



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

COMPARACIÓN DE SUICIDIOS OCURRIDOS EN BOGOTÁ, DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2, EN RELACIÓN CON EL AÑO PREVIO

Juan Sebastián Morales Cuéllar

Residente de tercer año de la Especialidad en Medicina Forense

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento de Patología
Bogotá D.C, Colombia
2024

COMPARACIÓN DE SUICIDIOS OCURRIDOS EN BOGOTÁ, DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2, EN RELACIÓN CON EL AÑO PREVIO

Juan Sebastián Morales Cuéllar

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Medicina Forense

Director:

Dr. Cesar Andrés Cortés Castro
Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento de Patología
Bogotá D.C, Colombia
2024

Resumen

Introducción: El suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida, siendo considerado un problema de salud pública a nivel mundial. Su prevalencia, los factores de riesgo y los métodos utilizados varían de acuerdo a la cultura en diferentes países. Actualmente no hay certeza del comportamiento y la tendencia suicida secundaria a la carga en la salud mental desencadenada por las medidas de distanciamiento, confinamiento y restricciones implementadas durante la pandemia por Covid - 19. Si bien se evidenció un aumento de la violencia en diferentes poblaciones, también hubo repercusiones en la salud mental que comprenden desde la ideación suicida, pasando por el interno, hasta el suicidio consumado.

Objetivos: Comparar la prevalencia de las muertes suicidas y los factores asociados durante el primer año de la Pandemia Covid-19 en comparación con el año previo, en Bogotá.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, de temporalidad retrospectiva, donde se analizaron los datos aportados por el Centro Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, de las necropsias concluidas como suicidios realizadas en Bogotá en los periodos comprendidos del 11 de marzo de 2019 al 10 de marzo de 2020 (año pre-pandemia) y del 11 de marzo de 2020 al 10 de marzo de 2021 (primer año de la pandemia).

Resultados: Durante el año prepandemia se presentaron 390 casos de suicidios, en comparación con 333 casos suicidas durante el primer año de pandemia. En ambos periodos, los decesos se presentaron principalmente en hombres adultos de 29 a 59 años, solteros, quienes tenían un nivel de escolaridad de secundaria básica y/o media. Así mismo, se identificaron que las causas de muerte más frecuentes en ambos periodos de estudio fueron los ahorcamientos (55.3% vs 60%), seguido por las intoxicaciones (21.5% vs 16.8%) y en tercer lugar las muertes por traumas por mecanismo contundente (10.2% vs 14.7%), dadas por precipitaciones de alturas y por atropellamientos en eventos de tránsito. Finalmente, se determinó que, durante el primer año de pandemia, las localidades de Bogotá que tuvieron las tasas de contagio más altas de forma concomitante para infección por Covid – 19 y número de suicidios consumados fueron Los Mártires, Chapinero y Santa Fe.

Conclusiones: En ambos periodos de estudio no se evidenciaron grandes diferencias tanto en el número total de suicidios consumados como en las características sociales, demográficas ni en los factores de riesgo asociados. Por otra parte, las comorbilidades físicas y psiquiátricas, el consumo de sustancias de abuso y la condición socioeconómica, son factores que pudieron precipitar la toma de la fatal decisión.

Palabras claves: Suicidio, Covid – 19, pandemia, enfermedades mentales y físicas.

Abstract

Title: Comparison of suicides that occurred in Bogotá, during the first year of the SARS-COV-2 pandemic, in relation to the previous year.

Introduction: Suicide is the deliberate act of taking one's own life, being considered a public health problem worldwide. Its prevalence, risk factors and methods used vary according to culture in the different countries. Currently there is no certainty about the behavior suicidal tendency secondary to the burden on mental health triggered by distancing, confinement and restrictions measures implemented during the Covid – 19 pandemic. Although an increase in violence was evident in different populations, there were also repercussions on mental health ranging from suicidal ideation, attempt suicide, to completed suicide.

Objectives: Compare the prevalence of suicidal deaths and associated factors during the first year of the Covid – 19 pandemic compared to the previous year, in Bogotá.

Materials and methods: A descriptive observational study was carried out, with a retrospective temporality, where the data provide by the National Reference Center on Violence (NRCV) of the Institute National of Legal Medicine and Forensic Science, from the autopsies concluded as suicides carried out in Bogotá in the periods from March 11, 2019 to March 10, 2020 (pre pandemic year) and from March 11, 2020 to March 10, 2021 (first year of the pandemic).

Results: During the pre-pandemic year, there were 390 cases of suicide, compared to 333 cases during the first year of the pandemic. In both periods, death occurred mainly in adult's men between 29 and 59 years old, single, who had lower and/or middle school level of education. Likewise, it was identified that the most frequent causes of death in both study periods were hangings (55.3% vs 60%), followed by poisoning (21.5% vs 16.8%), and in third place the deaths due to blunt trauma (10.2% vs 14.7%). Finally, it was determined that, during first year of the pandemic, the localities that had the highest contagion rates concomitantly for Covid – 19 infection and the number of completed suicides were Martires, Chapinero and Santa Fe.

Conclusions: In both study periods, no major differences were evident in the total number of completed suicides, as well as in the social and demographic characteristics, or in the associated risks factors. On the other hand, physical and psychiatric comorbidities, consumption of substances of abuse and socioeconomics conditions are factor that can precipitate the making of the fatal decision.

Keywords: Suicide, Covid – 19, pandemic, mental and physical illnesses.

Contenido

	<u>Pág.</u>
Contenido	
1. Planteamiento del problema.....	8
2. Justificación	10
3. Objetivos.....	12
3.1 Objetivo general.....	12
3.2 Objetivos específicos	12
4. Marco teórico.....	13
5. Marco metodológico	18
5.1 Tipo de investigación.....	18
5.2 Población de estudio	18
5.3 Operacionalización de las variables	18
5.4 Técnicas, procedimientos, recolección y procesamiento de datos.....	21
5.5 Análisis de resultados	22
5.6 Financiación	22
6. Resultados.....	23
7. Discusión, limitaciones y recomendaciones	40
8. Conclusiones.....	43
9. Bibliografía	46

Dedicatoria

A Dios por colocar en mi camino a mis Padres quienes fueron su instrumento, para regalarme lo más hermoso del mundo: La Vida.

A las mujeres que la forjaron, Fabiola y Cecilia, por darme la mejor enseñanza que se le puede dar a una persona: aprender a vivir y salir siempre triunfante en la vida.

A mis hijas Celeste y Ana Lucía, por acompañarme en este mundo terrenal; no me cansaré de agradecerle a Dios por dejármelas tener a mi lado.

A mis mentores, Rosa Amelia y Néstor Raúl, quiero agradecerles porque por medio de sus consejos, me ayudaron a soportar con resiliencia esta etapa de mi vida.

Al doctor Nelson Téllez quien fue el ideólogo del presente estudio y al doctor Cesar Andrés por el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de estos 3 años.

A los doctores Carlos Murillo y Yady Durán quienes me facilitaron el acceso a la información y me acompañaron en este proceso.

A Diana Paola, quien a pesar del paso del tiempo ha estado siempre junto a mí, en las buenas y en las malas, agradezco a Dios por colocarla en mi camino.

Juan Sebastián

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades transmisibles a lo largo de la historia han ocasionado numerosos problemas de gran alcance, afectando desproporcionadamente a las comunidades más vulnerables y vinculando una compleja variedad de determinantes en salud, que se superponen entre sí. Así mismo, las enfermedades transmisibles imponen no solo costos económicos, sino costos intangibles sociales a personas, familias y comunidades, que impiden alcanzar la salud física y mental plena.

El brote causado por el coronavirus SARS-COV2, fue reportado por primera vez en diciembre de 2019, en Wuhan (China), y posteriormente se fue extendiendo hasta ser declarada pandemia el 11 de marzo de 2020, lo cual ocasionó significativa para la población en general y aumento en la carga en los sistemas de salud del mundo¹.

Durante la pandemia se evidenciaron profundos miedos, preocupaciones e incertidumbres², que influyeron en los comportamientos públicos y las conductas tanto de la población general como del personal sanitario, lo cual impactó la salud mental de la población³. Algunos reportes de la literatura han descrito que, de acuerdo con el tipo de población, se presentaron consecuencias diferentes; por ejemplo, en la población general existen altos niveles de angustia y estrés postraumático⁴ relacionados con el miedo a contraer la infección y/o las secuelas de ésta; en ese orden de ideas, un grupo de investigadores liderado por Dickerson F. y colaboradores, describieron un mayor riesgo de interrupción en los tratamientos a largo plazo en personas con problemas de salud mental preexistentes, asociándolo a recaídas y la aparición de estados psicóticos agudos⁵. Pompelli M. y colaboradores evidenciaron que el desempleo y la inseguridad laboral vivida durante la pandemia por Covid-19, se asoció a empeoramiento en la salud mental, angustia general, y mayor riesgo de suicidio en la población italiana más vulnerable (personas con enfermedades mentales y mujeres), se asoció a mayores tasas de desempleo⁶.

Por otra parte, al enfocarnos en el sector salud el *Síndrome de Burnout* es una patología que frecuentemente aqueja al personal sanitario, no obstante, los estudios son contradictorios ya que, por una parte Zambrano B. y colaboradores describen una elevada proporción de agotamiento emocional en los profesionales sanitarios de atención primaria en Toledo, España⁷; sin embargo Pedraza S. y Valbuena X. describieron en su trabajo investigativo, que los trabajadores sanitarios aún no presentan una alta prevalencia del agotamiento mental y *síndrome de Burnout*⁸.

De acuerdo con las estadísticas sanitarias mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 97.339 personas murieron por suicidio en las Américas en el año 2019 y se estima que los intentos suicidas superan 20 veces esa cifra. De igual manera, la OMS registró que los suicidios consumados se presentan principalmente en hombres (77% de todas las defunciones por esta causa) y muchos países han reportado tasas crecientes de muerte asociadas al suicidio⁹.

Con base en lo previamente expuesto el presente estudio compara la prevalencia de los suicidios consumados ocurridos en Bogotá, durante el primer año de la pandemia por Covid-19 (11 de marzo de 2020 al 10 de marzo de 2021) con el año previo al inicio de la pandemia (11 de marzo de 2019 a 10 de marzo de 2020).

2. JUSTIFICACIÓN

La pandemia por Covid-19 ha repercutido gravemente en la salud mental y el bienestar de las personas en todo el mundo¹⁰. Si bien muchas personas se han adaptado¹¹, otras han sufrido problemas de salud mental, en algunos casos como consecuencia de la infección por la COVID-19¹²¹³¹⁴. La pandemia también impidió el acceso a los servicios de salud mental y ha suscitado preocupación por el aumento de los comportamientos suicidas¹⁵.

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo con los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los adolescentes poseen vulnerabilidades particulares, por su etapa del desarrollo¹⁶.

De acuerdo con el estudio realizado por Pirkis J. y colaboradores, donde analizó una serie cronológica ininterrumpida de las tendencias mensuales de suicidios en 21 países (16 países de altos ingresos y 5 países de ingresos medianos altos), ninguno de los países notificó datos de un aumento en las tasas de suicidio en los primeros cuatro meses de la pandemia (de abril a julio de 2020); de igual forma había datos de una disminución de las tasas en 12 países. A final de octubre de 2020, en algunas zonas de tres países dispersos geográficamente (México D.F - México, Valle de Tamesis – Reino Unido, Victoria – Australia) se constató una disminución de las tasas de suicidio, mientras que otros datos mostraron aumentos de la tasa de suicidios (5% a 31%) en otros territorios (Austria, Japón y Puerto Rico)¹⁷. En países de bajos y medianos ingresos, son escasos los estudios que proporcionen datos sobre las muertes por suicidio¹⁸.

En términos generales, las tasas de suicidio en la mayoría de los países que informaron datos estadísticos no aumentaron al comienzo de la pandemia, sin embargo, hubo indicios de un aumento del riesgo en personas jóvenes, y el impacto a largo plazo de la pandemia y la recesión económica asociada en la salud mental y las tasas de suicidio sigue siendo motivo de preocupación, dado el vínculo bien reconocido entre los comportamientos suicidas y las dificultades económicas¹⁹.

Aunque se ha descrito que en el suicidio se comparten factores de riesgo generales, también se ha demostrado que los factores geográficos, culturales y sociales juegan un papel importante en el desarrollo de dicho fenómeno a nivel de grupos sociales más localizados.

En tal sentido, en Colombia se cuenta con escasa información acerca de las muertes ocurridas por suicidio durante la Pandemia Covid-19, por lo que se considera importante describir la prevalencia del fenómeno suicida, circunscribiendo la población estudio a los casos de mortalidad por suicidio realizados en la Sede Central del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en Bogotá; de tal manera que surge la pregunta de investigación partiendo del estado del arte,

donde se observó inicialmente que la curva de suicidios fue descenso y luego en aumento.

La decisión de realizar el estudio en la ciudad de Bogotá radica en la representatividad que como Distrito Capital ofrece debido a que es una ciudad pluricultural, tiene el mayor número de habitantes en Colombia y se cuenta con información documental sistematizada de las defunciones con respecto a otros lugares del país. El periodo de tiempo se escogió teniendo en cuenta la fecha en que comenzó la pandemia en Colombia.

3.OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.1.1 Comparar la prevalencia de las muertes por suicidio en Bogotá y los factores asociados durante el primer año de la Pandemia Covid-19 (11 de marzo de 2020 a 10 de marzo de 2021) en comparación con el año previo a la pandemia (11 de marzo de 2019 a 10 de marzo de 2020).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Describir las características sociodemográficas de las personas que fallecieron por suicidio en el periodo de estudio, en Bogotá D.C.

3.2.2 Caracterizar las causas de muerte más frecuentes, usados en consumir el suicidio en los periodos de estudio.

3.2.3 Realizar un análisis ecológico de la tasa de suicidios contra la incidencia de casos de COVID-19 por localidades en Bogotá, de acuerdo con los reportes de la Secretaría Distrital de Salud, publicados en Salud Data.

4. MARCO TEÓRICO

El suicidio

El suicidio es un fenómeno que ha sido reconocido por la OMS como un problema en Salud Pública²⁰, y se define como el acto donde una persona se quita la vida deliberadamente, independiente del mecanismo usado. El origen de este fenómeno es multicausal y multidimensional. Cada año, se estima que aproximadamente un millón de personas fallecen en el mundo a causa de este fenómeno y hoy en día continúa siendo un infeliz desenlace que genera gran impacto social, cultural, familiar, y económico.

De acuerdo con el *Informe Mundial sobre la Violencia y Salud*, la Organización Mundial de la Salud en el 2003 definió la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Entre la tipología de la violencia, se encuentra la autoinfligida que comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. La conducta suicida, entendida como un tipo de violencia, es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales.

Modelo ecológico para comprender la violencia²¹



Dicho modelo fue introducido desde finales de los años setenta, y ha sido propuesto para comprender no solo el maltrato hacia menores y jóvenes, sino también en violencia de pareja. De hecho, el modelo pretende comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia y por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia sí mismos, o hacia otros.

En el primer nivel del modelo ecológico centra su atención en las características propias del individuo, y pretende identificar los factores biológicos, psicológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona.

En el segundo nivel se interesa por el modo en que las relaciones cercanas aumentan el riesgo de conducta suicida, entre ellos la interacción con los

compañeros, la pareja y los miembros de la familia, quienes tienen el potencial de configurar el comportamiento de un individuo y la gama de experiencias de este.

En el tercer nivel, el de la comunidad, examina los contextos en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo, y el vecindario; busca identificar las características de estos entornos que se asocian con la conducta suicida. Finalmente, el cuarto nivel, revisa los determinantes sociales que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad o generan tensiones entre diferentes grupos poblacionales.

Por otra parte, Londoño-Muriel V y Cañón-Buitrago SC describieron los factores de riesgo en adolescentes asociados a la consumación de la conducta suicida, que incluyen las enfermedades físicas, los trastornos mentales, el consumo de drogas de abuso y de alcohol, la angustia emocional, la violencia multidimensional, un cambio repentino e importante en el ritmo de vida (como la pérdida del empleo, la separación de una pareja, etc.) y en muchos casos, la combinación de estos factores²².

Coronavirus de tipo 2

El Coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-COV2) es un virus perteneciente a la familia de los β -coronavirus humanos, el cual produce la enfermedad por Covid-19, la cual se presenta como un síndrome de distrés respiratorio del adulto potencialmente grave; de hecho, se ha reportado que otros Coronavirus (HCOV-HKU1, HCOV-OC43), pueden causar cuadros respiratorios y asociarse a compromiso sistémico produciendo colapso pulmonar, cardíaco, renal, hepático y compromiso del Sistema Nervioso Central (SNC) y Periférico (SNP)²³.

El compromiso de las funciones del SNC puede explicarse por varios mecanismos; por un lado, el tropismo del virus por el tejido nervioso lesiona directamente el SNC, a través de la inserción de material genético del virus e incluso han detectado en algunos casos, material genético del virus en líquido cefalorraquídeo. De igual forma, se asume que el virus ingresa al SNC a través del bulbo olfatorio, y probablemente se disemine mediante dispersión hematológica²⁴⁻²⁵⁻²⁶.

Más allá de la noxa directa que el virus puede causar en el SNC, el SARS-COV2 puede causar un compromiso severo mediado por la hipoxia sistémica asociado al estado inflamatorio persistente, secundario a la tormenta de citoquinas, lo que puede aumentar la incidencia de eventos cerebrovasculares secundarios a coagulopatía³¹.

El 30 de enero de 2020, la OMS declaró la enfermedad por COVID – 19 como *una amenaza para la Salud Pública Internacional*, al anunciar que el brote surgido a finales del año 2019, en Wuhan (China), se extendió sin precedentes por todos los continentes. Desde el 11 marzo de 2020 la OMS la escaló a nivel de pandemia,

ocasionando que las autoridades mundiales en salud actuaran rápidamente y extremaran medidas para contener la expansión de esta²⁷.

El Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) de Colombia, el seis de marzo de 2020, reportó un boletín de prensa, el primer caso de Covid-19 en el país, en una mujer de 19 años procedente de Milán (Italia)²⁸. Así mismo, el 21 de marzo del mismo año, el Minsalud atribuyó el primer fallecimiento por Covid-19 en el país, en un hombre de 58 años que trabajaba como taxista en Cartagena (Bolívar), después de tener contacto estrecho con turistas italianos²⁹.

Suicidios en la Pandemia por SARS-COV2

El impacto en la sostenibilidad económica, el bienestar y la salud mental, puede inducir sentimientos y emociones como la tristeza, la preocupación, el miedo, la ira, la molestia, la frustración, la culpa, la impotencia, la soledad, el nerviosismo, entre otros¹³⁻³⁰, que caracterizan el sufrimiento psicológico, que las personas pueden experimentar durante y después de una crisis de estrés, como la inducida por la pandemia por Covid-19³¹⁻³².

La recesión económica secundaria al confinamiento estricto, como consecuencia de la pandemia, llevó a un empeoramiento en la pobreza multidimensional que facilita y en cierto grado promueve que el fenómeno suicida sea visto como una salida a la crisis.

Al realizar una mirada a otras pandemias ocurridas a lo largo de la historia, desde la peste negra en el siglo XIV, se observan las repercusiones económicas, sociales, familiares que surgen a raíz de una emergencia de tal magnitud. Es importante resaltar que las pandemias anteriores transcurrieron en épocas, en que prácticamente nadie llegaba a la vejez. Debido a que la expectativa de vida hoy es mucho mayor, se espera que las consecuencias de la crisis transcurran de una manera diferente, no solo en términos de mortalidad atribuida directamente al Covid-19, sino al impacto en el bienestar social, la salud mental y la seguridad financiera, generada por la crisis.

Los autores del estudio “Suicidio y crisis en salud en Extremadura”, afirman de manera apriorística, que el riesgo de suicidio en la población española pudo haber aumentado tras el inicio de la pandemia, por lo que, en la región occidental de Extremadura, de acuerdo con un estudio, documentaron que la tasa de suicidios fue más alta para el año 2020, a pesar de que la variación con respecto a la media de los cinco años previos (2015 al 2019) no fue significativa. Por lo anterior no es posible afirmar que durante el confinamiento en el 2020 hubo un cambio significativo en la tendencia de suicidios consumados³³.

Los resultados del estudio “The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas (HEROES)”, dejó en evidencia que en varios países de Latinoamérica existieron elevadas tasas de malestar psicológico,

síntomas depresivos, e ideación suicida. De hecho, entre 14.7% y 22% del personal sanitario presentó síntomas que permitieron sospechar un episodio depresivo y la proporción de participantes en riesgo de sufrir un episodio depresivo grave varío entre 3% en países como Venezuela y 15% en Chile. Al mismo tiempo, entre 5% y 15% del personal de salud afirmó presentar ideación suicida. En los países representados de la región, aproximadamente un tercio de quienes dijeron necesitar atención psicológica, la recibió³⁴. De igual forma, entre los factores de riesgo más importantes está la necesidad de apoyo emocional y económico, sentir preocupación por contagiar a los familiares, los conflictos con los familiares de las personas contagiadas, y los cambios en las funciones laborales habituales. Por otra parte, los factores protectores más importantes fueron confiar en que la institución de salud y el gobierno podrían manejar la pandemia, tener hijos menores de 18 años, contar con el apoyo de los compañeros de trabajo y considerarse una persona espiritual o religiosa.

La probabilidad de que ocurra la consumación del suicidio está determinada por una serie de factores, donde uno de los más importantes es la presencia de un episodio depresivo mayor³⁵. Según los resultados de un metaanálisis, la prevalencia puntual de depresión en pacientes con COVID-19 está muy por encima del promedio de la población (23% frente al 4%), por lo que, sólo considerando este único factor de riesgo, se esperaría que la tasa de suicidios de la población aumente durante la pandemia³⁶.

Por su parte, otro estudio que buscó evaluar el comportamiento suicida en San Petersburgo (Federación Rusa), después de la introducción de las severas medidas de contención implementadas debido a la pandemia, evidenció que en los meses de abril y mayo de 2020 (meses en lo que las medidas de confinamiento fueron más estrictas), las tasas de suicidio fueron aproximadamente 30% inferiores al promedio de los cuatro años previos (2016 al 2019), particularmente en hombres mayores de 55 años; no obstante en junio de 2020, se registró un aumento del 50% de suicidios en mujeres, mientras que en hombres jóvenes (15 a 34 años), hubo un aumento de aproximadamente 88% en mayo del mismo año. Es importante tener en cuenta que dicho análisis fue preliminar y no tuvo en cuenta la posible estacionalidad, sin embargo, los autores consideraron que la reducción de suicidios consumados inmediatamente después de la exposición a la crisis merece especial atención, pues apoya las opiniones de algunos expertos de que, en la fase aguda de la crisis, el comportamiento suicida puede disminuir y posteriormente es reemplazado por un rápido aumento³⁷.

Otro estudio procesó un conjunto de datos de casi una cuarta parte de la población inglesa (13 millones de personas) y tampoco encontró un aumento en el número de suicidios siete meses después de iniciada la pandemia (de abril a octubre de 2020)³⁸.

En otro estudio realizaron una búsqueda sistemática de información relacionada con suicidios y finanzas (recolección de datos en tiempo real, superando retrasos inherentes a la publicación de estadísticas vitales), donde analizaron las tasas de

suicidios en 21 países de altos ingresos y medianos ingresos, en el periodo comprendido entre el primero de septiembre y el primero de noviembre de 2020; en los resultados mostraron que parece no existir un aumento en el riesgo de suicidio en los primeros meses de la pandemia en los países incluidos en el estudio; dichos resultados son consistentes con publicaciones provenientes de literatura gris, en países como Inglaterra⁴⁴. Una explicación parcial a dichos resultados sobreviene de que muchos de los países que implementaron medidas de aislamiento obligatorio y confinamiento estricto, rápidamente promulgaron medidas de apoyo económico para mitigar las consecuencias económicas de la pandemia. No obstante, en muchos casos este apoyo fue reducido progresiva y finamente retirado, lo que generó mayor estrés en la población económicamente activa¹⁷.

La tasa de suicidios en Leipzig (Alemania) no cambió durante la pandemia, en comparación con la tendencia establecida en años anteriores (es importante hacer claridad que los autores incluyeron sólo los primeros meses de la pandemia, es decir de marzo – septiembre de 2020)³⁹.

Por otra parte, los resultados de dos estudios japoneses difieren levemente de los reportados hasta ahora ya que mostraron una disminución en los primeros meses de la epidemia (de febrero a junio de 2020), pero luego se observó un aumento en la tasa de suicidios, principalmente en las mujeres; los autores explicaron la brecha de género, asociando con una mayor tasa de pérdida de empleo en las mujeres y un aumento de la violencia doméstica⁴⁰⁻⁴¹.

Finalmente, en otro estudio húngaro publicaron que las tasas de suicidio no cambiaron en las mujeres durante la pandemia, no obstante, en el modelo planteado para el género masculino mostró que los suicidios entre marzo y diciembre de 2020 fueron 1.18 veces más en hombres que en mujeres (IC 95%: 1.084 a 1.29), y 1.16 veces más en hombres que en la población general (IC 95%: 1.075 a 1.258). Así mismo el número de casos de suicidios consumados en hombres fueron 1100 durante los meses de pandemia, mientras se estimó que ocurrirían 929 casos, de acuerdo con la proyección del año 2019³¹.

En el conjunto de la población, documentaron 1438 casos de suicidio entre marzo y diciembre de 2020, mientras que, según la proyección del año 2019, debieron ocurrir 1236 casos, es decir 202 casos más de lo esperado⁵².

No obstante, debido al origen multicausal y multidimensional del suicidio ya descrito, es importante plantearse si las muertes ocurridas durante la pandemia pueden explicarse por la teoría de la cohesión social, donde hay un apoyo mutuo entre pares y grupos sociales en búsqueda de aumentar el estado de ánimo de esperanza⁴², o por el contrario, se sustentan en la teoría de la tormenta perfecta donde se genera un aumento en el número de casos de suicidios durante la pandemia del Covid-19, debido a que durante la pandemia los 'instigadores del suicidio' (aislamiento social), 'los impulsores del suicidio' (empeoramiento de problemas de salud mental) y los 'desinhibidores del suicidio' (abuso del consumo de licor) son más fuertes que los 'inhibidores del suicidio' (fácil acceso a la atención en salud mental)⁴³.

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de investigación

El presente se clasifica como un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

5.2 Población de estudio

La población estudiada estuvo compuesta por los casos fatales que fueron sometidos a necropsia médico legal en la Sede Central del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), cuya manera de muerte fue determinada como violenta - suicidio, en los siguientes periodos: 11 de marzo de 2019 a 10 de marzo de 2020 y 11 de marzo de 2020 a 10 de marzo de 2021.

5.3 Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicador	Nivel de medición
Edad	Años cumplidos del occiso(a)	Número de años cumplidos	Cuantitativa Discreta
Sexo	Condición fenotípica que diferencia al hombre de la mujer	Hombre, mujer	Cualitativa Nominal
Ocupación u oficio	Actividad laboral que no requiere estudios formales	Comerciante, artesano, pintor, etc.	Cualitativa Nominal
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio	Soltero, casado, unión libre, divorciado	Cualitativa Nominal

Nivel educativo	Serie ordenada de programas educativos agrupados con relación a una gradación de las experiencias de aprendizaje, conocimiento, habilidades y competencias	Bachillerato incompleto, bachiller académico o técnico, técnico, tecnólogo, profesional, magister, doctor	Cualitativa Ordinal
Localidad de residencia	Divisiones administrativas con homogeneidad relativa desde el punto de vista geográfico, cultural, social y económico de Bogotá	Nombre de la localidad y del barrio donde estaba domiciliado el(la) occiso(a)	Cualitativa Nominal
Estrato socioeconómico del occiso(a)	Descripción de la situación de una persona según la educación, los ingresos y el tipo de trabajo que ejerce	Bajo-bajo, bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto	Cualitativa Ordinal

<p>Localidad de ocurrencia del hecho</p>	<p>Divisiones administrativas con homogeneidad relativa desde el punto de vista geográfico, cultural, social y económico de Bogotá</p>	<p>Nombre de la localidad y del barrio donde se ocurrió el suicidio</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p>Tipo de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)</p>	<p>La administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud y la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo a los servicios de salud</p>	<p>Régimen de aseguramiento al que pertenecía el occiso(a) (Subsidiado, contributivo, vinculado, especiales, excepción)</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p>Número de intentos suicidas</p>	<p>Número de intentos previos de suicidio</p>	<p>Número de intentos de suicidios (Por ejemplo: 1, 2, 3, etc.).</p>	<p>Cuantitativa Discreta</p>
<p>Causa de muerte</p>	<p>Enfermedad o trauma que desencadena una secuencia de eventos que termina en la muerte de una persona</p>	<p>Proyectil de arma de fuego, ahorcamiento, intoxicación, sofocación, etc.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>

Motivo del suicidio	Facultad intuitiva en distinción al entendimiento que mueve o motiva el evento suicida	Conflicto con pareja o ex pareja, enfermedad mental o física, muerte de un familiar o amigo, conflicto familiar, laborales, escolares, jurídicas, maltrato sexual, físico o psicológico, bullying. <i>Nota: Esta variable se infirió con base a la información de las siguientes tres variables</i>	Cualitativa Nominal
Antecedentes de Enfermedad Física	Comorbilidades que presentaba el occiso(a) al momento de fallecer	Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Neoplasias, Enfermedades Infecciosas, Enfermedades Degenerativas del SNC	Cualitativa Nominal
Antecedentes de enfermedad mental	Comorbilidad que presentaba el occiso(a) al momento de fallecer	Tipo de enfermedad mental que presentaba. (Clasificación DSM V)	Cualitativa nominal
Factor de vulnerabilidad	Situación en la cual una persona se encuentra en una condición límite en cuanto a sus posibilidades de satisfacción, con baja capacidad para enfrentar cambios y eventualidades.	Consumo de sustancias psicoactivas, persona en condición de desplazamiento, persona bajo custodia, orientación sexual diversa, persona en situación de calle, maestro/educador, miembro de ONG, funcionarios judiciales	Cualitativa nominal

5.4 Técnicas, procedimientos, recolección y procesamiento de datos

Se solicitó al Grupo Centro de Referencia Nacional de Sobre Violencia (CRNV) del INMLCF la información de casos de suicidio sometidos a necropsia médico legal en Bogotá, en los periodos de tiempo contemplados en el estudio. Dicha información

fue revisada, depurada y recategorizada con el fin de mejorar la calidad de los datos, las cuales estaban en una hoja de Excel. Por otra parte, de los datos publicados en el observatorio en salud de Bogotá (Salud Data), se obtuvieron datos respecto a los casos confirmados por localidad de Covid-19 en Bogotá en los periodos de estudio.

5.5 Análisis de resultados

Se realizó un análisis descriptivo por medio de las medidas de frecuencia y de tendencia central y de dispersión, las cuales proyectaron mediante tablas y gráficas. Por otra parte, se generaron las tasas de suicidios por localidades de Bogotá para su comparación con las tasas de infección por Covid-19, ilustradas mediante una representación cartográfica.

5.6 Financiación

El presente trabajo fue financiado a través de una beca de estudio en el marco del convenio de cooperación interinstitucional entre el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) Delegación Colombia y la academia, apoyando la formación, práctica y/o investigación universitaria en temáticas relacionadas con las ciencias forenses.

6.RESULTADOS

Durante el periodo pre-pandemia analizado (11 de marzo de 2019 al 10 de marzo de 2020), en la Sede Central del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Bogotá, se realizaron un total de 4480 necropsias, de los cuales 396 casos (8.23%) fueron determinados como manera de muerte violenta – suicida, de acuerdo con la información y a los hallazgos de las necropsias. Al realizar verificaciones, se encontró que 6 casos fueron procedentes de municipios diferentes a Bogotá, por lo que se excluyeron en el presente estudio, por lo que se tomaron un total de 390 casos, de los cuales 295 eran hombres y 95 casos eran mujeres (*Ver tabla N° 1*).

Por otra parte, durante el primer año de la emergencia sanitaria por COVID – 19 decretada por el Gobierno Nacional, se realizaron 3788 necropsias, de las cuales 346 (9.13%) fueron determinadas de una manera violenta suicida, no obstante, se excluyeron 13 casos, dado a que procedían de municipios por fuera de Bogotá, por lo que se tomó un total 333 casos, de los cuales 251 eran hombres y 82 eran mujeres.

Tabla N° 1. Total de casos discriminados por sexo en ambos periodos

Año	Sexo	N° de casos	Frecuencia relativa (%)	Total de casos
Año pre-pandemia	Masculino	295	76%	390
	Femenino	95	24%	
1er año de pandemia	Masculino	251	75%	333
	Femenino	82	25%	

De manera general, se observó una disminución tanto en el número total de necropsias realizadas en el primer periodo comparado con el segundo periodo, así como en el número de necropsias cuya manera de muerte fue determinada como violenta suicida, luego es lógico pensar que el nivel de violencia ocasionada por terceros, disminuyó en diferentes escenarios y esta se trasladó al interior de los hogares, configurando la violencia intrafamiliar como el delito más perceptible durante el primer año de la pandemia.

De igual forma, se evidenció que, durante el segundo periodo en comparación con el primer periodo, en la Sede Central del Instituto de Medicina Legal se realizaron más autopsias cuya manera de muerte fue determinada como violenta – suicida, provenientes de municipios aledaños a la capital, en los que recibieron atención en salud de alta complejidad.

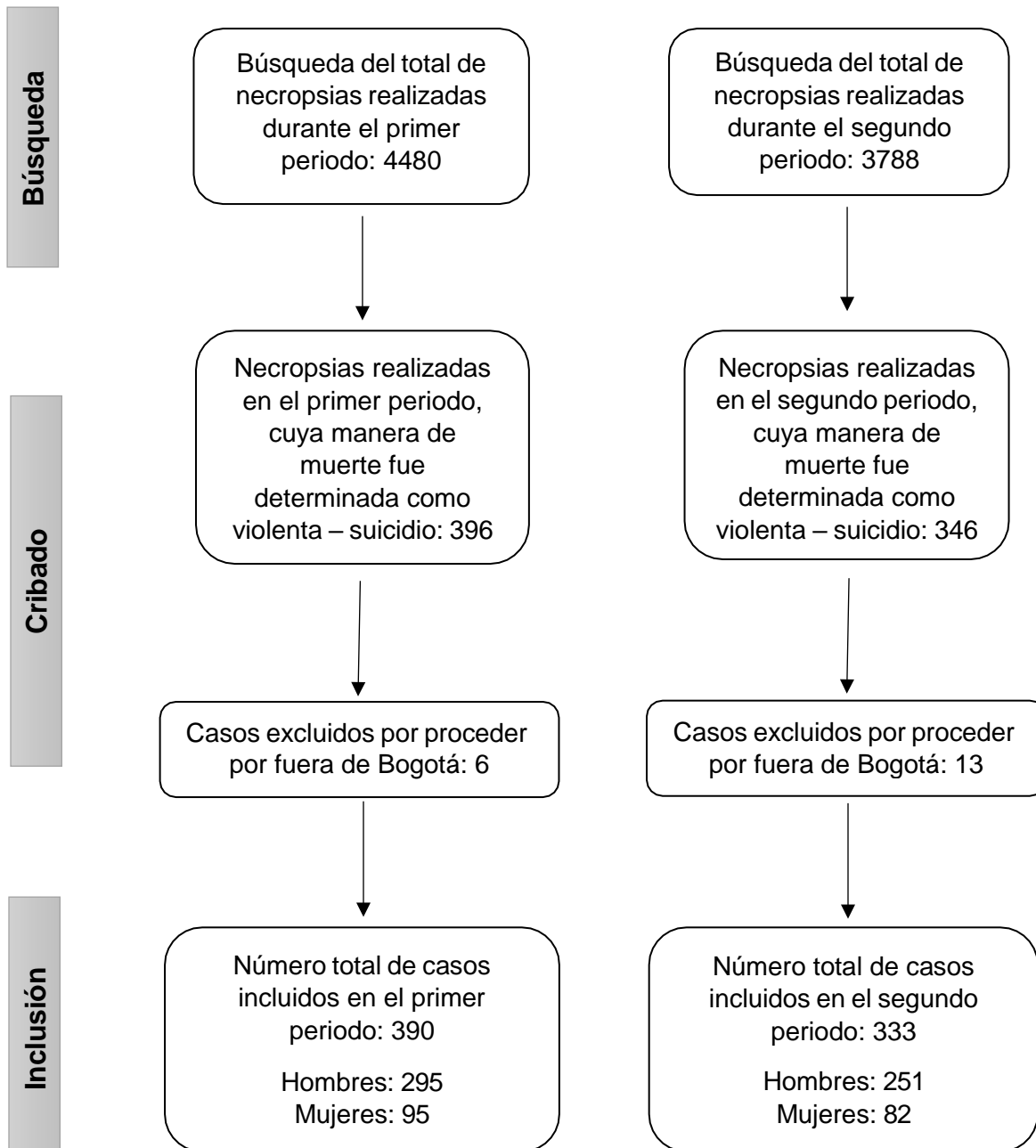
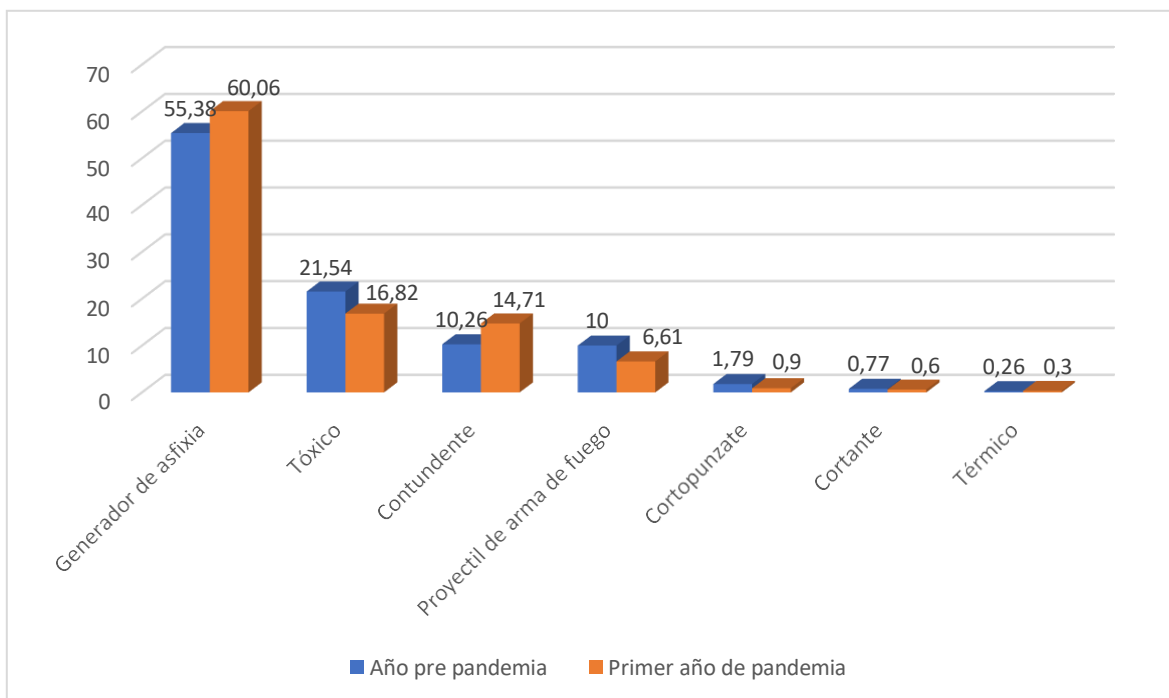
Diagrama de flujo de casos suicidas incluidos en el estudio

Gráfico N° 1. Causa de muerte más frecuente en ambos periodos

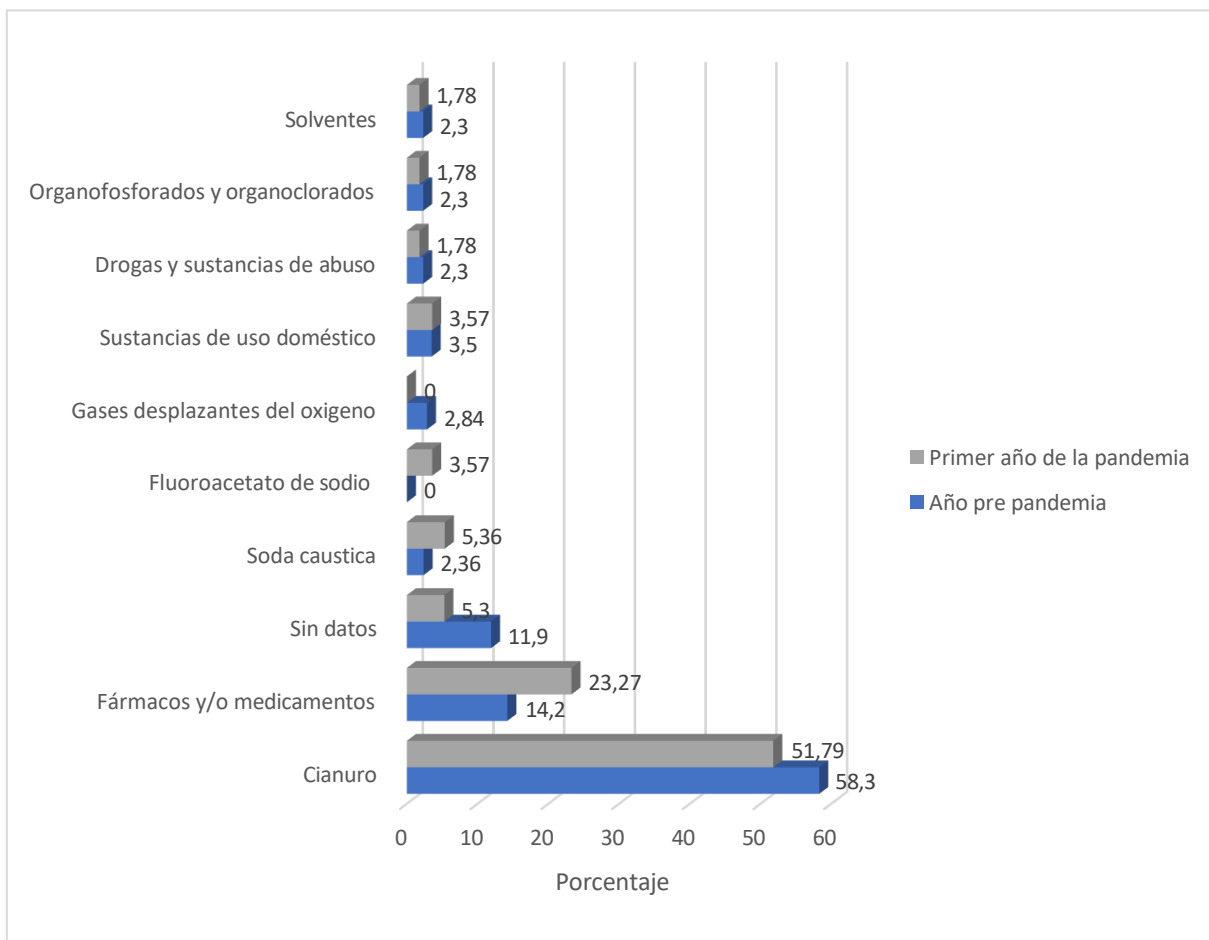


Con relación a las causas de las defunciones, en ambos periodos de estudio, los métodos generadores de asfixia, principalmente el ahorcamiento, fue el más usado para materializar el suicidio (55.3% en el primer periodo y 60% en el segundo periodo). Por otra parte, las intoxicaciones ocuparon el segundo lugar como método para consumar el suicidio (21.5% en el año pre-pandemia y 16.8% en el primer año de la pandemia), mientras que el trauma contundente dado por las caídas de gran altura se consolidó como el tercer método más frecuentemente usado para concretar el suicidio (10.25% en el año pre-pandemia y 14.7% en el primer año de la pandemia). Es importante resaltar que, en las caídas de gran altura, resaltan precipitaciones desde puentes peatonales, desde inmuebles ubicados en pisos elevados, entre otros (*Ver gráfico N° 1*).

En cuanto a las lesiones producidas por proyectil por arma de fuego, ocuparon en ambos periodos de estudio la cuarta causa de muerte, no obstante, durante el primer año de la pandemia tuvo una disminución de 3.3% (*Ver gráfico N° 1*).

En lo que corresponde a las muertes causadas por mecanismos cortopunzante y cortante al comparar ambos periodos de estudio, tuvo una disminución porcentual de 0.89% y de 0.17%, respectivamente. Es importante aclarar que algunos suicidios ocasionados por mecanismo cortopunzante, estuvieron bajo el contexto suicidio-homicidio y en todos los casos, el factor de riesgo común fueron los conflictos con la pareja y/o ex pareja. Finalmente, se tiene que, al comparar ambos periodos de estudio, en el mecanismo térmico hubo un muy discreto incremento de 0.04% (*Ver gráfico N° 1*).

Gráfico N° 2. Tipo de sustancias identificadas en intoxicaciones con fines suicidas en ambos periodos



Al analizar en detalle las intoxicaciones, se encontró que la sustancia más frecuentemente usada en ambos periodos analizados fue el cianuro; sin embargo, es importante resaltar que durante el primer año de la pandemia hubo una disminución de 6.5%. En segundo lugar, los fármacos con acción sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), como los antidepresivos (tanto tricíclicos como los inhibidores de la recaptación de serotonina), los anticonvulsivantes, las benzodiazepinas y los opioides fueron los más frecuentemente usados con fines suicidas. Un dato curioso, fue que en año pre-pandemia y en el primer año de la pandemia, en 5.3% y el 11.9% de las muertes por intoxicaciones respectivamente, no se logró determinar el tipo de sustancia usada; lo cual puede ser explicado principalmente por el tiempo transcurrido entre los hechos y la necropsia, así como el tratamiento médico recibido días previos a la necropsia (*Ver gráfico N° 2*).

Por otra parte, la tercera sustancia más frecuentemente hallada en los exámenes toxicológicos fue la soda caustica (2.36% vs 5.36%), mientras que el fluoroacetato de sodio se halló solamente en el primer año de la pandemia (0% vs 3.57%). Así mismo, se detectó que solamente durante el año pre pandemia, los gases que se

acoplan fuertemente a la hemoglobina como el monóxido de carbono y otros que desplazan el oxígeno como el propano, ocasionaron el deceso en 2.84%, mientras que durante el primer año de la pandemia no se registraron casos. Es importante detallar las circunstancias que rodearon los casos, ya que uno de estos ocurrió en la vivienda del fallecido y el otro fue dentro de una bodega, donde el cadáver fue hallado con una bolsa en la cabeza y una manguera de gas dentro de la bolsa (*Ver gráfico N° 2*).

Con respecto a las drogas y sustancias de abuso (cocaína, éxtasis, etc.), los pesticidas y los solventes, en los que destaca el thinner, durante el año pre pandemia fueron detectadas cada una en el 2.3% de los casos de intoxicación, y al compararlos con el primer año de la pandemia, hubo una discreta disminución de 0.5%, excepto en las drogas y sustancias de abuso, donde el incremento fue de 1.27% (*Ver gráfico N° 2*).

En cuanto la intoxicación usando sustancias de uso doméstico (soda cáustica, ácido muriático y desinfectantes), se observó un aumento discreto en las intoxicaciones asociadas a sustancias de uso doméstico al pasar de 3.5% a 3.57%. Un dato que llamó la atención fue que la mayoría de las personas que se intoxicaron usando estas sustancias, su principal actividad económico/laboral eran las domésticas, los desempleados y los jubilados (*Ver gráfico N° 2*).

Tabla N° 2. Clasificación de acuerdo al grupo etario

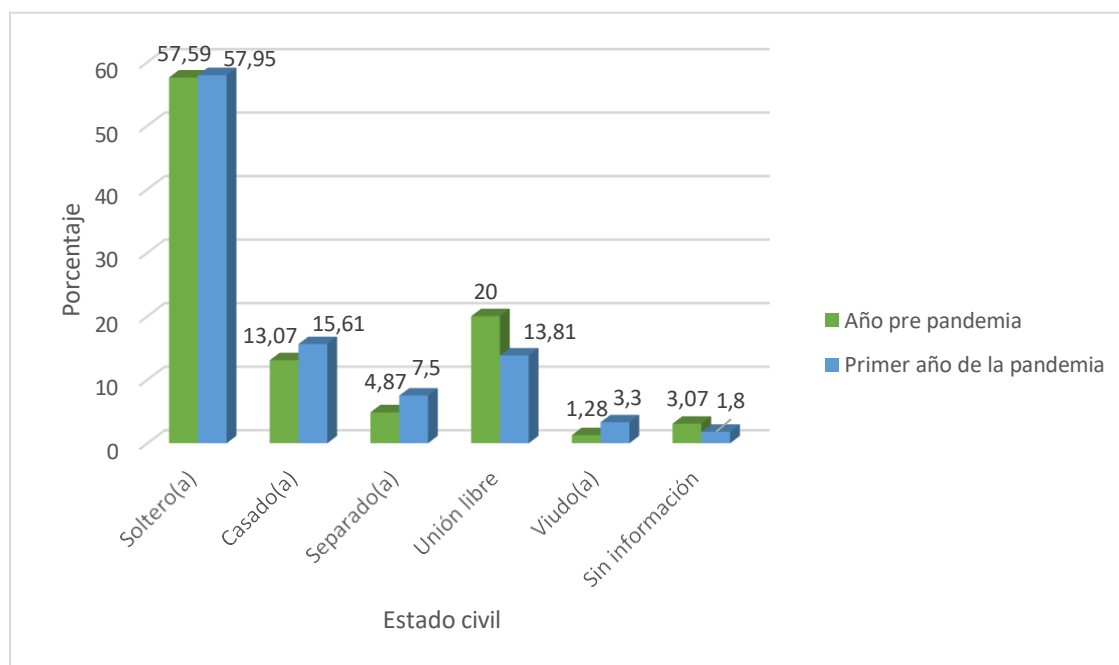
Año	Ciclo vital	Número de casos
Año pre-pandemia	Niñez (6 a 11 años)	3
	Adolescencia (12 años a 17 años)	35
	Juventud (18 a 28 años)	133
	Adultez (29 a 59 años)	176
	Adultez mayor (mayor de 60 años)	43
1er año de pandemia	Niñez (6 a 11 años)	6
	Adolescencia (12 - 17 años)	18
	Juventud (18 a 28 años)	104
	Adultez (29 a 59 años)	140
	Adultez mayor (mayor de 60 años)	65

De forma general en ambos periodos de estudio, los jóvenes y los adultos conformaron el grueso de la población analizada, encontrando que el promedio de edad en las personas que fallecieron durante el primer periodo fue de 36 años, mientras que en el segundo periodo fue de 40 años (*Ver tabla N° 2*).

Al comparar el primer periodo contra el segundo, se observó que el número de suicidios disminuyó de manera general, sin embargo, en los niños hubo una tendencia al aumento, registrando 3 casos durante el primer periodo y 6 casos en el segundo periodo (*Ver tabla N° 2*); es de resaltar que todas las muertes en los niños fueron por ahorcamiento; así mismo, al escudriñar sobre las posibles motivaciones y/o causas precipitantes, estuvieron asociadas a conflictos familiares y a bullying escolar.

En cuanto a la población adulta mayor, también se observó un aumento en el número de suicidios, al pasar de 43 casos a 65 casos, lo que representa un aumento del 11% al 19.5%. Dichos eventos, pueden estar relacionados con problemas económicos, enfermedades físicas y mentales, así como conflictos familiares. Resáltese que el único grupo en que hubo un descenso en el número de suicidios consumados, fue en el de los adolescentes (12 a 17 años), al pasar de 35 casos (8.97%) a 18 (5.40%) (*Ver tabla N° 2*).

Gráfico N° 3. Estado civil de las personas que se suicidaron en los dos periodos



Tanto en el primer como en el segundo periodo analizado, las personas solteras fueron las que con mayor frecuencia consumaron el evento suicida. No obstante, al comparar los periodos de estudio, durante el año pre-pandemia quienes se encontraban en unión libre fueron quienes ocuparon el segundo lugar en frecuencia y durante el primer año de la pandemia quienes se encontraban casados fueron quienes ocuparon el segundo lugar. El estado civil que con menos frecuencia se presentó el evento suicida, fue en quienes eran viudos (1.2% en el año pre-pandemia y 3.3% en el primer año de la pandemia). Es importante mencionar que en 12 del total de casos del primer periodo estudiado no había información disponible y en 6 casos del segundo periodo analizado no existía información disponible (*Gráfica N° 3*).

Tabla N° 3. Nacionalidad de las personas que consumaron el suicidio en ambos periodos

Año	Nacionalidad	N° de casos	Total
Año pre-pandemia	Colombiana	386	390
	Venezolana	4	
1er año de pandemia	Colombiana	326	333
	Venezolana	5	
	Estadounidense	1	
	Británica	1	

En cuanto a la procedencia de los fallecidos durante el primer periodo, 98.9% eran colombianos y 1.1% eran venezolanos. Mientras que durante el segundo periodo el 97.8% de los fallecidos eran colombianos, 1.5% eran venezolanos, 0.3% estadounidense y 0.3% británica (*Ver tabla N° 3*).

Tabla N° 4. Nivel de escolaridad en ambos periodos

Año	Escolaridad	N° de casos	Total
Año pre-pandemia	Sin escolaridad	3	390
	Educación inicial y/o preescolar	13	
	Educación básica primaria	72	
	Educación básica secundaria	158	
	Educación media	59	
	Educación técnica, tecnológica y profesional	44	
	Especialización, maestría o equivalente	2	
	Doctorado o equivalente	1	
	Sin información	38	

1er año de pandemia	Sin escolaridad	7	333
	Educación inicial y/o preescolar	21	
	Educación básica primaria	69	
	Educación básica secundaria	8	
	Educación media	164	
	Educación técnica, tecnológico y profesional	30	
	Especialización, maestría o equivalente	4	
	Sin información	30	

En consideración al nivel de escolaridad, se observó que durante el primer periodo 305 de los fallecidos (78.2%) contaban con un nivel académico por debajo de la educación superior (técnica, tecnológica, profesional, maestría y doctorado), en comparación con 269 (80.7%) personas fallecidas en el segundo periodo, quienes tenían una formación académica por debajo a la superior. Es de resaltar que, en ambos periodos de estudio, el 9.7% y 9% de los casos no contaban con información respecto al nivel académico de los fallecidos. Así mismo, se observó que a mayor nivel educativo (especialización, maestría, doctorado o equivalente) es menor el número de suicidios (*Ver tabla N° 4*).

Tabla N° 5. Ocupación habitual u oficio de las personas que se suicidaron durante el primer periodo (año pre pandemia)

Año	Ocupación	N° de casos
Año pre-pandemia	Ama de casa y/o encargado del hogar	19
	Atención al público	32
	Desempleado	24
	Estudiante	85
	Independiente	43
	Labores del campo	1
	Otros	2
	Otros técnicos, tecnólogos, etc.	24
	Pensionados	10
	Trabajos domésticos residenciales (peluquero, tendero, etc)	7
	Personas privadas de la libertad	2
	Profesional de contabilidad	1
	Profesiones afines a Ciencias Sociales	6
	Sector salud	8
	Seguridad	9

Servicios generales (oficios varios, bodega, coterero, mensajero).	22
Sujetos con personas a cargo	5
Técnicos de construcción, tecnólogos e ingenierías	22
Sin información	68
Total	390

En lo referente a los oficios u ocupaciones de los fallecidos, durante el primer periodo de estudio se observó que 85 individuos eran estudiantes (21.7%), 43 personas trabajaban de manera independiente (11%), 32 personas realizaban labores donde atendían público (8.2%), 24 personas (6.1%) laboraban como técnicos y tecnólogos, destacando operarios de máquinas, electricistas, mecánicos, soldadores, etc. Al igual que el mismo porcentaje (6.1%) de personas se encontraban desempleadas en este periodo (*Ver tabla N° 5*).

Por otra parte, 22 personas (5.6%) trabajaban en servicios generales dentro de los que resaltan oficios varios, coterosi, mensajeros, etc. Y el mismo porcentaje (5.6%) de personas se desempeñaban como técnicos de construcción, tecnólogos de obras civiles e ingenierías afines (*Ver tabla N° 5*).

Es importante resaltar que, durante el primer periodo analizado, 68 casos (17.4%) no contaban con información respecto a la actividad laboral u ocupación habitual que desarrollaba al momento de decidir acabar con su vida (*Ver tabla N° 5*).

Tabla N° 6. Ocupación habitual u oficio de las personas que se suicidaron durante el segundo periodo (1er año de la pandemia)

Año	Ocupación	N° de casos
1er año de pandemia	Ama de casa y/o encargado del hogar	22
	Atención al público	28
	Desempleado	40
	Estudiante	43
	Independiente	28
	Labores del campo	1
	Otros	5
	Otros técnicos, tecnólogos, etc.	9

i m. Co. Hombre que tiene por oficio llevar cosas pesadas de un sitio a otro. - bulteador.

Pensionados	21
Trabajos domésticos residenciales (peluquero, tendero, etc)	5
Personas privadas de la libertad	0
Profesional de contabilidad	3
Profesiones afines a Ciencias Sociales	10
Sector salud	5
Seguridad	14
Servicios generales (oficios varios, bodega, coter, mensajero).	19
Sujetos con personas a cargo	5
Técnicos de construcción, tecnólogos e ingenierías	14
Sin información	61
Total	333

A diferencia de lo observado en el primer periodo y a pesar de que la tasa total de suicidios disminuyeron al comparar el primer con el segundo periodo, se encontró que durante este último periodo, hubo una disminución en el número de estudiantes que se suicidaron, al pasar de 21.7% a 12.9%, así como en las personas que laboraban de manera independiente, al pasar de 11% a 8.4%, mientras que en aquellas personas que laboraban atendiendo público, hubo un discreto aumento de suicidios, al pasar de 8.2% a 8.4%. De igual manera, es importante destacar que, durante el segundo periodo, hubo 61 casos (18.3%) en los que no se tuvo información acerca a la ocupación de los fallecidos (*Ver tabla N° 6*).

Tabla N° 7. Causas y/o motivos precipitantes del suicidio durante el año pre pandemia

Año	Razones del suicidio	N° de casos
Año pre-pandemia	Conflicto con pareja o ex pareja	75
	Enfermedades mentales	59
	Económicas	22
	Enfermedad física	10
	Muerte de familiar o amigo	7
	Conflicto familiar	6
	Laborales	3
	Escolares – educativas	2
	Jurídicas	1
	Maltrato físico, sexual o psicológico	1
	Bullying	1
	Sin información	203

Total**390**

Por otra parte, se observó que durante el primer periodo de estudio no se tuvo información disponible acerca de los posibles factores precipitantes de la fatal decisión, en el 52% de los casos. Para los demás casos, las posibles razones y/o causas de la fatal decisión se encontró que, durante el primer periodo de estudio, los conflictos con la pareja o la ex pareja ocupó el primer lugar con 75 casos (19.2%), seguido por las enfermedades mentales (15.1%), dentro de las que resaltan depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y trastorno mixto de ansiedad y depresión. En tercer lugar, se documentó que las muertes probablemente estaban relacionadas con causas económicas (5.6%), mientras que las enfermedades físicas, particularmente las crónicas no infecciosas y las neoplasias malignas, ocuparon la cuarta razón posible con 2.5%. La quinta razón que se registró durante el primer periodo fue la muerte de un familiar o un amigo (1.79%) y los conflictos familiares ocuparon el sexto lugar en cuanto a posibles precipitantes con 1.53% (*Ver tabla N° 7*).

Tabla N° 8. Causas y/o motivos precipitantes del suicidio durante el 1er año de la pandemia

Año	Razones del suicidio	N° de casos
1er año de pandemia	Enfermedad mental	61
	Conflicto con pareja o ex pareja	42
	Económicas	26
	Enfermedad física	15
	Muerte de familiar o amigo	9
	Abuso de alcohol y/o sustancias	5
	Conflicto familiar	4
	Escolares-educativas	3
	Laborales	1
	Maltrato físico, sexual o psicológico	1
	Jurídicas	0
Sin información	166	
Total	333	

Durante el segundo periodo disminuyó levemente el porcentaje de casos en los que no se contaba con información acerca de las posibles razones precipitantes, al pasar de 52% a 49.84%, no obstante, persistió un alto número de casos sin datos, lo cual no permite asociar o inferir las posibles causas y/o motivos desencadenantes de la fatal decisión. En cuanto a los casos que contaban con datos durante el segundo periodo, se encontró que las enfermedades mentales ocuparon el primer

lugar como posibles causas precipitantes con 18.3% de los casos, seguida por los conflictos con la pareja o la ex pareja (12.6%), mientras que los motivos económicos ocuparon el tercer lugar con 7.8%. En cuarto lugar, estaban las enfermedades físicas con 4.5% y en quinto lugar se encontró la muerte de un familiar o de un amigo con 2.7%. Un hallazgo llamativo durante el segundo periodo, fue la aparición del abuso de alcohol y/o otras sustancias como posible desencadenante de la fatal decisión, que durante el primer periodo no se presentó como posible factor precipitante (*Ver tabla N° 8*).

Tabla N° 9. Patologías mentales en casos suicidas en ambos periodos

Tipo de enfermedad mental	Años	
	Año pre-pandemia	1er año de la pandemia
Trastorno depresivo	39	49
Esquizofrenia	7	3
Trastorno afectivo bipolar	6	3
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	3	2
Trastorno de ansiedad	2	2
Trastorno obsesivo compulsivo	1	0
Trastorno limítrofe de la personalidad	1	0
Trastorno adaptativo	0	1
Demencia	0	1
Trastorno psicótico	0	2
Trastorno de estrés postraumático	0	1
Sin datos	0	1

Al detallar las enfermedades mentales más frecuentemente asociadas, como posible comorbilidad precipitante del evento suicida, se encontró que para ambos periodos el trastorno depresivo fue el que más frecuentemente padecían quienes decidieron suicidarse. Es importante resaltar que en aquellos en quienes se identificaron patologías mentales durante ambos periodos (59 casos durante el primer periodo y 61 casos durante el segundo periodo), la depresión tuvo un incremento de 14% al pasar de 66% a 80%. Por otra parte, la segunda patología mental más frecuentemente hallada en quienes se suicidaron fue la esquizofrenia, que durante el primer periodo se presentó en 11.8% de los casos y durante el segundo periodo disminuyó a 4.91%. De igual forma se documentó, que el trastorno afectivo bipolar, indistintamente de su clasificación, fue la tercera patología psiquiátrica más frecuentemente documentada en ambos periodos (durante primer periodo 10.1% y durante segundo periodo 4.91%), y al igual que en la esquizofrenia se observó una tendencia a disminuir. Finalmente, el trastorno mixto de ansiedad y

depresión también tuvo una leve disminución al comparar ambos periodos al pasar de 5% a 3.27% (Ver tabla N° 9).

Es llamativo que ciertas patologías en salud mental como el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno límite de la personalidad, que sólo se presentaron durante el primer periodo, y de la misma manera hubo algunas patologías como la demencia, el trastorno adaptativo, el trastorno de estrés postraumático y una crisis psicótica, se observaron solamente durante el segundo periodo, que pudieran tener relación con las medidas de restricción en la movilidad y aislamiento implementadas durante el primer año de pandemia.

Tabla N° 10. Patologías físicas en casos suicidas en ambos periodos

Tipo de enfermedad física	Años	
	Año pre-pandemia	1er año de la pandemia
Dolor neuropático	1	1
Hemorragia de vías digestivas	1	0
Cardiovascular	1	2
Neoplasias malignas	3	1
Enfermedad por VIH	2	1
Diabetes mellitus	1	1
Enfermedad renal crónica	0	1
Enfermedades cerebrovasculares	0	2
Enfermedad de Parkinson	0	1
Enfermedades oculares (glaucoma, etc)	0	3
Enfermedad por Covid - 19	0	2

En lo que se refiere a las enfermedades físicas como posibles comorbilidades y razón(es) precipitante(s) del suicidio, se evidenció que durante el primer periodo hubo 10 casos (2.5% del total de casos) de los cuales sobresalen las neoplasias malignas (próstata y páncreas), la enfermedad por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, las enfermedades cardiovasculares y el dolor neuropático. Dichas patologías afectaron predominantemente a los adultos (29 a 59 años) y a los adultos mayores (mayores de 60 años), excepto en un hombre de 27 años, que al parecer padecía enfermedades cardíacas, no obstante, se confirmó la muerte asociada a intoxicación por cianuro (Ver tabla N° 10).

Durante el segundo periodo, hubo 15 casos suicidas que tuvieron asociadas enfermedades físicas (4.5% del total de casos), dentro de las que resaltan las enfermedades cardiovasculares tales como hipertensión arterial crónica y sus

complicaciones, la diabetes mellitus asociada a sus complicaciones micro y macrovasculares, las neoplasias malignas (tumor de la médula espinal) y complicaciones de enfermedades crónicas no infecciosas (infarto cerebeloso, accidentes cerebrovasculares, enfermedad renal crónica, etc.). De igual manera, las enfermedades neurocognitivas y la enfermedad de Parkinson fueron documentadas en el primer año de pandemia, así como dos casos para Covid-19 (*Ver tabla N° 10*).

Tabla N° 11. Factores de vulnerabilidad asociadas a suicidios en ambos periodos

Año	Factor de vulnerabilidad	N° de casos	Total
Año pre-pandemia	Consumo de sustancias psicoactivas	28	390
	Persona en condición de desplazamiento	5	
	Persona bajo custodia	2	
	Orientación sexual diversa	2	
	Persona en situación de calle	1	
	Maestro/educador	1	
	Miembro de ONG	1	
	Ninguno	350	
1er año de pandemia	Consumo de sustancias psicoactivas	26	333
	Persona en condición de desplazamiento	6	
	Orientación sexual diversa	3	
	Personas que ejercen actividades políticas	1	
	Persona en situación de calle	1	
	Funcionarios judiciales	1	
	Ninguno	295	

Con respecto a los factores de vulnerabilidad, bajo el entendido como aquella predisposición intrínseca de la persona para que ocurriese el suicidio, en ambos periodos se documentó que el 89% (350 casos) y el 88.5% (295 casos) no presentaban ninguna vulnerabilidad (*Ver tabla N° 11*).

No obstante, en ambos periodos el consumo de sustancias psicoactivas fue el principal factor de vulnerabilidad identificado (7.1% en el primer periodo y 7.8% en el segundo), seguido por aquellas personas que se encontraban en condición de desplazamiento (1.2% primer periodo y 1.8% en el segundo periodo). El tercer factor de vulnerabilidad que se identificó durante el primer periodo fueron las personas que se encontraban bajo custodia del estado y aquellas que tenían orientación sexual diversa, cada una con (0.5%), mientras que, durante el segundo periodo, la

orientación sexual diversa con 0.9% fue el tercer factor de vulnerabilidad identificado (Ver tabla N° 11).

Tabla N° 12. Tasa de suicidios y de diagnóstico por Covid – 19 por localidad en el segundo periodo

Localidades	Tasa de diagnóstico por Covid-19 por 1000 habitantes	Tasa suicidios por 100.000 habitantes	Población total año 2020
Usaquén	67,46	6,20	564.539
Chapinero	82,71	6,48	169.786
Santa fe	80,93	5,58	107.458
San Cristóbal	52,89	4,28	397.410
Usme	44,86	3,90	384.943
Tunjuelito	63,43	6,16	178.667
Bosa	51,77	4,74	717.694
Kennedy	63,85	3,67	1.034.379
Fontibón	68,50	3,10	386.864
Engativá	69,48	4,44	811.472
Suba	61,69	3,18	1.227.787
Barrios Unidos	79,02	2,09	143.265
Teusaquillo	79,42	7,44	161.222
Los Mártires	78,08	9,57	83.590
Antonio Nariño	85,06	2,45	81.472
Puente Aranda	79,80	2,79	250.968
La Candelaria	151,38	11,36	17.611
Rafael Uribe U.	61,29	4,47	380.073
Ciudad Bolívar	46,55	4,37	641.306
Sumapaz	6,96	0,00	3.449
Total Bogotá	68,76	4,81	7.743.955

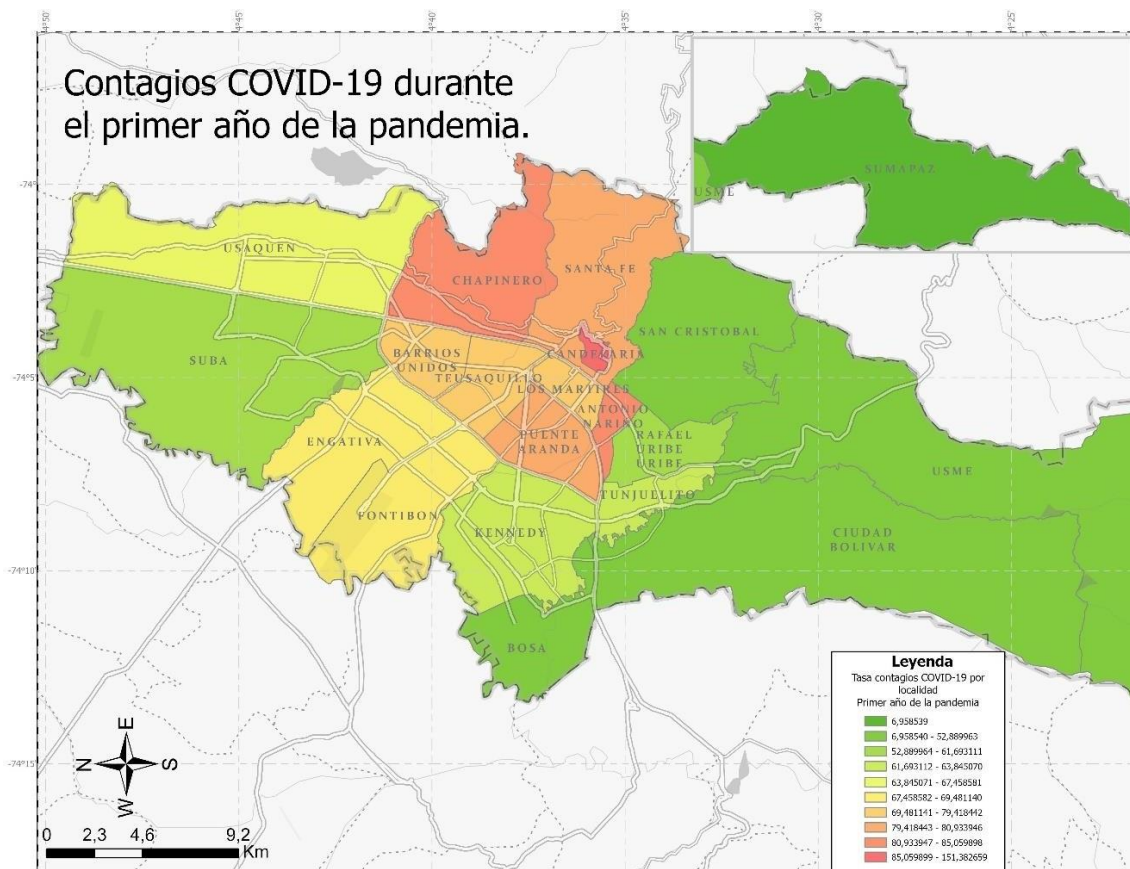
De acuerdo con la información disponible en el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), para el año 2020 en Bogotá hubo un total de 7.743.955 de habitantes, distribuidos en las 20 localidades, siendo las más densamente pobladas Suba, Kennedy, Engativá, Bosa y Ciudad Bolívar; en cuanto a las menos densamente pobladas fueron Sumapaz, La Candelaria y Antonio Nariño (Ver tabla N°12). Dichos datos ponen en evidencia que las localidades ubicadas en el centro oriente, donde hay una alta concentración de lugares dedicados a la renta de habitaciones por días, presentan alta población flotante, dado a que en ellas se encuentran los sitios turísticos, el centro internacional y el sector comercial (Ver tabla N° 12).

En cuanto a la tasa de diagnósticos de infección por Covid-19, en general para el primer año de pandemia fue de 68,76 habitantes por 1000 habitantes; al detallar por localidades, se evidenció que La Candelaria fue la que obtuvo la tasa más alta (151.38 casos/1000 habitantes), no obstante, dicho resultado debe interpretarse haciendo la claridad de que la población flotante es sustancialmente alta (Ver tabla N° 12).

En tal sentido, se observó que las localidades ubicadas en el centro-orientado de Bogotá, compuestas por Antonio Nariño (85.06 casos/1000 habitantes), Chapinero (82.71 casos/1000 habitantes), Santa Fe (80.93 casos/1000 habitantes) y Teusaquillo (79.42 casos/1000 habitantes) fueron las que presentaron las tasas más altas, en cuanto a infección por Covid-19 (Ver gráfico N°5).

Por otra parte, las localidades de Sumapaz (6.96 casos/1000 habitantes), Usme (44.86 casos/1000 habitantes), Ciudad Bolívar (46.55 casos/1000 habitantes) y Bosa (51.77 casos/habitantes), fueron las que tuvieron las tasas más bajas de contagios por Covid-19 durante el primer año de la pandemia (Ver gráfico N°5).

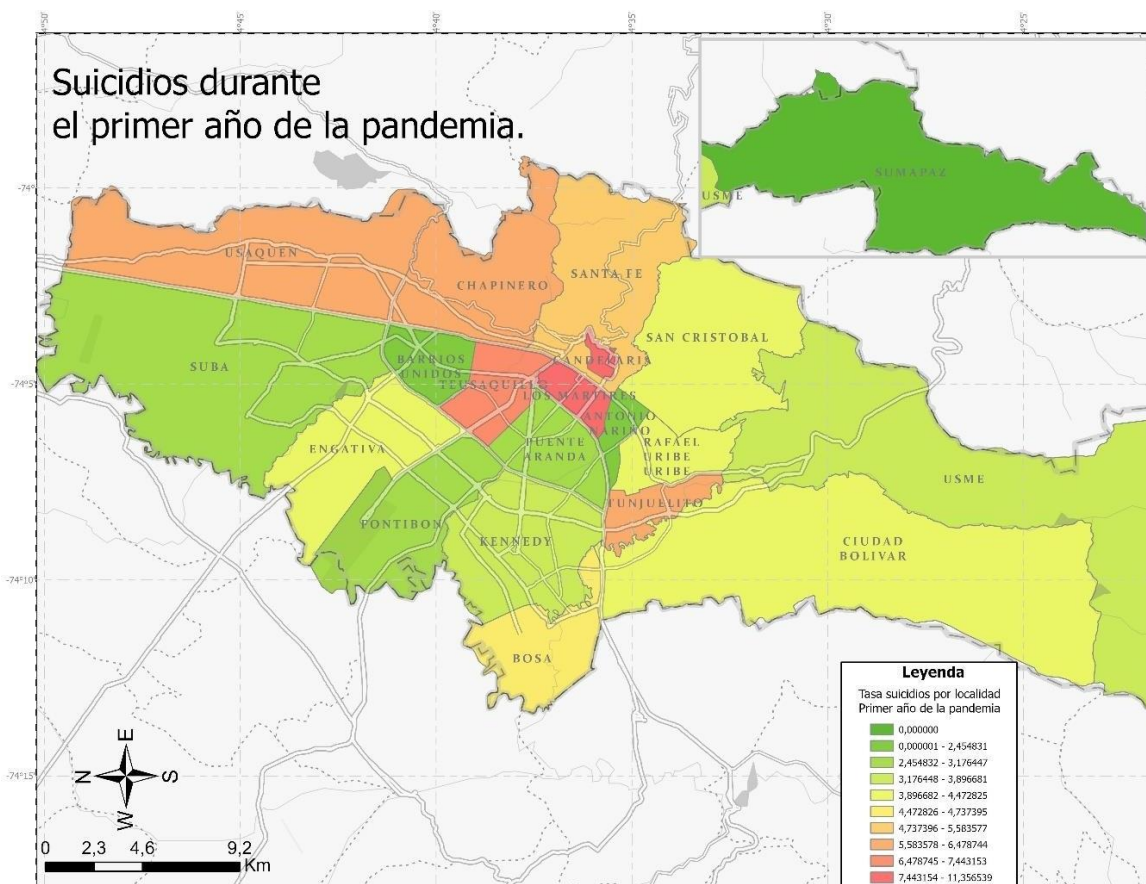
Gráfico N° 5. Representación cartográfica de la Tasa de Infecciones por Covid – 19 por 100.000 habitantes



Por su parte, en cuanto a la tasa de suicidios en Bogotá, fue de 4,81 por 100.000 habitantes, en el mismo periodo; similar a la tasa de infección por Covid-19 y con la misma observación de la población flotante, la Candelaria tuvo la tasa más alta (11.36) en cuanto a suicidios consumados durante el primer año de la pandemia.

Al detallar las localidades que más consumaron las muertes cuya clasificación se determinó como suicidio, se tiene que las localidades del centro – oriente de Bogotá (Los Mártires 9.57/, Chapinero (6.48), Usaquén (6.20), Tunjuelito (6.16) y Santa Fe (5.58) fueron donde más se presentaron los suicidios consumados. Resáltese que la localidad de Sumapaz (0.0) no aportó ningún caso suicida durante el primer año de pandemia (*Ver gráfico N°6*).

Gráfico N° 6. Representación cartográfica de la Tasa de Suicidios por 1000 habitantes.



7. DISCUSIÓN, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Para evaluar el impacto de la pandemia, se considera que un indicador objetivo es evaluar el exceso de mortalidad asociado al suicidio. El presente trabajo informó las cifras suicidas ocurridas en Bogotá, durante el primer año de la pandemia por Covid-19 comparándolas con el año previo; de igual manera, se segregó por localidades, las tasas de infección confirmada por el virus y se comparó con la tasa de suicidios. En los resultados de actual trabajo, se encontró una disminución de los suicidios durante los primeros doce meses de pandemia, en comparación con la tendencia del año previo, lo cual es consistente con los resultados de estudios realizados en otras latitudes. Tal es el caso del trabajo realizado el grupo japonés liderado por Tatsuhiko A. y colaboradores, en el que evaluaron la mortalidad por suicidios durante la etapa inicial de la pandemia (de marzo a junio de 2020), donde evidenciaron una disminución de aproximadamente 20% de los casos suicidas tanto en hombres como en mujeres.⁴⁴

La misma tendencia se constató en un estudio realizado en la región de Extremadura (España), donde recolectaron la información de los casos registrados como suicidios en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, desde enero de 2015 hasta diciembre de 2020; así mismo en dicha investigación realizaron comparaciones con las tasas de suicidio en los periodos de confinamiento (de marzo-junio de 2020) y pos-confinamiento (de julio-octubre de 2020), y los compararon con los 5 años anteriores, encontrando que no hubo diferencias significativas entre las tasas de suicidio de 2020 y la media de los 5 años anteriores (RR= 0.94; IC: 0.56 – 1.55), como tampoco se observaron diferencias en el análisis desde el periodo de confinamiento hasta el pos-confinamiento (RR= 0.74; IC: 0.45 – 1.20)³³.

Al analizar la tendencia suicida en países europeos como el Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte, quienes fueron estrictos acatando las recomendaciones emitidas por la OMS e implementando las medidas de confinamiento y restricción en movilidad, que fueron desde cerrar todas las escuelas, cancelar eventos musicales y festivales de talla internacional, posponer eventos deportivos de primera categoría, incluso suspender cultos en las iglesias católica, metodista y anglicana, así como cerrar mezquitas, tampoco se observó ningún aumento en las tasas de suicidio en los meses posteriores al inicio del primer confinamiento (posterior a marzo de 2020), como se puede verificar en los resultados del estudio realizado por Louis Appleby y colaboradores, donde abarcaron un área que comprendía aproximadamente un tercio del territorio inglés (sobre todo en zonas del norte y sureste del país), con aproximadamente 13 millones de personas,

quienes mediante vigilancia epidemiológica en tiempo real, mediante la observación y el registro de datos³⁸.

Por otra parte, al contrastar resultados de un estudio japonés, donde aplicaron encuestas en línea sobre salud mental y analizaron los datos mensuales estadísticos sobre suicidios, donde analizaron el número de suicidios ocurridos en el periodo comprendido entre 2017 al 2020, en comparación con los suicidios ocurridos durante la fase inicial de la pandemia, encontraron que durante este último periodo fue inferior al promedio, pero superó la tendencia en julio de 2020; así mismo, dicho estudio mostró que en las mujeres menores de 40 años fue el grupo poblacional más afectado, en quienes el suicidio aumentó aproximadamente un 70% en octubre de 2020; dichos investigadores atribuyeron como posibles factores de riesgo el deterioro en la salud mental en este grupo poblacional, posiblemente al experimentar pérdida en los empleos y de los ingresos económicos⁴⁵.

En algunos países latinoamericanos que omitieron la alerta sanitaria y pospusieron la implementación de las medidas recomendadas por la OMS, como el caso de Brasil, se evidenció que la tendencia suicida no fue homogénea en todo el territorio; de acuerdo con lo publicado por Orellana JDY, de Souza MLP y Horta BL, entre marzo de 2020 y febrero de 2022, se notificaron 29.295 suicidios, cerca de lo esperado (30.116 casos previstos), con un intervalo de confianza del 95% entre 28.009 y 32.224 casos. Así mismo, se describieron que, en Sudeste de Brasil, aumentó el 28% de los casos suicidas en mujeres de 60 o más años durante el 2022. Por otra parte, en la región Norte, el suicidio aumentó un 23% y un 32% en mujeres de 30 a 59 años, durante el primer y segundo año de la pandemia, respectivamente. Finalmente, en el Nordeste de Brasil, registraron un aumento de suicidios del 16% entre hombres de 30 a 59 años y del 61% entre mujeres de 60 o más años, durante el segundo año de la pandemia (2021), alcanzando el 83% entre julio y octubre de 2021⁴⁶.

Contrario a lo descrito en los párrafos que anteceden, un estudio húngaro reportó que durante los primeros meses de la pandemia por Covid-19, el número de suicidios cometidos por hombres aumentó 18%, en comparación con la tendencia observada previa a la emergencia sanitaria. No obstante, el número de suicidios cometidos por mujeres no difirió significativamente del valor esperado con base en la tendencia. Los anteriores hallazgos podrían ser explicados parcialmente, debido a que en no todos los países los Gobiernos aceptaron la emergencia sanitaria y algunos adoptaron en mayor o menor medida las recomendaciones dadas por la OMS³¹.

En Colombia, desde el 6 de marzo de 2020 inicio oficialmente la pandemia por Covid-19, con la llegada de una mujer infectada proveniente de Milán (Italia); a partir de ese momento decretaron la emergencia sanitaria, imponiendo restricciones en

eventos públicos de más de 500 personas; a partir del 24 de marzo de 2020, el gobierno indicó la cuarentena total dado al incremento significativo de contagios.

A pesar de que se emitieron múltiples decretos con el objetivo de garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del Covid-19, flexibilizando políticas para facilitar el acceso a dispositivos, insumos y productos médicos necesarios para prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad, además, también emanaron medidas para facilitar los trámites administrativos por medio del uso de las tecnologías de información y las comunicaciones (TICS), y establecieron pautas sobre la regulación del precio de insumos agropecuarios y sobre la prestación del servicio público de transporte, las tasas de contagio por Covid-19 aumentaron exponencialmente durante los primeros 90 días de la pandemia. En tal sentido, la notificación de eventos de violencia hetero y auto ejercida disminuyó durante el primer año de la pandemia, probablemente por la ausencia de información sobre la ocurrencia o no de los eventos suicidas por parte de las unidades primarias generadoras de datos⁴⁷.

Finalmente, aunque el presente estudio tomó información de una fuente fidedigna y confiable, tanto en las tasas de suicidio, como las de contagio por Covid-19, en Bogotá, dicha información fue desglosada por localidades con el fin de determinar si podría existir algún tipo de asociación; no obstante es inevitable aceptar que hubo limitaciones; en primer lugar, si bien se tuvo a disposición información de primera mano, nuestro estudio se centró solamente en Bogotá, desconociendo la dinámica de la pandemia y del comportamiento suicida en ciudades intermedias y provincias. En segundo lugar, nuestro estudio puede tener sesgos en la información, debido a que, en muchas variables, no se contaba con la información precisa que permitiera plantear hipótesis que pudieron estar asociadas a una condición particular (factor de riesgo, motivación, etc.) con el fatal desenlace y, en tercer lugar, el tamaño de la muestra no permitió que el estudio tuviera una potencia suficiente para permitir establecer hipótesis sustentadas en posibles asociaciones estadísticas.

8. CONCLUSIONES

Por medio del presente trabajo, se realizó un análisis descriptivo del fenómeno suicida ocurrido en Bogotá, durante el primer año de la pandemia por Covid – 19 en comparación con el año previo, así como su relación con las tasas de contagio durante el primer año de pandemia, segregado por localidades. Partiendo de información suministrada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, lo que permitió inferir que hay información incompleta por la calidad del dato.

En términos generales, los resultados tanto en el número total de autopsias realizadas, que fueron concluidas como suicidios, como la distribución por sexo fue similar en ambos periodos de estudio, excepto en el primer periodo analizado, donde se reportaron 57 casos más, en comparación con el segundo periodo. Así mismo, en cuanto a las características sociales y demográficas de la población estudiada, se encontró una tendencia suicida en los adultos de 29 a 59 años, que estaban solteros, cuya ocupación era estudiantes y que al momento de consumar el suicidio tenían un nivel académico de educación básica o media secundaria.

Al detallar los principales motivos precipitantes de los eventos suicidas, se encontró que, en ambos periodos de estudio, aproximadamente en el 50% de los casos no hubo información relacionada que permitiera identificar algún motivo. No obstante, durante el primer periodo de estudio, los conflictos con la pareja y/o ex pareja fue el primer motivo, seguido por las patologías mentales y en tercer lugar las causas económicas. En comparación con el segundo periodo de estudio, los trastornos mentales ocupan el primer lugar como posibles factores precipitantes, seguido por los conflictos con la pareja y/o expareja y en tercer lugar las causas económicas.

En lo que se refiere a los posibles factores de vulnerabilidad asociados al suicidio, el presente trabajo permitió documentar que el consumo de sustancias psicoactivas (principalmente alcohol, cocaína y marihuana), fueron las sustancias que habitualmente consumían con fines recreativos las personas que se suicidaron, siendo éste un muy probable factor de agudización de síntomas afectivos y psicóticos que precipitaban la materialización suicida, además de la inestabilidad emocional y pobre funcionamiento psicosocial que ocasiona el consumo de estas sustancias.

En cuanto a las causas de muerte, el ahorcamiento fue la primera causa de muerte en suicidas en ambos periodos, resaltando que, durante el segundo periodo de estudio fue mayor un 5%, lo cual sugiere que, al momento del confinamiento y del aislamiento estricto, fue relativamente sencillo el acceso de elementos de uso doméstico como lazos con los que se ejecutaron los ahorcamientos.

Por otra parte, en las intoxicaciones se evidenció una disminución de 4.75% del primer periodo en comparación con el segundo, siendo el cianuro la principal

sustancia que consumieron las personas con fines suicidas. Es llamativo que los fármacos y/o medicamentos fueron las sustancias que ocuparon el segundo lugar en las intoxicaciones durante el segundo periodo, particularmente aquellos que tenían efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), tales como antidepresivos (tricíclicos, duales e inhibidores de la recaptación de serotonina), benzodiacepinas, anticonvulsivantes y opioides. Es importante mencionar que algunas de estas moléculas se encuentran bajo control especial por parte del estado a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, lo cual implica que, para acceder a estos medicamentos debe hacerse a través de una fórmula de control. No obstante, estos medicamentos estuvieron al alcance de las personas que fallecieron, sin determinar si eran consumidores habituales de estos, o cuál fue el medio por el que los adquirieron. Es de resaltar que, en tercer lugar, no se logró identificar el tipo de sustancia usada para consumir el suicidio, lo cual puede ser explicado principalmente por el tiempo transcurrido entre la ingesta de la(s) sustancia(s) y la autopsia, además del tratamiento médico que pudieron recibir las personas intoxicadas, días previos a la necropsia.

Respecto a las patologías mentales que padecían las personas fallecidas, se observó que durante el segundo periodo en comparación con el primero, los trastornos del estado del ánimo en sus diferentes presentaciones (trastorno depresivo mayor, trastorno de desregulación destructiva del estado del ánimo, distimia, trastorno depresivo por uso de alguna sustancia y/o medicamento, trastorno disfórico premenstrual, etc.) fueron los que ocuparon el primer lugar; este hallazgo es concordante con la literatura, donde se resalta que padecer trastornos del estado del ánimo, aumenta hasta veinte (20) veces el riesgo suicida; también es importante resaltar el hallazgo de qué la concomitancia entre las patologías mentales con trastornos neurológicos (accidentes cerebrovasculares y secuelas), enfermedades infecciosas como la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), enfermedad cardíaca, trastornos metabólicos/endocrinos y neoplásicas malignas, también pudo incrementar el riesgo suicida, sobre todo en los adultos mayores.

Por el contrario, se documentó que la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar y el trastorno mixto de ansiedad y depresión, fueron patologías que se presentaron en menor frecuencia en el segundo periodo respecto al primero, no obstante, el presente estudio no permitió discriminar las comorbilidades psiquiátricas que pudiesen existir entre los trastornos del estado del ánimo y otras patologías mentales, particularmente en el segundo periodo de estudio, donde semanas y semanas de confinamiento, pudo generar desestabilización de desequilibrios preexistentes y desde luego un aumento del riesgo, así como la recaída en la compulsión de algunos ludópatas, alcohólicos, desde su dificultad de control interno, aunado el estrés y la lejanía del apoyo externo.

En cuanto a la distribución geoespacial de la infección por Covid – 19 y de suicidios consumados durante el primer año de la pandemia, se encontró que las localidades

de Mártires, Chapinero y Santa Fe, fueron las que tuvieron de forma concomitante las tasas más altas de contagios confirmados por el virus e igualmente de suicidios, no obstante, el presente estudio no permite corroborar relación entre ambos eventos, por lo cual, por medio se tendrían que realizar otras investigaciones, que permitieran establecer una posible asociación entre los suicidios consumados y las infecciones por Covid-19.

9. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Adhanom Ghebreyesus T. (2020). Addrtal health needs: an integral part of COVID-19 response. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(2), 129–130. <https://doi.org/10.1002/wps.20768>.
- ² Sampogna, Gaia, Maurizio Pompili, and Andrea Fiorillo. 2022. "Mental Health in the Time of COVID-19 Pandemic: A Worldwide Perspective" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 1: 161. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010161>.
- ³ Collins P. Y. (2020). What is global mental health. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(3), 265–266. <https://doi.org/10.1002/wps.2072>.
- ⁴ Norrholm SD, Zalta A, Zoellner L, Powers A, Tull MT, Reist C, Schnurr PP, Weathers F, Friedman MJ. Does COVID-19 count: Defining Criterion A trauma for diagnosing PTSD during a global crisis. *Depress Anxiety*. 2021 Sep;38(9):882-885. doi: 10.1002/da.23209. PMID: 34469042; PMCID: PMC8652625.
- ⁵ Dickerson F, Katsafanas E, Newman T, Origoni A, Rowe K, Squire A, Ziemann RS, Khushalani S, Yolken R. Experiences of Persons with Serious Mental Illness During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Serv*. 2022 Feb 1;73(2):133-140. doi: 10.1176/appi.ps.202100130.
- ⁶ Pompili M, Innamorati M, Sampogna G, Albert U, Carmassi C, Carrà G, Cirulli F, Erbutto D, Luciano M, Nanni MG, Sani G, Tortorella A, Viganò C, Volpe U, Fiorillo A. The impact of Covid-19 on unemployment across Italy: Consequences for those affected by psychiatric conditions. *J Affect Disord*. 2022 Jan 1; 296:59-66.
- ⁷ Zambrano Bohorquez B, Villarín Castro A, Muñoz Bodas F, Gómez Rey I. Síndrome de burnout, resiliencia y miedo a la COVID-19 en personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2. *REV CLÍN MED FAM* 2022; 15 (3): 134-142.
- ⁸ Pedraza Romero SK, Valbuena Camacho XA, Prevalencia de Síndrome de Burnout en trabajadores del área de la salud en establecimiento de Sanidad Militar de Yopal, Casanare en periodo de pandemia por Covid-19 (2021). Trabajo de grado, Universidad ECCI.
- ⁹ La OPS insta a priorizar la prevención del suicidio tras 18 meses de pandemia por Covid-19. Consultado en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-9-2021-ops-insta-priorizar-prevencion-suicidio-tras-18-meses-pandemia-por-covid-19>.
- ¹⁰ Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. Nueva York: Naciones Unidas; 2020 (<https://unsdg.un.org/es/resources/informe-de-politicas->

covid-19-y-la-necesidad-de-actuar-en-relacion-con-la-salud-mental), consultado el 6 de enero de 2022).

¹¹ Pierce M, McManus S, Hope H, Hotopf M, Ford T, Hatch SL, et al. Mental health responses to the COVID-19 pandemic: a latent class trajectory analysis using longitudinal UK data. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):610–619. doi:10.1016/S2215-0366(21)00151-6.

¹² Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):611–627. doi:10.1016/S2215-0366(20)30203-0.

¹³ Janiri D, Carfi A, Kotzalidis GD, Bernabei R, Landi F, Sani G, et al. posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(5):567–569. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0109.

¹⁴ Soltani S, Tabibzadeh A, Zakeri A, Mohammad Zakeri A, Latifi T, Shabani M, et al. COVID-19 associated central nervous system manifestations, mental and neurological symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Rev Neurosci*. 2021;32(3):351–361. doi:10.1515/revneuro-2020-0108.

¹⁵ Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):468-471 doi: 10.1016/s2215-0366(20)30171-1.

¹⁶ Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas. Suicidio. Red Argentina de Periodismo Científico. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) Consultado en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

¹⁷ Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):579–588. doi:10.1016/S2215-0366(21)00091-2.

¹⁸ Knipe D, John A, Padmanathan P, Eyles E, Dekel D, Higgins J P, et al. Suicide and self-harm in low-and middle-income countries during the COVID-19 pandemic: A systematic review. medRxiv. doi:10.1101/2021.09.03.21263083.

¹⁹ Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013;347(7925):f5239. doi:10.1136/bmj.f5239.

²⁰ Suicidio: Datos y cifras: Organización Mundial de la Salud, junio 17 de 2021. Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

-
- ²¹ Prevención de la violencia. Guía para aplicar las recomendaciones del Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud, 2006. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43439/9243592076_spa.pdf;jsessionid=38984C721DEB7B1D081ADB07B9968BA?sequence=1
- ²² Londoño-Muriel V, Cañón-Buitrago SC. Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. *Arch Med (Manizales)* 2020; 20(2):472-480. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3582>
- ²³ Monroy-Gómez J, Torres-Fernández O. Efectos de los coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV) y del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) en el sistema nervioso. ¿Qué esperar del SARS-CoV-2? *Biomédica*. 2020;40(Supl.2):173-9. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5682>
- ²⁴ Lou JJ, Movassaghi M, Gordy D, Olson MG, Zhang T, Khurana MS, Chen Z, Perez-Rosendahl M, Thammachantha S, Singer EJ, Magaki SD, Vinters HV, Yong WH. Neuropathology of COVID-19 (neuro-COVID): clinicopathological update. *Free Neuropathol*. 2021 Jan 18;2:2. doi: 10.17879/freeneuropathology-2021-2993. PMID: 33554218; PMCID: PMC7861505.
- ²⁵ Delavari F, Varzaneh FN, Rezaei N. Neurologic Manifestations of COVID-19. *Adv Exp Med Biol*. 2021;1318:343-353. doi: 10.1007/978-3-030-63761-3_20. PMID: 33973188.
- ²⁶ Guerrero JI, Barragán LA, Martínez JD, Montoya JP, Peña A, Sobrino FE, Tovar-Spinoza Z, Ghotme KA. Central and peripheral nervous system involvement by COVID-19: a systematic review of the pathophysiology, clinical manifestations, neuropathology, neuroimaging, electrophysiology, and cerebrospinal fluid findings. *BMC Infect Dis*. 2021 Jun 2;21(1):515. doi: 10.1186/s12879-021-06185-6. PMID: 34078305; PMCID: PMC8170436.
- ²⁷ WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020, disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
- ²⁸ Boletín de prensa No. 050 de 2020 – Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>
- ²⁹ Boletín de prensa No. 086 de 2020 – Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-primera-muerte-por-coronavirus.aspx>

³⁰ Buda, B. (2001). Review of Suicide. An unnecessary death [Review of the book *Suicide. An unnecessary death*, by D. Wasserman, Eds.]. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(1), 39. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.22.1.39>.

³¹ Osváth, Péter; Bálint, Lajos; Németh, Attila; Kapitány, Balázs; Rihmer, Zoltán; Döme, Péter. *Orv Hetil*; Changes in suicide mortality of Hungary during the first year of the COVID-19 pandemic / A magyarországi öngyilkossági halálozás változásai a COVID-19-járvány első évében; 162(41): 1631-1636, 2021 10 10.

³² Mukhtar S. Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Aug;66(5):512-516. doi: 10.1177/0020764020925835.

³³ Puig-Amores I, Cuadrado-Gordillo I, Parra GM-M. Suicide and health crisis in Extremadura: impact of confinement during COVID-19. *Trauma Care* 2021; 1: 38 – 48.

³⁴ Alvarado R, Ramírez J, Lanio I, Cortés M, Aguirre A, Bedregal P, et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Rev Med Chile* [Internet]. 2021; 149:1205-14.

³⁵ Osváth P. Psychological outcome of COVID–19 pandemic. How can we prepare for a psychodemic crisis? [A COVID– 19-pandémia mentálhigiénés következményei. Hogyan tudunk felkészülni a pszichodémiás krízisre?] *Orv Hetil*. 2021; 162: 366–374.

³⁶ Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Begum N, Saini A, Wang S, McGuire P, Fusar-Poli P, Lewis G, David AS. Suicide, self-harm and thoughts of suicide or self-harm in infectious disease epidemics: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021 Apr 27;30:e32. doi: 10.1017/S2045796021000214. PMID: 33902775; PMCID: PMC7610720.

³⁷ Rozanov VA, Semenova NV, Isakov VD, Yagmurov OD, Vuks AYa, Freize VV, Neznanov NG. Suicides in the COVID-19 pandemic – are we well informed regarding current risks and future prospects? *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(1):32-39. doi:10.17816/CP56.

³⁸ Appleby L, Richards N, Ibrahim S, Turnbull P, Rodway C, Kapur N. Suicide in England in the COVID-19 pandemic: Early observational data from real time surveillance. *Lancet Reg Health Eur*. 2021 May; 4: 100110.

-
- ³⁹ Radeloff D, Papsdorf R, Uhlig K, et al. Trends in suicide rates during the COVID-19 pandemic restrictions in a major German city. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021; 30: e16.
- ⁴⁰ Osaki Y, Otsuki H, Imamoto A, et al. Suicide rates during social crises: changes in the suicide rate in Japan after the Great East Japan earthquake and during the COVID-19 pandemic. *J Psychiatr Res.* 2021; 140: 39–44.
- ⁴¹ Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav.* 2021; 5: 229–238.
- ⁴² Courtet P, Olié E, Debien C, Vaiva G. Keep Socially (but Not Physically) Connected and Carry on: Preventing Suicide in the Age of COVID-19. *J Clin Psychiatry.* 2020 Apr 14;81(3):20com13370. doi: 10.4088/JCP.20com13370. PMID: 32297718.
- ⁴³ Brown S, Schuman DL. Suicide in the Time of COVID-19: A Perfect Storm. *J Rural Health.* 2021 Jan;37(1):211-214. doi: 10.1111/jrh.12458. Epub 2020 Jun 8. PMID: 32362027; PMCID: PMC7267332.
- ⁴⁴ Tatsuhiko A, Keisuke F, Tsubasa I, Yuri I, Kunihiko T. Excess Mortality From Suicide During the Early COVID-19 Pandemic Period in Japan: A Time-Series Modeling Before the Pandemic - *J Epidemiol* 2021;31(2):152-156.
- ⁴⁵ Ueda M, Nordström R, Matsubayashi T. Suicide and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *Journal of Public Health* | pp. 1–8. doi:10.1093/pubmed/fdab113
- ⁴⁶ Orellana JDY, de Souza MLP, Horta BL. Exceso de suicidios en Brasil durante los primeros 2 años de la pandemia de COVID-19: desigualdades de género, regionales y de grupos etarios. *Revista Internacional de Psiquiatría Social.* 2024;70(1):99-112. doi: 10.1177/00207640231196743
- ⁴⁷ Covid-19: la pandemia PNUD Colombia. Disponible en: <https://www.undp.org/es/colombia/covid-19-la-pandemia>