

Los retos de la conducta suicida en Bogotá para la política pública

Andrea Lorena García Moncayo¹
 Johana Liceth Cortés Romero²
 Leonardo Salas Zapata¹
 Gina Paola Rangel Medina³
 Diana Constanza Hernández Jaramillo⁴
 Custodio Rosales Bohada⁵
 Mylady Suárez Pineda¹

1. Resumen

La conducta suicida viene experimentando un ascenso en Bogotá D.C., en especial en las mujeres, adolescentes y jóvenes. La respuesta dada por los diferentes actores en el Distrito no es suficiente para mitigar el fenómeno, por esto es necesario fortalecer las acciones intersectoriales entre las Secretarías Distritales de Salud, Educación, Mujer e Integración Social, para dirigir los esfuerzos hacia la prevención de la conducta suicida, enfocando el ver y actuar de sus poblaciones hacia una salud mental positiva a través del fortalecimiento emocional, la comunicación y el manejo de las emociones, la crianza positiva y la creación de proyectos de vida.

2. Introducción

La conducta suicida es un fenómeno multifactorial que ataca en silencio y hace referencia a un grupo de eventos (la ideación suicida, la amenaza suicida, el intento de suicidio y el suicidio) relacionados con el deseo que pudieran tener algunos individuos de causar su propia muerte (1-4). Está demarcada en diferentes conductas

alrededor de la idea de terminar con la vida de manera voluntaria o como consecuencia de trastornos mentales (5). También se define como “una secuencia de eventos denominada proceso suicida que se da de manera progresiva en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (6).

Según la Organización Mundial de la Salud (7,1), cada año mueren por suicidio 703.000 personas en todo el mundo; en 2019 se estimó una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 9,0 por 100.000 habitantes (12,6 en hombres y 5,4 en mujeres), siendo la tercera causa de muerte en el grupo de 10 a 19 y 15 a 19 años para ambos sexos (8,9). Además, el intento de suicidio es 20 veces mayor que el suicidio, y la presencia de intentos suicidas en el pasado es uno de los factores de riesgo más fuertes para la ocurrencia de muerte por suicidio (10,11,12); asimismo, se identifican como desencadenantes el consumo de alcohol durante el último año y los problemas familiares y de pareja (9). La presencia de algún trastorno psiquiátrico (depresión, psicosis, trastornos mentales orgánicos o relacionados con la personalidad) y el uso de sustancias pueden influir en el desenlace fatal de la conducta suicida (4, 10,13).

En la región de las Américas se notificó un promedio de 98.000 muertes por suicidio al año entre 2015 y 2019, siendo la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años y la tasa de suicidio más alta de la región en personas de 45 a 59 años, seguidas por las de 70 años o más (1,14,15). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la carga de suicidio para Colombia, de acuerdo con los años de vida ajustados por discapacidad (DALY - disability adjusted life years), los años de vida perdidos debido a una muerte prematura (YLL

1. Contratista Observatorio de salud de Bogotá - SDS.
2. Contratista Subdirección Vigilancia en Salud Pública - SDS.
3. Contratista Subdirección de Determinantes en Salud - SDS.
4. Contratista Dirección de Provisión de Servicios de Salud - SDS.
5. Contratista Dirección de Aseguramiento y Garantía en Salud - SDS.

- years of life lost) y los años vividos con discapacidad (YLD - years of living with disabilities) estimados de 2000 a 2019 es de 3,74 (IC 95 %; IU 2,54-8,68) muertes por 100.000 habitantes; este nivel de carga de enfermedad ubica a Colombia en el quintil 2:20 a 40% entre todos los países de la región de las Américas (14).

En Colombia se ha identificado que el fenómeno de la conducta suicida y del suicidio ocurre en edades tempranas, y abarca especialmente la adolescencia y la juventud en mayor proporción (15), dado que en estos momentos del curso de vida existe fuertemente la ambivalencia de amor-odio, la soledad, la impulsividad, el binomio autoimagen-autoestima disminuida y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), sumado a las pocas herramientas y habilidades de afrontamiento para la resolución de problemas y manejo de las emociones (3,16). Además, en el país, el sexo femenino presenta mayor prevalencia de intento suicida, mientras que el sexo masculino mayor prevalencia de suicidio; la población con intento suicida previo tiene bajos niveles de autoeficacia y altos niveles de desesperanza (4, 17). Por otra parte, el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reportó que las tasas de años de vida potenciales perdidos (AVPP) por alteraciones mentales y del comportamiento han venido creciendo desde 2009 con 4,63 AVPP, hasta 17,42 AVPP por 100 mil habitantes en 2016 (3).

El último quinquenio para Bogotá ha marcado un aumento en las tasas de ideación suicida, amenaza suicida, intento de suicidio y suicidio (este último evento con excepción de 2020). Asimismo, el número de casos de conducta suicida en el Distrito es mayor en el sexo femenino, la adolescencia y la juventud, y el nivel educativo de secundaria. Al hablar de suicidio, la juventud y la adultez concentran los casos en los últimos años. En cuanto a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) debemos resaltar que Capital

Salud y Famisanar presentan las tasas más altas de notificación (18, 19).

De acuerdo con lo señalado por la OMS y la OPS (6), el suicidio se puede prevenir con intervenciones oportunas en salud mental, pues la conducta suicida –al igual que otros problemas de salud pública– tiene un origen multifactorial que constituye un reto para la institucionalidad dada la complejidad que implica su abordaje y prevención desde el punto de vista intersectorial. Conjuntamente, el estigma social y la falta de conciencia siguen siendo los principales obstáculos para la búsqueda de ayuda ante la presencia de conducta suicida, lo que pone de relieve la necesidad de educación contra el estigma en la salud mental (20).

En esta nota de política reportaremos los hallazgos de un análisis comparativo entre 2019 y 2021, no incluye el año 2020 dado que fue un año epidemiológico atípico por la pandemia de covid-19 y las restricciones secundarias a las medidas sanitarias tomadas para la contención y mitigación de la pandemia.

3. Enfoque y resultados

Las acciones en salud mental para los bogotanos están conectadas con el Plan Territorial de Salud para Bogotá D. C., 2020-2024, “un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI” (Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital, 2019; Secretaría Distrital de Salud, 2020) (21). El análisis que se presenta busca enfocar los esfuerzos para mitigar la situación de la conducta suicida a través de la identificación oportuna del riesgo suicida y la promoción activa de bienestar en salud mental.

4. Resultados

La conducta suicida en Bogotá se vigila a través del Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (Sisvecos) en salud pública, el cual se nutre de los servicios de urgencias y consulta externa, centros educativos, Dirección de Urgencias y

Emergencias (DUES) - Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), línea 106, comunidad en general y otros (18). En el año 2021, los servicios de urgencias aportaron la mayor notificación en la amenaza e intento suicida, mientras que la línea 106 a la ideación suicida (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de origen de datos para el SISVECOS 2019, 2021

Origen de la Notificación		2019	2021
Ideación Suicida	Línea 106	12 %	23 %
	E. Educativo	34 %	21 %
	C. Externa	28 %	21 %
	S. Urgencias	12 %	21 %
	Otro	17 %	12 %
	Comunidad	0 %	1 %
	DUES (CRUE)	0 %	0 %
Amenaza Suicida	S. Urgencias	28 %	47 %
	Línea 106	13 %	18 %
	C. Externa	18 %	15 %
	Otro	12 %	9 %
	E. Educativo	29 %	8 %
	DUES (CRUE)	0 %	1 %
	Comunidad	0 %	1 %
Intento de Suicidio	S. Urgencias	66 %	78 %
	C. Externa	10 %	7 %
	E. Educativo	8 %	5 %
	Otro	0 %	4 %
	Línea 106	9 %	4 %
	DUES (CRUE)	5 %	1 %
	Comunidad	1 %	1 %

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019,2021.

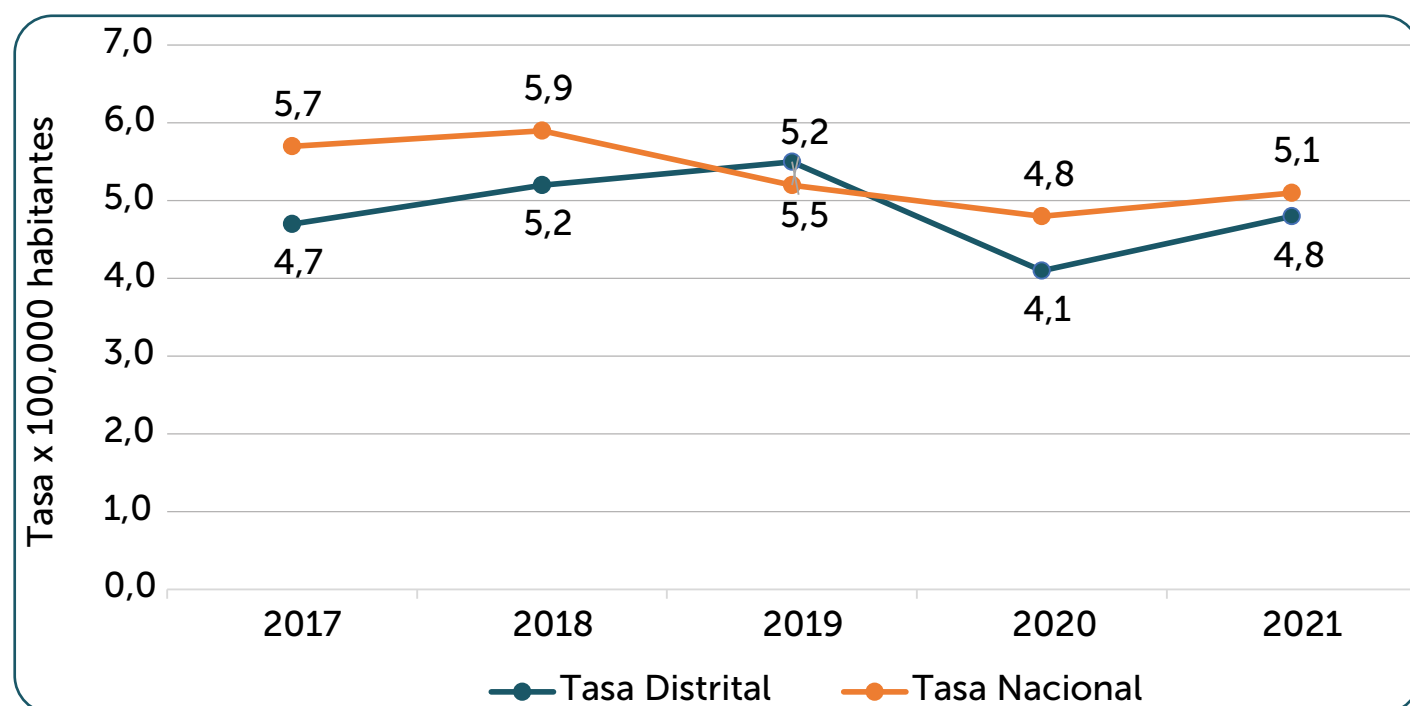
Desde la línea operativa del SISVECOS se tienen planteadas las siguientes definiciones de la conducta suicida:

- » La ideación suicida se refiere a “pensamientos en los que la persona considera la opción de atentar contra su propia vida (‘me quiero matar’). Pueden tener diferentes grados de elaboración, pero todas representan una señal de alerta”.
- » La amenaza suicida es un “punto intermedio entre la ideación y el intento de suicidio, en que la persona da indicios claros (verbales o no verbales) de que va a intentar suicidarse con mecanismo establecido, puede ser como chantaje a las personas queridas, o como manifestación clara de su sufrimiento vital a las personas de su entorno”.

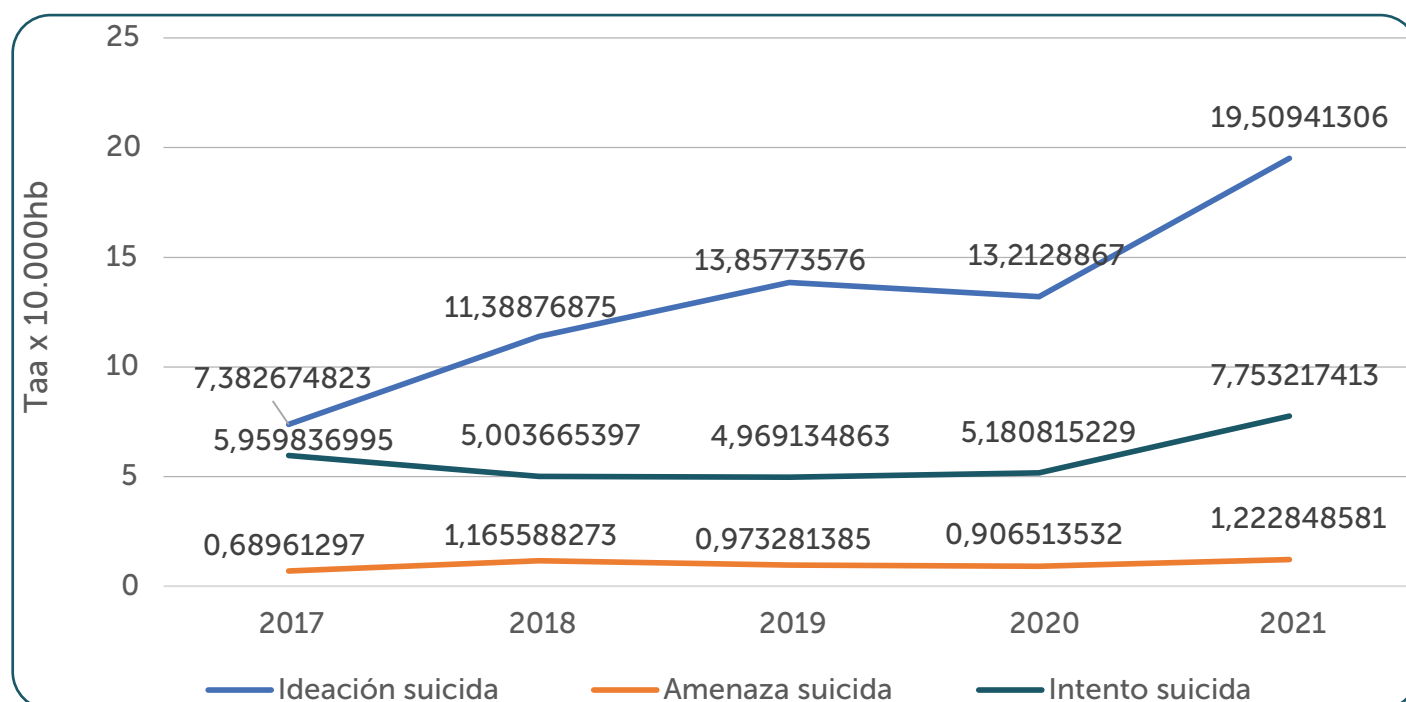
- » El intento de suicidio es una “conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede causar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método”.
- » El suicidio consumado es un “acto autolesivo intencionado con resultado de muerte”.

De acuerdo con el comportamiento de los eventos, en el último quinquenio las tasas de ideación suicida, amenaza suicida, intento de suicidio y suicidio consumado en el Distrito presentaron tendencia al ascenso, excepto en muertes por suicidio en el 2020, muy similar a la tendencia del país (Gráficas 1 y 2).

Gráfica 1. Comparativo de tasas de suicidio nacional vs distrital 2017 a 2021



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2017 – 2021. DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Retroproyecciones y Proyecciones de población para Colombia.

Gráfica 2. Tasas o conducta suicida Bogotá 2017 a 2021

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2017 a 2021. DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Retroproyecciones y Proyecciones de población para Colombia.

Con respecto a las características sociodemográficas, el número de eventos de conducta suicida en el Distrito es mayor en las mujeres, excepto en suicidio consumado, el cual en 2021 presentó una relación hombre-mujer de 5:1 (Tabla 2). La concentración de la ideación

o intento suicida se presenta en edades desde los 12 a 17 y 20 a 24 años (anexos 1-3); para el suicidio, las edades entre los 20 a 29 y 40 a 44 años concentran el mayor número de casos (Tabla 2, Anexo 4).

Tabla 2. Notificación de casos de conducta suicida según sexo, Bogotá 2019, 2021

	Año	Femenino	Masculino
Ideación Suicida	2019	6.448	4.074
	2021	10.106	5.178
Amenaza Suicida	2019	440	299
	2021	564	394
Intento de Suicidio	2019	2.408	1.365
	2021	4.047	2.027
Suicidio	2019	102	312
	2021	62	312

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2017 - 2021. - Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 - 2021

Al comparar los años 2019 y 2021, el 2021 mostró un aumento respecto al 2019 en la ideación suicida (45 %), la amenaza suicida (30 %) e intento de suicidio (61 %), a diferencia del suicidio, que disminuyó en un 10 %.

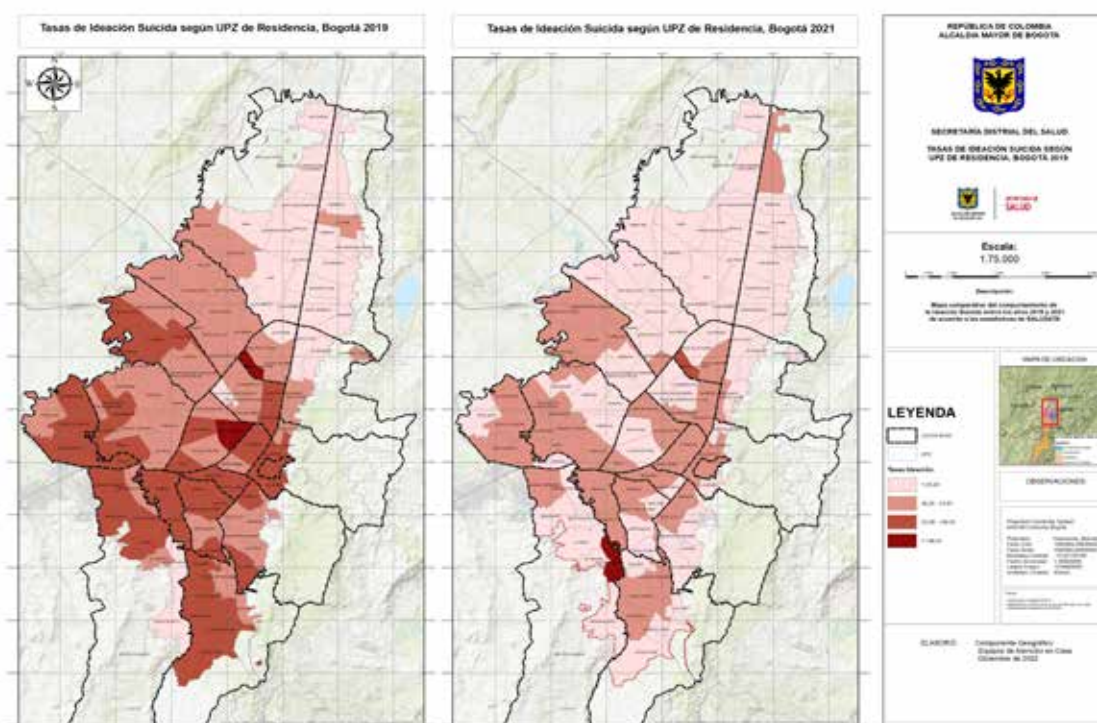
A diciembre de 2021, las localidades con mayor número de casos en ideación, amenaza e intento suicida fueron Kennedy y Suba, que representaron el 30 % del total de casos notificados en ese año para Bogotá; en suicidio están Kennedy y Engativá con el 20 % del total de casos. Sumapaz tiene la tasa más alta en ideación suicida, amenaza suicida y suicidio consumado, y La Candelaria la tiene para intento suicida (anexos 1, 2, 3 y 4).

Al desagregar por Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) se encontraron mayores cambios porcentuales para ideación suicida en Casa Blanca 358 %, amenaza suicida en Corabastos 700 % y en intento de suicidio en Ciudad Salitre Oriental 2000 % (mapas 1, 2 y 3). Suicidio no tienen esta desagregación desde la fuente (mapa 4).

La concentración de casos según nivel educativo en las cuatro tipologías se da en la secundaria. Los mayores cambios porcentuales se presentaron en el nivel universitario, excepto en intento de suicidio, donde el mayor cambio fue en la secundaria (Tabla 3 página 13). Desde las acciones de investigación epidemiológica de campo (IEC) realizadas por salud pública se encontraron como desencadenantes de la conducta suicida los problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar y con la inadaptación educacional y desavenencias con maestros y compañeros. Para 2021, los casos de ideación suicida asociados a bajo rendimiento fueron 678 y para el intento de suicidio 155, mientras que los casos de ideación suicida relacionados con la inadaptación educacional fueron 205 y con intento suicida 53. Solo en esas dos variantes de factores desencadenantes la ideación suicida es la que prevalece en los entornos educativos. Según los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), en 2021 se determinaron como razón del suicidio en un caso las causas escolares-educativas y en otro caso el *bullying*.

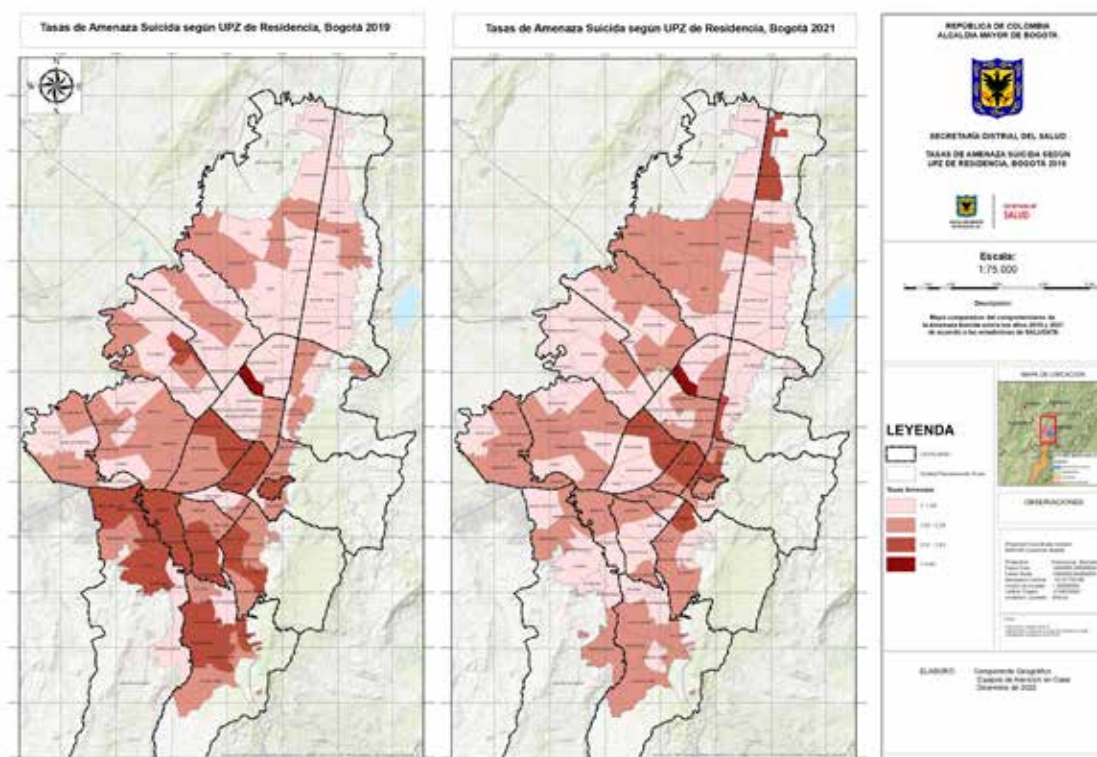


Mapa 1. Comparativos de ideación suicida, Bogotá 2019-2021



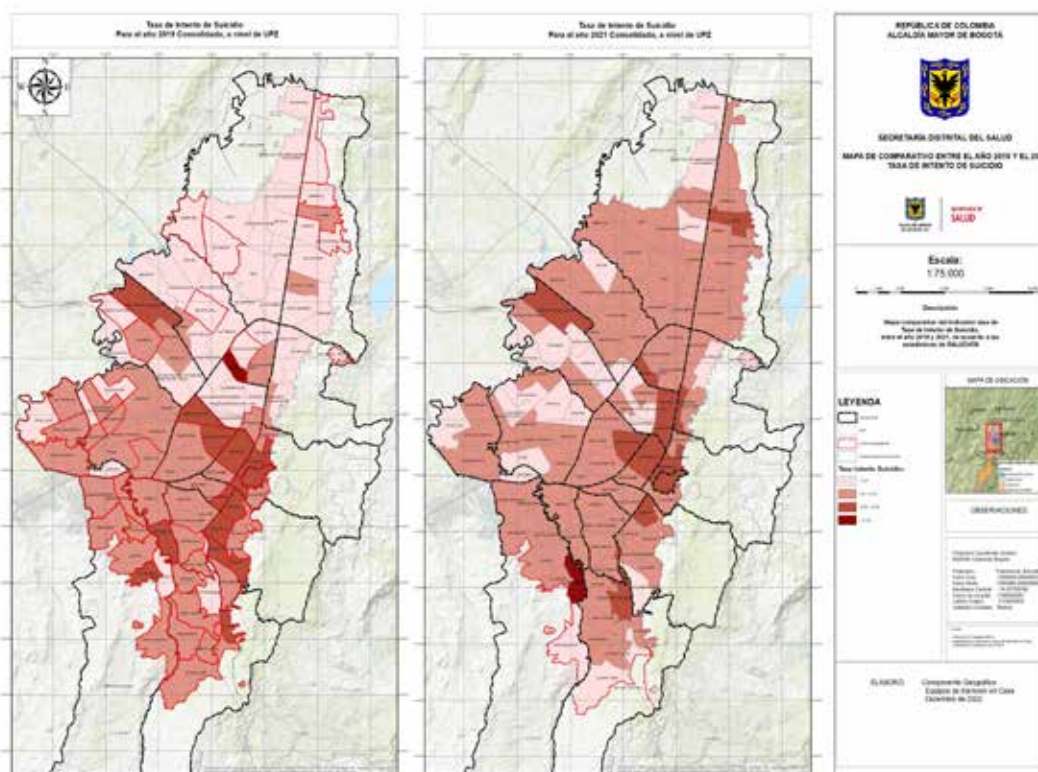
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019-2021

Mapa 2. Comparativos de amenaza suicida, Bogotá 2019-2021



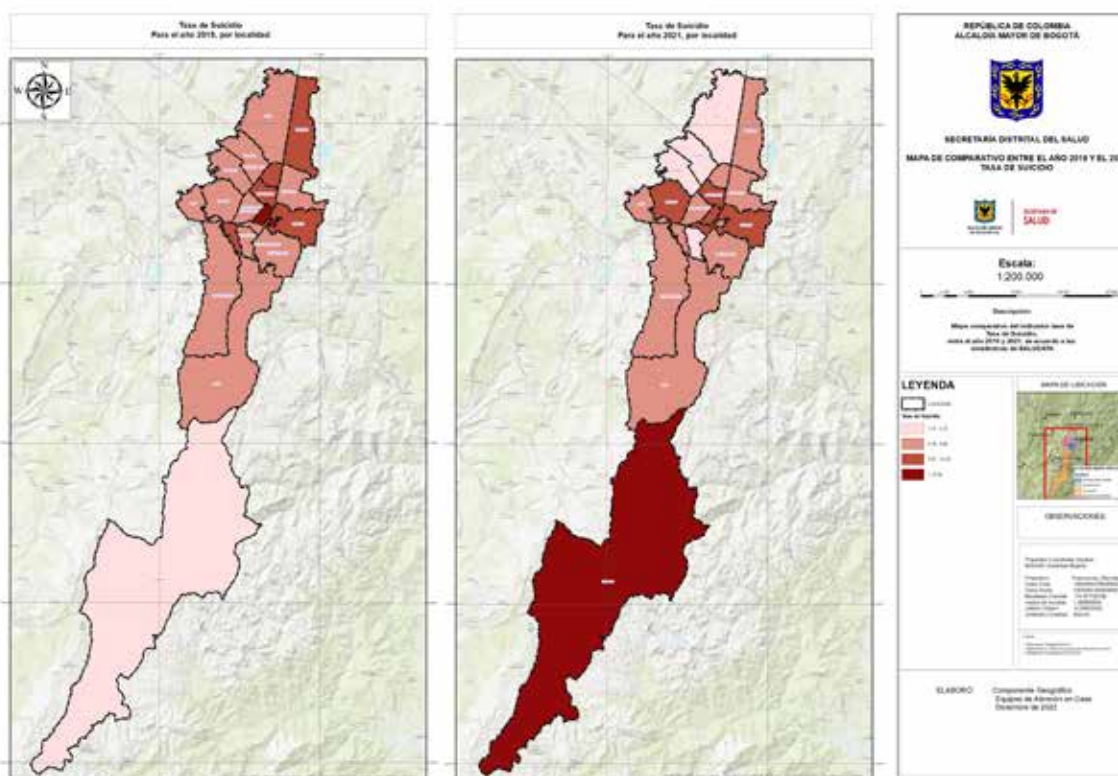
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019-2021

Mapa 3. Comparativos de intento de suicidio, Bogotá 2019-2021



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019-2021

Mapa 4. Comparativos suicidio, Bogotá 2019-2021



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF- a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV) 2019-2021

Tabla 3. Comportamiento de ideación, amenaza, intento de suicidio y suicidio según nivel educativo. Bogotá 2019, 2021

Evento	Variable	2019	2021	Cambio porcentual anual
	Nivel Educativo	Número de casos notificados	Número de casos notificados	$\Delta\%$
Ideación suicida	Primaria	1.915	1.345	-30 %
	Secundaria	5.838	8.863	52 %
	Universidad	1.428	2.850	100 %
Amenaza suicida	Primaria	151	95	-37 %
	Secundaria	423	533	26 %
	Universidad	79	178	125 %
Intento de suicidio	Primaria	305	404	32 %
	Secundaria	2.102	3.639	73 %
	Universidad	643	1.060	65 %
Suicidio	Primaria	78	93	19 %
	Secundaria	230	193	-16 %
	Universidad	0	4	100 %

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 - 2021

En el año 2021, las EAPB que presentaron la tasa de notificación más alta fueron Capital Salud y Famisanar, y las que presentaron los cambios porcentuales más altos fueron Fami-

sanar en ideación suicida (114 %) y Sanitas en amenaza suicida (151%) e intento de suicidio (162 %) (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis del comportamiento de la conducta suicida según EAPB. Bogotá 2019 -2021

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
Ideación suicida		Número de casos notificados	Tasa x 10.000 Hb	Número de casos notificados	Tasa x 10.000 Hb	$\Delta\%$
	EAPB					
	Capital Salud E.P.S.	1.819	21,5	2.075	21,6	14 %
	Salud Total S.A.	1.134	15,0	1.510	17,2	33 %
	Famisanar E.P.S.	1.473	10,8	3.146	21,9	114 %

Ideación suicida	Compensar E.P.S.	1.162	8,7	2.352	14,0	102 %
	Sanitas E.P.S.	1.314	8,6	2.567	16,4	95 %
Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
Amenaza suicida	EAPB					
	Capital Salud E.P.S.	138	1,6	128	1,33	-7 %
	Salud Total S.A.	95	1,3	94	1,1	-1 %
	Famisanar E.P.S.	103	0,8	180	1,25	75 %
	Compensar E.P.S.	94	0,7	131	0,8	39 %
	Sanitas E.P.S.	74	0,5	186	1,2	151 %
	EAPB					
Intento de suicidio	Capital Salud E.P.S.	539	6,4	799	8,3	48 %
	Salud Total S.A.	413	5,4	667	7,6	62 %
	Famisanar E.P.S.	589	4,3	1.179	8,2	100 %
	Compensar E.P.S.	565	3,7	934	5,5	65 %
	Sanitas E.P.S.	421	3,2	1.102	7,1	162 %

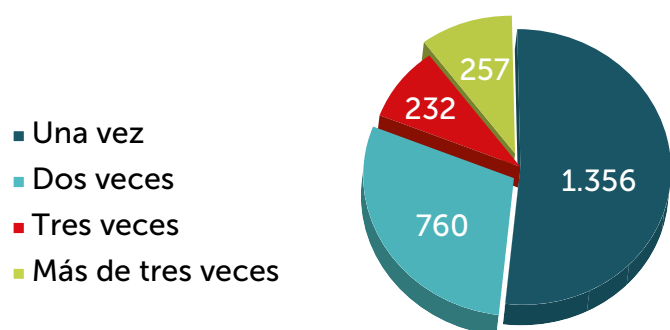
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 - 2021

En cuanto a los factores asociados a la conducta suicida se observa que entre el 25 al

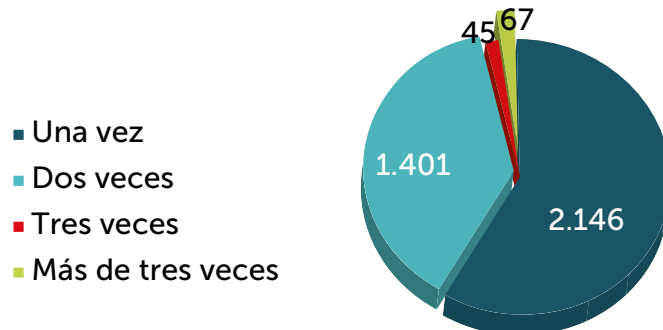
46 % de los casos tenían, al menos, un intento previo de suicidio (Gráfica 3).

Gráfica 3. Intentos previos de conducta suicida. Bogotá, 2019 - 2021

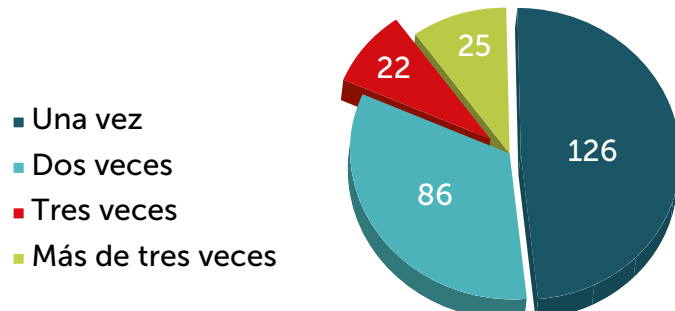
Intentos previos en ideación suicida, Bogotá 2019



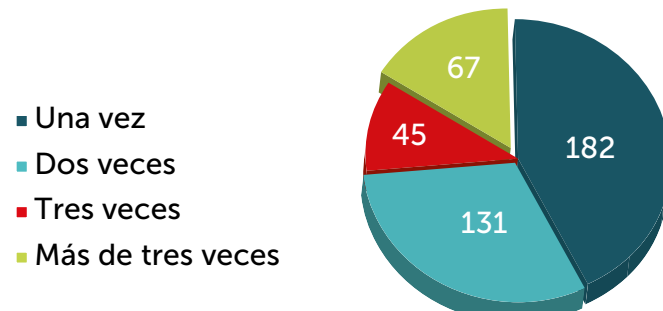
Intentos previos en ideación suicida, Bogotá 2019



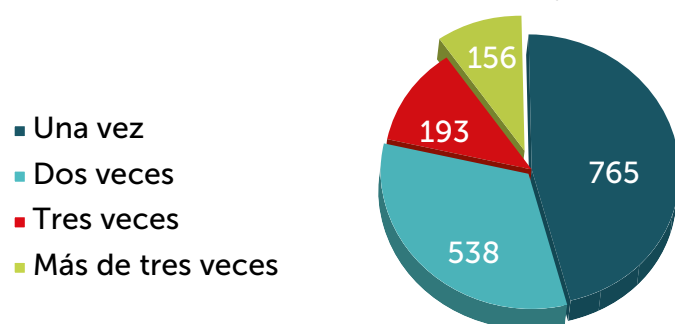
Intentos previos en amenaza suicida, Bogotá 2019



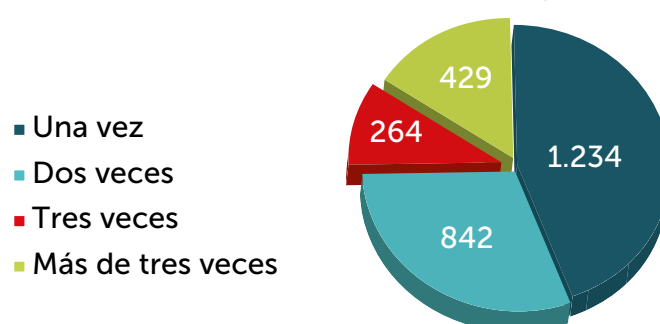
Intentos previos en amenaza suicida, Bogotá 2021



Intentos previos en intento de suicidio, Bogotá 2019



Intentos previos en intento de suicidio, Bogotá 2021



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 - 2021

Continuando con el diagnóstico, ante esta problemática se han evidenciado avances en la implementación de acciones desde el sector salud, principalmente enfocadas a la prevención e identificación oportuna del riesgo, entre ellas se resaltan las siguientes:

- » Fortalecimiento del componente ambulatorio para la Ruta Integral de Atención (RIA) en salud mental a través de las orientaciones técnicas a las EAPB e IPS; a 2022, la implementación en 17 EAPB alcanzó el 81,6 %.
- » Seguimiento a las EAPB con medición del indicador: proporción de pacientes canalizados a través del Sistema Integral de Referencia y Contrareferencia (SIRC) a la Ruta de Salud Mental, que son atendidos por medicina general o pediatría o psicología o trabajo social o psiquiatría dentro de los siguientes 7 días hábiles; se ha identificado que Coosalud (23,9 %), Nueva EPS (30,5 %), Capital Salud (33,4 %), y Sura (46,2 %) tienen calificación insatisfactoria (<50 %) a septiembre 2022.
- » Análisis de suficiencia y capacidad instalada para atención en salud mental, en el que se han identificado 1.985 prestadores a junio de 2022 (95,4 % privados) y déficit en oferta de servicios de psicología en las EPS: Capital Salud, Compensar, Famisanar, Sanitas y Salud Total.

- » Implementación de la atención prehospitalaria en salud mental (APH AMED) y actividades de fortalecimiento de las competencias como el curso de primer respondiente en salud mental y jornadas en primeros auxilios psicológicos, abordaje de conducta suicida con énfasis en inmovilización mecánica y diferentes manifestaciones de violencias en jardines infantiles, colegios y universidades también se han identificado distintas instituciones de atención de emergencias como APH Subredes, Bomberos, Policía Nacional, brigadas de emergencias de Bogotá y del Ejército Nacional, entre otras.
- » Promoción de la salud mental a través de promotores del cuidado, Unidades Móviles de Atención Primaria en Salud (MAPS), y atención psicológica y terapia ocupacional por los equipos de salud a mi barrio, salud a mi vereda.
- » Fortalecimiento de la articulación con la Secretaría de Educación a través del desarrollo de eventos académicos, mesa de expertos y puesta en marcha de estrategias contenidas en sus protocolos para identificación y canalización de los casos que requieren atención.

5. Conclusiones

El comportamiento de la conducta suicida ha venido incrementándose en Colombia, y en particular en Bogotá, desde el año 2017; sin embargo, desde 2020 el ascenso es más pronunciado; por esto, a partir del año 2021 se fortalece la vigilancia epidemiológica y se implementan acciones en salud mental en el marco del plan rescate emitiendo la circular 042 que favorece la identificación y notificación de la conducta suicida mediante el subsistema de información Sisvecos de la Secretaría Distrital de Salud, la cual continúa sumando esfuerzos en la contención y atención oportuna, no obstante, la demanda supera la oferta (el 95% de los prestadores de servicios de atención en salud mental son privados).

La mayor prevalencia en la notificación para el Sisvecos corresponde a la conducta de ideación suicida, con 25.806 (69 %) de casos del total de la notificación recibida en el periodo analizado para la conducta no fatal.

El nivel educativo secundaria presentó mayor notificación de casos, con 21.398 equivalentes al 57 % del total de la notificación recibida en el periodo analizado para la conducta no fatal.

Las mujeres presentan mayor prevalencia (64,29 %) en la notificación de conducta no fatal, mientras que los hombres presentan mayor prevalencia (79 %) en la conducta fatal.

La conducta no fatal continúa presentándose en mayor proporción en los cursos de vida adolescencia y juventud (65 %), en tanto que en la conducta fatal corresponde a juventud y adultez (77 %).

Las estrategias respecto al análisis epidemiológico se deben fortalecer focalizando la conducta de ideación suicida, dado que allí

se presenta la mayor prevalencia en el territorio, a fin de evitar la ocurrencia del intento o mortalidad en el evento.

A partir de las intervenciones desarrolladas desde el sector salud se debe favorecer la psicoeducación, así como el apoyo y acompañamiento a las familias de las personas con trastornos mentales, afianzando el manejo de la enfermedad, de los riesgos y de su tratamiento. Para la entidad territorial Bogotá D. C., se sugiere realizar la implementación de la Estrategia Nacional de Prevención de la Conducta Suicida, teniendo en cuenta las características y necesidades poblacionales y contextuales del territorio.

6. Recomendaciones de política

- » Implementar la RIAS de salud mental en todas las EAPB con injerencia en el Distrito, y fortalecer el cumplimiento del indicador proporción de pacientes canalizados a través del SIRC a la Ruta de Salud Mental, con énfasis en las que presentan incumplimiento incluyendo Famisanar y Compensar que tienen tasas altas de notificaciones en toda la conducta suicida.
- » Promover en las EAPB Capital Salud, Compensar y Famisanar un análisis de la oferta frente a la demanda de los casos con evento suicida o que son de alto riesgo para la manifestación del mismo, mejorando la oportunidad en la atención y el seguimiento, dado el déficit en oferta de servicios en psicología y psiquiatría en estas EAPB.
- » Sensibilización a los líderes de la comunidad frente a la salud mental positiva con apoyo de promotores del cuidado y entorno comunitario para transformar el estigma, ayudar a la identificación oportuna del riesgo y mejorar los conceptos sociales de la salud mental.

- » Promover en los medios de comunicación públicos y privados una visión positiva y responsable de la salud mental a través de estrategias de comunicación que orienten al autocuidado y cuidado del otro, el bienestar socioemocional, el incremento de la resiliencia y el manejo de las emociones, aprovechando los canales institucionales, salud capital, los Territorios de Innovación Participación en Salud (TIPS), SaluData y redes sociales, además de promocionar las diferentes rutas de atención y ayuda en salud mental de la SDS como la línea 106, Confróntate 7, unidades MAPS y los cursos ofertados en salud mental en la página institucional.
- » Participar y apoyar las iniciativas de investigación para el abordaje, diagnóstico y tratamiento de la salud mental en Bogotá realizadas por la academia, la industria u otras organizaciones.
- » Fortalecer la articulación intersectorial que permita gestionar en el empresariado oportunidades laborales y educativas para las personas con trastornos mentales y sus familias.
- » Formación y actualización obligatoria del talento humano en salud, administradoras de riesgos laborales (ARL) y docentes de instituciones públicas y privadas en abordaje de la conducta suicida y la identificación oportuna del riesgo, así como en herramientas que permitan desarrollar en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes aptitudes socioemocionales para la vida.
- » Las Secretarías de Educación, de la Mujer e Integración Social deberán desarrollar estrategias que permitan educar emocionalmente a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para facilitar su expresión respecto al fortalecimiento emocional, comunicación y manejo de emociones, proyecto de vida enfocado en formación de habilidades y talentos, que sean ejecutadas en todas las instituciones educativas, asociaciones juveniles y comunitarias del Distrito. Así mismo, ante la identificación de riesgo en salud mental se deberá garantizar la canalización para su atención oportuna en salud.
- » La Secretaría de Educación, a través de las escuelas de familias conformadas en las instituciones educativas, debe impulsar la creación de redes familiares en las UPZ que permitan dar a conocer estrategias de crianza positiva y competencias parentales a más hogares.
- » La Secretaría de Educación debe fortalecer las mesas de expertos que evalúen y generen acciones para reducir el riesgo suicida en escolares y universitarios, especialmente en Kennedy, Suba y Sumapaz.
- » Integración Social, a través de su Ruta Integral de Atención Juvenil, debe reforzar las intervenciones respecto al fortalecimiento emocional, la comunicación y el manejo de emociones, así como el proyecto de vida enfocado en la formación de habilidades y talentos en los jóvenes.
- » Integrar a las ARL para la identificación y canalización oportuna del riesgo en salud mental, incluyendo la conducta suicida en la población adulta a través de planes preventivos de salud ocupacional.
- » La Secretaría de la Mujer debe integrar en sus programas de inclusión un enfoque sobre salud mental y bienestar emocional.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Prevención del suicidio [Internet]. [citado 12 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>.
2. Cortés J. Instructivo diligenciamiento ficha de notificación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Conductas Suicidas (SISVECOS-SIVIGILA D.C.). Bogotá: Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Secretaría Distrital de Salud; 2021.
3. Bravo H, Ruvalcaba N, Orozco M, Macías-Espinoza F. Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary*. 2020;17(1):36-48. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3220>
4. Benavides V, Villota N, Villalobos F. Conducta suicida en Colombia: una revisión sistemática. *Rev Psicopatol Psicol Clínica*. 2019;24(3):181-95. <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>
5. MINSALUD. Boletín No 2 de salud mental: Conducta suicida. Colombia, 2020. Bogotá: INS <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4886 de 2018, noviembre 28, por la cual se adopta la política de salud mental [Internet]. [citado 12 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>.
7. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado 02 noviembre 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
8. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 02 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
9. Castro V, Martínez A, Camacho P, Rueda G. Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Rev Col Psiquiatr*. 2010;39(4):705-15. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60210-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60210-9)
10. Brådvik L. Suicide risk and mental disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9):2028. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092028>
11. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>.
12. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries: Self-reported suicide attempts by European adolescents. *J Child*
13. Fleischmann A, Arensman E, Berman A, Carli V, De Leo D, Hadlaczky G, et al. Overview evidence on interventions for population suicide with an eye to identifying best-supported strategies for LMICs. *Glob Ment Health*. 2016;3:e5. <https://doi.org/10.1017/gmh.2015.27>
14. Pan American Health Organization (PAHO/WHO). Burden of Suicide [Internet]. 2021 [citado 02 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>
15. Núñez A, Reyes L, Sánchez M, Alvarado F, Acosta J, Salas E. Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del caribe colombiano. *Arch Venez Farmacol Ter*. 2020;39(1):80-7.
16. Rivera-Heredia M, Andrade P. Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente

- del intento suicida. Rev Intercont Psicol Educ. 2006;8(2):23-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/802/80280203.pdf>
17. Vigoya- A, Osorio Y, Salamanca Y. Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana (2012-2017). Duazary. 2019;16(1):53-66. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2545>
 18. Secretaría Distrital de Salud (SDS). Vigilancia epidemiológica del Subsistema de vigilancia de conducta suicida, SISVECOS. Bogotá, D. C., enero 2017-diciembre 2021.
 19. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLC). Forensis. Datos para la vida. [Internet]. 2021 [citado 02 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
 20. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Día Mundial de Prevención del Suicidio [Internet]. 2022 [citado 12 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2022>
 21. Secretaría Distrital de Salud SDS. Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C., 2020-2024, "un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI" [Internet]. 2022 [citado 18 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.sdp.gov.co/gestion-a-la-inversion/programacion-y-seguimiento-a-la-inversion/planes-de-desarrollo-local/nuevo-contrato-social-y-ambiental-la-bogota-del-siglo-xxi>



Anexos

Anexo 1. Análisis del comportamiento de ideación suicida según características sociodemográficas. Bogotá, 2019, 2021

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
		Número de casos notificados	Tasa x 10.000 hab.	Número de casos notificados	Tasa x 10.000 hab.	Δ%
Ideación	Sexo					
	Femenino	6.448	16,3	10.106	24,8	57
	Masculino	4.074	11,2	5.178	13,8	27
	Ambos sexos	10.522	13,9	15.284	19,5	45
	Ciclo de vida					
	Primera infancia	36	0,6	30	0,5	-17
	Infancia	1.583	27,5	903	15,6	-43
	Adolescencia	3.732	60,1	5.167	85,4	38
	Juventud	2.592	16,8	5.088	33,2	96
	Adultez	2.291	7,0	3.666	10,7	60
	Adulto mayor	288	2,9	430	3,9	49
	Quinquenios de edad					
	05 a 09	690	14,4	363	7,5	-47
	10 a 14	2.961	60,1	3.042	62,5	3
	15 a 17	1.695	52,6	2.684	86,4	58
	18 a 19	618	25,7	1.142	50,3	85
	20 a 24	1.294	18,0	2.533	36,6	96
	25 a 29	828	11,4	1.705	22,3	106
	30 a 34	607	9,3	1.089	15,8	79
	35 a 39	443	7,4	707	11,3	60
	40 a 44	350	6,7	552	9,9	58
	45 a 49	285	6,1	421	8,7	48
	50 a 54	249	5,4	324	6,9	30
	55 a 59	209	4,9	281	6,3	34
	60 a 64	113	3,4	172	4,7	52
	65 a 69	75	3,0	128	4,7	71
	70 a 74	43	2,5	62	3,2	44
	75 a 79	28	2,5	33	2,6	18
	80 y más	29	2,2	35	2,3	21
	Estrato					
	1	1.836	26,7	1.782	27,7	-3
	2	5.542	18,8	7.856	26,3	42
	3	2.711	11,4	4.477	16,3	65

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
Ideación	4	352	5,0	857	9,1	143
	5	59	2,8	248	8,1	320
	6	22	1,4	64	3,3	191
	Localidad de residencia					
	Antonio Nariño	125	15,6	193	23,5	54
	Barrios Unidos	123	8,9	250	17,0	103
	Bosa	1.540	21,8	1.685	23,3	9
	La Candelaria	43	24,8	43	24,1	0
	Chapinero	131	8,0	221	12,7	69
	Ciudad Bolívar	1.233	19,6	1.313	20,2	6
	Engativá	781	9,7	1.467	18,0	88
	Fontibón	567	15,0	876	22,3	54
	Kennedy	1.502	14,6	2.278	22,0	52
	Los Mártires	139	16,8	196	23,5	41
	Puente Aranda	400	16,2	512	20,2	28
	Rafael Uribe	572	15,3	729	19,0	27
	San Cristóbal	568	14,5	774	19,3	36
	Santa Fe	198	18,7	225	20,9	14
	Suba	855	7,2	2.068	16,5	142
	Sumapaz	26	78,8	11	30,7	-58
	Teusaquillo	174	11,4	399	23,8	129
	Tunjuelito	421	24,0	438	24,3	4
	Usaquén	320	5,8	816	14,3	155
	Usme	801	21,4	790	20,1	-1
	Sin dato	3	NA	0	NA	-100

*NA: no aplica

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos Sisvecos 2019-2021.

Anexo 2. Análisis del comportamiento de amenaza suicida según características sociodemográficas. Bogotá, 2019, 2021

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
Amenaza		Número de casos notificados	Tasa x 10.000 hab.	Número de casos notificados	Tasa x 10.000 hab.	Δ%
	Sexo					
	Femenino	440	1,1	564	1,4	28
	Masculino	299	0,8	394	1,1	32

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
Amenaza	Ambos sexos	739	1,0	958	1,2	30
	Ciclo de vida					
	Primera infancia	4	0,1	1	0,0	-75
	Infancia	119	2,1	44	0,8	-63
	Adolescencia	266	4,3	271	4,5	2
	Juventud	182	1,2	351	2,3	93
	Adulthood	149	0,5	258	0,8	73
	Adulto mayor	19	0,2	33	0,3	74
	Quinquenios de edad					
	05 a 09	50	1,0	20	0,4	-60
	10 a 14	219	4,4	150	3,1	-32
	15 a 17	119	3,7	146	4,7	23
	18 a 19	47	2,0	81	3,6	72
	20 a 24	90	1,3	169	2,4	88
	25 a 29	62	0,9	127	1,7	105
	30 a 34	40	0,6	71	1,0	78
	35 a 39	33	0,6	52	0,8	58
	40 a 44	27	0,5	45	0,8	67
	45 a 49	13	0,3	20	0,4	54
	50 a 54	13	0,3	23	0,5	77
	55 a 59	6	0,1	21	0,5	250
	60 a 64	8	0,2	13	0,4	63
	65 a 69	7	0,3	6	0,2	-14
	70 a 74	2	0,1	6	0,3	200
	75 a 79	0	0,0	4	0,3	0
	80 y más	2	0,1	4	0,3	100
	Estrato					
	1	143	2,1	93	1,4	-35
	2	387	1,3	487	1,6	26
	3	187	0,8	275	1,0	47
	4	16	0,2	78	0,8	388
	5	4	0,2	17	0,6	325
	6	2	0,1	8	0,4	300
	Localidad de residencia					
	Antonio Nariño	4	0,5	7	0,9	75,00
	Barrios Unidos	5	0,4	14	1,0	180,00
	Bosa	42	0,6	96	1,3	128,57
	La Candelaria	4	2,3	3	1,7	-25,00
	Chapinero	9	0,6	16	0,9	77,78
	Ciudad Bolívar	145	2,3	61	0,9	-57,93

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
Amenaza	Engativá	47	0,6	93	1,1	97,87
	Fontibón	20	0,5	32	0,8	60,00
	Kennedy	66	0,6	116	1,1	75,76
	Los Mártires	16	1,9	18	2,2	12,50
	Puente Aranda	25	1,0	28	1,1	12,00
	Rafael Uribe	60	1,6	46	1,2	-23,33
	San Cristóbal	56	1,4	59	1,5	5,36
	Santa Fe	8	0,8	20	1,9	150,00
	Suba	62	0,5	187	1,5	201,61
	Sumapaz	1	3,0	1	2,8	0,00
	Teusaquillo	5	0,3	24	1,4	380,00
	Tunjuelito	61	3,5	25	1,4	-59,02
	Usaquén	28	0,5	55	1,0	96,43
	Usme	75	2,0	56	1,4	-25,33
	Sin dato	0	NA	1	NA	100

NA: no aplica

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos Sisvecos 2019-2021.

Anexo 3. Análisis del comportamiento de intento de suicidio según características sociodemográficas. Bogotá, 2019, 2021

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
Intento de suicidio		Número de casos notificados	Tasa x 10.000 habs.	Número de casos notificados	Tasa x 10.000 habs.	Δ%
	Sexo					
	Femenino	2.408	6,1	4.047	9,9	68
	Masculino	1.365	3,8	2.027	5,4	48
	Ambos sexos	3.773	5,0	6.074	7,8	61
	Ciclo de vida					
	Primera infancia	3	0,1	0	0,0	-100
	Infancia	130	2,3	100	1,7	-23
	Adolescencia	942	15,2	1.674	27,7	78
	Juventud	1.638	10,6	2.554	16,6	56
	Adulthood	1.008	3,1	1.607	4,7	59
	Adulto mayor	52	0,5	139	1,2	167
	Quinquenios de edad					
	05a 09	54	1,1	28	0,6	-48

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
Intento de suicidio	10 a 14	451	9,2	754	15,5	67
	15 a 17	569	17,7	992	31,9	74
	18 a 19	401	16,7	565	24,9	41
	20 a 24	833	11,6	1.332	19,3	60
	25 a 29	490	6,8	805	10,5	64
	30 a 34	333	5,1	519	7,5	56
	35 a 39	200	3,3	338	5,4	69
	40 a 44	135	2,6	234	4,2	73
	45 a 49	119	2,5	149	3,1	25
	50 a 54	78	1,7	122	2,6	56
	55 a 59	57	1,3	97	2,2	70
	60 a 64	22	0,7	49	1,3	123
	65 a 69	15	0,6	35	1,3	133
	70 a 74	8	0,5	21	1,1	163
	75 a 79	2	0,2	18	1,4	800
	80 y más	5	0,4	16	1,1	220
	Estrato					
	1	691	10,1	720	11,2	4
	2	1.930	6,6	2.996	10,0	55
	3	942	3,9	1.737	6,3	84
	4	158	2,2	453	4,8	187
	5	34	1,6	117	3,8	244
	6	18	1,2	51	2,6	183
	Localidad de residencia					
	Antonio Nariño	57	7,1	64	7,8	12
	Barrios Unidos	43	3,1	105	7,1	144
	Bosa	319	4,5	524	7,2	64
	La Candelaria	18	10,4	26	14,5	44
	Chapinero	62	3,8	128	7,4	106
	Ciudad Bolívar	455	7,2	608	9,4	34
	Engativá	219	2,7	608	7,5	178
	Fontibón	169	4,5	235	6,0	39
	Kennedy	517	5,0	675	6,5	31
	Los Mártires	65	7,8	77	9,2	18
	Puente Aranda	137	5,5	206	8,1	50
	Rafael Uribe	242	6,5	299	7,8	24
	San Cristóbal	385	9,8	318	7,9	-17
	Santa Fe	97	9,2	115	10,7	19
	Suba	311	2,6	979	7,8	215
	Sumapaz	3	9,1	3	8,4	0

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
Intento de suicidio	Teusaquillo	52	3,4	158	9,4	204
	Tunjuelito	144	8,2	174	9,7	21
	Usaquén	150	2,7	460	8,1	207
	Usme	327	8,7	312	7,9	-5
	Sin dato	1	NA	0	NA	-100

NA: no aplica.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos Sisvecos 2019-2021.

Anexo 4. Análisis del comportamiento de suicidio según características sociodemográficas. Bogotá, 2019, 2021

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
Suicidio		Número de casos notificados	Tasa x 100.000 habs.	Número de casos notificados	Tasa x 100.000 habs.	Δ%
	Sexo					
	Femenino	102	2,6	62	1,5	-39
	Masculino	312	8,6	312	8,3	0
	Distrito	414	5,5	374	4,8	-10
	Ciclo de vida					
	Infancia	3	0,52	1,0	0,17	-67
	Adolescencia	35	5,63	29,0	4,80	-17
	Juventud	140	9,07	117,0	7,63	-16
	Adulthood	188	5,75	168,0	4,92	-11
	Adulto mayor	48	4,79	59,0	5,30	23
	Quinquenios de edad					
	05a 09	1	0,2	0	0,0	-100
	10 a 14	19	3,9	15	3,1	-21
	15 a 17	18	5,6	15	4,8	-17
	18 a 19	24	10,0	11	4,8	-54
	20 a 24	58	8,1	60	8,7	3
	25 a 29	66	9,1	53	6,9	-20
	30 a 34	41	6,3	43	6,2	5
	35 a 39	31	5,2	32	5,1	3
	40 a 44	45	8,7	24	4,3	-47
	45 a 49	16	3,4	24	5,0	50
	50 a 54	25	5,4	14	3,0	-44
	55 a 59	22	5,2	24	5,4	9

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
Suicidio	60 a 64	15	4,5	17	4,6	13
	65 a 69	11	4,5	12	4,4	9
	70 a 74	10	5,8	13	6,7	30
	75 a 79	7	6,2	11	8,6	57
	80 y más	5	3,7	6	4,0	20
	Localidad de residencia					
	Antonio Nariño	4	5,0	7	8,5	75
	Barrios Unidos	11	8,0	8	5,4	-27
	Bosa	31	4,4	40	5,5	29
	La Candelaria	25	15,3	11	6,3	-56
	Chapinero	31	4,9	30	4,6	-3
	Ciudad Bolívar	40	5,0	41	5,0	3
	Engativá	16	4,2	11	2,8	-31
	Fontibón	45	4,4	43	4,2	-4
	Kennedy	1	5,8	3	16,8	200
	Los Mártires	10	12,1	7	8,4	-30
	Puente Aranda	12	4,9	12	4,7	0
	Rafael Uribe	20	5,4	15	3,9	-25
	San Cristóbal	22	5,6	26	6,5	18
	Santa Fe	10	9,4	9	8,4	-10
	Suba	47	3,9	35	2,8	-26
	Sumapaz	0	0,0	1	27,9	0
	Teusaquillo	11	7,2	6	3,6	-45
	Tunjuelito	13	7,4	12	6,7	-8
	Usaquén	43	7,8	32	5,6	-26
	Usme	14	3,7	20	5,1	43
	Sin dato	8	NA	5	NA	-38

NA: no aplica

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) - Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV), 2019-2021.