 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	Página 1 de 14

Vigilancia de intento de suicidio

## **INFORME FINAL DEL EVENTO INTENTO DE SUICIDIO, COLOMBIA, 2016.**

*Ana María Blandón Rodríguez  
Médico Epidemiólogo*

*Grupo de Vigilancia y Control de Eventos de Salud mental y Lesiones de Causa externa*

*Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública*


*Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública*

### **1. INTRODUCCIÓN**

El suicidio es un problema de salud pública de gran relevancia, que de acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2020 duplicará su tasa, constituyendo una de las primeras causas de muerte a nivel mundial (1). En la actualidad se cree que más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio, siendo la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. Debe tenerse en cuenta que hay indicios de que, por cada suicidio consumado hay alrededor de 20 intentos de suicidio (2).

El intento de suicidio tiene un carácter multifactorial sin embargo, diversos estudios han identificado factores asociados importantes como los trastornos psicopatológicos, (depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas) (3, 4, 5). Algunos estudios afirman que aproximadamente el 40% de quienes han intentado suicidarse han realizado intentos previos y entre un 10 - 14% finalmente termina en un suicidio consumado (6).

Según los registros del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses<sup>18</sup> para el año 2013, la tasa de suicidio para Colombia fue de 3,84 por cada 100 000 habitantes (7), lo que de acuerdo a las estimaciones de la OMS supondría una tasa estimada de 76,8 intentos de suicidio por cada 100 000 habitantes durante el mismo periodo, esta situación resulta altamente preocupante si se tiene en cuenta el la carga emocional que esto implica para las familias, así como los costos que supone la atención de estos pacientes para el sistema de salud .

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	

## Vigilancia de intento de suicidio

### 1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

La denuncia de los intentos suicidas varía entre los países y en la mayoría de los casos no hay información disponible y confiable, por la falta de un apropiado sistema de vigilancia, sin embargo es bien sabido que el suicidio es una conducta prevenible, si se tiene en cuenta que una proporción importante de los suicidas tienen una enfermedad psiquiátrica tratable y que la gran mayoría de las personas suicidas comunican a alguien de su entorno sus intenciones autodestructivas.

En el mundo, las tasas más elevadas de suicidio se observan en hombres, con una relación de 3,5 casos en hombres por cada suicidio en mujeres, por otra parte, las mujeres presentan mayores intentos suicidas que los hombres. Esta diferencia se explica entre otros motivos porque los hombres emplean métodos más letales. Aunque se ha estimado una relación de 20 intentos de suicidio por cada suicidio consumado, este factor puede variar en diferentes grupos poblacionales, por ejemplo, en Estados Unidos hay una muerte por cada 100 o 200 intentos entre las personas de 15 a 24 años de edad (8), mientras que entre las personas mayores de 65 años hay un suicidio por cada cuatro intentos (9).

Según los estudios de carga de enfermedad, las lesiones auto-inflingidas, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio ocuparon en 2010 el lugar 18, a nivel mundial, según los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), y constituyen el 1,5% del total de AVAD (10).

En todo el mundo la disponibilidad y calidad de los datos sobre el suicidio y los intentos de suicidio es insuficiente. Sólo 60 Estados Miembros disponen de datos de registro civil de buena calidad que se pueden utilizar directamente para estimar tasas de suicidio

### 1.2. Comportamiento del evento en América

El Caribe no hispano y América del Norte presentaron las tasas más elevadas en el periodo 2005-2009, mientras que las tasas más bajas se observaron en las subregiones de América Central, Caribe hispano y México, y de América del Sur Sin embargo la falta de registros completos en varios países del Caribe no hispano hacen que estas tasas se deben interpretar con cautela.

La tasa ajustada según la edad correspondiente a América Latina y el Caribe fue de 5,2 por 100.000 habitantes para ambos sexos. Por subregiones, las tasas anuales de suicidio por 100.000 habitantes, conjuntas para ambos sexos, ajustadas según la edad, fueron: América del

Vigilancia de intento de suicidio

Norte, 10,1; América Central, Caribe hispano y México, 5,3; Suramérica, 5,2; y Caribe no hispano, 7,4 (ver tabla 1).

Tabla N° 1  
Tasas de suicidio por 100.000 habitantes, tasas no ajustadas y ajustadas según la edad, en la Región de las Américas y sus subregiones, 2005–2009

Regiones y subregiones	Tasas no ajustadas según la edad			Tasas ajustadas según la Edad		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
América	7,62	12,1	3,14	7,26	11,54	3,04
América Latina y el Caribe	5,2	8,22	2,1	5,23	8,39	2,12
América del Norte	11,43	18,24	4,8	10,07	15,88	4,27
América Central, Caribe Hispano y México	5,06	8,11	1,97	5,3	8,5	2,02
América del Sur	5,22	8,18	2,13	5,16	8,27	2,13
Caribe no hispano	7,36	11,76	3,13	7,37	11,84	3,12

Fuente: OPS. Mortalidad por suicidio en las américas. 2014


En América Latina y el Caribe las tasas de suicidio en hombres y en mujeres fueron de 8,4 y 2,1 por 100.000, respectivamente esta diferencia en las tasas de suicidio por sexo se observa en todas las subregiones, la razón hombre-mujer más alta correspondía a las personas mayores de 70 años. En la Región, la razón hombre-mujer fue 7,9 para este grupo etario. En cambio, la razón hombre-mujer más baja (2,2) se observó en las personas entre 10 y 19 años.

### 1.3. Comportamiento del evento en Colombia

En Colombia, el suicidio es la cuarta forma de violencia con una tasa de mortalidad para el año 2013 de 3,84 por cada 100.000 habitantes

En un estudio realizado en Colombia, la prevalencia de vida de intento de suicidio fue del 4,53% (IC 95%: 4,25-4,81) y del 1,2% (IC 95%: 1,06-1,24) en el último año. En el mismo estudio, el 5% de las mujeres y el 3,9% de los hombres habían intentado suicidarse durante el transcurso de la vida y 1,4% de mujeres y 1,0% de hombres lo habían intentado en el último año (11).

El intento de suicidio en Colombia tiene una prevalencia similar a la de otros países; la población con mayor riesgo está ubicada entre los 16 a 21 años (11).

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	Página 4 de 14

### Vigilancia de intento de suicidio

Los datos encontrados de prevalencia de vida de intento de suicidio por dicho estudio varían entre 5,2% y 3,6%, y hay una relación clara con el grupo de edad. No sólo disminuye la probabilidad de haber cometido un intento de suicidio a través de la vida, también disminuye la probabilidad de presentar un intento en el último año. Esto ratifica al grupo de los adolescentes como el grupo de mayor riesgo de suicidio y el incremento de esta entidad en las últimas décadas (11).

El Estudio Nacional de Salud Mental 2003 muestra que la prevalencia de vida de intento suicida en Colombia es de 4,9% este estudio, no hallo diferencias entre hombres y mujeres (12).

## 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos notificados mediante ficha 356 de intento de suicidio, y establecer la frecuencia y distribución del evento en el territorio nacional en el 2016.

## 3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un informe descriptivo retrospectivo de los hallazgos encontrados mediante la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) desde la semana epidemiológica 1 a la semana 52 de 2016.

Las variables de estudio incluyeron las definidas en la ficha de datos básicos del Sivigila y otras incluidas en la ficha de datos complementarios como, factores relacionados, diagnósticos psiquiátricos previos, mecanismo usado para el intento de suicidio, antecedentes de intentos previos y compromiso vital del paciente al momento de la atención en los servicios de salud.

Los datos fueron notificados en todas las entidades territoriales del país por los médicos de los servicios de urgencias mediante ficha de datos complementarios código 356 del Sivigila; la información fue digitada y notificada en el aplicativo Sivigila para su reporte semanal al INS.

Se realizó análisis de calidad de los datos en cuanto a duplicidad e integridad de los registros:

- Duplicidad: Los datos repetidos fueron eliminados a través de la opción de Excel “formato condicional” “duplicar valores”, las variables utilizadas para esta acción fueron: nombres, apellidos, número de documento de identificación y fecha de inicio de síntomas, esta última entendida como la fecha en la que se realizó el intento de suicidio.

Vigilancia de intento de suicidio

La determinación sobre qué caso eliminar se basó en el estado de los ajustes y la calidad del dato.

- Integridad: se identificaron los campos vacíos en las variables de obligatorio diligenciamiento de la ficha de datos complementarios.

El plan de análisis se realizó mediante estadística descriptiva e incluyó el análisis del comportamiento y la tendencia del intento de suicidio.

#### 4. HALLAZGOS

##### 4.1. Comportamiento de la notificación

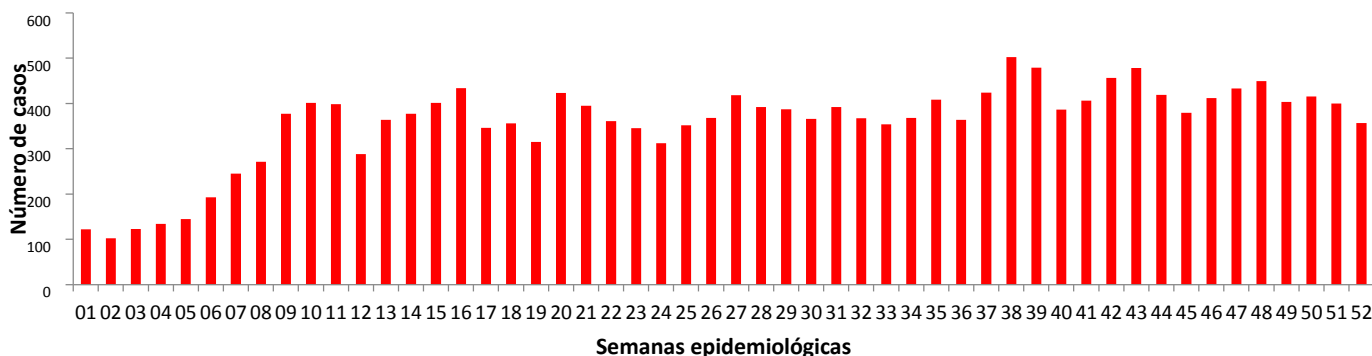
Fueron notificados 20 162 casos desde la semana epidemiológica 01 a la semana 52 de 2016, de los cuales, se identificaron 1 292 casos repetidos, 90 casos descartados por no cumplir con la definición de caso, con ajuste 6 43 casos, con ajuste D 175 casos, para un total de **18 562** casos de intento de suicidio.

##### Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Durante el año 2016, se inició la vigilancia del intento de suicidio, como resultado de este proceso, se notificaron al Sivigila 18 562

Casos, la semana que presentó el mayor número de casos fue la 38 con 502 casos (ver gráfica 1).

Gráfica N° 1  
Casos notificados de intento de suicidio, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Vigilancia de intento de suicidio

Por procedencia, Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Huila y Nariño son las entidades con mayor número de casos y concentran el 48,6 % de la notificación (ver tabla 2).

Tabla N° 2  
Casos notificados de intento de suicidio por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

Entidad territorial	Casos	%
Antioquia	3042	16,4
Bogotá	2886	15,5
Valle del Cauca	1405	7,6
Huila	843	4,5
Nariño	838	4,5
Tolima	755	4,1
Caldas	739	4,0
Cundinamarca	696	3,7
Santander	579	3,1
Boyacá	526	2,8
Cauca	523	2,8
Norte de Santander	459	2,5
Córdoba	450	2,4
Risaralda	442	2,4
Cesar	428	2,3
Barranquilla	395	2,1
Meta	392	2,1
Atlántico	391	2,1
Quindío	388	2,1
Cartagena	369	2,0
Putumayo	276	1,5
Bolívar	271	1,5
Sucre	239	1,3
Caquetá	229	1,2
Casanare	192	1,0
Magdalena	192	1,0
Santa Marta	155	0,8
Arauca	149	0,8
La Guajira	88	0,5
Chocó	59	0,3

### Vigilancia de intento de suicidio

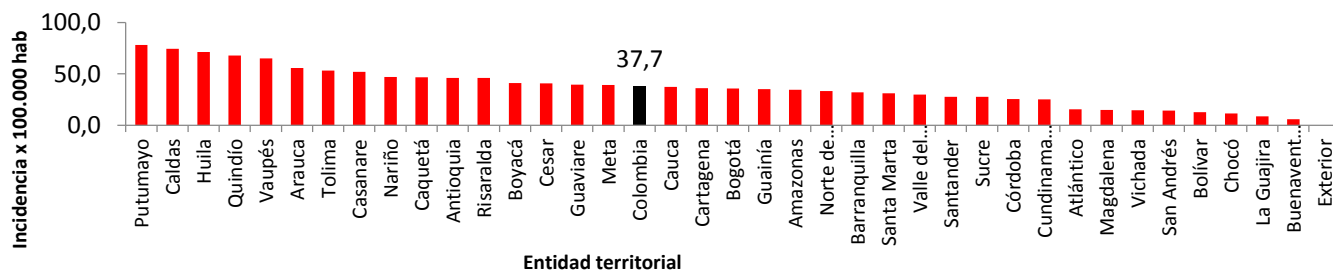
Guaviare	45	0,2
Vaupés	29	0,2
Amazonas	27	0,1
Buenaventura	24	0,1
Guainía	15	0,1
San Andrés	11	0,1
Vichada	11	0,1
Exterior	4	0,0
<b>Total</b>	<b>18562</b>	<b>100</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

La incidencia nacional del intento de suicidio fue 37,7 casos x 100.000 habitantes, las entidades que superan dicha incidencia son Putumayo, Caldas, Huila, Quindío, Vaupés, Arauca, Tolima, Casanare, Nariño, Caquetá, Antioquia, Risaralda, Boyacá, Cesar, Guaviare y Meta (ver gráfica 2).

Gráfica N° 2

Tasa de incidencia del intento de suicidio por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El 62,5 % de los casos de intento de suicidio se registró en el sexo femenino; el 81 % proceden de las cabeceras municipales, por pertenencia étnica, 492 casos (el 2,7%) se notificó en indígenas, 604 casos (el 3,3 %) en afrocolombianos, 55 casos (el 0,3 %) en ROM (gitanos) y 19 casos (el 0,1%) en raizales, el 29,5 % se registraron en el grupo de 15 a 19 años (ver tabla 3).

Tabla N° 3

Comportamiento demográfico y social de los casos de intento de suicidio, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	11610	62,5
	Masculino	6952	37,5
	Cabecera	15026	81,0

### Vigilancia de intento de suicidio

Municipal			
Área de Procedencia	Centro Poblado	1251	6,7
	Rural Disperso	2285	12,3
Pertenenencia Étnica	Indígena	492	2,7
	ROM (gitano)	55	0,3
	Raizal	19	0,1
	Palanquero	7	0,0
	Afrocolombiano	604	3,3
	Otros	17385	93,7
	Grupo de Edad	1 a 4	0
	5 a 9	71	0,4
	10 a 14	2256	12,2
	15 a 19	5475	29,5
	20 a 24	3603	19,4
	25 a 29	2320	12,5
	30 a 34	1550	8,4
	35 a 39	1040	5,6
	40 a 44	712	3,8
	45 a 49	535	2,9
	50 a 54	354	1,9
	55 a 59	262	1,4
	60 a 64	146	0,8
	65 y mas	238	1,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Durante el periodo analizado, 409 casos (129,4%) de los intentos de suicidio se presentaron en centros psiquiátricos, seguido por los centros carcelarios que presentaron 317 casos (22,8%) (ver tabla 4).

Tabla N° 4  
Reporte de casos de intento de suicidio por grupos poblacionales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

Grupos poblacionales	Casos	%
Centros psiquiátricos	409	29,4
Carcelarios	317	22,8
Gestantes	224	16,1
Desplazados	130	9,4
Discapacitados	76	5,5

### Vigilancia de intento de suicidio

Población infantil a cargo de ICBF	73	5,3
Víctima de violencia	54	3,9
Migrantes	44	3,2
Indigentes	41	2,9
Desmovilizados	15	1,1
Madres comunitarias	7	0,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

#### 4.3 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

En el 62,5% de los casos de intento de suicidio notificados a Sivigila, se reportaron conflictos recientes con la pareja, otros factores comúnmente identificados fueron problemas jurídicos, enfermedades crónicas dolorosas o discapacitantes (ver tabla 5).

Tabla N° 5  
Factores desencadenantes del intento de suicidio, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

Factores desencadenantes	Casos	%
Conflicto con pareja o expareja	7300	62,5
Problemas Jurídicos	3854	33,0
Enfermedad Crónica dolorosa o discapacitante	504	4,3
Problemas Económicos	11	0,1
Muerte de un familiar o amigo	1	0,0
Suicidio de un familiar o amigo	1	0,0
Maltrato físico psicológico o sexual	0	0,0
Escolar/Educativa	0	0,0
Problemas laborales	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

En cuanto al antecedente de enfermedad mental, el 47,6 % de los casos notificados tenía un diagnóstico previo de dicha enfermedad; el trastorno depresivo es el principal factor de riesgo relacionado con los casos de intento de suicidio (ver tabla 6).

Tabla N° 6  
Trastornos psiquiátricos asociados al intento de suicidio, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

Trastornos psiquiátricos asociados	Casos	%
Trastorno depresivo	6591	53,8
Otros trastornos afectivos	1436	11,7
Abuso de SPA	1754	14,3
Otros trastornos psiquiátrico	1648	13,5

Vigilancia de intento de suicidio

Trastornos bipolares	508	4,1
Esquizofrenia	313	2,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Las intoxicaciones son el mecanismo predominante utilizado en los casos de intento de suicidio en ambos sexos, aportando el 65,4 % de la notificación (ver tabla 7).

Tabla N° 7  
Intentos de suicidio por método utilizado y sexo, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

	Femenino	Masculino	Total	%
Intoxicaciones	8047	4160	12207	65,4
Arma Corto punzante	2194	1453	3647	19,5
Ahorcamiento	306	624	930	5,0
Arma de fuego	512	301	813	4,4
Lanzamiento al vacío	238	248	486	2,6
Otro mecanismo	376	0	376	2,0
Lanzamiento a vehículo	110	92	202	1,1
Inmolación	0	0	0	0,0
Sin Dato	0	0	0	0,0
Lanzamiento a cuerpos de agua	0	0	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

De los pacientes notificados con intentos de suicidio, el 85,4 fue remitido a psiquiatría (ver tabla 8).

Tabla N° 8  
Remisión a programas de salud mental en los casos de intento de suicidio, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

Remisión a salud mental	Casos	%
Psiquiatría	15853	85,4
Psicología	2647	14,3
Sin dato	62	0,3
Total	18562	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El 30,4% de los casos notificados, presentaron intentos previos (ver tabla 9).

Vigilancia de intento de suicidio

Tabla N° 9

Casos de intento de suicidio que presentaron intentos previos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2016

Intentos previos	Casos	%
Si	5640	30,4
No	12807	69,0
Sin dato	115	0,6
Total	18562	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

#### 4.4 Tendencia del evento

Por tratarse de un evento incluido en Sivigila 2016, no hay datos que permitan realizar una comparación o evaluación de los patrones de ocurrencia del evento.

#### 4.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento


Tasa de incidencia de intento de suicidio es de 37,7 casos x 100.000 habitantes.

## 5. DISCUSIÓN

Si se tiene en cuenta que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada muerte por suicidio se registran alrededor de 20 intentos, la notificación observada no corresponde con la magnitud del evento en el territorio nacional, esto puede deberse a que se trata de un evento incluido recientemente a Sivigila por lo que aún no se logran adecuados niveles de notificación del evento.

Las características de los resultados observados en la notificación son similares a lo descrito en la literatura frente al intento de suicidio, en general hay una mayor proporción de casos de intento de suicidio en mujeres que en hombres y se concentran en población entre los 14 y 24 años de edad.

Estudios longitudinales muestran que cerca de un 40% de las personas que intentan suicidarse han tenido intentos previos (6), los registros enviados a Sivigila señalan que el 31,5% de los casos ya habían intentado suicidarse previamente, aunque los datos no difieren en gran medida de las estimaciones, esta diferencia puede estar relacionada con la no disponibilidad de esta

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	

### Vigilancia de intento de suicidio


información en los servicios de urgencias al momento en que se diligencia la ficha de notificación.

Mientras que la literatura establece que el 90% de los intentos de suicidio se presenta en pacientes con trastornos psiquiátricos, siendo los más comunes, los trastornos depresivos (2). El 47,6 % de los casos reportados a Sivigila tienen diagnósticos previos de trastornos psiquiátricos esta diferencias se sustentan en el sub diagnostico existente en el país de los casos de enfermedad mental.

La OMS estima que alrededor de un 30% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación (2), de acuerdo a los datos a Sivigila durante las 52 semanas epidemiológicas se reportaron 12 207 intentos de suicidio en donde el mecanismo fue una intoxicación lo que corresponde al 65,4 % de los eventos, la diferencia se explica debido a la baja letalidad de las intoxicaciones con intencionalidad suicida, adicionalmente la alta proporción de reportes de intoxicaciones, puede deberse a que estas ya venían siendo vigiladas con anterioridad por factores de riesgo ambiental y por lo tanto es posible que los médicos estén más familiarizados con estos eventos y su reporte al Sivigila.

## 6. CONCLUSIONES

- Las entidades territoriales donde se presentan las mayores proporciones de notificación de casos son: Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Huila y Nariño.
- La incidencia nacional de intento de suicidio es de 37,7 casos x 100.000 habitantes, las entidades que presentaron las incidencias más altas superando la nacional son: Putumayo, Caldas, Huila, Quindío y Vaupés.
- El mayor número de intentos de suicidio se registró en el sexo femenino.
- Dentro de los grupos étnicos minoritarios, las poblaciones afrodescendientes e indígena presentan la mayor proporción de intento de suicidio.
- El intento de suicidio, es el mejor predictor de un suicidio consumado, por lo que su vigilancia y el acompañamiento posterior de los casos es fundamental para evitar muertes relacionadas a este evento.
- El 62,5% de los casos notificados presentaron conflictos recientes con la pareja o expareja.


 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	

Vigilancia de intento de suicidio

- El factor de riesgo predominante en los intentos de suicidio es el trastorno depresivo con 53,8 % de la notificación.
- El método predominante en los intentos de suicidio en ambos sexos es la intoxicación con 65,4 %.

## 7. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar actividades de acompañamiento virtual y presencial a las entidades territoriales a fin de fortalecer la vigilancia, la identificación oportuna de casos y la calidad de los datos notificados, también se recomienda iniciar acciones de capacitación desde las secretarías departamentales hacia sus municipios y hacia sus UPGD.
- Enfatizar durante los procesos de acompañamiento sobre la importancia de realizar un trabajo coordinado con los programas de promoción y prevención de salud mental quienes deben hacer seguimiento y acompañamiento a los casos de intento de suicidio.
- Fortalecer los procesos de divulgación de la información por parte de las entidades territoriales y su participación en los comités de vigilancia epidemiológica, como una estrategia no solo de comunicación de los resultados, sino también de posicionamiento del evento dentro de la toma de decisiones y la planeación en salud.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	Página 14 de 14

Vigilancia de intento de suicidio

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. **Bando H, Brunoni A, Fernandes T, Benseñor I, Lotufo P.** Suicide rates and trends in Sao Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: a join-point regression analysis. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34: 268-293.
2. **Organización Mundial de la Salud** Prevención del suicidio un imperativo global. disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf)
3. **Evans E, Hawton K, Rodham K, Psychol C, Deeks J.** The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2005; 35(3):239-50.
4. **García J, Palacio C, Arias S, Ocampo M, Calle J, Restrepo D, Vargas G, Lopez C.** Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2007; 36(4): 610-627
5. **Tuesca R, Navarro E.** Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte.* 2003; 17: 19-28
6. **Mosquera F.** El comportamiento suicida. *Avances psiquiatría biológica.* 2006; 7: 78-88
7. **Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.** *Forensis* 2013: datos para la vida. 2013.
8. **Centers for Disease Control and Prevention.** National Center for injury and Control, Division of Violence Prevention. *Suicide Facts at GLance.* Disponible en: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf>
9. **Friedmann H, Kohn R.** Mortality, or probability of death, from a suicidal act in the United States. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38:287-301.
10. **Organización Panamericana de la Salud.** *Mortalidad por suicidio en las americas.* Washington: OPS; 2014
11. **Bohórquez A, Restrepo C, Rodríguez N, Bohórquez A, Diazgranados N, Ospina M, Fernández C.** *Revista colombiana de psiquiatría.* 2002;31(4):271.
12. **Ministerio de la Protección Social.** *Estudio nacional de salud mental, Colombia, 2003.* Ministerio de la Protección Social-Fundación FES Cali; 2005.

## 9. ANEXOS

NA