



SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS FORENSES
DIVISIÓN DE REFERENCIA DE INFORMACIÓN PERICIAL

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO CUATRIMESTRAL DRIP

Volumen 1. No. 1, de enero a abril de 2007

INTENTOS DE SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., PRIMER SEMESTRE 2006-2007

GLORIA DEL PILAR CARDONA GÓMEZ

Psicóloga

Especialista en Epidemióloga

Dirección Salud Pública

Secretaría Distrital de Salud

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) desde el año 2002 viene estructurando un sistema de vigilancia epidemiológica que permita dar cuenta del comportamiento de la conducta suicida en la ciudad. Durante este año se comenzó con la estructura del sistema de información de lesiones de causa externa, para lo cual se hizo la revisión de los diferentes sistemas utilizados por diferentes instituciones como: SIVELCE del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el SUIVD de la Secretaría de Gobierno; la propuesta de CISALVA de la Universidad del Valle y la Central de Urgencias (CRU), diseñándose una ficha que fue validada mediante una prueba piloto en las diferentes IPS tanto públicas como privadas en los diferentes niveles, ficha que actualmente se utiliza en todo el Distrito Capital.

En 2003 la ficha de lesiones de causa externa empieza a operar en las diferentes IPS y comienzan a realizarse acciones dentro del Plan de Atención Básica (PAB) pertinentes a la conducta suicida, esto permite que se diseñe una ficha de seguimiento y notificación, proceso liderado por el Hospital Centro Oriente y los demás hospitales de primer nivel. Al crearse una base de datos en conducta suicida, el Distrito comienza la caracterización del evento con otras entidades como el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Centro Regulador de Urgencias, 14 Empresas Sociales del Estado de Primer Nivel y Actualmente la SDS cuenta en cada uno de los 14 hospitales (Empresa Social del Estado ESE –Primer Nivel) con un referente de salud mental que apoya la asesoría y seguimiento a familias en las cuales algunos de sus miembros presentó manifestación de conducta suicida; un referente en ámbito escolar para trabajar la identificación de casos, actividades de promoción y prevención y la movilidad de la ruta alerta; cuenta con diferentes paquetes en salud mental para la atención de la población vinculada y del régimen subsidiado y con un psicólogo las 24 horas en el CRU, lo que permite que en Bogotá no sólo se identifiquen los casos sino además se puedan realizar acciones de promoción de la Salud Mental, la prevención de la conducta suicida, la atención de casos específicos en los servicios hospitalarios y la atención de una urgencia si ésta se presenta.

El suicidio se ha convertido en un problema para la salud pública por el impacto que este genera en la población y el número de víctimas directas e indirectas que tiene. El número de casos registrados por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)(1) señala que el suicidio es una de las tres principales causas de muerte en el mundo entre personas de 15 a 34 años, también enfatiza el hecho que en ese mismo año un número de personas entre 10 y 20 veces superior intentaron cometer suicidio, representando un intento cada 3 segundos en promedio.

El estudio del suicidio ha estado influenciado por las investigaciones y modelos teóricos propuestos por Emile Durkheim(2), quién afirmó que “más allá de las concepciones meramente individualistas y de carácter patológico, el suicidio es un acto social en el cual

cada sociedad tiene un determinado momento en su historia y una aptitud definida para el suicidio". La teoría de causalidad social propuesta por este autor sugiere que los niveles de integración y regulación social (deseos, aspiraciones de los miembros de la sociedad restringidos por normas sociales, costumbres y valores) son las causantes de que las personas piensen en cometer el suicidio.

Para Schneidman(3), las tentativas de suicidio tienen aspectos y contenidos propios que las diferencian de los suicidios consumados. Estos fenómenos comparten características comunes, en ambos casos existe un componente de autolesión, aunque en el intento esta última puede ser latente o ambivalente. La tentativa también puede incluir otros significados como demanda de ayuda, un intento de cambiar las circunstancias ambientales, una llamada de atención o una forma de manipulación. El suicidio consumado y la tentativa de suicidio son vistos como síntomas de dos poblaciones específicas con diferencias entre ambas, aunque entre ellas coincidan diversos aspectos, (4) relacionados por ejemplo, con los eventos desencadenantes como la violencia intrafamiliar, el conflicto de pareja, entre otros.

Con el fin de establecer la intervención en la conducta suicida la Secretaria Distrital de Salud ha definido: la ideación suicida como el pensamiento de morir, el intento de suicidio como la conducta de autolesión realizada con consecuencias no fatal y el suicidio consumado como la Muerte.¹ Teniendo en cuenta esta clasificación la Secretaría Distrital organizo las intervenciones desde el Plan de Atención Básica y los servicios del Plan Obligatorio de Salud en Salud Mental.

De acuerdo a las actividades desarrolladas se encontró que durante el primer semestre de 2006 y el 2007 la ciudad tuvo un total de 1.149 casos, de los cuales 512 se presentaron en

¹ Se entiende por conducta suicida. El gesto suicida, la ideación y el intento suicida) Los casos de gesto suicida se caracterizan por la ausencia de una intención de quitarse la vida y por "ganancias secundarias" por parte de quien emite la conducta. Deben evaluarse los gestos reiterativos, la intención consciente antes del acto y las consecuencias para la salud del sujeto después del mismo.

2006 y 637 en 2007, fueron registrados por las 14 ESE – primer Nivel y el CRU; la distribución por meses se presenta a continuación (Véase cuadro 1).

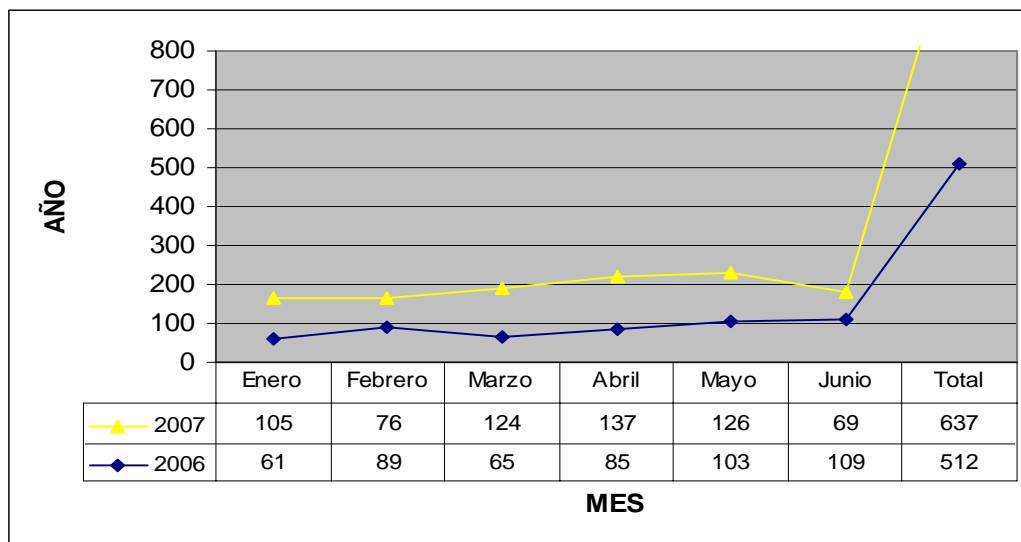
Cuadro 1. Número de intentos por mes primer semestre 2006 - 2007 (Fecha de notificación)

Mes	2006	2006%	2007	2007%	TOTAL
Enero	61	11,9	105	16,5	166
Febrero	89	17,4	76	11,9	165
Marzo	65	12,7	124	19,5	189
Abril	85	16,6	137	21,5	222
Mayo	103	20,1	126	19,8	229
Junio	109	21,3	69	10,8	178
Total	512	100,0	637	100,0	1149

Fuente: Base de datos Secretaria Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU) Datos Preliminares

Durante el 2006 los meses en los cuales se registraron más casos fueron: junio 109, mayo 103 y febrero 89. En el año 2007, a diferencia del 2006, el mes en el que más se registró fue: abril 137, mayo 126 y enero con 105 (Véase figura 1).

Figura 1. Variación de casos por mes y año. Primer semestre, 2006 – 2007



Fuente: Base de datos Secretaria Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU) Datos Preliminares.

Según la localidad, las que más reportaron en el primer semestre del 2006 fueron: Suba 78, Fontibón 75, Engativá 63, Bosa 55 y Usaquén 52 casos; en el 2007 en el mismo periodo de tiempo, las que más reportaron fueron: Bosa 125 casos, Ciudad Bolívar 102, Engativá 80 casos, Kennedy 57 y Suba 35 casos. Las localidades que estuvieron presentes durante los dos años (2006 -2007) son: Engativá, Bosa y Suba (Véase cuadro2).

Cuadro 2. Número de intentos por localidad. Primer semestre, 2006 - 2007 (Fecha de notificación)

Localidad	2006				2007				TOTAL
	Población	No	%	TASA * 100.000	Población	No	%	Tasa * 100.000	
Usaquén	475.742	52	10,2	10,9	482.995	19	3,0	3,9	71
Chapinero	122.991	8	1,6	6,5	122.991	14	2,2	11,4	22
Santafé	107.044	13	2,5	12,1	107.044	13	2,0	12,1	26
San Cristobal	465.274	23	4,5	4,9	466.544	26	4,1	5,6	49
Usme	291.000	20	3,9	6,9	299.143	29	4,6	9,7	49
Tunjuelito	204.367	16	3,1	7,8	204.367	27	4,2	13,2	43
Bosa	532.586	55	10,7	10,3	545.749	125	19,6	22,9	180
Kennedy	1.028.963	28	5,5	2,7	1.044.226	57	8,9	5,5	85
Fontibón	344.983	75	14,6	21,7	354.749	21	3,3	5,9	96
Engativa	811.217	63	12,3	7,8	819.917	80	12,6	9,8	143
Suba	854.443	78	15,2	9,1	879.459	35	5,5	4,0	113
B. Unidos	176.552	1	0,2	0,6	176.552	13	2,0	7,4	14
Teusaquillo	126.125		0,0	0,0	126.125	9	1,4	7,1	9
Martires	95.541	4	0,8	4,2	95.541	6	0,9	6,3	10
A. Nariño	98.355	4	0,8	4,1	98.355	3	0,5	3,1	7
Puente Aranda	282.491		0,0	0,0	282.491	30	4,7	10,6	30
Candelaria	27.450	1	0,2	3,6	27.450	3	0,5	10,9	4
Rafael Uribe	385.988	37	7,2	9,6	386.073	25	3,9	6,5	62
C. Bolívar	742.062	30	5,9	4,0	770.361	102	16,0	13,2	132
Sumapaz	5.230	0	0,0	0,0	5.230	0	0,0	0,0	0
Sin dato		4	0,8			0	0,0		4
Total	7.240.608	512	100,0	7,1	7.377.072	637	100,0	8,6	1.149

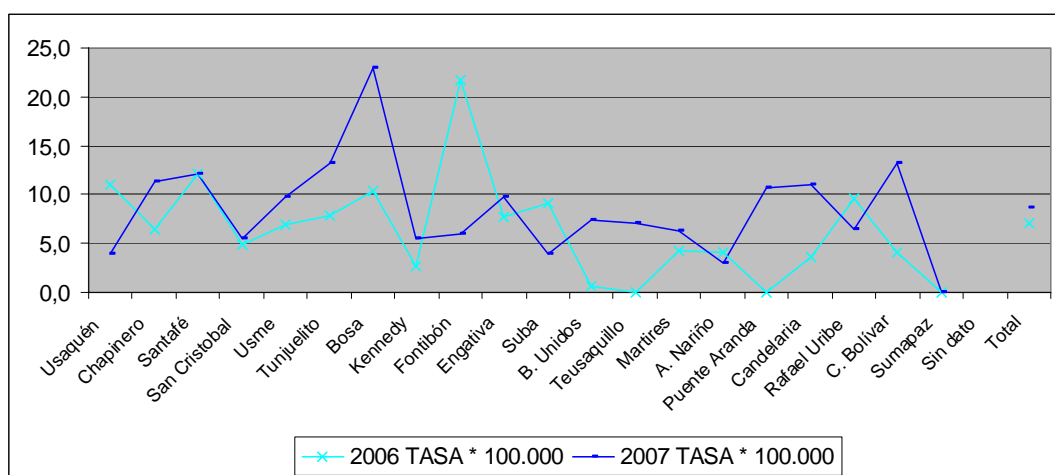
Fuente: Base de datos Secretaría Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU) Datos Preliminares. Departamento Administrativo de Planeación Distrital- Coordinación Estadísticas Urbanas y SDS. La población de San Juan de Sumapaz es censo realizado por ellos en 1995.

Al hacer el análisis de intento suicida por localidades, se encontró que las tasas más altas durante el 2006 fueron: Fontibón con 21,7 casos por 100.000 habitantes, Santafé 12,1, Usaquén 10,9, Bosa 10,3 y Suba 9,1. Durante el 2007 Bosa presentó la tasa más alta con

22,9 casos por 100.000 habitantes, seguida de Ciudad Bolívar y Tunjuelito con 13,2, Santafé 12,1 y Chapinero 11,4.

Hay una diferenciación de tasas con referencia al tiempo presentado entre un periodo y otro en cada localidad. La única que mantiene la misma tasa es la localidad de Santafé. A continuación se observan las variaciones por localidad (Véase figura 2).

Figura 2. Tasa de intento de suicidios por localidad. Primer semestre, 2006 -2007



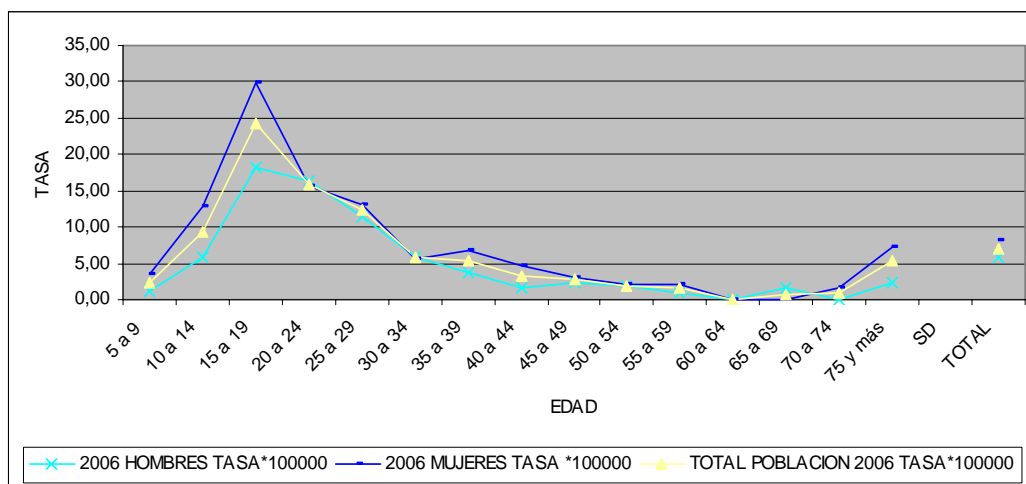
Fuente: Base de datos Secretaria Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU) Datos Preliminares. Departamento Administrativo de Planeación Distrital- Coordinación Estadísticas Urbanas y SDS. La población de San Juan de Sumapaz es censo realizado por ellos en 1995

Con relación a la edad y el sexo del intento de suicidio en el primer semestre 2006, las edades con mayor número de casos estuvieron en la población adolescente y joven. En las edades de 5 a 9 años se registraron un total de 16 casos, de los cuales siete se presentaron en menores de cinco y seis años. Con relación al sexo y la edad el intento se presenta más en mujeres que en hombres y para los dos años la razón de género es de 2:1, es decir, dos mujeres por cada hombre.

La edad de 15 a 19 años es en la que se registran más casos; en el primer semestre del 2006 se registraron en los hombres 53 casos y en las mujeres 93, seguido de las edades 20 a 24,

25 a 29 y 10 a 14 años respectivamente. En relación a la tasa específica por edad en la figura 3 se puede observar el comportamiento por edad y sexo (Véase figura 3).

Figura 3. Tasa específica por edad y sexo de intento de suicidio. Primer semestre del 2006.

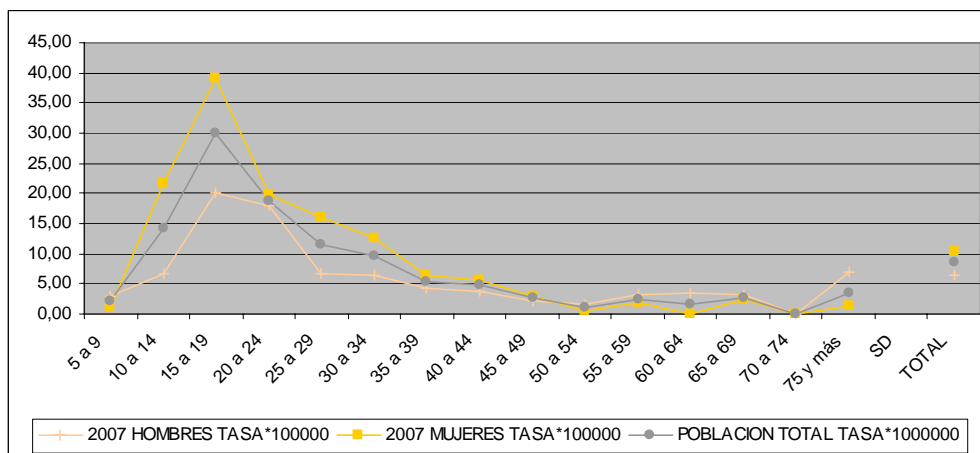


Fuente: Base de datos Secretaría Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU) Datos Preliminares. Departamento Administrativo de Planeación Distrital- Coordinación Estadísticas Urbanas y SDS. La población de San Juan de Sumapaz es censo realizado por ellos en 1995

En la figura se puede observar que no hay una diferencia entre hombre y mujer con relación al número de casos por edad en el periodo de tiempo. Después del descenso que se presentó en la edad adulta, hay un leve ascenso en la edad de 75 y más en los dos sexos durante el primer semestre del 2006.

En el primer periodo del 2007, al igual que en el mismo del año anterior, se presentaron más casos en las edades de 15 a 19 años, en las cuales se registró en hombres un total de 59 casos y en mujeres 124. Las edades que siguen en hombres 20 a 24 años con 54 casos, de 10 a 14 con 22 casos, 25 a 29 con 20 casos y 30 a 34 con 18. En niños de 5 a 9 años 10 casos y las niñas 4. Las mujeres presentaron 70 casos de 10 a 14 años, seguidas de las edades de 20 a 24 años con 66 casos y 25 a 29 con 53 casos (Véase figura 4).

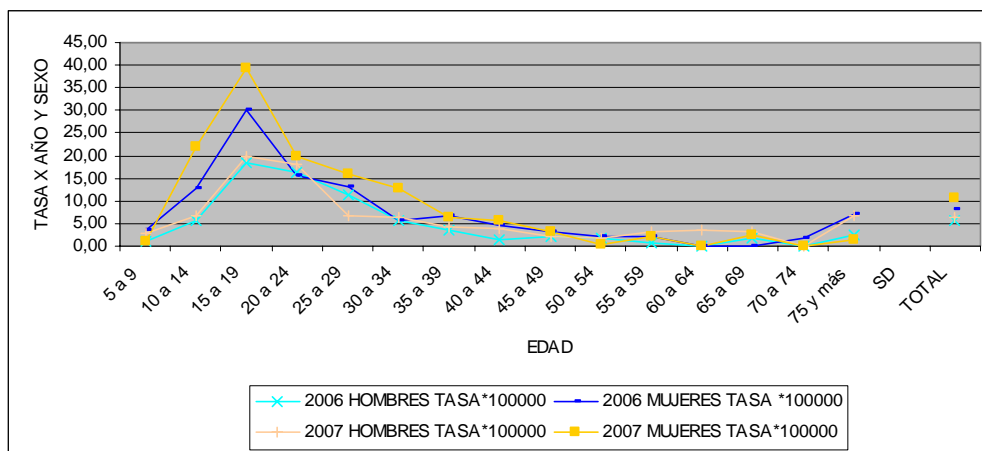
Figura 4. Tasa específica por edad y sexo de intento de suicidio. Primer semestre, 2007



Fuente: Base de datos Secretaría Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU) Datos Preliminares. Departamento Administrativo de Planeación Distrital- Coordinación Estadísticas Urbanas y SDS. La población de San Juan de Sumapaz es censo realizado por ellos en 1995

En la figura 4 se puede observar que el comportamiento del evento durante el año sigue el mismo patrón de casos en totales y en mujeres, a diferencia del comportamiento en los hombres quienes registran en las edades de 10 a 14 una tasa de 6,2 x100.000 y de 25 a 29 años una tasa de 6,7 x 100.000. Con relación a la tasa específica por sexo se pudo encontrar que la tasa en 2006 para las mujeres fue de 5,8 y en el 2007 subió a 6,6 por 100.000 habitantes, en cuanto la tasa general en el 2006 fue de 11,8 y en 2007 se observó un descenso de 8,6 por 100.000 (Véase figura 5).

Figura 5. Tasa específica por edad y sexo de intento de suicidio. Primer semestre, 2006 -2007.



Fuente: Base de datos Secretaría Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU) Datos Preliminares. Departamento Administrativo de Planeación Distrital- Coordinación Estadísticas Urbanas y SDS. La población de San Juan de Sumapaz es censo realizado por ellos en 1995.

Con relación al comportamiento de las tasas por periodo de tiempo, edad y sexo, se puede observar que en hombres el comportamiento es similar. En las mujeres la tendencia se incrementa en el 2007, sobre todo en la población a riesgo 5 a 29 años.

La intoxicación exógena es el mecanismo que se presentó como el más alto durante el mismo periodo de tiempo, seguido de otro no clasificado, objeto corto punzante, asfixia mecánica y lanzamiento al vacío. El problema que se presentó en la notificación durante el primer periodo del 2007 y algunos casos del 2006, fue que el CRU y algunos hospitales no identificaron el mecanismo, razón por la cual de 1.149 registros, 545 están sin mecanismo (Véase cuadro 3).

Cuadro 3. Tipo de mecanismo. Primer semestre, 2006 – 2007.

Mecanismo	2006	2007	TOTAL
Intoxicación exógena	179	180	359
Arma de fuego	2	2	4
Objeto cortopunzante	8	33	41
Asfixia mecánica	17	13	30
Lanzamiento al vacío	12	9	21
Lanzamiento al vehículo	5	4	9
Quemadura		2	2
Otros	43	95	138
Sin dato	246	299	545
Total	512	637	1.149

Fuente: Base de datos Secretaría Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU) Datos Preliminares

Durante el 2006 se registraron 8 casos y en 2007 33 con objeto cortopunzante. Este registro presenta dificultad de clasificación puesto que cortarse las venas por lo general esta relacionado con este objeto, pero no hay una diferencia clara entre los dos en la base de registro, lo que conlleva a que sea clasificado como "otros" mecanismos.

La asesoría y seguimiento que se realiza a las familias donde alguno de sus miembros presentó intento de suicidio, permite identificar las causas o motivos que llevaron a la persona a atentar contra su vida y hacer una clasificación de eventos desencadenantes entre los que se encuentran los descritos a continuación(Véase cuadro 4).

Cuadro 4. Motivo o razón. Primer semestre, 2006 -2007

Motivo o razón	2006	2007	TOTAL
Conflicto de pareja	86	81	167
Conflicto familiar	71	178	249
Conflicto con los padres	3	2	5
Abuso sexual	3	10	13
Maltrato	3	13	16
Dif. Académicas	6	10	16
Embarazo no deseado	1	1	2
Aborto	1	7	8
Problemas económicos	9	10	19
Duelo	26	17	43

Enfermedad crónica o terminal	7		7
Enfermedad mental		6	6
Sustancias psicoactivas	6	3	9
Otro		5	5
Sin dato	290	294	584
Total	512	637	1149

Fuente: Base de datos Secretaría Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU) Datos Preliminares

El motivo o razón que más se presenta es el conflicto familiar y el de pareja con 249 y 167 casos respectivamente, el duelo por pérdida, problemas económicos, maltrato y dificultades económicas son otros que se registran pero en menor proporción. Sin dato hay 584 registros, el CRU registra tres razones: SPA, violencia intrafamiliar y abuso sexual, algunos Hospitales no registraron el motivo dificultando esta clasificación.

Conclusiones y recomendaciones

1. El grupo de mujeres con edades comprendidas entre 14 a 19 años es en el que se presenta el mayor número de casos de intento de suicidio. En hombres el número es menor, sin embargo, en el periodo de 2007 se registraron 10 casos en niños en las edades de 5 a 9 años, en este mismo grupo de edad en niñas se conocieron durante el mismo periodo 4 casos.
2. La edad de inicio del intento esta en niños de 5 años, la S.D.S. esta realizando la recopilación de las fichas de asesoría y seguimiento para realizar análisis de la información disponible, con el fin de identificar los factores de riesgos implícitos en la determinación que toma el menor para autoinflingirse.
3. Al hacer las comparaciones en tiempo se puede observar que aumentó el número de casos con referencia al año anterior, esto puede ser porque en este momento la canalización de casos se hace por el programa de Salud a su Hogar (SASH), la cartilla de Sustancias Psicoactivas (SPA) y ruta alerta en el ámbito escolar, IPS públicas y privadas, la comunidad, entre otras.

4. Las localidades que presentan mayor tasa general y registraron más casos son Bosa y Fontibón.
5. El mecanismo más utilizado fue la intoxicación exógena y el motivo o razón fue los conflictos familiares y el conflicto de pareja.
6. Es importante fortalecer las acciones realizadas en los hospitales y las líneas 106 la cual se dirige a la atención de niñas, niños y adolescentes, línea única de emergencias 123 la cual recepciona el caso crítico para su intervención y la línea 125 del Centro Regulador de Urgencias que cuenta con servicios de salud mental las 24 horas, esta última está articulada a la línea 123.
7. Se debe fortalecer el proceso de notificación del sistema de lesiones de causa externa tanto en la red pública y en las IPS privadas, con el fin de contar con información que conlleve a la caracterización del evento.
8. El Distrito debe mantener las acciones que se vienen realizando en conducta suicida y destinar más recursos para la asesoría, seguimiento y vigilancia.
9. Se debe fortalecer el sistema de vigilancia de lesiones de causa externa, puesto que en este momento no es obligatorio su notificación en las IPS privadas, las que notifican son las entidades públicas.
10. Se está trabajando para mejorar el sistema de información de registro de casos para el proceso de notificación.
11. La SDS y el INML y CF está realizando un trabajo de cruce de información que permita establecer el comportamiento de las manifestaciones de la conducta suicida: intento y suicidio consumado.

Referencias bibliográficas

- (1) Organización Mundial de la Salud (2005) Más personas mueren en el mundo por suicidio que por conflictos bélicos. Boletín de prensa OPS.
Recuperado el día 16 de mayo 2007, en el sitio web <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps050909.htm>
- (2) Durkheim, E (1995). *El suicidio* Akal: Bogota 1974.
- (3) Schneidman, E. (1987) Definition of suicide. New York. N.Y.
- (4) Montalbán SR, (1998). La conducta suicida. Arán Editores S.A. Madrid.

Doctor
Pedro Gabriel Franco Maz
Director General
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Doctora
Carmen Doris Garzón Olivares
Subdirectora de Servicios Forenses
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Jorge Oswaldo González Ortiz
Jefe (E)
División de Referencia de Información Pericial - DRIP
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Pedro A. Carreño Samaniego
Comunicador Social
División de Referencia de Información Pericial - DRIP
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses