

Determinantes sociales de la salud asociados con la ideación suicida en población mayor de 16 años en el Departamento del Cauca, Colombia, 2023

Luis Gabriel Hurtado Montoya, Adriana María Vega Gómez

Julián Santaella

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Maestría en Salud Pública, Cali, Colombia.

Autor de correspondencia: Luis Gabriel Hurtado Montoya,

lghurtado@javerianacali.edu.co

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre los determinantes sociales de la salud, organizados desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner, y la ideación suicida en mayores de 16 años de microterritorios priorizados del Cauca en 2023. Método: Estudio cuantitativo, transversal y observacional (Encuesta Social y Ambiental 2023; n=90 250). Las variables del mesosistema, exosistema y macrosistema se estructuraron en quintiles de vulnerabilidad. Se aplicaron modelos de regresión logística bivariados y multivariados para evaluar asociaciones e interacciones. Resultados: La prevalencia de ideación suicida fue 1,46%. El análisis identificó mayor oportunidad de presentar ideación suicida en mujeres, jóvenes, víctimas del conflicto armado y en personas con depresión y ansiedad y como factores protectores el curso de vida de adultez y vejez frente a la juventud, así como el estado civil casado frente a los solteros. Las interacciones revelaron al entorno como modificador de las asociaciones en el microsistema: habitar viviendas con amenaza ambiental o geográfica y carecer de redes culturales y deportivas disminuyó la asociación protectora de la adultez y vejez con la ideación suicida. Asimismo, la falta de servicios básicos incrementó la oportunidad de ideación suicida en personas con discapacidad y

víctimas de violencia. En el quintil de mayor vulnerabilidad (Q5), las asociaciones de variables como violencia intrafamiliar, inseguridad alimentaria, y haber sido afectado por el conflicto armado con ideación suicida perdieron magnitud. Conclusiones: La ideación suicida trasciende lo individual; está intrínsecamente anclada a determinantes estructurales que intensifican vulnerabilidades y anulan factores protectores. Su prevención exige superar el reduccionismo clínico mediante intervenciones ecológicas e intersectoriales orientadas a transformar las condiciones de los territorios.

Palabras clave: Ideación Suicida, Salud Mental, Determinantes Sociales de la Salud, Modelo ecológico de Bronfenbrenner, Salud Pública.

Abstract:

Objective: To analyze the relationship between social determinants of health, organized according to Bronfenbrenner's ecological model, and suicidal ideation in individuals aged over 16 years in prioritized micro-territories of Cauca, Colombia, in 2023. Methods: A quantitative, cross-sectional, observational study was conducted using data from the 2023 Social and Environmental Survey (n = 90,250). Variables from the mesosystem, exosystem, and macrosystem were structured into vulnerability quintiles. Bivariate and multivariate logistic regression models were applied to evaluate associations and interactions. Results: The prevalence of suicidal ideation was 1.46%. Higher odds were observed among women, young individuals, and victims of armed conflict, with the SRQ anxiety/depression alert showing the strongest association (OR = 28.11). After multivariate adjustment, this association decreased (OR = 14.81), and the variable

migrant status lost statistical significance, whereas living in rural areas became significant. Interaction analyses revealed the environment as a modifier of associations within the microsystem: living in high-risk housing conditions and lacking cultural and sports networks reduced the protective effect of adulthood and old age on suicidal ideation (compared to youth). Additionally, lack of basic services exacerbated suicidal ideation among people with disabilities and victims of violence. In the highest vulnerability quintile (Q5), the magnitude of some microsystem associations decreased. Conclusions: Suicidal ideation transcends the individual level and is intrinsically linked to structural determinants that intensify vulnerabilities and weaken protective factors. Its prevention requires moving beyond clinical reductionism toward ecological and intersectoral approaches aimed at transforming territorial conditions.

Keywords: Suicidal ideation; mental health; social determinants of health; Bronfenbrenner ecological model; public health.

Introducción

El suicidio y sus fases dentro de las cuales está la ideación suicida, constituyen un fenómeno complejo y multicausal prioritario para la salud pública global (1). La ideación suicida, entendida como la presencia de pensamientos de acabar con la propia vida, es uno de los principales predictores de las conductas suicidas (2) que suele estar influenciada por problemas interpersonales, estresores económicos y conflictos sociales (1). Abordar este fenómeno requiere superar los enfoques exclusivamente biomédicos, integrando los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) para comprender cómo el entorno socioeconómico y las desigualdades configuran la vulnerabilidad psicológica (1,3).

Para este análisis, el Modelo Ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner resulta ser un marco teórico idóneo, al postular que el desarrollo y comportamiento de una persona están influenciados por sistemas concéntricos interconectados: el microsistema (entorno inmediato como el sexo o ser víctima de violencia intrafamiliar), el mesosistema (interrelación de microsistemas), el exosistema (redes comunitarias e institucionales) y el macrosistema (condiciones estructurales, políticas y culturales) (4,5). Este modelo permite visualizar el sufrimiento psicológico más allá del individuo, incluyendo factores socio estructurales que perpetúan el problema (5).

En América Latina y el Caribe, las tasas de suicidio han aumentado en la última década, asociadas con condiciones estructurales como la pobreza, el desempleo, la exclusión social y las barreras de acceso a servicios especializados, lo que evidencia la influencia de los DSS en la ocurrencia de conductas suicidas (1,6,7).

En Colombia, el suicidio y la ideación suicida han presentado una tendencia creciente en los últimos años, con mayor afectación en adolescentes, jóvenes y mujeres (6,8,9). El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 estableció en su componente 7.3.3.2 — Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia— la meta de disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas a 4,7 por 100.000 habitantes para 2021 (10). Aunque dicho plan terminó su ejecución en 2021, y ya se han reportado avances en la implementación del nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, persisten brechas territoriales que limitan el impacto de las acciones de promoción y prevención. (6,9,11).

En el Cauca, un territorio caracterizado por dinámicas históricas de conflicto armado, ruralidad dispersa y desigualdades estructurales (12,13), el conocimiento específico sobre ideación suicida es escaso. Si bien la estrategia nacional para la prevención de la conducta suicida (9) plantea que las acciones deben orientarse a actuar sobre los determinantes sociales que influyen en la salud mental para reducir exposiciones de riesgo y fortalecer los factores protectores. En el departamento del Cauca la escasa evidencia dificulta el diseño de políticas focalizadas y sostenibles, lo que incrementa la vulnerabilidad de la población que ya enfrenta desafíos asociados a la violencia, la ruralidad y las barreras de acceso a los servicios de salud entre otras (12,13).

La Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio resalta que, aunque existen factores de riesgo comunes a nivel mundial y nacional, el fenómeno del suicidio se manifiesta de forma distinta en cada contexto, debido a sus características sociales, culturales e históricas y por ello las intervenciones deben adaptarse a cada territorio (9), al día de hoy no se han realizado estudios en el departamento del Cauca que utilicen los

datos sobre ideación suicida de la encuesta social y ambiental en microterritorios realizada bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud del Cauca en el 2023. Frente a este vacío, se realizó la presente investigación que tiene como objetivo de analizar la relación entre los DSS, organizados desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner, y la ideación suicida en mayores de 16 años de los microterritorios priorizados del Cauca en 2023.

Métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y observacional basado en el análisis de la base de datos secundaria “Encuesta Social y Ambiental 2023” suministrada por la Secretaría de Salud del Cauca y realizada entre mayo y octubre de 2023. El estudio garantizó el manejo confidencial de la información anonimizada y el cumplimiento de las normas éticas, y fue avalado por el Comité de Ética en investigación de la Pontificia Universidad Javeriana.

La población de estudio está compuesta por personas mayores de 16 años que residían en 39 microterritorios en igual número de municipios priorizados por la Secretaría de Salud Departamental del Cauca y otros 35 microterritorios priorizados por las secretarías municipales de salud en el año 2023, en el marco de la implementación del modelo preventivo y predictivo en salud para el departamento del Cauca (14). Cabe resaltar que municipios como Caldonó, Jambaló y Toribío, al ser población mayoritariamente indígena, ya contaban con una caracterización de la población de todo el municipio, por lo que no fueron incluidos en la encuesta liderada por la Secretaría de Salud. Para seleccionar estos microterritorios, se definieron criterios entre los que estaban que los mismos debían contar con residentes que no hubieran sido previamente caracterizados en encuestas similares. También se requería la existencia de al menos una Institución

Educativa en la zona, lo que facilitaría una posterior intervención en el entorno escolar, conforme a las prioridades en salud pública de los entes territoriales. Además, se priorizaron áreas que fueran accesibles tanto para la recolección de información como para la implementación de intervenciones colectivas.

Asimismo, se realizaron jornadas de diálogo con la comunidad, con quienes se verificó que el microterritorio priorizado contara con los permisos necesarios de las autoridades locales para el uso de dispositivos electrónicos y la recolección de información digital. Finalmente, de común acuerdo con las comunidades, se determinaron los microterritorios (uno por el PIC departamental y otro por el PIC municipal). A partir de esto, los equipos de las Empresas Sociales del Estado (ESE), responsables de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) Departamental y de los PIC municipales, realizaron la encuesta tipo censo a la población de dichos microterritorios.

Previo a iniciar la recolección de la información, la Secretaría de Salud del Cauca lideró un proceso de inducción con todos los encuestadores por cada municipio; así mismo, acompañó la concertación para la selección de los microterritorios y, en colaboración con los estudiantes de enfermería de la universidad del Cauca en último semestre, realizó el pilotaje de la encuesta para validar la pertinencia de las preguntas propuestas. A cada uno de los encuestadores por municipio se le asignó un número determinado de familias y un dispositivo tipo Tablet con el cual, mediante un aplicativo diseñado bajo la dirección de la Secretaría de Salud del Cauca, registró los datos de cada una de las preguntas de la encuesta (14).

Variables:

En el presente estudio, partiendo de la encuesta autorizada, se incluyeron todos los registros que cumplían con los siguientes criterios:

De inclusión

- Personas de 16 años o más.
- Registros completos frente a la pregunta de estudio en la base de datos.

De exclusión

- Formularios incompletos o inconsistentes como edades reportadas mayores a 104 años.
- Encuestas duplicadas o con errores de diligenciamiento.

Ideación suicida (variable dependiente): determinada mediante la pregunta del tamizaje de salud mental SRQ por sus siglas en inglés (Self Report Questionnaire) sobre si en los últimos 30 días, “¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?”

Variables independientes: se organizaron de acuerdo con los niveles del modelo ecológico de Bronfenbrenner (Anexo1).

El microsistema es el nivel más cercano, abarca las relaciones interpersonales directas; como las características sociodemográficas como el sexo o la edad, ser víctima de violencia intrafamiliar o del conflicto armado entre otros (4,5).

El mesosistema comprende las interrelaciones que se producen entre dos o más microsistemas, como la articulación entre la institución educativa y la familia, o entre los servicios de salud y las organizaciones comunitarias, genera un entorno de influencias que impactan en la persona (4,5).

El exosistema se refiere a los espacios donde la persona no participa directamente, pero cuyas dinámicas le afectan, como la falta de servicios públicos o la debilidad de las redes institucionales de apoyo en su territorio (4,5).

El macrosistema engloba las influencias culturales, económicas e históricas de la sociedad, como el riesgo estructural y ambiental de las viviendas (4,5).

En el presente estudio, las variables del mesosistema, exosistema y macrosistema a nivel de municipio se crearon a partir del porcentaje de personas con determinadas limitaciones de servicios o en riesgo. De acuerdo con la distribución del porcentaje de personas se clasificaron los municipios en quintiles, permitiendo una medición estandarizada del riesgo. Es decir, para cada municipio se calculó el porcentaje de la población que presentaba una característica específica frente a la población total del municipio y, con base en dicho porcentaje, se asignó el quintil correspondiente. Es importante precisar que esta clasificación varía dependiendo de la variable de estudio, por lo que los municipios agrupados en el quintil 5 (mayor riesgo) para un determinante particular no son necesariamente los mismos que conforman dicho quintil para otras variables estructurales del modelo. Asimismo, esta categorización puede no concordar estrictamente con las clasificaciones político-administrativas tradicionales de los municipios o las regiones. Adicionalmente, para el análisis multivariado se unificaron variables con conceptos similares para evitar la colinealidad como las respuestas a las preguntas del SRQ y el resultado conjunto del cuestionario SRQ; los diferentes tipos de discapacidad para clasificarlos en “sí” tiene discapacidad o “no” la tiene; y los diferentes tipos de violencia con violencia intrafamiliar. Igualmente, la variable edad se categorizó como juventud de 16 a 28 años, adultez de 29 a 59 años y vejez mayores de 60 años

Análisis de los datos

Inicialmente, se llevó a cabo un análisis descriptivo para caracterizar a la población de estudio según sus variables sociodemográficas y los determinantes sociales en los distintos niveles ecológicos. Las variables categóricas se resumieron y presentaron utilizando frecuencias absolutas y proporciones (porcentajes). Para la variable continua (edad), se reportó la mediana acompañada de su rango intercuartílico (RIC).

Posteriormente, para la construcción del modelo y examinar las asociaciones, se realizó un proceso de selección de variables mediante análisis bivariado, seleccionando para el modelo multivariado únicamente aquellas variables que presentaron una asociación estadística ($p < 0,1$). Para las asociaciones se calcularon *Odds Ratios* (OR) crudos y ajustados por otras variables del modelo multivariado.

Adicionalmente, se examinó la modificación del efecto entre las variables individuales y variables de otros niveles del modelo ecológico. Se examinaron cada interacción a la vez entre las variables seleccionadas de los niveles del macro, exo y mesosistema

individualmente con algunas variables del microsistema relacionadas en la Tabla 1:

Interacciones de niveles del modelo ecológico de Bronfenbrenner.

Tabla 1: Interacciones de niveles del modelo ecológico de Bronfenbrenner

Macrosistema	Exosistema	Mesosistema	Microsistema
Viviendas que enfrentan riesgos	Redes de recursos culturales/deportivos débiles	Disfunción familiar moderada y severa	Sexo
	Servicios públicos		Curso de vida
	Redes de trabajo débiles		Afectación por conflicto armado (víctima o desmovilizado)
			Discapacidad
			Víctima de violencia intrafamiliar
			Diagnóstico de cáncer
			Dejar de comer por falta de dinero en el último año

Todos los análisis se realizaron en Stata versión 18 (15).

Resultados:

Características sociodemográficas y DSS en la población

La base de datos suministrada por la Secretaría de Salud del Cauca estuvo conformada por 94 387 registros, de los cuales, tras la depuración conforme a los criterios de inclusión y exclusión descritos en el método, se obtuvieron 90 250. La depuración no eliminó ningún municipio, sino que redujo el número de registros dentro de los 39 existentes. La prevalencia de ideación suicida fue 1,46 % (n = 1 319). La población estuvo compuesta principalmente por mujeres (55,41 %), con una mediana de edad de 43 años. La distribución étnica fue mayoritariamente mestiza (58,59 %), seguida por afrocolombianos (23,34 %) e indígenas (14,76 %).

En cuanto a las condiciones sociales, se observaron proporciones elevadas de personas con primaria incompleta (30,82 %) y secundaria completa (23,63 %), así como una alta proporción ocupacional de amas de casa (35,48 %) e informalidad laboral (26,16 %).

En relación con los determinantes del mesosistema, sobresale la profunda vulnerabilidad económica de los hogares en la región, donde el 91,5 % de la población encuestada reportó ingresos familiares inferiores a un salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) y un 10,97 % sufrió inseguridad alimentaria severa al punto de tener que dejar de comer por falta de dinero. Adicionalmente, cerca de un tercio de la población (32,6 %) presentó algún grado de disfunción familiar.

A nivel del exosistema y macrosistema, las condiciones estructurales del territorio reflejan marcadas barreras de exclusión y precariedad: el 88,18 % de la población reside

en zonas rurales, habitando contextos con serias deficiencias en infraestructura básica, dado que el 74,01 % solo puede acceder a su vivienda por vías destapadas, caminos de herradura o por vía fluvial, un 83,66 % no cuenta con acceso a internet y el 60,26 % carece de espacios comunitarios, recreativos o culturales. Finalmente, en términos ambientales y de violencia sociopolítica, destaca que un 18,89 % de los encuestados se reconoce directamente como víctima del conflicto armado o desmovilizado y el 36,79 % habita en viviendas expuestas a riesgos estructurales severos (falda de montaña, orillas de los ríos, zonas de ladera, áreas inundables o riesgos múltiples). La distribución completa de todas las variables analizadas se detalla en el Anexo 2.

Análisis multivariado:

Al implementar el modelo de regresión logística multivariada, se observó que las variables del microsistema seleccionadas para el modelo, es decir, aquellas que presentaron una asociación estadística ($p < 0,1$) en el bivariado (Tabla 2: Asociación bivariada y multivariada entre determinantes del microsistema e ideación suicida.), presentan una asociación estadísticamente significativa con la ideación suicida tras ser controladas por las demás covariables. Específicamente, variables sociodemográficas como el sexo femenino, el desempleo y el trabajo informal operan como factores asociados a la ideación suicida. De igual forma, eventos de afectación psicosocial como ser víctima de violencia intrafamiliar, presentar alguna discapacidad, estar afectado por el conflicto armado y padecer inseguridad alimentaria severa presentaron asociaciones sólidas y significativas en el modelo ajustado.

Posterior a la identificación de estas asociaciones, al contrastar los hallazgos con el análisis bivariado crudo, se evidenciaron cambios de gran relevancia analítica. El cambio más destacado se observó en la alerta del cuestionario SRQ: su *odds ratio* (OR), que inicialmente correspondía a 28,11, disminuyó a 14,81 en el modelo multivariado ajustado. Asimismo, la variable *ser migrante*, que en el análisis bivariado sugería una mayor oportunidad de ideación suicida, perdió totalmente su significancia estadística al ser ajustada por el resto de las variables del modelo.

Tabla 2: Asociación bivariada y multivariada entre determinantes del microsistema e ideación suicida.

VARIABLES	ANALISIS BIVARIADO		ANALISIS MULTIVARIADO	
	OR [IC 95%]	Valor p	OR [IC 95%]	Valor p
<i>Sexo</i>				
Hombre	Ref.	0,000	Ref.	0,000
Mujer	1,64 [1,46 - 1,84]		1,53 [1,30 - 1,79]	
<i>Curso de vida</i>				
Juventud	Ref.	0,213	Ref.	0,040
Adultez	0,92 [0,81 - 1,05]		0,84 [0,72 - 0,99]	
Vejez	0,66 [0,56 - 0,78]		0,50 [0,40 - 0,62]	
<i>Etnia</i>				
Mestizo	Ref.	0,045	Ref.	0,770
NARP	1,13 [1,00 - 1,28]		1,02 [0,88 - 1,18]	
Indígena	0,81 [0,68 - 0,97]		0,96 [0,80 - 1,16]	
ROM (gitanos)	3,77 [0,50 - 28,34]		4,69 [0,60 - 36,68]	
<i>Afectación por el conflicto armado</i>				
No	Ref.	0,000	Ref.	0,000
Si	2,25 [1,99 - 2,54]		1,46 [1,28 - 1,67]	
<i>Población migrante</i>				
No	Ref.	0,000	Ref.	0,127
Si	1,69 [1,30 - 2,21]		1,25 [0,94 - 1,67]	
<i>Discapacidad</i>				
Sin discapacidad	Ref.	0,000	Ref.	0,001
Con discapacidad	2,25 [1,99 - 2,54]		1,41 [1,16 - 1,73]	
<i>Nivel de escolaridad</i>				
Secundaria completa	Ref.	0,000	Ref.	0,001
Menos de secundaria	1,30 [1,33 - 1,50]		1,31 [1,12 - 1,54]	
Técnico o superior	1,14 [0,92 - 1,43]		1,28 [1,00 - 1,63]	

Estado civil

Soltero(a)	Ref.		Ref.	
Union libre	0,93 [0,83 - 1,05]	0,269	0,99 [0,86 - 1,14]	0,861
Casado(a)	0,63 [0,53 - 0,75]	0,000	0,81 [0,66 - 0,98]	0,033
Separado(a)	0,96 [0,70 - 1,31]	0,794	0,91 [0,65 - 1,27]	0,588
Viudo(a)	0,65 [0,49 - 0,86]	0,003	0,57 [0,41 - 0,79]	0,001

Ocupación

Trabajador formal	Ref.		Ref.	
Trabajador informal	1,91 [1,48 - 2,46]	0,000	1,57 [1,20 - 2,06]	0,001
Ama de casa	2,19 [1,71 - 2,80]	0,000	1,29 [0,97 - 1,70]	0,076
Estudiante	2,66 [1,97 - 3,59]	0,000	1,79 [1,19 - 2,69]	0,005
Jubilado o pensionado	1,12 [0,62 - 2,02]	0,713	1,60 [0,87 - 2,98]	0,133
Desempleado	2,11 [1,59 - 2,79]	0,000	1,46 [1,08 - 1,97]	0,013

Víctima de violencia intrafamiliar

No	Ref.		Ref.	
Si	6,04 [5,40 - 6,77]	0,000	3,63 [3,18 - 4,14]	0,000

Diagnóstico de cáncer

No	Ref.	0,000	Ref.	
Si	2,31 [1,54 - 3,45]		1,38 [0,88 - 2,17]	0,161

Alerta de inseguridad alimentaria

Sin riesgo	Ref.		Ref.	
Familia con riesgo de inseguridad alimentaria	1,34 [1,15 - 1,56]	0,000	0,84 [0,70 - 1,01]	0,063
Familia con riesgo de malnutrición por exceso	0,80 [0,63 - 1,02]	0,076	0,77 [0,59 - 1,01]	0,061

Ingreso total en la vivienda

Entre 1 y 2 SMLMV	Ref.		Ref.	
Entre 2 y 3 SMLMV	1,03 [0,14 - 7,48]	0,978	1,10 [0,14 - 8,44]	0,925
Entre 3 y 4 SMLMV	-	-	-	-
Más de 4 SMLMV	-	-	-	-
Menos de 1 SMLMV	1,59 [1,25 - 2,03]	0,000	1,16 [0,89 - 1,52]	0,276

Medio de transporte para tareas diarias

En vehículo motorizado	Ref.		Ref.	
A pie	1,15 [1,02 - 1,29]	0,017	1,03 [0,91 - 1,17]	0,650
En mula/caballo/burro	2,19 [1,45 - 3,30]	0,000	2,18 [1,38 - 3,44]	0,001
En bicicleta	1,62 [1,13 - 2,31]	0,008	1,96 [1,35 - 2,85]	0,000
Otro	1,13 [0,46 - 2,73]	0,791	0,82 [0,31 - 2,13]	0,683

Cuidado de persona con discapacidad

Sin personas a cargo	Ref.		Ref.	
Personal capacitado remunerado	3,69 [1,35 - 10,08]	0,011	3,52 [1,20 - 10,35]	0,022
Padre / Madre	2,25 [1,80 - 2,81]	0,000	1,50 [1,17 - 1,94]	0,001
Personal no capacitado remunerado	3,32 [1,22 - 9,04]	0,019	1,94 [0,64 - 5,90]	0,241
Hijo (a)	2,09 [1,59 - 2,74]	0,000	1,29 [0,95 - 1,77]	0,107

Hermano (a)	1,19 [0,68 - 2,06]	0,546	0,96 [0,54 - 1,70]	0,894
Esposo (a)	1,83 [1,28 - 2,63]	0,001	1,20 [0,80 - 1,81]	0,386
Otro familiar	2,27 [1,52 - 3,40]	0,000	1,35 [0,86 - 2,12]	0,196
<i>Preocupación por vivienda estable a corto plazo</i>				
No	Ref.	0,000	Ref.	0,007
Si	2,50 [1,14 - 2,93]		1,31 [1,08 - 1,59]	
<i>Dejar de comer por falta de dinero en el último año</i>				
No	Ref.	0,000	Ref.	0,001
Si	2,65 [2,33 - 3,01]		1,35 [1,13 - 1,60]	
<i>Falta de recursos para atención en salud en el último año</i>				
No	Ref.	0,000	Ref.	0,097
Si	2,43 [2,14 - 2,78]		1,15 [0,97 - 1,36]	
<i>Zona geográfica</i>				
Urbano	Ref.	0,146	Ref.	0,020
Rural	1,14 [0,96 - 1,36]		1,27 [1,04 - 1,55]	
<i>Alerta SRQ</i>				
Sin riesgo	Ref.	0,000	Ref.	
Riesgo ansiedad, depresión, etc.	28,11 [24,13 - 32,73]		14,81 [12,32 - 17,80]	0,000

*En la tabla los OR que no se reportan en el bivariado corresponden a variables creadas a partir de la unión de distintas variables de la encuesta y usadas en el multivariado.

Al analizar los DSS ubicados en el mesosistema, exosistema y macrosistema distribuidos por quintiles se observó que habitar viviendas en riesgo, no contar con espacios recreativos y culturales, la ausencia de servicios públicos (agua, energía, internet) y pertenecer a quintiles con redes de trabajo débiles y la disfunción familiar, se asociaron con la ideación suicida (Tabla 3: Asociación bivariada entre determinantes sociales de Meso, Exo y Macrosistema con la ideación suicida.).

Tabla 3: Asociación bivariada entre determinantes sociales de Meso, Exo y Macrosistema con la ideación suicida.

Variables	OR [IC 95%]	Valor p
<i>Quintiles de viviendas que enfrentan riesgos</i>		
Q1	Ref.	
Q2	1,19 [0,98–1,45]	0,085
Q3	1,74 [1,45–2,09]	0,001
Q4	1,46 [1,21–1,77]	0,001
Q5	1,22 [0,98–1,52]	0,074

<i>Quintiles de personas sin acceso a espacios recreativos y culturales</i>		
Q1	Ref.	
Q2	0,90 [0,74–1,09]	0,272
Q3	1,68 [1,39–2,04]	0,000
Q4	1,69 [1,42–2,02]	0,000
Q5	1,29 [1,07–1,57]	0,009
<i>Quintiles de redes de trabajo débiles</i>		
Q1	Ref.	
Q2	0,87 [0,70–1,08]	0,195
Q3	1,65 [1,39–1,96]	0,001
Q4	1,37 [1,13–1,66]	0,001
Q5	1,55 [1,29–1,85]	0,001
<i>Quintiles de falta de servicios públicos</i>		
Q1	Ref.	
Q2	0,92 [0,76–1,11]	0,397
Q3	0,89 [0,74–1,07]	0,227
Q4	1,49 [1,25–1,78]	0,000
Q5	1,11 [0,93–1,33]	0,257
<i>Quintil de disfunción familiar moderada-severa</i>		
Q1	Ref.	
Q2	1,25 [1,03–1,53]	0,026
Q3	1,47 [1,22–1,78]	0,001
Q4	1,24 [1,01–1,51]	0,036
Q5	2,03 [1,69–2,44]	0,001

Análisis de modificación de efecto:

Al estudiar las interacciones entre las variables seleccionadas del meso, exo y macrosistema, se observó que los OR de asociación entre ideación suicida y variables independientes como sexo, etnia, ocupación, escolaridad, diagnóstico de cáncer, medio de transporte para las tareas diarias y falta de recursos para la atención en salud no varían. Por lo tanto, se reportan solo los resultados de las variables del microsistema que presentaron cambios significativos (Tabla 4 Interacciones del Microsistema con Quintiles del Meso, Exo y Macrosistema).

La Tabla 4 Interacciones del Microsistema con Quintiles del Meso, Exo y Macrosistema permite observar el cambio en la magnitud del OR y en el valor de p respecto a los obtenidos en el modelo multivariado. En relación con las condiciones de viviendas en riesgo, se observó que el efecto protector del curso de vida adulto mayor frente a la ideación suicida no fue homogéneo en los quintiles de riesgo. Este efecto se mantiene en los territorios con menor vulnerabilidad, pero pierde significancia en niveles intermedios y mayores. Adicionalmente, en los quintiles de mayor presencia de viviendas en riesgo se incrementó la magnitud de la asociación de ideación suicida con afectación por conflicto armado y con violencia intrafamiliar.

Respecto a la debilidad de las redes culturales y deportivas, se evidenció un efecto modificador sobre el curso de vida, en el cual la adultez pierde su comportamiento protector en territorios con mayor ausencia de estas redes. Adicionalmente, se observó un incremento en la asociación de ideación suicida con “afectación por conflicto armado” y con “discapacidad” en quintiles intermedios de debilidad de redes culturales y deportivas. Sin embargo, estas asociaciones disminuyeron en el quintil 5 de mayor debilidad de estas redes (Tabla 4 Interacciones del Microsistema con Quintiles del Meso, Exo y Macrosistema).

En cuanto a la ausencia de servicios públicos, se evidenció un incremento en la magnitud de la asociación entre la ideación suicida y “afectación por conflicto armado”, la discapacidad, violencia intrafamiliar e inseguridad alimentaria en territorios con vulnerabilidad intermedia (quintiles 2 a 4 comparado con el OR del multivariado).

En relación con los quintiles de disfunción familiar, se observó un incremento en la asociación de ideación suicida con “afectación por conflicto armado” y con “inseguridad alimentaria” en el quintil 4 de mayor disfunción familiar.

Tabla 4 Interacciones del Microsistema con Quintiles del Meso, Exo y Macrosistema*

Variables	OR [IC95 %]	Valor P
Viviendas en riesgo × curso de vida (adulto mayor)		
Multivariado	0,50 [0,40–0,62]	0,000
Q1	0,58 [0,37–0,92]	0.021
Q4	1,14 [0,82–1,60]	0.429
Viviendas en riesgo × conflicto armado (víctima y/o desmovilizado)		
Multivariado	1,46 [1,28–1,67]	0,000
Q1	1,65 [1,16–2,35]	0.005
Q3	2,30 [1,78–2,97]	0.001
Q4	1,97 [1,53–2,53]	0.001
Q5	3,91 [2,82–5,43]	0.001
Viviendas en riesgo × violencia intrafamiliar (sí)		
Multivariado	3,63 [3,18–4,14]	0,000
Q3	4,64 [3,71–5,80]	0.001
Q5	9,01 [6,48–12,53]	0.001
Redes culturales/deportivas débiles × curso de vida (adulterez)		
Multivariado	0,84 [0,72–0,99]	0,040
Q4	1,21 [0,92–1,60]	0.17
Redes culturales/deportivas débiles × conflicto armado (víctima y/o desmovilizado)		
Multivariado	1,46 [1,28–1,67]	0,000
Q1	2,50 [1,80–3,46]	0.001
Q3	2,91 [2,20–3,84]	0.001
Q5	1,55 [1,09–2,22]	0.015
Redes culturales/deportivas débiles × discapacidad (PCD)		
Multivariado	1,41 [1,16–1,73]	0,001
Q2	2,60 [1,77–3,83]	0.001
Ausencia de servicios públicos × conflicto armado (víctima y/o desmovilizado)		
Multivariado	1,46 [1,28–1,67]	0,000
Q1	2,99 [2,28–3,92]	0.001
Q4	3,14 [2,45–4,02]	0.001
Q5	1,46 [1,05–2,04]	0.026
Ausencia de servicios públicos × discapacidad (PCD)		

Multivariado	1,41 [1,16–1,73]	0,001
Q1	2,89 [2,02–4,13]	0.001
Q2	2,14 [1,43–3,19]	0.001
Q3	3,02 [2,13–4,30]	0.001
Q4	2,90 [2,12–3,98]	0.001
Ausencia de servicios públicos × violencia intrafamiliar (sí)		
Multivariado	3,63 [3,18–4,14]	0,000
Q2	9,63 [7,29–12,71]	0.001
Q5	5,00 [3,85–6,49]	0.001
Ausencia de servicios públicos × inseguridad alimentaria (sí)		
Multivariado	1,35 [1,13–1,60]	0,001
Q3	3,33 [2,29–4,82]	0.001
Q4	3,95 [3,04–5,14]	0.001
Q5	1,92 [1,44–2,56]	0.001
Redes de trabajo débiles × conflicto armado (víctima y/o desmovilizado)		
Multivariado	1,46 [1,28–1,67]	0,000
Q2	3,35 [2,34–4,79]	0.001
Q3	2,62 [2,10–3,27]	0.001
Q5	1,66 [1,26–2,18]	0.001
Disfunción familiar moderada/severa × conflicto armado (víctima y/o desmovilizado)		
Multivariado	1,46 [1,28–1,67]	0,000
Q1	2,58 [1,83–3,63]	0.001
Q2	2,30 [1,64–3,24]	0.001
Q4	4,12 [3,11–5,44]	0.001
Q5	1,49 [1,16–1,90]	0.171
Disfunción familiar moderada/severa × inseguridad alimentaria (sí)		
Multivariado	1,35 [1,13–1,60]	0,001
Q1	3,13 [2,19–4,47]	0.001
Q2	2,88 [2,09–3,99]	0.001
Q3	2,48 [1,85–3,32]	0.001
Q4	4,74 [3,48–6,45]	0.001
Q5	1,68 [1,30–2,16]	0.001

* En la tabla se incluyen las interacciones con valor de $p < 0.05$. Los valores de P reportados en la tabla son los obtenidos para la asociación entre la variable del microsistema y la ideación suicida en el quintil específico de la variable del meso, exo o macrosistema en el cual el valor de p de la interacción fue < 0.05

Discusión:

Este estudio analizó la asociación entre los DSS y la ideación suicida en población mayor de 16 años residente en microterritorios priorizados del Cauca en 2023, desde un enfoque ecológico multinivel. Sin pretender agotar la totalidad de los resultados obtenidos, se señalan los siguientes hallazgos: 1) una prevalencia de ideación suicida de 1,46 %. 2) asociaciones entre este desenlace y variables del microsistema incluyendo sexo femenino, discapacidad, cuidado de personas, violencias, inseguridad alimentaria y ser soltero 3) las condiciones estructurales del territorio modificaron la magnitud de varias de las asociaciones entre ideación suicida y variables del microsistema, lo que evidencia la relevancia del contexto social y territorial en la configuración de la ideación suicida.

En este estudio se pudo observar que la distribución sociodemográfica de la población del Cauca refleja profundas brechas sociales evidenciadas por la alta informalidad laboral (26,2% en empleo informal y 35,5% ama de casa) y la baja escolaridad (tan solo el 9,3% de la población contaba con formación superior a secundaria). La organización espacial por quintiles permitió objetivar estas carencias y demostrar cómo el entorno condiciona la salud mental colectiva, respaldando los postulados del Modelo Ecológico (4,5).

Al analizar las asociaciones del microsistema con la ideación suicida, emergen hallazgos que reafirman la complejidad psicosocial del fenómeno en los microterritorios del Cauca. La asociación encontrada entre ideación suicida y sexo femenino es consistente con la literatura nacional e internacional que señala que, si bien los hombres presentan tasas más altas de suicidio consumado por el uso de métodos más letales y el aislamiento emocional(7,16,17), las mujeres reportan mayores niveles de ideación e intentos suicidas,

frecuentemente asociados a una mayor carga de síntomas emocionales, roles de cuidado de otras personas y exposición a maltrato (8,16,18,19).

De igual manera, asumir el cuidado de una persona con discapacidad (especialmente siendo padre, madre o cuidador capacitado) demostró incrementar el riesgo de ideación suicida. Esto refleja el impacto del denominado "síndrome del cuidador", caracterizado por sobrecarga física, emocional, económica y aislamiento social, factores que agotan los recursos de afrontamiento del individuo y precipitan la aparición de síntomas depresivos y desesperanza (17). En contraste, variables como el estado civil evidenciaron dinámicas protectoras: estar casado o ser viudo operaron como factores protectores frente a la soltería. El efecto protector del matrimonio es respaldado por estudios que indican que las redes de apoyo conyugal proveen seguridad emocional, estabilidad y reducen el aislamiento (20). En cuanto a la viudez, si bien diversos estudios la relacionan con un mayor riesgo de suicidio, se ha supuesto que la consolidación de redes de apoyo familiar extenso o comunitario podría amortiguar la soledad en etapas adultas, actuando como recurso de apoyo emocional y social, especialmente en mujeres (20), lo cual concuerda con lo observado en la presente investigación

Por otro lado, la exposición a la violencia, tanto en el marco del conflicto armado como en la esfera intrafamiliar, se destacó como uno de los estresores más críticos en el microsistema que pueden influir en la ideación suicida, mostrando asociaciones de gran magnitud. La exposición a estas violencias puede generar problemas de salud mental y destrucción de las redes de confianza, generando un trauma acumulativo que puede limitar la percepción de un futuro seguro (8).

Por otra parte, aunque en el análisis bivariado la ruralidad no mostró asociación estadísticamente significativa con la ideación suicida, en el modelo multivariado sí se observó una asociación significativa. Este cambio sugiere que la relación entre ruralidad e ideación suicida puede estar influenciada por la presencia de otras covariables incluidas en el modelo, las cuales podrían haber ocultado parcialmente dicha asociación en el análisis crudo, hallazgo coherente con estudios previos en Colombia (8). Por tanto, la ruralidad debe interpretarse como una condición territorial relevante, cuya asociación con la ideación suicida se hace evidente al controlar por otros determinantes. Aunque la ruralidad fue considerada como una variable del macrosistema, al intentar evaluar su interacción con variables del microsistema, el modelo omitió los resultados. Por tanto, no fue posible valorar con precisión si la ruralidad modificaba la magnitud de estas asociaciones.

Por otra parte, la disminución del OR de la alerta del SRQ al ajustar por las demás variables, nos lleva a inferir que las asociaciones entre ideación suicida y depresión y ansiedad podrían estar siendo explicadas o mediadas por otras variables individuales y carencias del entorno (falta de servicios públicos, pobreza, falta de acceso a redes de salud u otras características sociodemográficas) (4,5). Sin embargo, a pesar de la disminución, se encuentra que la depresión y la ansiedad continúan siendo los dos factores más fuertemente relacionados con la ideación suicida en esta población, hecho que se ha evidenciado en otras poblaciones (8).

Un fenómeno similar ocurrió con la variable de migración, la cual perdió su significancia estadística en el análisis multivariado. Este resultado es revelador, ya que indica que la ideación suicida en la población migrante del Cauca no se explica por la condición

migratoria *per se*, sino que la asociación inicialmente observada es en parte explicada por la carga desproporcionada de determinantes estructurales adversos como desempleo, falta de vivienda, exclusión de servicios (1,3). Al aislar el peso de estas carencias estructurales, la magnitud de la asociación entre la condición de migrante e ideación suicida disminuye considerablemente.

En cuanto a la variación de las asociaciones del microsistema en niveles de variables del meso, exo y macrosistema, los hallazgos evidencian que el entorno territorial actúa como modificador del efecto de múltiples características individuales asociadas con la ideación suicida, lo cual es consistente con el enfoque ecológico multinivel en la comprensión de los fenómenos de salud mental. En este sentido, la ideación suicida se asocia no solo con factores individuales de vulnerabilidad, sino también con condiciones estructurales del territorio en las que habitan las personas (9,21,22).

De forma importante se destaca el incremento de la asociación de exposición al conflicto armado y de exposición a violencia intrafamiliar y el desenlace de ideación suicida en el quintil 5 de mayor riesgo de viviendas, lo que muestra como esta variable del mesosistema incrementa de forma importante la magnitud de la asociación de estas variables a nivel individual (23,24).

Un aspecto relevante identificado en este estudio es la pérdida del efecto protector del curso de vida adulto en territorios caracterizados por condiciones habitacionales precarias y debilidad de redes culturales y deportivas. Este hallazgo sugiere que la vulnerabilidad contextual puede modificar la expresión del riesgo entre grupos etarios, reduciendo las diferencias observadas entre jóvenes y adultos en determinados entornos territoriales. Esto es plenamente coherente con la evidencia que estipula que, en los adultos mayores,

el riesgo suicida se dispara por factores como el aislamiento, la pérdida de autonomía, problemas de salud y la falta de soporte social (16,25,26).

Adicionalmente, la ausencia de un patrón progresivo en la magnitud de las asociaciones entre quintiles sugiere que la vulnerabilidad territorial no opera de manera lineal, sino a través de la coexistencia de múltiples determinantes estructurales adversos que influyen simultáneamente en la ideación suicida (3).

Al interpretar este comportamiento estadístico, es fundamental considerar las limitaciones metodológicas en la forma en que se estructuró la medición territorial. En primer lugar, si bien la distribución por quintiles permitió objetivar el riesgo del meso, exo y macrosistema, esta no es una medida perfecta, ya que fue construida a partir de la agregación de datos del microsistema. En consecuencia, la variabilidad geográfica interna en la composición de los quintiles explica en parte las fluctuaciones en la magnitud de las asociaciones observadas y reafirma que el riesgo estructural se distribuye de manera heterogénea y altamente dinámica a lo largo del departamento. Así, por ejemplo, un municipio con una proporción elevada de casas en situación de exposición a amenazas naturales quedaría clasificado en el quintil 5 de esa variable, pero podría quedar ubicado en el quintil 3 de debilidad de redes culturales o recreacionales, lo cual refleja la complejidad territorial del fenómeno. Si bien este enfoque permitió explorar las asociaciones entre los determinantes estructurales y la ideación suicida, estudios futuros podrían beneficiarse del uso de modelos multinivel o de efectos mixtos que capturen explícitamente la varianza entre municipios y dentro de estos, ofreciendo estimaciones más robustas ante la dependencia de los datos.

Por otra parte, la persistencia de asociaciones significativas en todos los quintiles en la interacción entre disfunción familiar e inseguridad alimentaria evidencia la relevancia de los factores del microsistema familiar como determinantes consistentes de la ideación suicida independientemente del contexto territorial (4).

Otra limitación del estudio incluye es el diseño transversal, que impide establecer causalidad o direccionalidad temporal(1). Al utilizar una fuente secundaria, el análisis se limitó a las variables preexistentes, evaluando la ideación suicida mediante una pregunta dicotómica de tamizaje (derivada del SRQ) en lugar de una entrevista clínica exhaustiva. Finalmente, es posible que algunas personas con ideación suicida no hayan respondido a la pregunta de estudio debido al estigma o a su condición emocional (9).

Sin embargo, el estudio tiene fortalezas importantes. La principal fortaleza de esta investigación es su amplio tamaño de muestra (n=90 250), lo que otorga gran robustez y poder estadístico a los hallazgos. A nivel teórico y analítico, adoptar el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner superó el reduccionismo biomédico y permitió ejecutar un modelo de interacciones multivariadas, demostrando empíricamente cómo los determinantes estructurales del territorio modifican las vulnerabilidades individuales. Este estudio, incluye un análisis bivariado, multivariado y de modificación del efecto, que permitió encontrar variaciones en las asociaciones a nivel del microsistema en estratos de variables de otros niveles. Una fortaleza adicional, es la diversidad de variables que incluyó el estudio, incluyendo aspectos emocionales, exposición a diferentes eventos, características de las personas, de sus hogares y del contexto del territorio.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en el trabajo realizado

Conclusiones

En el presente estudio se identificó una prevalencia de ideación suicida de 1,46% en personas mayores de 16 años residentes en microterritorios priorizados del Cauca durante 2023, lo cual evidencia un problema relevante de salud mental en el territorio. Se observaron asociaciones con determinantes del microsistema como sexo femenino, afectación por conflicto armado, discapacidad, escolaridad y síntomas emocionales compatibles con ansiedad y depresión, entre otros, lo que confirma la influencia de los DSS en la ideación suicida. Asimismo, determinantes del mesosistema, exosistema y macrosistema, como la violencia intrafamiliar, la debilidad de redes laborales y culturales, la ausencia de servicios públicos y las viviendas en riesgo, modificaron la magnitud de la asociación de variables del microsistema, lo que respalda la pertinencia del enfoque territorial y ecológico. Además, se encontró que la asociación de la ideación suicida con el conflicto armado, la violencia intrafamiliar, la discapacidad e inseguridad alimentaria se incrementó en quintiles de contextos con viviendas en riesgo, debilidad de redes culturales y laborales y ausencia de servicios públicos.

En conjunto, estos hallazgos respaldan la pertinencia del enfoque ecológico multinivel para el análisis de la ideación suicida, al evidenciar la influencia simultánea de factores individuales, familiares y territoriales en su ocurrencia y en la configuración diferencial del riesgo entre contextos sociales. En suma, la ideación suicida en la población de estudio es el resultado de una compleja intersección entre el individuo y su entorno material: aunque variables sociodemográficas como el sexo y la escolaridad actúan como predictores independientes, los traumas profundos como el conflicto armado, la violencia intrafamiliar y la discapacidad incrementan la ideación suicida en gran medida por la

ineficacia del meso y macrosistema territorial para ofrecer soporte. Esto obliga a replantear las estrategias de salud pública: la prevención del suicidio en poblaciones vulnerables especialmente adultos mayores, víctimas del conflicto, víctimas de violencia intrafamiliar, personas con inseguridad alimentaria y personas con discapacidad no puede limitarse al ámbito psicológico, sino que requiere intervenciones intersectoriales que mejoren las condiciones de vida, garanticen seguridad alimentaria e infraestructura básica en los microterritorios del Cauca.

Uso de inteligencia artificial: Los autores utilizaron herramientas de inteligencia artificial basadas en modelos de lenguaje como apoyo en la revisión de estilo, claridad y síntesis del texto. Los autores revisaron y validaron de manera crítica todo el contenido generado y asumen la responsabilidad final del manuscrito.

Referencias Bibliográficas

1. Gómez-García JA, Rivera-Rivera L, Astudillo-García CI, Castillo-Castillo LE, Morales-Chainé S, Tejadilla-Orozco DI. Social determinants associated with suicidal ideation during the Covid-19 pandemic in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2023;65(1):1–9. doi:10.21149/13744
2. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav.* 1999;29(1):1–9. doi:10.1111/j.1943-278x.1999.tb00758.x

3. Barrass L, Joshi E, Dawe J, Rubbo B, Redaniel MT, Riglin L, et al. The association between socioeconomic position and depression or suicidal ideation in low- and middle-income countries in Southeast Asia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd; 2024. doi:10.1186/s12889-024-20986-9
4. Torrico-Linares E, Santín-Vilariño C, Villas A, Menéndez Álvarez-Dardet S, López López MJ. El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*. 2002;18(1):45–59.
5. Martinez-Gonzalez M, Robles-Haydar C, Utria-Utria L, Amar-Amar J. Legitimación de la violencia en la infancia: un abordaje desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner. *Psicología Desde el Caribe [Internet]*. 2014 Apr;31. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21330429007>
6. Mosquera Bahamon Y, Ávila Mellizo GA. Protocolo de vigilancia en salud pública. Intento de suicidio [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2025 Jun. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20Suicidio%202025.pdf doi:10.33610/732349wwrhst
7. Neumann Figueiredo VC, Rodrigues dos Reis Filho PC, Gomes da Cruz L. Sin trabajo ni vida: La ideación suicida en el desempleo. *Rev Puertorriquena Psicol*. 2023 Sep;34(3):336–51. doi:10.55611/rep.3403.04
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá, Colomb: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Colombia; 2012.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023. Colombia; 2023 Dec 29.
12. Camargo C, Quintero-Muñoz DE, Jaramillo-Romo M, Muñoz-Meneses YY. Boletín epidemiológico primer semestre de 2024 No: 2 grupo salud mental. Popayán; 2024 Jun.
13. Muñoz DM, Ortega AA, Guzmán CP, Cabra GP. Perfiles del intento de suicidio en niños y adolescentes en el departamento del Cauca, 2016-2019. Biomedica. 2021;41:606–16. doi:10.32641/rchped.v90i6.1012 PubMed PMID: 32186583.
14. Rios Victoria LA, Joaqui Paredes JD. Informe del alistamiento de la caracterización Cauca 2023. 2023.
15. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 18. College Station (TX): StataCorp LLC; 2023.
16. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Terapia Psicológica. 2015;33(2):117–26.

17. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (adopción). Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
18. Landa-Blanco M, Urtecho-Osorto ÓR, Mercado M, Aguilar-Chávez Á. Factores psicológicos asociados al riesgo suicida en estudiantes universitarios de Honduras. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2022;40(1):1–7.
doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8537
19. Broco Villahoz L, Rosique Sanz MT, Fernández Carpio C, Carrajo García CA, Domínguez Alhambra R, Polo Usaola C. El papel de los factores precipitantes, los estresores y la violencia en la conducta e ideación suicida: diferencias en función del motivo de consulta y el sexo. *Clínica Contemporánea*. 2023 Apr 4;14(1).
doi:10.5093/cc2023a3
20. MALOKU A, MALOKU E. Sociological Perspective of Suicides. *Uluslararası Ekonomi İşletme ve Politika Dergisi*. 2020 Oct 30;4(2):319–34.
doi:10.29216/ueip.784154
21. Arias López BE, Hernández Holguín DM. Salud mental colectiva y cuidados transnacionales. Retos y desafíos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2020 Oct 1;19. doi:10.11144/Javeriana.rgps19.smcc
22. Capella M. Salud Mental Colectiva y Determinación Social: Posibilidades Paradigmáticas. *Quaderns de Psicologia*. 2023;25(2).
doi:10.5565/rev/qpsicologia.1935

23. Caro-Delgado ÁG, Ballesteros-Cabrera MDP. Ideación suicida en adolescentes y adultos jóvenes de América Latina: scoping review. *Revista de Salud Publica*. 2022;24(6):1–7. doi:10.15446/rsap.v24n6.105615
24. Yu R, Perera C, Sharma M, Ipince A, Bakrania S, Shokraneh F, et al. Child and adolescent mental health and psychosocial support interventions: An evidence and gap map of low- and middle-income countries. *Campbell Systematic Reviews*. 2023 Sep 1;19(3). doi:10.1002/cl2.1349
25. Rey-Anaconda CA, Redondo-Pacheco J, Moreno-Méndez JH. Diferencias por sexo y variables asociadas a la planificación suicida en adolescentes colombianos. *Interdisciplinaria*. 2024;41(1):1–37. doi:<https://doi.org/10.16888/interd.2024.41.1.22>
26. Monroy MC. *El Suicidio: Una revisión teórica desde la perspectiva biopsicosocial*. 2023.