



# PREVENCIÓN DEL **SUICIDIO** *UN IMPERATIVO GLOBAL*

Toma un minuto,  
salvar una vida

## INTRODUCCIÓN

El Boletín información para la acción, BIA, de la Gerencia de Salud Pública de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, es un boletín epidemiológico que tiene como objetivo difundir la información de un evento específico, los lineamientos técnicos vigentes para la acción, y algunas recomendaciones que se deben impulsar por los diferentes actores, en cada uno de los municipios de Antioquia, con el fin de reducir el riesgo de enfermar, complicarse y morir por un evento de interés en salud pública. La fuente de información es la notificación de los casos por las unidades notificadoras municipales (UNM) al Sivigila y complementada por la gestión y las recomendaciones técnicas, realizadas por los referentes técnicos del ente departamental.

**Luis Pérez Gutiérrez**  
Gobernador de Antioquia

**Carlos Mario Montoya Serna**  
Secretario Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

**Ricardo Castrillón Quintero**  
Gerente de Salud Pública

### Comité Editorial:

**Martha Cecilia Londoño Báez**  
Epidemióloga  
Gerencia de Salud Pública

**Támara Estarita Jiménez**  
Comunicadora

**Juan David Estrada Ramírez**  
Diseño y diagramación

## PREVENCIÓN DEL SUICIDIO *UN IMPERATIVO GLOBAL*

### Índice

Introducción.....	1
Epidemiología del suicidio.....	2
Comportamiento del intento de suicidio Antioquia 2016.....	3
Objetivos.....	3
Metodología.....	3
Situación del Intento de suicidio en el Departamento de Antioquia, 2016.....	4
Normatividad vigente en la prevención de conducta suicida.....	8
Definiciones.....	8
Líneas de trabajo para alcanzar las metas.....	9
Referencias y bibliografía.....	13

## INTRODUCCIÓN

El suicidio según la Organización Mundial de la Salud, OMS es una situación que se presenta en todo el mundo sin distinción de clase social, afecta a hombres y mujeres y diferentes grupos poblacionales, que se ha convertido en un problema de salud pública, ocupando las principales causas de mortalidad en poblaciones jóvenes, es la tercera causa de muerte de 10 a 25 años. Varios de los suicidios son cometidos por un impulso, favorecidos por el acceso a los plaguicidas y armas.

La OMS, define el comportamiento suicida como un problema de etiología compleja, con múltiples causas interrelacionadas, siendo la enfermedad mental uno de los factores más importante que predispone al comportamiento suicida. Las personas afectadas por enfermedades mentales presentan un riesgo de suicidio diez veces mayor que aquellas personas que no las sufren. (1)

Emile Durkheim, evidencio que existen factores sociológicos involucrados, como son forma y grado de integración que tenga la persona con su grupo social.

Existen además los factores biológicos correlacionados, la existencia de un factor genético, relacionado o no a la genética de los trastornos mentales y quizás relacionado con la conducta impulsiva, así como con el metabolismo de aminas biógenas en particular con la serotonina. (2)

Otros autores desde el psicoanálisis hasta el enfoque cognitivo, han descrito los factores psicológicos involucrados, como; las pérdidas recientes, la activación de fantasías, heridas narcisistas o la desesperanza han sido entre los más importantes los factores mencionados. (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define

el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”

Se estima que existe una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, aunque existen amplias diferencias según edad y género. La incidencia es mucho más grande en mayores de 60 años. De aquellos que intentaron el suicidio y fallaron, una tercera parte tuvieron otro intento en el curso del año siguiente. (5)

Las investigaciones de los factores de riesgo, identifican que los problemas mentales como la depresión, los trastornos bipolares, la esquizofrenia, y el abuso de sustancias psicoactivas y el alcohol, son antecedentes frecuentes asociados al suicidio. A pesar de que la mujer presenta mayor número de intentos de suicidio, el hombre tiene 4 veces mayor la probabilidad de morir por suicidio que la mujer. Los antecedentes de suicidio en la familia, incrementa notablemente el riesgo para que otro integrante se suicide.

Los intentos de suicidio previos son el mejor indicador de un riesgo suicida alto que puede repetirse en un periodo de seis a doce meses, el 40% de los pacientes con depresión que se suicidan lo habían intentado previamente. (3)

Los métodos que se utilizan para el suicidio, están directamente relacionados con la región y condiciones del ambiente de cada país, en zonas de edificaciones altas se utiliza con frecuencia el lanzamiento al vacío, en general podría decirse que para Latinoamérica, el ahorcamiento, arma de fuego, sustancias agroquímicas y medicamentos son los métodos más utilizados.

La gran mayoría de los suicidios son evitables, 80%



de las personas suicidas avisan de su intención y el 50% mencionan abiertamente su deseo de morir. (1)

## EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

La Organización Mundial de la Salud, OMS informa que durante el 2016 se suicidaron 800.000 personas. Los países en la región con las tasas de suicidio más altas (entre 2005 y 2009) fueron: Guyana (26,2 por 100 mil habitantes), Surinam (23,3), Uruguay (14,2), Chile (11,2), Trinidad y Tobago (10,7), Estados Unidos (10,1), Cuba (9,9) y Canadá (9,7) Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. El 78% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo. (1)

En Colombia el informe de Forenses 2015, reporta que “el suicidio aumentó en todos los grupos de edad de las víctimas, excepto en los menores de quince (15) años; el mayor incremento porcentual se registró en la vejez. Durante 2015 se registraron en Colombia 2.068 suicidios, 10% más que en el año inmediatamente anterior. El decenio 2006-2015 acumuló 18.618 casos, con una media de 1.862 eventos por año, 155 mensual y aproximadamente cinco por día. La tasa de lesiones fatales autoinflingidas en 2015, fue de 5,22 eventos por cada 100 mil habitantes mayores de cinco años, aproximadamente 28% más que el promedio de la tasa de los últimos nueve años (4,08). El 80,03% de las víctimas eran hombres; por cada mujer que se suicidó, optaron por la misma manera de muerte cuatro hombres. En el grupo de edad 70 a 74 años la diferencia se amplía ostensiblemente, la razón es de 33 suicidios de

hombres por una mujer. La mayoría de los suicidios durante 2015 (48,74%) sucedieron en edades comprendidas entre los 15 y 34 años, con mayor participación de jóvenes entre 20 y 24 años (14,60%), no obstante las tasas de víctimas de 80 años o más es aproximadamente 61% superior que la tasa de la población en general. El 58,41% de las víctimas acudieron al mecanismo generadores de asfixia para consumarlo; dicho mecanismo fue más utilizado por hombres que por mujeres; en segundo lugar se encuentra el uso de tóxicos (20,46%), con mayor ingesta en mujeres, seguido del uso de armas de fuego, comúnmente utilizado por hombres. Abril, agosto y marzo concentran el mayor número de suicidios, octubre y noviembre registraron el menor número de casos. El domingo fue día de la semana más crítico, seguido del día lunes. El 59,01% de los casos se consumaron entre las 6:00 de la mañana y 5:59 de la tarde. Las tasas más elevadas de suicidio se registraron en los departamentos de Arauca, Amazonas, Caldas, Huila y Quindío; en tanto que los municipios más afectados fueron Lourdes (Norte de Santander), Pueblo Rico (Risaralda), Berbeo y Santa María (Boyacá), y Pijao (Quindío).”. (6)

El suicidio en indígenas en Colombia, acorde al reporte por el Boletín Epidemiológico, Suicidio de indígenas en Colombia, Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses 2010-2014, “ha sido inestable, aunque con tendencia a la baja según los datos. De este modo, entre enero de 2010 y junio de 2014 fueron reportados 61 casos de suicidio. Del total, 29,5% (18 casos) correspondió a mujeres y 70,5% (43 casos), a hombres. La edad promedio de las víctimas de suicidio se estimó en 26,5 años mientras que entre los grupos etarios más afectados se encuentran los de 20 a 24 y de 18 a 19 años. El departamento con mayor número de suicidios es el Cauca con un total de 13 casos. El mecanismo causal más común en el suicidio de indígenas es el veneno. De las 9 niñas y adolescentes que se suicidaron, 4 apenas alcanzaban entre 10 a 14 años”.

En Antioquia durante el 2016, a través del RUAF se identificaron 363 casos de suicidios equivalentes a una tasa de 5.6 por 100,000 habitantes. Durante los últimos diez años el comportamiento ha fluctuado entre 327 casos en 2006 a 363 en 2016. El grupo de edad con el mayor número de casos fue de 20-24 con 60 suicidios. Por subregión la tasa más alta la presenta el Norte con 8.0 por cien mil habitantes equivalentes a (21 casos), seguida de Oriente con 7.3 por cien mil habitantes, correspondientes a 43 casos, el tercer lugar lo ocupa el Valle de Aburra con una tasa de 6.0 por cien mil habitantes, con 228 casos, la tasa más baja se presentó en la región de Magdalena Medio con 2.6 por cien mil habitantes, correspondientes a 3 casos.

Al analizar el comportamiento de suicidio, por poblaciones vulnerables, se observa, 4 suicidas en Indígenas, 68 en mujeres, 1 embarazada, 1 caso en menores de 9 años, 15 en el grupo de 10-14 años.



## COMPORTAMIENTO DEL INTENTO DE SUICIDIO EN ANTIOQUIA - 2016

En el departamento de Antioquia, durante el 2016 se notificaron al SIVIGILA 4.227 casos de intento de suicidio, que corresponden a una tasa de 64.7 por 100.000 habitantes.

## Objetivos

- Aproximarse por municipio a la medición de la conducta suicida en: riesgo alto, medio, bajo y crítico.
- Caracterizar el comportamiento de la conducta suicida de acuerdo a las variables socio demográfica.
- Socializar el comportamiento de la conducta suicida ante diferentes actores, con el fin de visibilizar este evento de interés en salud pública.
- Divulgar la normatividad vigente en la prevención de conducta suicida.
- Brindar elementos de acción para los actores municipales.

## METODOLOGÍA

Análisis descriptivo retrospectivo de la información notificada al SIVIGILA en el año 2016.

Con la base en la información obtenida de la notificación al SIVIGILA 2016, (ficha 356) se conforma la base de datos que se depura, descartando los duplicados, y casos que no cumplen con la definición de caso de acuerdo al protocolo del INS, además se cruza con la base de datos de la intoxicación por sustancias químicas (ficha, 365) con el fin de verificar que todos los casos de intención suicida se incluyan en la base de intoxicaciones y a su vez los casos notificados por intoxicación con intención suicida se capten para el evento conducta suicida.

Igualmente se hace una mapa de riesgo utilizando la metodología de Rothman, que permite hacer semaforización de los riesgos por medio del cálculo de la partición estadística por cuartiles, para realizar el mapa de riesgo se utiliza teniendo



como referencia para el riesgo bajo el 25% de los datos que corresponden al primer cuartil, para el riesgo medio se utilizó la distribución entre el 25 y el 50% de los datos, para riesgo alto se tuvieron en cuenta los datos que se ubicaron entre el 50 y el 75% y para determinar los municipios críticos se tomaron los datos que se encontraban por encima del 75%. Con esta medida se elaboró la respectiva tabla, luego estos datos se procesan en el programa de georreferenciación ArcGis, para elaborar el mapa con el color que corresponde a cada uno de las categorías.

La semaforización permite identificar los municipios que se deben priorizar la gestión para las intervenciones por parte del equipo de la dimensión convivencia social y salud mental.

## SITUACIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, 2016

En el Departamento de Antioquia para el año 2016, se notificaron al SIVIGILA 4.227 casos de intento de suicidio, con una tasa de 64,7 por 100.00 habitantes observándose tendencia al aumento comparado con el comportamiento de los años anteriores (Figura 2), la tasa más alta de intento de suicidio la presenta la región de oriente con 84.9 por 100.000 habitantes, seguida de la región del Norte con 75.7 por 100.000 habitantes, en tercer lugar se encuentra la región del Valle de Aburra con 73.8 por cien mil habitantes, y en cuarto lugar está la región de Suroeste con 69.5 por cien mil habitantes. Las regiones con menor tasa de intento de suicidio son; Occidente, Nordeste, Magdalena Medio, Bajo Cauca, y Urabá con tasas de 57, 48, 27.3, 20.6, 20.4 por 100.000 habitantes. (Figura 3).

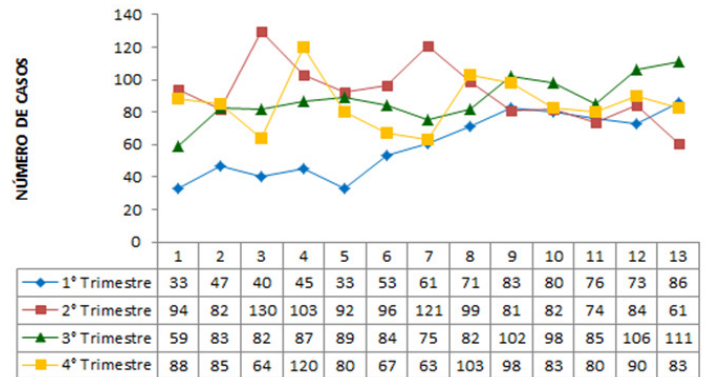


Figura 2. Comparativo trimestral del comportamiento del evento intento de suicidio. Antioquia 2016 (n=4227).

Fuente: Sivigila.

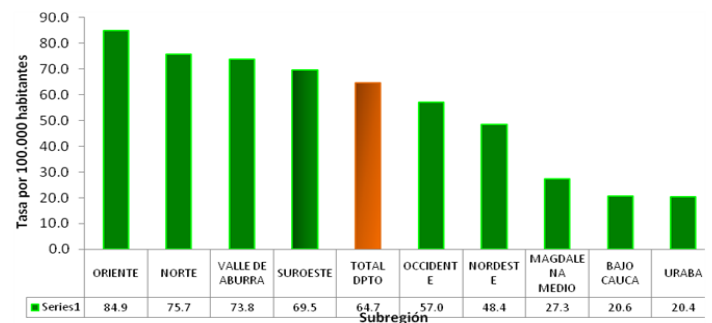
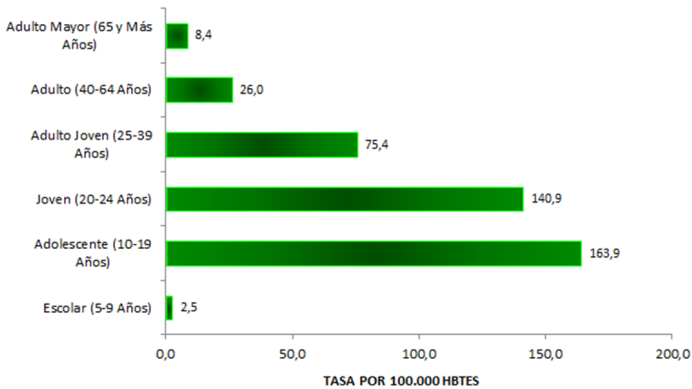


Figura 3. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, 2016 (n=4227).

Fuente: Sivigila.

## COMPORTAMIENTO DEL INTENTO DE SUICIDIO POR GRUPO ETARIO.

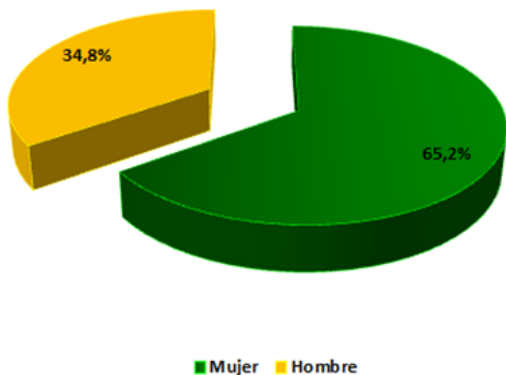
En Antioquia el 88% de los casos de intento de suicidio se presentan en el grupo de 10 a 39 años. El grupo etario de 10-19 años aporta el 41 %, seguido del grupo 25-29 años, con un 27%, en tercer lugar está el grupo de 20-24 años con el 19%. El 60% de los casos se presenta en menores de 25 años. Es preocupante que se reportaron 13 casos en los niños de 5 a 9 años, por lo que es necesario concentrar los esfuerzos de prevención y detección temprana de conductas suicidas. (Figura 4)



**Figura 4.** Tasa de incidencia de los casos de intento de suicidio, según grupos de edad. Antioquia, 2016  
*Fuente:* Sivigila.

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO, POR SEXO.

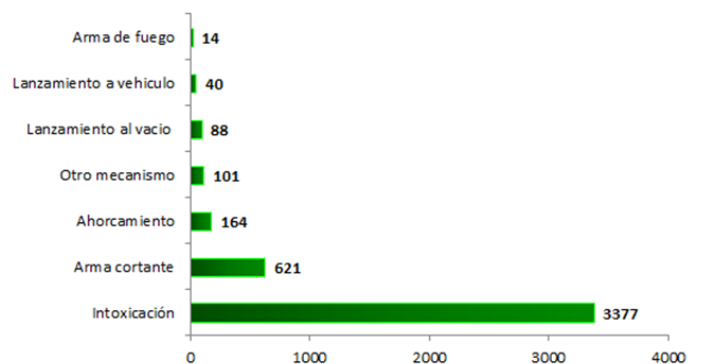
El 62% de los casos se presentaron en el sexo femenino, que corresponde a lo reportado en la literatura, la mujer hace más intentos de suicidio pero el hombre es más contundente en los mecanismos utilizados por lo que su condición final es el suicidio.



**Figura 5.** Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo. Antioquia, 2016.  
*Fuente:* Sivigila.

### COMPORTAMIENTO DEL INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN MECANISMO UTILIZADO.

En Antioquia el 80% de las personas que intentaron suicidarse utilizaron la intoxicación como mecanismo de autolesión, es coherente con las regiones donde esta es más crítica la situación de intento de suicidio que es en oriente una de las regiones en Antioquia donde se manipulan más los agroquímicos por cultivos de hortalizas, verduras, granos y flores entre otros, lo que significa que es necesario impulsar más el trabajo en el control hacia el acceso y manipulación de químicos utilizados en el agro. El segundo mecanismo utilizado es el arma cortante, aportando el 15%, el ahorcamiento es el tercer mecanismo utilizado, es importante además tener en cuenta el mecanismo de lanzarse a vehículo, en el cual en Medellín ciudad capital es frecuente el lanzamiento al metro, algunas de estas personas logran sobrevivir con grandes complicaciones y discapacidad.



**Figura 6.** Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, según mecanismo utilizado. Antioquia, 2016.

### CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE INTENTO DE SUICIDIO POR MUNICIPIO

31 municipios están en riesgo crítico, equivalente al color rojo, por presentar tasas mayores que 78.7 por 100.000 mil habitantes, las tasas oscilan entre 79,2 a 251,2 por 100.000 habitantes.



31 municipios se encuentran en riesgo alto, correspondiente a color salmón, con tasas entre 56,4 y 78,6 por 100.000 mil habitantes.

31 municipios tienen riesgo medio, color amarillo, oscilando las tasas entre 31,4 y 56,4 por 100.000 mil habitantes.

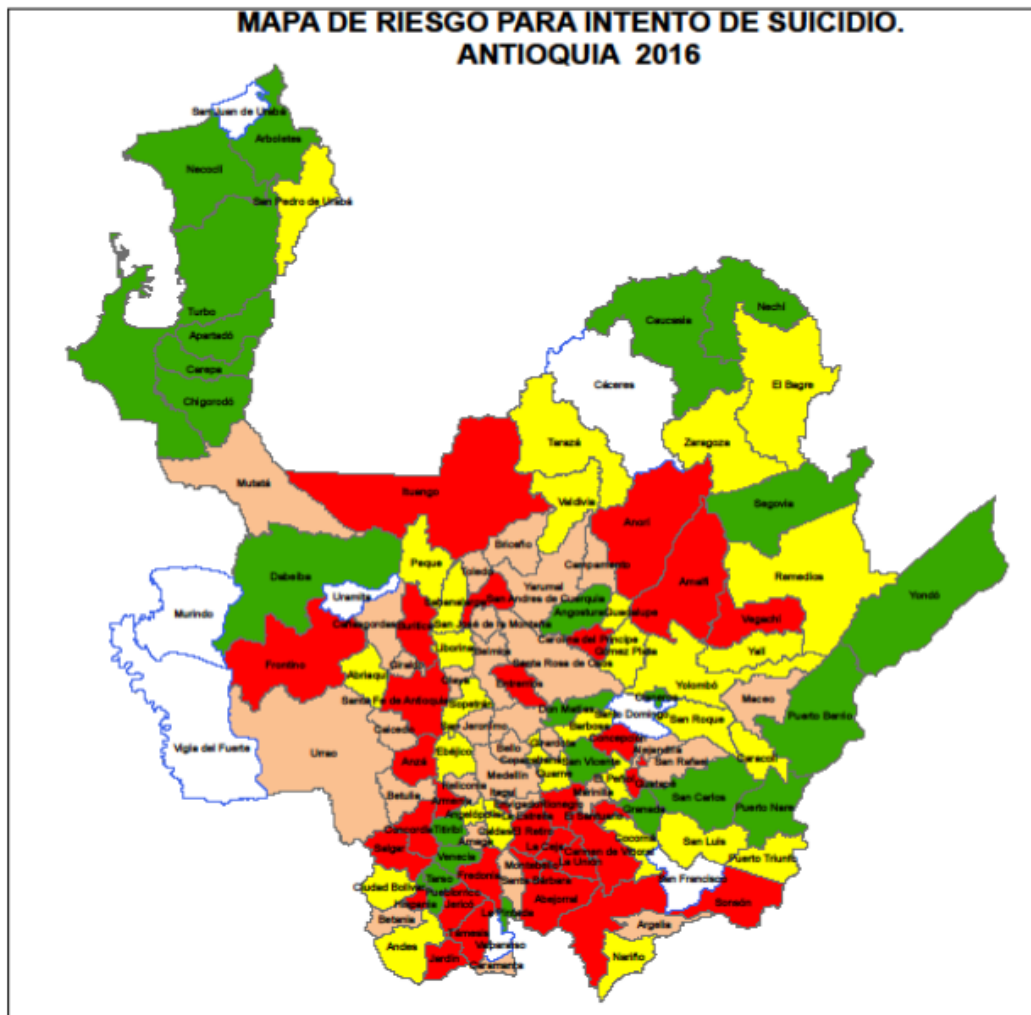
24 municipios presentan riesgo bajo, color verde con tasas menores a 31,3 por 100.000 mil habitantes.

Las regiones con mayor número de municipios críticos son oriente y Suroeste con 10 municipios,

seguida de la región del Norte con 5 municipios críticos (figura 7). 8 municipios presentaron silencio, lo que significa que no notificaron en el año el evento.

Figura 7. Mapas de Riesgo de intento de suicidio. Antioquia 2016

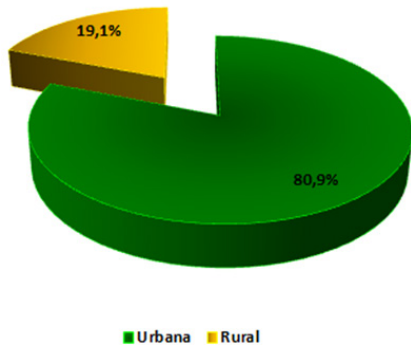
- Municipios con silencio
- Riesgo bajo  $\leq 31,3$
- Riesgo medio, entre 31,4 y 56,3
- Riesgo alto, entre 56,4 y 78,6
- Municipios críticos  $>78,7$





## COMPORTAMIENTO DEL INTENTO DE SUICIDIO POR ÁREA DE OCURRENCIA.

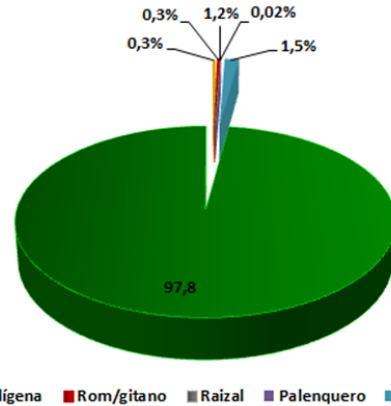
En Antioquia, 3,421 casos de intento de suicidio correspondientes al 81%, se presentaron en la zona urbana, pero no es despreciable la cifra de 806 casos presentados en zona rural. (Figura 8)



**Figura 8.** Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, según área de ocurrencia. Antioquia, 2016.  
Fuente: Sivigila.

## DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO, SEGÚN PERTENENCIA ÉTNICA

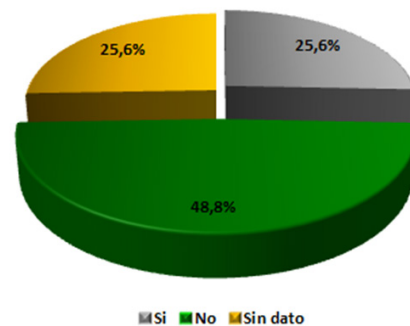
Desafortunadamente la clasificación disponible por etnia, se concentra en el grupo de otro, lo que no permite visibilizar claramente la situación, pero si llama la atención que se estén visibilizando en el año, 14 intentos de suicidio en indígenas y 11 en Rom/gitano, poblaciones vulnerables que ameritan una atención prioritaria. En Colombia las tasas más altas de suicidio en indígenas, están en las aéreas limítrofes de Antioquia, Choco y Córdoba, encontrando que estos grupos de indígenas comparten lazos familiares, pertenecientes a la etnia Embera. (Figura 9)



**Figura 9.** Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, según pertenencia étnica. Antioquia 2016  
Fuente: Sivigila.

## DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO, SEGÚN INTENTOS PREVIOS

El 26% de las personas con intento de suicidio lo han hecho previamente, lo que puede deberse a varias razones entre ellas, la lesión no causó grandes daños y no consultó, no tuvo acceso a un servicio de salud, no se brindó atención en crisis, no hubo continuidad en el tratamiento, y no accedió a intervención psicológica, situaciones que son frecuentes por la falta de red de atención psicosocial, debido a que las IPS que prestan estos servicios están concentrados en las grandes ciudades y la intervención requiere de varias citas para lograr impactar la reducción del conducta suicida.



**Figura 10.** Distribución de los casos de intento de suicidio, según intentos previos. Antioquia, 2016  
Fuente: Sivigila.



## NORMATIVIDAD VIGENTE EN LA PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública. El primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, "Prevención del suicidio: un imperativo global", publicado en 2014, procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública. También procura alentar y apoyar a los países para que desarrollen o fortalezcan estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.

En el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para 2020.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia MINSALUD, definió como meta para el año 2021, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones auto-infligidas a menos de 4,7 por 100.000 habitantes y ha definido el abordaje del intento de suicidio dentro de las siguientes normas y documentos.

- Constitución Política de Colombia.
- Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas. Brasilia 2005.
- Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OPS.
- Plan de Acción sobre Salud Mental, Ley 1616 de 2013: por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

- Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, Resolución 00001841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Plan Nacional de Desarrollo 2014 -2018.
- Ley Estatutaria de Salud ( 1751/15).
- Resolución MIAS (429/16).
- Resolución RIAS 3202/16.
- Objetivos del Desarrollo Sostenible 2030

## DEFINICIONES

La OMS define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida (Pascual Pascual y otros, 2005). Es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado.

El Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección Promoción y Prevención, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, definió que la conducta suicida se puede diferenciar en tres niveles o categorías: ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado:

- **Ideación suicida:** se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. (incluye plan suicida)

- **Intento de suicidio:** se describe como un acto lesivo con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto.
- **Suicidio:** muerte derivada de lesión, envenenamiento o asfixia mecánica, con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida.

## LÍNEAS DE TRABAJO PARA ALCANZAR LAS METAS

OMS Meta mundial, 3.2: se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países, para el 2020.

Colombia, disminución del suicidio a menos del 4.7 por 100.000 habitantes para el 2021.

Antioquia, meta del Plan de Desarrollo 2016-2019 disminución de la tasa de suicidio a menos del 5 por cien mil habitantes.

## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La OMS en el documento [Prevencion-suicidio-nivel-global-who-2014.pdf](#) define que: “La vigilancia de la prevalencia, las características demográficas y los métodos usados en los intentos de suicidio en una comunidad suministra información importante que puede ayudar a elaborar y evaluar estrategias de prevención. Cuando se combinan con información sobre las muertes por suicidio, los datos sobre las tasas y los métodos de los intentos de suicidio pueden usarse para calcular la tasa de letalidad del comportamiento suicida (es decir, la proporción de actos suicidas que dan lugar a muerte) por sexo, edad y método. Esta información ayuda a identificar dentro de la comunidad a los grupos de alto riesgo a los que se deben dirigir intervenciones psicosociales selectivas y a identificar los métodos de alto riesgo objeto de las intervenciones de restricción de medios”.

Para Colombia el Instituto Nacional de Salud ha

definido que el intento de suicidio, requiere ser vigilado como un evento de interés en salud pública, y para esto ha dispuesto el Protocolo de Intento de suicidio, por lo cual se debe realizar notificación rutinaria semanal al SIMIGILA, utilizando una ficha establecida, es de aclarar que en el momento el INS utiliza dos fichas para el intento de suicidio, la ficha Código INS: 356 de intento de suicidio y la ficha, Código INS: 365 para Intoxicaciones por sustancias químicas, que será utilizada cuando la persona intoxicada por sustancias químicas o medicamentos ha tenido una intención suicida.

La vigilancia del intento de suicidio, es una de las herramientas más efectivas que permiten a través de la captación de casos, caracterizar las principales variables de las personas que presentan intento de suicidio, posibilita la definición de políticas de prevención dirigidas desde lo individual como lo colectivo, la utilización de la ficha de notificación, permite la estandarización de la información a nivel municipal, departamental y nacional.

“Lo más significativo es que un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general: quienes ya hayan intentado el suicidio corren un riesgo mucho mayor de morir por suicidio que quienes no lo hayan intentado antes. Identificar a estas personas de alto riesgo y proporcionarles seguimiento y apoyo debe ser un componente clave de todas las estrategias integrales de prevención del suicidio”.

([Prevencion-suicidio-nivel-global-who-2014.pdf](#))



Grupo de Vigilancia y Control de Eventos de Salud Mental y Lesiones de Causa Externa

## Protocolo de Vigilancia en Salud Pública

# INTENTO DE SUICIDIO

DOCUMENTO ELABORADO POR  
María Lucía Ospina Martínez  
Director General INS  
Flaniklyn Edelmira Alvarado  
Directora de Vigilancia y Control de Eventos de Salud Pública  
Oscar Eduardo Pacheco García  
Subdirector de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública  
Hermán Quijada Bonilla  
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR  
Ana María Blánderos Rodríguez  
Profesional especialista  
Grupo de Vigilancia y Control de Eventos de Salud Mental y Lesiones de Causa Externa  
Instituto Nacional de Salud INS

DOCUMENTO ELABORADO POR  
Camilo Alejandro Alfonso  
Profesional especialista  
Equipo de Salud Mental  
Instituto Nacional de Salud INS

MINSALUD

**TODOS POR UN NUEVO PAÍS**  
 PM 161.000 151.000

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD**

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
Subsistema de Información SIVIGILA  
Fecha de notificación

Intoxicaciones por sustancias químicas Código INS: 365

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1286/09

RELACION CON DATOS BÁSICOS FOR-002.0000-064 V-01 2017/01/01

A. Nombres y apellidos del paciente		B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
<small>*IC: REGISTRO CIVIL; TI: TARJETA IDENTIDAD; CC: CÉDULA CIUDADANÍA; CE: CÉDULA EXTRANJERÍA; PA: PASAPORTE; MS: MENOR SIN ID; AS: ADULTO SIN ID</small>			

5. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Grupo de sustancias	<input type="radio"/> 1. Medicamentos <input type="radio"/> 2. Plaguicidas <input type="radio"/> 3. Metales <input type="radio"/> 4. Metales pesados <input type="radio"/> 5. Solventes <input type="radio"/> 6. Otras sustancias químicas <input type="radio"/> 7. Gases <input type="radio"/> 8. Sustancias psicoactivas
5.2 Nombre del producto:	
5.3 Tipo de exposición	<input type="radio"/> 1. Ocupacional <input type="radio"/> 2. Accidental <input type="radio"/> 3. Intencional suicida <input type="radio"/> 4. Intencional homicida <input type="radio"/> 5. Delictiva <input type="radio"/> 6. Desconocida <input type="radio"/> 9. Intencional psicoactiva / alcohol <input type="radio"/> 10. Automedicación / autopsicopatía
5.4 Lugar donde se produjo la intoxicación	<input type="radio"/> 1. Hogar <input type="radio"/> 2. Establecimiento educativo <input type="radio"/> 3. Establecimiento militar <input type="radio"/> 4. Establecimiento comercial <input type="radio"/> 5. Establecimiento penitenciario <input type="radio"/> 6. Lugar de trabajo <input type="radio"/> 7. Via pública (parque) <input type="radio"/> 8. Bares/Tabernas/Ciudadela
5.5 Fecha de exposición (dd/mm/aaaa)	S.5.1 Hora (h a 24) <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>
5.6 Via de exposición	<input type="radio"/> 1. Respiratoria <input type="radio"/> 2. Oral <input type="radio"/> 3. Dermo/mucosa <input type="radio"/> 4. Ocular <input type="radio"/> 5. Desconocida <input type="radio"/> 6. Parenteral (intramuscular, intravenosa, subcutánea, intraperitoneal) <input type="radio"/> 7. Transplacentaria

6. OTROS DATOS

6.1 Escolaridad	<input type="radio"/> 1. Preescolar <input type="radio"/> 2. Básica primaria <input type="radio"/> 3. Básica secundaria <input type="radio"/> 4. Media académica o clásica <input type="radio"/> 5. Media técnica <input type="radio"/> 6. Tecnológica <input type="radio"/> 7. Técnica profesional <input type="radio"/> 8. Profesional <input type="radio"/> 9. Profesional <input type="radio"/> 10. Especialización <input type="radio"/> 11. Maestría <input type="radio"/> 12. Doctorado <input type="radio"/> 13. Ninguno <input type="radio"/> 14. Sin información
6.2 ¿Afiliado a A.R.L.?	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
6.3 Estado civil	<input type="radio"/> 1. Soltero <input type="radio"/> 2. Casado <input type="radio"/> 3. Unión libre <input type="radio"/> 4. Viudo <input type="radio"/> 5. Divorciado

7. SEGUIMIENTO

7.1 ¿El caso hace parte de un brote?	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2 Número de casos en este brote	<input type="text"/>
7.3 Fecha investigación epidemiológica brote (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>	7.4 Situación de alerta	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No

8. DATOS DE LABORATORIO

8.1 Se tomaron muestras de toxicología	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	8.2 Tipo de muestras solicitadas	<input type="radio"/> 1. Sangre total <input type="radio"/> 2. Orina <input type="radio"/> 3. Saliva <input type="radio"/> 4. Tóxico <input type="radio"/> 11. Bacterias <input type="radio"/> 12. Cabello <input type="radio"/> 13. Uñas <input type="radio"/> 14. Otros
8.3 Nombre de la prueba toxicológica	<input type="text"/>	8.4 Diligencie el resultado de la prueba	<input type="text"/>

Correo: sivigila@ins.gov.co / ins.sivigila@gmail.com

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
Subsistema de Información SIVIGILA  
Fecha de notificación

Intento de suicidio Código INS: 356

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1286/09

RELACION CON DATOS BÁSICOS FOR-002.0000-064 V-01 2017/01/01

Nombre y apellidos del paciente*		Tipo de ID*		Número de identificación*	
<small>*IC: REGISTRO CIVIL; TI: TARJETA IDENTIDAD; CC: CÉDULA CIUDADANÍA; CE: CÉDULA EXTRANJERÍA; PA: PASAPORTE; MS: MENOR SIN ID; AS: ADULTO SIN ID</small>					

5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

5.1 ¿Asiste solo?	Nombre del acompañante
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="text"/>
5.2 Parentesco	5.3 Fecha de Occurrencia
<input type="radio"/> 1. Padre <input type="radio"/> 2. Madre <input type="radio"/> 3. Hermano(a) <input type="radio"/> 4. Espos(a) <input type="radio"/> 5. Hij(a) <input type="radio"/> 6. Amigo(a) <input type="radio"/> 7. Otro	<input type="text"/>
5.4 Intentos previos	5.4.1 Número de Intentos previos
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Una vez <input type="radio"/> 2. Dos veces <input type="radio"/> 3. Tres veces <input type="radio"/> 4. Más de tres veces <input type="radio"/> 99. Sin dato
5.5 Estado civil	5.6 Escolaridad
<input type="radio"/> 1. Soltero(a) <input type="radio"/> 2. Casado(a) <input type="radio"/> 3. Unión libre <input type="radio"/> 4. Separado(a) (divorciado)	<input type="radio"/> 4. Media académica o clásica <input type="radio"/> 5. Media técnica <input type="radio"/> 6. Básica primaria <input type="radio"/> 7. Técnica profesional <input type="radio"/> 8. Tecnológica <input type="radio"/> 9. Profesional <input type="radio"/> 10. Especialización <input type="radio"/> 11. Maestría <input type="radio"/> 12. Doctorado <input type="radio"/> 13. Ninguno <input type="radio"/> 14. Sin información

6. FACTORES DESENCADENANTES

<input type="checkbox"/> Conflictos con pareja o expansión <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica desconocida o discapacitante	<input type="checkbox"/> Problemas económicos <input type="checkbox"/> Muerte de un familiar o amigo <input type="checkbox"/> Problemas jurídicos <input type="checkbox"/> Problemas laborales	<input type="checkbox"/> Escalar / Escalada <input type="checkbox"/> Saludo de un familiar o amigo
--	---	---

7. FACTORES DE RIESGO

<input type="checkbox"/> Consumo de SPA <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de conducta suicida <input type="checkbox"/> Ideación suicida persistente <input type="checkbox"/> Pacto suicida	<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> Antecedentes de violencia o abuso <input type="checkbox"/> Trastornos depresivos <input type="checkbox"/> Trastornos de personalidad <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Esquizofrenia	En caso de presentar trastorno psiquiátrico seleccione uno o varias de las siguientes opciones
--	--	--

8. MECANISMO

<input type="checkbox"/> Anorrimiento o asfisia <input type="checkbox"/> Ingestión de veneno <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Lanzamiento a vehículo <input type="checkbox"/> Otro mecanismo	<input type="checkbox"/> Inyección intravenosa <input type="checkbox"/> Lanzamiento a cuerpo de agua <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Otro mecanismo	En caso de intoxicación seleccione el tipo de sustancia
<input type="checkbox"/> 1. Medicamentos <input type="checkbox"/> 2. Plaguicidas <input type="checkbox"/> 3. Metales <input type="checkbox"/> 4. Metales pesados <input type="checkbox"/> 5. Solventes	<input type="checkbox"/> 6. Otras sustancias químicas <input type="checkbox"/> 7. Gases <input type="checkbox"/> 8. Sustancias psicoactivas <input type="checkbox"/> 9. Sustancia desconocida	

9. COMPROMISO VITAL

<input type="radio"/> 1. Bajo <input type="radio"/> 2. Medio <input type="radio"/> 3. Alto
--

10. REMISIÓN A SALUD MENTAL

<input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Trabajo social
--

Correo: sivigila@ins.gov.co / ins.sivigila@gmail.com

## SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS CASOS REPORTADOS

Con la participación del coordinador de vigilancia en salud pública, salud mental, quien lidere en la entidad territorial el proceso de la gestión de la prestación de servicios individuales y los aseguradores, la entidad territorial municipal implicados en los casos, se debe realizar y documentar, el análisis epidemiológico mensual, de los casos de intento de suicidio de alto impacto como son los ocurridos en población menor de 18 años, mujeres gestantes, reincidentes y población indígena. Lo anterior con el fin de identificar los elementos que permitan definir y planificar las acciones de prevención de la conducta suicida.

Realizar socialización de la información sobre el análisis de los casos de intento de suicidio en las poblaciones de alto impacto, en los diferentes

espacios con el fin de que los distintos actores y sectores reconozcan el problema y participen en las alternativas de abordaje.

## PREVENCIÓN CONDUCTA SUICIDA

En Colombia no se ha desarrollado un plan o una estrategia nacional para la prevención y atención del suicidio. En el 2012 EL Ministerio de Salud y Protección Social realizó una revisión crítica de la literatura donde concluía que entre las intervenciones más efectivas se encontraban: (8)

1. Entrenamiento a profesionales de atención primaria, fundamentalmente a médicos generales, en el reconocimiento de trastornos mentales, especialmente depresión unipolar y bipolar.
2. Educación a gatekeepers (se refiere a todos aquellos que actúan como primer contacto de las personas con riesgo suicida. Se consideran gatekeepers o personas de primer contacto a: maestros, orientadores, consejeros escolares y universitarios, sacerdotes, líderes, facilitadores y multiplicadores comunitarios, comisarios/as de familia, trabajadores/as sociales que laboran con población víctima de maltrato, violencia intrafamiliar y abuso sexual, cuidadores de hogares geriátricos o de personas en situación de discapacidad, trabajadores de correccionales y cárceles, policías, bomberos, socorristas, personal de ambulancias, profesionales de atención primaria incluyendo curanderos tradicionales, médicos/as generales, personal de enfermería, psicólogos, y en algunos casos psiquiatras y otros profesionales entrenados en salud mental que hacen parte de los equipos sanitarios de atención primaria en la identificación de personas en riesgo y su canalización a servicios apropiados de tratamiento.)
3. Restricción del acceso a métodos letales

comúnmente utilizados.

4. Mejoría de los cuidados de salud mental en términos de acceso a servicios de hospitalización y ambulatorios, continuidad del tratamiento, seguimiento y coordinación entre los distintos niveles de atención.

También consideran que deben combinarse estrategias para la reducción del consumo de alcohol y otras sustancias. (8)

Una revisión sistemática realizada desde el años 2005 al 2014 reafirmó que la principal estrategia es la restricción al acceso de los métodos letales. También resaltó la importancia de los psicofármacos como estrategia de prevención del riesgo de suicidio, principalmente el uso de antidepresivos. La mayoría de ensayos clínicos controlados y aleatorizados de esta revisión, demuestran que los programas de prevención de suicidio y programas de seguimiento en salud mental en las instituciones educativas disminuían la ideación y los intentos de suicidio. Las intervenciones realizadas a médicos de atención primaria en salud, pueden ser de gran utilidad en la medida que disminuyen las tasas de suicidio por el aumento en la prescripción de antidepresivos, pero dicha asociación no está claramente identificada. En cuanto a la educación de los gatekeepers, aun no es contundente la evidencia para la disminución de las tasas de conducta suicida, lo mismo sucede con las intervenciones en la comunidad general. El artículo concluye que debe evaluarse si las estrategias utilizadas en los diferentes medios de comunicaciones y redes sociales son efectivas. (9)

Otra revisión sistemática realizada en el 2014 en escenarios universitarios y de secundaria, corrobora la información de las estrategias orientadas a los gatekeepers ya que se ha encontrado que las acciones realizadas por estas personas entrenadas en la población, reduce el



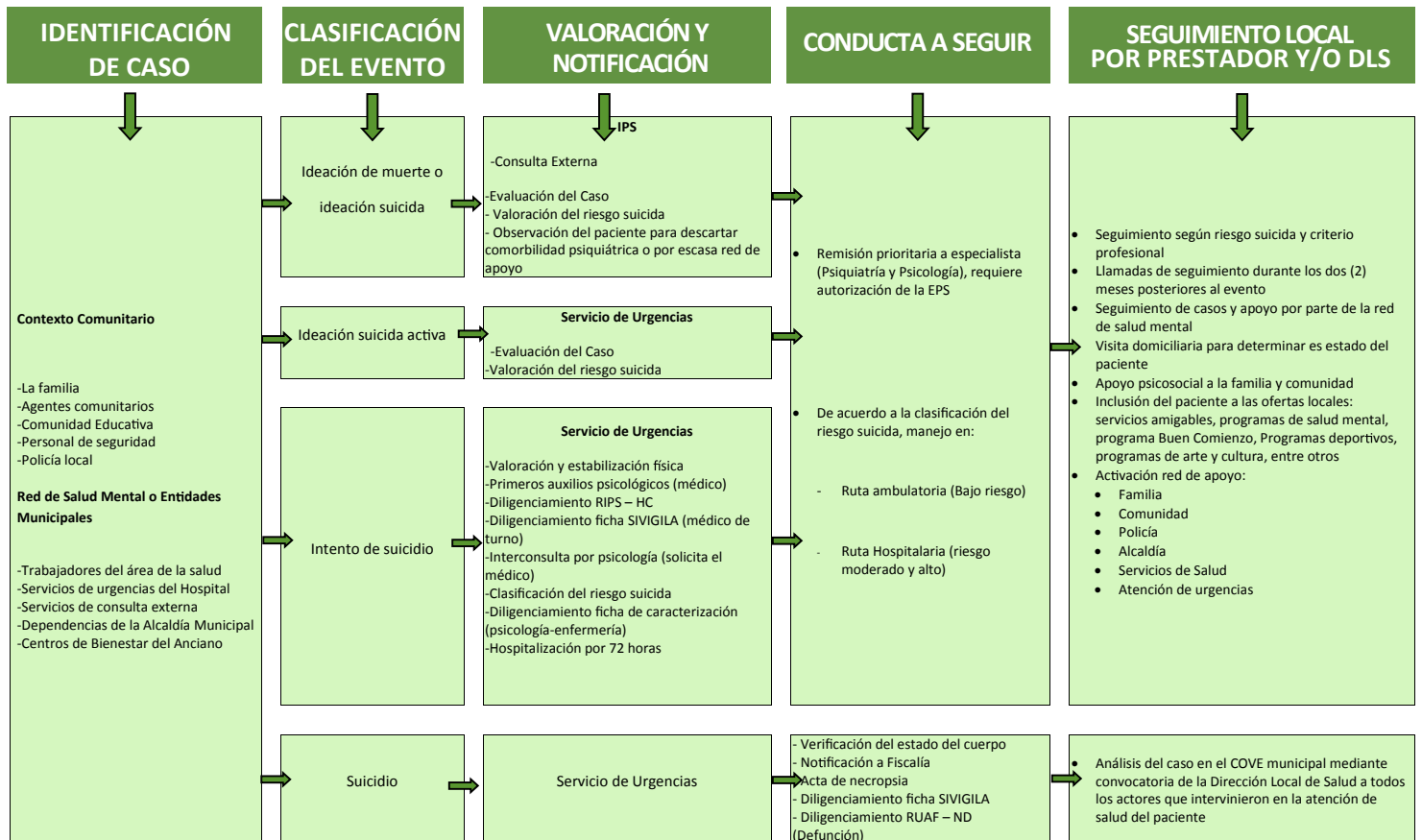
riesgo suicida a corto plazo, pero al parecer el efecto a largo plazo no se conserva. (10)

## RUTA DE ATENCIÓN

El flujograma (algoritmo de derivación) como ruta de atención de la conducta suicida, fue creada por la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental de la Gerencia de Salud Pública de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, con el fin de disponer de elementos claros para derivar de manera oportuna la evaluación, atención y seguimiento integral a los miembros de la comunidad que enfrentan esta problemática de salud mental.

La ruta de atención de la conducta suicida propuesta es una guía para que los entes territoriales la contextualicen desde la oferta de servicios disponibles, es importante mencionar que la misma admite en todo momento revisión y ajustes permanentes desde los diferentes actores institucionales y sectoriales, y de manera muy precisa del sector salud.

### RUTA DE ATENCIÓN EN CASOS DE CONDUCTA SUICIDA



## REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013
2. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014. <https://www.minsa.gob.pe/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/INEC/INTOR/Prevencion-suicidio-nivel-global-who-2014.pdf>. Consulta 20 de mayo.
3. Kaplan, H., Sadock, B., Sinopsis de Psiquiatría. 7ª edición. 1996
4. Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, Bohorquez A, et al. Factores Asociados al intento de suicidio en Colombia, Revista Colombiana de Psiquiatría. 2003, Vol 32 No 4.
5. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. American Journal of Psychiatry. 1999;156(2):181-9.
6. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Washington: OPS; 2014.
7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2015: Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015 Violencia autoinfligida, desde un enfoque forense. <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/3418907/7.+SUICIDIOS.pdf/01c41af2-27cf-4932-ae14-234d1eeaf425>
8. Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, Organización Panamericana de la Salud (OPS), SINERGIAS—Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social. Intervenciones en suicidio Revisión crítica de la literatura. 2012;
9. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Heeringa K Van, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10 - year systematic. 2017;3(July 2016).
10. Cs H, Cw G, Stallones L, Diguseppi C. Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings ( Review ). 2014;(10).
11. El Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección Promoción y Prevención, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, Orientaciones técnicas para la formulación de planes territoriales de prevención y atención a la conducta suicida. Mayo 2017
12. Instituto nacional de salud, Colombia, Potocolo Intento de Suicidio-R02.062 Versión 02 26 - 04 - 2017.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012a). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (2ª reimpresión al español corregida). Ginebra: OMS. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf)
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). Atención Primaria en Salud en las Américas: Enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y retos futuros. Washington, D.C.: OPS. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7479>



## PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN IMPERATIVO GLOBAL

### Autores del Boletín

#### Dora María Gómez Gómez

Referente

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental  
Gerencia de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de  
Antioquia  
dora.gomez@antioquia.gov.co

#### Martha Cecilia Londoño Báez

Epidemióloga

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental  
Gerencia de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de  
Antioquia  
epidemiologia.saludpublica@antioquia.gov.co

#### María Gilma Cifuentes Ibarra.

Profesional en Gerencia de Sistemas de  
Información en Salud  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de  
Antioquia  
maria.cifuentes@antioquia.gov.co

#### Liliana Cardona Escobar

Profesional en Gerencia de Sistemas de  
Información en Salud  
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental  
Gerencia de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de  
Antioquia  
saludmental@antioquia.gov.co

#### Adelaida Castaño Mejía

Psiquiatra

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental  
Gerencia de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de  
Antioquia  
adecastanom@gmail.com

#### Beatriz Carmona Monsalve

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental  
Gerencia de Salud Pública  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de  
Antioquia  
bettycar90@gmail.com



## Suicidio: hechos y datos

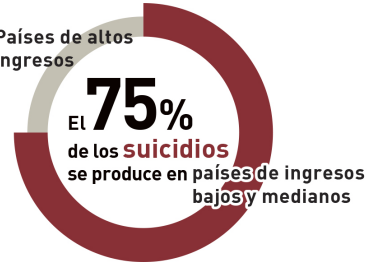
El **suicidio** es la **segunda** causa de defunción entre las personas de **15 a 29** años



Más de **800 000** personas **se suicidan** cada año

Una muerte cada **40** segundos 

Países de altos ingresos



Los **plaguicidas**, el **ahorcamiento** y las **armas de fuego** son los métodos más habituales empleados en el mundo

La mortalidad por **suicidio** es superior a la mortalidad total causada por la guerra y los homicidios



## Los suicidios pueden prevenirse



La clave es adoptar un enfoque **multisectorial integral**

La mayoría de los países no ha establecido una estrategia **nacional de prevención del suicidio**



El objetivo en el Plan de Acción de Salud Mental de 2013-2020 es reducir un **10%** de los índices de suicidio

# biao

BOLETÍN INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN

Secretaría Seccional  
de Salud y Protección  
Social de Antioquia

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



**PIENSA EN GRANDE**