







Atenciones en urgencias por conducta suicida antes y durante la pandemia por COVID-19 en dos hospitales de Bogotá: un análisis longitudinal

Sasha Gutiérrez-Dajud¹ , Ana María Pastran-Cortés² ,
Fredy Orlando Mendivelso-Duarte³ , Milena Rodríguez-Bedoya⁴ ,
Jairo Enrique Moreno-Gómez⁵ , Rodrigo Muñoz-Tamayo⁶ 

¹ Psicóloga clínica, Clínica Pediátrica Colsanitas, Bogotá D. C., Colombia.

² Psicóloga clínica, Clínica Reina Sofía, Bogotá D. C., Colombia.

³ Gerente de Analítica Avanzada, Clínica Reina Sofía, Bogotá D. C., Colombia.

⁴ Docente de la Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá D. C., Colombia.

⁵ Director científico, Clínica Pediátrica Colsanitas, Bogotá D. C., Colombia.

⁶ Jefe del Departamento de Salud Mental, Clínica Reina Sofía, Bogotá D. C., Colombia.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Palabras clave

COVID-19;
Intento de Suicidio;
Salud Mental;
Servicios Médicos de Urgencia;
Suicidio

Recibido: julio 12 de 2023

Aceptado: febrero 8 de 2024

Correspondencia:

Fredy Orlando Mendivelso-Duarte;
fmandivelso@colsanitas.com

Cómo citar: Gutiérrez-Dajud S, Pastran-Cortés AM, Mendivelso-Duarte FO, Rodríguez-Bedoya M, Moreno-Gómez JE, Muñoz-Tamayo R. Atenciones en urgencias por conducta suicida antes y durante la pandemia por COVID-19 en dos hospitales de Bogotá: un análisis longitudinal. *Iatreia* [Internet]. 2025 Ene-Mar;38(1):67-79. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.267>



Copyright: © 2025
Universidad de Antioquia.

RESUMEN







Introducción: se desconoce el impacto de la pandemia por COVID-19 y las medidas de confinamiento en el patrón de admisiones por conducta suicida en los servicios de urgencias.

Métodos: estudio de cohorte retrospectivo longitudinal en el que se recogieron datos mensuales desde enero de 2015 hasta junio de 2022 del programa de salud mental de dos instituciones de referencia en Bogotá. Todos los pacientes fueron valorados por psiquiatría y psicología en urgencias y se caracterizaron sus atributos demográficos, clínicos y específicos de la conducta suicida. Se realizó un análisis de series de tiempo interrumpido para evaluar la tendencia y el impacto en el patrón de atenciones antes y durante la pandemia.

Resultados: 884 personas fueron admitidas por conducta suicida durante el periodo de estudio (67% mujeres, 66% adultos jóvenes, 55% estudiantes y 1,6% población LGBTQ+). Se evidenció un incremento en el número de casos atendidos (media de cinco casos adicionales por mes) en comparación con el periodo prepandemia ($p < 0,000$). La ideación suicida fue la tipología más documentada durante la pandemia ($p < 0,001$) y la prevalencia de conducta suicida entre niños y adolescentes (≤ 18 años) aumentó del 29% al 33%.

Conclusiones: los resultados sugieren que la pandemia catalizó el número de atenciones por conducta suicida en la población general después de que se implementaron las restricciones anticontagio. Se subraya la necesidad de integrar los servicios de urgencias en las actividades de prevención, detección, manejo y seguimiento de la conducta suicida, especialmente en la actual epidemia de salud mental.

Emergency Care for Suicidal Behavior Before and During the COVID-19 Pandemic in Two Hospitals in Bogotá: a Longitudinal Analysis

Sasha Gutiérrez-Dajud¹ , Ana María Pastran-Cortés² ,
 Fredy Orlando Mendivelso-Duarte³ , Milena Rodríguez-Bedoya⁴ ,
 Jairo Enrique Moreno-Gómez⁵ , Rodrigo Muñoz-Tamayo⁶ 

¹ Clinical Psychologist, Clínica Pediátrica Colsanitas, Bogotá D. C., Colombia.

² Clinical Psychologist, Clínica Reina Sofía, Bogotá D. C., Colombia.

³ Advanced Analytics Manager, Clínica Reina Sofía, Bogotá D. C., Colombia.

⁴ Professor, School of Medicine, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá D. C., Colombia.

⁵ Scientific director, Clínica Pediátrica Colsanitas, Bogotá D. C., Colombia.

⁶ Head of the Department of Mental Health, Clínica Reina Sofía, Bogotá D. C., Colombia.

ARTICLE INFORMATION

Keywords

Emergency Medical Services;
 Mental Health;
 Suicide;
 Suicide, Attempted

Received: July 12, 2023

Accepted: February 8, 2024

Correspondence:

Fredy Orlando Mendivelso-Duarte;
 fmandivelso@colsanitas.com

How to cite: Gutiérrez-Dajud S, Pastran-Cortés AM, Mendivelso-Duarte FO, Rodríguez-Bedoya M, Moreno-Gómez JE, Muñoz-Tamayo R. Emergency Care for Suicidal Behavior Before and During the COVID-19 Pandemic in Two Hospitals in Bogotá: a Longitudinal Analysis. *Iatreia* [Internet]. 2025 Jan-Mar;38(1):67-79. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.258>



Copyright: © 2025
 Universidad de Antioquia.

ABSTRACT

Introduction: The impact of the COVID-19 pandemic and confinement measures on the pattern of admissions for suicidal behavior in emergency services is unknown.

Methods: A retrospective longitudinal cohort study was conducted, collecting monthly data from January 2015 to June 2022 from the mental health program of two reference institutions in Bogotá. All patients were assessed by psychiatry and psychology in emergency departments, characterizing demographic, clinical, and specific suicidal behavior attributes. An interrupted time series analysis was performed to evaluate the trend and impact on the pattern of care before and during the pandemic.

Results: A total of 884 individuals were admitted for suicidal behavior during the study period (67% women, 66% young adults, 55% students, and 1.6% LGBTQ+ population). There was an increase in the number of cases attended (mean of 5 additional cases per month) compared to the pre-pandemic period ($p < 0.000$). Suicidal ideation was the most documented typology during the pandemic ($p < 0.001$), and the prevalence of suicidal behavior among children and adolescents (≤ 18 years) increased from 29% to 33%.

Conclusions: The results suggest that the pandemic catalyzed the number of admissions for suicidal behavior in the general population after the implementation of containment measures or contagion prevention restrictions. It underscores the need to integrate emergency services into the activities of prevention, detection, management, and follow-up of suicidal behavior, especially in the current mental health epidemic.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) considera el suicidio como un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Representa la segunda causa de muerte en personas de 10 a 24 años y aparece entre las veinte principales causas de mortalidad a nivel mundial. Aproximadamente un millón de personas mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada cuarenta segundos, además, por cada muerte por suicidio se registran veinte intentos (1). La OMS (2) informa que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y que Colombia ocupa el tercer lugar con mayor número de casos después de Cuba y Brasil en Latinoamérica.

En Colombia, el intento de suicidio tiene una prevalencia similar a la de otros países de la región y la población con mayor riesgo está ubicada entre los 16 y los 21 años de edad (3). Según cifras del Instituto Nacional de Salud (INS) (4), las muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente fueron la tercera causa externa de muerte en el 2019 con el 9,6% y ha presentado un incremento continuo desde el 2013. Del total de muertes por suicidio reportadas al INS en 2019 (2.927), el 79,9% ocurrió en hombres. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (5) mostraron que la prevalencia de ideación suicida en adolescentes (de 12 a 17 años) fue del 6,6%; por su parte, la prevalencia del intento de suicidio en este mismo grupo fue del 2,5%, mientras que el 37,6% de los adolescentes que ha pensado suicidarse lo habría intentado.

La conducta suicida (CS) constituye un imperativo global de salud mental, razón por la cual fue incluida en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 de Colombia (6) y desde el año 2014 es uno de los eventos priorizados dentro de la vigilancia rutinaria y notificación individual de casos dando lugar a la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 1616 de 2013) (7). La CS involucra una serie de eventos complejos que pueden afectar a personas de cualquier edad o condición social y tiene consecuencias devastadoras y duraderas para el individuo, su familia y la comunidad (2).

La OMS (2) define la CS como una secuencia de eventos denominada *proceso suicida*, el cual inicia con pensamientos e ideas que evolucionan a planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad pero sin llegar a la muerte, hasta que finalmente ocurre el suicidio consumado. Dentro de esta serie de eventos se incluyen: la amenaza, el gesto, la ideación, el intento y el suicidio consumado.

Con el incremento en el número de casos de infección por Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) en las primeras etapas de la pandemia, el suicidio se convirtió en una preocupación para las personas que presentaban algún trastorno mental o conducta de riesgo. Situaciones como el miedo al contagio, la soledad y el distanciamiento físico, junto al posible incremento de la violencia doméstica, del consumo de alcohol, de los trastornos del sueño y de estresores financieros durante las medidas de confinamiento, fueron factores relacionados con un mayor riesgo de CS (8–14). El objetivo de este estudio consistió en analizar el comportamiento epidemiológico y las variaciones en el patrón de admisiones a los servicios de urgencias por conducta suicida en la población general, antes y durante la pandemia.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio retrospectivo y longitudinal de una cohorte de pacientes que consultaron al servicio de urgencias por CS en dos instituciones de salud de naturaleza privada y de alta complejidad de la ciudad de Bogotá D. C. antes de la pandemia del COVID-19 (prepandemia: 1 de enero de 2015 hasta el 5 de marzo de 2020) y desde la aparición del primer caso confirmado de infección por SARS-CoV-2 en el país (pandemia: 6 de marzo de 2020 hasta el 30 de junio de 2022), periodo durante el cual se implantaron las medidas de confinamiento o aislamiento preventivo obligatorio

(APO) y que posteriormente evolucionaron hacia la apertura social gradual (posconfinamiento) con el inicio del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 en febrero de 2021 (Figura 1). Todos los pacientes del grupo de estudio fueron valorados conjuntamente por un psiquiatra y una psicóloga en los servicios de urgencias de las dos instituciones participantes. El equipo de salud mental presta atención de urgencias las veinticuatro horas del día y los siete días a la semana desde el año 2015, cuando se formalizó el programa de salud mental, y se ha encargado de recolectar datos demográficos, antecedentes personales y de hacer la caracterización de la conducta suicida, si es el caso. La unidad de análisis del presente estudio fue el número de pacientes por día valorados en urgencias por CS; se trabajó con los datos censales del programa.

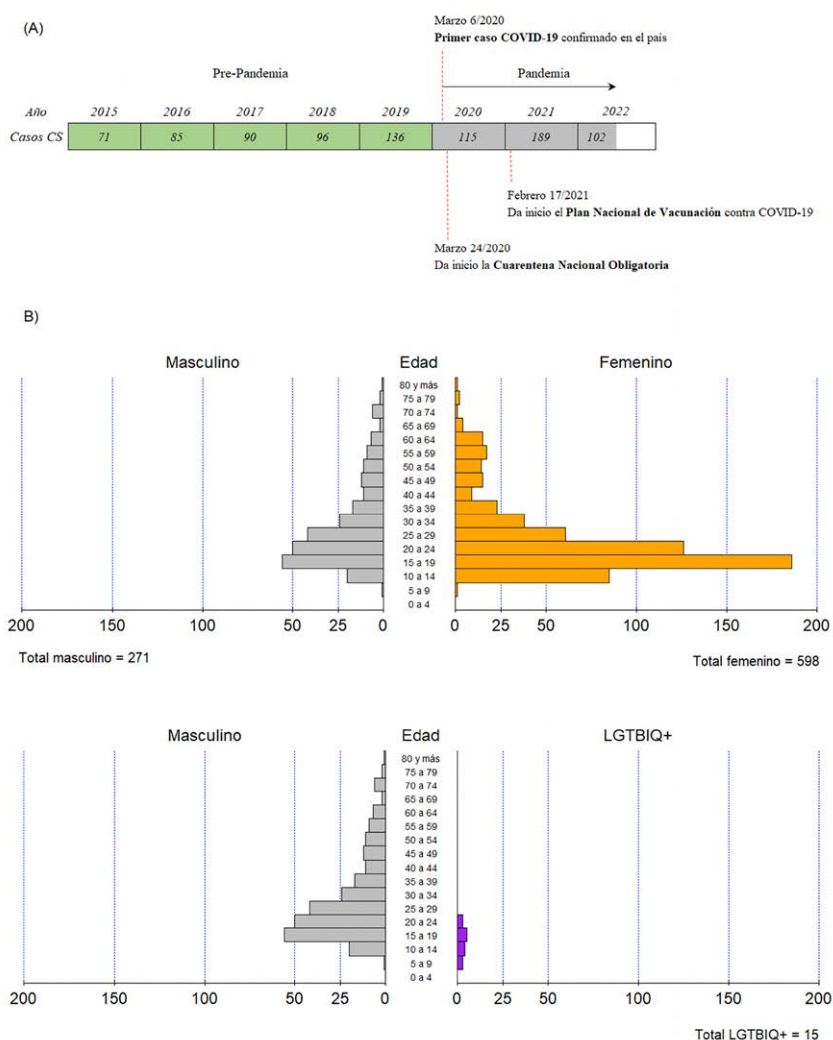


Figura 1. Casos incidentes de conducta suicida y distribución demográfica

A) Línea de tiempo con el número de personas atendidas por conducta suicida durante las fases de prepandemia y pandemia por COVID-19 en dos hospitales de Bogotá D. C. B) Distribución y estructura poblacional de personas atendidas en los servicios de urgencias por conducta suicida entre los años 2015-2022

Fuente: elaboración propia

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se analizaron con medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión; los datos categóricos mediante proporciones; y los supuestos de distribución normal en variables continuas por medio de la prueba no paramétrica de Shapiro-Wilk. En el análisis bivariado para la comparación de grupos se utilizó el estadístico Chi² y la prueba exacta de Fisher. El coeficiente de variación (CV) se aplicó para cuantificar la variabilidad relativa en la incidencia de casos por CS entre ambos periodos: prepandemia y pandemia. En el contraste de hipótesis se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

En el análisis descriptivo de la serie temporal se evaluó la función de autocorrelación (AFC) y la autocorrelación parcial (PAFC). Un modelo de Media Móvil Integrada Autorregresiva (ARIMA, por sus siglas en inglés) fue elaborado para analizar la serie temporal (ST). Por otro lado, se realizó la prueba de Mann-Kendall para identificar la tendencia en la ST y se avaluó la presencia de autocorrelación en los residuos con el estadístico de Durbin-Watson. Asimismo, la prueba de Ljung-Box se implementó para probar la aleatoriedad general en función de los rezagos de la ST.

Se llevó a cabo un análisis no paramétrico de serie de tiempo interrumpida (STI) para controlar las tendencias anuales y variaciones estacionales (15,16). En ausencia de intervención (es decir, la pandemia por COVID-19) esta tendencia permanecería sin cambios, por lo tanto, únicamente se evaluó el efecto de la intervención y no se consideraron otros determinantes estructurales en los patrones de atención. Se utilizó un modelo de impacto de regresión segmentada (modelo factual vs. modelo contrafactual) para determinar un cambio de nivel en la STI de la siguiente forma:

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 * Tiempo_t + \beta_2 * Intervención_t + \beta_3 * Post. Intervención_t + \varepsilon_t$$

Donde:

Y_t = Número de casos de CS atendidos por mes

β_0 = Número de casos de base en el tiempo cero

β_1 = Cambio de tendencia antes de la intervención, es decir, periodo prepandémico

β_2 = Indica el cambio en el número estimado de casos de CS inmediatamente después de la aparición de la intervención (inicio del periodo de pandemia de COVID-19), esto es, desde el final de prepandemia. La intervención es una variable dicotómica codificada como 0: antes de la intervención; y 1: después de la intervención

β_1 y β_3 = Pendiente de la STI tras la intervención

ε_t = Variabilidad aleatoria no explicada por el modelo

El conjunto de datos se analizó con el lenguaje de programación R 4.2.0

ASPECTOS ÉTICOS

Según la resolución 8430 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS), se trata de una investigación sin riesgo, por lo cual no fue necesario la firma del consentimiento informado. La coordinación del estudio estuvo a cargo del Departamento de Salud Mental de cada una de las instituciones participantes. Igualmente, el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de cada una de ellas (CEIFUS-1942-22).

RESULTADOS

Un total de 884 personas fueron admitidas en las unidades de salud mental del servicio de urgencias de las instituciones participantes por CS, lo que representó una media total de 110 casos/año durante el periodo de estudio. La edad promedio de los pacientes fue de 26,4 años (DE = 14,3), la mayoría fueron mujeres (67,6%), adultos jóvenes (66,4%), solteros (62,44%) y personas dedicadas, principalmente, a actividades de formación académica (55,6%) (Tabla 1 y Figura 1).

Tabla 1. Características demográficas

| Variable | Frecuencia | (%) |
|------------------------------|------------|-------|
| Género | | |
| Femenino | 598 | 67,65 |
| Masculino | 271 | 30,66 |
| LGTBIQ+ | 15 | 1,69 |
| Grupo de edad en años | | |
| <18 | 278 | 31,45 |
| 18 a 64 | 587 | 66,4 |
| 65+ | 19 | 2,15 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 552 | 62,44 |
| Sin dato | 168 | 19,01 |
| Casado | 71 | 8,03 |
| Separado/Divorciado | 57 | 6,45 |
| Unión libre | 29 | 3,28 |
| Viudo | 7 | 0,79 |
| Ocupación | | |
| Estudiante | 492 | 55,66 |
| Empleado | 181 | 20,48 |
| Cesante/Desempleado | 65 | 7,35 |
| Independiente | 62 | 7,01 |
| Hogar | 40 | 4,52 |
| Pensionado/Jubilado | 26 | 2,94 |
| Sin dato | 15 | 1,7 |
| Desescolarizado | 3 | 0,34 |

Fuente: elaboración propia

El 59,6% de los pacientes ya contaba con un episodio previo de CS; indicador muy elevado en el grupo de población LGTBIQ+ (86,6%). El 65,1% de los pacientes que ya contaban con un episodio previo de CS estaba en manejo clínico ambulatorio por psiquiatría o psicología, y de estos, el 47,3% tenía una prescripción de terapia farmacológica ambulatoria. El intento de suicidio fue el tipo de evento con mayor frecuencia en toda la cohorte (63,9%), el mecanismo más reportado fue intoxicación o envenenamiento (59,1%), y el hogar o residencia habitual fue el espacio físico donde se materializaron gran parte de las conductas (85,8%) (Tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento de las admisiones a urgencias por conducta suicida antes y durante la pandemia por COVID-19

| Variable | Prepandemia (1/01/2015 a 5/03/2020) | | Pandemia (6/03/2020 a 30/06/2022) | | p- valor | Total N = 884 |
|------------------------------------|---|-------|---|-------|-------------|------------------|
| | n = 478 | (%) | n = 406 | (%) | | |
| Género | | | | | | |
| Femenino | 320 | 66,95 | 278 | 68,47 | 0,065 | 598 |
| Masculino | 154 | 32,22 | 117 | 28,82 | | 271 |
| LGTBIQ+ | 4 | 0,83 | 11 | 2,71 | | 15 |
| Grupo de edad en años | | | | | | |
| <18 | 143 | 29,92 | 135 | 33,25 | 0,443 | 278 |
| 18 a 64 | 326 | 68,2 | 261 | 64,29 | | 587 |
| 65+ | 9 | 1,88 | 10 | 2,46 | | 19 |
| Tipo de evento | | | | | | |
| Intento | 315 | 65,9 | 250 | 61,58 | <0,001 | 565 |
| Ideación | 102 | 21,34 | 129 | 31,77 | | 231 |
| Conducta autolesiva | 33 | 6,9 | 10 | 2,46 | | 43 |
| Amenaza | 19 | 3,97 | 16 | 3,94 | | 35 |
| Consumado | 8 | 1,67 | 1 | 0,25 | | 9 |
| Sin dato | 1 | 0,22 | 0 | 0 | | 1 |
| Mecanismo | | | | | | |
| Intoxicación/Envenenamiento | 282 | 59 | 241 | 59,36 | 0,192 | 523 |
| Objeto cortopunzante | 59 | 12,34 | 47 | 11,58 | | 106 |
| Sin dato | 64 | 13,38 | 38 | 9,35 | | 102 |
| Lanzamiento al vacío | 29 | 6,07 | 31 | 7,64 | | 60 |
| Otro | 30 | 6,28 | 27 | 6,65 | | 57 |
| Ahorcamiento | 7 | 1,46 | 13 | 3,2 | | 20 |
| Arma de fuego | 2 | 0,42 | 6 | 1,48 | | 8 |
| Arrojarse a vehículo en movimiento | 5 | 1,05 | 3 | 0,74 | | 8 |
| Lugar de ocurrencia | | | | | | |
| Hogar | 411 | 85,98 | 348 | 85,71 | 0,117 | 759 |
| Otro | 31 | 6,49 | 32 | 7,88 | | 63 |
| Vía/sitio público | 21 | 4,39 | 8 | 1,97 | | 29 |
| Institución educativa | 12 | 2,51 | 10 | 2,46 | | 22 |
| Sitio de trabajo | 2 | 0,42 | 5 | 1,23 | | 7 |
| Sin dato | 0 | 0 | 2 | 0,49 | | 2 |
| Institución privada | 0 | 0 | 1 | 0,25 | | 1 |
| Transporte público | 1 | 0,21 | 0 | 0 | | 1 |

Fuente: elaboración propia

En general, los meses de septiembre registraron el mayor pico de admisiones a urgencias (media de 12,5 casos/mes), mientras que el pico más bajo ocurrió durante los meses de enero (media de 7,5 casos/mes). Durante los cinco años de prepandemia, el promedio anual de admisiones por CS fue de 95,6 casos, mientras que en pandemia fue de 135,3 ($p < 0,001$). Durante las medidas de

confinamiento del año 2020 disminuyó el número de pacientes admitidos ($n = 115$) comparado con el año inmediatamente anterior ($n = 136$; año 2019), sin embargo, con las medidas instauradas durante el posconfinamiento se incrementaron los casos nuevamente ($n = 189$ en el año 2021) (Figura 1 y Figura 2).

De acuerdo al tipo de evento, los resultados mostraron un incremento significativo en la prevalencia de ideación suicida durante el periodo de pandemia frente al periodo prepandémico (31,77% vs. 21,34%; $p < 0,001$) mientras que para el mecanismo y lugar de ocurrencia no se observaron diferencias, al igual que por grupos de edad y género (Tabla 2). Por su parte, el análisis de ST evidenció una tendencia positiva en la atención por CS en los servicios de urgencias que incrementó con la aparición de la pandemia (prueba de Mann-Kendall; $p < 0,000$) y se mantuvo así hasta el final del periodo de estudio (Figura 2).

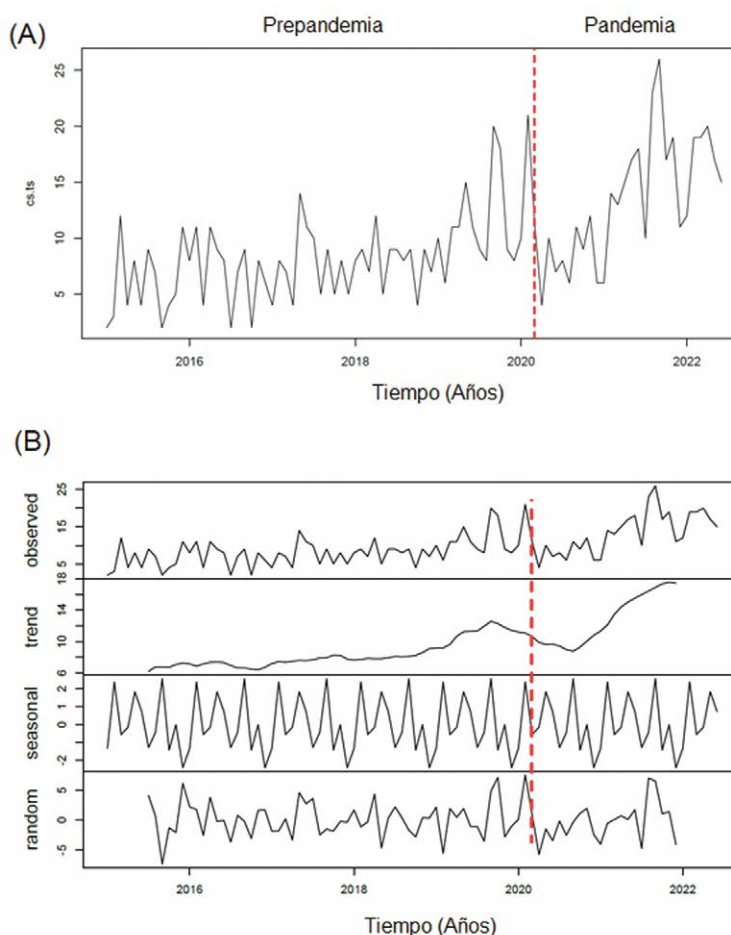


Figura 2. Datos de serie de tiempo (número de personas con conducta suicida)

A) Comportamiento de la serie temporal antes y durante la pandemia por COVID-19. B) Descomposición de la serie temporal aditiva de personas con conducta suicida atendidas en urgencias en dos Hospitales de Bogotá D. C. entre los años 2015-2022

Fuente: elaboración propia

Para el tiempo antes y después del inicio de la pandemia usamos modelos aditivos generalizados (ARIMA) que incluyen términos suavizados. Estos modelos se usaron para determinar si los cambios en tendencia y magnitud fueron o no atribuibles al efecto de la pandemia. Los resultados de la prueba Ljung-Box ($p = 0,2349$) para los modelos ARIMA $[0, 1, 1]$ cumplieron el criterio de que los residuales del modelo se distribuyen normal, lo que sugiere un buen ajuste del modelo. Los datos de la STI para los dos períodos revelaron que la declaratoria de emergencia por COVID-19 se asoció, de manera estadísticamente significativa, con un incremento promedio de 5 casos/mes en el periodo de pandemia (Figura 3).

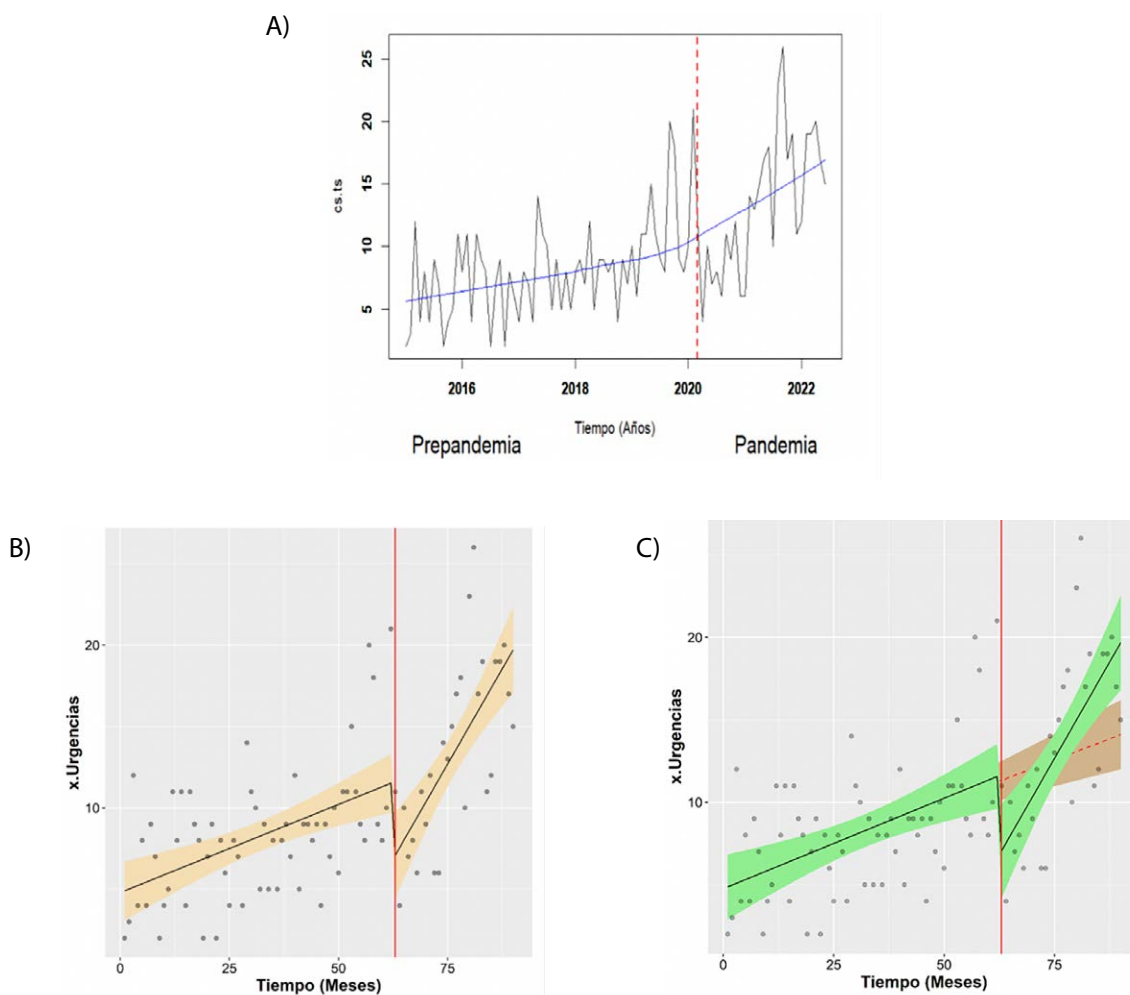


Figura 3. Impacto de la pandemia por COVID-19 en los patrones temporales de atención por conducta suicida en dos hospitales de Bogotá

A) Modelo ARIMA $(0, 1, 1)$ con tendencia positiva en la serie (Mann-Kendall; $p < 0,000$) y normalidad en los residuales (Ljung-Box, $p = 0,2349$). B) Serie temporal interrumpida con delta en la que se determina el efecto promedio del incremento de casos durante la pandemia (5 casos/mes). C) Regresión Segmentada: Modelo Factual ($\beta_1 = 0,108$; $\beta_3 = 0,358$; $p < 0,000$) vs. Modelo Contrafactual ($\beta_1 = 0,108$; $p < 0,000$)

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Los efectos de la pandemia por la enfermedad del nuevo coronavirus (COVID-19) aún se están dilucidando y es probable que las medidas de contención y mitigación asociadas tengan impactos que superen con creces el periodo de pandemia (17–22). En general, los casos de CS no se incrementaron durante el primer año de pandemia (2020), por el contrario, la tendencia en los datos muestra una disminución relativa en comparación con el amplio periodo de prepandemia (23). Varios estudios han catalogado este periodo como atípico, pues está caracterizado por fuertes limitaciones de movilidad y por la reorganización de los servicios de atención en salud, lo cual desencadenó retrasos en procedimientos de diagnóstico, cancelaciones de cirugías electivas, menores tasas de ingreso a urgencias y hospitalizaciones por enfermedades diferentes a la COVID-19, así como tratamientos perdidos y cambios en la gravedad de las enfermedades basales de muchos pacientes (24–26), sin embargo, durante el año 2021 se duplicaron las atenciones en servicios de urgencias, incluyendo todas las relacionadas con salud mental (27–29).

La CS es un problema complejo para la salud pública global y es un indicador clave del estado de la salud mental de una sociedad, a pesar de ello, a menudo es también ignorado y rodeado de estigmas, mitos, discriminación y tabúes. En Latinoamérica se han generado múltiples iniciativas encaminadas a mitigar factores de riesgo y potenciar los factores de protección a nivel individual, comunitario y social, sin embargo, el advenimiento de la pandemia catalizó, de manera heterogénea, los diferentes problemas de salud mental en la región, incluyendo la CS (1,2,9,11,12).

Algunos estudios en Asia y Europa muestran un aumento en los intentos de suicidio en el primer año de la pandemia (30,31), sin embargo, los hallazgos de estos estudios junto con otros trabajos realizados en Estados Unidos y Dinamarca coinciden con el reporte de una menor incidencia de casos durante este periodo (27,29). Estas diferencias están relacionadas con múltiples situaciones de contexto que determinan o catalizan en otros casos su ocurrencia.

Los hallazgos reportados muestran un aumento significativo durante toda la pandemia de la ideación suicida frente a las otras manifestaciones que hacen parte del proceso suicida; esto es similar a lo reportado en España por Jerónimo *et al.* (32). Llama la atención el antecedente positivo de enfermedad y el manejo especializado ambulatorio en psiquiatría y psicología en más del 50% de los pacientes valorados en urgencias, lo que sugiere recaídas, fragilidad en las redes de apoyo y cuidado familiar y fallas en la implementación de medidas de prevención, como la vigilancia de entornos; lo anterior catapultó al hogar como un lugar donde se materializa con mayor frecuencia la CS. Tampoco se pueden desestimar las dificultades de acceso a la consulta de seguimiento médico o a los programas de salud mental ni a la pérdida de autorregulación en buena parte de los pacientes que ingresaron a los servicios de urgencias (33,34).

Los resultados también sugieren la presencia de un grupo poblacional con mayor riesgo aparente de CS (detectada en los servicios de urgencias a lo largo de todo el periodo analizado): mujeres, personas jóvenes y con ocupación de estudiante. A pesar de este hallazgo, persisten las preocupaciones sobre los efectos de la pandemia en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes (NNA). Nuestros datos no reportan diferencias significativas para este grupo poblacional, pero aún es muy pronto para evaluar el verdadero impacto que habrá tenido la pandemia en esta población tan joven (35).

Desde la perspectiva de los servicios de urgencias es necesario comprender que los NNA pueden estar en mayor riesgo debido a factores que se presentaron durante el confinamiento, como el distanciamiento social, la soledad, la falta de ejercicio físico y el estrés colectivo familiar, que podrían contribuir a generar alteraciones en su salud mental y que deben ser sospechados durante toda

valoración médica rutinaria en urgencias dado que los más pequeños pueden experimentar síntomas somáticos o atípicos, depresión y ansiedad, lo que implica tener una mayor sensibilidad en el proceso de diagnóstico por parte de los equipos de atención médica (33).

El largo periodo de observación (siete años) y el registro sistemático estandarizado de todos los casos en los servicios de urgencias son consideradas fortalezas de esta investigación, al igual que la valoración especializada de los pacientes hecha por el equipo multidisciplinar de salud mental (psiquiatría, psicología y trabajo social) de las dos instituciones vinculadas al estudio, las cuales permitieron evaluar pacientes de todos los grupos de edad.

Dentro de las limitaciones de este estudio reconocemos la naturaleza del diseño observacional, el condicionamiento a trabajar con datos retrospectivos registrados en las historias clínicas electrónicas del programa y la no inclusión de hospitales de la red pública de la ciudad de Bogotá D. C. Aunque el alcance está centrado en reconocer el perfil de los pacientes con CS antes y durante la pandemia, al igual que las variaciones en las tasas de atención, se recomienda que futuras investigaciones puedan incorporar la medición de los resultados clínicos una vez aquellos egresan del servicio de urgencias.

CONCLUSIONES

Los resultados confirman el incremento de la atención de pacientes en urgencias por CS durante la pandemia. La tasa de ideación suicida fue más alta que la informada en estudios antes de pandemia y esto podría resultar en tasas de suicidio más altas en un futuro cercano. Las estrategias de tamizaje e intervención oportuna para la CS deben ser parte integral de las vías de atención clínica y de los programas ambulatorios de prevención y atención en salud mental, incluyendo las instituciones de educación.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado por los autores.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. One in 100 deaths is by suicide [Internet]. WHO. 2022 [cited 2022 May 17]. Available from: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
2. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. [Internet]. MINSALUD. 2018 [cited 2022 May 27]. p. 1-24. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
4. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Intento de Suicidio [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 2]. p. 1-17. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.49>. Available from: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Intento de suicidio.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20suicidio.pdf)
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención Colombia. Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM 2015 [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 27]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/freeseachresults.aspx?k=encuesta nacional salud mental](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/freeseachresults.aspx?k=encuesta%20nacional%20salud%20mental)
6. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 1]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

7. Congreso de la República de Colombia. Ley Nacional de Salud Mental (Ley 1616 de 2013) [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 1]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
8. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Jun;7(6):468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
9. Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 1]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
10. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias [Internet]. 2002 [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3139>
11. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. na colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015 [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 1]. p. 1-50. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28416>
12. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio - OPS/OMS [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
13. World Health Organization; LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 17]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026629>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 27]. p. 1-57. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>
15. León-Álvarez AL, Betancur-Gómez JI, Jaimes F, Grisales-Romero H. Ronda clínica y epidemiológica. Series de tiempo interrumpidas. *Iatreia* [Internet]. 2017 Jul 4;30(3):344-351. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n3a11>
16. McDowall D, McCleary R, Bartos BJ. Interrupted time series analysis. New York: Oxford University Press; 2019. 201 p. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190943943.001.0001>
17. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Aug;383(6):510-12. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
18. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Mar;382(13):1199-1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
19. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2020 Feb;395(10224):565-574. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8)
20. World Health Organization; Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation reports - 1. 21-January 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 1]. p. 1-5. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4
21. Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, Liang W-H, Ou C-Q, He J-X, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;382:1708-1720. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
22. García-Saisó S, Marti M, Brooks I, Curioso W, González D, Malek V, et al. Infodemia en tiempos de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2021;45:e89. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.89>
23. Ahrens KF, Neumann RJ, Kollmann B, Brokelmann J, von Werthern NM, Malyschau A, et al. Impact of COVID-19 lockdown on mental health in Germany: longitudinal observation of different mental health trajectories and protective factors. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2021 Jul;11(1):392. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01508-2>
24. Mendivelso-Duarte FO, Rodríguez-Bedoya M, Barrios-Parra AJ. Recommendations for reopening elective surgery services during the SARS-CoV-2 pandemic. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2020;44:e114. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.114>

25. Moraliyage H, De Silva D, Ranasinghe W, Adikari A, Alahakoon D, Prasad R, et al. Cancer in Lockdown: Impact of the COVID-19 Pandemic on Patients with Cancer. *Oncologist* [Internet]. 2021 Feb;26(2):e342-e344. <https://doi.org/10.1002/onco.13604>
26. Abbas MJ, Kronenberg G, McBride M, Chari D, Alam F, Mukaetova-Ladinska E, et al. The Early Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Care Mental Health Services. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2021 Mar;72(3):242-46. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000467>
27. Boserup B, McKenney M, Elkbuli A. The impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits and patient safety in the United States. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2020 Sep;38(9):1732-1736. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.06.007>
28. Kruizinga MD, Peeters D, van Veen M, van Houten M, Wieringa J, Noordzij JG, et al. The impact of lockdown on pediatric ED visits and hospital admissions during the COVID19 pandemic: a multicenter analysis and review of the literature. *Eur J Pediatr* [Internet]. 2021 Jul;180(7):2271-79. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04015-0>
29. Rømer TB, Christensen RHB, Blomberg SN, Folke F, Christensen HC, Benros ME. Psychiatric Admissions, Referrals, and Suicidal Behavior Before and During the COVID-19 Pandemic in Denmark: A Time-Trend Study. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2021 Dec;144(6):553-562. <https://doi.org/10.1111/acps.13369>
30. Holland KM, Jones C, Vivolo-Kantor AM, Idaikkadar N, Zwald M, Hoots B, et al. Trends in US Emergency Department Visits for Mental Health, Overdose, and Violence Outcomes Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA psychiatry* [Internet]. 2021 Apr;78(4):372-79. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4402>
31. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav* [Internet]. 2021 Feb;5(2):229-38. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z>
32. Jerónimo M, Piñar S, Samos P, Gonzalez A, Bellsolà M, Sabaté A, et al. Suicidal attempt and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic compared to previous years. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2021 Nov:1-7. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>
33. Meade J. Mental Health Effects of the COVID-19 Pandemic on Children and Adolescents: A Review of the Current Research. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2021 Oct;68(5):945-59. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.05.003>
34. Molfenter T, Heitkamp T, Murphy AA, Tapscott S, Behlman S, Cody OJ. Use of Telehealth in Mental Health (MH) Services During and After COVID-19. *Community Ment Health J* [Internet]. 2021 Oct;57(7):1244-51. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00861-2>
35. Farooq S, Tunmore J, Wajid Ali M, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021 Dec;306:114228. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114228>