temprana) y en los hombres (consumo de alcohol), revelan una necesidad de capacitación de agentes comunitarios o guardianes (*gatekeepers*) y el fortalecimiento de centros de escucha y demás estrategias de intervención comunitaria.

Consideraciones éticas: el presente estudio se considera “sin riesgo” (Resolución 8430 de 1993). El manejo de la información personal de los participantes se realizó de forma confidencial.

Limitaciones: se encontró un porcentaje alto de casos incompletos en la primera fase del estudio, algo que limitó la caracterización de las muertes.

Declaración sobre el conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Agradecimientos: a la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y a la Secretaría de Salud de Sogamoso,

Referencias bibliográficas

1. OMS, OPS. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. Organización Mundial de la salud y Organización Panamericana de la Salud. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/136083>
2. Van Heeringen K. Part I. The suicidal process: an overview of research findings. In: Understanding suicidal behavior The suicidal process approach to research, treatment and prevention. London. Other wile editorial offices; 2001.
3. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry [Internet]. 1997 [cited 2018 Sep 21]; 170:205–28. Available from: <http://bjp.rcpsych.org/content/170/3/205#BIBL>
4. Sánchez Loyo LM, Camacho Gutiérrez E, Vega Michel C, Castellanos Martín HD. Factores biológicos, psicológicos y sociales asociados a las conductas suicidas. In: Teresita Morfín López AMIL, editor. Fenómeno suicida Un acercamiento transdisciplinar. Jalisco: Manual Morderno; 2015. p. 5-62.
5. Healthdata.org. GBD Compare | IHME Viz Hub [Internet]. [cited 2020 Aug 23]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
6. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ. Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year. Suicide Life Threat Behav [Internet]. 2014 Feb; 44(1): 6-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23855367>
7. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. Vol. 138, Journal of Affective Disorders. Elsevier; 2012. p. 19-26.
8. Park S, Ahn MH, Lee A, Hong JP. Associations between changes in the pattern of suicide methods and rates in Korea, the US, and Finland. Vol. 8, International Journal of Mental Health Systems. 2014.
9. Tariq S, Woodman J. Using mixed methods in health research. JRSMS Short Rep. 2013; 4(6): 204253331347919.
10. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database. Bull World Health Organ. 2008; 86(9): 726-32.
11. Lim M, Lee UU, Park JI. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. Int J Ment Health Syst. 2014; 8(1): 8-11.
12. Minsalud. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2017. p. 19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

13. Londoño-Pérez C, González-Rodríguez M. Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta.colomb.psicol* [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 21]; 19(2): 315-29. Disponible en: <http://www.dx>.
14. INMLCF. Forensis; datos para la vida [Internet]. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. 2018. p. 1-249. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>
15. Papalia DE, Feldam RD. Acerca del desarrollo humano. In: *Desarrollo Humano*. Duodécima. Mc Graw-Hill; 2012. p. 8, 9.
16. Mebarak M, Castro, Salamanca A, Pilar D, Quintero MF. Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Rev desde el Caribe* [Internet]. 2009 [cited 2019 Feb 26]; (23):83-112. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>
17. Andrés-Pueyo A. Presente y futuro de la violencia interpersonal en las postrimerías del estado del bienestar. *Anu Psicol* [Internet]. 2012 [cited 2019 Feb 17]; 42(2): 199-211. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97026840004>.
18. Petersen A, Lupton. D. The “healthy” citizen. In: *The New Public Health : Discourses, Knowledges, Strategies*. SAGE Publications; 1996.
19. King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2008 Jul; 12(3): 181-96.
20. Player MJ, Proudfoot J, Fogarty A, Whittle E, Spurrier M, Shand F, et al. What interrupts suicide attempts in men: A qualitative study. *PLoS One*. 2015 Jun; 10(6).
21. Van Heeringen K. The Neurobiology of Suicide and Suicidality. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2003 Jun 29 [cited 2019 Mar 17]; 48(5): 292-300. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12866334>
22. Forteza CFG, Tapia JAJ. Develar la problemática suicida: un compromiso para su prevención. Cédula de indicadores de riesgo suicida como instrumento de detección. In: Teresita Morfin López AMIL, editor. *Fenómeno suicida Un acercamiento transdisciplinar*. Jalisco: Manual Morderno; 2015. p. 1-29.
23. Beltrán P de F, Goenaga Palancares E. Diferencias de la demanda en Salud Mental según hábitat. *Rev Asoc Española Neuropsicol*. 2002; XXII(82):105–13.
24. Borges G, Walters EE, Kessler RC. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2000 Apr 15 [cited 2018 Dec 3]; 151(8): 781-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10965975>
25. Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, 1994-2006. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2009 Aug [cited 2018 Dec 3]; 51(4): 306-13. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000400007&lng=es&nrm=is o&tlng=es
26. Borges G, Nock MK, Abad JMH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the world health organization world mental health surveys. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 Dec [cited 2020 Dec 6]; 71(12): 1617-28. Disponible en: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/200886/>?report=abstract
27. Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ, et al. Acute human lethal toxicity of agricultural pesticides: A prospective cohort study. *PLoS Med*. 2010; 7(10).
28. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 23]; 64(2): 265-83. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
29. Freeman A, Mergl R, Kohls E, Székely A, Gusmao R, Arensman E, et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 Jun 29 [cited 2020 Dec 6]; 17(1): 234. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1398-8>
30. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Artículo Orig Salud Ment* [Internet]. 2009; 32(5): 413-25. Disponible en: www.medigraphic.org.mx

31. González-Forteza C, Arana Quezadas DS, Jiménez Tapia JA. Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Ment Mex.* 2008; 31(1): 23-7.
32. González-Forteza C, Villatoro Velázquez J, Alcántar Escalera I, Medina-Mora ME, Fleiz Bautista C, Bermúdez Lozano P, et al. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México:1997 Y 2000. *Salud Ment Mex.* 2002;25(6): 1-12.
33. Hernández C, González-Forteza AM, Loya J, Vega V, Jiménez. Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Univ.* 2015; 25(6): 43-50.
34. Villatoro-Velásquez JA, Gutiérrez-López M de L, Quiroz del Valle N, Moreno- López M, Gaytán-López L, Gaytán-Flores FI, et al. Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Ment Mex.* 2009; 32(4): 287-97.
35. Uddin R, Burton NW, Maple M, Khan SR, Khan A. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *Lancet child Adolesc Heal* [Internet]. 2016; 3(4): 223-33. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30403-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30403-6)
36. Zayas LH, Pilat AM. Suicidal Behavior in Latinas: Explanatory Cultural Factors and Implications for Intervention. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2008 Jun; 38(3): 334-42.
37. Coronado-Molina O. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú [Internet]. Vol. 77, *Revista de Neuro-Psiquiatría*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina; 2014. 242–249 p. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000400007
38. Mandal E, Zalewska K. Childhood violence, experience of loss and hurt in close relationships at adulthood and emotional rejection as risk factors of suicide attempts among women. *Arch Psychiatry Psychother* [Internet]. 2012; 14(3): 45-50. Available from: <http://www.archivespp.pl/2012-14-3.html>
39. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med.* 2009; 6(8).
40. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2010; 52(4): 292-304. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>
41. Buitrago-Duque DC, Bedoya-Gallego DM. Formación en salud mental en psicología, trabajo social, medicina, enfermería y terapia ocupacional en Colombia. 2020; 7577(2): 54-69.