

CARGA DE ENFERMEDAD POR SUICIDIO EN BOGOTÁ D.C., 2010 – 2014

ANDREA CHACÓN MEDINA

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

BOGOTÁ D.C.

2017

CARGA DE ENFERMEDAD POR SUICIDIO EN BOGOTÁ D.C., 2010 – 2014

AUTORA

ANDREA CHACÓN MEDINA

DIRECTORA

ALEXANDRA PORRAS RAMÍREZ

**Tesis presentada como requisito para optar al título de
Magíster en Epidemiología**

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ D.C.

2017

PÁGINA DE APROBACIÓN

Director de Investigaciones

Director de División de Postgrado

Director del Programa

Jurado

Jurado

Bogotá D.C., Fecha de aprobación _____

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo; sólo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo, en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

AGRADECIMIENTOS

A Dios por todas las bendiciones recibidas.

A mi familia por su apoyo incondicional y aporte para mi crecimiento personal y profesional. Ustedes son mi más grande inspiración para cada día ser mejor persona y aportar desde mi conocimiento a la sociedad.

A mis amigos quienes me alentaron día tras día para alcanzar esta meta propuesta con los mayores éxitos y queriendo cumplir grandes expectativas.

A mis amigos y maestros de la maestría por acompañarme en esta nueva etapa de mi vida con todo su conocimiento.

TABLA DE CONTENIDO

1.	Introducción	18
2.	Pregunta de investigación.....	22
3.	Justificación.....	23
4.	Objetivos	27
4.1.	General:	27
4.2.	Específicos:	27
5.	Marco teórico	28
5.1.	Carga de enfermedad:.....	28
5.2.	Aspectos clínicos, sociales y culturales del suicidio:	31
5.2.1.	Factores de riesgo para el intento de suicidio:	32
5.2.1.1.	Relación entre suicidio y enfermedades mentales:	33
5.2.1.2.	Suicidio asociado a depresión mayor:	35
5.2.1.3.	Suicidio asociado a esquizofrenia:	36
5.2.1.4.	Relación entre el suicidio y el uso indebido de alcohol y drogas:	36
5.2.2.	Factores protectores para el intento de suicidio:	38
5.3.	Epidemiología del suicidio a nivel mundial:.....	39
5.3.1.	Suicidio en adolescentes:	45
5.4.	Epidemiología del suicidio en Colombia:	47
5.4.1.	Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional:	52
5.4.2.	Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia:	54
5.5.	Carga de enfermedad por suicidio en el mundo:.....	59

5.6.	Carga de enfermedad por suicidio en Colombia:	61
5.7.	Peso de discapacidad y calidad de vida ante un intento de suicidio fallido:	64
6.	Metodología	67
6.1.	Tipo de estudio:	67
6.2.	Población de referencia:	67
6.3.	Variables:	68
6.3.1.	Variables de mortalidad:	68
6.3.2.	Variables de morbilidad:	69
6.4.	Fuentes de información:	70
6.5.	Cálculos matemáticos y estadísticos desarrollados	71
6.5.1.	Análisis descriptivo de los casos de mortalidad por suicidio:	71
6.5.2.	Ajuste por subregistro de los casos de mortalidad por suicidio:	72
6.5.3.	Estimación de tasas de mortalidad por suicidio:	73
6.5.4.	Análisis descriptivo de los casos de ideación e intento suicida:	73
6.5.5.	Estimación de la prevalencia de ideación e intentos de suicidio:	73
6.5.6.	Estimación de la carga de enfermedad AVISA:	74
6.5.6.1.	Factores de corrección y datos previos al cálculo de AVISA:	74
6.5.6.1.1.	Expectativa de vida estándar	74
6.5.6.1.2.	Tasa de descuento	74
6.5.6.1.3.	Pesos por edad	75
6.5.6.1.4.	Pesos de discapacidad	76
6.5.6.2.	Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura:	76
6.5.6.3.	Años Vividos con Discapacidad:	77
6.5.6.4.	Análisis de la información:	78

6.5.7. Pasos para el cálculo:	78
6.5.7.1. Definición de la enfermedad:	79
6.5.7.2. Historia natural de la enfermedad:	80
6.5.7.3. Estimaciones de mortalidad:	80
6.5.7.3.1. Cuantificación de casos de mortalidad	80
6.5.7.3.2. Ajuste de casos de mortalidad por subregistro	80
6.5.7.3.3. Tasas de mortalidad.....	81
6.5.7.4. Cuantificación de casos de morbilidad:	81
7. Resultados	82
7.1. MORTALIDAD POR SUICIDIO.....	82
7.1.1. Distribución de casos de suicidio por sexo:	82
7.1.2. Distribución de casos de suicidio por edad:	83
7.1.3. Distribución de casos de suicidio por sexo y edad:.....	83
7.1.4. Tasas de mortalidad:.....	84
7.1.4.1. Tasas de mortalidad de suicidio por año en Bogotá:.....	84
7.1.4.2. Tasas de mortalidad de suicidio por sexo:	85
7.1.4.3. Tasas de mortalidad de suicidio por grupo de edad:	86
7.1.4.4. Tasas de mortalidad de suicidio por edad y sexo:	88
7.2. MORBILIDAD POR CONDUCTAS SUICIDAS:.....	90
7.2.1. Distribución por conducta suicida:.....	90
7.2.2. Distribución de las conductas suicidas por sexo:	91
7.2.3. Distribución de las conductas suicidas por edad:.....	93
7.2.4. Distribución de conductas suicidas por sexo y edad:	94
7.2.5. Distribución de conductas suicidas por estado civil.....	95

7.2.6. Distribución de conductas suicidas por escolaridad.....	97
7.2.7. Distribución de conductas suicidas por régimen de afiliación:	98
7.2.8. Prevalencia de suicidio según el sistema de vigilancia	99
7.2.8.1. Prevalencia de conductas suicidas por año en Bogotá:	99
7.2.8.2. Prevalencia de conductas suicidas por sexo:	100
7.2.8.3. Prevalencia de conductas suicidas por grupo de edad:	101
7.3. ESTIMACION DE AVISAS POR SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO	103
7.3.1. Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura:	103
7.3.1.1. Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura por sexo:	104
7.3.1.2. Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura por grupo de edad:	105
7.3.2. Años vividos con discapacidad por suicidio:	107
7.3.2.1. Años vividos con discapacidad por sexo:	107
7.3.2.2. Años vividos con discapacidad por grupo de edad:	108
7.3.2.3. Análisis de sensibilidad de acuerdo a la duración de la discapacidad	109
7.3.3. Años de vida ajustados por discapacidad:	111
7.3.4. Años de vida ajustados por discapacidad por sexo:	113
7.3.5. Años de vida ajustados por discapacidad por grupos de edad:	114
8. Discusión	117
9. Referencias bibliográficas	130

Índice de figuras

Figura 1. Tasas de suicidio estandarizadas por edad (por 100.000 habitantes) para ambos sexos en el año 2012.....	40
Figura 2. Tasas de suicidio ajustadas por edad por 100.000 habitantes en Colombia, 1985 – 2002.....	47
Figura 3. Mortalidad por suicidio según sexo. Colombia, 1998 – 2012.	50
Figura 4. Casos y Tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2005 – 2014	53
Figura 5. Distribución de AVISAS según sexo por país, GBD 2013	63
Figura 6. AVISAS por grupos de edad para ambos sexos en Colombia, GBD 2013	64
Figura 7. Distribución de mortalidad por suicidio en Bogotá por sexo, 2010 - 2014.....	82
Figura 8. Distribución casos de suicidio por grupos de edad en el quinquenio 2010 - 2014.....	83
Figura 9. Distribución casos de conductas suicidas en Bogotá, 2010 - 2014	91
Figura 10. Distribución de casos de ideación suicida por sexo en Bogotá, 2010 - 2014.....	92
Figura 11. Distribución de casos de intento de suicidio por sexo en Bogotá, 2010- 2014 ..	92
Figura 12. Distribución por edad de la ideación suicida en Bogotá, 2010 - 2014.	93
Figura 13. Distribución por edad de los casos de intento de suicidio en Bogotá, 2010 – 2014	94
Figura 14. Años de Vida Potencialmente Perdidos por Muerte Prematura por suicidio en Bogotá, 2010 – 2014	104
Figura 15. Años de Vida Potencialmente Perdidos por Muerte Prematura (tasa x 1000) por sexo en Bogotá, 2010 – 2014	105

Figura 16. Años perdidos por muerte prematura (tasa x 1000) según grupo de edad para los hombres en Bogotá, 2010 - 2014	106
Figura 17. Años de vida perdidos por muerte prematura (tasa x 1000) según grupos de edad para las mujeres en Bogotá, 2010 - 2014	106
Figura 18. Años vividos con discapacidad en Bogotá, 2010 - 2014.....	107
Figura 19. Años vividos con discapacidad (tasa x 1000) por sexo en Bogotá, 2010 - 2014	108
Figura 20. Años vividos con discapacidad (tasa x 1000) según grupos de edad para los hombres en Bogotá, 2010 - 2014	108
Figura 21. Años vividos con discapacidad (tasa x 1000) según grupos de edad para las mujeres en Bogotá, 2010 - 2014.....	109
Figura 22. Pesos relativos de mortalidad y discapacidad por suicidio en Bogotá, 2010 - 2014.....	112
Figura 23. Pesos relativos de mortalidad y discapacidad por suicidio en hombres en Bogotá, 2010 - 2014.....	112
Figura 24. Pesos relativos de mortalidad y discapacidad por suicidio en mujeres en Bogotá, 2010 - 2014.....	113
Figura 25. Años de vida ajustados por discapacidad (tasa x 1000) por sexo en Bogotá, 2010 - 2014.....	114

Índice de tablas

Tabla 1. Número de casos y tasas de suicidio por región en el mundo, 2012.....	43
Tabla 2. Tasas específicas de mortalidad por suicidio en hombres según el grupo de edad por 100.000 habitantes, Colombia 1990 – 2002.....	48
Tabla 3. Tasas específicas de mortalidad por suicidio en mujeres según el grupo de edad por 100.000 habitantes, Colombia 1990 – 2002.....	49
Tabla 4. Mortalidad por suicidio según sexo y grupos de edad. Colombia, 1998 – 2012. ...	50
Tabla 5. Tasas ajustadas por edad y sexo de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes. Colombia, 2005 – 2012.	51
Tabla 6. Prevalencia de comportamientos suicidas por sexo año 2003	55
Tabla 7. Prevalencia de comportamientos suicidas según edad año 2003	55
Tabla 8. Depresión e intento de suicidio año 2003	56
Tabla 9. Proporción por conducta suicida en adolescentes según sexo año 2015	57
Tabla 10 Prevalencia de conducta suicida según sexo para adultos mayores de 18 años año 2015	58
Tabla 11. Prevalencia de conducta suicida según región para adultos mayores de 18 años en la población colombiana año 2015	58
Tabla 12 Prevalencias de conductas suicidas según grupo de edad en la población colombiana año 2015	59
Tabla 13. Variables tomadas del DANE para estimar la mortalidad	68
Tabla 14. Variables de SISVECOS tomadas para estimar la morbilidad por suicidio	69
Tabla 15 Porcentaje de personas fallecidas por grupos de edad y sexo con certificado de defunción según censo del 2005.....	72

Tabla 16. Pasos a desarrollar para el estudio de carga de enfermedad por suicidio	79
Tabla 17. Distribución de casos de suicidio en Bogotá por edad y sexo, 2010 - 2014.....	84
Tabla 18. Tasas crudas y ajustada por edad de mortalidad en Bogotá, 2010 – 2014.....	85
Tabla 19 Evaluación estadística de las variaciones en las tasas de mortalidad por año, 2010 - 2014.....	85
Tabla 20. Casos de suicidio y tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, por sexo, años 2010 – 2014.....	86
Tabla 21 Casos de suicidio y tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, por grupos de edad, años 2010 – 2014	87
Tabla 22 Casos de suicidio y tasas de mortalidad por grupos de edad para el sexo femenino 2010 – 2014.....	88
Tabla 23 Casos de suicidio y tasas de mortalidad por grupo de edad para el sexo masculino 2010 – 2014.....	89
Tabla 24. Distribución de casos de ideación suicida por sexo y edad en Bogotá, 2010– 2014	94
Tabla 25. Distribución de casos de intento suicida por sexo y edad en Bogotá, 2010- 2014..	95
Tabla 26. Proporción de ideación suicida por estado civil, años 2010 - 2014.....	96
Tabla 27. Proporción de intento suicida por estado civil, años 2010 - 2014	96
Tabla 28. Proporción de ideación suicida por escolaridad, años 2010 - 2014.....	97
Tabla 29. Proporción de intento suicida por escolaridad, años 2010 - 2014	97
Tabla 30. Proporción de ideación suicida por régimen de afiliación, años 2010 - 2014	98
Tabla 31. Proporción de intento suicida por régimen de afiliación, años 2010 - 2014.....	99

Tabla 32. Prevalencias x 1.000 para cada año de ideación e intento suicida en Bogotá, 2010-2014.....	99
Tabla 33. Casos y prevalencia x 1.000 de ideación suicida por sexo en Bogotá, 2010 - 2014	100
Tabla 34. Casos y prevalencia x 1.000 de intento de suicidio por sexo en Bogotá, 2010 - 2014.....	101
Tabla 35. Prevalencia de ideación suicida por grupos de edad, años 2010 - 2014	101
Tabla 36. Prevalencia de intento suicida por grupos de edad, años 2010 - 2014	102
Tabla 37 Comparación tasas (x 1000) AVD con diferente duración de discapacidad en el sexo femenino	110
Tabla 38 Comparación tasas (x1000) AVD con diferente duración de discapacidad en el sexo masculino	110
Tabla 39. AVISAS por suicidio según sexo en Bogotá, 2010 - 2014.....	111
Tabla 40. Distribución Carga de enfermedad por sexo y grupos de edad, años 2010 - 2014..	115
Tabla 41 Tasas de AVISA x 1.000 estandarizadas, por grupos de edad y sexo 2010 - 2014..	116

SIGLAS, ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS

AVISA / DALY: Años de Vida ajustados en función de la discapacidad / *Disability Adjusted Life Year*

AVPP / YLL: Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura / *Years of Life Lost*

AVD / YLD: Años Vividos con Discapacidad / *Years Lived with Disability*

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

INMLCF: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

SISVECOS: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida

Resumen

El suicidio es un evento de alto impacto en todo el mundo, considerado un problema de salud pública debido a que se encuentra dentro de las primeras causas que más generan mortalidad y que, de acuerdo a la OMS, se encuentra en aumento. Cerca de un millón de suicidios ocurren en el año; sin embargo, sólo el 10% de los intentos terminan consumados. Los casos restantes tienen un impacto en la carga de discapacidad aún no claramente estudiada. **Objetivo:** Estimar la carga de enfermedad por suicidio en Bogotá, 2010 – 2014. **Tipo de estudio:** Ecológico de carga de enfermedad. **Metodología:** Se tomaron los casos de suicidio de las bases de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y los casos de ideación suicida e intento de suicidio del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS). Se estimaron las tasas de mortalidad por suicidio, la prevalencia del intento de suicidio y la carga de enfermedad en Excel. Se tomó la tabla de vida de Japón, una tasa de descuento de 3%, peso por edad de 0,4 y constante de 0,1658 con un peso de discapacidad de 0,46. **Resultados:** Se obtuvo una tasa de 1,1 AVISAS x 1.000 habitantes para ambos sexos y todos los grupos de edad. Según sexo, los hombres presentaron una tasa de 1,6 AVISAS x 1.000 habitantes y las mujeres una tasa de 0,7 AVISAS x 1.000 habitantes. En cuanto a grupos de edad, se evidenció mayor impacto en el grupo de 15 a 29 años de edad. **Conclusión:** Se evidencia mayor carga de enfermedad en los hombres debido a que presentaron mayores tasas de mortalidad por suicidio. El mayor impacto se evidenció en las personas de edad productiva.

Palabras clave: Carga de enfermedad, suicidio, intento de suicidio.

Abstract

Suicide is a high-impact event worldwide and considered a public health problem because it is within the first causes that generate more mortality, according to the WHO, the cases will go on increase. Around one million suicides occur per year; however, only 10% of attempts end in death. **Objective:** Estimate the burden of disease by suicide in Bogotá, 2010-2014. **Type of study:** Ecological burden of disease. **Methodology:** Suicide cases were taken from the mortality database of Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) and the suicidal ideation cases and suicide attempt cases form the Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS). Estimates mortality rates, suicide attempt prevalence and burden of disease in Excel. Used life table of Japan, a discount rate of 3%, weight per age of 0,4 and constant of 0,165 with a disability weight of 0,46. **Results:** A total rate of 1,1 DALYS per 1,000 habitants was obtained for both sex and all age groups. By sex, the men had a rate of 1,6 DALYS per 1.000 habitants and the women had a rate of 0,7 DALYS per 1.000 habitants. For age groups, the group of 15 to 29 years old had the highest burden of disease. **Conclusion:** The burden of disease affects more men because had the highest suicide rates mortality. The greatest impact was on people of productive age.

Key words: Burden of disease, suicide, suicide attempt.

1. Introducción

El suicidio ha sido un tema de controversia desde la antigüedad debido a que involucra temas sociales, culturales y religiosos como ser considerado un evento vergonzoso y de cobardía, una salida fácil a responsabilidades, una respuesta a la falta de cohesión familiar y social y un insulto frente a Dios dependiendo de la religión profesada (1). Durante la época renacentista, se consideró el suicidio como una salida a diferentes dificultades como la culpa y el amor (1) pero también como un acto heroico que no cualquier persona lo lleva a cabo (1)(2). Ya en el siglo XVIII, Robert Burton sentó las primeras bases de que el suicidio era la consecuencia a una depresión severa del individuo (1), lo que generó una nueva perspectiva haciendo que la mayoría de los suicidios fueran atribuidos a enfermedades mentales; y a finales del siglo XIX se reforzó el estudio del suicidio como un problema médico pero también sociológico (1).

Aunque muchos de estos pensamientos controversiales aún están presentes, se ha reconocido el avance frente a la aceptación del suicidio como un problema de salud pública que requiere de intervenciones para mitigar los factores de riesgo comunes que exacerban su aparición (1)(3). Sin embargo, el inconveniente más apremiante es que la información de los comportamientos suicidas no es clara y presenta un subregistro marcado frente al suicidio consumado (1)(3) y al intento de suicidio (1); esto debido a que muchas muertes son categorizadas como accidentes, por vergüenza y miedo a represalias sociales (1), por lo que es difícil llevar a cabo un reporte estadístico que refleje la realidad de este comportamiento y su impacto en la carga de enfermedad de la población.

El impacto en la mortalidad es el aporte más conocido del comportamiento suicida; sin embargo, no todos los intentos suicidas llevan a un suicidio consumado, cerca del 90% de los intentos de suicidio son intentos fallidos que generan consecuencias en la salud física y mental de estas personas (4)(3) y requieren de un seguimiento y acompañamiento por el sistema de salud, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y disminuir el riesgo de aparición de nuevos intentos de suicidio durante el primer año a partir del evento (3).

En el mundo se ha considerado al suicidio como un problema de salud pública de continuo crecimiento en los últimos años (2)(3), que se puede debe a la existencia de predisposiciones internas de los individuos para quitarse la vida y a circunstancias externas como cobardía, presiones sociales, depresión, trastornos de consumo de alcohol, violencia, duelo reciente, viudez, presencia de enfermedades incurables como algunos de los factores de riesgo importantes (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su estudio de 1990, clasificó al suicidio y otras lesiones autoinfligidas como la quinta causa de carga de enfermedad en el mundo en la población de 15 a 44 años, con una pérdida de 14.645.000 años de vida saludable (3). Menciona que en el año 2012 se presentaron 804.000 muertes por suicidio en el mundo, que representó una tasa de mortalidad anual ajustada por edad de 11,4 x 100.000 habitantes (15 x 100.000 para hombres y 8 x 100.000 para mujeres) y fue la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años (3), haciendo referencia que este dato puede ser inferior al presentado en realidad debido al subregistro existente en la mayoría de los países por la mala clasificación del evento (3). Con respecto a la edad, la OMS reportó que las tasas de mortalidad por suicidio más altas se presentaron en los mayores de 70 años (3), comportamiento común en la mayoría de las regiones; aunque en pocos países las tasas fueron mayores en los más jóvenes (3).

En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) en el año 2014 referenció que la tasa de mortalidad por este evento ha ido en aumento, siendo marcado en los países en desarrollo y en las personas jóvenes, hasta el punto de ser la tercera causa de muerte a nivel mundial en este grupo poblacional (2). En el país, desde el año 2009 el fenómeno de suicidio ha sido estable; sin embargo, fue la cuarta forma de violencia más frecuente del país afectando más a los hombres que a las mujeres (2).

La Primera Encuesta Nacional de Salud Mental (5) fue el informe que permitió conocer la prevalencia de enfermedades mentales en el año 2003 y fuente para que Gómez y col (6) realizaran una caracterización de la presencia de intentos de suicidio en el territorio nacional, siendo de gran aporte a la sociedad médica ya que para ese entonces sólo se contaba con información de los suicidios consumados (6). En este estudio se mencionó como un factor de riesgo importante en la población suicida la presencia de enfermedades mentales, ya que el 41% de los suicidas habían presentado una hospitalización psiquiátrica en el año anterior, entre el 4% y 11% habían recibido atención ambulatoria y entre el 20% y 83% habían consultado a un médico general (6). El principal resultado fue que el grupo de edad con mayor riesgo para el intento de suicidio fue el de 16 a 21 años con un OR de 2,5 (IC 95%: 1,5 – 4,2) para el último año y un OR de 1,7 para toda la vida (IC 95%: 1,3 – 2,5) (6), junto con otros factores como ser mujer y presentar antecedentes de violencia física (6).

Para la ciudad de Bogotá, existe el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Conductas Suicidas (SISVECOS) liderado por la Secretaria de Salud Distrital, que se encarga de consolidar los reportes de diferentes conductas suicidas como la ideación

suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado. Sin embargo, no se cuenta con información que permita evaluar el impacto actual de este evento en la prevalencia y en los años ajustados por discapacidad en la ciudad, por lo que no es claro si se deben reconocer como eventos críticos en la salud de los bogotanos para priorizar las intervenciones en salud que se requieran.

2. Pregunta de investigación

¿Cuál fue la carga de enfermedad por suicidio en la población de Bogotá durante el periodo 2010 a 2014?

3. Justificación

En la actualidad el suicidio es un evento de gran impacto a nivel socioeconómico, ya que es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y es considerado un problema de salud pública que afecta en mayor medida a las personas de 15 a 44 años (7). Esta tendencia trae como consecuencia una gran pérdida de años de vida saludables dado que está afectando a la población productiva de la sociedad (7)(3), y al tener menos personas trabajando (que incluye a la víctima y sus familiares cercanos que se ven obligados a abandonar sus empleos) se va a disminuir el desarrollo económico de una comunidad.

Una de las dificultades que se presenta en el seguimiento de la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado es el hecho de que no se tiene suficiente información en varios sectores del mundo, debido a que muchas de las personas que pasan por uno de estos eventos no se acercan a un centro de salud, lo que dificulta el registro de estas conductas en la población (8)(1). De acuerdo a la OMS, una dificultad adicional para tener datos de este comportamiento es que en algunos hospitales, no consideran de gran importancia el seguimiento y recolección de datos de los casos de heridas autoinfligidas que llegan a sus instalaciones (8). Todos estos inconvenientes conllevan a que el conocimiento acerca del impacto y la cantidad de casos que se presentan de intento de suicidio sean desconocidos en algunos lugares y en otros se presente un subregistro (8)(3)(1). Para mitigar esta situación, se ha iniciado en varios países la implantación de sistemas de vigilancia e instituciones dirigidas a la detección y prevención de aparición de cualquier conducta suicida. Sin embargo, aún se requiere el esfuerzo frente al análisis de la información recolectada para así obtener resultados que lleven a la toma de decisiones.

Estos esfuerzos por recolectar datos epidemiológicos del suicidio han llevado a conocer que a nivel mundial las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa que más genera enfermedad y discapacidad (9), frente a este tema la OMS reportó que para el año 2000 cerca de 815.000 personas se suicidaron generando una tasa de mortalidad de 14,5 por cada 100.000 habitantes en todo el mundo, tendencia que se siguió manteniendo hasta el año 2012, donde en promedio 800.000 personas se quitaron la vida y muchas intentaron hacerlo sin llegar a consumarlo, es así como en el grupo de edad de 15 a 29 años fue la segunda causa de muerte en todo el mundo (10).

Es de mencionar que las mayores tasas de suicidio se presentaron en los países del este de Europa (Belarus, Estonia, Lituania y Rusia) y las menores tasas en América Latina (Colombia y Paraguay) y algunos países de Asia (Filipinas y Tailandia) (9). Con respecto a la edad, se encontró que las mayores tasas de mortalidad fueron en aquellos de 60 y más años (9). Sin embargo, en cuanto al número absoluto de casos, pasa todo lo contrario y fueron más entre las personas de menos de 45 años (9). Por sexo, se evidenció que la ideación suicida fue más común en las mujeres que en los hombres y al momento de evaluar las tasas de mortalidad, estas fueron mayores en los hombres que en las mujeres, alcanzando una proporción de 3:1 a nivel mundial (9). En general, se considera que el 20% de las personas que realizan un intento suicida eventualmente terminan en un caso de suicidio consumado durante el primer año luego del primer intento (9)(3)(11).

En Colombia, el suicidio también es considerado una enfermedad de interés público dado que se ha evidenciado el aumento de casos, particularmente en población adulta joven (2). Es por esto que se han desarrollado estudios a nivel poblacional frente a enfermedades

mentales, ideación suicida e intento de suicidio (5)(12) con el objetivo de caracterizar esta población, obtener prevalencias de estos eventos y tener información acerca de los factores de riesgo comunes en el país. Esta información es indispensable para generar estrategias de carácter multisectorial que promuevan aquellos factores que influyen en una mejor percepción de la vida y mitigar o controlar los que impactan directamente en la aparición de ideas suicidas y, en consecuencia, del intento de suicidio.

El aumento en los casos de suicidio en personas cada vez más jóvenes que afecta en gran medida a niños, ha llevado a un impacto social y económico más notorio que en años anteriores (2)(12)(13)(14). Esto hace necesario implantar una alerta para realizar el respectivo seguimiento a la tendencia de aparición de estos casos y los factores que más están influyendo en su aparición en este grupo poblacional. Es por esto que se requiere de un seguimiento estricto a la presencia de maltrato familiar, antecedentes de eventos suicidas en la familia, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, eventos estresantes, facilidad de acceso a métodos suicidas y presencia de enfermedades mentales (12)(6)(15), que se consideran son la principal causa de aparición de ideas. Es de mencionar que estos eventos pueden presentarse en cualquier individuo sin importar el sexo, la edad, condición social, ingresos económicos o el ambiente ya sea área rural o urbano (16)(12).

En la evaluación del comportamiento del suicidio consumado en el país, se han tenido en cuenta variables como el nivel de escolaridad y el estado civil. En este caso se tiene reportes de que cerca del 75% de los casos ocurrieron en población con nivel educativo de primaria y secundaria, siendo más frecuentes los casos en el nivel de primaria (17)(18)(19); sin embargo, a partir del 2013 se ha evidenciado un aumento en los casos reportados en el

nivel de secundaria (20)(2). Con respecto al estado civil, se tienen reportes de que el suicidio fue más frecuente en los solteros, con el 50% de los casos reportados en los años 2010 a 2014 (17)(18)(19)(20)(2).

Finalmente, se considera que es de gran importancia definir el impacto del suicidio en el desarrollo de Bogotá, no solo el derivado de las muertes, sino también el relacionado con la discapacidad de las personas que tuvieron un intento de suicidio sin llegar a la muerte, que incluye la necesidad de acercarse a un centro médico y el impacto a nivel emocional, social y económico sobre las personas que se encuentran a su alrededor como familiares y amigos (8).

4. Objetivos

4.1. General:

Estimar la carga de enfermedad por suicidio en Bogotá entre 2010 – 2014.

4.2. Específicos:

Estimar las tasas de mortalidad por suicidio en Bogotá por edad y sexo.

Estimar la prevalencia de ideación suicida e intento de suicidio en Bogotá por edad y sexo.

Estimar los Años de Vida Perdidos por muerte Prematura por suicidio en Bogotá por sexo y edad en grupos quinquenales.

Estimar los Años Vividos con Discapacidad por intento de suicidio en Bogotá por sexo y edad en grupos quinquenales.

5. Marco teórico

5.1. Carga de enfermedad:

A continuación se presentan algunas bases teóricas frente a los indicadores sintéticos para estimar la carga de enfermedad en una población.

El estado de salud ha sido medido de diferentes formas en todo el mundo con el objetivo de monitorizar la situación del proceso de salud – enfermedad de las poblaciones y el impacto de las intervenciones realizadas. Esto se ha llevado a cabo por medio de indicadores basados en la mortalidad y la esperanza de vida, que se ven al mismo tiempo afectados por la presencia de variables sociodemográficas características de cada país y región del mundo (21)(22)(23). Sin embargo, la medición únicamente de la mortalidad no proporciona la información suficiente para generar un juicio acerca de la salud de una población, ya que deja por fuera la contribución de la discapacidad generada por las enfermedades (21)(22).

Para cumplir con estos intereses, se han desarrollado indicadores sintéticos que combinan información de la mortalidad y discapacidad que representan de una forma global, en un solo número, todo el estado de salud de la población. El desarrollo de estos indicadores ha permitido comparar resultados en el tiempo, entre grupos poblacionales, o antes y después de una intervención en salud (22). De acuerdo al manual de carga de enfermedad, estos indicadores sintéticos se pueden clasificar en dos tipos: Expectativas de salud, que incluye los indicadores de expectativa de vida libre de discapacidad y expectativa de vida ajustada

por discapacidad; y brechas en salud, que incluye los indicadores de años de vida ajustados por discapacidad y años de vida saludable (22).

El indicador de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (que de ahora en adelante se menciona como AVISA) compone los estudios de Carga de Enfermedad, el cual tiene un enfoque adicional al integrar el impacto de las muertes por medio de los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVPP) y de la discapacidad de la población por medio de los Años Vividos con Discapacidad (AVD) (22)(21). Este mide la diferencia que se presenta entre el estado de salud de la población frente a un estándar de referencia. Siempre se ha mantenido el consenso de que la unidad adecuada de medición es el tiempo, aquel perdido por muerte prematura y el vivido con discapacidad (24)(22). En los estudios de carga de enfermedad se realiza el análisis para tres grupos exhaustivos y excluyentes: Grupo I Enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y nutricionales; Grupo II Enfermedades no transmisibles y Grupo III Accidentes y lesiones (21).

El cálculo de los AVISA implica hacer valoraciones del estado de salud, para esto se diseñó un modelo que permitió la imputación de valoraciones tanto para estados de salud directos como aquellos que no se podían valorar directamente (22). Esto se realizó por medio de un estudio de valoración de acuerdo a un sistema descriptivo estandarizado basado en múltiples dominios de salud, que por métodos econométricos permitió estimar las valoraciones en los diferentes dominios (22)

En 1993, fue llevado a cabo el primer estudio de carga de enfermedad apoyado por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Universidad de Harvard (25).

Este estudio permitió tener las primeras estimaciones de la mortalidad y morbilidad por edad, sexo y regiones del mundo. A partir de esta fecha, los AVISA fueron considerados como un nuevo indicador de gran utilidad para el seguimiento del impacto de las enfermedades en el tiempo, la generación de información para priorizar decisiones en salud y la evaluación de los resultados de desigualdad e inequidad en salud. Es importante tener en cuenta que para el desarrollo de este indicador y evaluar el estado de salud de una población en el tiempo, se requiere de estimaciones confiables sobre los parámetros que describen a las enfermedades y las secuelas. Por tanto, es necesario contar con información consistente de incidencia, prevalencia, tasas de mortalidad, riesgos asociados, la duración promedio de las enfermedades y las secuelas que afectan a la población de estudio (25).

Como se ha mencionado, los primeros informes sobre carga de enfermedad fueron generados por el Banco Mundial y la Universidad de Harvard, en 1990 bajo la dirección del Doctor Murray. En este caso se realizaron estimaciones para 107 enfermedades y 483 secuelas; el estudio abarcó ocho regiones del mundo y cinco grupos de edad (26). Este estudio tuvo un gran impacto en la política de salud pública de todo el mundo, que atrajo la atención frente a enfermedades ocultas como las enfermedades mentales y las lesiones generadas por accidentes de tráfico (26). La siguiente actualización completa se llevó a cabo en el 2010, que amplió significativamente el alcance anterior al producir estimaciones para 291 enfermedades y lesiones, 67 factores de riesgo, 1160 secuelas, 21 regiones, 20 grupos de edad y 187 países (26). En 2014 se realizó la publicación de una serie de artículos sobre las actualizaciones obtenidas frente al tabaquismo, la mortalidad materna, la mortalidad infantil, el sobrepeso y la obesidad, el VIH/Sida, la malaria, la tuberculosis y el gran desarrollo de la Carga de Enfermedad comparando 1990 con 2013 (26). Las

estimaciones fueron realizadas para 323 enfermedades y lesiones, 67 factores de riesgo y 1.500 secuelas para 188 países (26).

5.2. Aspectos clínicos, sociales y culturales del suicidio:

El suicidio es la muerte resultado de un acto de lesión autoinfligida de forma intencional (27). El comportamiento suicida compromete tanto el suicidio como actos de lesión autoinfligida que no llevan a un resultado fatal. En este caso se encuentran varios términos para referirse a este comportamiento como lo son intento de suicidio, autolesiones y parasuicidio. Se considera que las autolesiones no fatales pueden ser divididas en comportamientos donde la intención era generar la muerte y un comportamiento ambivalente entre querer o no hacer un intento suicida (27).

El tema del suicidio es bastante controversial debido al impacto que tiene a nivel religioso, social, cultural y por supuesto económico. Es por esto que se ha realizado un esfuerzo para ampliar el conocimiento sobre la presencia de una idea suicida y su desarrollo en un intento suicida que puede o no llevar a la muerte; encontrando en este caso que se puede derivar de factores personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales (3). Cavanagh y col (28) encontraron en su revisión sistemática dirigida a determinar la relación entre los antecedentes patológicos y el suicidio a través del método de autopsia psicológica, que cerca del 91% de los casos de suicidio tenían algún antecedente de trastorno mental, los cuales estaban principalmente relacionados con depresión, abuso de alcohol o sustancias psicoactivas, desordenes psicóticos, desordenes impulsivos y desordenes de la personalidad (28)(29).

5.2.1. Factores de riesgo para el intento de suicidio:

En este caso se encontraron tres fuentes de información que mencionan la situación actual y los factores de riesgo relacionados con la aparición de un intento de suicidio en el mundo. Algunos factores ya tienen evidencia científica de ser marcadores importantes para la aparición de esta conducta suicida y otros se encuentran en evaluación para determinar su posible asociación. En el reporte realizado sobre violencia autoinfligida de la OMS (9), se clasificaron estos factores de riesgo en: factores psiquiátricos (enfermedades mentales como depresión, trastornos del ánimo, esquizofrenia y ansiedad), marcadores biológicos (antecedentes de suicidio en la familia), experiencias vividas y finalmente factores sociales y ambientales (religión, migración) (9).

Más adelante, en un segundo informe de la OMS (3) dirigido a evidenciar la importancia de prevenir el intento de suicidio, se realizó una clasificación de estos factores de riesgo claves en cinco grandes grupos: asociados al sistema de salud (dificultad de un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno); aquellos derivados de la sociedad (fácil acceso a métodos de suicidio y estigma por buscar ayuda); los derivados de la comunidad (la guerra, el conflicto, estrés por aislamiento, discriminación y trauma); aquellos asociados con las relaciones interpersonales (sentido de aislamiento y falta de soporte social y relaciones conflictivas o la pérdida de relaciones); y finalmente los factores individuales (antecedentes de intentos de suicidio, trastornos mentales, uso de alcohol, desesperanza, dolor crónico, historia familiar de suicidio y factores biológicos y genéticos) (3).

En el informe del gobierno escocés (27) la clasificación fue más sencilla y se generaron dos grupos de factores de riesgo, uno asociado a los factores individuales y otro a los factores psicosociales. Dentro de los factores individuales reportan las enfermedades mentales (epilepsia, trastornos afectivos, esquizofrenia), antecedentes de autolesiones, abuso de alcohol, enfermedades crónicas, trastornos de personalidad y por último la predisposición genética, a pesar de no contar con información relevante y confiable que apoye esta hipótesis. Por último, los factores psicosociales son relacionados con el desempleo y la pobreza.

Como se puede observar, la OMS en su reporte sobre la importancia de la prevención del intento de suicidio generó una clasificación que incluyó factores derivados de la sociedad, la comunidad y de las mismas relaciones interpersonales, que no se reportan con anterioridad y que amplía la visión frente a lo que se debe identificar e intervenir a nivel colectivo e individual para mitigar la aparición de intentos de suicidio.

5.2.1.1. Relación entre suicidio y enfermedades mentales:

Siendo la presencia de enfermedades mentales uno de los factores de riesgo más relevantes para la aparición de intentos de suicidio, a continuación se mencionan los resultados de algunos estudios dirigidos a caracterizar la población suicida:

Arsenault – Lapierre y col (30) realizaron un meta-análisis para determinar los diagnósticos psiquiátricos más relevantes en 3.275 casos de suicidio. Se encontró que el 87,3% de los casos habían tenido un diagnóstico de enfermedad mental por medio de la

autopsia psicológica (30) y la esquizofrenia fue la que generó mayor riesgo de suicidio (OR= 5,56; IC 95%: 3,12 – 10,24) (30). De acuerdo a la distribución por sexo, los problemas con el consumo de drogas, desórdenes de personalidad y trastornos de inicio en la infancia fueron los más comunes entre los hombres que se suicidaron; por otro lado, los desórdenes afectivos incluyendo la depresión fueron menos comunes en este sexo (30).

Debido a que el suicidio en personas jóvenes es un problema de salud pública mundial, Fleischmann y col (31) realizaron un meta-análisis para evaluar la relación entre el suicidio y la presencia de enfermedades mentales en personas jóvenes. En este caso se incluyeron 894 suicidios entre los 15 y 30 años de edad, de los cuales el 88,6% tuvo al menos un diagnóstico de un trastorno mental; el más frecuente fue los trastornos del ánimo (42,1%), seguido por los relacionados con el consumo de sustancias (40,8%) y por último los desórdenes disruptivos del comportamiento (20,8%) (31). En la distribución por sexo se encontró que las mujeres jóvenes presentaron más trastornos de ánimo y trastornos de ansiedad; en cuanto a los hombres fue más frecuente la presencia de trastornos disruptivos del comportamiento y aquellos relacionados con el consumo de sustancias (31). En este meta-análisis se menciona que cuatro de 13 estudios aplicaron el diseño de casos y controles y por tanto se pudo calcular el riesgo de suicidio de acuerdo al diagnóstico reportado, la depresión mayor obtuvo un OR de 20, el abuso de sustancias un OR de 5 y los desórdenes de conducta un OR de 6 (31).

En diferentes países, se ha evaluado el impacto que tiene la facilidad de acceso y la calidad del tratamiento en el manejo de las enfermedades mentales con respecto a la ejecución del suicidio. Por ejemplo, en Dinamarca se reportó que el 57% de los pacientes

fueron dados de alta y una semana después atentaron contra su vida (32); en España el 25% de los pacientes atentaron contra su vida dentro del mismo centro de salud mental (32) y en toda Europa solo el 37% de los pacientes con trastornos del ánimo buscaron ayuda en el sistema de salud y, de estos, el 21% recibió un tratamiento adecuado (32). Estos datos dejan a la vista la gran problemática que se presenta frente al diagnóstico y tratamiento oportuno de estas enfermedades en países desarrollados. Además, se debe tener en cuenta que un intento de suicidio previo aumenta la probabilidad de que se presente un suicidio consumado, encontrando que entre el 30% - 60% de los suicidios son precedidos por un intento previo, siendo más factible que ocurra dentro del primer año después del intento (6).

Es así como Chesney y col (33) hicieron una fuerte crítica sobre las actividades que hay por hacer para tratar estas enfermedades y disminuir así las muertes por suicidio. En su artículo consideran que las enfermedades mentales se pueden diagnosticar y que todas tienen un tratamiento estipulado para lograr un control adecuado, el gran problema es que esto se realice a tiempo y con el seguimiento necesario para tener buenos resultados.

5.2.1.2. Suicidio asociado a depresión mayor:

Dentro de las enfermedades mentales, la depresión mayor es la que más casos de mortalidad por suicidio presenta, teniendo como base que entre el 15 y 20% de las personas con este diagnóstico se suicidan (34). Esta información ha sido corroborada en estudios como el de Bernal y col. que por medio de una encuesta a 21.425 personas en seis países de Europa, reportó que la mayor causa asociada al suicidio fue la depresión, aportando con el 28% de los casos (35) y con un RR de 2,9 para la ideación suicida y un RR de 4,8 para el

intento de suicidio (35). En el estudio de Mandelli y col. se encontró que el 35,7% de las mujeres con diagnóstico de depresión mayor presentaron ideación suicida, y en efecto las mujeres identificadas con ideas suicidas tuvieron mayor probabilidad de presentar un diagnóstico de depresión mayor ($\chi^2 = 28,83$, d.f = 1, $p < 0,001$) (36). En Colombia, se encuentra el estudio de Posada y col, en el que se reportó que tener un diagnóstico previo de depresión mayor generó un OR de 3,1 para ideas suicidas y un OR de 4,1 para intentos de suicidio, incluso después de haber controlado por variables sociodemográficas (37).

5.2.1.3. Suicidio asociado a esquizofrenia:

Otra de las enfermedades que se ha encontrado como un factor de riesgo para presentar un intento suicida es la esquizofrenia. Para la evaluación de su impacto se tomaron 61 estudios con un total de 48.176 participantes de Europa, Norte América y Asia, obteniendo como resultado una prevalencia de vida para el intento de suicidio en el grupo que presentó un diagnóstico previo de esquizofrenia o una admisión a un hospital de 5,6% con respecto al grupo control que obtuvo una prevalencia de 1,8% (27). Con respecto al riesgo de morir por suicidio se encontró que en el grupo con esquizofrenia fue de 4,9%, aunque se menciona que es importante tener en cuenta que este riesgo es mayor recién diagnosticada la enfermedad (27).

5.2.1.4. Relación entre el suicidio y el uso indebido de alcohol y drogas:

Otro factor relevante que se ha considerado que aumenta la aparición de las diferentes conductas suicidas es el consumo de alcohol; dentro de los estudios que reportan la

evaluación de esta posible asociación está la revisión de Cherpitel y col (38) en la que se encontró que en promedio el 40% de los casos de intentos de suicidio presentaban niveles de alcohol en sangre considerados tóxicos (38), los autores mencionan limitaciones para obtener asociaciones con métodos estadísticos confiables debido a los sesgos que tenían los estudios incluidos en la revisión. Otro estudio en el que se avaluó la presencia de alcohol en sangre fue el desarrollado por Smith y col (39) que reportó que el 81,7% de los casos de suicidio tenían presente alcohol en sangre (39) y de estos el 22,7% fueron niveles tóxicos (39); sin embargo, por incluir estudios observacionales no fue posible evaluar el riesgo que genera para el suicidio consumado (39).

Wilcox y col (40) evaluaron la asociación entre el trastorno de consumo de alcohol y de drogas con el suicidio consumado. Se incluyeron 42 estudios con los que se estimó que los bebedores pesados tuvieron tres veces más probabilidad de morir por suicidio que la población general (40), y aquellos diagnosticados con trastornos de uso indebido de alcohol tuvieron 10 veces más probabilidad de morir por suicidio que la población general (40). También en esta revisión se llegó a la conclusión de que la relación entre los trastornos de consumo de alcohol y el suicidio fue mayor en las mujeres que en los hombres (40)(27).

El estudio de Darvishi y col (41) es un meta-análisis reciente que incluyó 31 estudios en el que se evaluó el efecto del trastorno de uso de alcohol en la ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado. Se encontró una asociación en los tres casos, con un OR de 1,86; IC 95%: 1,38 – 2,35 para la ideación suicida; un OR de 3,13; IC 95%: 2,45 – 3,81 para el intento de suicidio y un OR de 2,59; IC 95%: 1,95 – 3,23) para el suicidio

consumado (41). Con estos resultados se llegó a la conclusión de que los trastornos asociados al consumo de alcohol son un factor predictor para diferentes conductas suicidas.

Como se observa, se ha considerado al consumo de alcohol como un factor de riesgo para la aparición de conductas suicidas; sin embargo, los primeros estudios fueron dirigidos a determinar la presencia de alcohol en sangre de estos casos. Ya en la actualidad se tienen reportes de estudios dirigidos a evaluar la asociación entre estas variables encontrando que se tiene un mayor riesgo de aparición de conductas suicidas con el consumo de alcohol.

5.2.2. Factores protectores para el intento de suicidio:

Los factores protectores para el intento de suicidio se pueden clasificar en dos grandes grupos: los que hacen parte del desarrollo individual y aquellos considerados como destrezas para afrontar situaciones complejas de la vida (27).

La OMS reportó que la capacidad de resolver problemas, tiene una correlación negativa con el intento de suicidio; sin embargo, estos resultados no son estadísticamente significativos (27). Everall y col evaluaron los dominios presentes en los adolescentes para afrontar el intento de suicidio, siendo el proceso cognitivo, tener un propósito y la habilidad de afrontar dificultades los que más resaltaron para obtener una resiliencia en el comportamiento suicida (42). Otros factores protectores conocidos son: tener razones para vivir (43), acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales (44)(45), acompañamiento por familiares y una estabilidad social (44)(45)(27), distracción por medio de actividades físicas (27) y creencias religiosas (44)(45).

5.3. Epidemiología del suicidio a nivel mundial:

Uno de los grandes inconvenientes para tener datos reales del impacto de las conductas suicidas a nivel mundial es el subregistro de notificación de casos, debido al estigma religioso, cultural y social que implica presentar una idea suicida y realizar un acto deliberado en pleno conocimiento del mismo que lleve a la muerte (8)(1)(3)(34). Sin embargo, se cuenta con información reportada por autoridades sanitarias internacionales basados en los datos disponibles, junto con reportes por diferentes países que se han interesado en la evaluación de estas conductas como un problema de salud pública.

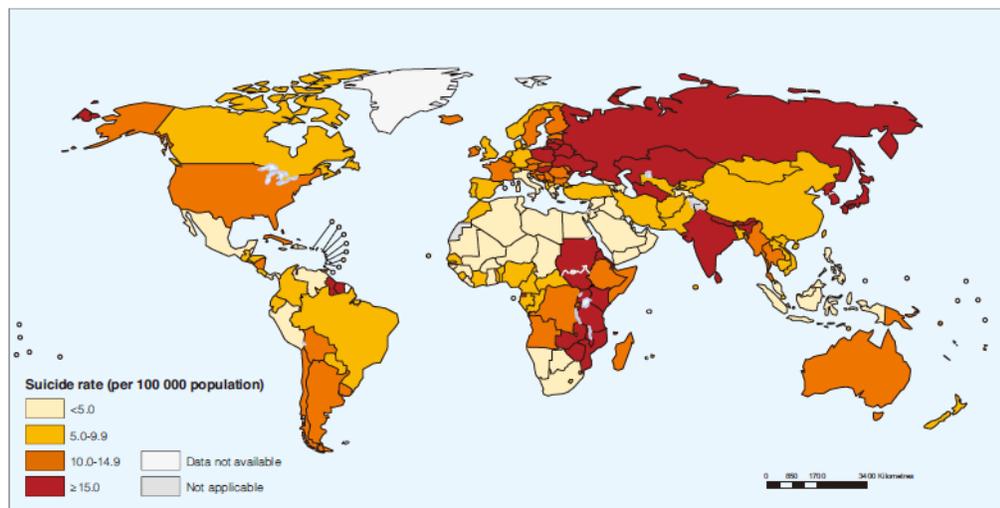
De acuerdo al reporte de la OMS sobre la salud mental en el mundo, en el año 1996 se contaba sólo con información de 53 países para los que se obtuvo una tasa de suicidio estandarizada por edad de 15,1 x 100.000 habitantes (34). En la mayoría de los países la tasa de suicidio fue mayor en los hombres, que en las mujeres, siendo de 24 x 100.000 y de 6,8 x 100.000 respectivamente (34). Para el año 2007, los países de Lituania, Belarús y Rusia presentaron las mayores tasas de suicidio en Europa con valores de 60 x 100.000 en hombres y 10 x 100.000 en mujeres (7). En Asia, los países con comportamientos más representativos fueron Kazajstán y Sri Lanka con tasas superiores a 44 x 100.000 en hombres y 8,9 x 100.000 en mujeres (7). En la región de las Américas, los países con mayores tasas de suicidio fueron Guyana, Uruguay, Cuba, Canadá, Estados Unidos, Chile y Surinam (7).

En un siguiente reporte del año 2012, el suicidio se encontró en la posición número 15 dentro de las principales causales de muerte en todo el mundo, aportando el 1,4% del total

de muertes con 804.000 casos (3). Esto representó una tasa anual estandarizada por edad de 11,4 x 100.000 habitantes, con una tasa de 15 x 100.000 para los hombres y de 8 x 100.000 para las mujeres (3). En este informe se evidenció una tendencia a la estabilidad frente a las tasas de mortalidad por suicidio a nivel global; sin embargo, hubo países como México y China donde las tasas de suicidio aumentaron en un 62% y 17% respectivamente (34); y en Estados Unidos y Rusia disminuyeron cerca del 5,6% (34).

En la figura 1 se encuentran las tasas de suicidio para el 2012, este mapa se basó en la información que cada país reportó a la OMS y de la cual no se descarta la presencia de subregistro por las razones que ya se han mencionado y adicional porque muchos países no cuentan con un sistema de información de estadísticas vitales, en el que se pueda realizar una clasificación adecuada de la muerte por suicidio (3).

Figura 1. Tasas de suicidio estandarizadas por edad (por 100.000 habitantes) para ambos sexos en el año 2012 (3)



Fuente: Tomado de Preventing suicide. A global imperative. World Health Organization. WHO Library; 2014.

En la tabla 1 se encuentra la distribución del número de casos y las tasas de suicidio, donde se observa que el 75% del total de suicidios ocurrieron en los países de medianos y bajos ingresos; sin embargo, la tasa de suicidio fue mayor en los países de altos ingresos con un valor de 12,7 x 100.000 habitantes. Dentro de la división de la región de medianos y bajos ingresos, se evidenció que en el sureste de Asia se presentó la mayor cantidad de casos con una tasa de suicidio de 17,7 x 100.000 habitantes y la región de las Américas presentó la menor tasa de suicidio siendo de 6,1 x 100.000 habitantes.

En cuanto a la razón entre sexos, se reportó que la tendencia es a que haya más casos de suicidio en los hombres que en las mujeres (razón de 3:1), a excepción de los países de medianos y bajos ingresos del oeste pacífico en los que las tasas de suicidio fueron mayores en las mujeres. En este caso la OMS menciona que es de gran importancia identificar los factores de riesgo que hacen que los hombres se suiciden más que las mujeres, dentro de lo que se puede encontrar diferencias e inequidades a nivel social, la capacidad de afrontar problemas, consumo de alcohol y la discriminación que pueden afrontar los hombres si acceden a servicios de salud por enfermedades mentales (3).

La distribución por edad presentó diferentes patrones de acuerdo a la región evaluada. Es así como en la mayoría de las regiones las tasas de suicidio más altas se presentaron en personas mayores de 70 años y las menores tasas de suicidio en personas de menos de 15 años, tanto para hombres como para mujeres (3). Las mujeres jóvenes y de avanzada edad tuvieron las mayores tasas de suicidio en los países con medianos y bajos ingresos; con respecto a los hombres se presentó una distribución contraria, ya que los hombres jóvenes y de edad avanzada presentan mayores tasas de suicidio en los países con altos ingresos (3).

En los países con altos ingresos la proporción de muertes debido al suicidio fue de 1,7% la cual es un poco más alta a la presentada en los países de medianos y bajos ingresos que fue de 1,4%. A nivel mundial, la proporción de muertes asociadas a suicidio en el grupo de 15 a 29 años de edad fue de 8,5%, siendo la segunda principal causa de muerte. En los países de altos ingresos este grupo de edad presentó una proporción de casos por suicidio de 17,6% y en los países de bajos ingresos fue de 16,6%, siendo el grupo de edad con mayor proporción de casos de suicidio (3).

Tabla 1. Número de casos y tasas de suicidio por región en el mundo, 2012 (3)

Región	% de población	Número de suicidios en 2012 (en miles)	% del total de suicidios	Tasas de suicidio estandarizadas por edad (por 100.000) en el 2012			Razón H: M de tasas de suicidio en el 2012
				Ambos sexos	Mujeres	Hombres	
Global	100	804	100	11,4	8,0	15,0	1,9
Todos los estados de altos ingresos	17,9	192	23,9	12,7	5,7	19,9	3,5
Todos los estados de medianos y bajos ingresos (LMIC)	81,7	607	75,5	11,2	8,7	13,7	1,6
LMIC en África	12,6	61	7,6	10,0	5,8	14,4	2,5
LMIC en las Américas	8,2	35	4,3	6,1	2,7	9,8	3,6
LMIC en el este del Mediterráneo	8,0	30	3,7	6,4	5,2	7,5	1,4
LMIC en Europa	3,8	35	4,3	12,0	4,9	20,0	4,1
LMIC en el sureste de Asia	25,9	314	39,1	17,7	13,9	21,6	1,6
LMIC en el oeste pacifico	23,1	131	16,3	7,5	7,9	7,2	0,9
Regiones del Banco Mundial							
Altos ingresos	18,3	197	24,5	12,7	5,7	19,9	3,5
Ingresos medios altos	34,3	192	23,8	7,5	6,5	8,7	1,3
Ingresos medios bajos	35,4	333	41,4	14,1	10,4	18,0	1,7
Ingresos bajos	12,0	82	10,2	13,4	10,0	17,0	1,7

Fuente: Tomado de Preventing suicide. A global imperative. World Health Organization. WHO Library; 2014.

En relación con información reportada por diferentes países, Cuba ha sido uno de los más interesados en estudiar el comportamiento del suicidio debido a su impacto en la salud pública y asegura tener certeza del reporte de la totalidad de casos presentados desde 1998 (46). En este año se encontró una mayor tendencia de intento de suicidio en las mujeres (54,4% de los casos reportados), pero los hombres presentaron mayor tasa de suicidio con afectación en el grupo de 25 a 34 años de edad (46). Además, evaluaron factores de riesgo personales y familiares en la conducta suicida, encontrando que no tener apoyo familiar, ser alcohólico y tener depresión incrementa el riesgo de suicidio (OR: 8,1; 4,1 y 2,1 respectivamente) (46).

En el 2007 en Estados Unidos el suicidio fue la 11^o causa que más generó muerte con 34.598 casos, fue la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años, cuarta en el grupo de 25 a 44 años y la octava en el grupo de 45 a 64 años de edad (47). La tasa de mortalidad por suicidio fue mayor en los hombres de más de 85 años de edad, mientras que en las mujeres fue más alta en el grupo de 45 a 49 años (47). En este país se ha estimado que cerca de 533.000 visitas a los departamentos de emergencia se deben a lesiones autoinfligidas; sin embargo, aún se presenta subregistro con respecto al número de intentos suicidas que no son consumados ya que muchos no se acercan a los departamentos de emergencia (47). Frente al impacto económico de las lesiones autoinfligidas, en el año 2000 en este país fue de cerca de 33 billones de dólares, divididos en 1 billón por tratamiento médico y 32 billones por pérdida de productividad (47).

En España, en los últimos 30 años se ha presentado un aumento significativo en el número de suicidios, tanto así que, para el año 2008 pasó a ser la principal causa de muerte

externa, por encima de las generadas por accidentes de tráfico con 3.457 suicidios (48). También se reportó mayores tasas de mortalidad por suicidio en hombres, con una tendencia al aumento en las mujeres de 35 – 49 años de edad para el año 2008 (49).

5.3.1. Suicidio en adolescentes:

La aparición de casos de suicidio en los adolescentes ha sido considerado un problema mayor que afecta a una gran cantidad de países en el mundo más o menos desde el año 1940 (50), por lo que se han dirigido estrategias a disminuir el impacto en este grupo de edad (31)(51)(52). Es el caso de Europa, donde el suicidio, es la mayor causa de mortalidad entre personas jóvenes adultas aportando el 1,3% del total de AVISA en el continente (34). Estados Unidos, reportó que en 1980 el suicidio fue la séptima causa de muerte para niños entre 5 y 14 años y pasó a ser la quinta causa en el año 1993 (14), con tasas de mortalidad de 0,6 – 0,9 x 100.000 habitantes.

Algunas estadísticas estadounidenses más recientes reportaron que entre el 5 y 8% de los adolescentes realizó un intento suicida, lo que alcanzó un valor de 1 millón de adolescentes para el año 2003 y aproximadamente 1.600 muertes por suicidio consumado (53). A pesar de ser un hecho alarmante se evidencia que la tasa de mortalidad en los adolescentes ha disminuido los últimos años, aunque el autor no menciona las principales causas de este comportamiento, hace referencia a que probablemente se deba al mayor control frente al consumo de sustancias psicoactivas, el acceso a armas de fuego y otros métodos que se pueden emplear (53).

En Latinoamérica, hay países como Cuba que considera la presencia del suicidio en edades tempranas como un problema para la sociedad y por tanto, la necesidad de una intervención y seguimiento estricto al tema. Por ejemplo, reportó una tasa de 2,9 x 10.000 habitantes en la edad de 10 a 19 años en el año 2010, y una tasa de 2,7 x 10.000 habitantes en el año 2011, en este caso se evidenció una tendencia a la disminución pasando de ser la tercera causa de muerte a ser la cuarta causa de muerte en este grupo de edad (51) en el país.

Dentro de la evaluación psicológica que se ha realizado de la presencia de las ideas suicidas en los niños y adolescentes, se considera que el concepto de muerte es un tema relevante. En el caso de los menores de ocho años, consideran que la muerte es una separación temporal, provisional, reversible y la ven como una situación que no afecta a los niños (54). Ya en la segunda etapa entre los 9 y 13 años de edad, aparece el concepto de muerte como un hecho irreversible que puede afectar a las personas que se encuentran alrededor (54). Y por último se encuentra la tercera etapa de los 13 años en adelante, que debido a la aparición del pensamiento abstracto, hay un concepto claro de la muerte como el final de la vida y un hecho irreversible (54)(55).

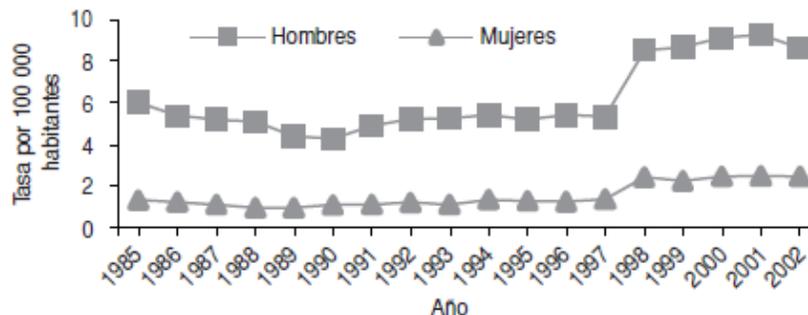
Varios reportes estadounidenses mencionan que la edad de auge de la presencia de comportamientos suicidas es en el inicio de la adolescencia a los 12 años, presentando un pico a los 16 años y, finalmente, en los primeros años de la década de los años 20, siendo la adolescencia y la adultez joven los grupos con mayor riesgo de aparición de ideas y por tanto intentos suicidas (56).

5.4. Epidemiología del suicidio en Colombia:

En Colombia, el suicidio es considerado como un problema de salud pública de continuo crecimiento. Para el año 2005 se estimó una tasa de mortalidad por suicidio de 3,9 x 100.000 habitantes (11) y de acuerdo a la OMS, para el año 2012, tuvo una tasa de mortalidad de 9,1 x 100.000 habitantes para los hombres y de 1,9 x 100.000 habitantes para las mujeres, con una tasa para ambos sexos de 5,4 x 100.000; estando por debajo de países como Argentina, Brasil, Costa Rica y Estados Unidos (12).

En el estudio realizado por Cendales y col (7) dirigido a evidenciar la tendencia del comportamiento suicida en Colombia durante el periodo 1985 – 2002, se encontró una tendencia al aumento de tasas de mortalidad, el cual fue más notorio a partir del año 1998 principalmente en los hombres (Ver figura 2).

Figura 2. Tasas de suicidio ajustadas por edad por 100.000 habitantes en Colombia, 1985 – 2002 (7)



Fuente: Tomado de Tendencias del suicidio en Colombia, 1985–2002. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2007;22.

Al evaluar la distribución por sexo y edad se encontró que los hombres presentaron tasas específicas más elevadas en los grupos de 20 a 29 años y en aquellos de más de 70 años con un evidente aumento a partir del año 1998 (tabla 2).

Tabla 2. Tasas específicas de mortalidad por suicidio en hombres según el grupo de edad por 100.000 habitantes, Colombia 1990 – 2002 (7).

Grupo de edad (años)	Año												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
0 a 9	0	0	0	0	0	0	0,1	0	0	0,1	0	0	0,1
10 a 19	2,4	3,0	3,0	3,2	3,4	2,8	3,5	4,0	6,0	5,8	6,7	6,1	6,3
20 a 29	7,5	9,3	9,6	9,2	9,7	9,4	8,6	9,6	15,7	15,3	18,1	17,4	17,1
30 a 39	5,3	6,5	6,8	7,0	7,1	5,7	6,5	6,1	10,6	10,7	10,7	10,5	10,7
40 a 49	5,5	5,4	5,7	6,0	6,4	6,6	6,9	5,6	8,4	9,0	9,8	10,6	10,0
50 a 59	5,4	5,5	6,6	6,4	6,4	7,0	8,5	6,7	11,8	11,0	10,4	12,0	10,1
60 a 69	6,6	8,7	9,3	9,5	8,1	10,4	8,1	7,9	12,5	16,2	12,4	15,2	9,9
70 a 79	10,8	9,2	12,4	10,9	11,6	7,2	11,4	11,7	15,5	15,1	17,1	17,5	15,2
80 y más	7,4	5,1	3,8	8,3	14,8	13,3	11,3	14,8	21,3	21,8	22,2	15,3	16,0

Fuente: Tomado de Tendencias del suicidio en Colombia, 1985–2002. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2007;22.

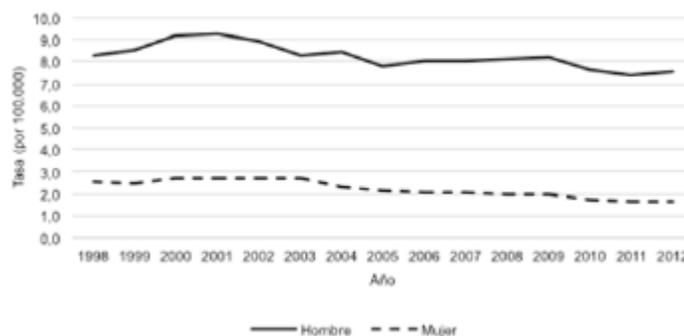
En las mujeres los grupos de edad con mayores tasas específicas fueron el de 10 a 19 años y el de 20 a 29 años de edad, siendo este último el que presentó mayores tasas hasta el año 1997 y a partir del año 1998 pasó a ser el grupo de 10 a 19 años, mostrando la tendencia de un incremento en los casos en la población más joven.

Tabla 3. Tasas específicas de mortalidad por suicidio en mujeres según el grupo de edad por 100.000 habitantes, Colombia 1990 – 2002 (7).

Grupo de edad (años)	Año												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
0 a 9	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0	0	0	0	0,1
10 a 19	1,6	1,7	2,1	1,7	2,2	1,9	2,5	2,1	5,5	4,9	5,5	5,6	6,2
20 a 29	2,1	2,3	2,6	2,1	2,6	2,5	2,0	2,7	4,4	4,0	4,4	4,8	4,0
30 a 39	1,4	1,4	1,3	1,3	1,6	1,6	1,6	1,6	2,0	2,2	2,1	2,2	2,0
40 a 49	1,1	0,9	1,2	1,1	1,1	1,6	0,9	1,1	2,0	2,0	2,2	1,1	1,8
50 a 59	1,2	0,9	0,9	0,8	0,7	1,2	0,9	1,3	1,3	1,6	1,6	1,9	1,5
60 a 69	0,8	1,0	0,7	1,6	1,4	0,8	1,0	1,0	1,8	0,7	1,0	1,3	1,2
70 a 79	1,1	0,5	0,3	0,7	1,5	0,7	1,1	1,3	0,4	1,2	1,4	1,3	0,7
80 y más	1,4	0,7	0	0	0,6	0,6	0,5	0	1,0	0,5	0,9	0,5	1,3

Fuente: Tomado de Tendencias del suicidio en Colombia, 1985–2002. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2007;22.

En un análisis realizado por el Observatorio Nacional de Salud en su quinto informe (57) se presentó el comportamiento del suicidio en Colombia en el periodo 1998 a 2012, en el que se reportaron 33.356 muertes por suicidio alcanzando una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 5,11 x 100.000 habitantes (57). En cuanto a la distribución de tasas de mortalidad por sexo, se encontró que los hombres presentaron mayores tasas, alcanzando su valor más alto en el año 2001. En los años posteriores se evidenció una tendencia a la disminución tanto en hombres como en mujeres (57) (Ver figura 3).

Figura 3. Mortalidad por suicidio según sexo. Colombia, 1998 – 2012 (57).

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, 2015.

Del total de muertes presentadas el 78,3% fueron hombres, de las cuales el 31,4% ocurrieron entre los 20 y 29 años de edad y el 18,4% en el grupo de 30 a 39 años de edad. Con respecto a las mujeres, se encontró que aportaron con el 21,7% del total de muertes y el grupo con mayor cantidad de casos fue el de 10 a 19 años de edad con el 38%, seguido por el grupo de 20 a 29 años con el 29% del total de casos. La distribución de mortalidad por sexo se presenta a continuación:

Tabla 4. Mortalidad por suicidio según sexo y grupos de edad. Colombia, 1998 – 2012 (57).

Grupo de edad	Hombre		Mujer		Sin información		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 10 años	47	0,2	21	0,3	0	0	68	0,2
10 a 19 años	3758	14,4	2739	38	2	13,3	6499	19,5
20 a 29 años	8194	31,4	2096	29	6	40	10296	30,9
30 a 39 años	4801	18,4	967	13,4	2	13,3	5770	17,3
40 a 49 años	3454	13,2	633	8,8	2	13,3	4089	12,3
50 a 59 años	2434	9,3	388	5,4	1	6,7	2823	8,5
60 a 69 años	1612	6,2	202	2,8	0	0	1814	5,4

Grupo de edad	Hombre		Mujer		Sin información		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
70 a 79 años	1125	4,3	103	1,4	0	0	1228	3,7
80 y más	482	1,8	32	0,4	1	6,7	515	1,5
Sin información	218	0,8	35	0,5	1	6,7	254	0,8
Total	26125	100	7216	100	15	100	33356	100

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, 2015.

En la siguiente tabla se presentan las tasas de mortalidad ajustadas por edad y sexo en el periodo 2005 – 2012 para Bogotá reportadas por el Observatorio Nacional de Salud:

Tabla 5. Tasas ajustadas por edad y sexo de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes. Colombia, 2005 – 2012 (57).

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bogotá DC	3,5	3,3	3,4	4,0	3,7	3,5	3,6	3,2

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, 2015.

Dentro de los pocos estudios que se encuentran en Bogotá para las conductas suicidas, está el realizado por Sánchez y col (13) en el que se evaluó la existencia de un comportamiento bimodal entre la edad de aparición de casos de suicidio en los años 1990, 1995 y 2000. A través de un procedimiento de máxima verosimilitud se obtuvo la presencia de dos componentes para los tres años de estudio. En el año 1990 un componente tuvo una media de 27 años y el otro una media de 53,2 años; para el año 1995 un componente tuvo media de 22,46 años y el otro una media de 43,67 años; y para el año 2000 un componente tuvo una media de 21,33 años y el otro una media de 42,36 años (13). En este caso los

autores presentaron que la tendencia de la media de edad con el paso del tiempo tiende a ser menor, por lo que se referenció que hay personas más jóvenes entre los suicidas en Bogotá (13).

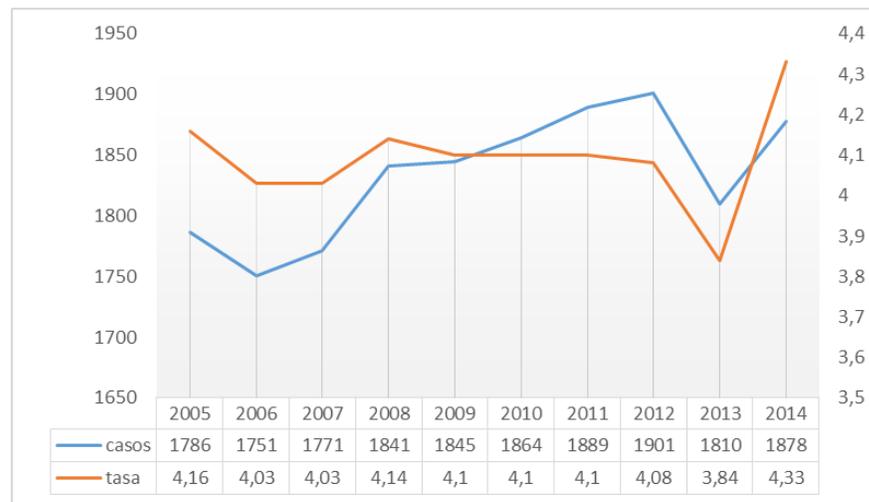
Otro estudio corresponde a una revisión de una serie de 96 casos de jóvenes entre 11 y 18 años hospitalizados por haber presentado un intento de suicida fallido; aquí se obtuvo una razón hombre – mujer de 1:4 con un promedio de edad de 15 años (58). El 63% de las familias eran de ingresos bajos y el 32% de ingresos medios (58). Otro componente evaluado fue las características familiares, en este caso se obtuvo que el 83,5% de los jóvenes tenía problemas con los padres, el 72,3% de los padres tenían conflictos en su relación y el 58,8% refería que la causa de esos problemas familiares había sido el estrés (58). En la evaluación psiquiátrica de estos niños y adolescentes se encontró que el 50% tenía un trastorno adaptativo, el 38% disfunción familiar y el 18% depresión u otro trastorno afectivo (58).

5.4.1. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional:

En Colombia el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) es la entidad encargada de realizar las necropsias de aquellas muertes que requieren de una evaluación para la identificación de la causa de muerte. La evaluación de las lesiones y muertes por causa externa llevan a la generación de un informe anual denominado FORENSIS donde se realiza un análisis epidemiológico del comportamiento del suicidio en el país.

Durante el periodo 2005 a 2014 se presentaron 18.336 casos de suicidio de acuerdo al INMLCF lo que representó un promedio anual de 1.833 casos. En los primeros años de esta década, el número de casos fue constante presentando una notoria disminución en el año 2013, y la mayor cantidad de casos en los años 2011, 2012 y 2014. Con respecto al comportamiento de la tasa de suicidio se encontró que fue constante con un promedio de 4,09 x 100.000 habitantes (2).

Figura 4. Casos y Tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2005 – 2014 (2)



Fuente: Tomado de Forensis 2014 datos para la vida. Vol. 16. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015. 565 p.

Para el año 2014, el 82% de los casos reportados se presentaron en el sexo masculino (n=1.544), siendo la mayoría en el grupo de 20 a 24 años (277 casos) y 25 a 29 años (237 casos). La edad en la que se presentó la mayor cantidad de casos en las mujeres fue de los 15 a los 17 años de edad (2). En cuanto a la distribución de las tasas de mortalidad se encontró que el grupo de 70 a 74 años fue el que presentó la mayor tasa (6,50 x 100.000 habitantes), seguido por los grupos de 20 a 24 años y 18 a 19 años de edad. Al evaluar

específicamente por sexo, se evidenció que en los hombres el grupo de edad con mayor tasa de mortalidad fue el de 80 y más con una tasa de 12,62 x 100.000 habitantes; y en las mujeres el grupo de 15 a 17 años presentó una tasa de 3,74 x 100.000 habitantes (2).

En el boletín epidemiológico del año 2013 (54), se menciona la problemática en la que se ha convertido el suicidio en los adolescentes, principalmente en países como Canadá en el que la tasa de mortalidad ha aumentado de 1980 a 1994 en un 120%. En países de Norte América y Europa las tasas estuvieron por encima de 6,5 e incluso 13 x 100.000 habitantes y de acuerdo al seguimiento realizado en Colombia, se ha mantenido una tasa general desde el año 2008 entre 4 y 4,1 x 100.000 habitantes. Aunque es de anotar que entre los 5 y 18 años pasó de 1,57 x 100.000 a 1,75 x 100.000 habitantes en el 2012, siendo un comportamiento llamativo que evidencia el incremento en el número de casos de suicidio en los niños y adolescentes del país (54).

5.4.2. Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia:

El estudio de otras conductas suicidas aparte del suicidio consumado en el país se realizó por medio de la Primera Encuesta de Salud Mental desarrollada para el año 2003. En este caso se encontró que la prevalencia del intento de suicidio en el último año fue de 1,3% y a través de toda la vida de 4,9% (5). En cuanto a la distribución por sexo se encontró que la prevalencia de vida del intento de suicidio fue de 4,9% para ambos sexos, y la prevalencia en el último año para el intento de suicidio fue de 1,7% para los hombres y de 0,9% para las mujeres (5).

Tabla 6. Prevalencia de comportamientos suicidas por sexo año 2003 (5)

Categorías	Masculino		Femenino		Total	
	%	Es	%	Es	%	Es
Prevalencia de vida						
Ideación suicida	12,1	1,0	12,5	1,2	12,3	0,8
Plan suicida	3,8	0,5	4,9	0,4	4,6	0,4
Intento de suicidio	4,9	0,7	4,9	0,6	4,9	0,5
Prevalencia 12 meses						
Ideación suicida	4,0	0,7	3,1	0,5	3,5	0,4
Plan suicida	1,3	1,3	0,8	0,2	1,0	0,2
Intento de suicidio	1,7	1,7	0,9	0,2	1,3	0,2

*Es: Error estándar absoluto.

Fuente: Tomado de Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Villa. JP, Gomez. LF. Ministerio de la Protección Social; 2003. 24 p.

También se evaluó por grupos de edad, en este caso la mayor prevalencia de vida de todas las conductas suicidas estuvo en el grupo de 30 a 44 años, y durante el último año fue mayor en las personas más jóvenes (18 a 29 años).

Tabla 7. Prevalencia de comportamientos suicidas según edad año 2003 (5)

Categorías	18 – 29		30 – 44		45 – 64		+ 65		Total	
	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es
Prevalencia de vida										
Ideación suicida	12,4	1,2	13,4	1,7	11,3	1,2	9,1	2,6	12,3	0,8
Plan suicida	3,8	0,6	5,0	0,9	3,7	1,0	1,5	0,8	4,1	0,4
Intento de suicidio	5,4	0,7	5,6	1,1	3,5	0,8	2,4	1,2	4,9	0,5
Prevalencia 12 meses										
Ideación suicida	4,7	0,9	3,7	0,7	2,0	0,6	0,2	0,2	3,5	0,4
Plan suicida	1,5	0,3	0,6	0,2	0,7	0,3	0,8	0,6	1,0	0,2

Intento de suicidio	1,8	0,5	1,0	0,4	1,0	0,5	0,1	0,1	1,3	0,2
---------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

*Es: Error estándar absoluto.

Fuente: Tomado de Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Villa. JP, Gomez. LF. Ministerio de la Protección Social; 2003. 24 p.

De los datos obtenidos con esta encuesta, otros autores determinaron la relación existente entre la depresión y el intento de suicidio, dando como resultado que a medida que aumentaba la gravedad de la depresión había mayor presencia de intento de suicidio (Tabla 8) (6). Para identificar si la persona estaba cursando por un episodio de depresión se usó la encuesta de Zung. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 8. Depresión e intento de suicidio año 2003 (6)

Zung	Intento de suicidio					
	Durante la vida		Último año		Nunca	
	N	%	N	%	N	%
No depresión	532	3,0	96	0,5	17156	96,5
Depresión leve	245	10,0	80	3,2	2160	87
Depresión moderada	128	17,4	53	7,2	555	75,4
Depresión grave	37	32,5	19	16,7	58	50,8

Fuente: Tomado de Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. Gómez-Restrepo C, Malagón NR, Bohórquez A, Diazgranados N, Beatriz M, García O, et al. Rev Colomb Psiquiatr. 2002;(4):271–271.

Al mismo tiempo, se realizó un análisis de regresión logística evidenciando que los intentos de suicidio estaban asociados con edades entre 16 y 21 años, diagnóstico de depresión, niveles moderados y graves de ansiedad, abuso verbal hacia las mujeres, baja

satisfacción de logros, no contar con reglas en la familia y sintomatología de afectación nerviosa (6).

En el año 2015 se realizó una nueva Encuesta Nacional de Salud Mental (12) y se reportaron los resultados para tres grupos: niños, adolescentes y adultos. Sin embargo, en los niños de 7 a 11 años no se encontraron resultados diferenciados para el suicidio. En la tabla 9 se encuentran los resultados para los adolescentes, siendo la ideación suicida la más frecuente. Por sexo se evidenció que todas las conductas suicidas fueron más frecuentes en las mujeres y la proporción de adolescentes que han intentado suicidarse con respecto a los que han pensado en hacerlo fue de 37,6% (12).

Tabla 9. Proporción por conducta suicida en adolescentes según sexo año 2015 (12)

Conducta suicida	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC 95%	%	CVE	IC 95%	%	CVE	IC 95%
Ideación suicida	5,7	22,7	3,7-8,9	7,4	16,7	5,3-10,2	6,6	13,6	5,0-8,6
Plan suicida	1,0	57,1	0,3-2,9	2,5	34,1	1,3-4,9	1,8	29,3	1,0-3,1
Intento de suicidio	2,1	43,8	0,9-4,9	2,9	31,5	1,5-5,3	2,5	25,8	1,5-4,1
Intento suicida en adolescentes que han planeado	36,7	33,2	16,9 - 61,6	38,5	23,3	22,8- 56,9	37,6	19,3	24,6 - 52,6

*CVE: Coeficiente de variación estimado.

Fuente: Tomado de Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Gaviria A, Ruiz F, Dávila C, Burgos G. Ministerio de Salud. 2015. 384 p.

En la tabla 10 están los resultados de prevalencia por conducta suicida en los adultos mayores de 18 años, en este caso la ideación suicida tuvo una prevalencia de 6,5%. Todas las conductas suicidas fueron más prevalentes en las mujeres.

Tabla 10 Prevalencia de conducta suicida según sexo para adultos mayores de 18 años año 2015 (12)

Conducta suicida	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC 95%	%	CVE	IC 95%	%	CVE	IC 95%
Ideación suicida	5,5	10,2	4,5-6,7	7,5	7,1	6,6-8,7	6,5	6	5,8-7,3
Plan suicida	2,0	20,4	1,3-3,0	2,7	13,7	2,1-3,5	2,4	11,7	1,9-3
Intento de suicidio	1,9	14,6	1,1-2,5	3,2	12,4	2,5-4,1	2,6	9,6	2,1-3,1
Adultos con plan suicida (respecto a adultos con ideación suicida)	36	15,2	26,1- 47,3	36	10,5	28,9- 43,6	35,9	8,8	30-42,4
Adultos con intento suicida (respecto a adultos con ideación suicida)	33,9	13,4	25,6- 43,3	43	8,8	35,8- 50,6	39,2	7,6	33,5-45,2

*CVE: Coeficiente de variación estimado.

Fuente: Tomado de Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Gaviria A, Ruiz F, Dávila C, Burgos G. Ministerio de Salud. 2015. 384 p.

En cuanto a la distribución por regiones del país, Bogotá presentó la mayor prevalencia de ideación suicida y de intento de suicidio. La tendencia que se observó en el país fue una mayor proporción de casos de ideación y planeación suicida en la zona urbana (12).

Tabla 11. Prevalencia de conducta suicida según región para adultos mayores de 18 años en la población colombiana año 2015 (12)

Conducta suicida	Central		Atlántica		Bogotá		Oriental		Pacífica		total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Ideación suicida	6,7	5,4- 8,1	3,8	3,0- 4,8	10,3	7,6- 13,8	6,3	4,9- 8,1	6,2	5,0- 7,6	6,6	5,8- 7,4
Intento de suicidio	2,6	1,8- 3,5	1,6	1,1- 2,3	4,6	2,9-7,2	2,0	1,4- 2,8	2,4	1,8- 3,3	2,6	2,1- 3,1

Fuente: Tomado de Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Gaviria A, Ruiz F, Dávila C, Burgos G. Ministerio de Salud. 2015. 384 p.

También se realizó una estratificación por edad dentro de los adultos y se conformaron dos grupos, el primero de 18 a 44 años de edad y el segundo de 45 o más años. Para el caso de ideación suicida no se encontró gran diferencia entre estos dos grupos teniendo una prevalencia de 6,6% y 6,5% respectivamente. En cuanto a la distribución del intento de suicidio se encontró que la prevalencia fue del 3% en el primer grupo de edad y de 1,9% en el segundo grupo (12).

Tabla 12 Prevalencias de conductas suicidas según grupo de edad en la población colombiana año 2015 (12).

Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95%	%	CVE	IC95%	%	CVE	IC95%
18 a 44 años									
Ideación suicida	5,3	11,3	4,2-6,6	7,9	9,9	6,5-9,6	6,6	7,5	5,7-7,7
Plan suicida	1,9	19,8	1,3-2,8	3,2	18,0	2,3-4,6	2,6	13,5	2,0-3,4
Intento de suicidio	2,3	18,2	1,6-3,3	3,8	16,4	2,7-5,2	3,0	12,4	2,4-3,9
45 años en adelante									
Ideación suicida	5,9	18,3	4,1-8,5	7,0	9,3	5,8-8,4	6,5	9,7	5,3-7,8
Plan suicida	2,1	40,2	1,0-4,6	1,9	15,7	1,4-2,6	2,0	22,1	1,3-3,1
Intento de suicidio	1,2	22,0	0,8-1,9	2,5	15,5	1,8-3,4	1,9	12,7	1,5-2,4

Fuente: Tomado de Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Gaviria A, Ruiz F, Dávila C, Burgos G. Ministerio de Salud. 2015. 384 p.

5.5. Carga de enfermedad por suicidio en el mundo:

De acuerdo al estudio de carga de enfermedad realizado en el año 1990, el suicidio con otras lesiones autoinfligidas fue la quinta causa de mayor carga de enfermedad debido al alto impacto que tuvo en el grupo de edad de 15 a 44 años (7). En este año se perdió un total de 14.645.000 años de vida saludable por esta causa (7) y se mencionó que el número

de casos va en aumento y puede llegar a alcanzar un valor de más de un millón y medio de muertes para antes del año 2020 (7).

En el año 2004, las lesiones autoinfligidas no fatales representaron cerca del 1,3% de la carga de enfermedad a nivel mundial, siendo una de las principales causas de carga de enfermedad (59). Se calculó que cerca de 1 millón de personas murieron por suicidio, siendo de nuevo el grupo de 15 a 44 años de edad el más afectado (29). Uno de los datos más relevantes es que sólo el 15% de las personas que atentaron contra su vida fueron tratados en un departamento de emergencia, un 9% fueron tratados por médicos generales, lo que lleva a pensar que el 76% de estas personas no recibieron un tratamiento adecuado para su situación (29).

Ya en el año 2010, el suicidio fue la causa número 13 de mortalidad a nivel mundial con un total de 884.000 muertes en todas las edades, generó el 5% de muertes en mujeres y el 6% en hombres entre los 15 y 49 años de edad; y se presentó en mayor proporción en los países con avanzados sistemas de salud (60). En el año 2013 el Instituto de Métricas y Evaluaciones en Salud reportó que el suicidio ocupó la cuarta posición del listado de las causas de mayor mortalidad prematura en Australia con 445,2 AVPP, en Nueva Zelanda con 512 AVPP y en Estados Unidos con 511,7 AVPP (23). Con respecto a los años de vida vividos con discapacidad para las lesiones autoinfligidas se reportó a nivel mundial una pérdida de 231,6 AVD por 1.000 habitantes (23).

En uno de los pocos reportes en los que se menciona el impacto de la discapacidad por suicidio en un país es el de Kerkhof (59) en Holanda, teniendo como resultado que el

suicidio ocupó la posición 21 en la lista de las enfermedades más importantes con 43.500 AVISAS (59). Cuando se tuvo en cuenta el intento suicida sin llegar a la muerte, el suicidio y el intento no fatal contra la vida suben a la posición 11 con 90.700 AVISAS (59). Aquí se menciona que si se llegara a tener en cuenta el impacto que tienen las enfermedades mentales que derivan en un pensamiento suicida se alcanzarían unos 257.000 AVISAS (59), pasando a ser la enfermedad más importante en este país (59).

5.6. Carga de enfermedad por suicidio en Colombia:

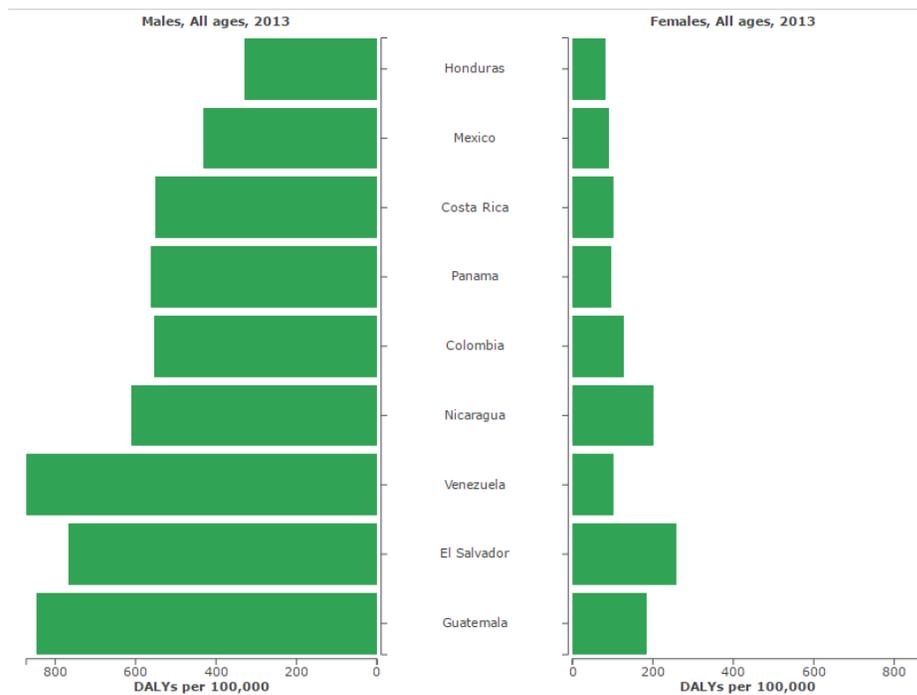
La evaluación de la carga de enfermedad exclusiva por suicidio en el país es limitada y en su mayoría solo hace referencia al impacto en la mortalidad, sin tener en cuenta la discapacidad generada por un intento de suicidio fallido. De acuerdo a los datos observados de diferentes fuentes de información, Colombia está dentro de la región que tiene un impacto medio por este evento y se encontró que la incidencia anual de suicidio fue de 5 x 100.000 habitantes en el año 1999, la cual está por debajo de la presentada en el mundo que estuvo entre 10 y 20 x 100.000 habitantes (61).

En el informe del Observatorio Nacional de Salud dirigido a evaluar la carga de enfermedad por enfermedades no transmisibles y discapacidad en el país (57), se reportaron 33.356 casos de suicidio en el periodo de 1998 a 2012 con una tasa de AVPP de 2,68 x 1.000 habitantes. Los años con mayor cantidad de AVPP fueron el 2000 con 126.631 casos y una tasa de 3,14 x 1.000 habitantes y el 2001 con 128.006 casos y una tasa de 3,13 x 1.000 habitantes.

Cendales y col (7) reportaron en su estudio de las tendencias de suicidio en el país entre 1985 a 2002 un aumento en los casos a partir del año 1998, después de una tendencia de mantenimiento en los años anteriores. Es tanto así el incremento de los casos de suicidio que para el año 2002 se alcanzó un valor de 70.482 AVPP por suicidios en Colombia. Debido al incremento de casos de suicidio también se evidenció que la participación de los AVPP aportados por suicidio en el total de AVPP aumentó pasando de 0,81% en el año 1981 a 2,20% para el año 2002.

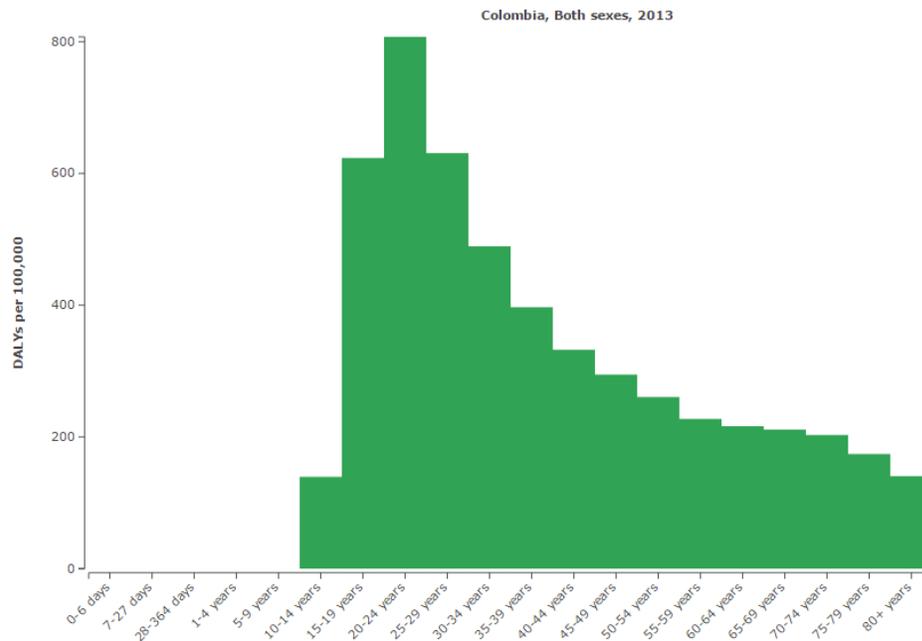
Colombia no ha sido ajena a la tendencia del incremento de la carga de enfermedad atribuible al suicidio en los adolescentes y adultos jóvenes. En el año 2005 en el estudio de carga de enfermedad, se evidenció la aparición de las lesiones autoinfligidas dentro de las primeras 20 causas de carga de enfermedad en el grupo de edad de 5 a 14 años para hombres y mujeres, con valores de 0,553 y 0,348 AVISAS x 1.000 respectivamente (62). En el estudio de carga de enfermedad del año 2010 se evidenció un aumento en los AVISAS reportados, pasando a ser de 1 x 1.000 tanto en hombres como en mujeres dejando a la vista la tendencia de aumento de casos en este grupo de edad (63).

En los resultados del estudio de carga de enfermedad del año 2013 se evidenció que Colombia está dentro de los primeros 5 países de la región, con la mayor cantidad de AVISAS por suicidio. En la figura 6 se evidencia que solo está superada por Guatemala, El Salvador, Venezuela y Nicaragua (64).

Figura 5. Distribución de AVISAS según sexo por país, GBD 2013 (64)

Fuente: Tomado de GBD Data Visualizations | Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. Disponible en: <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>

En cuanto a la distribución por grupos de edad se tiene que para el año 2013 el grupo con mayor cantidad de carga de enfermedad fue el de 20 a 24 años. A partir de esta edad se presentó una disminución en los AVISAS reportados, sin embargo no se alcanzó un valor de cero en el grupo de 80 y más años. En este caso se evidenció que la edad de inicio fue en el grupo de 10 a 14 años.

Figura 6. AVISAS por grupos de edad para ambos sexos en Colombia, GBD 2013 (64)

Fuente: Tomado de GBD Data Visualizations | Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. Available from: <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>

5.7. Peso de discapacidad y calidad de vida ante un intento de suicidio fallido:

Una de las controversias que se han presentado en la evaluación de la carga de enfermedad por suicidio es la determinación del peso de discapacidad que se puede presentar por los atentados suicidas que no llevan a la muerte. En este caso se encuentran varios estudios, como es el de Mathers y col donde se obtuvo un valor de peso de discapacidad = 0,447 (65). En el estudio realizado por Kerkhof (59) se determinó el peso de discapacidad teniendo en cuenta los intentos suicidas no fatales y los pensamientos suicidas. Se inició con una clasificación exhaustiva de cada conducta suicida por medio de un panel de expertos teniendo en cuenta las definiciones comunes, las características de personalidad, presencia de condiciones psiquiátricas y tratamiento farmacológico. Después

de evaluar 12 estados de salud por el panel de expertos se tuvo como resultado que el peso de discapacidad para los pensamientos suicidas fue de 0,36 y el peso de discapacidad que involucra el intento suicida no fatal fue de 0,46 (59).

También se ha realizado la evaluación de la discapacidad generada a través de una encuesta desarrollada por la OMS (11), que evaluó el grado de discapacidad en diferentes dominios como la comprensión y la comunicación, movilidad en el entorno, cuidado personal, relaciones personales, actividades diarias y actividades productivas. El riesgo de presentar una discapacidad moderada / severa en las personas con intento de suicidio con diagnóstico de alguna enfermedad mental fue 4,5 veces la oportunidad con respecto a las personas sin diagnóstico de enfermedad mental y también se obtuvo una OR = 4,3 para las personas con síntomas depresivos (11).

En Colombia, específicamente en Cali Castro y col (11) realizaron un estudio para establecer los grados de discapacidad, sus factores relacionados y limitaciones en la actividad de personas entre 15 y 65 años, con intento de suicidio por medio de la encuesta establecida por la OMS (DAS II) que permite establecer seis dominios que reflejan dos dimensiones (limitaciones en la actividad y restricciones en la participación). Después de la inclusión al estudio de 126 personas con antecedente de intento de suicidio, se encontró que el 95,3% presentó algún grado de discapacidad siendo el 41,3% leve, el 38,1% moderada y el 15,8% severa (11). En esta población se encontró que el 43,3% tenía diagnóstico de depresión mayor, el 18,3% de trastorno de adaptación y el 13,3% trastorno bipolar (11). Este es el único estudio en el país que hace referencia a la evaluación de la discapacidad por un intento de suicidio fallido.

El otro punto recientemente evaluado es la calidad de vida en las personas con intentos de suicidio fallidos. Aunque son muy pocos los estudios dirigidos a este tema, se consideran de gran importancia debido a que los intentos suicidas son comunes durante la adolescencia y adultez temprana que pueden tener un impacto a lo largo de la vida sobre la funcionalidad de la persona y su perspectiva de satisfacción frente a la vida (12)(11)(2). En el estudio realizado por Fairweather – Schimdt y col (66) se evaluó el impacto en la calidad de vida de personas con ideas suicidas y trastornos depresivos, encontrando que las personas con mayor calidad de vida fueron aquellas sin ideación suicida y baja depresión comparado con aquellas sin ideación suicida y alta depresión (d de Cohen 0,40 Vs 0,16, $p < 0,001$) (66).

Al realizar la comparación del impacto de la edad en la que se llevó a cabo el intento suicida sobre la calidad de vida mental y física, se encontró que hay una reducción notable entre la calidad de vida tanto física como mental cuando el intento se realiza en la edad de los 40 años con respecto a si se realiza en los años 20 (66); sin embargo, aquellas personas que realizan un intento suicida antes de los 24 años de edad reportaron un incremento en el estado violento, mayor necesidad de asistencia social y además menor satisfacción frente a los hechos de sus vidas (66). En este estudio, se reportó que el impacto discapacitante por una ideación suicida fue comparable con la discapacidad generada por trastornos psiquiátricos como la dependencia de alcohol y sustancias psicoactivas (66), y la discapacidad generada por un intento de suicidio fallido fue similar a la experimentada en las primeras etapas de la enfermedad de Parkinson (66).

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio:

Es un estudio ecológico exploratorio dirigido a la medición de la carga de enfermedad por Suicidio en Bogotá en el periodo 2010 a 2014, en el que se ha seguido la metodología de Murray y López descrita en el año 1994.

6.2. Población de referencia:

Bogotá es la ciudad capital de la República de Colombia que se encuentra en el altiplano cundiboyacense, en la cordillera oriental de Los Andes a 2.640 m.s.n.m. Es el centro geográfico, político, industrial y económico del país. Debido a sus amplias posibilidades de crecimiento económico presenta una migración de personas de diferentes regiones del país y también del mundo (67) (68).

De acuerdo al Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) la ciudad tenía una población de 7.363.782 personas en el año 2.010 de los cuales 3.815.069 (51,8%) eran mujeres con un aumento año tras año hasta llegar a una población para el año 2.014 de 7.776.845 personas, siendo la mayor proporción mujeres (4.018.621).

6.3. Variables:

6.3.1. Variables de mortalidad:

Tabla 13. Variables tomadas del DANE para estimar la mortalidad

Nombre	Descripción	Valor	Escala
COD_DPTO	Departamento donde ocurrió la defunción	De acuerdo a la clasificación dada por el DANE según la división político – administrativa.	Nominal
SEXO	Sexo del fallecido	1= Masculino; 2=Femenino; 3= Indeterminado	Nominal
EDAD	Edad del fallecido	0000 = de cero minutos, 0001 = de un minuto, 0059 = de 59 minutos, 0099 = menor de una hora, sin información de minutos, 1001 = de una hora, 1023 = de 23 horas, 1099 = menor de un día y sin información de horas, 2001 = de un día, 2002 = de dos días, 2029 = de 29 días, 2099 = menor de un mes y sin información de días, 3001 = de un mes, 3002 = de dos meses, 3011 = de 11 meses, 3099 = menor de un año y sin información de meses, 4001 = de un año, 4002 = de dos años, ... 4098 = de 98 años, 4099 = de 99 años, 4100 = de 100 años, 4101 = de 101 años,4120 = de 120 años, 4999 = mayor de un año y edad desconocida.	Razón
CODPTORE	Departamento de residencia habitual del fallecido	De acuerdo a la clasificación dada por el DANE según la división político – administrativa. Adicional: 01= sin información; 75= con residencia en el extranjero	Nominal
C_BAS1	Causa básica de defunción	Código de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE – 10	Nominal

GRU_ED1	Edad del fallecido en grupo de edades	07 = De un año; 08 = De 2 a 4 años; 09 = De 5 a 9 años; 10 = De 10 a 14 años; 11 = De 15 a 19 años; 12 = De 20 a 24 años; 13 = De 25 a 29 años; 14 = De 30 a 34 años; 15 = De 35 a 39 años; 16 = De 40 a 44 años; 17 = De 45 a 49 años; 18 = De 50 a 54 años; 19 = De 55 a 59 años; 20 = De 60 a 64 años; 21 = De 65 a 69 años; 22 = De 70 a 74 años; 23 = De 75 a 79 años; 24 = De 80 a 84 años; 25 = De 85 a 89 años; 26 = De 90 a 94 años; 27 = De 95 a 99 años; 28 = De 100 años y más; 29 = Edad desconocida	Ordinal
---------	---------------------------------------	---	---------

6.3.2. Variables de morbilidad:

Tabla 14. Variables de SISVECOS tomadas para estimar la morbilidad por suicidio

Nombre	Descripción	Valor	Escala
TIPO CONDUCTA SUICIDA IDENTIFICADA	Clasificación de la conducta suicida reportada	Años 2010 – 2011: 1= Ideación suicida; 2= Intento suicida Años 2012 – 2014: 1= Ideación suicida; 2= Amenaza suicida; 3= Intento suicida; 4= Consumado	Ordinal
SEXO	Sexo de la persona con algún tipo de conducta suicida	1= Masculino; 2=Femenino	Nominal
ESTADO CIVIL	Estado civil de la persona con algún tipo de conducta suicida	1= Soltero; 2= Casado; 3= Unión libre; 4= Separado; 5= Divorciado; 6= Viudo	Nominal
ESCOLARIDAD	Nivel de educación alcanzado por la persona con algún tipo de conducta suicida	Años 2010 – 2011: 0= Ninguna; 1= Preescolar; 2= Primaria; 3= Secundaria; 4= Técnica o tecnológica; 5= Superior; 6= Descolarizado Años 2012 – 2014:	Ordinal

		0= No fue a la escuela; 1= Preescolar; 2= Primaria incompleta; 3= Primaria completa; 4= Secundaria incompleta; 5= Secundaria completa; 6= Técnica post secundaria incompleta; 7= Técnica post secundaria completa; 8= Universidad incompleta; 9= Universidad completa; 10= Posgrado incompleto; 11= Posgrado completo; 12= Deescolarizado	
TIPO REGIMEN EN SALUD	Clasificación para determinar la condición del usuario en relación con el SGSSS	<p>Años 2010 – 2011: C= Contributivo; S= Subsidiado; P= Particular; RE= Especial; V= Vinculado; 5= No afiliado o vinculado</p> <p>Años 2012 – 2014: 1= Contributivo; 2= Subsidiado; 3= Excepción; 4= Especial; 5= No afiliado o vinculado</p>	Nominal
EDAD	Edad del fallecido en grupo de edades	La edad es consolidada en años cumplidos por la persona con algún tipo de conducta suicida. En este caso se agrupó de acuerdo a los grupos de edad codificados por el DANE.	Razón

6.4. Fuentes de información:

Bases de datos de mortalidad generadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de los años 2010 a 2014 y se seleccionaron las muertes asociadas a suicidio que corresponden a los códigos CIE-10 X60 – X84. Esta búsqueda se realizó en la causa básica de muerte, con el fin de recolectar todos los casos derivados de suicidio.

Registros de estimaciones y proyecciones de población generadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) por grupos de edad y edades simples para los años 2010 a 2014.

Bases de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida generadas por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá para obtener el número de reportes de ideación e intentos suicidas de los años 2010 a 2014.

Bases de datos bibliográficas: En la revisión de literatura se consultaron las siguientes bases de datos:

- Medline: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Scientific Electronic Library online: <http://www.scielo.org/php/index.php>
- Embase: <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>

6.5. Cálculos matemáticos y estadísticos desarrollados

6.5.1. Análisis descriptivo de los casos de mortalidad por suicidio:

Se realizó un análisis descriptivo de los casos de suicidio reportados en la ciudad de Bogotá en el periodo 2010 – 2014 por sexo, grupos de edad y por sexo y grupos de edad.

6.5.2. Ajuste por subregistro de los casos de mortalidad por suicidio:

De acuerdo a los datos de cobertura de defunción del Censo de Poblaciones 2005 del DANE se obtuvo la siguiente tabla:

Tabla 15 Porcentaje de personas fallecidas por grupos de edad y sexo con certificado de defunción según censo del 2005 (62)

Rangos de edad en años	Masculino	Femenino	Total
0 a 4	73,7%	75,4%	74,5%
5 a 9	84,0%	84,7%	84,3%
10 a 14	84,9%	86,2%	85,4%
15 a 19	88,2%	87,8%	88,1%
20 a 24	89,4%	88,4%	89,2%
25 a 29	89,7%	89,7%	89,7%
30 a 34	91,5%	91,9%	91,6%
35 a 39	91,3%	92,3%	91,6%
40 a 44	92,8%	91,5%	92,3%
45 a 49	92,6%	92,4%	92,5%
50 a 54	93,0%	92,2%	92,7%
55 a 59	93,6%	93,5%	93,5%
60 a 64	93,1%	93,5%	93,3%
65 a 69	93,5%	93,3%	93,4%
70 a 74	92,8%	94,0%	93,3%
75 a 79	93,7%	93,9%	93,8%
80 y más	93,1%	93,7%	93,4%
Total	91,1%	91,9%	91,5%

Tomado de: Carga de Enfermedad en Colombia 2005: Resultados alcanzados. Acosta N, Peñalosa R, Rodríguez J. Pontificia Universidad Javeriana. Cendex; 2008.

Se construyeron tablas de salida con las defunciones corregidas para cada año (multiplicación de las defunciones registradas por el inverso de la cobertura estimada por cada edad y sexo).

6.5.3. Estimación de tasas de mortalidad por suicidio:

Con los casos de suicidio ajustados por subregistro en cada año se obtuvieron las tasas de mortalidad por cada 100.000 habitantes por año, por sexo, grupos de edad y por sexo y grupo de edad.

6.5.4. Análisis descriptivo de los casos de ideación e intento suicida:

Se realizó un análisis descriptivo de los casos de ideación e intento suicida reportados en la ciudad de Bogotá en el periodo 2010 – 2014 por sexo, por edad, por sexo y edad, estado civil, escolaridad y tipo de régimen en salud. En el caso de la distribución por escolaridad se encuentran diferentes codificaciones en los años de estudio, para lo que se agrupan todos en primaria, secundaria, técnica o tecnológica, superior, preescolar, ninguna y deescolarizado. En cuanto al tipo de régimen en salud también se realiza una agrupación en subsidiado, contributivo, no vinculado, especial y particular.

6.5.5. Estimación de la prevalencia de ideación e intentos de suicidio:

Con los casos de ideación en intento suicida y la población a riesgo se obtuvo las prevalencias por sexo y grupos de edad para todos los años de estudio.

6.5.6. Estimación de la carga de enfermedad AVISA:

Se utilizó la metodología descrita por Murray y López en el *Quantifying the burden of disease: The technical basis for disability – adjusted life years* (69) y siguiendo al mismo tiempo los requisitos mencionados por la OMS (22). También fueron revisados los estudios realizados en el país por Cendex como base para el desarrollo del presente estudio.

6.5.6.1. Factores de corrección y datos previos al cálculo de AVISA:

6.5.6.1.1. Expectativa de vida estándar:

La carga de enfermedad es la brecha existente entre las condiciones de salud existentes y una situación ideal de salud. Se considera que la expectativa de vida es calculada basada en la asunción de que alguien vive en la actualidad y va a ser expuesto en el futuro a las tasas de mortalidad actuales para cada grupo de edad (22). En este caso se emplea la tabla de vida con mayor esperanza de vida al nacer en el mundo que es la de Japón, con 80 años para los hombres y 82,5 años para las mujeres (70).

6.5.6.1.2. Tasa de descuento:

Esta tasa de descuento es un tema donde se evalúa que los individuos prefieren los beneficios en el presente y no en el futuro, por lo que se hace necesario introducir este factor de corrección por beneficios futuros, lo cual es un procedimiento comúnmente usado en economía. Esta misma situación se da en la salud, debido a que la valoración que se le

da a un año de vida saludable ganado en el presente es distinta y superior a la que se le da a un año de vida saludable ganado en el futuro. En el caso de salud el descuento por la incertidumbre de los beneficios futuros recomendado por el *World Bank Disease Control Priorities Study* y por el *Global Burden of Disease Project* es de 3% anual (69). El descuento se hace siguiendo un modelo continuo de la forma:

$$e^{-rt}$$

Donde (e) es el número de Euler, (r) es la tasa de descuento que, en el caso de la toma de decisiones individual, coincide con el tipo de interés y (t) el número de periodos (años) transcurridos desde el momento presente hasta el momento en que se enfermó.

6.5.6.1.3. Pesos por edad:

Se debe implicar dentro del cálculo una corrección ya que las sociedades tienden a valorar de manera diferente un año de vida perdido o ganado durante la edad de adulto joven que durante la primera infancia o la vejez. Este modelo de descuento permite que el tiempo vivido a diferentes edades se valore usando una función exponencial expresada:

$$Cxe^{-\beta x}$$

Siendo β una constante que permite tener un patrón con respecto a los pesos por edad que puede tomar valores de 0,03 a 0,05 y que en la metodología asumida por Murray y López toma un valor de 0,04. La constante C es escogida de manera que la introducción de pesos desiguales por edad no cambie la estimación de la carga de enfermedad comparada con la carga que puede ser estimada si se tienen pesos por edad iguales; para el caso del estudio de

Carga Global de Enfermedad en 1990 esta constante tomó un valor de 0,1658, que se usará igualmente en este estudio con el propósito de mantener la comparabilidad entre estudios.

6.5.6.1.4. Pesos de discapacidad:

El peso de discapacidad es la comparación entre el tiempo vivido con discapacidad y el tiempo perdido por mortalidad (63). Este peso de discapacidad es un número en la escala del cero al uno que representa la severidad de la pérdida de salud asociada con el estado. Un valor de cero implica que el estado de salud es equivalente a excelente salud, y un valor de uno implica que el estado de salud es equivalente a la muerte (71). En este caso se toma como referencia para el suicidio el peso de discapacidad presentado en el estudio de Spijker y col (29) que toma un valor de 0,46 para el intento de suicidio.

6.5.6.2. Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura:

Se estimaron a partir del número de muertes reportadas para cada grupo de edad, teniendo en cuenta los aspectos mencionados con anterioridad a saber: Expectativa de vida de acuerdo a la tabla de vida West 26, tasa de descuento de años por beneficios futuros y la función de corrección de pesos por edad. A continuación se presenta la ecuación empleada:

$$YLL = \sum_{i=1}^I D_i \times \left[C \times \frac{e^{r m_i}}{(\beta + r)^2} \right] \\ \times \{ [e^{-(\beta+r)(L_i+m_i)} \times (-(\beta+r) \times (L_i + m_i)) - 1] \\ - [e^{-(\beta+r)m_i} \times (-(\beta+r) \times m_i) - 1] \}$$

6.5.6.3. Años Vividos con Discapacidad:

Se estimaron a partir de los casos de intento de suicidio reportados para cada grupo de edad, teniendo en cuenta aspectos como: duración promedio de la enfermedad (se tomaron los resultados obtenidos en el estudio de Carga de Enfermedad en Colombia de 2005 (62) de duración promedio de las discapacidades generadas por un intento de suicidio fallido), pesos de discapacidad tomados del estudio de Spijker y col (29) que toma un valor de 0,46, función de corrección de pesos por edad y la tasa de descuento de años por beneficios futuros. A continuación se presenta la ecuación empleada:

$$YLD = \sum_{i=1}^I I_i \times W \times \left[C \times \frac{e^{ra_i}}{(\beta + r)^2} \right] \\ \times \left\{ \left[e^{-(\beta+r)(d_i+a_i)} \times (-(\beta + r) \times (d_i + a_i)) - 1 \right] \right. \\ \left. - \left[e^{-(\beta+r)a_i} \times (-(\beta + r) \times a_i) - 1 \right] \right\}$$

Finalmente la obtención de los AVISA se da por la siguiente ecuación:

$$DALY = YLL + YLD$$

YLL: Años de vida perdidos por muerte prematura (APMP).

YLD: Años de vida perdidos por discapacidad (APD).

DALY: Años de vida ajustados por discapacidad (AVISA).

i: Cada uno de los intervalos de edad para los cuales se calculan los AVISA.

Di: Número de muertes en cada intervalo de edad.

C: Constante de ponderación por edades.

e: Constante matemática (número de Euler).

r : Tasa de descuento por riesgo de beneficios futuros.

m_i : Edad promedio de muerte para cada intervalo de edad.

β : Coeficiente de ponderación por edades.

L_i : Expectativa de vida promedio para cada intervalo de edad.

I_i : Número de casos incidentes de una enfermedad en cada intervalo de edad.

W : Peso de la discapacidad adjudicado a una enfermedad específica.

α_i : Edad promedio de inicio de la enfermedad para cada intervalo de edad.

d_i : Duración promedio de la enfermedad para cada intervalo de edad.

En cuanto a la valoración de la utilidad del tiempo vivido con discapacidad requiere de la definición de un ponderador de la severidad de la misma que permite que los años de vida que se pierden como consecuencia del padecimiento de una enfermedad y sus secuelas sean comparables a los años de vida perdidos por muerte prematura. Corresponde al parámetro "W" de la fórmula general ya mencionada.

6.5.6.4. Análisis de la información:

Todos los cálculos mencionados se realizaron en el programa Microsoft Excel incluyendo la estimación de la carga de enfermedad para la que se emplea una plantilla con base a la metodología descrita por la OMS con las fórmulas planteadas por Murray y López.

6.5.7. Pasos para el cálculo:

A continuación se mencionan los pasos desarrollados para el análisis descriptivo y la estimación de la carga de enfermedad atribuible a suicidio:

Tabla 16. Pasos a desarrollar para el estudio de carga de enfermedad por suicidio

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
Revisión de información básica de la enfermedad	-Definición operativa de la enfermedad. -Revisión de la historia natural de la enfermedad (etiología, diagnóstico, tratamiento, comorbilidades).
Estimación de mortalidad	-Identificación y cuantificación de casos de acuerdo al listado CIE – 10 -Ajuste de la mortalidad por subregistro. -Análisis descriptivo. -Cálculo de las tasas de mortalidad
Estimación de morbilidad	-Revisión de estudios de prevalencias e incidencias. -Análisis descriptivo. -Estimación de morbilidad.
Cálculo de AVPP	-Resultado de los Años de Vida Perdidos por muerte Prematura por sexo y grupos de edad.
Cálculo de AVD	-Resultado de los Años Vividos con Discapacidad por sexo y grupos de edad. -Análisis de sensibilidad con modificación de la duración de la enfermedad (en un caso siendo de 0,5 y en el otro caso tomando los valores del estudio de Carga de Enfermedad del año 2005).
Cálculo de AVISA	-Resultado de AVISAS por sexo, grupo de edad y tasas x 1.000 habitantes
Interpretación de los hallazgos	-Análisis de resultados y comparación con otros estudios

6.5.7.1. Definición de la enfermedad:

Se determinaron los casos a incluir en el presente estudio de acuerdo a los códigos CIE – 10 (X60 – X84) dirigidos a las lesiones autoinfligidas. Estos códigos fueron necesarios para determinar los casos de mortalidad, sin embargo no para morbilidad ya que la base de SISVECOS sólo notifica los casos relacionados con conductas suicidas. De acuerdo a la distribución establecida por el grupo desarrollador de los estudios de carga de enfermedad, el suicidio se encuentra en el grupo III: Accidentes y lesiones.

6.5.7.2. Historia natural de la enfermedad:

Se realizó una búsqueda bibliográfica acerca de la historia natural de la enfermedad, con la cual se tiene información de clasificación, relación con enfermedades mentales, factores de riesgo y protectores, epidemiología en el mundo y el país.

6.5.7.3. Estimaciones de mortalidad:

En este caso se contó con las bases de datos de mortalidad de las estadísticas vitales del DANE (no fetales) para los años 2010 – 2014.

6.5.7.3.1. Cuantificación de casos de mortalidad:

Se realizaron los conteos de los eventos de suicidio para la ciudad de Bogotá teniendo en cuenta la variable CODPTORE que corresponde con el departamento de residencia, de lo que se obtuvo una base de datos con los eventos de mortalidad para la ciudad de Bogotá. Se contabilizó una persona por cada CIE – 10 que estuviera registrado como causa básica de muerte. Se realizó en conteo de casos según sexo y grupos de edad.

6.5.7.3.2. Ajuste de casos de mortalidad por subregistro:

De acuerdo a los resultados de cobertura del Censo de Poblaciones de 2005 publicado por el DANE se construyeron tablas de salida con las defunciones corregidas

(multiplicación de las defunciones registradas por el inverso de la cobertura estimada por cada edad y sexo).

6.5.7.3.3. Tasas de mortalidad:

Como se mencionó con anterioridad se obtuvieron las tasas por sexo y grupos de edad por 100.000 habitantes para la ciudad de Bogotá en el periodo de estudio.

6.5.7.4. Cuantificación de casos de morbilidad:

Para el análisis de morbilidad se tuvo en cuenta la presencia de dos tipos de conducta suicida que fueron ideación suicida e intento suicida, para estas dos conductas se realizó el análisis descriptivo previamente mencionado. Sin embargo, para la estimación de los AVD se tuvieron en cuenta los casos de intento suicida.

7. Resultados

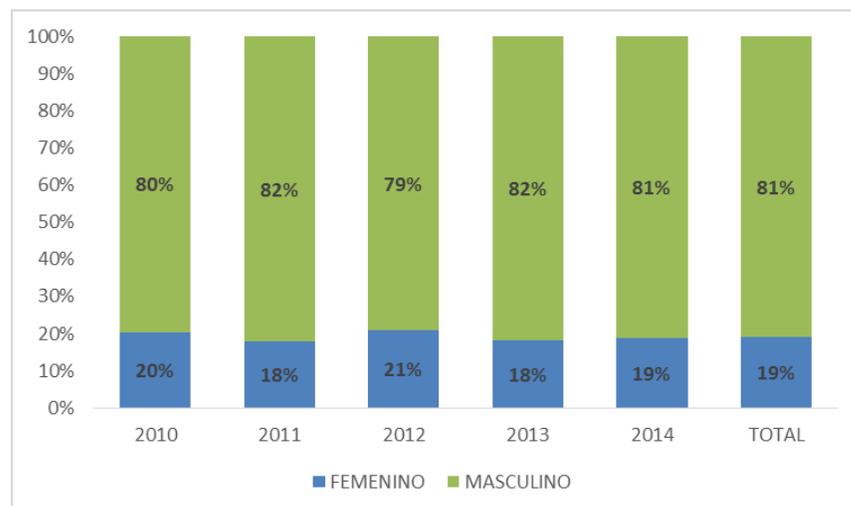
7.1. MORTALIDAD POR SUICIDIO

A partir de la información proveniente de las estadísticas vitales del DANE, después de la clasificación de acuerdo a los CIE – 10 para suicidio y del ajuste por subregistro, se obtuvo un reporte de 1.459 casos de suicidio en Bogotá D.C en el quinquenio de 2010 a 2014, lo que representó una tasa de mortalidad de 3,85 x 100.000 habitantes por año.

7.1.1. Distribución de casos de suicidio por sexo:

En la figura 7 se evidencia la distribución de casos de suicidio por sexo para cada año de estudio, para el quinquenio se encontró que el 19% de los casos fueron del sexo femenino y el 81% restante del sexo masculino.

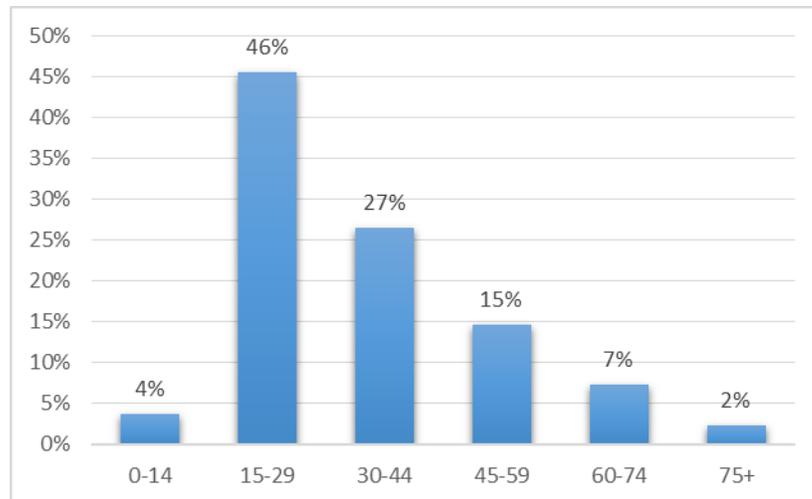
Figura 7. Distribución de mortalidad por suicidio en Bogotá por sexo, 2010 - 2014



7.1.2. Distribución de casos de suicidio por edad:

La mayor cantidad de casos de suicidio en Bogotá se presentaron en el grupo de 15 a 29 años de edad alcanzando el 46%, seguido por el grupo de 30 a 44 años de edad con el 27% (ver figura 8).

Figura 8. Distribución casos de suicidio por grupos de edad en el quinquenio 2010 - 2014



7.1.3. Distribución de casos de suicidio por sexo y edad:

En la tabla 17 se evidencia que el 37% de los casos presentados en el quinquenio fueron hombres entre 15 y 29 años, seguido por hombres de 30 a 44 años. El grupo de edad más representativo en las mujeres fue el de 15 a 29 años con el 9% del total de casos.

Tabla 17. Distribución de casos de suicidio en Bogotá por edad y sexo, 2010 - 2014.

	FEMENINO				MASCULINO				TOTAL			
	CASOS	%	IC		CASOS	%	IC		CASOS	%	IC	
0-14	19	1%	1%	2%	35	2%	2%	3%	54	4%	3%	5%
15-29	129	9%	7%	10%	536	37%	34%	39%	665	46%	43%	48%
30-44	65	4%	3%	6%	323	22%	20%	24%	388	27%	24%	29%
45-59	41	3%	2%	4%	173	12%	10%	14%	214	15%	13%	16%
60-74	24	2%	1%	2%	81	6%	4%	7%	105	7%	6%	9%
75+	2	0%	0%	0%	31	2%	1%	3%	33	2%	1%	3%
TOTAL	280	19%	17%	21%	1179	81%	79%	83%	1459	100%	-	-

7.1.4. Tasas de mortalidad:

A continuación se presentan las tasas de mortalidad por suicidio estimadas para la ciudad de Bogotá en el quinquenio 2010 – 2014 en toda la población, por sexo y grupos de edad.

7.1.4.1. Tasas de mortalidad de suicidio por año en Bogotá:

En la tabla 18 se evidencia que la mayor tasa de mortalidad se presentó en el año 2011 y la menor tasa de mortalidad fue en el año 2013. Al realizar el ajuste de tasas de mortalidad por edad se obtuvo que para una población estándar de 100.000 habitantes el año 2011 fue el que presentó la mayor tasa de mortalidad por suicidio.

Tabla 18. Tasas crudas y ajustada por edad de mortalidad en Bogotá, 2010 – 2014

	CASOS	TASA CRUDA (100.000)	TASA AJUSTADA POR EDAD (100.000)
2010	294	3,993	3,862
2011	307	4,111	3,978
2012	279	3,685	3,572
2013	263	3,427	3,340
2014	316	4,063	3,935

Se evidenció que las variaciones en las tasas de mortalidad año tras año no fueron estadísticamente significativas, resultado que también se evidenció al obtener la razón de tasas.

Tabla 19 Evaluación estadística de las variaciones en las tasas de mortalidad por año, 2010 - 2014

	TASA CRUDA (100.000)	VALOR p	RAZON DE TASAS	IC	
2010	3,993	-	-	-	-
2011	4,111	0,720	0,972	0,827	1,14
2012	3,685	0,337	1,083	0,919	1,276
2013	3,427	0,071	1,165	0,986	1,376
2014	4,063	0,828	0,982	0,838	1,152

7.1.4.2. Tasas de mortalidad de suicidio por sexo:

En este periodo los hombres se suicidaron más que las mujeres teniendo como resultado que por cada mujer que se suicida cuatro hombres hacen lo mismo. Desde el año 2010 al 2013 se evidenció una disminución de casos, sin embargo, en el año 2014 volvieron a

aumentar. Para los hombres, se presentó la mayor tasa de mortalidad en el año 2011 y para las mujeres fue en el año 2010.

Tabla 20. Casos de suicidio y tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, por sexo, años 2010 – 2014

	<i>FEMENINO</i>			<i>MASCULINO</i>		
	<i>CASOS</i>	<i>TASA CRUDA (100.000)</i>	<i>TASA AJUSTADA POR EDAD Y SEXO (100.000)</i>	<i>CASOS</i>	<i>TASA CRUDA (100.000)</i>	<i>TASA AJUSTADA POR EDAD Y SEXO (100.000)</i>
2010	60	1,573	1,537	234	6,594	6,487
2011	55	1,422	1,387	252	6,997	6,901
2012	58	1,481	1,438	221	6,048	5,861
2013	48	1,210	1,177	215	5,801	5,697
2014	59	1,468	1,411	257	6,838	6,702

7.1.4.3. Tasas de mortalidad de suicidio por grupo de edad:

Se encontró que el inicio del evento fue en el grupo de 5 a 9 años en el 2013, en los demás años los primeros casos fueron en el grupo de 10 a 14 años de edad. El grupo de 20 a 24 años de edad fue el que presentó las tasas de mortalidad más altas en los años 2010, 2012 y 2013. En los años 2011 y 2014 el grupo de 80 y más años fue el que presentó la tasa de mortalidad más alta (ver tabla 21).

Al realizar el ajuste de las tasas por edad y sexo se evidenció que para una población estándar de 100.000 habitantes el grupo de edad con las mayores tasas de mortalidad fue el de 20 a 24 años en todo el periodo de estudio.

Tabla 21 Casos de suicidio y tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, por grupos de edad, años 2010 – 2014

GRUPO EDAD	2010			2011			2012			2013			2014		
	CASOS	TASA DE MORTALIDAD (100.000)	TASA AJUSTADA A * (100.000)	CASOS	TASA DE MORTALIDAD (100.000)	TASA AJUSTADA A * (100.000)	CASOS	TASA DE MORTALIDAD (100.000)	TASA AJUSTADA A * (100.000)	CASOS	TASA DE MORTALIDAD (100.000)	TASA AJUSTADA A * (100.000)	CASOS	TASA DE MORTALIDAD (100.000)	TASA AJUSTADA A * (100.000)
0	0	0,000	0,000	0	0,000	0,000	0	0,000	0,000	0	0,000	0,000	0	0,000	0,000
1-4	0	0,000	0,000	0	0,000	0,000	0	0,000	0,000	0	0,000	0,000	0	0,000	0,000
5-9	0	0,000	0,000	0	0,000	0,000	0	0,000	0,000	1	0,168	0,015	0	0,000	0,000
10-14	15	2,386	0,205	11	1,764	0,152	13	2,101	0,181	9	1,467	0,126	5	0,821	0,071
15-19	37	5,674	0,481	41	6,255	0,530	33	5,038	0,427	32	4,911	0,416	39	6,028	0,511
20-24	53	8,480	0,697	57	9,054	0,744	50	7,822	0,643	50	7,672	0,631	59	8,901	0,732
25-29	43	6,577	0,522	52	7,968	0,632	37	5,718	0,453	34	5,313	0,421	48	7,556	0,599
30-34	30	4,886	0,372	31	4,941	0,376	30	4,693	0,357	32	4,932	0,375	36	5,495	0,418
35-39	32	5,953	0,426	23	4,188	0,299	33	5,845	0,418	25	4,294	0,307	22	3,670	0,262
40-44	23	4,423	0,291	20	3,835	0,253	16	3,063	0,202	16	3,054	0,201	19	3,597	0,237
45-49	18	3,634	0,219	18	3,574	0,216	14	2,750	0,166	8	1,561	0,094	22	4,273	0,258
50-54	16	3,862	0,207	19	4,402	0,236	14	3,120	0,168	12	2,582	0,139	16	3,342	0,179
55-59	6	1,869	0,085	14	4,153	0,189	13	3,673	0,167	6	1,616	0,074	18	4,630	0,211
60-64	6	2,456	0,091	4	1,559	0,058	11	4,089	0,152	17	6,035	0,224	7	2,371	0,088
65-69	5	2,848	0,084	2	1,078	0,032	7	3,570	0,106	10	4,827	0,143	8	3,660	0,108
70-74	5	4,083	0,090	5	3,913	0,086	6	4,471	0,099	7	4,945	0,109	5	3,338	0,074
75-79	1	1,188	0,018	2	2,293	0,035	2	2,209	0,034	1	1,061	0,016	3	3,048	0,046
80 +	4	4,809	0,073	8	9,255	0,140	0	0,000	0,000	3	3,221	0,049	9	9,308	0,141
TOTAL	294	3,993	3,862	307	4,111	3,978	279	3,685	3,572	263	3,427	3,340	316	4,063	3,935

*Tasa ajustada por edad y sexo

7.1.4.4. Tasas de mortalidad de suicidio por edad y sexo:

En las mujeres, la mayor cantidad de casos se presentaron entre los 15 y 29 años de edad. Con respecto a las tasas de mortalidad fueron más altas en el grupo de 15 a 19 años en el 2010 y en el grupo de 20 a 24 años para el 2011. En los años posteriores se evidenció un cambio siendo las tasas más altas las presentadas en los grupos de 60 a 64 años y 70 a 74 años de edad (ver tabla 22).

Tabla 22 Casos de suicidio y tasas de mortalidad por grupos de edad para el sexo femenino 2010 – 2014

GRUPO EDAD	2010		2011		2012		2013		2014	
	CASOS	TASA (100.000)	CASOS	TASA (100.000)	CASOS	TASA (100.000)	CASOS	TASA(100.000)	CASOS	TASA (100.000)
0	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000
1-4	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000
5-9	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000
10-14	8	2,592	5	1,633	1	0,330	2	0,666	3	1,008
15-19	13	4,053	9	2,790	11	3,409	9	2,802	4	1,254
20-24	12	3,866	14	4,502	6	1,904	6	1,867	5	1,528
25-29	8	2,340	10	2,950	6	1,803	6	1,846	7	2,194
30-34	5	1,559	3	0,914	7	2,088	2	0,587	7	2,034
35-39	2	0,710	2	0,696	7	2,372	5	1,644	6	1,915
40-44	4	1,450	2	0,725	2	0,725	4	1,450	5	1,801
45-49	3	1,128	3	1,112	1	0,367	3	1,097	3	1,094
50-54	2	0,887	3	1,279	5	2,055	3	1,193	2	0,774
55-59	1	0,568	3	1,623	2	1,031	1	0,491	6	2,818
60-64	0	0,000	0	0,000	5	3,368	5	3,213	1	0,613
65-69	2	2,050	0	0,000	2	1,836	0	0,000	1	0,820
70-74	0	0,000	1	1,353	3	3,893	1	1,238	3	3,523
75-79	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	1	1,680
80 y	0	0,000	0	0,000	0	0,000	1	1,701	0	0,000

más										
TOTAL	60	1,573	55	1,422	58	1,481	48	1,210	54	1,344

En los hombres, el grupo de 20 a 24 años de edad fue el que presentó la mayor cantidad de casos en todo el periodo de estudio. Para los años 2010, 2011 y 2014 el grupo de 80 y más fue el que presentó la tasa de mortalidad más alta; en los años 2012 y 2013 el grupo de 20 a 24 años de edad fue el que presentó la tasa de mortalidad más alta ya que en estos años no se presentaron casos de suicidio en el grupo de 80 y más años (ver tabla 23).

Tabla 23 Casos de suicidio y tasas de mortalidad por grupo de edad para el sexo masculino 2010 – 2014

GRUPO EDAD	2010		2011		2012		2013		2014	
	CASOS	TASA (100.000)								
0	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000
1-4	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000
5-9	0	0,000	0	0,000	0	0,000	1	0,328	0	0,000
10-14	7	2,188	6	1,889	12	3,805	7	2,234	2	0,642
15-19	24	7,243	32	9,614	22	6,619	23	6,960	34	10,366
20-24	41	13,033	43	13,497	44	13,574	44	13,319	53	15,792
25-29	35	11,218	42	13,390	31	9,860	28	8,892	40	12,649
30-34	25	8,524	28	9,358	23	7,564	30	9,742	28	9,003
35-39	30	11,718	21	8,019	26	9,648	20	7,194	15	5,241
40-44	19	7,778	18	7,328	14	5,675	12	4,837	14	5,585
45-49	15	6,538	15	6,416	13	5,488	5	2,092	19	7,896
50-54	14	7,417	16	8,119	9	4,381	9	4,218	14	6,354
55-59	5	3,447	11	7,225	11	6,881	5	2,980	12	6,825
60-64	6	5,464	4	3,473	6	4,977	12	9,517	6	4,544
65-69	3	3,844	2	2,424	5	5,740	10	10,887	7	7,238
70-74	5	9,768	4	7,427	3	5,251	6	9,873	2	3,095
75-79	1	2,952	2	5,763	2	5,605	1	2,700	2	5,141
80 y más	4	13,068	8	25,123	0	0,000	2	5,823	9	25,243

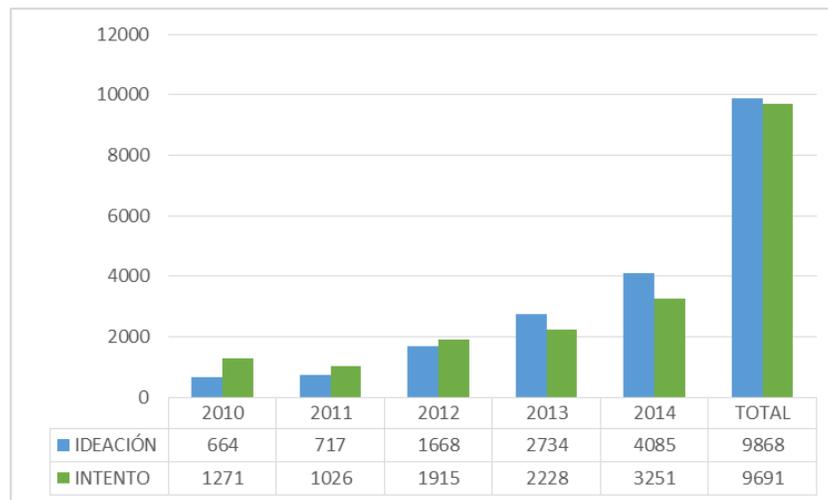
GRUPO EDAD	2010		2011		2012		2013		2014	
	CASOS	TASA (100.000)								
TOTAL	234	6,594	252	6,997	221	6,048	215	5,801	257	6,838

7.2. MORBILIDAD POR CONDUCTAS SUICIDAS:

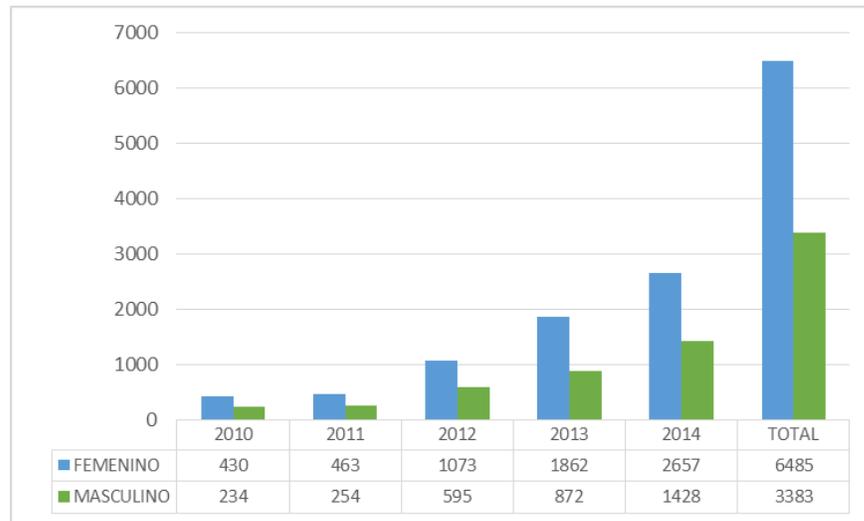
A partir de la información proveniente del Sistema de Vigilancia Epidemiológico de las Conductas Suicidas (SISVECOS) de Bogotá, se obtuvo un total de 19.559 casos reportados para el quinquenio 2010 – 2014, de los cuales el 50,5% (n=9.868) corresponden a ideación suicida y el 49,5% (n=9.691) restante corresponden a intento suicida.

7.2.1. Distribución por conducta suicida:

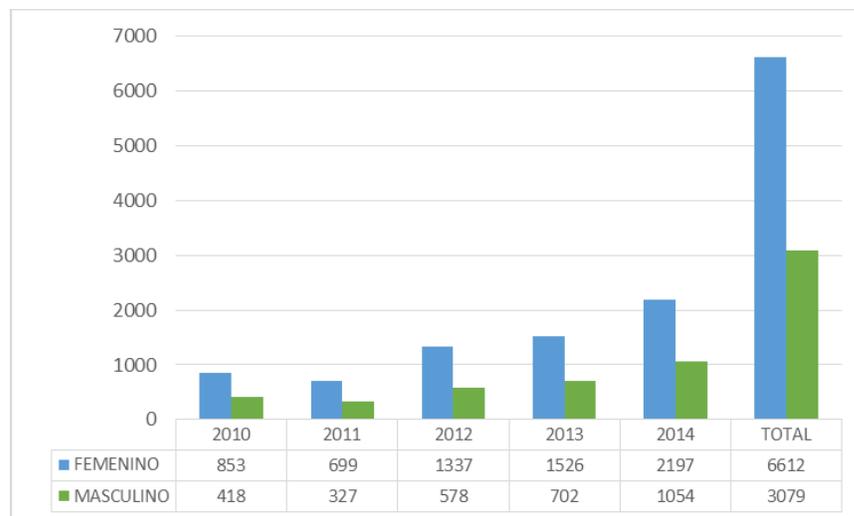
A partir del año 2012 se dio un incremento en el número de casos reportados de ideación suicida, tendencia que se mantuvo en los años siguientes incluso siendo mayor los casos reportados de ideación que de intento de suicidio en el 2014. Es así como pasó de representar el 34,3% en el año 2010, a representar el 55,7% en el año 2014. Al igual se evidenció un aumento en el número de casos del intento de suicidio (ver figura 9).

Figura 9. Distribución casos de conductas suicidas en Bogotá, 2010 - 2014**7.2.2. Distribución de las conductas suicidas por sexo:**

Para la ideación suicida se evidenció que el 66% de los casos reportados en todo el periodo de estudio fueron en mujeres. Esta tendencia se presentó en todos los años de estudio siendo el año 2013 el más representativo para este sexo, alcanzando un valor de 68%.

Figura 10. Distribución de casos de ideación suicida por sexo en Bogotá, 2010 - 2014

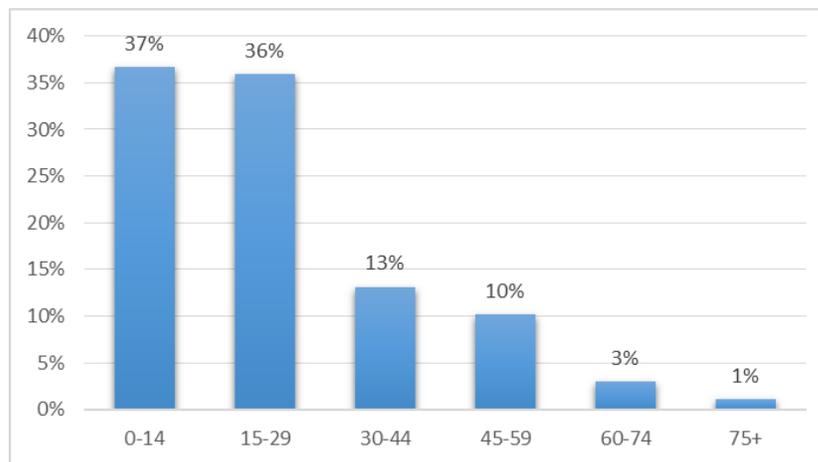
En la figura 11 se encuentra la distribución por sexo del intento de suicidio, donde la mayor proporción de casos se presentaron en las mujeres, alcanzando en el año 2012 el 70% del total de casos.

Figura 11. Distribución de casos de intento de suicidio por sexo en Bogotá, 2010- 2014

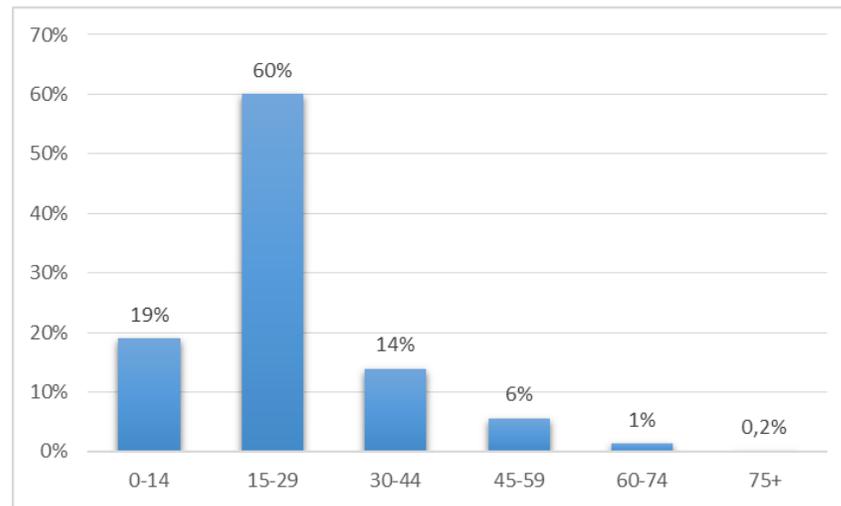
7.2.3. Distribución de las conductas suicidas por edad:

La mayor cantidad de casos de ideación suicida se reportaron en el grupo de 0 a 14 años de edad, seguido por el grupo de 15 a 29 años. Entre estos dos grupos de edad se presentó el 73% de los casos de ideación.

Figura 12. Distribución por edad de la ideación suicida en Bogotá, 2010 - 2014.



En cuanto al intento de suicidio se encontró que el 60% de los casos se dieron en el grupo de 15 a 29 años seguido por el grupo de 0 a 14 años de edad (ver figura 13). En esta conducta suicida se presentó la misma tendencia que en la ideación suicida donde los primeros grupos de edad fueron los más representativos.

Figura 13. Distribución por edad de los casos de intento de suicidio en Bogotá, 2010 - 2014**7.2.4. Distribución de conductas suicidas por sexo y edad:**

El 24% de los casos de ideación suicida se reportaron en las mujeres de 15 a 29 años, seguido por el grupo de mujeres de 0 a 14 años. Dentro de los hombres, el grupo de edad con mayor cantidad de casos fue el de 0 a 14 años (ver tabla 24).

Tabla 24. Distribución de casos de ideación suicida por sexo y edad en Bogotá, 2010 – 2014

	FEMENINO			MASCULINO				TOTAL				
	CASOS	%	IC	CASOS	%	IC	CASOS	%	IC			
0-14	2018	20%	20%	21%	1604	16%	16%	17%	3622	37%	36%	38%
15-29	2358	24%	23%	25%	1190	12%	11%	13%	3548	36%	35%	37%
30-44	1050	11%	10%	11%	247	2,5%	2,2%	2,8%	1297	13%	12%	14%
45-59	788	8%	7%	9%	212	2,1%	1,9%	2,4%	1000	10%	10%	11%
60-74	201	2,0%	1,8%	2,3%	91	0,9%	0,7%	1,1%	292	3,0%	2,6%	3,3%

75+	70	0,7%	0,5%	0,9%	39	0,4%	0,3%	0,5%	109	1,1%	0,9%	1,3%
TOTAL	6485	66%	65%	67%	3383	34%	33%	35%	9868	100%	-	-

Para el intento suicida se encontró que el 40% del total de casos fueron mujeres de 15 a 29 años de edad, seguido por los hombres de 15 a 29 años con el 20% de casos.

Tabla 25. Distribución de casos de intento suicida por sexo y edad en Bogotá, 2010- 2014

	FEMENINO			MASCULINO			TOTAL					
	CASOS	%	IC	CASOS	%	IC	CASOS	%	IC			
0-14	1392	14%	14%	15%	443	5%	4%	5%	1835	19%	18%	20%
15-29	3895	40%	39%	41%	1919	20%	19%	21%	5814	60%	59%	61%
30-44	911	9%	9%	10%	440	5%	4%	5%	1351	14%	13%	15%
45-59	338	3,5%	3,1%	3,9%	208	2,1%	1,9%	2,4%	546	5,6%	5,2%	6,1%
60-74	69	0,7%	0,5%	0,9%	56	0,6%	0,4%	0,7%	125	1,3%	1,1%	1,5%
75+	7	0,1%	0,0%	0,1%	13	0,1%	0,1%	0,2%	20	0,2%	0,1%	0,3%
TOTAL	6612	68%	67%	69%	3079	32%	31%	33%	9691	100%	-	-

7.2.5. Distribución de conductas suicidas por estado civil

Las personas solteras fueron las que presentaron la mayor cantidad de casos de ideación suicida en todos los años de estudio con más del 70%. La distribución de los casos en las demás clasificaciones por estado civil se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 26. Proporción de ideación suicida por estado civil, años 2010 - 2014

IDEACIÓN SUICIDA											
		2010		2011		2012		2013		2014	
ESTADO CIVIL		CASOS	%								
Soltero		489	73,6%	545	76,0%	1197	71,8%	2053	75,1%	2916	71,4%
Unión libre		77	11,6%	83	11,6%	222	13,3%	312	11,4%	537	13,1%
Separado		49	7,4%	38	5,3%	105	6,3%	158	5,8%	293	7,2%
Casado		35	5,3%	37	5,2%	92	5,5%	141	5,2%	223	5,5%
Viudo		12	1,8%	13	1,8%	48	2,9%	55	2,0%	98	2,4%
Divorciado		2	0,3%	1	0,1%	4	0,2%	15	0,5%	18	0,4%
TOTAL		664	100,0%	717	100,0%	1668	100,0%	2734	100,0%	4085	100,0%

En la tabla 27 se evidencia una tendencia similar a la encontrada en ideación suicida, donde el grupo que más realizó intento suicida fueron los solteros con una amplia diferencia con respecto a las personas que vivían en unión libre. El grupo de los divorciados presentó la menor cantidad de casos.

Tabla 27. Proporción de intento suicida por estado civil, años 2010 - 2014

INTENTO SUICIDA											
		2010		2011		2012		2013		2014	
ESTADO CIVIL		CASOS	%								
Soltero		937	73,7%	735	71,6%	1349	70,4%	1542	69,2%	2323	71,5%
Unión libre		183	14,4%	168	16,4%	302	15,8%	392	17,6%	532	16,4%
Casado		84	6,6%	62	6,0%	112	5,8%	138	6,2%	177	5,4%
Separado		47	3,7%	56	5,5%	126	6,6%	128	5,7%	189	5,8%
Viudo		9	0,7%	0	0,0%	15	0,8%	18	0,8%	22	0,7%
Divorciado		11	0,9%	5	0,5%	11	0,6%	10	0,4%	8	0,2%
Total		1271	100,0%	1026	100,0%	1915	100,0%	2228	100,0%	3251	100,0%

7.2.6. Distribución de conductas suicidas por escolaridad

Para todos los años de estudio se encontró que la mayoría de las personas con ideación suicida habían alcanzado un nivel de secundaria. El nivel educativo superior estuvo dentro de la clasificación con menor cantidad de casos.

Tabla 28. Proporción de ideación suicida por escolaridad, años 2010 - 2014

ESCOLARIDAD	IDEACIÓN SUICIDA									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Secundaria	374	56%	434	61%	1076	65%	1820	67%	2546	62%
Primaria	161	24%	213	30%	429	26%	634	23%	838	21%
Técnica o tecnológica	88	13%	42	6%	87	5%	131	5%	376	9%
Superior	12	2%	17	2%	54	3%	105	4%	280	7%
Deescolarizado	6	1%	0	0%	0	0%	0	0%	2	0%
Preescolar	15	2%	1	0%	22	1%	44	2%	43	1%
Ninguna	8	1%	10	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	664	100%	717	100%	1668	100%	2734	100%	4085	100%

En todos los años de estudio se encontró que la mayor cantidad de personas que realizaron un intento suicida habían alcanzado un nivel educativo de secundaria. En los años 2012, 2013 y 2014 se evidenció un aumento de casos en el nivel superior y técnico.

Tabla 29. Proporción de intento suicida por escolaridad, años 2010 - 2014

ESCOLARIDAD	INTENTO SUICIDA									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Secundaria	832	65%	720	70%	1165	61%	1494	67%	2060	63%
Primaria	147	12%	138	13%	154	8%	100	4%	222	7%

Técnica o tecnológica	153	12%	85	8%	192	10%	202	9%	415	13%
Superior	96	8%	72	7%	236	12%	263	12%	530	16%
Deescolarizado	21	2%	1	0%	154	8%	124	6%	10	0%
Preescolar	9	1%	0	0%	14	1%	45	2%	14	0%
Ninguna	13	1%	10	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	1271	100%	1026	100%	1915	100%	2228	100%	3251	100%

7.2.7. Distribución de conductas suicidas por régimen de afiliación:

En los primeros dos años de estudio se encontró que la mayor cantidad de personas con ideación suicida estaban afiliados al régimen subsidiado. A partir del año 2012 la mayoría de los casos se presentaron en el régimen contributivo.

Tabla 30. Proporción de ideación suicida por régimen de afiliación, años 2010 - 2014

<i>IDEACIÓN SUICIDA</i>										
<i>RÉGIMEN</i>	<i>2010</i>		<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>2013</i>		<i>2014</i>	
	<i>CASOS</i>	<i>%</i>								
Subsidiado	364	55%	354	49%	700	42%	1037	38%	1505	37%
Contributivo	236	36%	273	38%	741	44%	1356	50%	2096	51%
No vinculado	47	7%	72	10%	188	11%	282	10%	368	9%
Especial	13	2%	14	2%	35	2%	56	2%	103	3%
Particular	4	1%	4	1%	4	0%	3	0%	13	0%
Total	664	100%	717	100%	1668	100%	2734	100%	4085	100%

En el intento suicida, la mayoría de los casos se presentaron en el régimen contributivo durante todos los años de estudio, seguido por el régimen subsidiado y aquellos no vinculados.

Tabla 31. Proporción de intento suicida por régimen de afiliación, años 2010 - 2014

INTENTO SUICIDA										
RÉGIMEN	2010		2011		2012		2013		2014	
	CASOS	%								
Subsidiado	537	42%	358	35%	780	41%	665	30%	851	26%
Contributivo	563	44%	492	48%	895	47%	1268	57%	1981	61%
No vinculado	130	10%	138	13%	202	11%	242	11%	318	10%
Especial	31	2%	38	4%	31	2%	53	2%	86	3%
Particular	10	1%	0	0%	7	0%	0	0%	15	0%
Total	1271	100%	1026	100%	1915	100%	2228	100%	3251	100%

7.2.8. Prevalencia de suicidio según el sistema de vigilancia

A continuación se presenta las prevalencias de cada conducta suicida evaluada en el periodo 2010 a 2014.

7.2.8.1. Prevalencia de conductas suicidas por año en Bogotá:

Como se evidencia en la tabla 32, en el año 2014 fue donde se presentó una mayor cantidad de casos de ideación suicida y de intento suicida, esto hizo que fuera el año con mayor prevalencia por este evento en el periodo de estudio.

Tabla 32. Prevalencias x 1.000 para cada año de ideación e intento suicida en Bogotá, 2010 - 2014

	IDEACIÓN SUICIDA					INTENTO SUICIDA			
	CASOS	PREVALENCIA		IC		CASOS	PREVALENCIA		IC
		X 1.000					X 1.000		
2010	664	0,090	0,08	0,10	1271	0,173	0,16	0,18	
2011	717	0,096	0,09	0,10	1026	0,137	0,13	0,15	

2012	1668	0,220	0,21	0,23	1915	0,253	0,24	0,26
2013	2734	0,356	0,34	0,37	2228	0,290	0,28	0,30
2014	4085	0,525	0,51	0,54	3251	0,418	0,40	0,43
TOTAL	9868	0,261	0,26	0,27	9691	0,256	0,25	0,26

7.2.8.2. Prevalencia de conductas suicidas por sexo:

Para las mujeres se obtuvo una prevalencia de 0,331 x 1.000 de ideación suicida en todo el periodo de estudio, la cual es mayor a la presentada por los hombres. El año 2014 fue el más representativo para ambos sexos debido al incremento en casos y por tanto mayor prevalencia.

Tabla 33. Casos y prevalencia x 1.000 de ideación suicida por sexo en Bogotá, 2010 - 2014

	FEMENINO			MASCULINO			TOTAL					
	CASOS	PRV	IC	CASOS	PRV	IC	CASOS	PRV	IC			
2010	430	0,113	0,102	0,123	234	0,066	0,057	0,074	664	0,090	0,083	0,097
2011	463	0,120	0,109	0,131	254	0,071	0,062	0,079	717	0,096	0,089	0,103
2012	1073	0,274	0,258	0,290	595	0,163	0,150	0,176	1668	0,220	0,210	0,231
2013	1862	0,469	0,448	0,491	872	0,235	0,220	0,251	2734	0,356	0,343	0,370
2014	2657	0,661	0,636	0,686	1428	0,380	0,360	0,400	4085	0,525	0,509	0,541
TOTAL	6485	0,331	0,323	0,339	3383	0,185	0,179	0,191	9868	0,261	0,256	0,266

*PRV: Prevalencia x 1.000

En el año 2014 fue en el que se presentó la mayor prevalencia de intento de suicidio tanto en hombres como en mujeres. Al comparar con los datos de ideación suicida se encontró que en las mujeres la prevalencia es similar para las dos conductas suicidas, y en los hombres se presentó una menor prevalencia de intento suicida.

Tabla 34. Casos y prevalencia x 1.000 de intento de suicidio por sexo en Bogotá, 2010 - 2014

	FEMENINO			MASCULINO			TOTAL					
	CASOS	PRV	IC	CASOS	PRV	IC	CASOS	PRV	IC			
2010	853	0,224	0,209	0,239	418	0,118	0,106	0,129	1271	0,173	0,163	0,182
2011	699	0,181	0,167	0,194	327	0,091	0,081	0,101	1026	0,137	0,129	0,146
2012	1337	0,341	0,323	0,360	578	0,158	0,145	0,171	1915	0,253	0,242	0,264
2013	1526	0,385	0,365	0,404	702	0,189	0,175	0,203	2228	0,290	0,278	0,302
2014	2197	0,547	0,524	0,570	1054	0,280	0,264	0,297	3251	0,418	0,404	0,432
TOTAL	6612	0,338	0,329	0,346	3079	0,169	0,163	0,174	9691	0,256	0,251	0,261

*PRV: Prevalencia x 1.000

7.2.8.3. Prevalencia de conductas suicidas por grupo de edad:

En todos los años de estudio la mayor prevalencia de ideación suicida se presentó en el grupo de 10 a 14 años de edad, seguido por el grupo de 15 a 19 años. En el año 2014 se evidenció un aumento en la prevalencia de ideación suicida en todos los grupos de edad con respecto a los resultados de los años anteriores.

Tabla 35. Prevalencia de ideación suicida por grupos de edad, años 2010 - 2014

GRUPO EDAD	IDEACIÓN SUICIDA									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	CASOS	PRV	CASOS	PRV	CASOS	PRV	CASOS	PRV	CASOS	PRV
0-4	0	0,00	2	0,00	3	0,01	7	0,01	4	0,01
5-9	65	0,11	57	0,10	126	0,21	211	0,35	272	0,46
10-14	195	0,31	197	0,32	452	0,73	872	1,42	1159	1,90
15-19	157	0,24	213	0,32	433	0,66	664	1,02	963	1,49
20-24	39	0,06	45	0,07	103	0,16	164	0,25	261	0,39
25-29	44	0,07	34	0,05	94	0,15	127	0,20	207	0,33
30-34	38	0,06	41	0,07	83	0,13	131	0,20	222	0,34

35-39	38	0,07	20	0,04	66	0,12	108	0,19	189	0,32
40-44	20	0,04	24	0,05	59	0,11	88	0,17	170	0,32
45-49	19	0,04	28	0,06	76	0,15	91	0,18	175	0,34
50-54	24	0,06	25	0,06	62	0,14	94	0,20	146	0,30
55-59	8	0,02	14	0,04	45	0,13	66	0,18	127	0,33
60-64	5	0,02	4	0,02	19	0,07	42	0,15	79	0,27
65-69	3	0,02	6	0,03	13	0,07	26	0,13	37	0,17
70-74	3	0,02	4	0,03	10	0,07	17	0,12	24	0,16
75-79	4	0,05	1	0,01	13	0,14	15	0,16	21	0,21
80 Y MÁS	2	0,02	2	0,02	11	0,12	11	0,12	29	0,30
TOTAL	664	0,10	717	0,10	1668	0,24	2734	0,39	4085	0,57

*PRV: Prevalencia x 1.000

En cuanto a la prevalencia del intento suicida, se encontró que el grupo de edad con mayor valor fue el de 15 a 19 años, seguido por el grupo de 20 a 24 años de edad. Sin embargo, en los años 2013 y 2014 se presentó un aumento considerable de casos, y por tanto de prevalencia del evento, en el grupo de 10 a 14 años.

Tabla 36. Prevalencia de intento suicida por grupos de edad, años 2010 - 2014

	INTENTO SUICIDA									
	2010		2011		2012		2013		2014	
GRUPO EDAD	CASOS	PRV	CASOS	PRV	CASOS	PRV	CASOS	PRV	CASOS	PRV
0-4	0	0,00	0	0,00	2	0,00	0	0,00	1	0,00
5-9	11	0,02	8	0,01	17	0,03	22	0,04	27	0,05
10-14	198	0,32	168	0,27	288	0,47	417	0,68	676	1,11
15-19	443	0,68	361	0,55	635	0,97	690	1,06	1014	1,57
20-24	245	0,39	177	0,28	335	0,52	398	0,61	533	0,80
25-29	126	0,19	111	0,17	195	0,30	222	0,35	329	0,52
30-34	74	0,12	67	0,11	141	0,22	151	0,23	205	0,31
35-39	56	0,10	41	0,07	87	0,15	89	0,15	149	0,25
40-44	37	0,07	32	0,06	63	0,12	70	0,13	89	0,17

45-49	23	0,05	25	0,05	56	0,11	67	0,13	81	0,16
50-54	23	0,06	19	0,04	44	0,10	42	0,09	61	0,13
55-59	17	0,05	6	0,02	16	0,05	24	0,06	42	0,11
60-64	8	0,03	9	0,04	13	0,05	12	0,04	19	0,06
65-69	4	0,02	0	0,00	14	0,07	9	0,04	11	0,05
70-74	3	0,02	1	0,01	5	0,04	11	0,08	6	0,04
75-79	2	0,02	0	0,00	2	0,02	1	0,01	4	0,04
80 Y MÁS	1	0,01	1	0,01	2	0,02	3	0,03	4	0,04
TOTAL	1271	0,19	1026	0,15	1915	0,27	2228	0,31	3251	0,45

*PRV: Prevalencia x 1.000

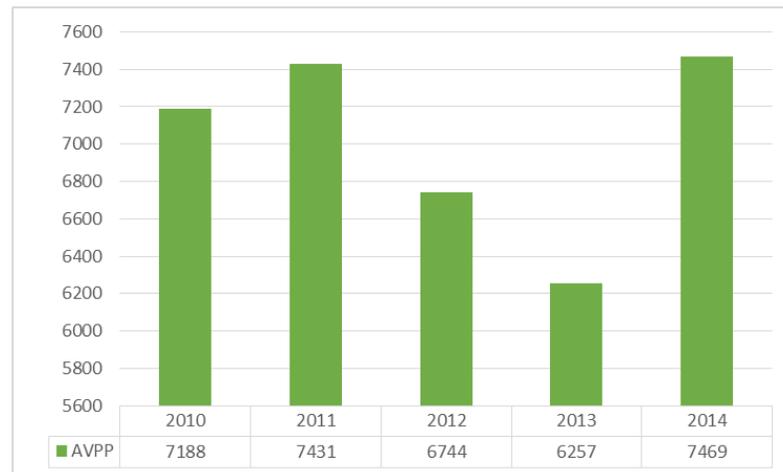
7.3. ESTIMACION DE AVISAS POR SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO:

Para hacer la estimación de los AVISAS para el suicidio se tuvo en cuenta los casos de mortalidad reportados por el DANE para estimar los Años Perdidos por Muerte Prematura y los casos reportados en SISVECOS de intento de suicidio para estimar los Años Vividos en Discapacidad.

7.3.1. Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura:

En la figura 14 se puede observar la cantidad de AVPP en cada año, siendo el más afectado por suicidio el año 2014.

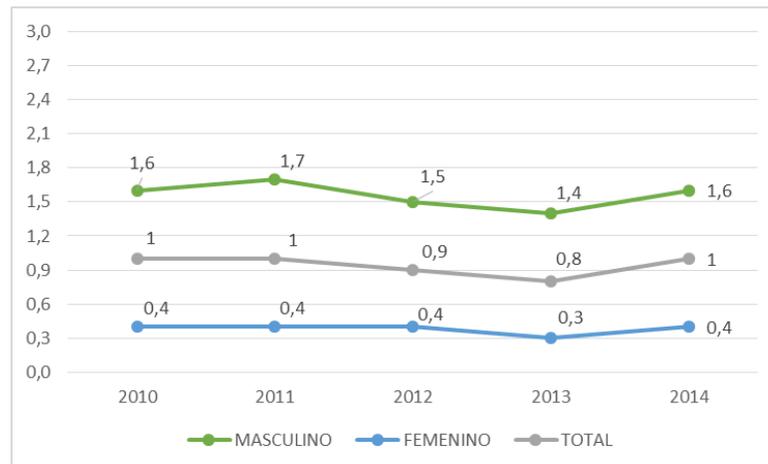
Figura 14. Años de Vida Potencialmente Perdidos por Muerte Prematura por suicidio en Bogotá, 2010 – 2014



7.3.1.1. Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura por sexo:

Los hombres presentaron mayor cantidad de AVPP en todos los años de estudio comparado con las mujeres. En el año 2011 se presentó una pérdida de 1,7 años en los hombres, siendo el valor más alto en este sexo; por el contrario, las mujeres presentaron un comportamiento similar durante todo el periodo de estudio.

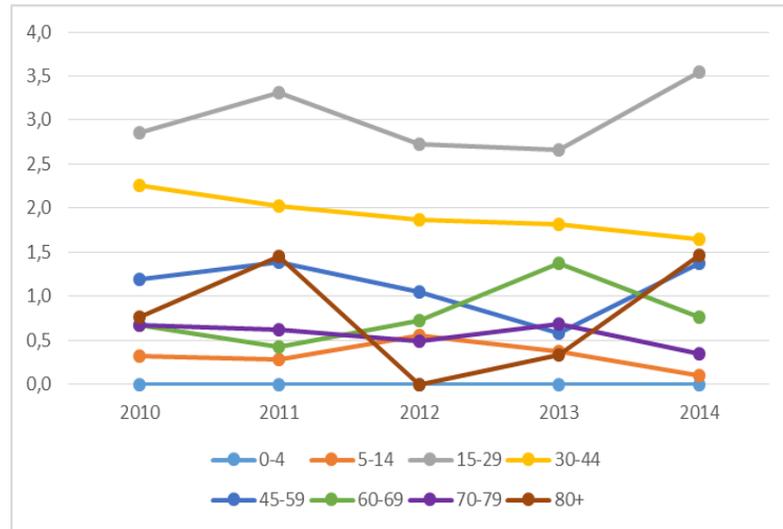
Figura 15. Años de Vida Potencialmente Perdidos por Muerte Prematura (tasa x 1000) por sexo en Bogotá, 2010 – 2014



7.3.1.2. Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura por grupo de edad:

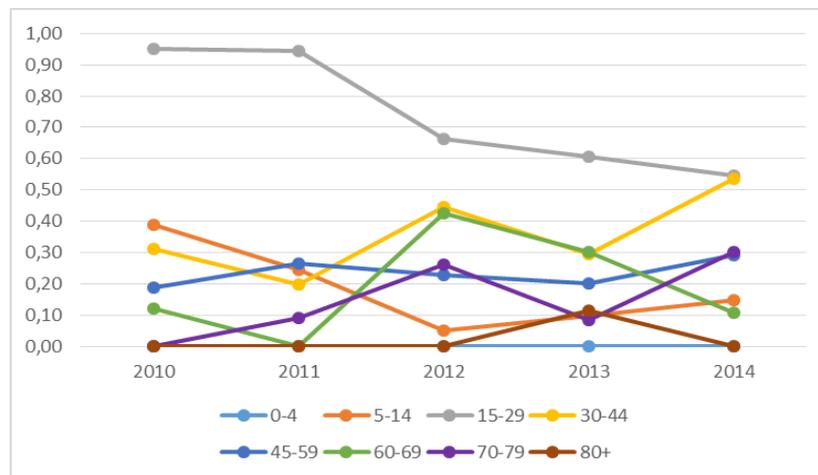
En la figura 16 se observa que el grupo de 15 a 29 años fue el que presentó mayor pérdida de años en los hombres durante todo el periodo de estudio, seguido por el grupo de 30 a 44 años de edad. En el año 2014 se evidenció un aumento en los AVPP en los grupos de 15 a 29 años y 80 y más años.

Figura 16. Años perdidos por muerte prematura (tasa x 1000) según grupo de edad para los hombres en Bogotá, 2010 - 2014



En cuanto a las mujeres, el grupo de edad con más AVPP fue el de 15 a 29 años durante los primeros cuatro años, ya que en el 2014 es alcanzado por el grupo de 30 a 44 años de edad (ver figura 17).

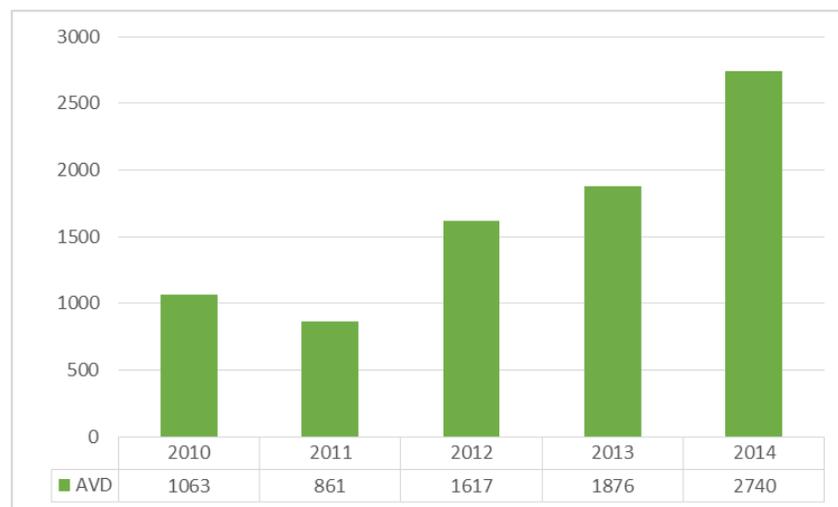
Figura 17. Años de vida perdidos por muerte prematura (tasa x 1000) según grupos de edad para las mujeres en Bogotá, 2010 - 2014



7.3.2. Años vividos con discapacidad por suicidio:

Al evaluar la discapacidad generada en la población bogotana por suicidio se encontró un aumento año tras año de los AVD hasta alcanzar un valor de 2.740 en el año 2014, lo que representa un aumento de casos de intento de suicidio que no se consumaron (ver figura 18).

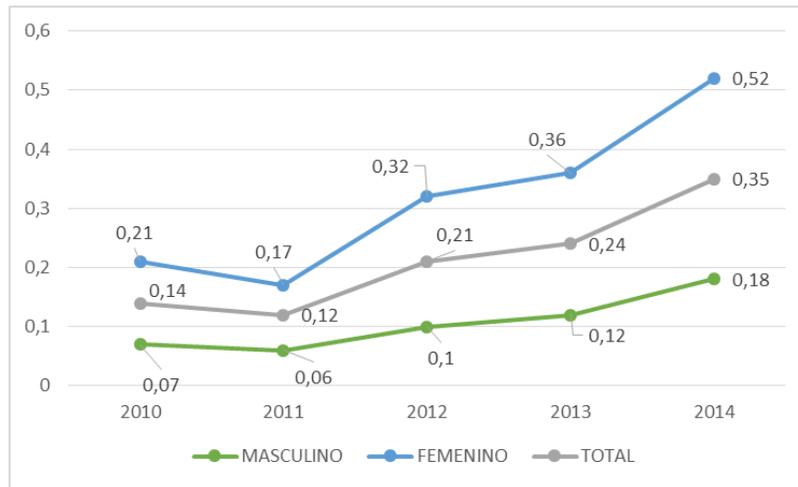
Figura 18. Años vividos con discapacidad en Bogotá, 2010 - 2014



7.3.2.1. Años vividos con discapacidad por sexo:

Las mujeres presentaron mayor cantidad de AVD que los hombres en una razón de 3:1 durante todo el periodo de estudio. Como se evidencia en la figura 19, en los dos sexos se presentó un aumento en la discapacidad generada por suicidio.

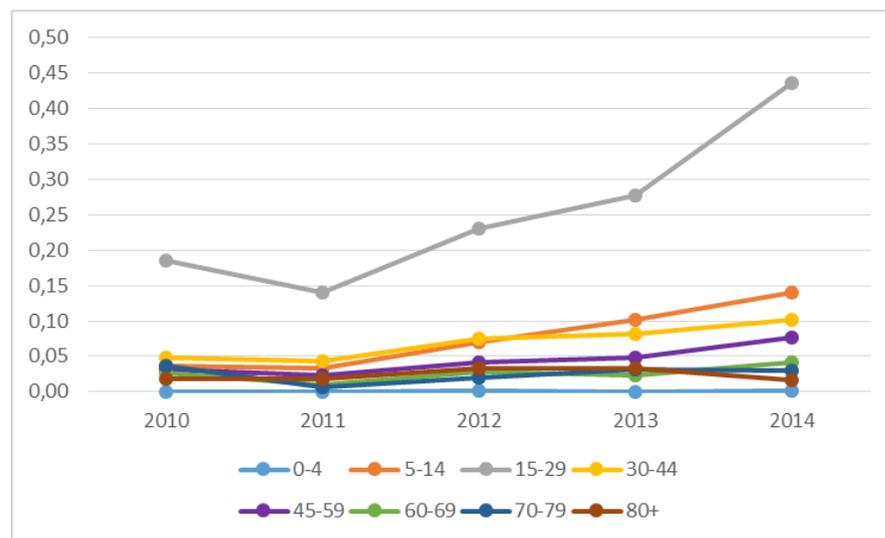
Figura 19. Años vividos con discapacidad (tasa x 1000) por sexo en Bogotá, 2010 - 2014



7.3.2.2. Años vividos con discapacidad por grupo de edad:

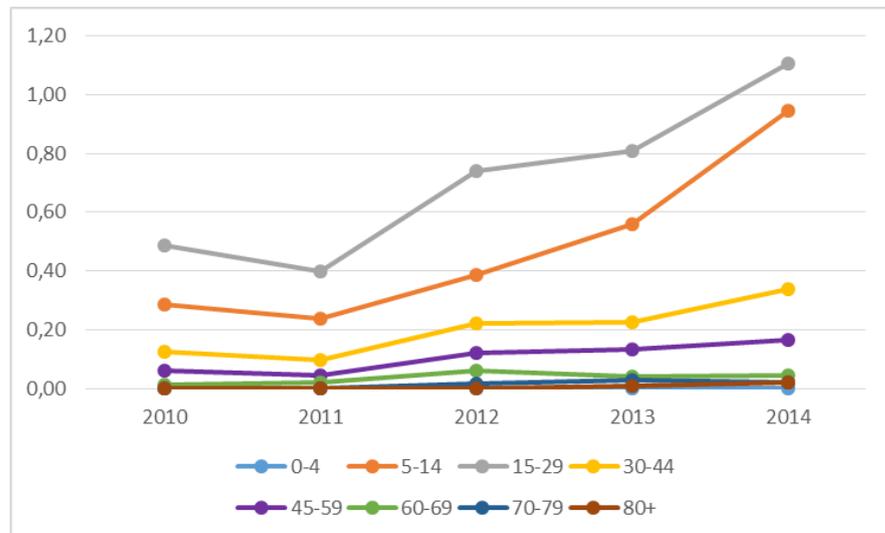
En los hombres, el grupo con mayor impacto fue el de 15 a 29 años de edad que presentó un aumento significativo de AVD a partir del 2011. También se evidenció un aumento en los AVD en el grupo de 5 a 14 años (ver figura 20).

Figura 20. Años vividos con discapacidad (tasa x 1000) según grupos de edad para los hombres en Bogotá, 2010 - 2014



En las mujeres también se encontró que el grupo con mayor AVD fue el de 15 a 29 años, en este caso el grupo de 5 a 14 años aumentó la tasa de AVD estando cerca a la reportada en el último año para el grupo de 15 a 29 años.

Figura 21. Años vividos con discapacidad (tasa x 1000) según grupos de edad para las mujeres en Bogotá, 2010 - 2014



7.3.2.3. Análisis de sensibilidad de acuerdo a la duración de la discapacidad

Se evidenció tasas de AVD mayores con el aumento de la duración de la discapacidad en ambos sexos. En las mujeres se observó que las tasas con los datos del estudio de carga de enfermedad se cuadruplicaron con respecto a una discapacidad base de 0,5; y en los hombres estas tasas se triplicaron.

Tabla 37. Comparación tasas (x 1000) AVD con diferente duración de discapacidad en el sexo femenino

	2010		2011		2012		2013		2014	
	D estándar	D cendex								
0-4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-14	0,06	0,29	0,05	0,24	0,08	0,39	0,12	0,56	0,20	0,94
15-29	0,12	0,49	0,10	0,40	0,19	0,74	0,20	0,81	0,28	1,11
30-44	0,03	0,12	0,02	0,10	0,05	0,22	0,05	0,23	0,07	0,34
45-59	0,01	0,06	0,01	0,05	0,02	0,12	0,03	0,13	0,03	0,16
60-69	0,00	0,02	0,01	0,02	0,02	0,06	0,01	0,04	0,01	0,05
70-79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01	0,03	0,01	0,02
80+	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02
Total	0,05	0,21	0,04	0,17	0,08	0,32	0,09	0,36	0,12	0,52

*D estándar: Duración de discapacidad de 0,5

*D cendex: Duración de discapacidad de acuerdo a estudio de carga de enfermedad de 2005 para Colombia

Tabla 38. Comparación tasas (x1000) AVD con diferente duración de discapacidad en el sexo masculino

	2010		2011		2012		2013		2014	
	D estándar	D cendex								
0-4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-14	0,01	0,04	0,01	0,03	0,03	0,07	0,04	0,10	0,06	0,14
15-29	0,06	0,19	0,05	0,14	0,08	0,23	0,10	0,28	0,15	0,44
30-44	0,02	0,05	0,01	0,04	0,03	0,07	0,03	0,08	0,03	0,10
45-59	0,01	0,03	0,01	0,02	0,01	0,04	0,02	0,05	0,03	0,08
60-69	0,01	0,03	0,00	0,01	0,01	0,03	0,01	0,02	0,01	0,04
70-79	0,01	0,04	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,03	0,01	0,03
80+	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01	0,03	0,01	0,03	0,01	0,02
Total	0,03	0,07	0,02	0,06	0,04	0,10	0,04	0,12	0,06	0,18

*D estándar: Duración de discapacidad de 0,5

*D cendex: Duración de discapacidad de acuerdo a estudio de carga de enfermedad de 2005 para Colombia

7.3.3. Años de vida ajustados por discapacidad:

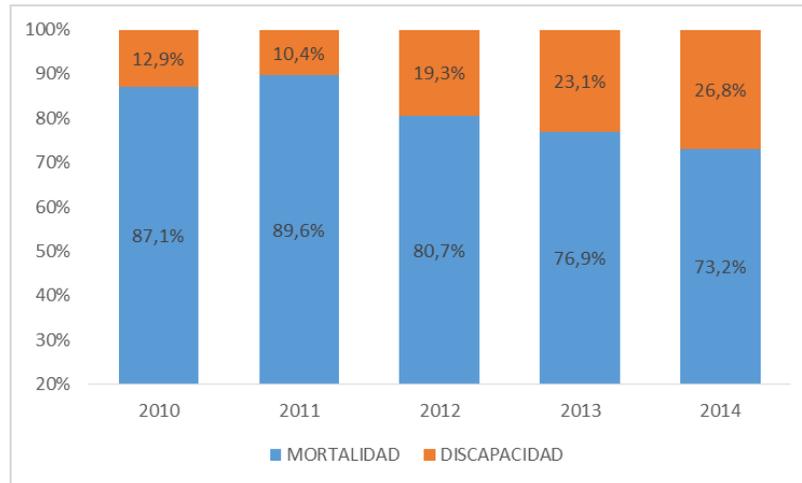
De los AVISA totales se observó un mayor aporte por mortalidad en ambos sexos. Sin embargo, en las mujeres se presentó una mayor cantidad de AVISA por discapacidad con respecto a los hombres (ver tabla 39).

Tabla 39. AVISAS por suicidio según sexo en Bogotá, 2010 - 2014

AVISAS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	AVISA	AVISA X 1000	AVISA	AVISA X 1000	AVISA	AVISA X 1000
MORTALIDAD	6976	0,36	28114	1,54	35090	0,93
DISCAPACIDAD	6219	0,32	1938	0,11	8157	0,22
TOTAL	13195	0,67	30052	1,65	43247	1,14

En todos los años fue mayor el porcentaje aportado por la mortalidad respecto a la discapacidad por suicidio, especialmente en el año 2011 con un valor de 89,6%. A partir del año 2012 hubo un aumento del porcentaje aportado por la discapacidad hasta alcanzar un valor de 26,8% para el año 2014 (ver figura 22).

Figura 22. Pesos relativos de mortalidad y discapacidad por suicidio en Bogotá, 2010 - 2014



En los hombres se encontró que más del 90% de los AVISA se debieron a la mortalidad, a partir del año 2012 se presentó un incremento en el aporte por discapacidad (ver figura 23). En las mujeres, se evidencia que a partir del año 2012 el aporte de la discapacidad aumentó terminando con un valor de 59,6% para el año 2014.

Figura 23. Pesos relativos de mortalidad y discapacidad por suicidio en hombres en Bogotá, 2010 - 2014

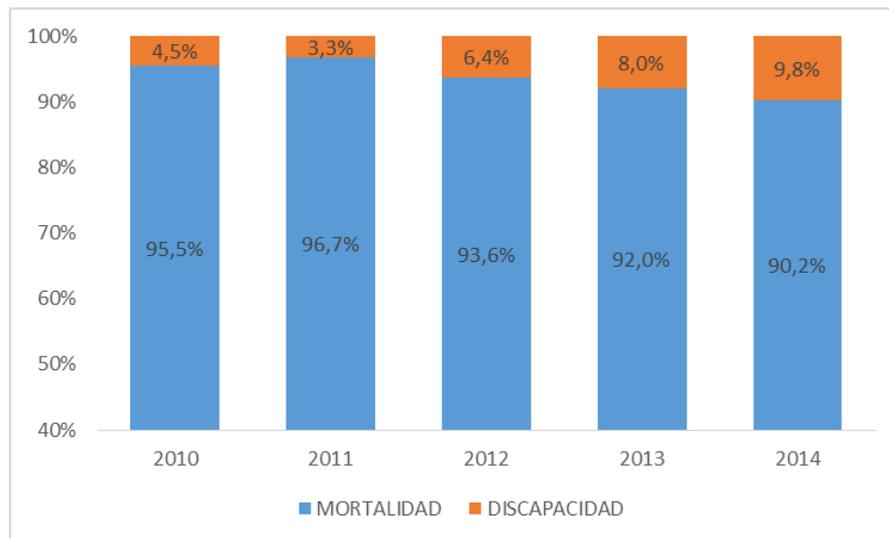
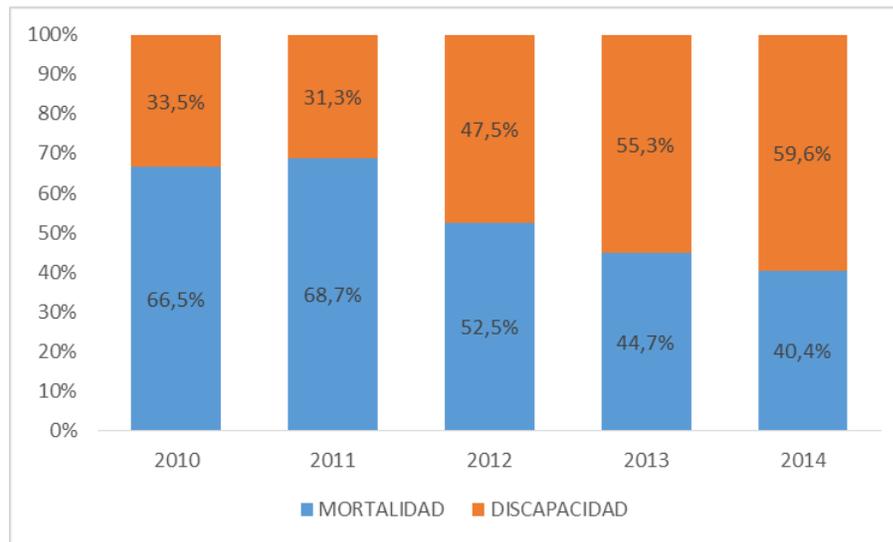


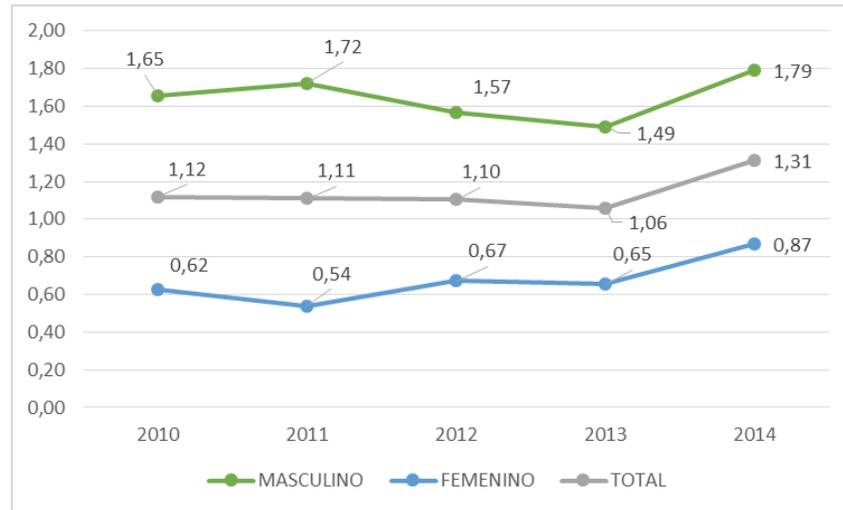
Figura 24. Pesos relativos de mortalidad y discapacidad por suicidio en mujeres en Bogotá, 2010 - 2014



7.3.4. Años de vida ajustados por discapacidad por sexo:

Los hombres presentaron mayor cantidad de AVISA durante todos los años con respecto a las mujeres. En el 2014 alcanzaron una tasa de 1,79 AVISA x 1000. En las mujeres, se presentó la mayor tasa con un valor de 0,87 x 1000 en el año 2014 (ver figura 25).

Figura 25. Años de vida ajustados por discapacidad (tasa x 1000) por sexo en Bogotá, 2010 - 2014



7.3.5. Años de vida ajustados por discapacidad por grupos de edad:

En hombres y mujeres el grupo de edad con mayor cantidad de AVISA perdidos por suicidio fue el de 15 a 29 años de edad. En los hombres el segundo grupo de edad con mayor afectación fue el de 30 a 44 años. En las mujeres el segundo grupo de edad fue el de 4 a 14 años y a partir del 2012 el de 30 a 44 años de edad (ver tabla 40).

En la tabla 41 se observa las tasas de AVISA x 1.000 habitantes estandarizadas, en este caso el grupo de edad con mayor afectación es el de 15 a 29 años. Los hombres presentan mayores tasas que las mujeres.

Tabla 40. Distribución Carga de enfermedad por sexo y grupos de edad, años 2010 - 2014

		2010		2011		2012		2013		2014	
		AVISA	TASA X 1.000	AVISA	TASA X 1.000						
Hombres	0-4	0	0,0	0	0,0	0	0,2	0	0,0	0	0,2
	5-14	225	35,9	194	31,1	391	63,0	295	47,6	145	23,4
	15-29	2909	303,7	3333	345,4	2876	296,2	2870	294,2	3903	398,3
	30-44	1831	230,7	1663	206,2	1592	194,1	1587	190,3	1478	174,4
	45-59	687	121,9	824	141,2	659	109,4	393	63,3	921	144,7
	60-69	131	69,6	86	43,3	156	75,1	306	140,2	184	80,7
	70-79	61	71,3	56	63,2	47	50,9	71	72,2	39	37,2
	80+	24	77,6	47	147,5	1	3,4	13	37,0	53	148,0
	Total	5.867	1,7	6.202	1,7	5.723	1,6	5.534	1,5	6.724	1,8
Mujeres	0-4	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
	5-14	406	67,6	288	48,3	258	43,5	389	65,9	643	109,3
	15-29	1397	143,6	1305	134,2	1363	140,5	1371	141,7	1594	165,1
	30-44	384	43,7	263	29,5	604	66,7	479	52,0	816	87,3
	45-59	166	24,9	215	31,3	248	34,9	244	33,4	340	45,6
	60-69	32	13,6	5	2,2	126	49,0	93	34,5	44	15,4
	70-79	0	0,0	12	9,1	37	27,9	16	11,2	46	32,1
	80+	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	12,3	1	2,3
	Total	2.384	0,6	2.089	0,5	2.636	0,7	2599	0,7	3.485	0,9
Ambos sexos	0-4	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,1
	5-14	631	51,4	482	39,5	649	53,5	684	56,6	788	65,4
	15-29	4306	223,0	4639	239,4	4239	218,4	4241	218,3	5497	282,6
	30-44	2215	132,5	1926	113,4	2196	127,2	2066	117,7	2294	128,7
	45-59	852	69,3	1039	81,7	906	69,1	636	47,2	1261	91,3
	60-69	162	38,7	91	20,6	282	60,6	399	81,6	228	44,4
	70-79	61	29,4	67	31,4	84	37,4	86	36,5	85	34,2
	80+	24	28,6	47	54,3	1	1,3	20	21,4	54	56,0
	Total	8.251	1,1	8.291	1,1	8.360	1,1	8133	1,1	10.209	1,3

Tabla 41 Tasas de AVISA x 1.000 estandarizadas, por grupos de edad y sexo 2010 - 2014

		2010		2011		2012		2013		2014	
		T. X 1.000	T. AJUS. X 1.000	T. X 1.000	T. AJUS. X 1.000	T. X 1.000	T. AJUS. X 1.000	T. X 1.000	T. AJUS. X 1.000	T. X 1.000	T. AJUS. X 1.000
Hombres	0-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	5-14	0,4	11,7	0,3	10,1	0,6	20,1	0,5	13,5	0,2	3,5
	15-29	3,0	111,1	3,5	130,0	3,0	107,9	2,9	105,9	4,0	141,6
	30-44	2,3	84,0	2,1	76,3	1,9	71,8	1,9	71,2	1,7	65,3
	45-59	1,2	42,0	1,4	50,8	1,1	39,7	0,6	22,8	1,4	54,8
	60-69	0,7	18,8	0,4	12,5	0,8	22,5	1,4	45,0	0,8	26,2
	70-79	0,7	15,5	0,6	14,8	0,5	12,2	0,7	18,1	0,4	9,5
	80+	0,8	15,4	1,5	30,8	0,0	0,0	0,4	7,7	1,5	34,6
	Total	1,7	56,1	1,7	60,0	1,6	53,7	1,5	51,1	1,8	60,8
Mujeres	0-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	5-14	0,7	13,8	0,5	8,7	0,4	2,1	0,7	3,9	1,1	6,0
	15-29	1,4	38,0	1,3	37,7	1,4	26,9	1,4	24,7	1,7	22,5
	30-44	0,4	13,0	0,3	8,3	0,7	19,1	0,5	12,9	0,9	23,8
	45-59	0,2	7,9	0,3	11,5	0,3	10,2	0,3	9,3	0,5	13,8
	60-69	0,1	4,2	0,0	0,0	0,5	16,5	0,3	12,3	0,2	4,6
	70-79	0,0	0,0	0,1	3,1	0,3	9,3	0,1	3,1	0,3	11,7
	80+	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	4,5	0,0	0,0
	Total	0,6	16,1	0,5	14,5	0,7	14,2	0,7	12,0	0,9	14,6
Ambos sexos	0-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	5-14	0,5	12,8	0,4	9,4	0,5	11,1	0,6	8,7	0,7	4,8
	15-29	2,2	74,6	2,4	83,9	2,2	67,4	2,2	65,3	2,8	82,1
	30-44	1,3	48,5	1,1	42,3	1,3	45,5	1,2	42,1	1,3	44,6
	45-59	0,7	24,9	0,8	31,1	0,7	25,0	0,5	16,0	0,9	34,3
	60-69	0,4	11,5	0,2	6,3	0,6	19,5	0,8	28,7	0,4	15,4
	70-79	0,3	7,7	0,3	9,0	0,4	10,7	0,4	10,6	0,3	10,6
	80+	0,3	7,7	0,5	15,4	0,0	0,0	0,2	6,1	0,6	17,3
	Total	1,1	36,1	1,1	37,3	1,1	33,9	1,1	31,5	1,3	37,7

8. Discusión

Para el periodo de 2010 a 2014 se perdieron 1,6 AVISAS x 1.000 hombres y 0,7 AVISAS x 1.000 mujeres, evidenciando el impacto presentado por este evento en el sexo masculino en la ciudad de Bogotá. Durante los dos primeros años, más del 87% de los AVISAS se debieron al impacto de la mortalidad, y a partir del año 2012 se presentó una variación en este comportamiento pasando a ser de 73% en el 2014, con un crecimiento en el aporte de la discapacidad en las mujeres.

En el país se encuentra una cantidad reducida de estudios dirigidos a la evaluación de la carga de enfermedad específicamente para suicidio, sin embargo se cuenta con los estudios de carga de enfermedad realizados en Colombia para los años 2005 (62) y 2010 (63), que engloban varias enfermedades. Debido a que los resultados del presente estudio se obtuvieron en tasas por 1.000 habitantes, al igual que los dos estudios de carga de enfermedad, se realizó la comparación en lo que corresponde a suicidio para ambos sexos en todos los grupos de edad.

En cuanto a los AVISAS totales en ambos sexos de todas las edades, en el estudio de carga de enfermedad para el año 2005 no se reportó al suicidio dentro de las primeras 20 causas según AVISAS (62); en el estudio de carga de enfermedad del 2010 se reportó un total de 2 AVISAS x 1.000 personas (63) ocupando la posición 18 dentro de las veinte primeras causas según AVISAS; en el presente estudio se obtuvo para el quinquenio de 2010 a 2014 un total de 1,1 AVISAS x 1.000 personas en Bogotá.

Al revisar los resultados de AVISAS por cada año se obtuvo para el año 2010: 1,1 AVISAS x 1.000; año 2011: 1,1 AVISAS x 1.000; año 2012: 1,1 AVISAS x 1.000; año 2013: 1,1 AVISAS x 1.000 y año 2014: 1,3 AVISA x 1.000. Mostrando una tendencia estable en el quinquenio evaluado. Como se observa los resultados de AVISAS totales para ambos sexos y todas las edades del presente estudio para Bogotá estuvieron por debajo de los reportados en el estudio de carga de enfermedad del 2010 en todo el país.

De acuerdo a los resultados según el sexo y por grupos de edad, se obtuvo que para las mujeres de 5 a 14 años de edad en el estudio de carga de enfermedad del año 2005 mostró un total de 0,348 AVISAS x 1.000 personas y ocupó la posición 19 dentro de las veinte primeras causas (62); para el 2010 presentó 1 AVISA x 1.000 personas y pasó a ocupar la posición 4 dentro de las veinte primeras causas (63); en el presente estudio en el quinquenio 2010 a 2014 se obtuvo un total de 0,7 AVISAS x 1.000 personas en Bogotá, con esto se observa que el resultado de este estudio estuvo por encima del presentado en el año 2005 para Colombia y por debajo del presentado en el 2010 para las mujeres en este grupo de edad.

Para las mujeres de 15 a 29 años de edad se reportó un total de 2,16 AVISAS x 1.000 personas en el estudio del 2005 ocupando la posición 11; en el año 2010 se obtuvo un valor de 4 AVISAS x 1.000 personas pasando a ser la novena causa de mayor AVISAS; en el quinquenio objeto de este estudio se reportó un total de 1,4 AVISAS x 1.000 personas, resultado por debajo del evidenciado en los estudios nacionales.

En el estudio de carga de enfermedad del 2005 no se encontró al suicidio dentro de las veinte primeras causas según AVISAS en el grupo de mujeres de 30 a 44 años de edad; ya para el estudio del 2010, se encontró en la posición 17 con un total de 2 AVISAS x 1.000 personas y en el presente estudio se obtuvo un total de 0,6 AVISAS x 1.000 personas, tasa inferior a la reportada para el año 2010, sin embargo no se puede comparar con la presentada en el 2005 por no ser de relevancia en este grupo de edad. Para los otros grupos de edad por encima de los 45 años, el suicidio no estuvo dentro de las primeras veinte causas de AVISAS por tanto no se obtuvo información en los estudios del 2005 y 2010; sin embargo en el presente estudio se encontró que a partir de los 45 años los AVISA disminuyen progresivamente con la edad.

Al revisar el comportamiento en los hombres, se encontró que para el grupo de 5 a 14 años de edad el suicidio fue la causa 17 de mayor cantidad de AVISAS para el año 2005 con 0,55 AVISAS x 1.000 personas; en el año 2010 se mantuvo en esta posición sin embargo fue de 1 AVISA x 1.000 personas. Para el presente estudio se obtuvo un total de 0,4 AVISAS x 1.000 personas, siendo el grupo con menor afectación por suicidio en los hombres.

En el grupo de 15 a 29 años de edad se reportó un total de 5,36 AVISAS x 1.000 personas en el 2005 pasando a la posición 9 dentro de las veinte causas de más AVISAS; en el año 2010 el suicidio pasó a estar en la posición 11 con 6 AVISAS X 1.000 personas; en el quinquenio evaluado se obtuvo un valor de 3,3 AVISAS x 1.000 personas, siendo así el grupo de edad más representativo.

A partir del grupo de 30 a 44 años disminuyó el impacto del suicidio en hombres alcanzando un valor de 2,86 AVISAS x 1.000 personas para el año 2005 (62), de 3 AVISAS x 1.000 personas para el 2010 (63) y de 2,0 AVISAS x 1.000 personas para Bogotá en el presente estudio. En el grupo de 45 a 59 años de edad no se contó con el resultado para el año 2005 dado a que el suicidio no estuvo dentro de las primeras veinte causas según AVISA; sin embargo, para el año 2010 obtuvo un valor de 2 AVISAS x 1.000 personas (63) y para Bogotá un valor de 1,2 AVISAS x 1.000 personas.

En los estudios de carga de enfermedad del 2005 y 2010 no se encontró al suicidio dentro de las veinte primeras causas de AVISAS en hombres mayores de 60 años; en este estudio se reportó un total de 0,8 AVISAS x 1.000 personas en hombres entre 60 y 69 años; 0,6 AVISAS x 1.000 personas en hombres de 70 a 79 años de edad y 0,8 AVISAS x 1.000 personas en hombres de más de 80 años, resultados altos al compararlos con los encontrados en las mujeres en este mismo rango de edad.

Como se evidencia, todos los resultados de los estudios de carga de enfermedad de 2005 y 2010 para ambos sexos fueron mayores a los reportados en el presente estudio, mencionando que los dos primeros fueron dirigidos a evaluar el impacto a nivel nacional de las lesiones autoinfligidas y el presente estudio estimó la carga de enfermedad por suicidio en el quinquenio 2010 a 2014 para la ciudad de Bogotá. Sin embargo, en los tres estudios se observó mayores tasas de AVISAS en los hombres y en cuanto a la distribución por grupos de edad, las tasas fueron mayores en el de 15 a 29 años para ambos sexos.

Al evaluar el comportamiento de los AVPP, en el presente estudio se obtuvo para el 2010 una tasa de 1 x 1.000 habitantes; para el 2011 de 1 x 1.000 habitantes; para el 2012 de 0,9 x 1.000 habitantes; para el 2013 de 0,8 x 1.000 habitantes y para el 2014 de 1 x 1.000 habitantes. Evidenciando la tendencia estable durante todos los años. Al realizar una búsqueda de literatura frente a este indicador en Bogotá, y Colombia no se encontraron estudios nacionales que reportaran tasas de AVPP; a nivel internacional se encontró el de Dávila y col (72) dirigido a analizar el impacto de la mortalidad en México de 2000 a 2012, en el cual se reportó un indicador de Años de Vida Perdidos obtenido por una metodología diferente a la planteada por Murray y López, por lo que no se comparó con los resultados del presente estudio.

Moreno y col (4) encontraron en su estudio en Cuba para el año 2010, una tasa de 5,5 AVPP x 1.000 habitantes en el municipio de Guamá; 5,22 x 1.000 habitantes en San Luis y 4,36 x 1.000 habitantes en Contramaestre (pertenecientes a la provincia de Santiago de Cuba), los cuales son mayores al resultado obtenido en el presente estudio para Bogotá. Este comportamiento en Cuba es conocido desde hace 30 años, lo que hace que sea considerado como uno de los países con mayores tasas de mortalidad por suicidio en América (73), los factores comunes son la desesperanza, falta de empleo, disfunción familiar y el aumento en el consumo de alcohol (73)(74). En Argentina, se realizó un análisis de la mortalidad por suicidio en el que se encontró para el año 2012 una tasa de 2,67 AVPP x 1.000 habitantes para todo el país y de 2,66 AVPP x 1.000 habitantes para Buenos Aires (75), que son superiores a las tasas presentadas en Bogotá durante el quinquenio 2010 a 2014.

En cuanto a los AVD reportados en este estudio, se obtuvo un valor de 0,14 x 1.000 habitantes para el año 2010; en el año 2011 de 0,12 x 1.000 habitantes; para el año 2012 de 0,21 x 1.000 habitantes; en el año 2013 de 0,24 x 1.000 habitantes y en el año 2014 se reportó un total de 0,35 x 1.000 habitantes. Mostrando así una tendencia incremental a partir del año 2012, comportamiento que podría ser explicado por la mejora en los registros de información tras la generación de la Guía Operativa del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS de Bogotá (76) en la que se determinó a la conducta suicida como un problema de salud que requiere de un análisis, valoración canalización y acompañamiento de los casos. Este estudio presenta resultados que requieren de una evaluación posterior para identificar si existe un comportamiento epidemiológico que explique también este aumento de casos de intento de suicidio en Bogotá a partir del 2012.

Al revisar la distribución por sexo y edad se encontró tasas más altas de AVD en las mujeres, debido al reporte de mayor cantidad de casos de intento de suicidio y a una mayor duración de discapacidad en este sexo. Con respecto a la edad, el grupo de 15 a 29 años fue también en el que se presentó las tasas de AVD más altas para ambos sexos, tendencia que se evidenció para los AVPP y AVISAS. Tanto en hombres como en mujeres se presentó una tendencia incremental en las tasas de AVD; sin embargo, no fue proporcional en ambos sexos, siendo en las mujeres más notorio.

De acuerdo al análisis de sensibilidad realizado, se encontró que a mayor duración de discapacidad mayores tasas de AVD en hombres y mujeres. Sin embargo, debido a que los AVD fueron un componente menor en la estimación de los AVISA, estas variaciones en la

duración de la discapacidad no tienen un impacto significativo en las tasas de AVISA y la relación entre hombres y mujeres, por lo que se asume que el resultado de los AVISA es lo suficientemente robusto frente a cambios en la duración de la discapacidad.

Las tasas de mortalidad por suicidio para Bogotá en el quinquenio 2010 a 2014 fueron mayores en los hombres, resultado que concuerda con lo expuesto en anteriores estudios frente a este evento a nivel mundial (14)(56)(75) y con estudios nacionales como el de Cendales y col (7) que reportó a partir de 1998 una tendencia al aumento de las tasas de mortalidad en ambos sexos, siendo más notorio en los hombres alcanzando valores de hasta 10 x 100.000 habitantes comparado con las mujeres que alcanzó un valor de 2 x 100.000 habitantes en el año 2002. Otros informes del Observatorio Nacional de Salud y del Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses reportaron una tendencia a la disminución de estas tasas de mortalidad para ambos sexos a partir del año 2003 (57)(2) aunque manteniendo la tendencia de mayores tasas de mortalidad en los hombres.

Al evaluar el comportamiento de las tasas de mortalidad por sexo, se obtuvo en el reporte FORENSIS del 2010 una tasa de mortalidad de 1,64 x 100.000 habitantes para las mujeres (17) y de 7,50 x 100.000 habitantes para los hombres (17); en el presente estudio se obtuvo una tasa de 1,57 x 100.000 habitantes para las mujeres y de 6,59 x 100.000 habitantes para los hombres en este mismo año en Bogotá. Aquí se evidencia que las tasas en la ciudad están por debajo de las nacionales siguiendo el comportamiento de ser mayores en el sexo masculino.

En el reporte FORENSIS del 2011 las mujeres contaron con una tasa de mortalidad de 1,57 x 100.000 habitantes (18) y los hombres una tasa de 6,70 x 100.000 habitantes (18) con una disminución de acuerdo a lo reportado en el año anterior. En Bogotá en el presente estudio, se obtuvo una tasa de mortalidad de 1,42 x 100.000 habitantes en las mujeres y 6,99 x 100.000 habitantes en los hombres; en este caso se evidencia que la tasa en las mujeres sigue por debajo de la tasa reportada para el país; sin embargo, la tasa de mortalidad en los hombres es mayor con respecto a la del 2010 para Bogotá y también a la nacional en el 2011.

Las mujeres presentaron una tasa de 1,51 x 100.000 habitantes (19) a nivel nacional en el año 2012 y los hombres de 6,72 x 100.000 habitantes (19). En el presente estudio se reportó una tasa de 1,48 x 100.000 habitantes en las mujeres y de 6,05 x 100.000 habitantes en los hombres para este mismo año. En el año 2013, FORENSIS reportó una tasa de mortalidad en las mujeres de 1,46 x 100.000 habitantes (20) y de 6,28 x 100.000 habitantes en los hombres (20), ya en Bogotá estos datos fueron de 1,21 x 100.000 habitantes en mujeres y de 5,80 x 100.000 habitantes en hombres. En el último año a comparar se encontró una tasa de mortalidad a nivel nacional de 1,51 x 100.000 habitantes en mujeres (2) y de 7,24 x 100.000 habitantes en hombres (2); en el presente estudio fue de 1,34 x 100.000 habitantes en mujeres y de 6,84 x 100.000 habitantes en hombres. Como se puede observar en los años 2012 y 2013 las tasas de mortalidad en Bogotá y en el país son menores a la de los años anteriores; ya para el año 2014 se evidenció una tendencia incremental en ambos sexos tanto a nivel nacional como en la capital del país.

En el estudio descriptivo realizado por Ordoñez y col (77) donde se establecieron las tasas de mortalidad por suicidio en Bogotá para el periodo 2003 a 2007 en mayores de 60 años, se tuvo para el sexo masculino un valor de 11,45 x 100.000 habitantes en 2003 y de 4,94 x 100.000 habitantes en 2007. En el presente estudio, la tasa de mortalidad en 2010 fue de 6,26 x 100.000 habitantes y de 7,07 x 100.000 habitantes en 2014 para los hombres. Con respecto a las mujeres, Ordoñez reportó una tasa de 1,68 x 100.000 habitantes en 2003 y de 0,85 x 100.000 habitantes en el 2007 (77). En el presente estudio se mantuvo la tendencia a tener tasas de mortalidad menores en 2010 y 2011 (0,49 x 100.000 y 0,23 x 100.000 habitantes), para posteriormente alcanzar valores de 2,24 x 100.000 habitantes en 2012; de 1,49 x 100.000 habitantes en 2013 y de 1,22 x 100.000 habitantes en 2014. En comparación, se evidenció que en el año 2014 las tasas de mortalidad en ambos sexos fueron más altas a las reportadas por Ordoñez en el 2007, resultado probablemente del aumento de factores de riesgo en esta población que fue más notorio en las mujeres, dado a que se pasó de tener una razón de casos hombre: mujer de 8:1 (77) a ser de 4:1 en el presente estudio para el periodo 2010 a 2014.

Frente a la prevalencia del intento suicida se obtuvo que fue de 0,17 x 1.000 personas en 2010; de 0,14 x 1.000 personas en 2011; de 0,25 x 1.000 personas en 2012; de 0,29 x 1.000 personas en 2013 y de 0,42 x 1.000 personas en 2014. Al realizar búsqueda de literatura, en la Primera Encuesta de Salud Mental se reportó para el 2003 que el grupo de edad con mayor prevalencia de ideación e intento de suicidio fue el de 30 a 44 años seguido por el grupo de 18 a 29 años (5). En la Segunda Encuesta de Salud Mental del año 2015 (12) se reportó en los adolescentes de 7 a 11 años una prevalencia de 6,6% para ideación suicida y de 2,6% para intento de suicidio (12); en los adultos de 18 a 44 años fue de 6,6% para

ideación y de 3,0% para intento de suicidio (12) y en los adultos de 45 años en adelante fue de 6,5% para ideación suicida y de 1,9% para intento de suicidio (12). En cuanto a los resultados del presente estudio en Bogotá, se encontró que el grupo de edad con mayor prevalencia de ideación suicida fue el de 10 a 14 años y el grupo con mayor prevalencia de intento de suicidio fue el de 15 a 19 años. Esta aparición de ideas suicidas en edades tempranas se puede deber a diferentes condiciones asociadas a la etapa de la adolescencia, acceso a medios para realizar el intento y dificultades a nivel social, cultural y familiar, que como menciona Torres y col (78) han hecho que la ideación suicida e intento de suicidio aparezcan a los nueve años en las mujeres y 10 años en los hombres aumentando a los 14 años. Esta información concuerda con lo encontrado en el presente estudio para Bogotá, donde el grupo de adolescentes de 10 a 14 años fue el que presentó la mayor prevalencia de ideación suicida, y con un incremento en los casos de intento de suicidio por encima de los 15 años.

A pesar de que las mujeres presentan una mayor cantidad de intentos suicidas, esto no se evidenció en los resultados de tasas de mortalidad y tasas de AVPP, este comportamiento se ha presentado en varias investigaciones nacionales e internacionales (72)(4)(79)(46)(80)(5)(12)(78) y se ha conocido como la “paradoja del género” (72), que hace referencia a que las mujeres con mayor frecuencia llevan a cabo un intento suicida, sin embargo los hombres lo concretan más que las mujeres. Todos los autores concuerdan en que los hombres emplean métodos más efectivos a la hora de atentar contra su propia vida, siendo el ahorcamiento y el uso de armas de fuego los más empleados por los hombres y por tanto los que presentan mayor letalidad (7)(4); por el contrario las mujeres prefieren el envenenamiento con diferentes sustancias (7)(4). Sin embargo, como se evidenció en este

estudio se ha presentado un aumento de intentos de suicidio en las mujeres, situación que se puede deber a una mayor prevalencia de enfermedades mentales, que es considerado uno de los factores de riesgo más relevantes para la generación de una idea suicida y por tanto del intento de suicidio (80)(81)(15), aumento en el consumo de alcohol y otras sustancias (15) y otras variables que se pueden llegar a considerar como dificultades económicas características del país y antecedentes de violencia física y sexual (6).

Aunque no es del alcance de este estudio se plantea la posibilidad para próximas investigaciones ahondar en el tema del método empleado para cometer un intento de suicidio, ya que en la actualidad no se encuentra información detallada sobre este aspecto en Bogotá y se ha considerado que puede variar por temas culturales y sociales (48)(3). Es así como González y col (79) reportaron en los años 2006 y 2007 en Antioquia que el 75,9% de los casos de suicidio fueron hombres a pesar de que las mujeres presentaron más intentos de suicidio previo (OR= 0,4 IC95%: 0,20 – 0,28) (79). Además, se menciona que los hombres emplearon en mayor medida el arma de fuego (OR= 9,8 IC95%: 2,10 – 45,67) (79) y el ahorcamiento (OR= 2,84 IC95%: 1,25 – 6,50) (79), considerados de mayor efectividad al momento de cumplir el cometido de atentar contra la vida. En México se reportó para el año 2012 que los hombres emplearon el ahorcamiento (78%) y las armas de fuego (13%)(72) y las mujeres otros medios como envenenamiento con psicofármacos y gases (72), llegando a reflexionar que este podría ser un factor que influyera en que los hombres presentaran más casos de suicidio (72).

Con respecto a la evaluación de variables socioeconómicas, se encontró que en Bogotá durante todo el periodo de estudio la mayor cantidad de intentos se presentó en la población

con educación secundaria, lo que coincide con lo encontrado en los reportes FORENSIS a partir del año 2013 (20)(2) para el país. Este comportamiento se puede deber a que en este nivel educativo se encuentra cerca del 40% de la población bogotana (82) y a que en el sistema educativo colombiano la educación obligatoria comprende hasta el nivel de básica secundaria (82), por lo que aumenta la probabilidad de que la población sólo llegue hasta este nivel educativo por falta de oportunidades de acceso, a pesar de que el Ministerio de Educación ha realizado grandes avances con respecto a la ampliación de cobertura y disminución de deserción escolar durante los primeros años de estudio (82).

En cuanto al estado civil, se encontró que la mayor proporción de casos reportados de intento de suicidio ocurrieron en las personas solteras, resultado que no concuerda con estadísticas anteriores nacionales (12)(6)(81)(83), en los que se refiere que la mayor cantidad de casos se presentan en los casados, viudos y divorciados en varias regiones del país. En este caso se requiere de una evaluación más detallada para definir si la población bogotana tiene como factor de riesgo ser soltera y lleva a un aumento de la probabilidad de realizar un intento de suicidio.

Una de las limitaciones que se presentan en este estudio es el posible subregistro de los casos de intento de suicidio en la ciudad, a pesar de que se ha visto una mejora en el reporte a partir del año 2012 por la inclusión de todos los actores (hospitales de la red pública del distrito y a aquellas IPS privadas) en el reporte de casos de las conductas suicidas (76)(84). En el momento no se tienen datos de la magnitud de esta falencia en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la ciudad para así mismo haber realizado el ajuste respectivo. Una de las hipótesis que se pueden plantear en este aspecto es que el número de intentos de

suicidio en hombres pueda ser más alto al presentado en este estudio, y que por la discriminación social derivada de la asistencia a un centro asistencial por la ejecución de un intento de suicidio fallido en este sexo, no se tenga información por el sistema de salud.

Se considera que este estudio es la base en la que se presentan resultados asociados a la mortalidad, morbilidad y AVISAS de un evento específico considerado problema de salud pública prácticamente a nivel mundial como lo es el suicidio, que requiere de toda la atención por parte del sector salud y que va a ser pieza fundamental para la evaluación de las intervenciones realizadas de ahora en adelante frente a esta situación. Como se ha evidenciado a nivel mundial, nacional y ahora en Bogotá, el suicidio ha ido incrementando su impacto en la salud de la población por lo que se requiere del establecimiento de prioridades frente a la identificación de factores de riesgo en grupos poblacionales y a nivel individual que permitan mitigar la tendencia al aumento de los intentos suicidas en personas cada vez más jóvenes y en mujeres.

También es importante revisar el impacto que tiene un intento de suicidio fallido en la calidad de vida de estas personas y aquellas que lo rodean, ya que genera limitaciones físicas y mentales que requieren de la atención de sus familiares. Estos intentos de suicidio fallidos deben empezar a ser atendidos por parte del sector salud y realizar el acompañamiento necesario, con el fin de superar esta situación y que no sea un factor estresante adicional para que la persona vuelva a buscar al suicidio como la única salida a las dificultades que está presentando. La atención integral y acceso a un tratamiento adecuado de enfermedades mentales es uno de los componentes prioritarios a implementar dado a que este es uno de los factores más influyentes.

9. Referencias bibliográficas

1. Tondo L, Baldessarini R. Historical, Descriptive, and Epidemiological Considerations [Internet]. 2003 [cited 2017 Jan 24]. Available from: http://www.medscape.org/viewarticle/413194_1
2. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Forensis 2014 datos para la vida. Vol. 16. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015.
3. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative. WHO Library; 2014.
4. Moreno C, Díaz C, Soler R, Brossard M. Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba. *Medisan*. 2012;16(2):204–10.
5. Villa. JP, Gomez. LF. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social; 2003. 24 p.
6. Gómez-Restrepo C, Malagón NR, Bohórquez A, Diazgranados N, Beatriz M, García O, et al. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002;(4):271–271.
7. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985–2002. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2007;22(4).
8. World Health Organization. Self-directed violence. In: *World report on violence and health*. 2002. p. 185–206.
9. World Health Organization. Self - directed Violence. *World report on violence and health*. 2002.
10. Datos y cifras de suicidio [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [cited 2016 Jul 31]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

11. Castro E, Castillo A. Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;42(1).
12. Gaviria A, Ruiz F, Dávila C, Burgos G. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Ministerio de Salud. 2015. 384 p.
13. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y, Forero J. Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. 2002;22:417–24.
14. Cabra OL, Infante DC, Sossa FN. El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *RevMedica Sanitas.* 2010;13(2):28–35.
15. Castro-Díaz S, Gómez-Restrepo C, Gil F, Uribe Restrepo M, Miranda C, De La Espriella M, et al. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;
16. Centers for Disease Control and Prevention. Self - directed violence and other forms of self-injury [Internet]. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. 2016 [cited 2016 Jul 31]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandsafety/self-injury.html>
17. Chica H. La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010.
18. Leonor N, Tuta M. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2012.
19. Cifuentes S. Violencia autoinfligida desde el sistema médico-legal colombiano, 2012. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2013.
20. Cifuentes S. Comportamiento del suicidio, 2013. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2014.

21. Alvis N. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. 2010;138(Supl 2):83–7.
22. Mathers C, Vos T, Lopez A, Salomon J, Ezzati M. National burden of disease studies: a practical guide, edition 2.0. 2001;1–147.
23. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386:743–800.
24. Seuc A, Domínguez E, Díaz OD. Introducción a los DALYs. *Rev Cuba Hig Epidemiol*. 2000;38(2):92–101.
25. Seuc A, Domínguez E. Introducción al cálculo de esperanza de vida ajustada por discapacidad. *Rev Cuba Hig Epidemiol*. 2002;40(2):95–102.
26. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD History | [Internet]. Available from: <http://www.healthdata.org/gbd/about/history>
27. Mclean J, Maxwell M, Platt S, Harris F. Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review. *Social research*; 2008.
28. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395–405.
29. Van Spijker BAJ, Van Straten A, Kerkhof AJFM, Hoeymans N, Smit F. Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts. *J Affect Disord*. 2011;134(2011):341–7.
30. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4(37):1–11.
31. Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, Beautrais A. Completed suicide and

- psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75(4):676–83.
32. Miret M, Ayuso-Mateos JL, Sanchez-Moreno J, Vieta E. Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37(2013):2372–4.
33. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*. 2014;13:153–60.
34. Bebbington P. Mental health: New understanding, new hope. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(10):473–4.
35. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007;101(1–3):27–34.
36. Mandelli L, Nearchou FA, Vaiopoulos C, Stefanis CN, Vitoratou S, Serretti A, et al. Neuroticism, social network, stressful life events: Association with mood disorders, depressive symptoms and suicidal ideation in a community sample of women. *Psychiatry Res [Internet]*. Elsevier; 2015;226(1):38–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.001>
37. Posada J, Camacho J, Valenzuela J, Arguello A, Cendales J, Fajardo R. Prevalence of suicide risk factors and suicide-related outcomes in the National Mental Health Study, Colombia. *Suicide life-threatening Behav*. 2009;39(4):408–24.
38. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior : A Review of the Literature. 2004;28(5):18–28.
39. Smith GS, Branas CC, Miller TR. Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A metaanalysis. *Ann Emerg Med*. 1999;33(6):659–68.

40. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* 2004;76(SUPPL.):11–9.
41. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: A meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(5):1–15.
42. Everall RD, Altrows KJ, Paulson BL. Creating a future: a study of resilience in suicidal female adolescents. *J Couns Dev.* 2006;84(4):461–70.
43. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. *Am J Psychiatry.* 2000;157(7):1084–8.
44. CDC. Suicide Risk and Protective Factors|Suicide|Violence Prevention|Injury Center|CDC [Internet]. [cited 2017 Feb 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>
45. Suicide prevention resource center. Risk and Protective Factors | Suicide Prevention Resource Center [Internet]. [cited 2017 Feb 1]. Available from: <http://www.sprc.org/about-suicide/risk-protective-factors>
46. Nápoles LA, Sorí GH, Concepción DÁ, García TC. Conducta suicida. Factores de riesgo asociados. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 1998;14(2):122–6.
47. Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self Directed Violence Surveillance. Uniform definitions and recommended data elements. Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
48. Izquierdo FM. Suicidio y prevención. *Inter salud*; 2010.
49. Álvaro-Meca A, Kneib T, Gil-Prieto R, Gil de Miguel A. Epidemiology of suicide in

- Spain, 1981-2008: A spatiotemporal analysis. *Public Health*. 2013;127(2013):380–5.
50. Pfeffer CR. Childhood suicidal behavior a developmental perspective. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20(3):551–62.
51. Cortés A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2014;30(1):132–9.
52. Tishler CL, Reiss NS, Rhodes AR. Suicidal Behavior in Children Younger than Twelve: A Diagnostic Challenge for Emergency Department Personnel. *Acad Emerg Med*. 2007;14(9):810–8.
53. Cruz F, Roa V. Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis Desde el Enfoque Constructivista Evolutivo. Universidad de Chile; 2005.
54. Medicina Legal y Ciencias Forenses. Quitarse la vida cuando ésta aún comienza. *Boletín Epidemiológico Trimest*. 2013;6(8):1–14.
55. Vidal CR. Suicidio y conducta suicida en la infancia y la adolescencia Reseña histórica. In *Universitat Autònoma de Barcelona*; 2009.
56. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133–54.
57. Ospina M, Castañeda C. Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. *Observatorio Nacional de Salud*; 2015.
58. Pérez I, Rodríguez E, Dussán M, Ayala J. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Rev Salud Publica*. 2007;9(92):230–40.
59. Kerkhof A. Calculating the burden of disease of suicide, attempted suicide, and suicide ideation by estimating disability weights. *Crisis*. 2012;33(2):63–5.
60. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and

- regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095–128.
61. Gómez-Restrepo C, Malagón NR, Romero L, López E, Díaz-Granados N, Nossa N. Suicidio y lesiones autoinfligidas, Colombia 1973-1996. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002;31(2):91–104.
62. Acosta N, Peñalosa R, Rodríguez J. Carga de Enfermedad en Colombia 2005: Resultados Alcanzados. Pontificia Universidad Javeriana. Cendex; 2008.
63. Peñalosa R, Salamanca N, Rodríguez J, Rodríguez J, Beltran A. Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010. Pontificia Universidad Javeriana. Cendex; 2010.
64. GBD Data Visualizations | Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. Available from: <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>
65. Mathers CD, Vos ET, Stevenson CE, Begg SJ. The burden of disease and injury in Australia. *Bull World Health Organ*. 2001;79(11):1076–84.
66. Fairweather-Schmidt AK, Batterham PJ, Butterworth P, Nada-Raja S. The impact of suicidality on health-related quality of life: A latent growth curve analysis of community-based data. *J Affect Disord*. 2016;203(2016):14–21.
67. Alcaldía Mayor de Bogotá. Ubicación de la Ciudad | Portal Bogota | Bogota.gov.co [Internet]. Available from: <http://www.bogota.gov.co/ciudad/ubicacion>
68. Universidad Distrital Francisco Jose de Caldas. Bogota características - Universidad Distrital Francisco José de Caldas. [Internet]. Available from: <https://www.udistrital.edu.co/universidad/colombia/bogota/caracteristicas/>
69. Murray C. Global burden of disease. Quantifying the burden of disease: the

- technical basis for disability-adjusted life years. *Bull world Heal Organ.* 1994;72(3):429–45.
70. Murray CJL, Acharya AK. Understanding DALYs. *J Health Econ.* 1997;16(6):703–30.
71. Salomon JA, Vos T, Hogan DR, Gagnon M, Naghavi M, Mokdad A, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: Disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2129–43.
72. Cervantes C, Torres M, Rodríguez I. Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México. *Salud Colect.* 2015;11(4):471–84.
73. San Martín; Agosto. El suicidio en Cuba: un tema tabú | Cubanet [Internet]. [cited 2017 Feb 5]. Available from: <https://www.cubanet.org/destacados/el-suicidio-en-cuba-un-tema-tabu/>
74. Hernández W, Ramos M. Diferenciación territorial del suicidio en Cuba. Universidad de la Habana; 2011.
75. Dirección Nacional de Salud mental y Adicciones. Mortalidad por suicidio en Argentina, periodo 1997 - 2012. Ministerio de Salud; 2014.
76. Gomez G, Henry A. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida - SISVECOS. Secretaria Distrital de Salud; 2011.
77. Ordóñez I, Franco S, González J. Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;43(S 1):56–64.
78. Torres Y, Posada J, Bareño J, Berbesí D. Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. The Who World Mental Health Survey

- Consortium. Vieco e hijas LTDA. Ministerio de la Protección Social; 2010. 176 p.
79. Aristizábal A, Valencia JG, Palacio C, Jaramillo CL. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. 2010;39(2):251–67.
 80. Bi B, Xiao X, Zhang H, Gao J, Tao M, Niu H, et al. A comparison of the clinical characteristics of women with recurrent major depression with and without suicidal symptomatology. *Psychol Med* [Internet]. 2012;42(12):2591–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3488812&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 81. Palacio C, García J, Diago J, Zapata C, Lopez G, Ortiz J, et al. Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: A case-control study of psychological autopsy in a developing country. *Arch Suicide Res*. 2007;11(3):297–308.
 82. OECD. Revisión de políticas nacionales de educación. La educación en Colombia. Ministerio de Educación Nacional; 2016. 336 p.
 83. Muñoz E, Gutiérrez M. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): Estudio de casos y controles. *Rev Colomb Psiquiat*. 2010;39(2).
 84. Alcaldía Mayor de Bogotá. Conducta suicida en la ciudad de bogota, 2011. 2011.