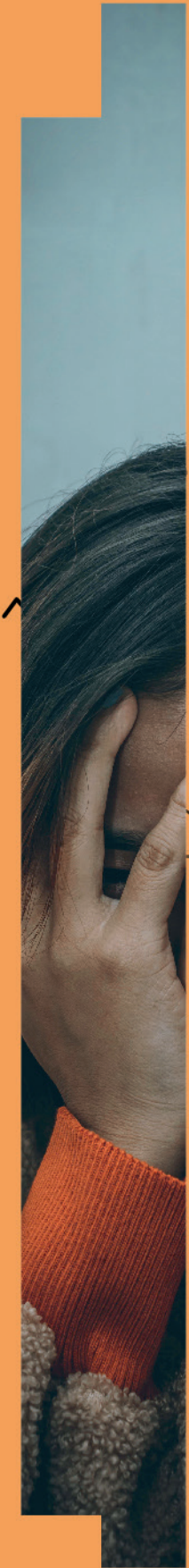
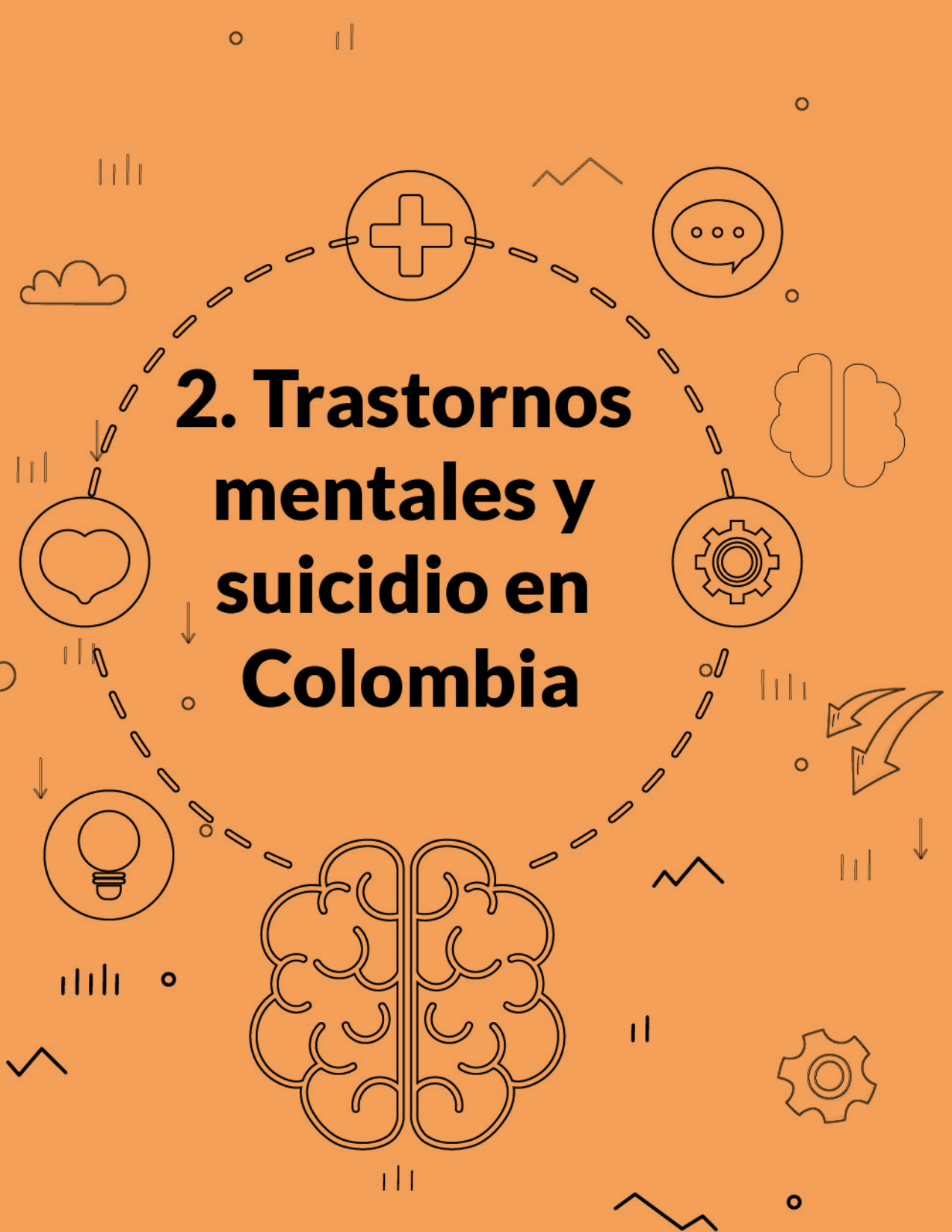


## 2. Trastornos mentales y suicidio en Colombia



## 2.1 ¿Qué está pasando con la salud mental de los colombianos?

Liliana Hilarión-Gaitán  
 Silvia Galvis  
 Jean Carlo Pineda-Lozano  
 Diana Díaz-Jiménez  
 Karol Cotes- Cantillo  
 Carlos Castañeda-Orjuela

**Palabras clave:** Trastorno de ansiedad, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, carga de enfermedad, Colombia.

### Abreviaturas

**AVISA:** Pérdida de Años de Vida Saludable  
**AVPD:** Años de Vida Perdidos con Discapacidad  
**AVPP:** Años de Vida Potencialmente Perdidos  
**EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios  
**GBD:** Estudio de Carga Global de Enfermedad (Global Burden Disease, por sus siglas en inglés)  
**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud  
**TAB:** Trastorno Afectivo Bipolar  
**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
**IPM:** Índice de Pobreza Multidimensional

**“Somos gente buena, que se siente mala”** (Persona con trastorno mental”. Tomado del estudio de FEDEAFES, 2014, pág. 7)

Los trastornos mentales se reportan cada vez más como la principal causa de la carga de enfermedad en el mundo. Entre 1990 y 2019, la pérdida de años de vida saludable (AVISA) debido a esta causa aumentó de 80,8 millones a 125,3 millones y la proporción de AVISA globales atribuida a estos eventos aumentó de 3,1% al 4,9% (1). Los trastornos mentales permanecieron entre las diez principales causas de carga enfermedad en todo el mundo, sin evidencia de una reducción global (1).

La respuesta de las políticas públicas en salud mental y su implementación es ineficaz. Por ejemplo, en la mayoría de países de Latinoamérica estas políticas son centralizadas y concebidas solo desde el modelo biomédico y un enfoque curativo (2). Además, el financiamiento de programas de salud mental entre países resulta ser inequitativo, al comparar la mediana del gasto en los servicios de salud mental, que a nivel mundial es de 2,8% del gasto total destinado a la salud (3), en los países de ingresos bajos solo es de alrededor de 0,5% y en los países de ingresos altos de 5,1% (3,4). Respecto al acceso y la oferta de servicios de salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que en los países de ingresos bajos y medios entre el 76 y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento y en los países de ingresos altos entre el 35 y 50% de estos pacientes reportan baja calidad en la atención que reciben, así como una oferta insuficiente de personal sanitario especializado (5).



De acuerdo con las estimaciones de carga de enfermedad para trastornos mentales realizadas por el estudio de carga global de enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) para el 2019, en Colombia se perdieron 24.912,23 AVISA por trastornos depresivos y 14.134,2 AVISA por trastornos de ansiedad generalizado, siendo responsables del 0,22 y 0,12% de las pérdidas totales de vida saludable, respectivamente. Estas estimaciones, en la mayoría de los casos, no incluyen fuentes de información a nivel subnacional (departamental o municipal), que permitan una mayor información en la cuantificación de algunos de estos trastornos de salud mental.

Al tener en cuenta la importancia de las estimaciones subnacionales para Colombia, el desgaste emocional y mental generado por la crisis sanitaria de la pandemia por COVID-19 y la transversalidad de la salud mental en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el presente análisis tiene como objetivo cuantificar la carga de enfermedad para tres de los trastornos mentales más frecuentes en el país: trastorno de ansiedad, trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia, entre 2015 y 2020. Para este fin, se integran diversas fuentes de información nacionales y revisiones sistemáticas de estudios colombianos, que permiten obtener estimaciones más precisas y desagregadas a nivel sub nacional. Los resultados se presentan a nivel nacional en casos, número de años de vida potencialmente perdidos (AVPP), años de vida perdidos por discapacidad (AVPD) y AVISA desagregados por sexo. Asimismo, se presentan las comparaciones de las tasas de AVISA por 100.000 habitantes a nivel nacional y departamental.

Este es un estudio descriptivo retrospectivo que utiliza y combina diferentes fuentes de información para el cálculo de los AVISA del periodo 2015 a 2020 a nivel nacional y departamental. Los resultados de esta sección incluyen la revisión sistemática de severidad, el número, tasa y promedio de AVISA por cada 100.000 habitantes, tanto nacional como departamental y la presentación gráfica de las estimaciones en pirámides a nivel nacional y en mapas a nivel departamental.

### ¿Cuántos años de vida perdemos por la discapacidad que generan los trastornos mentales?

En Colombia, entre 2015 a 2020, ocurrieron un total de 5.373.027 casos de trastorno de ansiedad y tres defunciones por esta causa. Para TAB, se estimaron 806.384 casos y 23 defunciones, en cuanto a esquizofrenia fueron 579.175 y 142 defunciones (Tabla 1).

Tabla 1. Número de casos y muertes por trastornos mentales de 2015 a 2020 en Colombia

Año	Casos			Muertes		
	Trastorno de ansiedad	TAB	Esquizofrenia	Trastorno de ansiedad	TAB	Esquizofrenia
2015	689.917	85.835	71.102	0	2	18
2016	648.805	102.542	78.043	0	2	15
2017	724.625	118.077	85.671	0	4	13
2018	794.920	145.268	95.774	1	5	18
2019	1.125.665	172.928	115.775	0	3	35
2020	1.389.095	181.734	132.810	2	7	43

Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de la información del DANE, RIPS y ENSM

Respecto a la carga total de la enfermedad para los tres trastornos mentales estudiados, se estima una pérdida de 1.230.767 AVISA, de los cuales el 49,36% corresponde a los trastornos de ansiedad, 33,06% esquizofrenia y 17,58% a TAB. Para las tres patologías, el 99% de AVISA se genera en función de los AVPD.

El promedio anual de las tasas de AVISA por cada 100.000 habitantes durante el periodo analizado:

- Trastorno de ansiedad: 322,9
- Esquizofrenia: 184,8
- TAB 99,6

Hay un incremento en las tasas a través del tiempo (Tabla 2). Las tasas de AVISA que tuvieron un mayor incremento fueron las de trastorno de ansiedad, el cual fue en 2020 casi el doble de 2015 (Tabla 2).

Tabla 2. Número de AVPD, AVPP, AVISA y tasas de AVISA por 100.00 habitantes para trastornos mentales de 2015 a 2020 en Colombia

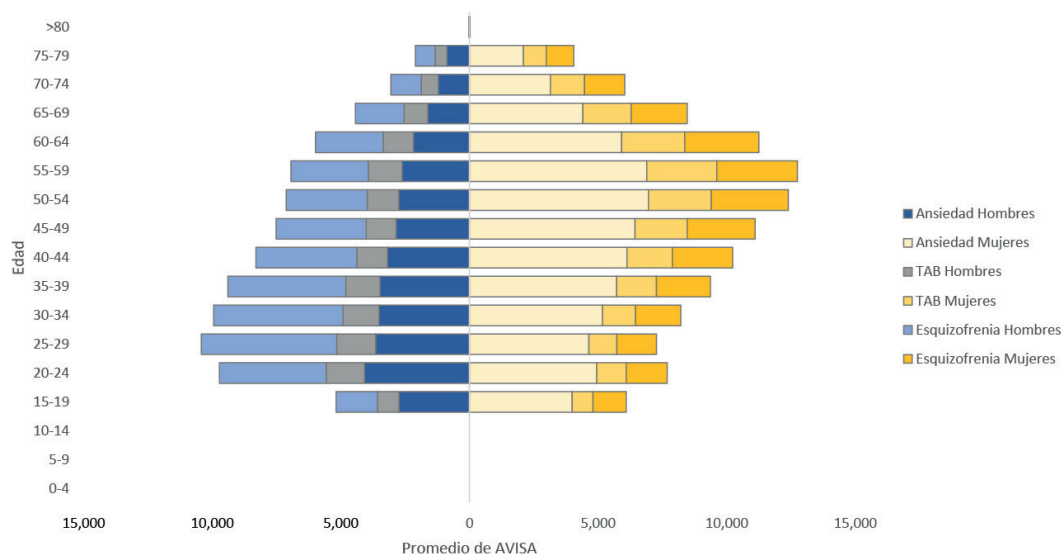
Año	AVPD			AVPP			AVISA			Tasa AVISA por cada 100.000 hab		
	Trastorno de ansiedad	TAB	Esquizofrenia	Trastorno de ansiedad	TAB	Esquizofrenia	Trastorno de ansiedad	TAB	Esquizofrenia	Trastorno de ansiedad	TAB	Esquizofrenia
2015	78.382	23.445	49.486	0,00	98,60	583,00	78.380	23.544	50.069	226,10	67,90	144,44
2016	73.953	27.650	54.472	0,00	46,50	403,80	73.950	27.697	54.875	251,70	78,60	155,60
2017	82.189	31.422	59.617	0,00	90,20	331,98	82.190	31.512	59.948	274,90	96,00	167,10
2018	90.062	38.423	66.565	23,20	120,90	477,56	90.085	38.544	67.042	294,80	105,11	182,90
2019	126.621	45.877	80.060	0,00	64,60	968,91	126.621	45.942	81.028	403,50	122,23	215,11
2020	156.270	48.948	92.917	29,50	159,70	1.010	156.299	49.107	93.927	486,70	127,78	243,77
<b>Total</b>	<b>607.477</b>	<b>215.765</b>	<b>403.117</b>	<b>52,70</b>	<b>580,50</b>	<b>3.775</b>	<b>607.529</b>	<b>216.345</b>	<b>406.892</b>	<b>322,90</b>	<b>99,60</b>	<b>184,80</b>

Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de la información del DANE, RIPS y ENSM

## La salud mental de las mujeres, una carga mayor

Según el promedio de AVISA a nivel nacional, por sexo, se encuentra que durante todos los años y para los tres eventos analizados, la mayor carga de enfermedad es generada por la discapacidad (en términos de los AVPD). El trastorno de ansiedad y TAB produce el mayor número de AVISA en mujeres, especialmente entre los grupos de edad de 45 a 59 años (Gráfico 1). A diferencia de los dos eventos anteriores, para esquizofrenia, el mayor número de AVISA se concentra en los hombres, especialmente en los quinquenios de 25 a 39 años, mientras que, en las mujeres, la mayor carga se presenta en el grupo de 55 a 64 años (Gráfico 1).

Gráfico 1. Número promedio anual de AVISA, según edad y sexo, para trastorno de ansiedad de 2015 a 2020 en Colombia



Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de las estimaciones realizadas de ENSM y RIPS

## ¿Qué está sucediendo con la salud mental a nivel departamental?

A nivel departamental, se encuentra que en relación con los trastornos de ansiedad y TAB, Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío, Santander y Valle del Cauca permanecen en el tiempo con los valores más elevados tasas de AVISA por 100.000 habitantes. Dichos valores oscilan entre 301 - 717 AVISA por 100.000 para ansiedad y -144 y 390 para TAB. Mientras que, en esquizofrenia, los valores más altos están en Nariño, Cauca, Cundinamarca y Boyacá con tasas entre 194 y 322 AVISA por cada 100.000 personas, en 2018. Es importante mencionar que Amazonas, Vichada, Guainía, Guaviare y Vaupés, en todo el periodo de análisis, reportan las tasas de AVISA más bajas para los tres trastornos (Gráfico 2).

## Comparación con estimaciones del GBD y algunos países de Latinoamérica

Este puede ser el primer análisis en Colombia que cuantifica la carga para algunos trastornos mentales desagregado por departamentos. Respecto a la carga de enfermedad, la mayor proporción del total de los AVISA se da por los AVPD, esto debido a que es difícil atribuirle casos de mortalidad a las enfermedades mentales (6).

El evento que origina mayor AVPD es el trastorno de ansiedad, lo que concuerda con otras investigaciones (7-9), seguido de esquizofrenia y por último TAB, mientras que el mayor número de AVPP se genera por esquizofrenia.

Al realizar una comparación con la última estimación publicada en el GBD (10,11), 2019, se encuentra que las tasas de AVISA por cada 100.000 habitantes en Colombia estimadas en ese estudio fueron de 471,3 (IC 95% 310,4-665,4) para el trastorno de ansiedad, 171,4 (IC 95% 104,5-265,5) en TAB y 194,0 (IC 95% 133,6-257,4) con respecto a esquizofrenia. Las estimaciones para 2019 del presente estudio y de GBD, para el mismo año, 2019, son similares o están se encuentran dentro del intervalo de confianza, con estimaciones por debajo del valor promedio del GBD para el trastorno de ansiedad y TAB los resultados están por debajo del promedio de GBD y algo superiores al promedio para esquizofrenia resultan ser levemente superiores. Estas ligeras diferencias podrían ser producto del uso de diferentes fuentes de información y la precisión de las mismas, ya que este análisis realiza la estimación por medio de encuestas poblacionales y los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) con corrección de subregistro, mientras que el GBD utiliza la revisión sistemática y encuestas poblacionales sin contar con datos de desagregación subnacional (10,12), además emplea la redistribución de los códigos basura para estimación de mortalidad y realiza la corrección y ajuste por comorbilidad.

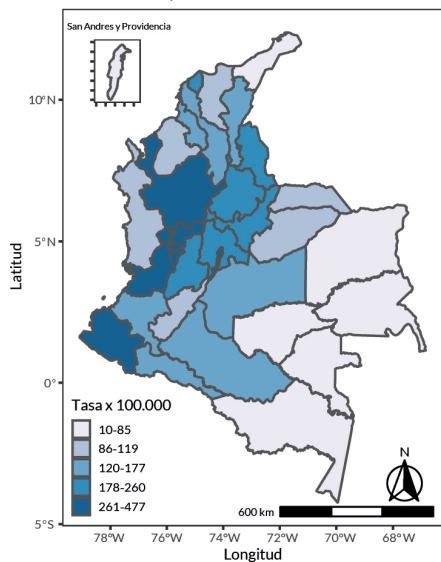
De acuerdo con las estimaciones de GBD en 2019, en la región, Ecuador, Argentina, Perú, Venezuela y Bolivia tendrían las tasas de AVISA más altas, respecto a Colombia, para los mismos trastornos analizados en este estudio. Sin embargo, las estimaciones de estos países tampoco tienen desagregación subnacional y la prevalencia estimada en la metodología de GBD también se realiza por revisiones sistemáticas y algunas encuestas (10,11).

## Salud mental en Colombia en medio de la pandemia por COVID-19

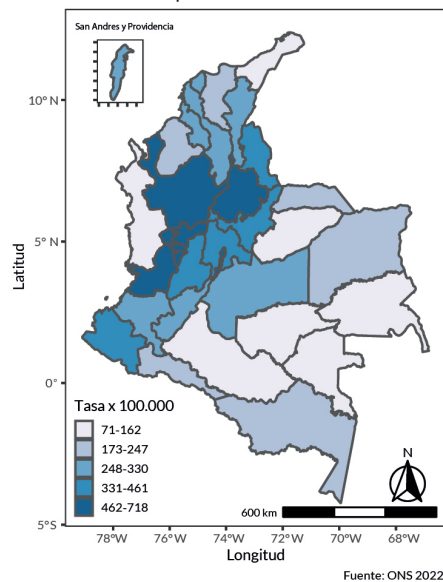
De acuerdo con los resultados presentados, tanto el número de casos como los AVISA para los tres eventos analizados han ido en aumento desde 2015. Esto es coincidente con diversos estudios en los que se describe y cuantifica las afectaciones que causó la pandemia en los colombianos (13,14), especialmente relacionados con ansiedad y

## Gráfico 2. Mapas departamentales de las tasas de AVISA por 100.000 habitantes para trastorno de ansiedad, Colombia, 2015 y 2020

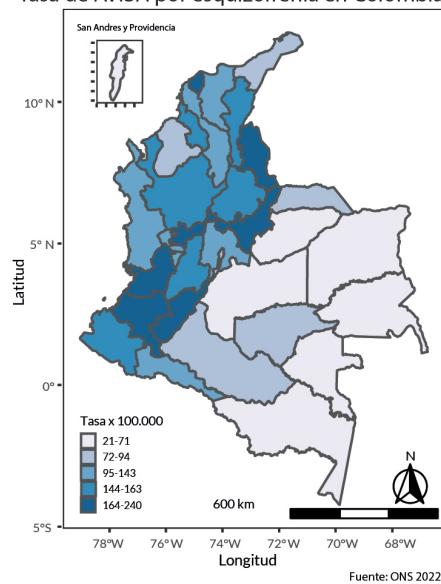
Tasa de AVISA por ansiedad en Colombia 2015



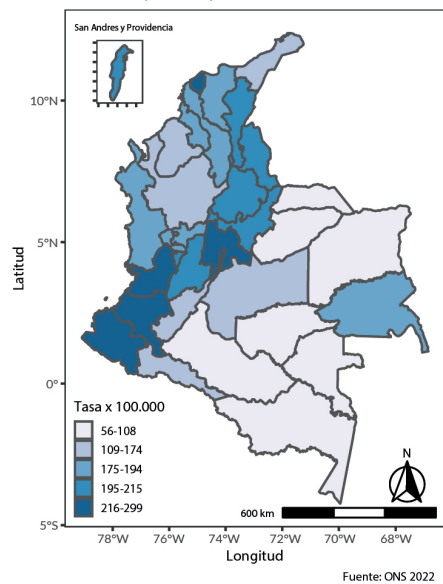
Tasa de AVISA por ansiedad en Colombia 2020



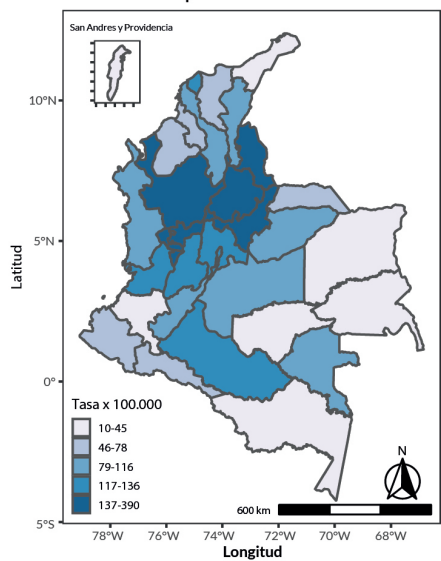
Tasa de AVISA por esquizofrenia en Colombia 2015



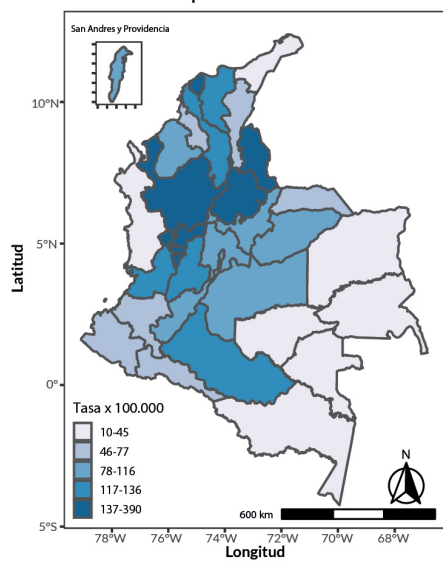
Tasa de AVISA por esquizofrenia en Colombia 2020



Tasa de AVISA por TAB en Colombia 2015



Tasa de AVISA por TAB en Colombia 2020



depresión. Ahora bien, cabe resaltar que el mismo confinamiento pudo ocasionar una disminución en el acceso a servicios de salud mental, por lo cual no debe descartarse un posible subregistro durante el 2020, año de inicio de la pandemia, incluido en el presente análisis.

### La salud mental de las colombianas

En Colombia, para trastorno de ansiedad y TAB la mayor concentración de AVISA se identifica en mujeres, entre los 50 y 59 años. Esto concuerda con diferentes autores que describen que la carga de estas patologías es significativamente mayor en mujeres (15,16). Estos resultados podrían tener una relación con la inequidad de género, la violencia contra las mujeres, la afectividad negativa y, en general, los roles culturales que se le imponen a la mujer en diversos ámbitos (17,18). Es importante resaltar que de acuerdo a los resultados obtenidos, probablemente los hombres acuden con menor frecuencia a los servicios, esta teoría ha sido desarrollado por diversas investigaciones en las cuales las mujeres tienden con mayor frecuencia que los hombres a buscar ayuda para determinados trastornos mentales, lo que podría explicarse desde la perspectiva de las normas masculinas tradicionales que hay una negación de la sintomatología y de su manejo, negación en la búsqueda de ayuda (19).

### La salud mental y acceso a los servicios relacionados en los departamentos

De acuerdo con los resultados, los departamentos con una mayor carga para trastorno ansiedad y TAB son Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío, Santander y Valle del Cauca. Sin embargo, es necesario contar con más estudios que permitan conocer la razón por la cual estos dos trastornos se concentran en estos territorios. Una posible explicación es la concentración de servicios de salud mental, especialmente en los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca. En cuanto a Antioquia, es importante mencionar que se ha implementado un modelo de telesalud que ha permitido realizar consultas psiquiátricas a regiones de difícil acceso, captando, así, un mayor número de casos (20,21). Otra hipótesis estaría relacionada con los altos niveles de violencia en el departamento. De acuerdo al índice de intensidad de conflicto armado (IIC) desarrollado por el ONS, Antioquia concentra una elevada cantidad de municipios con IIC hasta del 50%, situación que probablemente repercutió en la salud mental de sus habitantes (22).

Respecto a los departamentos con menor carga de AVISA por trastornos mentales, este hallazgo podría corresponder al bajo acceso y utilización de los servicios de salud mental en esos lugares. Algunas investigaciones en Colombia sugieren que en áreas rurales las principales barreras para que el acceso sea efectivo, son de tipo comportamental. Sin embargo, estos obstáculos están influidos por el desconocimiento de la oferta de servicios de salud, la falta de comprensión o la información distorsionada del significado de salud mental, además de obstáculos geográficos y financieros (23). Además, resulta llamativo que a pesar de las bajas tasas en la ocurrencia de estos trastornos mentales en los departamentos de Amazonas, Vaupés y Guaviare, son territorios que reportan las mayores tasas de intento de suicidio y suicidio consumado, cuando varias investigaciones han descrito que la presencia de cualquier trastorno mental, en particular los trastornos depresivos, de ansiedad y los rasgos limítrofes de personalidad, se asocian a la ideación suicida (24,25).

Este estudio presenta algunas limitaciones, la primera, no logró llegar a un nivel geográfico más detallado como el municipal, ya que la ENSM de 2015, que permitió ajustar algunos datos, fue realizada con desagregación regional. No obstante,



cuantificar la carga de enfermedad de los trastornos mentales a nivel departamental representa un insumo valioso para la toma de decisiones en políticas públicas de salud mental. La segunda limitación radica en no haber contado con la información de encuestas poblacionales diferente a la ENSM 2015 para realizar los respectivos ajustes de la fuente de información RIPS. A pesar de ello, se estimó un factor de corrección para el año mencionado y a partir de este, se proyectaron los casos de los demás años. Finalmente, no fue posible realizar la corrección de comorbilidades al igual que se contempla en GBD, esta limitación radica en la ausencia de dicha variable en la fuente de información RIPS.

## Recomendaciones

Visibilizar, sensibilizar e informar a la comunidad sobre la importancia de reconocer la salud mental como una esfera importante y vital del ser humano, además de promover la rehabilitación y la inclusión social de las personas con algún trastorno mental.

Realizar estudios de desigualdades sociales en salud de la carga de trastornos mentales en áreas geográficas pequeñas que incluyan el concepto de territorio y permitan comprender de mejor manera los aspectos que explican dichas desigualdades. Establecer un modelo de atención para que la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas y trastornos mentales sean efectivos y promuevan la resiliencia y el bienestar emocional en los individuos, familias y comunidades a través de intervenciones costo-efectivas (26,27).

Implementar un modelo de atención que logre involucrar en las consultas psicológicas, tratamientos y terapias de recuperación al entorno familiar, ya que, para algunas enfermedades mentales, especialmente en el caso de la esquizofrenia, se ha descrito que este tipo de modelos mejoran la calidad de vida de los pacientes (28). Lograr que las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) garanticen el acceso de manera eficiente a consultas psicológicas con profesionales entrenados y sensibilizados respecto a la problemática de los diferentes estados clínicos que se presentan en los trastornos mentales. Asimismo, las EAPB deben asegurar un tratamiento oportuno, continuo y con un mismo profesional.

En zonas de difícil acceso geográfico, implementar modelos de telesalud y telepsiquiatría sincrónica, que han mostrado ser una herramienta costo-efectiva y han tenido éxito y acogida en pacientes de trastornos de depresión y ansiedad, que producen la mayor carga de enfermedad (21,29). Esta implementación debe estar acompañada de la garantía de energía eléctrica y acceso a conectividad en los pacientes que la utilicen.

Para reducir la carga de enfermedad de los trastornos mentales, es imprescindible la ejecución coordinada de programas de prevención y tratamiento eficaces con un énfasis especial en la vida temprana, desde la atención prenatal, la edad preescolar y escolar (30).

Fortalecer y articular las políticas públicas alimentarias, de empleabilidad, educación, vivienda, acceso a servicios básicos, recreación y seguridad con el fin de intervenir los determinantes sociales de la salud, ya que la salud mental no solo depende de la garantía del acceso al servicio sanitario, sino también de la garantía de un desarrollo libre y pleno en los diferentes ámbitos que comprenden al ser humano.

## Bibliografía

1. Mental GBD, Collaborators D. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2022;21(January). Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
2. Henao S, Echeverri J, Hernandez J, Rivera E. Current public policies on mental health in South America : a state of the art. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016;34(2):184–92.
3. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Organización Mundial de la Salud, editor. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas. Washington D.C.; 2018. 1–50 p.
4. World Health Organization - WHO. Informe sobre la discapacidad mundial. Vol. 126, World Health Organization. 2011.
5. World Health Organization (WHO). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. World Health Organization. 2013. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)
6. Elizabeth Reisinger Walker REM, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2016;72(4):334–41.
7. Grisales-Romero H, González D, Porras S. Disability-Adjusted Life Years Due to Mental Disorders and Diseases of the Nervous System in the Population of Medellín, 2006–2012. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2020;49(1):29–38. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.003>
8. Lim D, Lee WK, Park H. Disability-Adjusted Life Years ( DALYs ) for Mental and Substance Use Disorders in the Korean Burden of Disease Study 2012. *JKMS*. 2016;31:191–9.
9. Lokkerbol J, Adema D, Graaf R De. Non-fatal burden of disease due to mental disorders in the Netherlands. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2013;1–9.
10. Mental GBD Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137–50.
11. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD compare- Viz Hub [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 21]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
12. Mental GBD Collaborators D. Supplement to: GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 2019;(15):1–24.
13. Palacio-ortiz JD, Londo JP, Nanclares-márquez A, Robledo-rengifo P, Patricia C. Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020;49(4):279–88.
14. Sotaquirá L, Backhaus I, Sotaquirá P, Pinilla-roncancio M, González-uribe C, Bernal R, et al. Social Capital and Lifestyle Impacts on Mental Health in University Students in Colombia : An Observational Study. 2022;10(May):1–14.
15. Akhter S, Rutherford S, Akhter F, Bromwich D, Rahman I. Work , gender roles , and health : neglected mental health issues among female workers in the ready- made garment industry in Bangladesh. *Int J Women's Heal*. 2017;9:571–9.
16. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of Depressive Disorders by Country , Sex , Age , and Year : Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Plos Med*. 2013;10(11).
17. Beydoun H, Beydoun M, Kaufman J, Lo B. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2013;75(6):959–75.
18. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(7):618–29.
19. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men ' s help-seeking for depression : A systematic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2016;49:106–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
20. De M, Covid- P De, Carolina L, Gutiérrez-londo PA, Gómez M, García J. Descripción de un Programa de Telesalud Mental en el Marco de la Pandemia de COVID-19 en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020;(January).
21. Cristina D, Pérez M, María Á, García A, Andrade R, Fernando J, et al. Telepsiquiatría : una experiencia exitosa en Antioquia , Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2019;9(4):239–45.
22. Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia [Internet]. 2017. Available from: [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/informe\\_9\\_ONS.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/informe_9_ONS.pdf)
23. González LM, Peñalosa RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Landaeta APV. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45:89–95.
24. Andrés P, Silva M, Isabel M, Arenales D, María A, Camila M, et al. Un modelo explicativo de la conducta suicida de los pueblos indígenas del departamento del. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2018;49(3):170–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.005>
25. Ministerio de la Protección Social C. Boletín de salud mental Conducta suicida [Internet]. 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
26. Id LK Le, Esturas AC, Mihalopoulos C, Id OC, Id JB, Lou M, et al. Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions : A systematic review of economic evaluations AU : The. *Plos Med* [Internet]. 2021;18:1–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003606>
27. Müller G, Pfänder M, Schmahl C, Bohus M, Lyssenko L. Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program : economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching. *BMC Public Health*. 2019;19:1–12.
28. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, P G. Psychological treatments in schizophrenia : I . Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*. 2002;32:763–82.
29. Haun MW, Tönnies J, Krisam R, Kronsteiner D, Wensing M, Szecsenyi J, et al. Mental health specialist video consultations versus treatment as usual in patients with depression or anxiety disorders in primary care : study protocol for an individually randomised superiority trial ( the PROVIDE-C trial ). *BMC Med*. 2021;1–17.
30. Posada J. Salud mental en Colombia. *Biomedica*. 2013;(4):497–9.

## 2.2 Carga de enfermedad por depresión y la percepción sobre el acceso en su atención

Silvia Camila Galvis-Rodríguez  
Liliana Hilarión-Gaitán  
Jean Carlo Pineda  
Karol Patricia Cotes  
Carlos Castañeda-Orjuela

**Palabras clave:** depresión, carga, acceso, satisfacción

### Abreviaturas

**PAVISA:** Años de vida saludables  
**AVPD:** Años De Vida Perdidos por Discapacidad  
**AVPP:** Años de Vida Potencialmente Perdidos  
**GBD:** Carga Global de Enfermedad (por sus siglas en inglés)  
**RIPS:** Registro Individual de prestación de servicios en salud  
**ENSM:** Encuesta Nacional de Salud Mental  
**EPS:** Empresa Promotora de Salud  
**ONG:** Organización no gubernamental

La depresión es uno de los trastornos mentales que con mayor frecuencia padecen las personas a nivel mundial. Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “una condición multidimensional que se caracteriza por la presencia de síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (1), que deben estar presentes por al menos dos semanas y representar un cambio en el funcionamiento diario de la persona (2).

La depresión es una enfermedad considerada un problema de salud pública, ya que alrededor del 3,8% de la población mundial la padece (1). También, es una de las principales causas de discapacidad en las Américas, especialmente en países suramericanos, entre ellos Colombia (3). Para nuestro país, según indica la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM, 2015), la prevalencia de depresión fue de 15,8% en población adolescente, 4,7% en población entre 18 y 44 años y de 8,9% en población mayor a 45 años (4). Estudios recientes indican que durante la pandemia y el aislamiento, los síntomas de depresión fueron más frecuentes en las mujeres y los jóvenes (5), asimismo, se han identificado varios factores asociados con su ocurrencia (6,7) (Gráfico 1). Sin embargo, es necesario contar con registros actualizados que indiquen valores de prevalencia o severidad en población general.



## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental altamente discapacitante, considerado el más común en la población colombiana.



## METODOLOGÍA

Estimación de carga de enfermedad por depresión expresada en años de vida saludable (AVISA) perdidos durante 2015-2020. Aproximación cualitativa a la percepción de satisfacción de diversos actores sobre los servicios de atención.



## RESULTADOS

2019 fue el año con mayor número de AVISA perdidos en la población. Las mujeres, en especial entre los 60 y 69 años, fueron las más afectadas. La atención parece ineficaz, los pacientes no perciben mejoría y ven afectada su calidad de vida, economía y productividad.



## RECOMENDACIONES

1. Generar programas de prevención y promoción desde diversos entornos.
2. Fortalecer la capacidad de los profesionales de atención primaria y especialistas.
3. Promover acciones comunitarias y de telemedicina.
4. Ampliar la oferta de servicios que superen la terapia individual y la medicación.

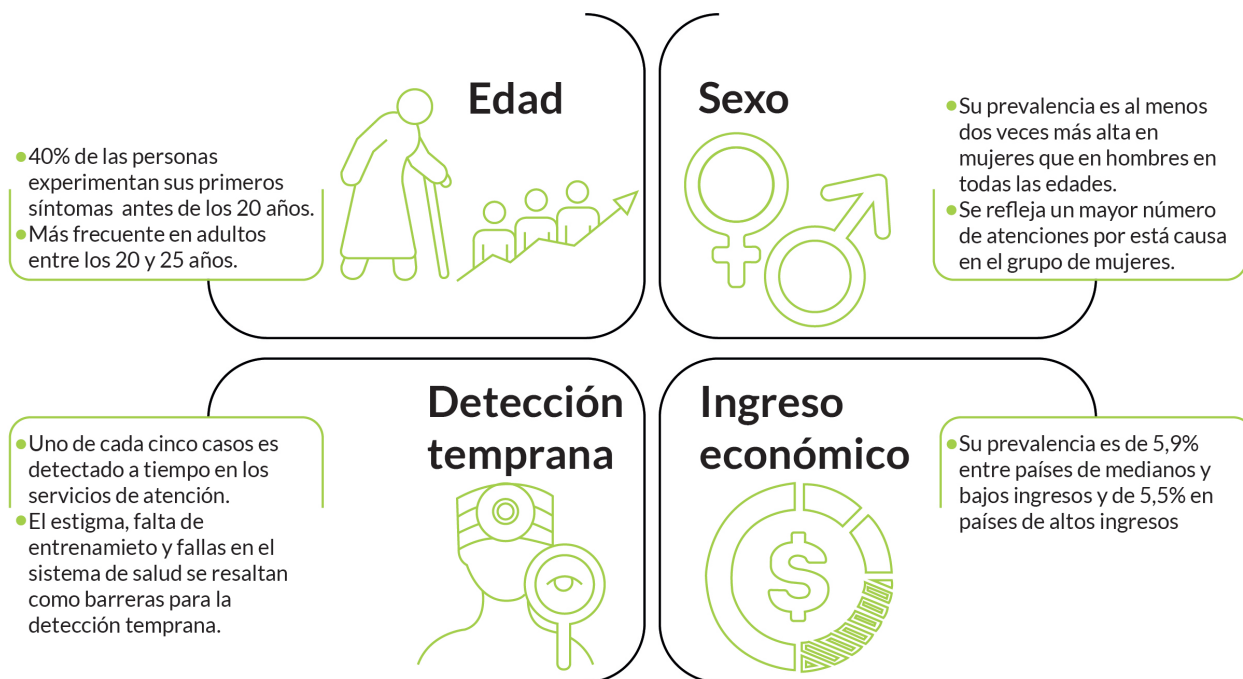


## CONCLUSIONES

La atención en salud mental en Colombia es limitada y su principal puerta de acceso es las crisis y los intentos de suicidio.

Las personas pierden AVISA al convivir con la enfermedad, en particular si son del régimen subsidiado y sin recursos para buscar atención privada.

## Gráfico 1. Factores asociados a la ocurrencia de la depresión



Fuente: Elaboración equipo ONS (6,7)

Según análisis del Observatorio Nacional de Salud (ONS), la brecha de atención de personas con depresión es de 80%, es decir, solo el 20% del total de personas adultas con diagnóstico de depresión mayor recibe atención especializada (8). Esta falta de acceso a la atención incide en su carga de enfermedad, cuyos efectos impactan sobre la vida de quienes la padecen y otros actores (9). El acceso puede entenderse como la capacidad de las personas para buscar los servicios con el fin de resolver una necesidad en salud y efectivamente solucionarla con el uso de los mismos (8). Dicha capacidad está determinada por: el acceso potencial (características del sistema y características de la población) y el acceso real (uso de los servicios y la satisfacción con su uso) (10). Las limitaciones derivadas de cualquiera de estas dimensiones se reconocen como barreras de acceso e incrementan los costos y la complejidad en los tratamientos (11). Los obstáculos derivados de las características de la población han sido revisadas en mayor medida que aquellas relacionadas con el sistema o las concernientes al acceso real, aun cuando la mala calidad de los servicios resalta como principal causa del no uso (12).

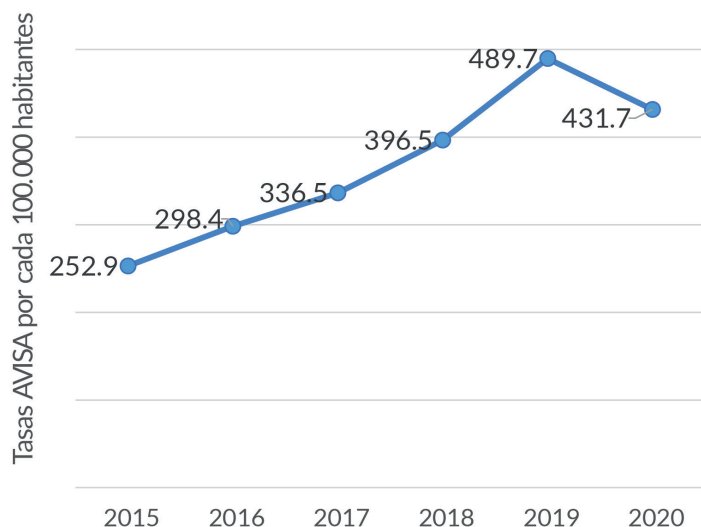
Al considerar que es necesario actualizar la información sobre la carga de enfermedad por depresión en Colombia y a su vez explorar cómo se percibe el acceso real a los servicios de salud mental para su atención, se realiza un estudio de corte descriptivo y analítico en el que se utilizan dos metodologías: una estimación de la carga de enfermedad, que sigue los lineamientos metodológicos del Estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) (13), y un abordaje cualitativo fenomenológico (14), que indaga sobre las percepciones de distintos actores acerca del uso de los servicios de salud mental y la satisfacción con los mismos cuando se vive con depresión.

### Estimación de la carga de enfermedad por depresión

El análisis estima un total de 809.792 AVISA perdidos por depresión en Colombia entre 2015 y 2020. La mayor tasa poblacional de AVISA se reportó en 2019, también

el estudio observa una disminución en 2020 (Gráfico 2). La mayor proporción de la pérdida de vida saludable es atribuible a los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), que representan el 99% del total de AVISA en todos los años analizados.

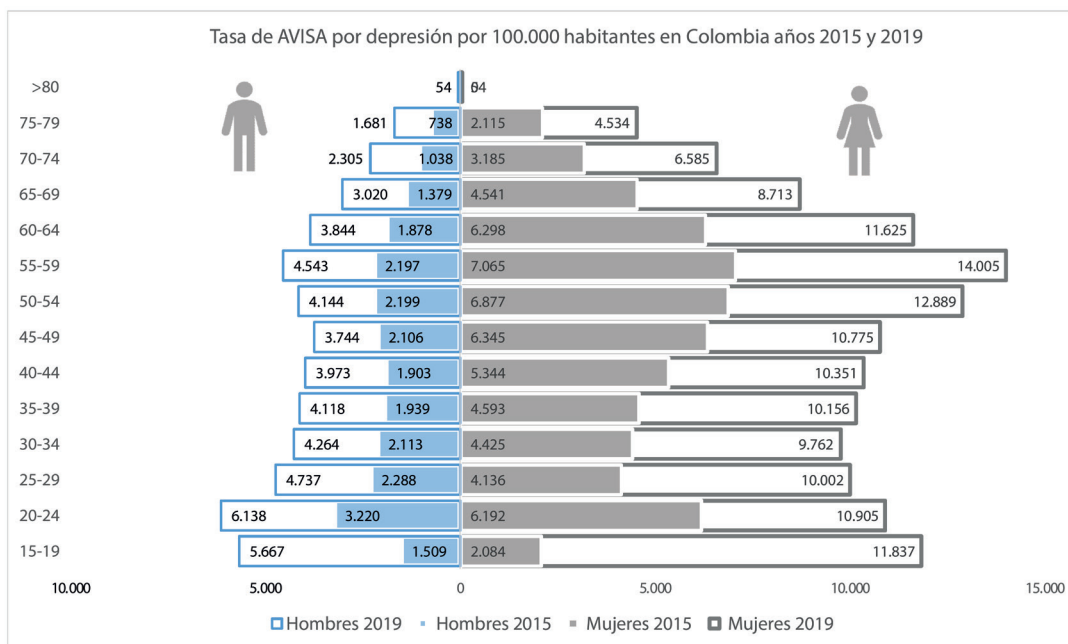
Gráfico 2. Tasa de AVISA por depresión por 100.000 habitantes en Colombia periodo 2015-2020



Fuente: Elaboración equipo ONS

En cuanto a la distribución de AVISA por sexo y edad, las mujeres muestran la mayor carga de enfermedad en todas las edades, especialmente los grupos de 55 y 59 años cuya carga de enfermedad por depresión aumentó el doble entre 2015 y 2019. Por su parte, la carga de enfermedad en el grupo de hombres también registra un incremento durante el periodo analizado, en especial entre los 20 y 24 años. Todos los grupos presentan, en comparación con 2019, una disminución de AVISA durante 2020, excepto en el grupo de hombres entre los 15 y 19 años, que advierte un aumento durante el último año (Gráfico 3).

Gráfico 3. Tasa de AVISA por depresión por 100.000 habitantes distribuida por sexo y edad en Colombia 2015 a 2020



Fuente: Elaboración equipo ONS

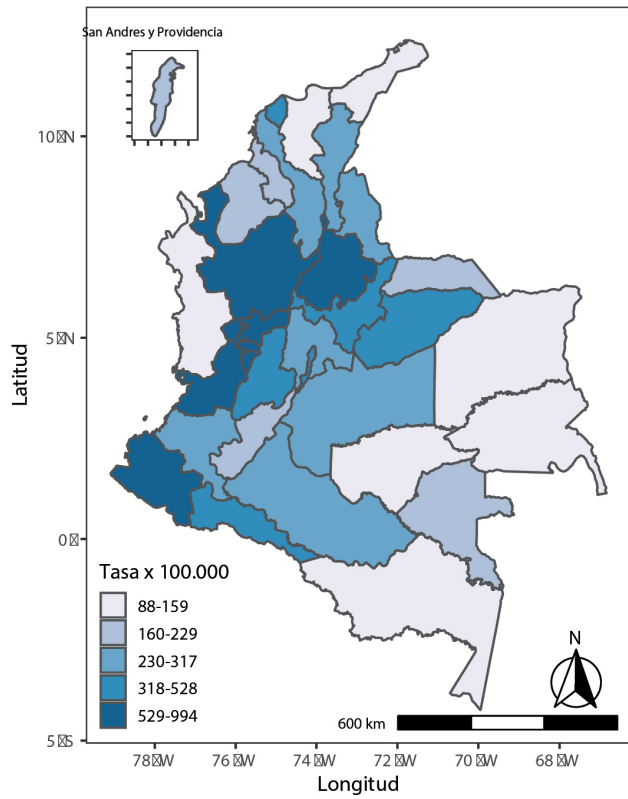
Los resultados muestran que las tasas de AVISA perdidos por depresión aumentaron, entre 2015 y 2019 en todos los departamentos. En 2019, Antioquia y el eje cafetero (Caldas, Quindío y Risaralda), mostraron las tasas más altas, seguido por departamentos de la zona pacífica como Nariño y Valle del Cauca, y de la zona central (Santander y Bogotá) (Tabla 1.) La mayoría de departamentos registró una disminución en la tasa de AVISA durante 2020 a excepción de Amazonas, San Andrés y Providencia, Córdoba, Cauca, Guajira y Magdalena, donde se observa un incremento en las tasas (Gráfico 4).

Tabla 1. Tasa de AVISA anual por 100.000 habitantes por departamento 2015-2020

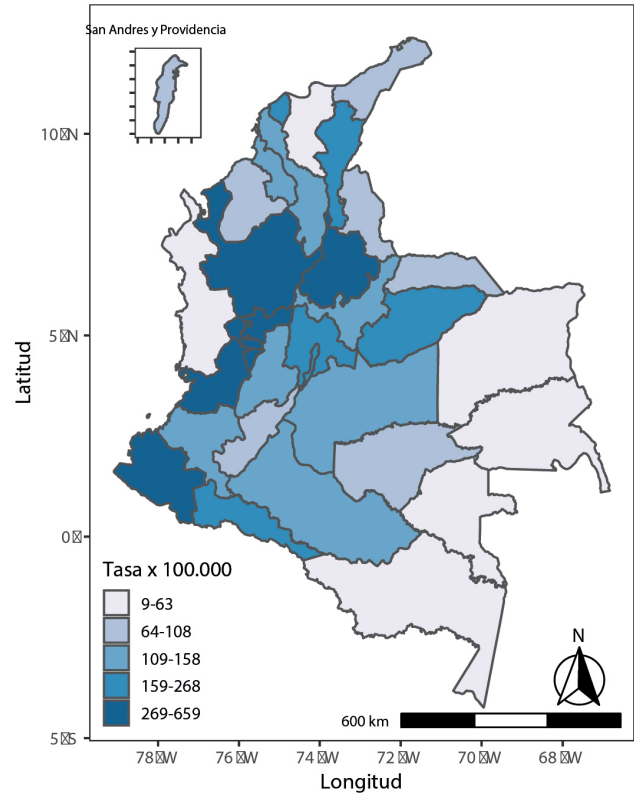
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Amazonas	40,34	54,40	50,18	96,12	135,78	196,36
Antioquia	483,30	671,55	682,49	830,64	993,46	761,07
Arauca	103,10	92,99	120,23	183,57	226,87	161,12
San Andrés y Providencia	61,32	107,44	181,28	102,77	171,67	278,02
Atlántico	185,43	175,74	231,03	314,51	405,91	294,96
Bogotá, D. C.	244,97	285,73	320,06	340,77	492,12	490,82
Bolívar	155,60	114,04	160,36	259,68	230,99	206,07
Boyacá	154,59	184,39	223,02	301,21	361,23	356,03
Caldas	531,67	609,71	670,35	810,55	952,64	714,24
Caquetá	157,37	113,75	156,85	213,44	285,65	269,37
Casanare	169,31	151,99	258,22	300,07	317,25	272,92
Cauca	147,26	146,65	157,33	167,92	229,02	230,23
Cesar	173,24	211,93	174,14	224,10	253,78	211,59
Chocó	60,94	70,99	86,00	106,79	131,15	102,32
Córdoba	79,11	71,61	122,16	181,91	186,88	196,99
Cundinamarca	179,29	211,78	262,51	319,21	316,72	291,49
Guainía	43,29	52,04	88,57	95,90	135,73	148,13
Guaviare	77,14	73,42	103,04	82,38	150,34	172,74
Huila	85,09	94,64	141,13	174,62	207,35	174,60
La Guajira	68,94	110,21	124,84	120,66	131,18	136,25
Magdalena	56,26	69,54	77,47	87,27	106,63	116,74
Meta	127,51	158,75	149,69	175,37	268,92	260,85
Nariño	386,76	377,18	395,54	457,93	647,28	561,74
Norte de Santander	98,14	143,44	161,45	212,91	270,14	264,19
Putumayo	159,25	163,69	180,03	251,70	358,23	318,51
Quindío	659,17	684,28	732,11	813,22	973,62	886,40
Risaralda	422,29	497,68	555,11	643,67	709,86	632,44
Santander	324,43	342,90	431,91	562,11	587,10	565,04
Sucre	109,20	69,60	77,41	133,93	175,03	156,73
Tolima	135,65	142,34	207,75	298,22	425,95	364,53
Valle del Cauca	282,88	345,57	427,46	398,63	552,61	547,75
Vaupés	59,73	39,01	209,11	201,88	219,31	170,72
Vichada	9,30	10,08	72,57	46,89	88,14	86,19

Gráfico 4. Tasa de AVISA anual por 100.000 habitantes por departamento 2015, 2019 y 2020

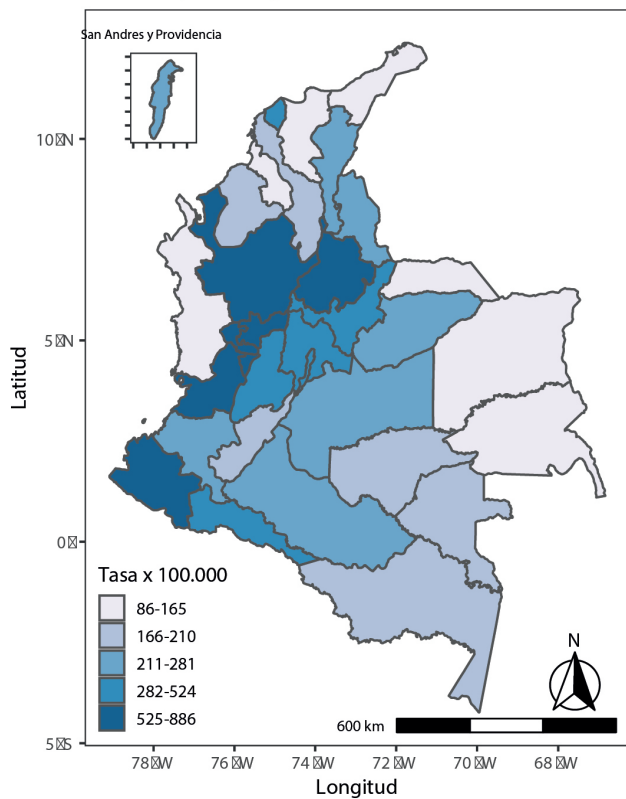
Tasa de AVISA por depresión en Colombia 2019



Tasa de AVISA por depresión en Colombia 2015



Tasa de AVISA por depresión en Colombia 2020





## El aumento de la carga de enfermedad por depresión y el papel del acceso a los servicios en Colombia

El análisis de carga de enfermedad por depresión en el país expone que las tasas poblacionales de AVISA por 100.000 muestran una tendencia hacia el aumento entre 2015 y 2019, con una caída en 2020. Estos datos confirman que la depresión es un evento generador de pérdidas de vida saludable, por lo tanto afecta al individuo y la sociedad. Al respecto, la literatura científica identifica que una proporción de esta carga de enfermedad puede ser consecuencia de limitaciones en la atención en salud, debido a que existen múltiples barreras para el diagnóstico oportuno o que generan tratamientos tardíos o insuficientes (9). Al profundizar sobre estos obstáculos a través de entrevistas a informantes clave, se identifican limitaciones de acceso potencial que incluyen aspectos relacionados con el sistema de salud y las formas de operar de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), dificultades relacionadas con los factores capacitantes y predisponentes de los usuarios, además de algunas situaciones de contexto. También, se resalta, a partir de estos testimonios, que la atención en el acceso real puede ser insuficiente, atemporal e inefectiva.

### Barreras en el acceso potencial: condiciones del sistema de salud

Limitaciones de orden administrativo relacionadas con la normatividad y la cantidad de especialistas en salud mental disponibles: Los participantes entrevistados aseguran que, de cara a los síntomas en salud mental, el tener que pasar primero por un médico general para lograr la remisión a un especialista, es una barrera al momento de obtener el diagnóstico y tratamiento oportunos, especialmente cuando el médico no cuenta con las capacidades necesarias para hacer el diagnóstico. Y, “Si el médico general no tiene las capacidades o conocimiento para hacerlo, usualmente no deriva a psicología o psiquiatría, entonces eso hace que haya una barrera directa” (OR-EPS). Por otra parte, los participantes perciben que las EPS no garantizan el número suficiente de profesionales especializados para atender la alta demanda una vez que se ha logrado la remisión, situación que retrasa la atención, pues “muchas de estas entidades cumplen con el número mínimo de profesionales que necesitan para cumplir con la norma, pero la población va creciendo y la oportunidad cada vez es más lejana”(OR- EPS).

### Condiciones de la población: estigma social y autoestigma, principales factores predisponentes

Dentro de los factores que predisponen, o en este caso limitan, a las personas a consultar se enfatiza en el estigma hacia la enfermedad, entendido como la forma en la que la sociedad percibe y da significado a la depresión. Al respecto, a nivel individual los sentimientos de culpa y responsabilidad que la persona asume y que se define como autoestigma (9), terminan por empeorar su estado de salud y le impiden pedir ayuda por temor a ser juzgado como el responsable de su condición, así el paciente “(...) puede estar sintiéndola y no lo sabe porque ahora lo acostumbran a pensar que uno cuando está deprimido es porque quiere y la gente piensa que es vergonzoso” (TP-Usuario). También, el estigma a nivel social con una etiqueta negativa victimiza y produce sentimientos de temor en los pacientes, lo que causa “que a uno le pongan el estereotipo de depresivo, el débil y con tal de que nadie se entere la gente prefiere quedarse callada” (LC-ONG).

Al parecer este estigma social afecta más a los hombres, quienes encuentran una mayor dificultad para aceptar que necesitan atención. En la mayoría de los casos, ellos solicitan apoyo cuando la situación es extrema y requiere intervención. De

esta forma, “el hombre pasa un proceso muy tortuoso y espera al final para buscar ayuda cuando ya prácticamente están en una crisis severa. Para ellos es mucho más difícil culturalmente decir sufro de depresión” (LC-ONG). Sin embargo, para quienes atendieron la situación durante la pandemia, la atención virtual parece haber propiciado que los hombres buscaran ayuda con mayor facilidad, superando la barrera de la vergüenza. “Cuando estábamos en la presencialidad era más frecuente en las mujeres, la relación era de tres a uno en depresión. En la virtualidad, se ha igualado, porque al hombre le queda más fácil aceptar desde lo anónimo” (FL-Familias).

### El aseguramiento como factor capacitante

Por su parte, al hablar de los factores capacitantes o aquellos “medios” disponibles para el uso de los servicios, las diferentes formas de aseguramiento (sistema público, plan complementario, medicina prepagada) y, por tanto, la capacidad de pago, son una limitante para el acceso. Los usuarios del plan obligatorio de salud, tanto del régimen subsidiado como contributivo, perciben como reducida su oportunidad de atención, porque consideran que la oferta de profesionales especializados es limitada y, además, estas necesidades tienen que competir con la demanda de estos mismos servicios para usuarios de planes complementarios y medicina prepagada, quienes al contar con mayor capacidad de pago, pueden acceder de manera más oportuna, por ejemplo, sin necesidad de remisión de médico general o autorizaciones. “En salud mental, es mucho más complicado porque los profesionales que tenemos, por lo menos en la EPS en la cual estoy, es un grupo reducido, y entendí que hay gente que tiene una mayor posibilidad de acceso a través de un pago, mientras que en el plan básico la oportunidad es de mucho más tiempo” (OR-EPS).

### Otros factores relacionados con el acceso

Entre las demás barreras de acceso a los servicios de salud mental, se menciona la ruralidad, que también hace parte del contexto en el que los sistemas de salud entran a funcionar. Los participantes expresan que el sistema de salud no facilita los medios para que las personas de los lugares más apartados del país puedan hacer uso efectivo de los servicios de atención o preventivos en salud mental. Así, “muchos intentos de suicidio tienen que ver con la ruralidad, donde tal vez por algún motivo no llega la información, ni los servicios de entrada” (FA-TS). Como consecuencia de esta situación, estas zonas presentan unos peores desenlaces en salud mental, como por ejemplo, síntomas más crónicos y duraderos: “yo he visto campesinos que tienen un curso de trastorno depresivo recurrente de 6, 7 meses (...), pero para ellos eso es normal (...) hasta que hay un intento de suicidio” (JB-MSPS). Otro aspecto mencionado tiene que ver con el conocimiento previo de los derechos y el uso de mecanismos de exigibilidad, que capacitan a las personas a tener una mayor oportunidad de acceso en menor tiempo, de esta forma, “si un paciente es muy empoderado en materia de sus derechos, pues va a tener mejor resolución y usa esas acciones a su favor porque te van a poner a que lo atiendan más rápido” (OR-EPS).

En cuanto a la necesidad percibida, entendida como el nivel de enfermedad percibida por el individuo o detectada por terceros, los participantes consideran que esta se encuentra condicionada a algunas de las barreras mencionadas anteriormente. Así, se considera que un mal diagnóstico, el estigma, la falta de información o desconocimiento de sus derechos, lleva a que los pacientes tarden mucho tiempo en reconocer que necesitan ayuda, hasta que requieren atención de emergencia o se ha llegado a un intento de suicidio: “yo creo que tuve los síntomas muchos años atrás, pero fue hasta que tuve mi primer ataque de pánico que decidí consultar” (TP-usuario). Igual ocurre con la necesidad diagnosticada, pues se considera que los síntomas deben ser crónicos

o presentarse en estado crítico para lograr ser atendido por el diagnóstico: “uno tiene que prácticamente estar en un estado severo de crisis con mucha sintomatología para que lo puedan atender, para que lo puedan hospitalizar” (LC-ONG). En contraste, el apoyo social resalta como un factor relevante para superar estas barreras, detectar la necesidad a tiempo y buscar ayuda, ya que el apoyo recibido permite a las personas identificar su condición, aceptarla y buscar ayuda: “afortunadamente [...] mi mamá lo primero que piensa cuando me enfermo es ¿qué hay que hacer, a dónde vamos?” (TP-Usuario). También, es útil para ejercer la protección de los derechos y recibir atención de forma eficiente, “la red de apoyo [...] hace parte de los recursos que tiene la persona para que haya fluidez y un mejor proceso” (OR-EPS).

### Barreras en el acceso real: uso de los servicios en estado crítico

En relación con el uso de los servicios y la satisfacción, las urgencias y la hospitalización se consideran la puerta de entrada más efectiva y frecuente para hacer uso real de los servicios de salud mental. Las personas esperan a que se generen estados de crisis de la enfermedad, que finalmente les permite a los usuarios ingresar a estos servicios, de tal forma que “la mayoría de veces, la puerta de entrada a las atenciones de salud mental son las crisis, los intentos de suicidio [...] cuando ya las dinámicas de los síntomas han llevado a que esté muy mal y lo lleven” (FA-TS). En otros casos, la falta de oportunidad de una cita programada hace que las personas encuentran en estos servicios la mejor forma de tener acceso a la atención especializada antes de atentar contra su vida, pues “uno tiene que prácticamente estar en un estado severo de crisis con mucha sintomatología para que lo puedan atender, y hospitalizar” (LC-ONG).

Debido a que estos servicios se utilizan con el propósito de atender la sintomatología y los estados de crisis emocionales, se alejan del verdadero propósito de los servicios de salud mental que sería brindar un proceso duradero y efectivo que permita a las personas llevar una vida saludable: “la gente va muchas veces de la hospitalización a la recaída, no hay espacio como para la vida, es un girar en torno al síntoma” (FA-TS). Al final lo que se refleja es un aumento en la demanda de estos servicios, que se ven saturados con pacientes cada vez más crónicos, por tanto “se le vuelve recurrente ese servicio a los pacientes, entonces se maneja la crisis, pero va a volver muy pronto cuando tenga un riesgo de muerte o intento suicida” (OR-EPS). Aunque para los participantes esta situación es muy evidente, también consideran que el panorama no será diferente en tanto no se modifiquen aspectos como la oportunidad y la cantidad de encuentros con los profesionales, dado que “hay personas que nos dicen que tienen derecho por la EPS a una cita al psicólogo al año, ¡por Dios! ¿Qué es eso? [...], así las personas no se recuperan” (FL-Familias). Otro aspecto mencionado que le impide a las personas lograr recuperarse es la corta duración de la consulta, la cual limita la mejora de los cuadros clínicos, cuando “le dan a uno una cita una vez al mes con psicología y esta dura 15 minutos, no hay manera de que uno vea resultados eficaces” (LC-ONG). Así, el propósito de servicios como la psicoterapia resulta deficiente y, contrario a lo que se espera, el paciente no se recupera, sino que puede empeorar: “estamos dando una falsa expectativa de mejoría porque darle un antidepresivo a un paciente y verlo otra vez en un año está muy mal, así las personas no se recuperan” (JB-MSPS).

También, los servicios de salud mental se perciben desarticulados y sin un enfoque integral, algo que limita una recuperación inclusiva de cara a afrontar la vida, después de la crisis o de las consecuencias sociales que implica la enfermedad. La situación no mejora si “hay pobres procesos de psicoterapia, no hay estrategias de rehabilitación basada en la comunidad (...) no hay inclusión social, no hay una multisectorialidad” (FA-TS). Esta escenario afecta la percepción que las personas tienen sobre la ayuda que deben recibir, pues en muchos casos creen que se limita solamente a la medicación o

a la psicoterapia, lo que reproduce el autoestigma y el estigma social. Esto conllevaría a que “recibiendo el servicio de salud a través de la EPS, la persona se queda en una actitud pasiva, esperando a que sea el medicamento el que le maneje todo [...] la meta viene siendo que lo vea el especialista y no mejorar el bienestar” (LC-ONG).

### Satisfacción con los Servicios

Con las ya descritas limitaciones en la atención de los servicios de salud mental, la mayoría de los usuarios y sus familias sienten una gran insatisfacción con la calidad de la atención que ofrece el sistema de salud: “en el departamento hay grandes deficiencias frente a la calidad del servicio, no tiene calidad porque no se fija en otros aspectos de la persona” (FA-TS). Se habla, en general, de un sentimiento de frustración y agotamiento por no poder contar con un tratamiento eficiente y oportuno al que se tiene derecho: “la gente que viene a la fundación, normalmente todos están supremamente frustrados por el servicio de salud en Colombia” (LC-ONG); “cuando las personas empiezan a ver que no es suficiente que lo vea un especialista hay grandes niveles de insatisfacción, y empieza ese proceso tan tortuoso con la EPS” (FA-TS).

En algunos casos, la forma de atender del profesional influye en la percepción de la baja calidad, porque no se recibe el trato esperado y se genera decepción, en estos casos “la persona que llega al servicio está cansada no solo de su sentir, sino también de acudir espacios donde no se le ha escuchado y que ha tenido que soportar un acompañamiento a veces sin validez científica” (OR-EPS). También, se afirma que no existe una mejoría con el uso de los servicios cuando se acude por la EPS, por consecuente, “la percepción de los familiares es muy negativa, siempre se están quejando de que [...] no ven los resultados” (FL-Familias). Los participantes coinciden en que aquellos que logran mejorar su condición de salud cuentan con recursos económicos para acudir a la medicina prepagada o a los servicios privados, puesto que “a veces uno puede gestionar procesos más rápido, pero la gestión estaría mediada por la capacidad del paciente de buscar una ayuda privada” (OR-EPS). Mientras que aquellos sin recursos, siguen padeciendo la enfermedad con una gran carga: “las personas que no tienen los medios económicos para ir a psicología particular [...] se mantienen enfermos, viven tomando medicamento y hospitalizados” (LC-ONG).

### ¿Cómo afecta este panorama a la carga por depresión?

La carga de enfermedad por depresión ha venido en aumento en años recientes, situación que afecta la salud y la economía de quienes padecen la enfermedad, sus familias y la sociedad en general. Lo expresado por los entrevistados coincide con la literatura al afirmar que el aumento de la carga de enfermedad por depresión se relaciona con múltiples barreras de acceso a los servicios de salud, que resultan en una atención inoportuna y de baja calidad (11). Como resultado, pacientes con recaídas constantes, que deterioran su calidad de vida, con alto riesgo de suicidio y pérdidas económicas individuales y sociales (15).



De acuerdo a la opinión de quienes atienden pacientes con depresión, características del sistema de salud como el énfasis en la atención individualizada, el ahorro de costos en contratación de personal u otros servicios y los tiempos de atención, son las principales limitaciones para lograr la atención oportuna y mejorar la condición de salud de los pacientes. Estudios anteriores han expresado esta misma situación y han indicado que existe una falta de regulación y control hacia las EPS, quienes administran los recursos a favor de una ganancia económica (16) y pasan por alto los derechos establecidos en las políticas públicas de salud mental (17).

Ser mujer y joven se han identificado en la literatura científica como principales factores de riesgo para sufrir de depresión (6), lo que es consistente con los resultados de carga de enfermedad en el presente estudio. Por su parte, el análisis cualitativo visibiliza el estigma social, que afecta en mayor medida a hombres, quienes sienten vergüenza de buscar ayuda terapéutica o apoyo social y, por ello, se observan con menos frecuencia en los servicios de atención. Sin embargo, se requieren futuros análisis que puedan explicar la prevalencia de la depresión según el sexo.

Respecto a factores de contexto, poblaciones que habitan en el área rural y aquellas con bajos recursos económicos están más afectadas por la falta de atención debido a la centralización de los servicios en las zonas urbanas y la escasa oferta de servicios extramurales, lo que señala un desconocimiento de las barreras geográficas y sociales (18,19). Como consecuencia, estas poblaciones tienen menos oportunidad de recuperarse y mayor riesgo de fallecer de forma prematura debido a padecer este trastorno (9).

En cuanto a la percepción de satisfacción con el uso de los servicios de salud mental, los usuarios y familias consideran sentirse frustrados con la forma en la que funciona el sistema porque la atención que reciben no soluciona su necesidad. Un sentimiento que al final los lleva a abandonar sus tratamientos y buscar ayuda en servicios particulares, cuando se tiene la capacidad de pago. Esto impacta la garantía del acceso a los servicios de salud, según los requerimientos normativos de ser oportuno, equitativo, de calidad y sin obstáculos (11), ya que aquellos que no cuentan con los recursos adecuados siguen padeciendo la alta carga de esta enfermedad.

## Recomendaciones

Es necesario actuar y mejorar el panorama de carga de enfermedad por depresión en Colombia, para reducir las pérdidas de vida saludable y la alta carga económica que esto conlleva, por tanto, se recomienda:

### *Sobre los programas e intervenciones de prevención y promoción de la salud mental*

- El Gobierno Nacional, como instancia que define las prioridades y asigna los recursos, debe optar por aumentar el presupuesto de salud mental enfocado a los programas de prevención temprana más que a la hospitalización (20).
- El Ministerio de Salud y Protección Social como máxima autoridad del sector salud le corresponde divulgar a la sociedad la oferta de servicios de salud mental a los que tienen derecho a recibir por su EPS, cómo buscarlos y la regulación de los mismos.
- Las EPS y las entidades territoriales de salud deben incluir dentro de los servicios de salud mental ofrecidos, intervenciones a nivel colectivo con un concepto de salud mental positiva y dirigidos a prevención del suicidio y reducción del estigma (21).

### *Sobre la capacidad de los servicios*

- Las EPS y las IPS requieren aumentar su capacidad de respuesta a la alta demanda, considerando las siguientes opciones: aumentar el número de profesionales especializados en salud mental, garantizar capacitación en salud mental a todo el personal de atención primaria y adoptar formas de telemedicina (22,23).
- Los servicios de psicoterapia y psiquiatría ofrecidos por las EPS deben aumentar su tiempo y volumen de consulta con el fin de garantizar el trato digno y obtener resultados, tal como se menciona en la normatividad (24).

- La gestión territorial en salud debe procurar identificar e implementar un modelo de atención comunitario y priorizarlo por encima del modelo de atención enfocado en el riesgo porque este desconoce las particularidades territoriales y geográficas de las comunidades (19).

#### ***Sobre la necesidad de acuerdos intersectoriales***

- Sectores como educación, salud y trabajo deben articularse para ofrecer a la población, la formación sobre la salud mental, asesoría legal y oportunidades de inclusión con el fin de disminuir el estigma y la discriminación (25).
- Actores comunitarios, empresas, universidades y ONG pueden ayudar a las familias, cuidadores, escuelas y comunidades a fomentar el autocuidado, incrementar su capacidad de respuesta y resiliencia desde la promoción de su salud mental (18).
- Brindar protección social a los usuarios y sus familias que han tenido pérdidas económicas derivadas de las recaídas y crisis de salud asociadas a los síntomas de la enfermedad.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Notas descriptivas. 2021 [cited 2022 Feb 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Vergel Hernández J, Barrera Robledo ME. Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Rev Médica Risaralda*. 2021;27(1):85–91.
3. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Organización Mundial de la Salud, editor. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas. Washington D.C.; 2018. 1–50 p.
4. Ministerio de salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015. Tomo I. Bogotá; 2016. 1–350 p.
5. Sanabria-Mazo JP, Useche-Aldana B, Ochoa PP, Rojas-Gualdrón DF, Mateo-Canedo C, Carmona-Cervelló M, et al. Social inequities in the impact of COVID-19 lockdown measures on the mental health of a large sample of the Colombian population (PSY-COVID study) [Internet]. 2021. 0–3 p. Available from: <https://osf.io/bt9p2/>
6. Richards D, Sanabria AS. Point-prevalence of depression and associated risk factors. *J Psychol Interdiscip Appl*. 2014;148(3):305–26.
7. Malhi GS, Mann JJ. Seminar Depression. *Lancet*. 2018;392:2299–312.
8. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Acceso a servicios de salud en Colombia [Internet]. Bogotá, D.C; 2019. Available from: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11>. Acceso a servicios de salud en Colombia2.pdf
9. Bartels SM, Cardenas P, Uribe-Restrepo JM, Cubillos L, Torrey WC, Castro SM, et al. Barreras y facilitadores para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria en Colombia: Perspectivas de los proveedores, administradores de atención médica, pacientes y representantes de la comunidad. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;50(S 1):67–76.
10. Andersen R, Aday LA. Access to Medical Care in the U.S.: Realized and Potential. *Med Care* [Internet]. 1978;7(17):533–46. Available from: <http://www.jstor.org/stable/3763653>
11. Restrepo-zea JH, Silva-maya C, Andrade-rivas F, Vh-dover R. Acceso a servicios de salud : análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín , Colombia. *Gerenc y Políticas Salud*. 2014;13(27):242–65.
12. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete LM, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Publica*. 2010;12(5):701–12.
13. Ferrari A, Degenhardt L, Benjet C, Breitborde N. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 2014 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2022;(January):1–15. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
14. Arturo C, Álvarez M, Surcolombiana U. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Neiva: Universidad Surcolombiana; 2011. p. 1–215.
15. Pinto Masis D, Gómez-Restrepo C, Uribe Restrepo M, Miranda C, Pérez A, De la Espriella M, et al. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Artículos Orig*. 2010;39(3):465–80.
16. Tobón FM. La salud mental : una visión acerca de su atención integral. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2005;23:1–12.
17. Rojas-Bernal LÁ, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Ces Med*. 2018;32(2):129–40.
18. Rojas-Bernal LÁ, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Ces Med* [Internet]. 2018;32(2):129–40. Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4513>
19. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en 6 ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(2).
20. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental [Internet]. Ginebra; 2004. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health)
21. Ministro Salud Y Protección Social E DE. Política Nacional de Salud Mental Ministerio de Salud y Protección Social-Resolución 4886 de 2018 2 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.
22. Ahrens J, Kokota D, Mafuta C, Konyani M, Chasweka D, Mwale O, et al. Implementing an mhGAP-based training and supervision package to improve healthcare workers' competencies and access to mental health care in Malawi. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14(1):1–12.
23. Martínez P, Rojas G, Martínez V, Lara MA, Pérez JC. Internet-based interventions for the prevention and treatment of depression in people living in developing countries: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2018;234:193–200. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.079>
24. Congreso de Colombia. Ley de salud Mental y otras disposiciones. Ley 1616 de 2013 Colombia; p. 1–14.
25. Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia [Internet]. Estrategia Para La Promoción De La Salud Mental En Colombia. Bogotá D.C.; 2020. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/3992.pdf>

## 2.3 Estimación de la carga de enfermedad por conducta suicida en Colombia, 2018 a 2020

Jean Carlo Pineda-Lozano  
Liliana Hilarión-Gaitán  
Silvia Camila Galvis-Rodríguez  
Diana Díaz-Jimenez  
Karol Patricia Cotes-Cantillo  
Carlos Castañeda-Orjuela

**Palabras clave:** Suicidio, intento de suicidio, carga de enfermedad, epidemiología, salud pública.

### Abreviaturas

**AVISA:** Años de vida saludable  
**AVPD:** Años de Vida Perdidos por Discapacidad  
**AVPP:** Años de Vida Potencialmente Perdidos  
**CIE 10:** Clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición  
**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
**EAPB:** Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud  
**EEVV:** Estadísticas vitales del DANE  
**GBD:** Carga mundial de enfermedad (por sus siglas en inglés)  
**ONS:** Observatorio Nacional de Salud  
**RTE:** Razón de tasas estandarizadas  
**SIVIGILA:** Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

La conducta suicida es un importante problema en salud pública dada las implicaciones de su desenlace en mortalidad, discapacidad transitoria o permanente, y su conocida asociación con enfermedades mentales, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (1–3). Este es un espectro continuo que va desde la idea suicida en sí misma, el plan suicida, el intento y el suicidio consumado (4). Se calcula que a nivel global mueren al año cerca de 800.000 personas por esta causa y que por cada suicidio ocurren 20 o más intentos (5), lo que genera graves consecuencias para individuos, familias, comunidades y la sociedad en general.

A través de los estudios de carga de enfermedad, se logra cuantificar la pérdida de vida saludable de una población como una medida sintética que agrupa la morbilidad y la mortalidad causada por una enfermedad o condición de salud (6). Con el ánimo de dimensionar la pérdida de vida saludable ocasionada por la conducta suicida en Colombia y a partir de fuentes de información nacional, este análisis busca estimar la carga de enfermedad por suicidio y el intento de suicidio, componentes de la conducta suicida de los que se logra vigilar y llevar un registro y a los que en adelante se hará referencia como conducta suicida. Por lo anterior, el objetivo de este estudio es describir el comportamiento y estimar la carga de enfermedad por conducta suicida en Colombia entre 2018 y 2020 con un nivel de desagregación departamental.





Se trata así de un análisis descriptivo retrospectivo de estimación de carga de enfermedad en el que se utiliza la información de mortalidad de las estadísticas vitales (EEVV), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2018 a 2020 (7), de aquellas personas cuya causa de muerte está dada por lesiones autoinfligidas intencionalmente (códigos CIE-10 X60 a X84 y Y87.0). La población de los años seleccionados es la informada por las proyecciones poblacionales del DANE (8) y los casos de intento de suicidio son los reportados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) (9). El abordaje metodológico para la estimación de carga de enfermedad toma como referencia el estudio de carga global de enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) de 2019 (10).

## Comportamiento de la conducta suicida entre 2018 y 2020 en Colombia

El intento suicida es la conducta autolesiva con la intención de acabar con la propia vida, pero que no finaliza con la muerte (11,12), mientras que el suicidio es “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal” (4). En el periodo 2018 a 2020, se reportaron un total de 8.549 suicidios y 85.526 eventos de intento de suicidio en Colombia. Ahora bien, una misma persona puede tener varios intentos de suicidio en un mismo año. Como es tendencia a nivel global, los intentos de suicidio en Colombia son más prevalentes en mujeres (62,7% del total del periodo), mientras que los suicidios consumados son más frecuentes en hombres (80,9% del total). Esta tendencia se explica principalmente por los métodos empleados, ya que los hombres suelen usar métodos más letales (13).

Como muestra la tabla 1, el grupo de edad donde más se concentraron los suicidios y los eventos de intentos de suicidio fue entre las edades de 15 y 24 años, que representan el 26,8% de las muertes y el 47,6% de los casos. El grueso de los registros está en las cabeceras municipales (80,7% en intentos de suicidio y 74,3% en suicidio), pero también hay un significativo número de intentos de suicidio y muertes por suicidio en zonas rurales dispersas (12,1% y 18,1%, respectivamente). De igual forma, hay un alto reporte en población indígena, negra, mulata y palenquera.

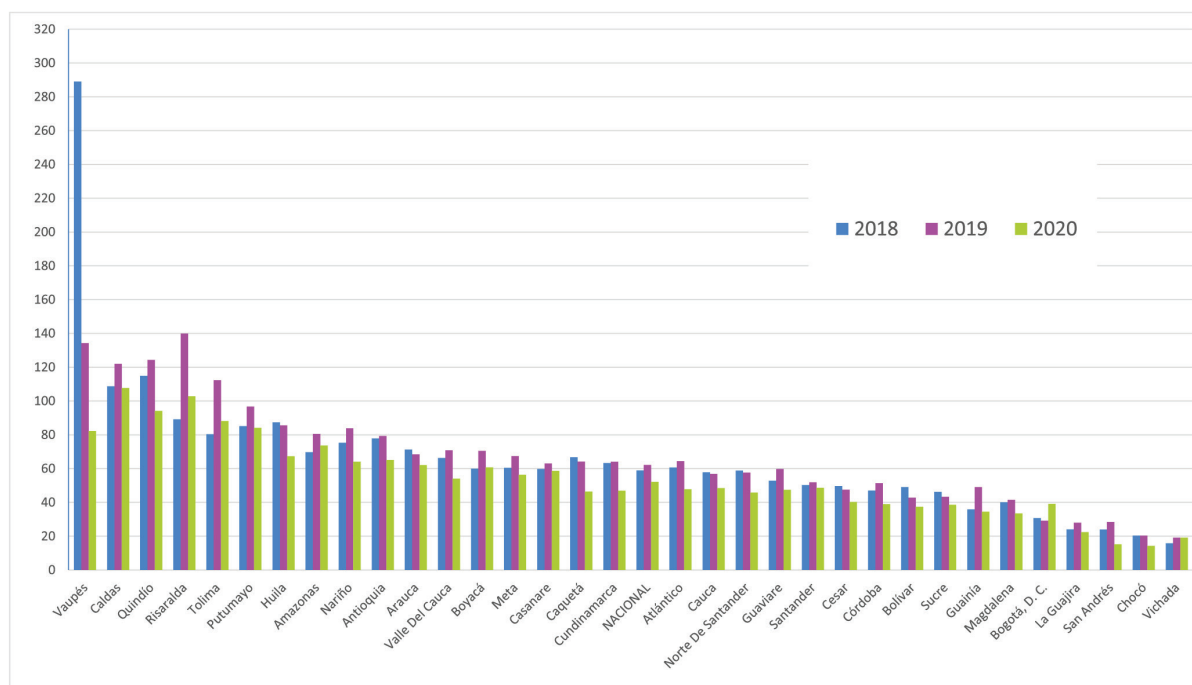
A nivel nacional, la tasa de incidencia de intento suicida ajustada por edad, usando el método directo, fue de 58,8 intentos de suicidio por cada 100.000 habitantes, en 2018, el registro más alto se presentó en Vaupés, Quindío y Caldas. En 2019, la tasa de incidencia nacional fue de 62,1. Los departamentos de Risaralda, Vaupés y Quindío tuvieron las tasas ajustadas más altas. Para 2020, año en que inició la emergencia sanitaria por el COVID-19 en Colombia, la tasa ajustada de incidencia a nivel nacional fue de 52,1 por cada 100.000 habitantes, levemente inferior a los dos años anteriores. A nivel departamental, en 2020 las tasas más altas correspondieron a Caldas, Risaralda y Quindío, departamentos que siempre reportaron las mayores tasas durante el periodo de análisis (Gráfico 1).

Tabla 1 Variables sociodemográficas del suicidio y eventos de intento de suicidio en 2018, 2019 y 2020

	Suicidio				Intento de suicidio			
	2018	2019	2020	Total periodo	2018	2019	2020	Total periodo
<b>Sexo</b>								
Femenino	515	588	533	1.636	18.150	19.320	16.120	53.590
Masculino	2.356	2.342	2.215	6.913	10.465	11.389	10.082	31.936
<b>Grupo de edad</b>								
5-9	1	4	7	12	164	251	180	595
10-14	114	131	120	365	3.800	3.996	2.638	10.434
15-19	349	368	333	1.050	8.372	8.727	7.217	24.316
20-24	417	417	411	1.245	5.318	5.825	5.269	16.412
25-29	317	340	306	963	3.555	3.735	3.462	10.752
30-34	273	258	232	763	2.279	2.467	2.269	7.015
35-39	246	223	217	686	1.656	1.764	1.552	4.972
40-44	170	217	174	561	1.059	1.203	1.097	3.359
45-49	193	183	153	529	782	921	724	2.427
50-54	171	191	158	520	573	619	581	1.773
55-59	171	165	171	507	401	435	410	1.246
60-64	137	148	121	406	261	293	307	861
65-69	115	108	128	351	161	177	213	551
70-74	78	71	90	239	103	127	127	357
75-79	60	52	63	175	51	80	78	209
>80	59	54	64	177	80	89	78	247
<b>Zona de residencia</b>								
Cabecera municipal	2.115	2.188	2.046	6.349	23.045	24.762	21.235	69.042
Centro poblado	156	154	144	454	1.990	2.304	1.866	6.160
Rural disperso	539	517	492	1.548	3.580	3.643	3.101	10.324
Sin información	51	24	25	100				
NA	10	47	41	98				
<b>Pertenencia étnica</b>								
Sin pertenencia étnica	2.762	2.816	2.611	8.189	26.860	29.017	24.866	80.743
Indígena	73	85	98	256	597	633	541	1.771
Negro, mulato, afro	31	28	37	96	1.003	939	699	2.641
Raizal	2	1	1	4	49	46	40	135
ROM			1	1	106	74	56	236
NA	3			3				

Fuente: EEVV DANE y SIVIGILA, análisis equipo ONS

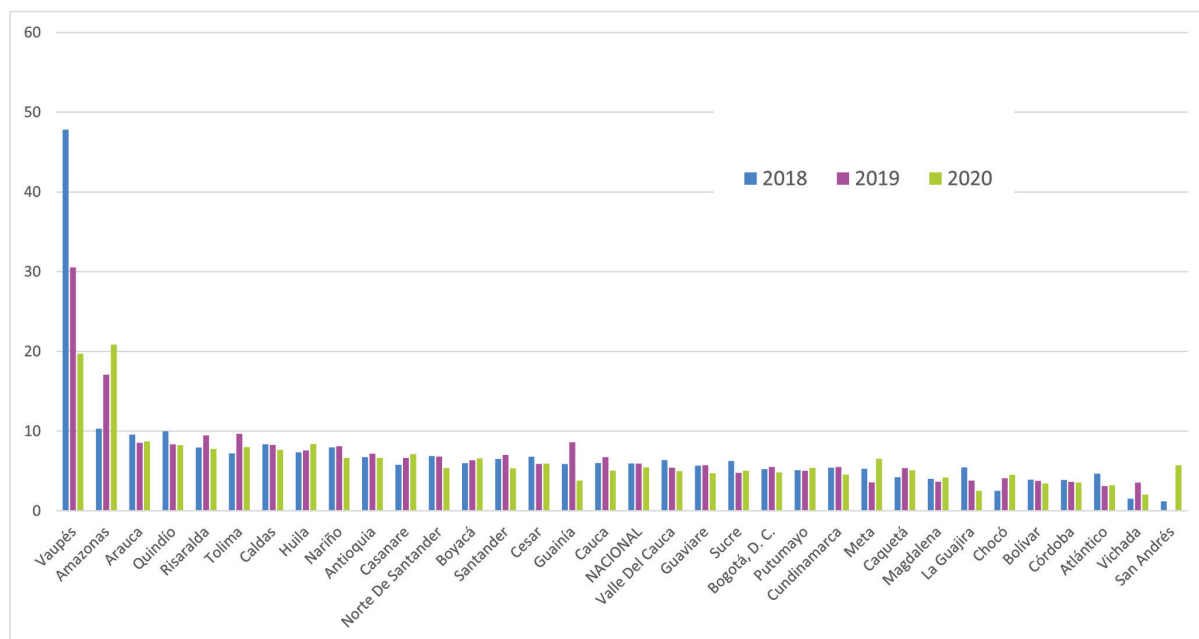
Gráfico 1. Tasa ajustada de incidencia departamental, intento de suicidio por 100.000 habitantes 2018 a 2020



Fuente: Sivigila, análisis equipo ONS

En cuanto a la tasa ajustada de mortalidad a nivel nacional, se mantuvo constante durante los tres años (entre 5,43 y 5,96 muertes por cada 100.000 habitantes). A nivel departamental, las tasas de mortalidad más altas las tuvieron Vaupés y Amazonas (Gráfico 2), sobre todo en Vaupés para 2018 y 2019. Es llamativo que, en tasas de incidencia por intentos de suicidio, Amazonas no estaba entre las más altas, pero de forma progresiva, la mortalidad por suicidio se ha incrementado en el departamento durante estos tres años, hasta llegar a ser la más alta de todos los departamentos en 2020.

Gráfico 2 Tasa ajustada de mortalidad departamental, suicidio por 100.000 habitantes 2018 a 2020



Fuente: DANE, análisis equipo ONS

## Estimación de la carga de enfermedad por conducta suicida entre 2018 y 2020

Los AVISA son el producto de la suma de años de vida perdidos por discapacidad (AVPD) y los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por muerte prematura. De acuerdo con los resultados del GBD 2019 (10), las autolesiones ocupan el puesto 22 como causa de años de vida saludables (AVISA) perdidos a nivel mundial en todas las edades y son la segunda causa en el grupo de edad de 10 a 24 años, superado solo por los accidentes de tránsito. En Colombia, según los resultados del mismo estudio, el grupo de violencia y autolesiones son la tercera causa de AVISA perdidos en todas las edades y en el grupo de 15 a 49 años se considera la principal causa de AVISA perdidos (10).

Este análisis estima 439.561 AVISA perdidos en Colombia entre 2018 y 2020, 147.336 en 2018, 151.842 en 2019 y 140.383 en 2020 (tabla 2). La mayor parte de la pérdida de vida saludable es atribuible a los AVPP, ya que representaron el 99,5% del total de AVISA en 2018 y 2019 y el 99,6% en 2020. Esto se puede explicar porque el suicidio se concentra en personas jóvenes, perdiendo más años de vida, y que la discapacidad adquirida calculada por intentos de suicidio es relativamente baja.

El gráfico 3 muestra la distribución de AVISA por sexo y grupo de edad, donde se destacan tres hallazgos: en primer lugar, la pérdida de vida saludable se concentra en hombres, dado que son quienes cometen más suicidios y, como ya se mencionó, la carga de enfermedad es más alta por los AVPP. En segundo lugar, el grupo de edad de 15 a 29 años concentra más pérdida de años de vida saludable, pues son quienes más intentan suicidarse y más consuman el acto. Y, en tercer lugar, llama la atención la carga de enfermedad que generan los suicidios e intentos de suicidio en el grupo de 5 a 14 años, aunque proporcionalmente no es la más alta, son una alarma de la profunda alteración en la salud mental de las personas jóvenes.

Los resultados a nivel departamental se detallan en la tabla 2, donde se evidencia que la pérdida de AVISA se concentra en Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca y Cundinamarca, algunos de los departamentos más poblados del país. Así mismo, se observa una reducción en los AVISA y sus tasas en el 2020, coincidente con el inicio de la emergencia sanitaria por COVID-19. Esto podría estar relacionado con las medidas de confinamiento o aislamiento social implementadas por el Gobierno, que implicaron el aumento de los espacios compartidos por miembros del hogar y familiares, lo cual dificultaba que se consumaran los suicidios, la limitación en el acceso a los servicios de salud debido a la destinación de recursos en la atención de la emergencia, e incluso el volcamiento del sistema de vigilancia epidemiológica a la emergencia sanitaria, lo que pudo inducir a un subregistro de la información, especialmente para casos de intento de suicidio.

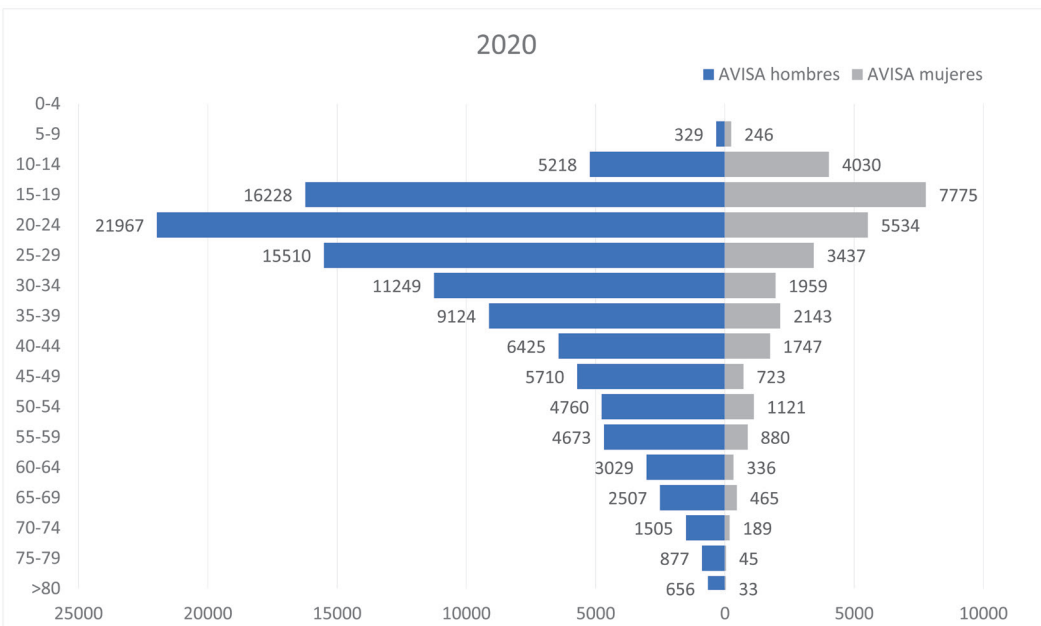
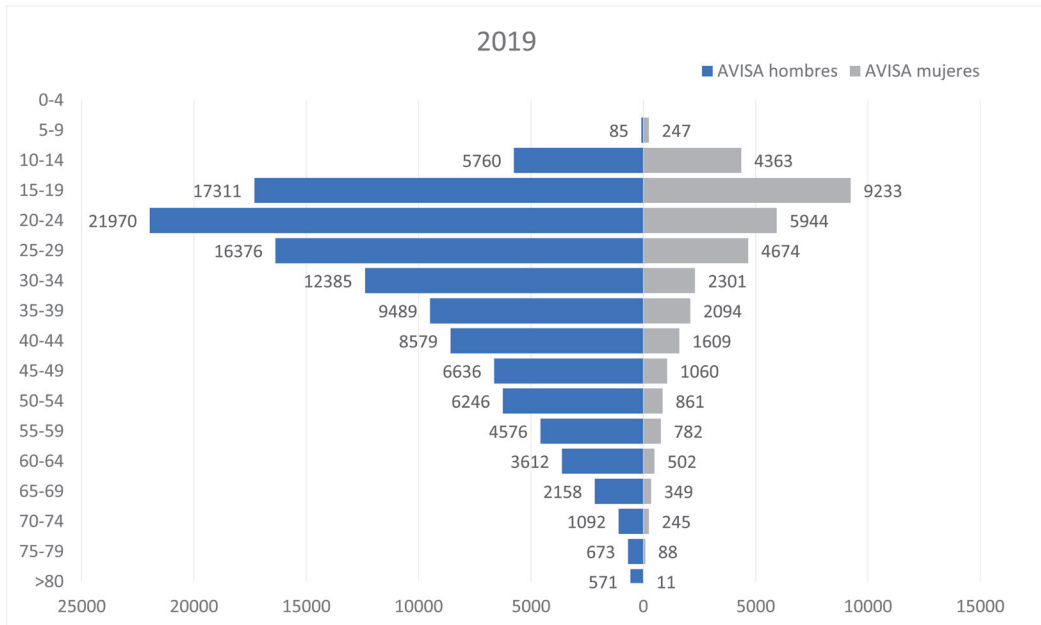
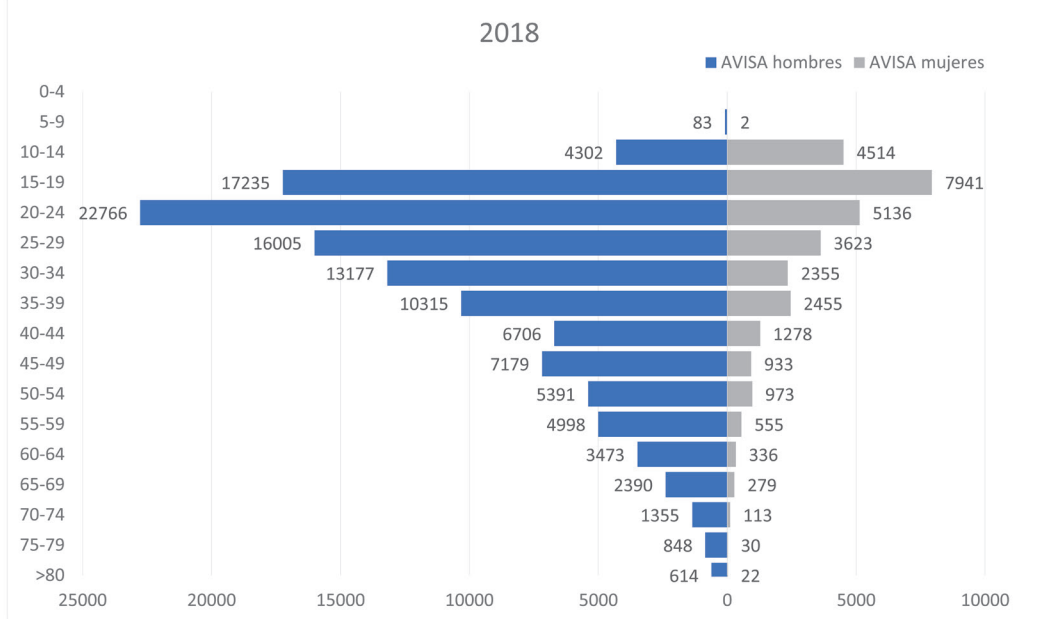
En contraposición a estos hallazgos, algunos estudios han hecho referencia al incremento de suicidios y consultas relacionadas con la conducta suicida durante la pandemia en países de bajos, medianos y altos ingresos (14,15), por lo que valdría la pena indagar en profundidad para establecer las causas de estas diferencias, las cuales pueden estar ligadas a la capacidad del sistema de vigilancia colombiano, como se mencionó en el párrafo anterior.

Tabla 2 AVISA totales y tasa de AVISA perdidos por cada 100.000 habitantes por departamento, periodo 2018 a 2020

Departamento	AVISA 2018	Tasa AVISA 2018	AVISA 2019	Tasa AVISA 2019	AVISA 2020	Tasa AVISA 2020
Vaupés	1.027,55	2.518,68	483,06	1.130,74	763,46	1.707,51
Amazonas	490,13	639,95	768,80	988,77	1.129,07	1.428,84
Arauca	1.276,99	487,08	1.407,48	502,48	1.400,91	476,17
Huila	4.125,94	374,95	4.086,39	367,53	4.885,45	435,18
Quindío	2.756,18	510,50	2.470,44	450,93	2.400,05	432,13
Tolima	4.762,81	358,06	6.723,18	503,49	5.445,81	406,40
Risaralda	3.906,28	414,06	4.808,44	504,82	3.879,11	403,63
Caldas	4.367,36	437,50	4.140,55	410,63	3.987,73	391,55
Nariño	7.243,83	444,25	7.341,11	450,66	6.161,77	378,58
Casanare	1.222,70	290,77	1.639,40	382,53	1.604,15	368,60
Antioquia	22.887,67	357,22	25.050,17	382,43	23.576,47	353,05
Meta	2.651,71	255,04	1.756,68	166,97	3.685,05	346,52
Boyacá	3.661,22	300,75	4.125,89	335,19	4.231,39	340,49
Putumayo	1.042,62	299,45	1.210,77	342,26	1.163,83	324,07
Caquetá	960,05	238,91	1.190,39	293,10	1.205,89	293,75
Cesar	3.402,68	283,42	2.993,41	239,01	3.761,44	290,37
Cauca	5.396,58	368,50	5.734,49	387,88	4.200,43	281,54
Chocó	804,43	150,41	1.379,02	255,41	1.450,96	266,35
San Andrés	32,72	53,40	0,38	0,61	168,92	265,22
Santander	7.293,69	333,83	8.097,92	361,90	6.036,66	264,66
Norte de Santander	4.838,25	324,35	5.172,78	330,45	4.129,09	254,83
Guainía	95,13	197,71	242,23	489,63	128,69	254,15
Bogotá, D. C.	20.518,13	276,80	22.638,94	298,16	19.279,87	248,97
Valle del Cauca	14.506,05	324,09	12.074,95	267,93	11.117,38	245,30
Cundinamarca	8.370,21	286,74	9.111,13	295,29	7.318,62	225,67
Sucre	2.476,34	273,67	2.058,84	221,62	2.098,70	221,09
Magdalena	2.356,28	175,61	2.253,75	162,28	3.099,50	217,20
Guaviare	161,99	195,72	255,96	302,14	180,17	207,91
Córdoba	3.493,88	195,76	3.364,07	186,02	3.139,62	171,66
Bolívar	3.579,59	172,92	3.732,40	175,19	3.632,84	166,57
Atlántico	5.555,24	219,10	3.676,68	139,37	4.112,75	151,09
La Guajira	1.933,23	219,55	1.615,14	174,14	908,02	94,03
Vichada	138,63	128,59	237,29	214,55	99,33	87,94
<b>Total</b>	<b>147.336,06</b>	<b>305,31</b>	<b>151.842,14</b>	<b>307,40</b>	<b>140.383,13</b>	<b>278,69</b>

Fuente: elaboración equipo ONS

Gráfico 3. Carga de enfermedad de conducta suicida por sexo y edad en Colombia 2018 a 2020

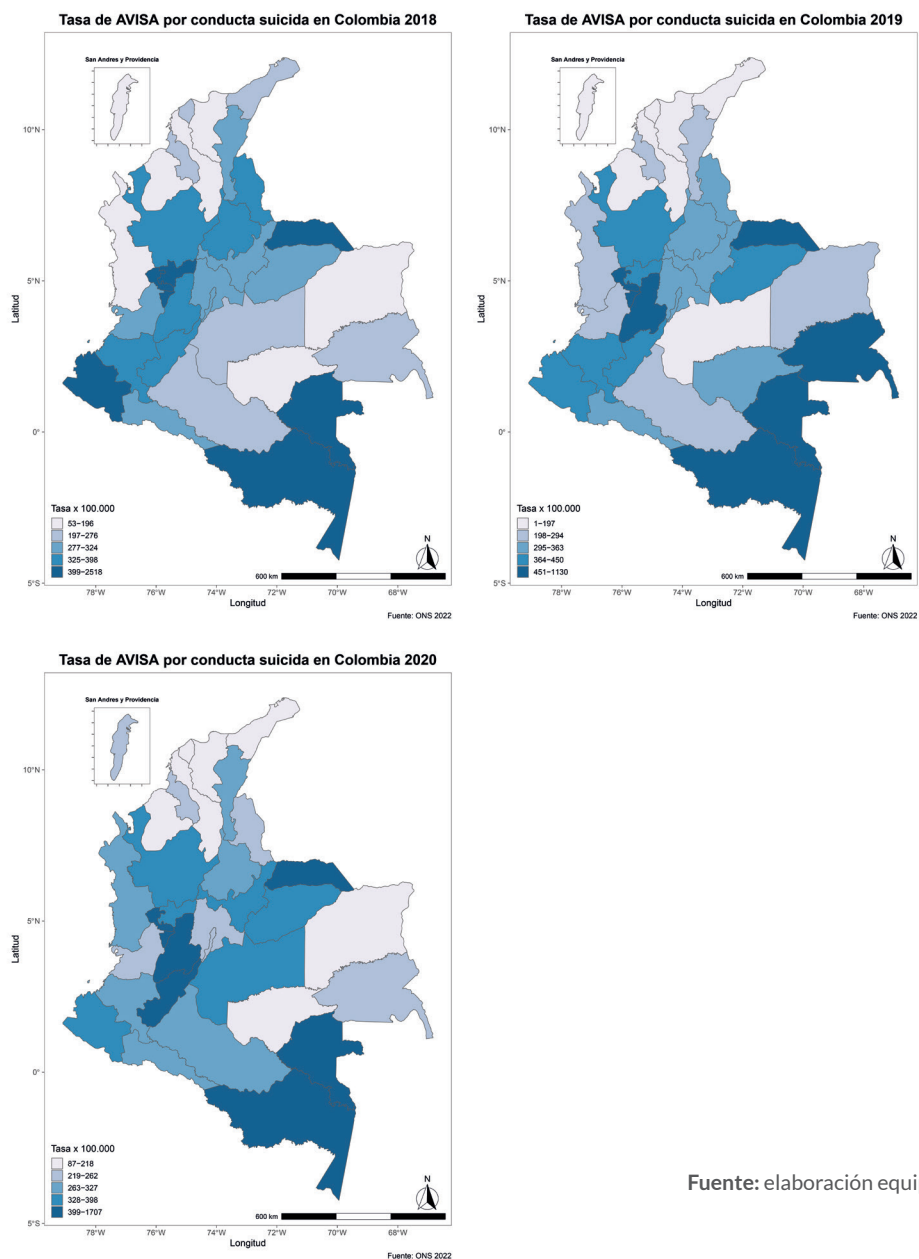


Fuente: elaboración equipo ONS

En concordancia con las tasas ajustadas de mortalidad, los departamentos con la tasa de AVISA por 100.000 habitantes más alta son Vaupés y Amazonas, con una tasa anual promedio de AVISA de 1.785,64 y 1.019,18 en el periodo, respectivamente. Los resultados de estos departamentos son muy superiores a los de los demás, ya que el siguiente departamento con la tasa anual promedio de AVISA más alta es Arauca, con 488,57 AVISA por cada 100.000 habitantes, es decir una razón de tasas estandarizadas (RTE) de 3,65 con respecto a Vaupés y 2,08 en relación con el Amazonas. Esto significa que por cada AVISA perdido en Arauca se perdieron el triple en Vaupés y el doble en Amazonas, durante los tres años analizados.

De igual forma, las regiones Amazonía, Andina y Pacífica son las que concentran la mayor carga de enfermedad durante los tres años (Gráfico 4). En el quintil más alto, (de las tasas de AVISA por 100 mil) durante los años incluidos en la estimación, permanecen Amazonas, Vaupés, Arauca, Quindío y Risaralda, lo que quiere decir que, a nivel poblacional, estos cinco departamentos tienen la mayor pérdida de vida saludable debido a la conducta suicida y esta tendencia se mantiene en el tiempo.

Gráfico 4. Mapas departamentales de tasas de AVISA por 100.000 habitantes por quintiles en Colombia 2018 a 2020



Fuente: elaboración equipo ONS



## Comparación con las estimaciones realizadas por el GBD 2019

El estudio más reciente de carga global de enfermedad, publicado en 2019, reporta 293,85 (IC 95% 223,5 – 375,72) AVISA perdidos por cada 100.000 habitantes en Colombia, por autolesiones en 2019 y en 2018 la tasa reportada fue de 299,36 (IC 95% 234,94 – 370,65) (10). Este resultado es cercano al reportado en este análisis, pues se encuentra dentro de los intervalos de confianza dados por el GBD. El valor agregado del presente análisis corresponde a la desagregación departamental que alcanza, además del uso de fuentes locales de información con datos representativos de la población total. Para el 2020 aún no hay estimaciones publicadas por el GBD, por lo que no es posible realizar comparaciones entre los resultados.

## Reflexiones finales en torno a los hallazgos

Aunque las estimaciones con los datos oficiales muestran una disminución de AVISA perdidos para 2020, estos resultados deben contrastarse con otros análisis que den cuenta de la afectación en materia de salud mental por la pandemia y permitan establecer los efectos en los años posteriores en el comportamiento de la conducta suicida en el país. Algunos estudios muestran como por la pandemia de COVID-19 se vio afectado el comportamiento de la conducta suicida, al aumentar la consulta por ideas e intentos suicidas (14). Asimismo, varios estudios más concuerdan en que esta exacerbó algunos factores de riesgo como el aumento de la enfermedad mental, el aislamiento social, desempleo, consumo de alcohol, violencia doméstica, entre otros (16). Es necesario hacer análisis adicionales para corroborar la hipótesis del aumento de suicidios e intentos de suicidios durante la emergencia sanitaria y el papel del subreporte del evento por cuenta de las medidas de intervención de la pandemia.

Este análisis permite dimensionar la pérdida de vida saludable que genera la conducta suicida en Colombia, particularmente los AVISA perdidos por intentos de suicidio y suicidios consumados, pero debe considerarse que se deja por fuera componentes como la idea y el plan suicida, que, aunque son difíciles de registrar, vigilar y medir, claramente son problemas relacionados con la salud mental y pueden afectar a una extensa parte de la población colombiana. Se evidencia una carga diferencial de la enfermedad por factores como el sexo, la edad y el departamento de residencia donde hay una más débil presencia del Estado y acceso a los servicios de salud mental (17,18).

Si bien la carga de enfermedad se concentra en hombres, las mujeres, especialmente aquellas jóvenes y en etapa productiva, son quienes más intentos de suicidio cometen y, aunque en su mayoría no son letales, acarrear consecuencias directas sobre su vida, salud física y mental, así como de sus familiares y la sociedad en general. Además, resalta la carga de enfermedad que generan los suicidios e intentos de suicidio en niños, niñas y adolescentes, lo que se traduce en una alarma para la sociedad sobre la necesidad de abordar las causas que determinan el hecho de intentar suicidarse o consumir el suicidio desde temprana edad, lo cual ocasiona pérdidas humanas con implicaciones sociales profundas.

## Recomendaciones

La carga de enfermedad y las cifras poblacionales presentadas dejan ver la necesidad de fortalecer las políticas públicas en materia de salud mental y prevención del intento de suicidio con enfoque diferencial e intersectorial de género, territorial, de curso de vida y de etnia.

Dado que el reporte de intentos de suicidio es menor en Amazonas que en muchos otros departamentos con tasas de suicidio más bajas, se recomienda investigar las causas de esta particularidad y si es el caso, fortalecer e intensificar la vigilancia del intento de suicidio en este departamento.

Las mayores tasas poblacionales en algunos departamentos dan cuenta de una afectación diferenciada, especialmente en Amazonas, Vaupés, Arauca, Quindío y Risaralda. A la luz de estos resultados, se recomienda profundizar en investigaciones que permitan encontrar las causas y plantear hipótesis frente a esta afectación diferencial, implementando enfoques teóricos diversos que trasciendan la cuantificación de la morbimortalidad.

Es importante, además, implementar las siguientes estrategias, divulgar de manera amplia, dirigida a la ciudadanía y con parámetros estrictos de responsabilidad:

- Información relacionada con la prevención de la conducta suicida.
- Identificación de factores de riesgo.
- Estrategias ante un riesgo inminente de autolesión o suicidio.
- Restricción del acceso a los medios más frecuentemente utilizados (plaguicidas, medicamentos y armas de fuego).
- Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, dolores crónicos y trastorno emocional agudo.
- Información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios disponibles a nivel territorial.

Finalmente, se recomienda intensificar la gestión de riesgo en los grupos etarios más vulnerables por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios de salud (EAPB) del sistema general de seguridad social en salud y priorizar las campañas de promoción, prevención y atención en salud mental a niños, niñas y adolescentes.

## Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Boletín de salud mental: Conducta suicida [Internet]. 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575–86.
3. Canner JK, Giuliano K, Selvarajah S, Hammond ER, Schneider EB. Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006–2013. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(1):94–102.
4. Piedrahita S LE, Paz KM, Romero AM. Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2012;17(2):136–48. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772012000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772012000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
5. World Health Organization. Prevención del suicidio: Un imperativo global [Internet]. 2014. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. ALVIS N, VALENZUELA MT. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Rev Med Chil*. 2010;138.
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Estadísticas Vitales [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 6]. Available from: [http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/MICRODATOS/about\\_collection/22/5](http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/MICRODATOS/about_collection/22/5)
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Proyecciones de Población 2018–2023.
9. Búsqueda de microdatos Sivigila [Internet]. Sivigila. 2022 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <http://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/Buscador.aspx#>
10. Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abdelalim A, Abdollahi M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204–22.
11. Liang S, Yan J, Zhang T, Zhu C, Situ M, Du N, et al. Differences between non-suicidal self injury and suicide attempt in Chinese adolescents. *Asian J Psychiatr*. 2014;8(1):76–83.
12. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(S 1):68–75.
13. Cañon S, Carmona J. Revisión Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revisión*. 2018;diciembre.
14. Jerónimo MÁ, Piñar S, Samos P, González AM, Bellsolà M, Sabaté A, et al. Suicidal attempt and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic compared to previous years. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2021;
15. Shoib S, Gaitán J, Shuja K, Aqeel M, de Filippis R, Abbas J, et al. Suicidal behavior sociocultural factors in developing countries during COVID-19. *L'Encéphale* [Internet]. 2022;48(January):78–82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8457957/pdf/main.pdf>
16. Nascimento AB, Maia JLF. Comportamento suicida na pandemia por COVID-19: Panorama geral. *Res Soc Dev*. 2021;10(5):e59410515923.
17. Observatorio Nacional de Salud. Acceso a servicios de salud en Colombia. Bogotá, Colombia; 2019.
18. García J. La salud en Colombia: Más cobertura pero menos acceso [Internet]. Vol. 12. 2014. p. 1–34. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>

## 2.4 Prevención del suicidio en hombres: reflexiones desde la salud pública y la estrategia los Escuchaderos de Medellín

Andrea García-Salazar  
Karol Cotes- Cantillo

**Palabras clave:** salud mental, salud pública, suicidio, conducta suicida, género, masculinidades.

### Abreviaturas

**DANE:** Departamento Nacional de Estadística

**EAPB:** Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud

**INMLCF:** Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública



**Los testimonios de muchos pacientes:** uno se queja de sentir su cerebro literalmente quebrado, otro habla del suyo como una esponja sangrante, un órgano en carne viva que le duele físicamente (...). Una estudiante cuenta que en cada una de sus crisis una voz le repite que es un ser fracasado y la insta al suicidio (...) En suma: dolor, dolor, dolor.

**Piedad Bonnett, Lo que no tiene nombre.**

El suicidio es un fenómeno que tiene causas multifactoriales y complejas (1), vinculadas al sufrimiento (2) y el dolor psicológico (3), que deben considerarse para la construcción de estrategias preventivas. A nivel global, se ha establecido que el suicidio se concentra en hombres (2,4,5), suele ocurrir en personas pertenecientes a clases socioeconómicas bajas (1,6), en tratamiento psiquiátrico (1,7) y puede influir el abuso de sustancias psicoactivas (2,7,8). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado como algunas de sus causas las enfermedades mentales, enfermedades crónicas, adicciones, violencia, invisibilidad de la vulnerabilidad masculina, el sentimiento de pérdida y el maltrato infantil (8). Desde las políticas de salud pública, se realizan esfuerzos para su prevención; la estrategia de prevención de la conducta suicida del 2021 (3) es la acción focalizada más reciente en el país, junto con otras iniciativas nacionales y regionales que buscan disminuir las cifras de mortalidad por suicidio. El objetivo del presente análisis es explorar cómo se integra el enfoque de género en las acciones de prevención del suicidio en el país.

La motivación de este estudio surge por la alta carga de mortalidad por suicidio en hombres, evidenciada, por ejemplo, en el boletín de conducta suicida de 2017 donde las tasas de mortalidad por este fenómeno son de tres a cuatro veces más altas en ellos (9). Asimismo, las cifras del Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) que



para 2019 reportó que la mortalidad por suicidio se concentró en hombres entre los 15 y 44 años (10), asunto similar se presenta en el análisis realizado en el año 2019 por el Observatorio Nacional de Salud (ONS), donde se establece un mayor riesgo de suicidio en hombres en área rural y urbana (11). En el presente trabajo, se hace uso de metodología cualitativa, se realizaron entrevistas a expertos en salud mental en el país, personal del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), de la secretaría de salud del municipio de Medellín con conocimiento y experiencia en el tema, y se seleccionó la estrategia de atención en salud mental de los Escuchaderos, localizada en la ciudad de Medellín, como estudio de caso (12).

## En la prevención del suicidio todos los esfuerzos cuentan

Dada la relevancia del suicidio como evento de interés en salud pública, en el país, desde 2016, se inició con la correspondiente vigilancia epidemiológica del intento de suicidio. De igual manera, la Encuesta Nacional de Salud Mental (13) del 2015 estableció factores de riesgo de la conducta suicida a nivel poblacional al incluir la ideación suicida e intento de suicidio. También, se reconoce como evento de interés al integrarlo en los últimos planes decenales de salud y en la política nacional de salud mental, en el Conpes 3992 (14), así como en estrategias de intervención enfocadas en su prevención, en las cuales se hace presente la importancia de incluir los enfoques diferenciales tanto en el discurso como en las acciones de política pública.

El género es considerado un elemento de interés en el discurso de la política pública, por tal motivo suele mencionarse como un componente transversal en el marco de las políticas en salud pública. Aunque su enunciación enfatiza su carácter definitorio de los desenlaces en salud, se encuentra que se sigue haciendo referencia a población y personas de manera genérica, sin atender a las diferencias que nacen de la biología, y del género. En lo que respecta al suicidio, el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 (PDSP), lo ubica como prioridad en la dimensión de convivencia social y salud mental, (15), mientras que el El PDSP 2021- 2031, parte de un enfoque de los sujetos de derecho y lo ubica en los trastornos por consumo de alcohol (16). En 2018, se estableció la Política Nacional de Salud Mental (17), que señala esquemas de intervención relacionados con el género y el territorio, pero a pesar de encontrar que los hombres son el grupo más afectado por el suicidio, no lo establece como población en riesgo. En septiembre de 2021, se emitió la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida, centrada en un enfoque de desarrollo humano basado en derechos que sitúa al género en el esquema de elementos diferenciales y reconoce que este *“repercute en los comportamientos, las experiencias y los resultados en salud”* de las personas. De este marco, surgen las estrategias selectivas que replican los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud, lo que da un tono más delimitado a las acciones de prevención (3) desdibujadas en la práctica de los servicios de salud.

El suicidio es un marcador de la situación de salud mental de un grupo poblacional. En palabras de una funcionaria del MSPS, *“es la gran punta del iceberg que te permite rastrear qué está ocurriendo en las personas, en sus familias o en las comunidades”*. Sin embargo, este no es únicamente un problema de salud mental, sino que se considera un evento de interés en salud pública debido a su trascendencia para la vida individual y colectiva. Es por esto que su respuesta debe surgir de todos los sectores, así lo plantea una funcionaria del MSPS: este evento *“exige un trabajo articulado de múltiples sectores en el marco que se tienen determinantes multicausales”*. Esto no descarta el liderazgo del sector salud, sino que encuadra el evento en un espacio intersectorial de acción que es necesario señalar.

La consideración de los factores multicausales en la ocurrencia del suicidio exige integrar el enfoque de género en las políticas públicas de prevención y atención desde su construcción, ejecución y hasta ser evaluadas. En algunos análisis sobre la brecha de su ocurrencia entre sexos, la explicación suele concentrarse en el uso de mecanismos más letales por parte de los hombres, pero esta explicación es limitada – en palabras de un experto - porque *“simplifica la conducta suicida en los hombres”*. Por tal motivo, es necesario ir a la raíz de la cuestión y uno de los primeros lugares analíticos debe ser las implicaciones para la salud de los roles atribuidos al género.

En el trabajo realizado, se encuentra un interés creciente en las causas relacionadas con la construcción social del género, como son la falta de estrategias de afrontamiento, la falta de redes de apoyo y los factores culturales que establecen patrones de conducta vinculados con la masculinidad. Lo anterior es manifestado por una experta en salud mental de la siguiente manera: “[le] hemos enseñado a los hombres que no puedan manifestar, expresar, sentir, llorar, pedir ayuda, entonces un hombre [se] aísla, [se] traga todas esas emociones que sienten”. A esto se suma el estigma en la búsqueda de servicios de salud mental, que es general a toda la población, pero que puede afectar en mayor medida a los hombres (18). Si bien existe claridad sobre la necesidad de ir más allá de los mecanismos letales, y el peso de la masculinidad sobre la salud mental de los hombres, la implementación del enfoque de género en las intervenciones puntuales no parece ser tan clara por parte del personal de salud que presta servicios de atención psicológica, esto a pesar de que el enfoque de género posibilitaría intervenir las causas profundas de la carga de mortalidad de este evento en los hombres.

Otro punto relacionado con el enfoque de género es comprender cómo los roles de género influyen en la construcción de redes de apoyo, las cuales, como lo plantea la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida, son un punto de interés, en tanto las relaciones influyen en el riesgo de conducta suicida (3). Es así como al realizar una lectura de este componente desde el enfoque de género es posible observar que las mujeres suelen construir mejores redes de apoyo. En palabras de un experto, “la manera que tienen los grupos de mujeres de protegerse entre sí es mucho más adecuada; por ejemplo, tiene un mejor pronóstico un hombre que intenta suicidarse y aún no lo consigue y tiene amigas mujeres, a un hombre que intenta suicidarse y no lo consigue y tiene amigos exclusivamente hombres”. Este no es un fenómeno natural, sino que obedece a la propia construcción del rol de lo femenino, que parece permitirle a la mujer espacios más abiertos de diálogo y escucha, lo cual, según una profesional en salud, responde al machismo “porque nos dice que si un hombre se queja ya lo estigmatizamos como que es una mujer o un bueno para nada (...) por eso, es tan importante conversar y enseñarles a los niños la importancia de la comunicación”.

### Los Escuchaderos: el diálogo constante entre la práctica y el aprendizaje

La autonomía en las acciones territoriales para la consecución de las metas del PDSP 2012- 2021 ha sido el punto de partida para las estrategias gestadas en consonancia con las necesidades y recursos de los territorios. Este es el caso de los *Escuchaderos*, una estrategia multipropósito enfocada en atender la salud mental de manera individual y prevenir la conducta suicida. Esta se distribuye en 77 puntos de atención gratuita emplazados en diferentes sectores de la ciudad, convirtiéndose en una estrategia cercana a la comunidad que funciona de manera continua hace dos años en Medellín, a partir de una asociación con el sector público y privado. En estos espacios, se realizan acciones de promoción en salud mental, jornadas educativas en el tema, así como atenciones psicológicas individuales y familiares.

Los *Escuchaderos* establecen un vínculo cercano con la población al fijar un punto de atención continuo en el territorio. Allí se realizan un máximo de cinco intervenciones individuales, que oscilan entre 30 minutos y dos horas, que en el caso de requerir ampliar el acompañamiento son remitidas a otro programa o se activa la ruta de atención con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB). Debido a que en sus acciones se prioriza la prevención de la conducta suicida, el personal de salud está capacitado para atender las crisis de las personas que allí acuden y puedan contemplar el suicidio.

En estos espacios, se abordan las necesidades en salud mental que pueden verse no atendidas debido a las barreras de acceso a servicios de salud mental. Una de las barreras es el costo, tanto del pago del servicio, como del transporte y las pérdidas de ingresos económicos por la interrupción del trabajo. Dicha estrategia, al ser gratuita, se convierte en un beneficio que nace del reconocimiento de las necesidades de la población. Así lo plantea una psicóloga: *“[el Escuchadero] es una facilidad enorme para las personas, porque en Medellín tenemos lugares (...), por ejemplo donde estamos, acá en comuna ocho en esta parte tan alta el que una persona se desplace a una cita médica en la centralidad pasajes y demás, desplazarse con niños porque no tiene quien los cuide, hace que para ellos sea una razón más para no acudir (...) este tipo de población (...) almuerza o se desplaza donde el psicólogo”*.

Proveer un servicio donde el acceso se garantiza de forma constante en el tiempo es la oportunidad para que las personas busquen ayuda en salud mental y le permite al personal de salud identificar situaciones problemáticas en los territorios que, de la mano con la evidencia en la vigilancia epidemiológica, permite definir estrategias adecuadas a las necesidades de la población. Este es el caso de las jornadas de salud mental, así como de las acciones focalizadas para intervenir la violencia de género y el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Desde la secretaría de salud de Medellín, se reconoce que la prevención efectiva de los suicidios se ha logrado mediante la identificación de las necesidades en salud mental a través de la vigilancia epidemiológica y un diálogo continuo con las comunidades que se logra con la presencia de los *Escuchaderos*. Además, su constancia y proximidad, sumado a la continuidad en la contratación del personal de salud, han gestado una suerte de confianza por parte de la comunidad, lo que de manera inadvertida también promueve la conversación y la búsqueda de servicios en salud mental, que finalmente redundan en la desmitificación de la misma. Por otra parte, en estos puntos se han generado grupos de apoyo comunitarios debido a que se convierten en escenarios de encuentro.

Esta cercanía con la población permite identificar problemáticas en salud mental con enfoque de género. En palabras de quien lidera la estrategia, se ha evidenciado que los hombres se suicidan *“por la falta de estrategias de afrontamiento, por la falta de redes de apoyo, por el asunto cultural con el que hemos enseñado a los hombres de que ellos no puedan manifestar, expresar, sentir, llorar, pedir ayuda. Entonces un hombre soluciona [una] situación emocional, aislándose, tragándose”*. Estas afirmaciones han motivado intervenciones específicas desde la estrategia que responden al género. Es el caso de la implementación de *Escuchaderos* en espacios como unidades militares, en la Gerencia de Diversidades Sexuales e Identidades de Género y en obras de infraestructura, donde gran parte del personal son hombres. Esto es respuesta al reconocimiento de la necesidad de integrar el enfoque de género en aquellos espacios donde las problemáticas se categorizan como “de lo masculino”.

Debido al reconocimiento de unas afectaciones particulares en hombres, relacionadas con la masculinidad hegemónica, se han implementado jornadas de educación en salud mental que buscan deconstruir las ideas patriarcales acerca del sufrimiento, del dolor emocional y de la expresión de las emociones. En palabras de quien lidera la estrategia: *“nosotros los estamos educando a ellos, en esas acciones educativas (...) el hecho de poder ellos dar el primer paso, llegar al Escuchadero ya con eso estamos mejorando su forma de pensar (...) y con otras estrategias que tiene también la secretaría de salud, como el tema de violencia de género, hacemos el trabajo con esta parte masculina con los hombres”*. La presencia de los *Escuchaderos* parece generar una suerte de invitación que permite a los hombres acercarse, incluso el voz a voz o la curiosidad generan la motivación.



Ese primer paso, junto con las jornadas educativas pensadas en deconstruir la forma de pensar-se la salud mental y sus expresiones, aparecen como oportunidades para que los hombres puedan realizar ejercicios de diálogo e introspección al respecto.

### Los hombres en riesgo: la necesidad de la mirada del género para prevenir el suicidio

El género se define como un estructurador social que determina roles y su comprensión permite preguntarse cómo se deben construir estrategias efectivas que atiendan el riesgo de suicidio en los hombres, y las personas con identidades masculinas. Siendo los hombres *“la población de mayor riesgo”* de ser afectados por la mortalidad por suicidio, es necesario comprender cómo las diferencias e inequidades en salud derivadas del sistema sexo-género hegemónico promueven desenlaces diferenciales en razón de los roles hegemónicos asignados a hombres y mujeres (19). En el caso del suicidio, en diversos estudios se ha planteado que el enfoque de género permite comprender cómo el modelo de masculinidad impuesto provee una explicación a la mayor carga de mortalidad por suicidio en los hombres (8,20,21).

La respuesta en política pública a la problemática del suicidio aborda de manera general a la población y plantea la existencia de unos determinantes sociales que influyen en los desenlaces de salud, entre estos se cuenta con el género como el *“estructurador social que determina la construcción de roles, valoraciones, estereotipos e imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino”* (3), pero se continua hablando de manera genérica de personas, lo que invisibiliza las diferencias entre hombres y mujeres. Aunque se menciona a la población LGTBIQ+ como población en riesgo, no se establecen pautas específicas que establezcan una guía para la ejecución de acciones preventivas, ni del cómo realizar las intervenciones con enfoque de género. En lo que corresponde a la implementación, el enfoque de género no es claro para el personal que atiende en los servicios de salud, en la conversación con un experto comenta que la inclusión del enfoque la hizo *“sobre la marcha de la experiencia, pero al estar en unos ambientes donde el tema ha sido importante, no ha sido solo una construcción mía”*. Y es que la mirada parece centrarse en las diferencias sexuales o en las identidades de género y orientaciones sexuales de la comunidad LGTBIQ+, pero al no existir una guía de cómo se deben abordar las atenciones en salud con dicho enfoque, parece que la práctica, el trabajo en equipo y la experiencia, junto con el reconocimiento de la existencia de unos patrones de socialización del género, son aquellos que determinan la hoja de ruta.

Al ubicar el suicidio en el marco de la salud pública, es posible comprender que las enfermedades mentales pueden ser un factor de riesgo, pero no necesariamente son el único elemento de interés. Según un experto, la persona que se suicida *“no es una persona depresiva necesariamente, que es donde es más frecuente escuchar esa asociación, no que no exista, o sea, la depresión es un factor de riesgo bastante fuerte, [pero] no es necesariamente la más importante”*. Es entonces necesario realizar el análisis de situación enfocados en el género, el territorio, y el entorno sociocultural, elementos que deben ser incluidos al analizar las necesidades insatisfechas que desembocan en sufrimiento. Es así como las acciones territoriales con enfoque de género, donde existe el diálogo permanente con la comunidad y la recolección de información robusta de manera oportuna que incluya estos elementos, permitirán moldear estrategias de intervención efectivas.

La actual pandemia ha traído nuevos retos en salud pública, ha llamado por ejemplo la atención sobre la salud mental y la prevención del suicidio como temas de suma importancia. En palabras de una funcionaria del MSPS, *“la pandemia ha sido una oportunidad para entender el lugar de la salud mental en la vida cotidiana para reducir*

*el estigma de comprender que las necesidades en salud mental no solo están vinculadas a trastornos mentales graves y discapacitantes, sino que son las necesidades de comunicación, de expresión de emociones, de apoyo social, de vinculación afectiva".* Esto lo posiciona como un tema prioritario en la agenda pública del país.

## Recomendaciones

Este análisis permite acercarse al conocimiento de expertos que señalan que la salud mental debe identificarse y tratarse por el personal de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) tal como está establecido en la Política Nacional de Salud Mental (17), porque es allí donde acude gran parte de la población. Sin embargo, esto implica capacitar desde los pregrados al personal de salud en el reconocimiento de necesidades en salud mental y capacitarlos de manera constante en el desarrollo de las herramientas de comunicación para tratar el tema de manera adecuada. Es necesario reconocer que la salud mental no se ubica únicamente en el tratamiento de problemas o trastornos de salud mental.

Otro punto de interés que nace de las voces expertas, es que al reconocer la importancia de las redes de apoyo, se deben identificar las formas actuales que estas han tomado, como las familias monoparentales y multiespecie (22,23) -estas últimas son aquellas compuestas por vínculos de cuidado entre humanos y animales- así como la importancia de incluir el papel de los espacios colectivos o comunitarios (24-26). Esta nueva configuración de las familias, o de los vínculos, ofrece un abanico de fortalezas y debilidades que de ser identificadas permitirían crear estrategias que respondan a las necesidades emocionales, así como en salud mental de los individuos y las comunidades. Además, la caracterización de estos espacios de apoyo puede ser el lugar propicio para gestionar acciones conducentes a disminuir el estigma en la búsqueda de servicios de salud mental.

Es imprescindible que las estrategias respondan a las necesidades emocionales y en salud mental del grupo de riesgo, en este caso de los hombres. Esto implica crear estrategias de recolección de información e intervención sensibles al género, puesto que es necesario conocer la población en la que se realizan las intervenciones, así como sus necesidades y cómo viven su salud mental. Las estrategias deben ser claras en lo que corresponde a cómo realizar intervenciones con enfoque de género de las necesidades en salud mental de los hombres, y se debe tener por objetivo deconstruir las pautas de vida de la masculinidad hegemónica. En concordancia con lo anterior, se requiere realizar investigaciones en prevención del suicidio con el enfoque de género.

Es necesario el trabajo intersectorial puesto que el género es una categoría relacional que se vincula con otros aspectos de los individuos - el territorio que habita, el contexto socioeconómico y cultural, la etnia-, elementos que en conjunto afectan su bienestar. Se deben movilizar otros sectores con el fin de propender por proyectos de vida viables en materia de empleo, vivienda y educación.

## Bibliografía

1. Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Ment.* 2006;29(5):66–74.
2. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. *Inst Nac Med Leg y Ciencias Forenses.* 2010;36.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia. 2021;57. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>
4. Gomez-Restrepo C, Rodriguez N, Bohorquez A, Diazgranados N, Ospina M, Fernandez C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2002;XXXI(4):271–86.
5. Rodríguez Gázquez M de los A, Díaz Correa LM, Hernández Pérez MA, Tobón Ramos JA. Mortalidad por suicidio en Colombia. *Med UPB.* 2006;25(2):159–70.
6. Manzo Guerrero G. El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Cuicuilco.* 2005;12(33):153–71.
7. López Steinmetz LC. Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas.* 2017;11(1):89–100.
8. Millán MJR, García García F, Álvarez JCA, Rodríguez Rosado J. El suicidio masculino: una cuestión de género. *Prism Soc.* 2014;(13):433–92.
9. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Boletín de salud mental: Conducta suicida. *Minist Salud y Protección Soc [Internet].* 2017;25. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Mortalidad No Fetales 2019. 2020.
11. Chaparro-Narváez P, Díaz-Jiménez D, Castañeda-Orjuela C. Trend in mortality due to suicide in urban and rural areas of Colombia, 1979-2014. *Biomedica.* 2019;39(2):339–53.
12. Jimenez Chaves V, Comet Weiler C. Los estudios de casos como enfoque metodológico. *Academo.* 2016;3(2):5.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015. Vol. 45, *Revista Colombiana de Psiquiatria.* 2016. 1 p.
14. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Conpes 3992. *Conpes [Internet].* 2020;70. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/3992.pdf>
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012- 2021.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal De Salud Publica Pdsp 2022-2031. 2022. 1–691 p.
17. Ministerio de Salud Pública de Colombia. Política Nacional de Salud Mental. *Minist Salud y Prot Soc [Internet].* 2018;2021. Available from: <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2015/01/PDF.pdf>
18. Pattyn E, Verhaeghe M, Bracke P. The gender gap in mental health service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(7):1089–95.
19. Serrano Gallardo P. La perspectiva de género como una apertura conceptual y metodológica en salud pública. *Rev Cuba Salud Pública.* 2012;38(5):811–22.
20. Cardona Arango D, Medina-Pérez ÓA, Cardona Duque DV. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45(3):170–7.
21. Barrigon ML, Cegla-Schvartzman F. Sex, Gender, and Suicidal Behavior. *Curr Top Behav Neurosci [Internet].* 2020;46:89–115. Available from: [http://link.springer.com/10.1007/7854\\_2020\\_165](http://link.springer.com/10.1007/7854_2020_165)
22. Owens N, Grauerholz L. Interspecies Parenting: How Pet Parents Construct Their Roles. *Humanity Soc.* 2019;43(2):96–119.
23. Zapata-Herrera M, Sanmartín-Laverde CM, Hoyos-Duque TN. Comprensión del vínculo persona mayor-mascota como alternativa para la promoción de la salud. *MedUNAB.* 2021;24(2):193–202.
24. Maroto Vargas A, Castillo Echeverría C. Los alcances de un diagnóstico comunitario sobre suicidio: reflexiones a partir de una experiencia. *Rev Latinoam Metodol las Ciencias Soc.* 2017;7(1):017.
25. Oh HJ, Bae SM. The moderating effects of individual and community social capital on the relationship between depressive symptoms and suicide in the elderly. *Curr Psychol.* 2021;40(8):4164–71.
26. Keller SN, Wilkinson T, Schaaf Gallagher M, Honea JC. Preventing Suicide in Montana: The Implementation and Analysis of a Community-Based Advertising Campaign. *AMA Mark Public Policy Acad Conf Proc [Internet].* 2014;24:23–31. Available from: <http://ezproxy.library.yorku.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=116499717&site=ehost-live>