

**OFICINA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
VIGILANCIA EN SALUD MENTAL**

Alejandro Castillo. Intento de Suicidio  
Marta L. Espinosa. Violencias Familiar y Sexual

Este documento contiene la información para el año 2009 del sistema de vigilancia en salud pública de los eventos de salud mental. El análisis para intento de suicidio abarca desde el año 2006.

**Eventos de Salud Mental:**

Violencia Familiar y Violencia Sexual  
Intento de Suicidio  
Consumo de Sustancias Psicoactivas (PSA)

## 1. Análisis de información y Recomendaciones

### Violencias Familiar y Sexual:

**Tabla No 1 Notificación año 2009**

Institución que notifica	Número de casos	%
COMISARIAS	4065	56,3%
E.S.E. (primer nivel)	2217	30,7%
I.C.B.F.	787	10,9%
E.P.S.	127	1,8%
HOSPITALES	30	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>7226</b>	<b>100%</b>

Las 11 Comisarías de Familia del municipio por su misma naturaleza, reportan más de la mitad del total de casos al OVF, seguidas por las instituciones de salud que cubren una tercera parte de la notificación.

***El sector salud es primordial en la captación temprana de casos, la cual debe ser reforzada en los servicios y programas***

### Sexo y categoría de edad:

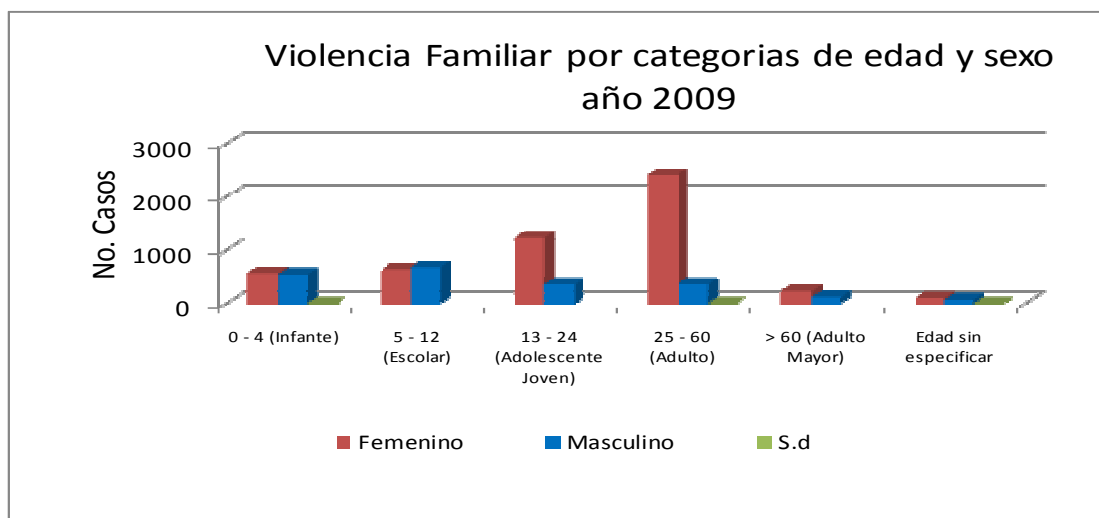
El reporte histórico indica que son las mujeres las más afectadas por la violencia familiar con un porcentaje promedio de 72%. Sin embargo ésta no es solo una violencia de género, sino también una violencia que se ejerce contra los miembros de la familia más vulnerables como los niños, niñas y adolescente (55%), las personas adultas mayores (violencia intergeneracional) y las personas discapacitadas, con enfermedades crónicas, etc.

Las siguientes tabla y gráfica para el año 2009 muestran lo dicho anteriormente, indicando cómo en el grupo de 25 a 60 años (adulto) se presenta la razón mujer/hombre más alta (6 mujeres maltratadas por cada hombre maltratado). La violencia en este grupo de edad corresponde con mayor frecuencia a la violencia de pareja (conyugal).

**Tabla No 2 Sexo y Categoría de edad:**

Categorías de Edad	Femenino	Masculino	S.D	TOTAL	%	Razón Mujer / Hombre
0 - 4 (Infante)	555	533	2	1090	15,1	1,0
5 - 12 (Escolar)	620	660		1280	17,7	0,9
13 - 24 (Adolescente Joven)	1240	359		1599	22,1	3,5
25 - 60 (Adulto)	2402	365	1	2768	38,3	6,6
> 60 (Adulto Mayor)	214	112		326	4,5	1,9
Edad sin especificar	95	67	1	163	2,3	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>5126</b>	<b>2096</b>	<b>4</b>	<b>7226</b>	<b>100</b>	<b>2,4</b>

**Grafica No 1:**

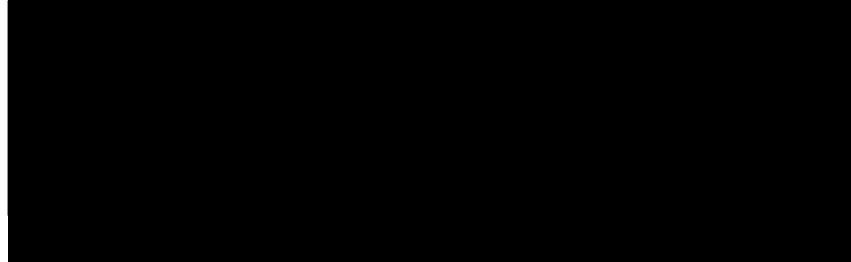


Fuente: Observatorio de Violencia Familiar, Secretaría de Salud Pública Municipal, 2009

La población de NNA en la ciudad corresponde al 30% de la población; sin embargo los reportes muestran que durante los años 2008 y 2009 los maltratos a éste grupo poblacional ascendieron al 38% y 44% del total de la notificación.

La literatura señala a los adultos mayores como una población de alto riesgo para violencia familiar; sin embargo a pesar de que en Cali representan el 10,4% de la población total, solamente el 4,8% del total de maltratos fue reportado contra ellos. Esto indicaría que ***es necesario reforzar la detección en la población de adultos mayores, la que puede tener dificultades adicionales de acceso a los servicios de salud y protección.***

**Tabla No 3 Tipo de Maltrato por categoría de edad**



Fuente: Observatorio de Violencia Familiar, Secretaría de Salud Pública Municipal, 2009

Las violencia física y la sexual son dos tipos de violencia familiar de especial interés para las instituciones de salud. ***La violencia física es ejercida con mayor frecuencia contra el grupo de Adolescentes/joven (13 a 24 años) y es a favor de este grupo poblacional que se deben dirigir las acciones de los grupos de promoción y prevención teniendo en cuenta la violencia conyugal y la parental (padres/madres contra hijos). La violencia sexual es ejercida contra los niños y niñas infantes y escolares (entre 0 y 12 años) fundamentalmente. Es indispensable mejorar los servicios de atención integral a la violencia sexual en ésta población, y las acciones de prevención y detección temprana en los servicios y programas institucionales.***

**Tabla No 4 Tipo de agresor en violencia familiar:**

Total agresores	Total	FREQ.
Abuelo(a)	86	0,9
Amigo(a)	30	0,3
Conyuge / Compañero(a)	1931	19,5
Cuidador(a)	24	0,2
Desconocido	200	2,0
Ex Compañero(a)	851	8,6
Exnovio(a)	2248	22,7
Gestante	75	0,8
Hermanastro(a)	21	0,2
Hermano(a)	251	2,5
Hijastro(a)	14	0,1
Hijo(a)	416	4,2
Inquilino(a)	12	0,1
Madrastra / Padrastro	154	1,6
Madre / Padre	3138	31,8
Nieto(a)	26	0,3
Novio(a)	6	0,1
Nuera	19	0,2
Otro(a)	166	1,7
Primo(a)	40	0,4
Sobrino(a)	41	0,4
Suegro(a)	11	0,1
Tío(a)	70	0,7
Vecino(a)	33	0,3
Yerno	20	0,2
	9883	100,0

La violencia de pareja (actual ó anterior) es la primera en frecuencia con un porcentaje total de este tipo de agresores de 51%. ***Se hace necesario enfocar las acciones de prevención que posibiliten la construcción de nuevas formas de relación de pareja, especialmente en la población joven y en lo referido a la celotipia en las parejas que han terminado.***

En segundo lugar se encuentra la violencia de padres a hijos (31,8%) quienes a su vez se ven afectados por las violencias de pareja. Se presenta más de un agresor por caso.

**Tabla No 5 Tasas de notificación por comuna de residencia del caso:**

Comuna de procedencia	Número de casos	Tasa X 10,000 habitantes
1	228	33,0
2	158	14,5
3	185	39,7
4	238	39,5
5	191	18,0
6	687	38,9
7	618	74,8
8	251	24,5
9	228	45,1
10	250	22,9
11	236	22,7
12	149	20,8
13	589	32,8
14	318	19,8
15	406	30,4
16	260	26,0
17	190	17,3
18	485	45,7
19	262	25,2
20	593	85,7
21	351	36,0
22	10	10,5
RURAL	186	49,2
Comuna sin especificar	157	
<b>TOTAL</b>	<b>7226</b>	<b>32,9</b>

Las comunas que se encuentran en los primeros lugares superando la tasa de notificación municipal son en su orden: 20, 7, zona rural, 18, 9, 3, 4 y 6.

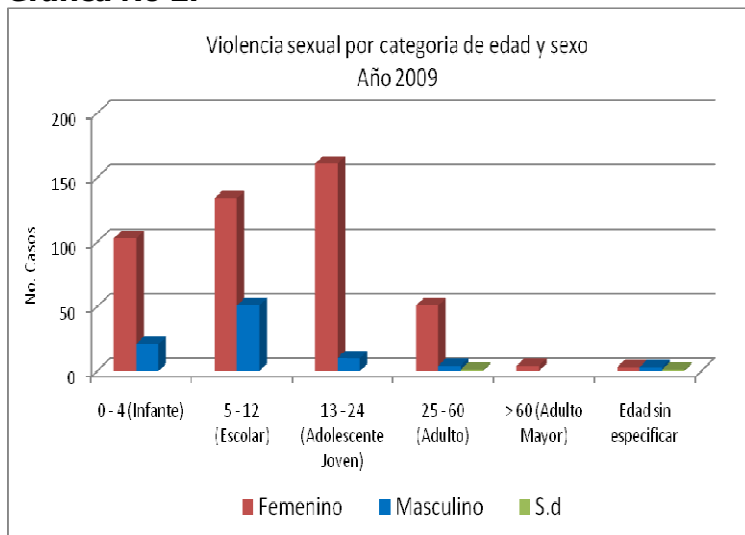
*Aunque es posible que esta alta notificación se encuentre asociada a factores diferentes a una alta prevalencia en las mismas (como buen desempeño en las instituciones) se hace necesario adelantar acciones de prevención reforzando estrategias como las RPBT y las visitas domiciliarias, y de mejoramiento de la red de atención interinstitucional.*

*Se adelantan acciones para obtener información sistemática de los Hogares de Paso que funcionan desde el presente año, los cuales han reportado un número elevado de NNA con maltrato, que padecen trastornos mentales.*

Fuente: Observatorio de Violencia Familiar, Secretaría de Salud Pública Municipal, 2009

## Violencia Sexual:

**Gráfica No 2:**



La violencia sexual es ejercida fundamentalmente contra la población menor de 24 años, en especial contra las mujeres (83,4%).

103 niñas menores de 5 años fueron reportadas con violencia sexual y 134 entre los 5 y los 12 años; sin embargo el grupo más afectado se encuentra entre los 13 y los 24 años.

***Desde el sector salud se debe adelantar una estrategia de atención integral a estos NNA de acuerdo con la normatividad existente, pues actualmente hay fragmentación en la prestación de los servicios y no se garantiza la continuidad de la atención psicosocial, ni el seguimiento a los casos.***

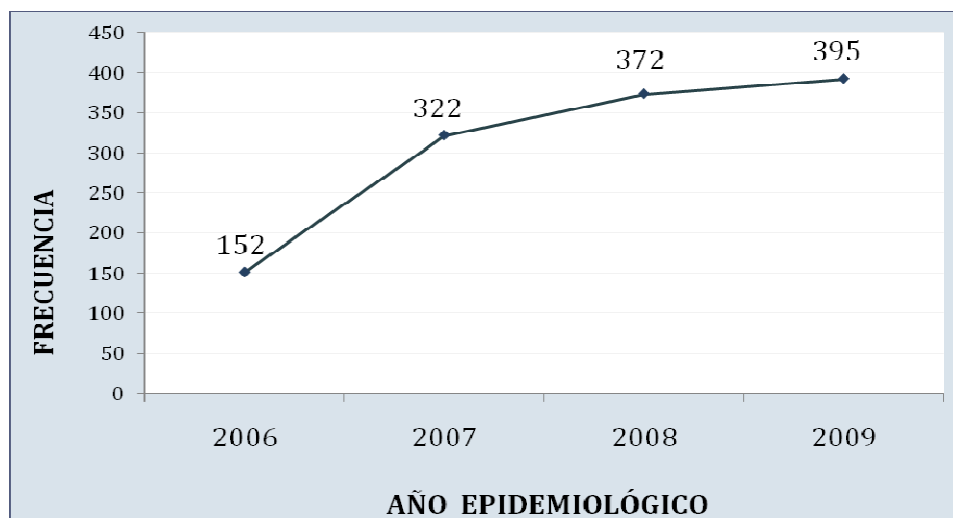
***Es indispensable que se generen campañas en los medios masivos de comunicación para prevenir este tipo de violencias***

### Recomendaciones:

1. Las tasas de notificación más altas corresponden a las comunas 7, 9, 18, 20, y rural, en las que se debe enfatizar acciones de prevención (RPBT) y garantizar un mejor acceso a los servicios integrales de atención.
2. En la VF ejercida contra menores de 18 años se observa un alto porcentaje de violencia sexual especialmente contra las niñas, incluso menores de 5 años, pero existen obstáculos serios en los procesos de atención y se desconoce la situación real de la misma. Indispensable hacer seguimiento detallado a la atención en salud, lo mismo que a las acciones de protección y a la restitución de derechos.
3. Acuerdos entre niveles I, II y III de atención en salud para garantizar atención médica y psicosocial a las violencias familiar y sexual con énfasis en NNA, acorde con la normatividad existente.
4. Unir esfuerzos con ONG de mujeres que orientan sus acciones a la prevención, atención de las violencias familiar y sexual y llegar a acuerdos con medios masivos de comunicación hacia una campaña sostenida en el tiempo y enfática en su denuncia pública de la grave situación de VF en la ciudad, con un sentido pedagógico.
5. Se debe adelantar búsqueda activa de casos de violencia sexual en menores, y mortalidad por violencia familiar.

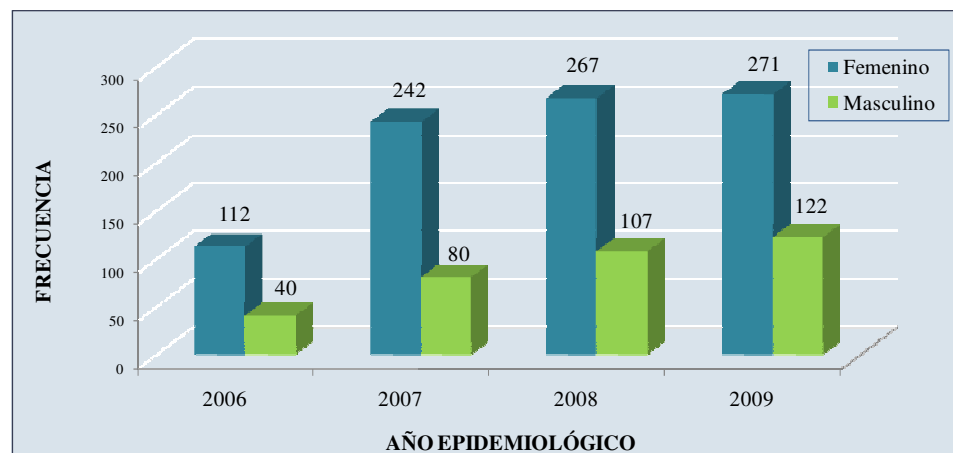
## Intento de Suicidio:

**Grafica No 3 Tendencia de la notificación de casos 2006-2009**



Para el año 2009 el 68.9% (271 casos) sucedieron en mujeres, este comportamiento ha sido constante desde el inicio del sistema de vigilancia, pero sigue siendo en aumento el reporte de casos en el sexo masculino, que como se ha insistido en reportes anteriores, debe ser analizado con cautela, sin embargo, es importante evaluar las consecuencias que tiene este aumento en hombres, debido a su asociación con utilización de métodos de mayor letalidad y asociación con suicidio consumado.

**Grafica No 4 Distribución por sexo en casos reportados de intento de suicidio en los años 2006-2009**



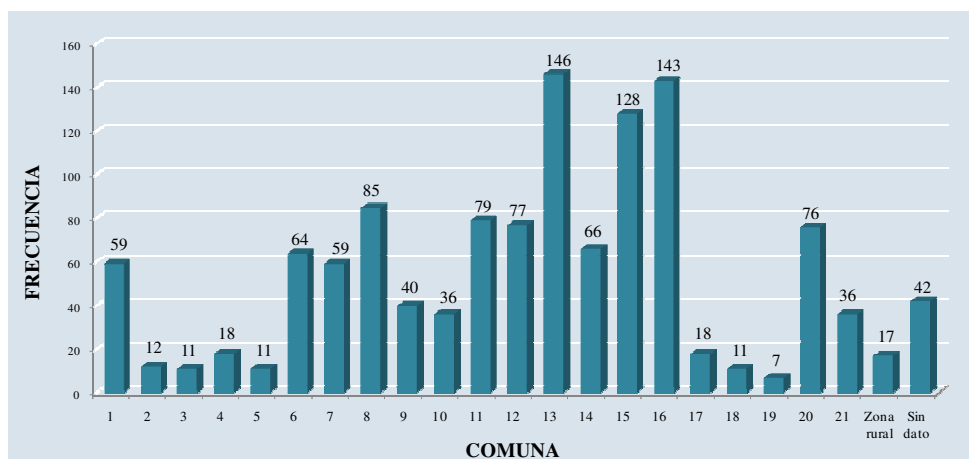
En relación al promedio de edad de los casos reportados para el año 2009, se encontró que fue de 23.5 años, 50% de los casos son menores de 21 años. Se sigue presentando una diferencia en la ocurrencia de los casos en relación con la edad de presentación entre hombres y mujeres, en promedio las mujeres que realizan intento suicida de los reportados al sistema de vigilancia son menores a los hombres, diferencia que es de significancia estadística. ( $p = 0.000$ )

**Tabla No 6 Distribución de edad en casos reportados de intento de suicidio según sexo en los años 2006-2009**

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	EDAD (En Años)		ESTADÍSTICOS		
			Media	Desv. Est	Prueba t	Valor de p	IC
Femenino	892	71,9%	22,6 años	10,4 años	$t = -4,519$	$p = 0,000$	21,9 - 23,3
Masculino	349	28,1%	25,7 años	12,1 años			24,4 - 27,0
<b>Total</b>	<b>1241</b>	<b>100,0%</b>					

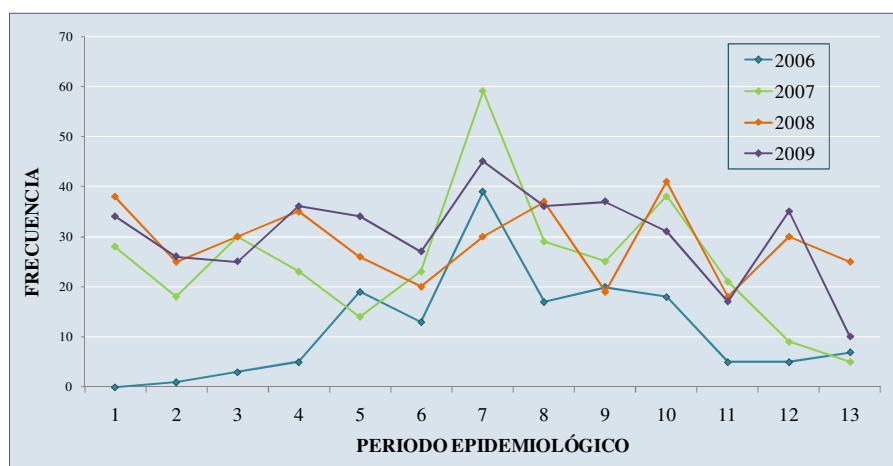
Como se ha visto en años anteriores, el reporte de casos sigue siendo mayor en la zona oriente y suroriental de la ciudad; comunas 13, 16 y 15, sin embargo se encuentra que aparecen reportes de casos en comunas en las que en años anteriores no se reportaban casos, como la comuna 17 y 19.

**Grafica No 5 Distribución por comunas en casos reportados de intento de suicidio en los años 2006-2009**



A lo largo de estos cuatro años de registro de casos de intento de suicidio, es evidente la concentración de reporte en esta zona de la ciudad, en la que se debe empezar a generar acciones desde lo local para asegurarse del acceso de esta población a atención y seguimiento de los programas de salud existentes en los territorios. Así mismo hay comunas en las que el reporte de los casos no ha tenido variaciones, como la comuna 2, 3 o 5.

**Gráfica No 6 Casos de intento de suicidio por periodo epidemiológico y año. 2006 - 2009. Cali, Valle**



La ocupación de las personas que realizaron algún intento de suicidio en el año 2009, sigue teniendo un comportamiento similar a los años anteriores encontró que la mayoría de los casos se presentaron en estudiantes en amas de casa, sin embargo, sigue incrementándose los casos en personas que tenían algún tipo de trabajo, en aquellos que laboran en la informalidad



### **Recomendaciones:**

1. Continuar fortaleciendo el sistema de vigilancia en IS, en la recolección de los datos (RIPS), en su calidad y en particular en su seguimiento y remisión a los servicios de salud mental y psiquiatría, mientras el proceso se normatiza y estandariza nivel nacional y se le asigna la importancia que requiere el tema de la prevención del suicidio en los servicios de salud y en general en salud pública, como una de las líneas priorizadas del Plan Nacional de Salud Pública en el país.
2. Realizar el seguimiento al 100% de los casos, con el objetivo de impactar en la mortalidad y discapacidad prevenibles y asociadas al evento: <14 años, personas con enfermedad mental diagnosticada, en quienes utilizaron mecanismos altamente letales (AF, ahorcamiento) y en quienes tengan anteriores intentos suicida.
3. A lo largo cuatro años de registro (2006-2009), es evidente la concentración de casos en la zona ORIENTE (comunas 13, 15 y 16) de la ciudad, en la que se deben empezar a generar acciones desde lo local para asegurarse del acceso de esta población a atención y seguimiento de los programas de salud existentes en los territorios.

### **Consumo de SPA (VESPA):**

Este componente se inició con los Centros de Atención a la Drogadicción CAD en coordinación con el departamento del Valle, a partir del año 2009. Actualmente cuenta con 9 CAD habilitados, conformados como UPGD.

### **Recomendaciones:**

- 1-Se encuentra presencia de drogas inyectadas en un 10% de los casos reportados lo cual implica anticipar unas acciones de atención en los servicios de urgencias.
- 2-Es la calle el lugar de mayor inicio (63%) seguido de la institución educativa (20%); esto nos invita a prestar mayor atención al fortalecimiento de las intervenciones en estos espacios desde un nivel intersectorial.
- 3-El boletín VESPA muestra que los consumos tempranos en esta población están ocurriendo antes de los 12años promedio, lo que hace indispensable focalizar el trabajo en edades tempranas.
- 4-El alcohol sigue siendo una sustancia de más alto consumo lo que supone continuar con procesos que aumenten la percepción del riesgo a su consumo especialmente en edades tempranas.
- 5- Como alerta aparece el hecho que el hogar sea un espacio de inicio. Trabajo con padres de familia.
- 6- En población adulta la oferta de superación de spa es restringida (apenas corresponde al 23%)