

CARACTERÍSTICAS DE LOS HABITANTES DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA CON COMPORTAMIENTO SUICIDA UNA MIRADA DESDE LA TELEORIENTACIÓN, EN CONTEXTO DE PANDEMIA

Characteristics of Antioquia residents with suicidal behavior

CARLOS ROBLEDO-MARÍN¹, LISSETH MONTOYA-VELILLA², CAMILA PÉREZ-CEBALLOS³, MAURICIO GÓMEZ-HOYOS⁴, PAOLA GUTIÉRREZ-LONDOÑO⁵, KARLA GIL LUJÁN⁶, JENY GARCÍA-VALENCIA⁷

<https://doi.org/10.17533/udea.rp.e352989>

Resumen

Objetivo. Describir las características de los antioqueños con comportamiento suicida, que consultaron la línea de teleorientación Salud para el Alma, durante los años 2020 y

2021. **Método.** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, con fuente de información secundaria de aspectos demográficos, características del comportamiento suicida y

Recibido: 09-03-2023 / Aceptado: 29-08-2023

Para citar este artículo en APA: Robledo-Marín, C. et al. (2023). Características de los habitantes del departamento de Antioquia con comportamiento suicida. Una mirada desde la teleorientación, en contexto de pandemia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 15(2), e352989. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e352989>.

- ¹ LivingLab Telesalud, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Posdoctor en Salud Pública y doctor en Humanidades. <https://orcid.org/0000-0002-6944-561X>.
- ² LivingLab Telesalud, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Magíster en Psicología Clínica. <https://orcid.org/0009-0005-9242-3485>; telesaludorientacion15@udea.edu.co.
- ³ LivingLab Telesalud, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Magíster en Clínica Psicológica. <https://orcid.org/0009-0001-7693-3873>.
- ⁴ LivingLab Telesalud, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Magíster en Psicología Clínica. <https://orcid.org/0009-0008-7812-830X>.
- ⁵ LivingLab Telesalud, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Profesional en Gerencia en Sistemas de Información en Salud. <https://orcid.org/0009-0003-4919-0773>.
- ⁶ LivingLab Telesalud, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Especialista en Terapia Familiar y estudiante de maestría en Telesalud. <https://orcid.org/0009-0005-5313-2263>; coordinaciontelepsicologia@udea.edu.co.
- ⁷ LivingLab Telesalud, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Doctora en Epidemiología. <https://orcid.org/0000-0002-9998-5318>.



- [2] Carlos Robledo-Marín, Lisseth Montoya-Velilla, Camila Pérez-Ceballos, Mauricio Gómez-Hoyos, Paola Gutiérrez-Londoño, Karla Gil-Luján y Jeny García-Valencia

factores de riesgo asociado en 537 personas que consultaron la línea de teleorientación. El análisis univariado se organizó en Excel y en SPSS. *Resultados.* El 43.8% de los pacientes se encontraban entre los 29 y los 59 años; el 68% eran mujeres; el 62.2% vivían en la subregión del Valle de Aburrá. El 45.1% manifestó tener un plan estructurado e intentos previos, con el 46.7% de riesgo medio de suicidio y el 35.7% con riesgo alto. El 37.8% de los pacientes consultaron por trastornos

depresivos y el 16.4% por ansiedad. *Conclusión.* La implementación de programas de teleorientación en salud mental como la línea de Salud para el Alma favorecieron durante la pandemia el acercamiento y el acceso de los pacientes a servicios integrales de detección del riesgo, asesoría en salud, acompañamiento psicológico e intervención en crisis.

Palabras clave: teleorientación, suicidio, salud mental, pandemia, COVID-19.

Abstract

Objective. Describe the characteristics of Antioquian residents with Suicidal Behavior, who consulted the teleorientation hotline “Salud para el Alma”, during the years 2020 to 2021. *Method.* Descriptive, cross-sectional, quantitative study, with a secondary source of information on demographic aspects, characteristics of Suicidal Behavior and associated risk factors in 537 individuals who contacted the teleorientation hotline. Univariate analysis was conducted using Excel and SPSS. *Results.* 43.8% of the patients were between 29 and 59 years old; 68% were women; 62.2% lived in the subregion Valle de Aburrá. 45.1% reported

having a structured plan and previous suicide attempts, with 46.7% medium risk of suicide and 35.7% high risk. 37.8% of the patients sought consultation for depressive disorders, and 16.4% for anxiety. *Conclusion.* The implementation of teleorientation programs in mental health such as the “Salud para el Alma” hotline favored closer patient engagement and access to comprehensive services for risk detection, health counseling, psychological support, and crisis intervention during the pandemic.

Keywords: teleorientation, suicide, mental health, pandemic, COVID-19.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que cerca de 800 000 individuos anualmente cometen suicidio y muchos más presentan intentos de suicidio. Cada suicidio es un hecho fortuito que afecta a familias, comunidades y países y tienen consecuencias a largo plazo. El suicidio se puede producir a cualquier edad, pero principalmente se da entre edades de 15 a 29 años en todo el mundo, afectando a la población joven, siendo la segunda variable relacionada con la muerte de las personas en todo el mundo (OMS, 2021), convirtiéndose, así, en una clara problemática de salud pública para las sociedades contemporáneas (Onyeka et al., 2021).

Los mayores factores de riesgo asociados con la conducta suicida son los problemas de la salud mental (Onyeka et al., 2021; Tong y Phillips, 2010), los cuales vienen incrementándose de manera significativa año tras año. Según proyecciones, se puede esperar que para 2030 estas afecciones lleguen a ser la principal causa de carga por enfermedad en los países que se consideran desarrollados (Mathers y Loncar, 2006). Dicho aspecto resulta aún más relevante si se tiene en cuenta la afectación en la salud mental de las poblaciones, causada por la pandemia COVID-19, la cual ha cobrado un precio significativo en el bienestar mental de las personas (Ma et al., 2022; Mengin et al., 2020); un ejemplo claro es el aumento de la prevalencia en ansiedad y depresión a causa de las medidas restrictivas, como el confinamiento, que si bien contribuyeron a reducir el avance del virus, también redujeron la posibilidad de interacción social, alteraron rutinas vitales y trajo gran incertidumbre en el ámbito económico (Ma et al., 2022).

El comportamiento suicida es “un proceso continuo, que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. Dentro de esta definición se incluye específicamente la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio” (Vargas et al., 2015, p. 14). La conducta suicida se considera como un síntoma de un malestar; sin embargo, no representa un diagnóstico en sí mismo, por tanto, es necesario tener en cuenta la presencia de otros asuntos psicosociales (APA, 2013; APA, 2014; OMS, 1993).

El fenómeno global del suicidio afecta a todas las regiones del mundo, sin discriminar edad o condición económica. En el caso de Colombia se reporta que, en el contexto de pandemia por COVID-19, específicamente en el año 2020, se reportaron 2420 suicidios consumados, siendo la población masculina quien lideró las cifras, con 1957 casos (80.86%), en comparación con las mujeres, con 463 casos (19.13%). Siendo la población entre 20 a 29 años, quien reportó 357 casos (14.75%). La mayor proporción de fallecidos eran solteros y tenían una educación inicial o básica primaria. Los mecanismos más utilizados fueron asfixia, intoxicación y armas de fuego. Según las autopsias psicológicas realizadas, los hechos movilizadores de la conducta suicida estuvieron relacionados con enfermedades físicas o mentales, conflictos de pareja,

- [4] Carlos Robledo-Marín, Lisseth Montoya-Velilla, Camila Pérez-Ceballos, Mauricio Gómez-Hoyos, Paola Gutiérrez-Londoño, Karla Gil-Luján y Jeny García-Valencia

problemas económicos o abuso de sustancias psicoactivas (SPA). Las cifras reportadas en el año 2020 representan un leve descenso, en comparación con el año anterior, en el que se reportaron 223 casos más (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2020).

En un comparativo 2019-2020, el departamento de Antioquia evidenció, 82 casos de intento de suicidio por cada mil habitantes, cifra que superó la tasa nacional (60.6 casos por mil habitantes). Con relación a la incidencia de intento de suicidio, según la subregión de ocurrencia, se observó que, para el primer trimestre del año 2020, el Valle de Aburrá lideró la cifra (65.9%) seguido del Oriente (12%), Suroeste (5.4%), Urabá (4.8%), Norte y Occidente (ambos con 4.1%). Las cifras más bajas se evidenciaron en el Nordeste (1.7%), Bajo Cauca (1.4%) y Magdalena Medio (0.6%) para un total de 1426 casos de conducta suicida reportados en Antioquia. La distribución porcentual del intento de suicidio por grupos de edad, en el primer trimestre de 2020, fue liderada por las personas entre 10-19 años (36.7%), 20-29 años (34.3%), 30-39 años (14.9%), 40-49 años (8.3%). En un porcentaje menor, pero no menos importante, personas entre 50-59 años (3.4%) (Gobernación de Antioquia, 2020) y personas mayores de 60 años o más (1.5%) también intentaron suicidarse (Cardona et al., 2022).

Para el primer trimestre del año 2020, los habitantes que tuvieron mayor número de casos reportados de intento suicida en el departamento fueron las mujeres, con 1426 casos (64.5%), respecto a los hombres con 784 casos (35.5%). Mientras que la muerte por suicidio, en Antioquia, fue liderada por la población masculina. De los 121 casos presentados, en el primer trimestre del año 2020, el 89% fueron de hombres y el 11% mujeres. Tanto en hombres como en mujeres, el mecanismo más utilizado fue la intoxicación (66.3%), el arma cortopunzante (21.5%) y la inmolación (0.8%). Llama la atención cómo, en los casos relacionados con intoxicación, ocurrieron por vía oral en 95%, y en el hogar en 94.6% (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2020).

Por otro lado, durante la pandemia se presentaron retos importantes para dar respuesta a la demanda de la población, tanto para el comportamiento suicida y como para la salud mental en general; un ejemplo de esto, es el Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE) el cual fue creado por la OMS como

una alternativa para la disminución del riesgo de contagio de COVID-19, una experiencia derivada de ello ha sido la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza, cuyo propósito se centra en el fortalecimiento de las redes de ayuda preventiva, en aras de la promoción de la salud emocional de los individuos que presenten crisis (Bedoya y Montaña, 2016). En 2021 ha atendido 7793 personas con intención suicida, reportándose para el primer trimestre de 2022, una repetición en la ayuda, especialmente de menores de 25 años, en 727 casos (Teléfono de la Esperanza, 2022).

Específicamente en Madrid, España, se viene implementando un plan de prevención contra el suicidio en la modalidad de teleorientación, con un tiempo de ejecución 2022-2026, el cual fue construido con diferentes actores, de carácter local y regional, de la sociedad civil, privada y pública, para fortalecer la atención del sistema de salud pública y sanitaria (Sociedad Española de Psiquiatría Legal, 2022). En definitiva, se evidencia, en diversos países, sistemas implementados bajo la modalidad de asistencia en salud mental, a través de líneas de teleorientación y programas ya constituidos como psicoterapias, que fueron modificados para brindar sus servicios a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

En el caso de Argentina se creó una línea denominada Salud Mental Responde, la cual antes de la pandemia ya operaba como una línea de apoyo psicológico, de contención emocional y asesoría en consumo de drogas y alcohol. Posteriormente, con la llegada de la pandemia se realizaron reformas y se adecuó para operar 24 horas y 7 días de la semana. En los resultados evidenciados, entre abril y septiembre de 2020, se recibieron 7154 llamadas, con motivos de consulta por apoyo psicosocial, inquietudes sobre salud mental, preocupación en la interrupción de medicamentos, contención emocional y solicitud de medicación psiquiátrica. Este tipo de apoyo brindado a la población argentina tuvo una respuesta exitosa, ya que posibilitó mayor articulación intersectorial donde se crearon puentes entre la línea y los servicios de salud a los cuales se les reportaba los casos y ellos realizaban asignación de consultas externas y seguimientos periódicos (Persano et al., 2021).

En el caso de Perú y Estados Unidos se tiene como referente la modificación de terapias ya construidas y adaptadas para ser implementadas por medio

- [6] Carlos Robledo-Marín, Lisseth Montoya-Velilla, Camila Pérez-Ceballos, Mauricio Gómez-Hoyos, Paola Gutiérrez-Londoño, Karla Gil-Luján y Jeny García-Valencia

de las TIC por la situación de pandemia, tales como la terapia dialéctico-conductual (DBT) en adolescentes con desregulación emocional y el protocolo CAMS (por sus siglas en inglés, Collaborative Assessment and Management of Suicidality) para prevención de la conducta suicida, en los cuales se evidenciaron múltiples ventajas y desafíos. En Perú, particularmente, se destaca la posibilidad de recibir tratamiento sin necesidad de correr el riesgo de contagio, posibilidad de reducir gastos en el desplazamiento, llegar a población que residía en zonas apartadas, mayor adaptabilidad en horarios y la posibilidad de compartir herramientas de manera sincrónica. Por otra parte, se reporta, como principales desafíos, la conexión a internet, la falta de espacios privados, el manejo de la confidencialidad y los datos sensibles, el abandono de algunos pacientes que no se adherían a la modalidad y la dificultad en percibir el comportamiento no verbal (Jobes et al., 2020; Valdivieso y Cambero, 2021).

Por otro lado, el abordaje de la problemática del comportamiento suicida de la población antioqueña, en un contexto de pandemia, demandó grandes retos, especialmente con la población con afectaciones en salud mental, dadas las dificultades en el acceso a las atenciones de rutina, el seguimiento a la adherencia al tratamiento, las situaciones de descompensación, requerimiento de hospitalización o abordaje ambulatorio. Debido a los mandatos gubernamentales, se debió guardar distancia para estabilizar las tasas de contagio. Por lo descrito anteriormente, hubo un impulso de diversas instituciones, de carácter público y privado, para la utilización de modelos que permitieran nuevas formas de brindar un servicio de calidad en salud mental, respetando el distanciamiento físico y reduciendo las brechas de acceso.

Una forma de responder al reto fue por medio de la modalidad de teleorientación, definida en el artículo 10 de la Resolución 2654 de 2019, como el “conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación” (Resolución 2654, 2019, p. 6), dicha modalidad ofrece diferentes beneficios como la realización de interconsultas en diferentes especialidades con comodidad, privacidad y dando respuesta de forma efectiva a la solicitud de las consultas programadas.

Es así como la Gobernación de Antioquia, a mediados de marzo de 2020, creó una línea de teleorientación que hace parte del programa de gobierno llamado Salud para el Alma, operado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, a través del LivingLab Telesalud. Su propósito central fue realizar oportunamente acompañamiento psicológico primario, por medio de atención en crisis, orientación telefónica e, incluso, derivación a telepsiquiatría, en caso de ser necesario. Entre los servicios prestados se incluyó la teleorientación y teleexperticia para facilitar a los profesionales en Psicología la activación de rutas en los casos que se presentara comportamiento suicida e, incluso, valoración por psiquiatría en caso de requerir hospitalización.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente artículo tiene como propósito describir las características de los antioqueños con comportamiento suicida, que consultaron la línea de teleorientación Salud para el Alma, en el contexto de pandemia, durante los años 2020 a 2021.

Método

Tipo de estudio: descriptivo, de corte transversal, con enfoque investigativo cuantitativo con método empírico-analítico y de fuente información secundaria, la cual, hace referencia a una base de datos de historia clínica psicológica utilizada durante el proceso de atención.

Participantes: 537 pacientes del departamento de Antioquia, que consultaron la línea de teleorientación Salud para el Alma y que, además, presentaron algún tipo de comportamiento suicida de forma previa a la atención o durante esta, independiente del nivel de riesgo, entre el 28 de marzo de 2020 y el 28 de marzo 2021, en contexto de emergencia sanitaria por la COVID-19. Se excluyeron los pacientes que no presentaron comportamiento suicida y los pacientes atendidos por la línea que fueran residentes de la ciudad de Medellín.

Instrumento: historia clínica, alojada en una plataforma que pertenece a la Universidad de Antioquia y es administrada por LivingLab, la cual tiene el nombre de Analítica, en esta, se recopila la información de pacientes que se comunican a la línea de salud mental Salud para el Alma para solicitar teleorientación psicológica. Para llevar a cabo este proceso se diligencian va-

- [8] Carlos Robledo-Marín, Lisseth Montoya-Velilla, Camila Pérez-Ceballos, Mauricio Gómez-Hoyos, Paola Gutiérrez-Londoño, Karla Gil-Luján y Jeny García-Valencia

rios formatos que unifican la historia clínica, donde los técnicos en atención prehospitalaria (APH), los psicólogos y los psiquiatras van sistematizando en tiempo real la información que el usuario suministra.

Procedimientos: para la recolección de información esta fue descargada de la plataforma Analítica y ordenada en Excel y, posteriormente, se recurrió al *software* estadístico SPSS portable versión 24 gratuita. Para el análisis y posterior presentación de resultados, se incluyeron variables de tipo demográfico (grupo de edad, sexo, ocupación, estado civil, cobertura en salud y subregión); características del comportamiento suicida (plan estructurado, intentos previos, valoración del riesgo y metodología de intervención); factores de riesgo para la salud (consumo de alcohol, de cigarrillo, de sustancias psicoactivas, problemas de alimentación y tratamientos psicológicos o psiquiátricos previos), y factores clínicos y no clínicos asociados al comportamiento suicida de los pacientes (problemas en la alimentación, alteraciones en el sueño y diagnósticos), con el fin de entender las variables que explicaran el comportamiento suicida en los población de estudio. En el presente estudio, es importante mencionar que no se utilizó un enfoque de muestreo para la recopilación de datos. En su lugar, las variables se presentaron con estadística descriptiva, donde se calculó la frecuencia absoluta y el porcentaje de estas. Se obtuvieron datos de la totalidad de los pacientes que presentaron comportamiento suicida durante el periodo establecido, de esta manera, se eliminó la necesidad de realizar inferencias basadas en muestreos y proporcionando resultados que representan con precisión a toda la población.

Consideraciones éticas: según lo dispuesto en la Resolución 8430 de 1993 y la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964), la presente investigación ha sido clasificada como ‘sin riesgo’ por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Las bases de datos utilizadas en esta investigación fueron exclusivamente empleadas para los fines de este estudio, y sus resultados se analizaron con el único propósito de cumplir con los objetivos establecidos, en consonancia con lo establecido en la ley “Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar, así como a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” (Constitución Política de Colombia, 1991, artículo 15).

El consentimiento informado fue la herramienta utilizada para facilitar que los usuarios expresaran de manera libre, espontánea y clara su acuerdo con respecto al propósito y la naturaleza de las evaluaciones e intervenciones educativas y clínicas, tal como lo establece la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones (Ley 1090 de 2006). Los profesionales explicaron a los usuarios, al inicio de cada intervención, su derecho a la confidencialidad, enmarcado en el secreto profesional. Además, se detallaron las razones por las cuales podría ser necesario revelar información específica en situaciones que representarían un peligro para la persona que busca ayuda, para terceros y a solicitud de una autoridad competente.

En consecuencia, con lo que dicta la Sentencia T-1025 de 2002, es indispensable la capacidad jurídica, por lo tanto, cuando se trata de menores de edad, su voluntad se suplente mediante el consentimiento de su representante legal, es decir, sus padres o un tercero legalmente autorizado. Es importante nombrar que estas reglas tienen sus excepciones cuando está en juego el libre desarrollo de la personalidad o el proyecto de vida (Sentencia T-1025 de 2002).

Resultados

Se realizó el análisis de 537 pacientes del departamento de Antioquia que presentaron comportamiento suicida, de estos, los porcentajes muestran que el tipo de comportamiento en mención se ve en mayor medida en pacientes entre los 29 y los 59 años con el 43.8% (235), seguido del rango entre los 18 y los 28 años con el 40.4% (217), y solo el 1.1% (6) entre los 6 y los 10 años. La edad mínima de los pacientes fue de 7 años y la edad máxima de 92; la edad media fue de 29.7 años, siendo levemente mayor en el caso de las mujeres (30.5) que en el caso de los hombres (28.2). De acuerdo con la distribución por sexo, las mujeres presentaron los mayores porcentajes con el 68.0% (365).

Respecto a la ocupación de los pacientes que consultaron, el 39.8% (213) eran trabajadores, incluyendo en esta categoría el personal del área de la salud que representa el 3.9% (21), el 24.0% (129) estudiantes, y la categoría des-

[10] Carlos Robledo-Marín, Lisseth Montoya-Velilla, Camila Pérez-Ceballos, Mauricio Gómez-Hoyos, Paola Gutiérrez-Londoño, Karla Gil-Luján y Jeny García-Valencia

empleados que representó el 16.4 % (88). El estado civil indica que el 54.0 % (290) estaban solteros y el 11.5 % (62) en unión libre. En cuanto al régimen de afiliación, el 59.4 % (319) de los pacientes se encontraban afiliados al régimen contributivo y el 34.5 % (185) al régimen subsidiado como se muestra en la tabla 1.

El análisis de los pacientes del departamento de Antioquia se realizó por subregiones, encontrando, así, que los mayores porcentajes de pacientes con comportamiento suicida se encontraban en el Valle de Aburrá (sin incluir los pacientes de la ciudad de Medellín) con el 62.2 % (334), lo sigue el Oriente antioqueño con el 15.6 % (84) y el Suroeste con el 6.1 % (33), las demás regiones en conjunto representan el 16.0 % (86) del total de los pacientes con conducta suicida.

Tabla 1

Características sociodemográficas de pacientes que presentaron comportamiento suicida en el departamento de Antioquia, periodo del 28 de marzo de 2020 al 28 de marzo de 2021

Variables	Categorías	N.º	%
Grupo de edad	6-10	6	1.1
	11-17	44	8.2
	18-28	217	40.4
	29-59	235	43.8
	60 y más	34	6.3
	Sin dato	1	0.2
Sexo	Mujer	365	68.0
	Hombre	172	32.0
Ocupación	Trabajador	213	39.7
	Estudiante	129	24.0
	Desempleado	88	16.4
	Oficios del hogar	86	16.0
	Sin dato	13	2.4
	Pensionado	8	1.5
Estado civil	Soltero	290	54.0
	Sin dato	93	17.3

Variables	Categorías	N.º	%
	Unión libre	62	11.5
	Casado	60	11.2
	Separado	22	4.1
	Viudo	6	1.1
	Divorciado	4	0.7
Régimen de afiliación	Régimen contributivo	319	59.4
	Régimen subsidiado	185	34.5
	Sin dato	17	3.2
	Población pobre no asegurada	15	2.8
	Régimen especial	1	0.2
Subregión	Valle de Aburrá	334	62.2
	Oriente	84	15.6
	Suroeste	33	6.1
	Urabá	22	4.1
	Norte	22	4.1
	Occidente	17	3.2
	Nordeste	15	2.8
	Magdalena Medio	5	0.9
	Bajo Cauca	5	0.9
Total		537	100.0

Con relación a las características del comportamiento suicida se evidencia cómo el 45.1 % (242) de ellos manifestaron presentar plan estructurado para llevar a cabo el suicidio y el 41.5 % (223) manifestaron haber presentado intentos de suicidio previos a la teleorientación.

La valoración del riesgo definida por los profesionales en Psicología durante la teleorientación, indica que el 46.7 % (251) de los pacientes fueron valorados en el momento de la consulta con riesgo medio de suicidio, seguido del 35.7 % (192) valorados con riesgo alto y el 17.5 % (94) con riesgo bajo. Siendo la orientación con el 67.8 % (364) la metodología de intervención más utilizada, seguido de la intervención en crisis con el 32.2 % (173) (tabla 2).

Tabla 2

Características del comportamiento suicida en los pacientes que consultaron la línea de teleorientación en el departamento de Antioquia, periodo del 28 de marzo de 2020 al 28 de marzo de 2021

Variables	Categorías	N.º	%
Plan estructurado	No	295	54.93
	Sí	242	45.07
Intentos previos	No	314	58.47
	Sí	223	41.53
Valoración del riesgo	Alto	192	35.75
	Medio	251	46.74
	Bajo	94	17.50
Metodología de la intervención	Intervención en crisis	173	32.22
	Orientación	364	67.78
Total		537	100.00

Respecto a los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida de todos los pacientes atendidos se evidenció el consumo de alcohol no especificado en 22.5% (121), seguido del consumo de cigarrillo no especificado con presencia en el 21.8% (117) de los pacientes y el consumo de sustancias psicoactivas no especificadas en el 15.6% (84) de los pacientes con comportamiento suicida.

El 57.0% (306) de los pacientes indicaron haber recibido tratamientos psicológicos o psiquiátricos previos a la teleorientación. En mayor detalle, de los 306 pacientes identificados, el 25.5% (137) recibió atención por psicología, el 17.1% (92) atención por psiquiatría y el 14.3% (77) recibió tanto atención por psicología como por psiquiatría de forma previa.

Se evidencia que el 51.6% (277) de los pacientes menciona no haber presentado ningún problema en la alimentación, el 34.1% (183) de los pacientes manifestó haber presentado hiporexia o pérdida gradual del apetito y el 8.8% (47), alteraciones alimenticias no especificadas.

El 30.9% (166) de los pacientes no presentaron ningún tipo de alteración en el sueño, el 24.4% (131) presentó insomnio no especificado, el 17.5%

Características de los habitantes del departamento de Antioquia con comportamiento [13]
suicida. Una mirada desde la teleorientación, en contexto de pandemia

(94), insomnio de inicio o de conciliación y el 9.3 % (50), insomnio de mantenimiento (tabla 3).

Tabla 3

Factores de riesgo para la salud asociados al comportamiento suicida en la población objeto de estudio

Variables	Categorías	N.º	%
Consumo de alcohol no especificado	No	416	77.5
	Sí	121	22.5
Consumo de cigarrillo no especificado	No	420	78.2
	Sí	117	21.8
Consumo de sustancias psicoactivas no especificado	No	453	84.4
	Sí	84	15.6
Antecedentes de afectación mental o emocional	No	231	43.0
	Sí	306	57.0
Problemas en la alimentación	Sin problemas en la alimentación	277	51.6
	Hiporexia	183	34.1
	Alteraciones alimenticias no especificadas	47	8.8
	Hiperfagia	22	4.1
	Alteraciones alimenticias no especificadas	3	0.6
	Anorexia nerviosa	3	0.6
	Bulimia nerviosa	2	0.4
Alteraciones en el sueño	Sin alteraciones en el sueño	166	30.9
	Insomnio no especificado	131	24.4
	Insomnio de inicio o conciliación	94	17.5
	Insomnio de mantenimiento	50	9.3
	Insomnio mixto	48	8.9
	Hipersomnia	19	3.5
	Insomnio no especificado/hipersomnia	10	1.9
	Insomnio global	6	1.1
	Insomnio no especificado	5	0.9
	Insomnio de inicio o conciliación/hipersomnia	4	0.7
	Insomnio de mantenimiento/hipersomnia	3	0.6
Insomnio mixto/hipersomnia	1	0.2	
Total		537	100.0

- [14] Carlos Robledo-Marín, Lisseth Montoya-Velilla, Camila Pérez-Ceballos, Mauricio Gómez-Hoyos, Paola Gutiérrez-Londoño, Karla Gil-Luján y Jeny García-Valencia

De acuerdo con los diagnósticos agrupados con base en el DSM-V, los mayores porcentajes indican que el 37.8 % (203) de los pacientes que presentaron comportamiento suicida consultaron por trastornos o episodios depresivos, el 16.4 % (88), por trastornos o episodios de ansiedad y el 12.3 % (66), por otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario (tabla 4).

Tabla 4

Factores clínicos asociados al comportamiento suicida de la población objeto de estudio

Variables	Categorías	N.º	%
Diagnósticos	Trastornos o episodios depresivos	203	37.8
	Trastornos o episodios de ansiedad	88	16.4
	Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo	66	12.3
	Otras categorías	38	7.1
	Trastorno afectivo bipolar y otros episodios	37	6.9
	Problemas relacionados con la educación familiar	26	4.8
	Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	22	4.1
	Otros problemas relacionados con el entorno social	18	3.4
	Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente o conducta suicida	9	1.7
	Trastornos o problemas de la personalidad	9	1.7
	Trastornos o episodios relacionados con la ingesta de sustancias	7	1.3
	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	4	0.7
	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	2	0.4
	Trastornos de adaptación	2	0.4
	Maltrato, abuso y negligencia	2	0.4
	Trastorno neurocognitivo	1	0.2
	Abuso sexual	1	0.2
	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	1	0.2
	Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta	1	0.2
Total general		537	100.0

Discusión

El alcance de esta investigación pretende describir las características de los antioqueños, quienes consultaron la línea de teleorientación Salud para el Alma y, a su vez, presentaron comportamiento suicida, durante los años 2020-2021, en el contexto de la pandemia.

Es importante reconocer que últimamente se ha constatado mayor sensibilización en la sociedad en relación con el comportamiento suicida, así como el interés de emprender estrategias encaminadas a la prevención o la reducción de su impacto (Gabilondo, 2020). Específicamente en el contexto de pandemia, se ha promovido el incremento de las TIC aplicadas a los servicios de salud, en la atención de pacientes en las diferentes especialidades médicas y específicamente en relación con la salud mental. Incluso, las estrategias de teleorientación aplicadas al tratamiento del malestar psíquico están ganando aceptación y apoyo en el tratamiento de los problemas de salud mental (Freitag et al., 2022), así como los profesionales que han prestado sus servicios bajo esta modalidad, usando alternativas como el teléfono y la videoconferencia, refieren valoraciones positivas relacionadas con la eficacia del tratamiento y la satisfacción de los pacientes con el servicio que reciben (Montoya et al., 2022).

Con relación al abordaje inicial de pacientes con riesgo o comportamiento suicida, en la atención primaria en salud, la teleorientación ha mostrado eficacia en la atención, la disminución de síntomas y de cancelación de citas, así como la satisfacción de los pacientes (Frank et al., 2021). Si bien es cierto que es necesario que los profesionales reciban una formación más amplia en el uso de nuevas tecnologías, que los métodos se adapten a este tipo de intervenciones y que la población se familiarice más con ellas (Montoya et al., 2022), esto abre la puerta para que, a partir de estrategias basadas en telesalud, se establezcan metodologías más oportunas y eficientes para abordar problemáticas en salud mental (Frank et al., 2021) como es el caso del comportamiento suicida.

Por tal motivo, han proliferado, en los últimos años, diferentes modelos de teleorientación o telepsicología, los cuales han permitido la mejor atención a

- [16] Carlos Robledo-Marín, Lisseth Montoya-Velilla, Camila Pérez-Ceballos, Mauricio Gómez-Hoyos, Paola Gutiérrez-Londoño, Karla Gil-Luján y Jeny García-Valencia

la población más necesitada. En Antioquia, por ejemplo, se han implementado algunas estrategias exitosas que tienen como objetivo acercar la atención en salud mental a la población por medio de las tecnologías de la información, favoreciendo la accesibilidad al servicio y la oportunidad de la atención. La Línea Amiga Saludable es una estrategia diseñada por la Alcaldía de Medellín, por intermedio de la Secretaría de Salud, para brindar acompañamiento y orientación psicológica gratuita de manera constante (24/7) a todos los habitantes de la ciudad. El funcionamiento de la línea comienza cuando un técnico en atención prehospitalaria —APH— recibe la llamada o el mensaje, hace una valoración del riesgo por medio de un triaje en salud mental e inmediatamente deriva a un profesional en psicología que atiende la situación (Zapata-Ospina et al., 2022).

La estrategia de la Línea Amiga Saludable fue inaugurada en el año 1998 e inicialmente solo orientaba a las personas que tenían problemas con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. En el año 2008 se le agregaron los componentes de salud sexual y reproductiva, salud familiar y salud mental. En marzo de 2020, por la situación de pandemia, los casos de afectaciones en salud mental se incrementaron, provocando que en la actualidad la Línea Amiga Saludable solo se dedique a brindar orientación y acompañamiento en temas de salud mental (Alcaldía de Medellín, 2022).

Por otra parte, el LivingLab Telesalud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se ha convertido en un referente a nivel nacional en procesos de telesalud; allí “el Estado, el sector público, la academia, la sociedad civil organizada y los ciudadanos, participan activamente en el proceso de Innovación, su propósito es integrar las TIC a la búsqueda de soluciones a los problemas de salud pública” (Universidad de Antioquia, 2022, p. 1). En relación con salud mental, ofrece servicios desde un modelo de teleorientación, telepsicología y telepsiquiatría a la población en general, según los convenios establecidos con distintas entidades públicas y privadas.

Por su parte, Hola Dr. *[sic]* es una IPS virtual que surge desde de la Universidad CES para el acceso a servicios en salud, con profesionales que están disponibles, a través de un modelo de telemedicina interactiva para la atención en psicología, nutrición, medicina interna, entre otros, para el diagnós-

tico y el tratamiento de diferentes patologías, de tipo psicológico y físico, así como las respectivas derivaciones que sean necesarias (Universidad CES, 2022a, 2022b).

En los últimos años, algunas administraciones municipales han implementado líneas de atención en salud mental, tal es el caso de municipios, como Bello, Envigado, Itagüí, Rionegro y La Estrella. El funcionamiento de dichas líneas se realiza a través de llamadas telefónicas y reportes realizados por medio de plataformas de mensajería, algunas funcionan 24/7 y otras, en horario de oficina, con la posibilidad de respuesta inmediata; en algunos casos se realizan articulaciones con primeros respondientes como Bomberos y Policía Nacional en los casos de alto riesgo. Es importante mencionar que las líneas de dichos municipios responden a lo descrito en la Política Nacional de Salud Mental; esta indica que se debe propugnar por el desarrollo de acciones de atención primaria que detecten y aborden de manera inicial las problemáticas de salud mental, garantizando la remisión oportuna a los servicios de salud para la atención inicial y la derivación, si es pertinente, al equipo interdisciplinario en otros niveles de complejidad, según reza en la Resolución 4886 de 2018 (Resolución 4886, 2018).

Los resultados de la presente investigación, que indican cómo el Valle de Aburrá fue la región de Antioquia que más reportes de comportamiento suicida presentó (62.2%), coincidió con lo presentado en el *Boletín Epidemiológico de la Gobernación de Antioquia* (Gobernación de Antioquia, 2020), donde se reporta que esta región presentó un porcentaje similar (65.9%). De igual manera, la región que ocupó el segundo lugar, Oriente antioqueño, con el 15.6% en el estudio y el 12% en el *Boletín Epidemiológico*.

Respecto a la variable sexo, se evidencia en múltiples investigaciones (Blandón et al., 2015; Conejero et al., 2020; González y Valencia, 2020; Kang et al., 2020; Luo et al., 2020; Medina Pérez et al., 2015), cómo las mujeres siguen liderando la puntuación de personas que expresan tener ideación suicida, reportando tener altos niveles de ansiedad, depresión, cargas laborales y domésticas durante la pandemia. La población femenina que se comunicó a la línea, representó el 68%, en comparación con la población masculina, con el 32%. No obstante, las muertes por suicidio en Antioquia

- [18] Carlos Robledo-Marín, Lisseth Montoya-Velilla, Camila Pérez-Ceballos, Mauricio Gómez-Hoyos, Paola Gutiérrez-Londoño, Karla Gil-Luján y Jeny García-Valencia

las puntuaron mayoritariamente los hombres, ya que de los 121 casos reportados en el primer trimestre del año 2020 el 89 % fueron hombres y el 11 % fueron mujeres.

Lo anteriormente mencionado da cuenta de cómo los hombres siguen teniendo dificultades en buscar ayuda, preocuparse por su salud mental y la utilización de métodos más letales para consumar el acto suicida, siendo el ahorcamiento y las armas de fuego los mecanismos más utilizados (Blandón et al., 2015; Medina et al., 2015). El rango de edad con mayor porcentaje de personas que se comunicaron a la línea y que presentaron comportamiento suicida fueron de 29 a 59 años con 43.8 %, en contraste con el reporte generado por el *Boletín Epidemiológico de la Gobernación de Antioquia*, el cual informa que las personas de 10 a 19 años lideran las cifras de comportamiento suicida con 36.7 % (Gobernación de Antioquia, 2020).

En el análisis de los factores no clínicos que inciden en las características de las personas que presentaron comportamiento suicida se encuentra que, el consumo de alcohol lidera los hábitos que tenían estas personas con el 22.5 %, seguido del cigarrillo 21.8 % y, por último, las sustancias psicoactivas con 15.6 %. Estos hábitos se pueden relacionar con la reacción a los mecanismos de confinamiento que vivieron las personas durante esta época a causa de la pandemia por la COVID-19, lo cual agudizó los niveles de ansiedad, posibilitó más tiempo de ocio y limitó, de manera considerable, el acceso a los servicios de salud a las personas que necesitaban tratamientos de rehabilitación. También es importante considerar que si bien se registra consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas, el porcentaje no es tan elevado, tal vez por la dificultad de las personas en tener el acceso a estas sustancias por las cuarentenas y la ley seca implementada en todo el territorio.

Conclusiones

Aunque antes de 2019 las intervenciones en salud por medio de las TIC ya gozaban de cierta difusión y eran objeto de interés por parte de la comunidad técnica y académica, es evidente que la contingencia en salud, producto de la pandemia por la COVID-19, impulsó de manera significativa el uso de estas

estrategias, dado el aumento de enfermedades mentales asociadas a esta situación, que supuso mejor intervención y oportunidad en el ejercicio clínico y animó aún más la labor investigativa al respecto.

El presente estudio ofrece una evidencia importante de cómo la teleorientación y la telepsicología, se convirtió en un método apropiado para el abordaje del malestar mental en momentos cuando el distanciamiento social y las restricciones de movilización impedían acudir de manera presencial, especialmente en situaciones tan complejas y multidimensionales como el comportamiento suicida, tanto así, que los efectos positivos de esta estrategia permitieron la incorporación de programas de telesalud en los planes de salud, y trasciende la situación de pandemia.

Respecto a las limitaciones de la presente investigación, se evidencia que no se obtuvieron datos de los métodos utilizados por los consultantes, en el momento de indicar que habían tenido un intento previo de suicidio. No obstante, es una variable que se tendrá en cuenta para adicionar en las bases de datos por registrar en la población beneficiaria de la línea, en tanto puede mejorar la identificación, la evaluación y el manejo de la práctica clínica en el momento de abordar el comportamiento suicida.

Agradecimientos

A la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, adscrita a la Gobernación de Antioquia, por el apoyo en el funcionamiento del programa Salud para el Alma (contratos 4600010592 y 4600011985, ejecutados entre 2020 y 2021).

Referencias

- Alcaldía de Medellín (2022). *Línea Amiga Saludable*. <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=contenido/11035-Linea-Amiga-Saludable>.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-5, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Panamericana.

- [20] Carlos Robledo-Marín, Lisseth Montoya-Velilla, Camila Pérez-Ceballos, Mauricio Gómez-Hoyos, Paola Gutiérrez-Londoño, Karla Gil-Luján y Jeny García-Valencia

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. APA. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>.

Asociación Médica Mundial (1964). *Declaración de Helsinki*. https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/declaracion_helsinki.pdf.

Bedoya, E. y Montaña, L. (2016). Suicidio y trastorno mental. *CES Psicología*, 9(2), 179-201.

Blandón, O., Medina, O y Peláez, M. (2015). Comportamiento de los suicidios en el Urabá antioqueño, Colombia, 2000-2010. *Investigaciones Andina* 30(17), 1166-1178. <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239035878003.pdf>.

Cardona, D., Segura, A., Segura, A. y Robledo, C. (2022). *Salud y bienestar mental de la persona mayor en cinco ciudades de Colombia 2020-2022*. Editorial CES.

Conejero, I., Berrouiguet, S., Ducasse, D., Leboyer, M., Jardon, V., Olié, E. y Courtet, P. (2020). Épidémie de COVID-19 et prise en charge des conduites suicidaires: challenge et perspectives [Suicidal behavior in light of COVID-19 outbreak: Clinical challenges and treatment perspectives]. *L'Encephale*, 46(3S), S66-S72. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.001>.

Constitución Política de Colombia [Const.] (4 de julio de 1991) (Colombia).

Frank, H., Grumbach, N., Conrad, S., Wheeler, J. y Wolff, J. (2021). Mental health services in primary care: Evidence for the feasibility of telehealth during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100146>.

Freitag, G., Urcuyo, A. y Comer, J. (2022). Leveraging telehealth strategies to address youth mental health challenges. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 2(1), 141-153. <https://doi.org/10.1016/j.ypsc.2022.06.004>.

Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>.

Gobernación de Antioquia (2020). *Infografía Conducta suicida en Antioquia 2019-2020*. Documento interno de trabajo.

González, M. y Valencia, Y. (2020). *Reintento de suicidio en hombres del departamento de Antioquia (Colombia), y algunos factores personales y clínicos asociados 2016-2019* [tesis de pregrado]. Universidad CES.

Características de los habitantes del departamento de Antioquia con comportamiento [21]
suicida. Una mirada desde la teleorientación, en contexto de pandemia

- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2020). *Forensis, datos para la vida*. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/787115/Forensis_2020.pdf.
- Jobes, D., Crumlsh, J. y Evans, A. (2020). The COVID-19 pandemic and treating suicidal risk: The telepsychotherapy use of CAMS. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 226-237. 10.1037/int0000208.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H. y Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X).
- Ley 1090 de 2006 (6 de septiembre), por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. República de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M. y Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>.
- Ma, L., Huang, Y. y Liu, T. (2022). Unequal impact of the COVID-19 pandemic on mental health: *Role of the Neighborhood Environment*. *Sustainable Cities and Society*, 87, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.scs.2022.104162>.
- Mathers, C. y Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), 10.1371/journal.pmed.0030442.
- Medina Pérez, O. A., Díaz Téllez, Á. S. y Rozo David, A. J. (2015). Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 431-438. doi:10.15446/revfacmed.v63n3.43798.
- Mengin, A., Allé, M. C., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., Berna, F., Jardri, R., Vaiva, G., Geoffroy, P. A., Brunault, P., Thibaut, F., Chevance, A. y Giersch, A. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement Psychopathological consequences of confinement. *L'Encephale*, 46(3S), S43-S52. 10.1016/j.encep.2020.04.007.
- Montoya, M., Kogan, C., Rebello, T., Sadowska, K., García-Pacheco, J., Khoury, B., Kulygina, M., Matsumoto, C., Robles, R., Huang, J., Andrews, H., Ayuso-Mateos, J., Denny, K., Gaebel, W., Gureje, O., Kanba, S., Mar'e, K., Medina-Mora, M., Pike, M., ... Reed, G. (2022). An international survey examining

- [22] Carlos Robledo-Marín, Lisseth Montoya-Velilla, Camila Pérez-Ceballos, Mauricio Gómez-Hoyos, Paola Gutiérrez-Londoño, Karla Gil-Luján y Jeny García-Valencia

the impact of the COVID-19 pandemic on telehealth use among mental health professionals. *Journal of Psychiatric Research*, 148, 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.050>.

- Onyeka, I., O'Reilly, D. y Maguire, A. (2021). The association between self-reported mental health, medication record and suicide risk: A population wide study. *SSM. Population Health*, 13. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100749>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). Salud mental: prevención del suicidio (SUPRE). OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Salud mental: prevención del suicidio (SUPRE). OMS.
- Persano, H., Kugler, M., Gutnisky D. A. y Alul, F. (2021). Dispositivo público de telesalud mental durante la pandemia COVID-19: aproximaciones preliminares del Programa Salud Mental Responde (SMR). *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 32(151), 25-31. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/22/5>.
- Resolución 4886 de 2018 (15 de noviembre), por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social. *Diario Oficial* 50770. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=93348>.
- Resolución 8430 de 1993 (4 de octubre) por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 2654 de 2019 (3 de octubre), por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad/resoluciones/resolucion-2654-de-2019>.
- Sentencia T-1025 de 2002 (27 de noviembre) (M. P. Rodrigo Escobar Gil). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/t-1025-02.htm>.
- Sociedad Española de Psiquiatría Legal (2022). *Plan de prevención del suicidio de la comunidad de Madrid 2022-2026*. <https://www.psiquiatrialegal.org/plan-de-prevencion-del-suicidio-de-la-comunidad-de-madrid-2022-2026>.
- Teléfono de la Esperanza (2022). <https://telefonodelaesperanza.org/noticias/el-suicidio-se-situa-como-la-primera-causa-de-muerte-externa-con-4003-personas-fallecidas-en-el-2021-segun-datos-del-ine-2021>.
- Tong, Y. y Phillips, M. (2010). Cohort-specific risk of suicide for different mental disorders in China. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 467-473. 10.1192/bjp.bp.109.070409.

Características de los habitantes del departamento de Antioquia con comportamiento [23]
suicida. Una mirada desde la teleorientación, en contexto de pandemia

Universidad CES (2022a). Hola Dr. Somos la primera IPS virtual de Colombia. <https://holadr.com.co/quienes-somos/>.

Universidad CES (2022b). Hola Dr. ¿Por qué elegirnos? <https://holadr.com.co/servicios-de-salud/>.

Universidad de Antioquia (2022). *¿Qué es LivingLab Telesalud?* <https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/unidades-academicas/medicina/telesalud>.

Valdivieso, G. y Cambero, S. (2021). Terapia conductual dialéctica para adolescentes con desregulación emocional: adaptaciones online en tiempos de pandemia. *Rev latinoam pers*, 2(1), 26-38. <http://revistalatioameri-canadela personalidad.org/revista-2-1/>.

Vargas, G., Vásquez, C., Soto, G., Ramírez, L., Guerrero, B., Galeano, L., Gómez, J., Uribe, S. y Jaramillo, J. (2015). Atención con calidad de las personas que presentan conducta suicida. Manual para profesionales de la salud. Alcaldía de Medellín. <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bce0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES->.

Zapata-Ospina J., Gil, K., López, A., Ospina, L., Gutiérrez, P., Aristizábal, A., Gómez, M. y García, J. (2022). Descripción de un programa de telesalud mental en el marco de la pandemia de COVID-19 en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.04.003>.