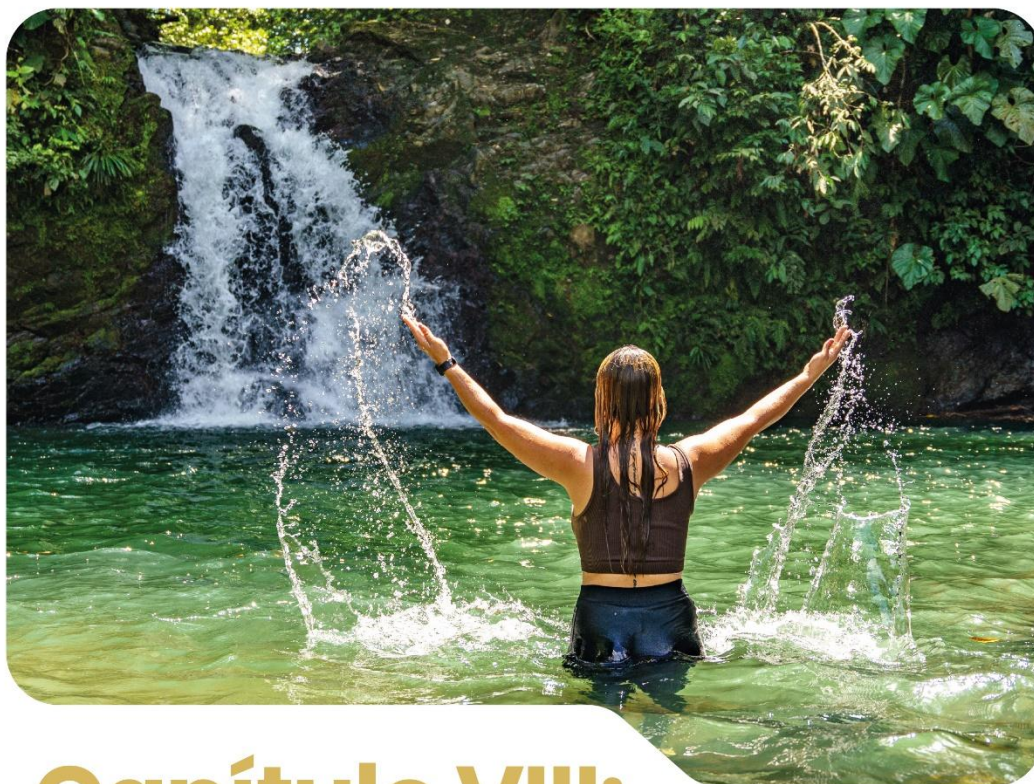




Capítulo VIII:

Situación salud mental



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



CAPÍTULO VIII.

Introducción.....	2
8.1 Hallazgos.....	5
8.1.1 Mortalidad salud mental.....	5
8.1.2 Morbilidad específica salud mental	8
8.1.3 Comportamiento del intento de suicidio.	15
8.1.4 Comportamiento de Suicidio.....	24
8.1.5 Comportamiento de violencia de género e intrafamiliar.	27
8.1.6 Fortalecimiento de la salud mental	33
Conclusiones	34
Orientaciones estratégicas.	35



CAPÍTULO VIII.

Introducción

La salud mental no es un estado estático; a lo largo del curso de vida, independientemente de la etapa en la que se encuentre una persona, se presentan variaciones en el equilibrio emocional como respuesta a situaciones adversas y a las presiones del entorno. En cada momento, factores de orden individual, comunitario y sistémico interactúan de manera dinámica, pudiendo fortalecer o deteriorar el estado psíquico. En este sentido, el bienestar emocional se modifica continuamente y, en algún momento de la vida, todas las personas pueden verse enfrentadas a un problema o trastorno mental.

La salud mental posee un valor intrínseco y fundamental para la vida humana. Incide directamente en la forma de pensar, sentir y actuar; sustenta la capacidad para tomar decisiones, establecer relaciones significativas y participar activamente en la construcción del entorno social. Además, constituye un derecho humano fundamental y un componente esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. La salud mental forma parte integral de la experiencia humana en todo momento, incluso cuando no se es plenamente consciente de ella.

Por esta razón, en todas las etapas del curso de vida, las acciones de promoción de la salud mental y de prevención de los trastornos mentales resultan indispensables para fortalecer el bienestar psicológico y la resiliencia, prevenir la aparición de problemáticas en salud mental y mitigar su impacto, así como para reducir las necesidades de atención en los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud – OMS, 2023).

De acuerdo con el Atlas Mundial de Salud Mental 2024, a nivel global existe un promedio de 13 trabajadores de salud mental por cada 100.000 habitantes. En Colombia, el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) reporta que, para el año 2023, el país contaba con 946.655 profesionales de la salud. De estos, 90.509 corresponden a psicólogos titulados, de los cuales 16.637 ejercen en el departamento de Antioquia. En relación con la psiquiatría, Antioquia dispone de 267 psiquiatras, del total de 1.613 especialistas registrados a nivel nacional, evidenciando brechas importantes en la disponibilidad del talento humano especializado para la atención en salud mental.



Según el informe World Mental Health Today: Latest Data de la Organización Mundial de la Salud, más de mil millones de personas en el mundo conviven actualmente con algún trastorno mental, lo que representa el 14 % de la población global. En 2021, la prevalencia estandarizada por edad alcanzó el 13,6 %, reflejando un incremento del 0,9 % en comparación con la década anterior. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos constituyen las condiciones más prevalentes, afectando a 359 millones y 332 millones de personas, respectivamente, y representando en conjunto más de dos tercios de todas las afecciones en salud mental. La distribución por sexo muestra una mayor prevalencia en mujeres (14,8 %) frente a los hombres (13,0 %).

Los trastornos mentales representan la segunda causa de años vividos con discapacidad a nivel mundial, concentrando el 17,2 % de este indicador y el 5,2 % de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) en 2021. En términos de mortalidad, el suicidio constituye el 1,1 % del total de muertes globales, con aproximadamente 727.000 fallecimientos registrados en 2021. Esta causa se posiciona como la segunda causa de muerte en mujeres y la tercera en hombres entre los 15 y 29 años. Adicionalmente, la mortalidad prematura asociada a trastornos mentales graves es significativa: las personas con trastorno bipolar fallecen, en promedio, 13 años antes, y aquellas con esquizofrenia, 9 años antes que la población general.

A pesar de la magnitud de la problemática, la cobertura de tratamiento en salud mental continúa siendo limitada. Se estima que el 71 % de las personas con psicosis no reciben atención en servicios de salud mental, y que solo el 9 % de quienes padecen trastorno depresivo mayor accedieron a un tratamiento mínimamente adecuado en 2021. En los países de bajos ingresos, esta proporción desciende a menos del 3 %. Asimismo, únicamente la mitad de los países a nivel mundial han implementado políticas de salud mental alineadas con estándares de derechos humanos, cifra que se reduce al 29 % en naciones de bajos ingresos, lo que evidencia una crisis global en la atención en salud mental que demanda acciones urgentes y estructurales.

En este contexto, el capítulo de profundización en salud mental del ASIS 2025 permitirá identificar y analizar los principales indicadores de salud mental en el departamento de Antioquia, así como describir las estrategias implementadas por la Secretaría de Salud e Inclusión Social orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, la atención integral y la inclusión social, en el marco de la Política Pública de Salud Mental y Prevención de las Adicciones (Ordenanza 041 de 2022).



Para una adecuada comprensión del capítulo, es necesario considerar las siguientes definiciones promovidas por la OMS:

Salud mental: estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar su potencial, aprender y trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. Es un componente integral de la salud y el bienestar, y trasciende la mera ausencia de trastornos mentales.

Problema de salud mental: término amplio que incluye tanto a las personas con trastornos mentales y discapacidad psicosocial, como a otros estados de malestar psicológico significativo, discapacidad funcional o riesgo de conductas autolesivas.

Trastornos mentales: síndromes caracterizados por alteraciones clínicamente significativas en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento, que reflejan disfunciones en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo, y que se asocian a malestar psicológico o deterioro en áreas personales, familiares, sociales, educativas u ocupacionales.

Discapacidad psicosocial: condición que surge de la interacción entre una deficiencia mental de larga duración y diversas barreras del entorno, las cuales limitan la participación plena y efectiva de la persona en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.

Finalmente, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, ha señalado que: «La transformación de los servicios de salud mental es uno de los desafíos más urgentes para la salud pública. Invertir en salud mental significa invertir en las personas, las sociedades y las economías. Es una medida que ningún país puede permitirse descuidar; todos los gobiernos y dirigentes tienen la responsabilidad de actuar con urgencia y garantizar que la atención en salud mental no sea un privilegio, sino un derecho básico para todas las personas».



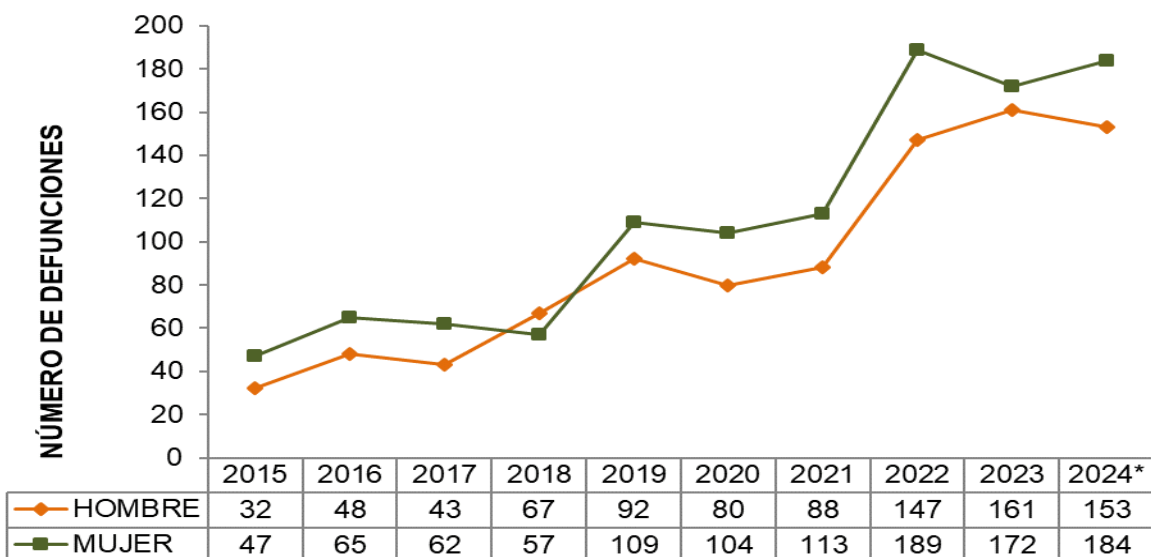
8.1 Hallazgos

8.1.1 Mortalidad salud mental

En el departamento de Antioquia, con base en la información disponible, las defunciones por trastornos mentales y del comportamiento muestran una tendencia general ascendente durante el periodo 2015–2024, con incrementos más pronunciados a partir de 2018. Entre los años 2019 y 2021 se observa una variabilidad moderada en el número de defunciones, seguida de un aumento importante en 2022, año en el que se registran las cifras más altas del periodo para ambos sexos. Posteriormente, en 2023 se presenta una leve reducción; sin embargo, en 2024 se evidencia un nuevo incremento en las defunciones femeninas, mientras que en los hombres se observa un ligero descenso en comparación con el año inmediatamente anterior.

A lo largo de todo el periodo analizado, la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento es consistentemente mayor en mujeres que en hombres, con brechas que tienden a ampliarse especialmente desde 2021. En 2024, se registraron 184 defunciones en mujeres frente a 153 en hombres, lo que representa 31 defunciones adicionales en la población femenina. Este comportamiento diferencial podría asociarse, en parte, a un mayor acceso y utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres, lo cual favorece la identificación diagnóstica y una mayor precisión en la certificación de las causas de defunción. Adicionalmente, las diferencias en la exposición a factores de riesgo psicosocial, las condiciones sociales y económicas, así como las barreras diferenciales en el acceso y continuidad de la atención, podrían contribuir a explicar las disparidades observadas entre sexos.



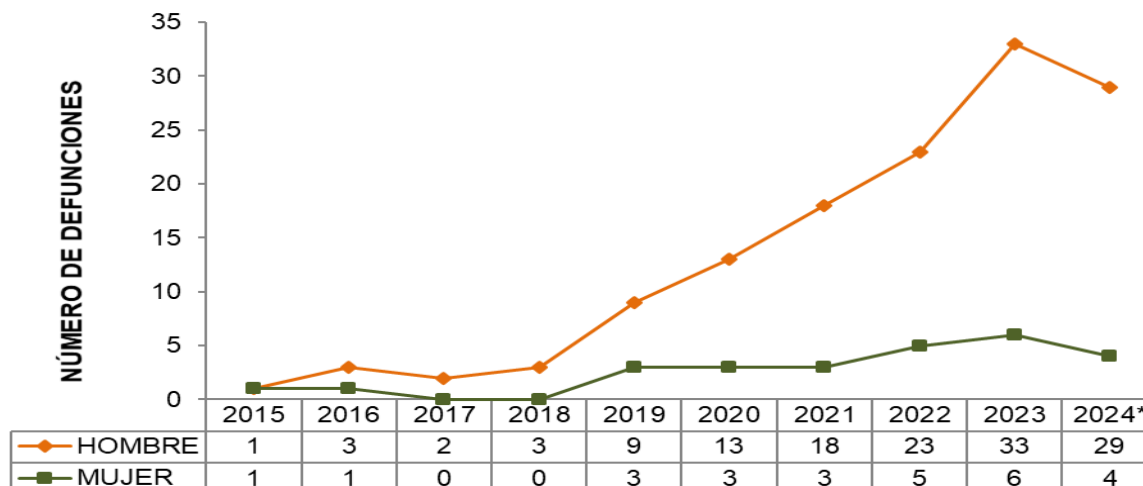


Gráfica 1. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2015 - 2024
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales – DANE.

Para el departamento, las defunciones asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en personas con trastornos mentales y del comportamiento presentan una tendencia creciente a lo largo del periodo analizado, con un incremento particularmente marcado en los últimos tres años. Si bien históricamente las cifras han sido bajas, el comportamiento reciente evidencia un aumento sostenido, al pasar de 9 defunciones en hombres en 2019 a un máximo de 33 casos en 2023, seguido de una leve disminución a 29 defunciones en 2024. Este comportamiento debe interpretarse con cautela, considerando la posible existencia de subregistro, dado que el estigma asociado al consumo de sustancias psicoactivas puede incidir en la certificación de la causa básica de defunción.

El análisis por sexo muestra que los hombres concentran la mayor proporción de fallecimientos por esta causa durante todo el periodo evaluado, acumulando consistentemente las cifras más elevadas, lo cual es coherente con la mayor prevalencia de consumo problemático de sustancias psicoactivas en la población masculina. No obstante, en los dos años más recientes se evidencia también un incremento en las defunciones registradas en mujeres, con 6 casos en 2023 y 4 en 2024. Este hallazgo podría estar indicando cambios incipientes en los patrones de consumo, en los riesgos asociados al uso de sustancias, o en la capacidad del sistema de salud para identificar y registrar de manera más precisa estos eventos en la población femenina.





Gráfica 2. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2015 – 2024.
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales – DANE.

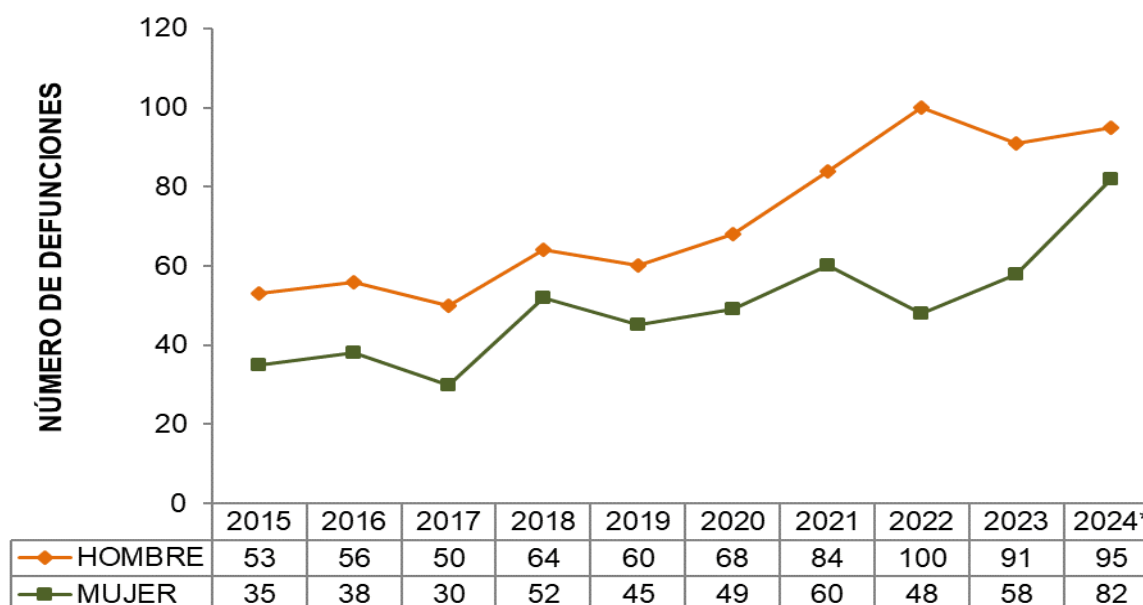
Las defunciones por epilepsia presentan un comportamiento oscilante durante el periodo 2015–2024, con una tendencia general al aumento en ambos sexos. Si bien se evidencian fluctuaciones interanuales, a partir de 2020 se observa un incremento más sostenido en el número de defunciones, alcanzándose en 2022 el valor más alto del periodo en hombres, con 100 casos, y un ascenso importante en las mujeres hacia 2024, año en el que se registran 82 defunciones.

A lo largo de todo el periodo analizado, los hombres mantienen consistentemente un mayor número de defunciones por epilepsia. Este comportamiento se asocia, en parte, a la mayor exposición de la población masculina a causas externas, como accidentes de tránsito, violencias y otros eventos traumáticos, que pueden generar lesiones del sistema nervioso central y secuelas neurológicas predisponentes al desarrollo de epilepsia, incrementando el riesgo de mortalidad asociada. No obstante, en los dos años más recientes se evidencia un aumento más acelerado en las defunciones femeninas, lo cual podría reflejar cambios en los patrones de riesgo, en la carga de comorbilidades, o en la oportunidad de diagnóstico, seguimiento y tratamiento en esta población.

De acuerdo con la OMS, la mortalidad prematura es hasta tres veces más frecuente en las personas que viven con epilepsia, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, el diagnóstico oportuno, el acceso



continuo a tratamiento farmacológico efectivo y la reducción de los factores de riesgo asociados a esta condición, en especial aquellos relacionados con causas externas y barreras en la atención en salud.



Gráfica 3. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2015 - 2024.
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) - Registro de Estadísticas Vitales - DANE.

8.1.2 Morbilidad específica salud mental

El acceso oportuno a los servicios de salud mental en los primeros niveles de atención continúa siendo una prioridad dentro del plan de acción de la OMS. En este contexto, la disponibilidad de información consistente y de calidad resulta fundamental para identificar patrones de utilización de los servicios y orientar acciones de intervención. El análisis de las consultas por causas relacionadas con salud mental, trastornos mentales y del comportamiento, trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas y epilepsia, desagregado por ciclo vital, permite aproximarse al comportamiento de la demanda de servicios; no obstante, es importante precisar que esta información corresponde a morbilidad atendida y no a morbilidad real, por lo cual no es posible estimar indicadores de incidencia o prevalencia.

Durante 2024, la mayor proporción de consultas en todos los ciclos vitales continuó correspondiendo a los trastornos mentales y del comportamiento, patrón que se mantiene de manera consistente a lo largo del periodo analizado.



La participación de esta causa aumenta progresivamente con la edad, desde 79,11 % en la primera infancia hasta 86,23 % en la vejez. En la juventud se registra una de las proporciones más elevadas (57,32 % del total de consultas), con un incremento de 5,5 puntos porcentuales frente a 2023. En general, todos los grupos etarios evidencian un aumento en las consultas por esta causa durante 2024, siendo más marcado en infancia y adolescencia, con incrementos de 8,95 y 3,90 puntos porcentuales, respectivamente.

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas mantienen el patrón observado en años previos, concentrándose principalmente en la juventud y la adultez. En 2024, estas causas representaron el 8,73 % de las consultas en la juventud y el 7,64 % en la adultez. Aunque los porcentajes continúan siendo relevantes, se observa variabilidad interanual, con comportamientos relativamente estables en algunos grupos, como la adolescencia, que se mantuvo en 4,96 % tanto en 2023 como en 2024.

En relación con la epilepsia, la mayor proporción de consultas se concentra en la primera infancia y la infancia, con 16,08 % y 8,59 % respectivamente en 2024. A pesar de estas cifras, se evidencia una tendencia general a la disminución en la mayoría de los ciclos vitales, con excepción de la vejez, donde se observa un incremento leve al pasar de 6,26 % en 2023 a 6,88 % en 2024. Este comportamiento es consistente con la tendencia histórica, en la cual la epilepsia representa una causa relevante de atención en los primeros años de vida, asociada a una mayor vulnerabilidad neurológica.

Al analizar el periodo 2015–2024, se confirma una predominancia sostenida de las consultas por trastornos mentales y del comportamiento como principal causa de atención en salud mental en todos los ciclos vitales. El comportamiento ascendente observado en los últimos años refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción, prevención y atención integral, así como de mejorar el acceso oportuno a los servicios especializados desde los niveles primarios de atención.

El análisis por ciclo vital evidencia patrones diferenciados en la carga de morbilidad y en la distribución de diagnósticos específicos como epilepsia, depresión y ansiedad. En términos generales, los trastornos mentales y del comportamiento constituyen la mayor proporción de consultas en todos los grupos etarios, con niveles particularmente elevados en la primera infancia, la infancia y la vejez.



En la **primera infancia (0–5 años)** se mantienen proporciones altas de trastornos mentales y del comportamiento a lo largo de todo el periodo, con un incremento adicional de 1,4 puntos porcentuales en 2024 respecto a 2023, lo que podría reflejar un fortalecimiento en la identificación temprana de alteraciones del desarrollo y problemas emocionales. La epilepsia se posiciona como la segunda causa en importancia, con un comportamiento estable.

En la **infancia (6–11 años)** se consolidan nuevamente proporciones elevadas de trastornos mentales y del comportamiento, con un aumento de 0,95 puntos porcentuales en 2024. Este patrón sugiere que la etapa escolar continúa siendo crítica para la detección de problemas emocionales y conductuales. La epilepsia mantiene estabilidad, mientras que depresión y ansiedad muestran incrementos leves pero sostenidos.

Durante la **adolescencia (12–17 años)** se observa un comportamiento fluctuante a lo largo del periodo, con un aumento relevante en 2024 (2,30 puntos porcentuales), posiblemente asociado a factores psicosociales propios del ciclo vital y a una mayor demanda o acceso a los servicios. Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas se mantienen en niveles superiores a los observados en otros grupos infantiles, configurándose como un problema estructural en esta etapa. La depresión y la ansiedad continúan en ascenso moderado.

En la **juventud (18–28 años)** se registra una recuperación leve en 2024, con un incremento de 0,55 puntos porcentuales en los trastornos mentales y del comportamiento, tras variaciones más amplias en años anteriores. Este grupo presenta las mayores proporciones de consultas por trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas, constituyéndose en el ciclo vital con mayor carga relativa por esta causa. La depresión y la ansiedad se mantienen como motivos relevantes de consulta, aunque sin incrementos marcados.

En la **adultez (29–59 años)** se observa menor variabilidad interanual en comparación con los grupos más jóvenes. En 2024 se presenta un incremento moderado de 0,42 puntos porcentuales en los trastornos mentales y del comportamiento, manteniendo una tendencia lenta pero sostenida. La depresión y la ansiedad continúan siendo las principales causas clínicas, mientras que la epilepsia y los trastornos por sustancias permanecen relativamente estables.

Finalmente, en la **vejez (60 años y más)** se registran nuevamente proporciones muy elevadas de trastornos mentales y del comportamiento, comparables a las observadas en la infancia. El incremento de 0,95 puntos



porcentuales en 2024 sugiere un aumento en la demanda de atención por alteraciones cognitivas, afectivas y comportamentales asociadas al envejecimiento. La ansiedad muestra un crecimiento continuo, mientras que la depresión y la epilepsia se mantienen en niveles relativamente estables.

Tabla 1. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental. Antioquia, 2015 – 2024.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	70,69	71,16	71,49	72,71	73,27	70,08	77,30	75,95	74,97	79,11	6,14
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,28	0,19	0,45	0,22	0,87	0,71	0,14	0,38	0,71	0,77	0,06
	Epilepsia	25,87	25,12	24,78	23,08	20,95	24,02	18,53	19,71	19,72	16,08	-3,64
	Depresión	0,80	1,10	0,45	0,53	1,31	1,19	0,38	0,19	0,56	0,20	-0,36
	Ansiedad	2,36	2,43	2,83	3,45	3,60	4,01	3,65	3,77	4,04	3,84	-0,20
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	78,60	80,50	80,75	82,27	81,10	78,32	78,83	79,93	78,42	83,37	4,95
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,22	0,17	0,16	0,17	0,22	0,13	0,07	0,17	1,26	0,10	-1,16
	Epilepsia	12,91	8,42	10,04	8,82	8,88	12,73	11,42	11,20	8,59	7,10	-1,49
	Depresión	3,88	6,33	4,23	4,07	4,30	2,88	2,98	2,14	2,69	1,89	-0,80
	Ansiedad	4,39	4,58	4,81	4,68	5,51	5,94	6,70	6,56	9,04	7,54	-1,50
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	65,09	64,36	62,56	63,28	63,13	61,57	60,10	60,15	60,27	63,17	2,90
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8,08	7,19	7,29	8,87	5,70	5,29	3,19	3,98	4,73	4,96	0,23
	Epilepsia	8,36	6,93	7,79	6,26	6,15	8,28	6,09	5,76	5,76	4,91	-0,85
	Depresión	10,23	13,18	13,01	13,24	13,85	12,68	16,64	12,38	10,15	9,13	-1,02
	Ansiedad	8,24	8,34	9,34	8,35	11,17	12,17	13,98	17,73	19,09	17,84	-1,26
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	60,13	58,44	56,11	57,49	57,83	56,78	56,84	57,09	56,77	57,32	0,55
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	11,29	9,05	8,21	11,06	7,47	6,92	5,71	9,51	7,48	8,37	0,89
	Epilepsia	8,27	7,99	10,20	7,88	6,59	7,84	5,48	6,01	5,43	5,19	-0,24
	Depresión	9,82	12,60	12,95	12,83	14,19	12,70	15,05	9,49	9,46	8,49	-0,96
	Ansiedad	10,49	11,92	12,53	10,74	13,93	15,95	17,12	17,91	20,86	20,63	-0,24
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61,44	58,46	56,39	57,51	56,93	56,18	55,96	56,69	56,68	57,09	0,42
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,08	4,03	3,65	5,57	3,93	3,70	3,62	7,83	6,84	7,84	0,90
	Epilepsia	7,50	7,37	9,80	7,94	6,93	8,86	6,58	8,11	7,32	6,16	-1,17
	Depresión	12,97	16,48	15,73	15,84	16,27	12,66	14,47	8,33	8,40	8,24	-0,17
	Ansiedad	13,00	13,66	14,43	13,14	15,94	18,59	19,36	19,03	20,75	20,87	0,11
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,66	67,54	68,73	70,00	66,33	68,31	66,58	67,77	67,18	66,23	-0,95
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,50	1,36	1,18	1,28	1,54	1,04	1,19	2,73	3,74	2,88	-0,86
	Epilepsia	5,50	5,29	6,78	5,76	5,50	6,23	6,12	7,30	6,66	6,10	-0,56
	Depresión	10,75	15,18	13,28	13,90	13,69	9,15	10,57	6,93	7,00	7,89	0,89
	Ansiedad	9,58	10,63	10,03	9,05	12,93	15,27	15,54	15,26	15,43	16,91	1,47

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD)

El comportamiento de la morbilidad por trastornos mentales en mujeres evidencia una tendencia sostenida al aumento durante la última década, consolidándose como una de las principales causas de consulta en los servicios de salud del país. Entre 2015 y 2024 se observa un incremento progresivo en la proporción de atenciones asociadas a trastornos mentales y del comportamiento, tendencia que se intensifica de manera particular entre 2023 y 2024, periodo en el cual la mayoría de los grupos etarios presenta aumentos relevantes.



Los trastornos mentales y del comportamiento constituyen de forma sistemática la principal carga de morbilidad atendida en mujeres, con incrementos más pronunciados en 2024, especialmente en los grupos de primera infancia, adolescencia y vejez. Este comportamiento podría estar asociado tanto a un mayor reconocimiento clínico y diagnóstico de manifestaciones tempranas, como al aumento de factores psicosociales que afectan de manera diferenciada a las mujeres, entre ellos la exposición a violencias, la sobrecarga de roles de cuidado, las desigualdades estructurales de género y las barreras para el acceso oportuno a servicios especializados.

Las demás causas analizadas —epilepsia, depresión y ansiedad— presentan comportamientos relativamente estables a lo largo del periodo, aunque con variaciones sostenidas que reflejan patrones clínicos ampliamente documentados. La depresión y la ansiedad continúan siendo diagnósticos altamente prevalentes en mujeres, con incrementos discretos pero constantes en la mayoría de los años evaluados, lo que reafirma su relevancia como problemas prioritarios de salud pública. La epilepsia, por su parte, mantiene un patrón estable, sin cambios significativos en su comportamiento relativo.

En cuanto a los trastornos mentales y del comportamiento asociados al uso de sustancias psicoactivas, estos mantienen proporciones bajas en mujeres en comparación con los hombres; no obstante, se observan leves ascensos en algunos años del periodo analizado, lo que resalta la importancia de continuar el seguimiento epidemiológico de este evento desde un enfoque diferencial y de género.

El incremento general observado entre 2023 y 2024 destaca por su magnitud en determinados grupos etarios, lo que sugiere una mayor demanda y reconocimiento de los problemas de salud mental. Este comportamiento también podría estar influenciado por mejoras en los procesos de registro, mayor sensibilización del talento humano en salud en los niveles primarios de atención y una mayor disposición de las mujeres para buscar ayuda y acceder a los servicios.

En conjunto, el análisis del periodo 2015–2024 evidencia un comportamiento ascendente y sostenido de la morbilidad atendida por trastornos mentales en mujeres, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción, prevención y atención integral en salud mental. Se hace indispensable priorizar la detección temprana, la reducción de brechas de acceso y la articulación intersectorial, con el fin de abordar de manera estructural los determinantes sociales que inciden en la salud mental de las mujeres.



Tabla 2 Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en Mujeres, Antioquia, 2015 – 2024

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2024-
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	62,00	63,92	63,43	64,60	65,74	62,29	69,31	66,07	67,35	72,26	4,91
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,34	0,28	0,28	0,05	1,03	0,82	0,17	0,60	0,56	0,32	-0,24
	Epilepsia	33,72	31,31	32,10	31,20	26,83	29,53	24,79	27,58	25,51	22,10	-3,41
	Depresión	0,93	1,31	0,53	0,71	1,97	1,68	0,52	0,27	1,19	0,22	-0,97
	Ansiedad	3,01	3,18	3,67	3,45	4,43	5,69	5,20	5,48	5,39	5,10	-0,29
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	71,36	76,14	75,85	76,66	75,03	71,61	72,98	74,72	72,95	77,56	4,61
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,32	0,18	0,17	0,06	0,36	0,12	0,05	0,15	1,07	0,05	-1,02
	Epilepsia	18,70	11,71	12,75	11,92	11,94	16,76	13,87	12,47	9,49	8,72	-0,77
	Depresión	4,25	5,76	4,70	4,89	5,10	3,49	3,93	3,49	4,15	3,23	-0,92
	Ansiedad	5,36	6,21	6,53	6,48	7,57	8,02	9,16	9,19	12,34	10,44	-1,90
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61,74	61,28	59,20	60,22	59,87	58,25	57,43	56,88	57,33	59,24	1,91
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,34	4,28	4,08	4,12	2,68	2,76	1,69	2,31	2,59	2,07	-0,53
	Epilepsia	8,21	6,98	7,42	6,55	5,63	7,18	4,47	4,12	4,69	3,99	-0,70
	Depresión	14,07	17,05	17,15	17,76	17,95	16,44	19,93	15,77	12,72	12,02	-0,70
	Ansiedad	10,64	10,41	12,15	11,35	13,87	15,38	16,48	20,91	22,67	22,68	0,01
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	59,67	55,04	53,34	54,54	54,46	53,35	53,92	54,45	54,86	54,86	0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,76	3,20	3,00	3,78	2,66	2,92	2,09	3,79	2,63	3,04	0,41
	Epilepsia	7,59	8,14	9,93	7,88	6,00	6,99	4,50	5,39	4,42	4,57	0,15
	Depresión	13,83	17,66	17,59	18,49	18,99	16,93	19,01	13,48	11,99	11,25	-0,75
	Ansiedad	14,14	15,96	16,14	15,30	17,89	19,81	20,48	22,89	26,09	26,28	0,18
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61,06	57,15	55,36	56,33	55,34	54,96	54,70	55,69	55,51	55,73	0,22
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,04	1,38	1,29	1,84	1,40	1,53	1,32	3,04	2,65	2,70	0,05
	Epilepsia	6,05	5,70	7,72	6,52	5,56	6,71	5,10	6,66	6,01	4,98	-1,03
	Depresión	15,49	19,64	18,72	19,43	19,29	15,19	17,07	10,60	10,34	10,43	0,09
	Ansiedad	15,35	16,14	16,91	15,88	18,41	21,61	21,81	24,01	25,49	26,16	0,67
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	71,75	66,67	68,07	69,03	65,58	68,14	66,63	67,50	66,95	65,54	-1,41
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,84	0,57	0,52	0,65	0,74	0,55	0,69	1,58	2,57	1,69	-0,88
	Epilepsia	4,52	3,90	5,15	4,42	4,26	4,84	4,66	5,92	5,55	4,80	-0,76
	Depresión	12,06	16,97	15,07	15,72	15,09	9,62	11,02	7,73	7,76	8,93	1,17
	Ansiedad	10,83	11,89	11,19	10,18	14,33	16,85	17,01	17,27	17,16	19,04	1,88

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD)

Entre 2015 y 2024, la morbilidad atendida por trastornos mentales en hombres presenta una tendencia ascendente sostenida, con incrementos especialmente marcados entre 2023 y 2024. Los trastornos mentales y del comportamiento se mantienen como la principal causa de consulta durante todo el periodo, alcanzando en 2024 algunos de los valores más altos de la década.

Los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas muestran proporciones más elevadas en hombres que en mujeres, con mayor concentración en la adolescencia, juventud y adultez, lo que evidencia la persistencia del consumo problemático como un componente relevante de la morbilidad mental masculina. La epilepsia presenta un comportamiento estable,



mientras que la depresión y la ansiedad, aunque menos prevalentes que en mujeres, exhiben una tendencia creciente, sugiriendo una mayor visibilización y diagnóstico de los problemas afectivos en esta población.

El aumento observado entre 2023 y 2024 refleja una mayor demanda de atención y fortalecimiento en la detección de los problemas de salud mental, lo que refuerza la necesidad de consolidar estrategias de prevención, atención integral y abordaje del consumo de sustancias, con énfasis en la identificación temprana y la reducción de barreras de acceso para los hombres.

Tabla 3 Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en Hombres, Antioquia, 2009 – 2024

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres										Δ pp 2024-
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	76,38	75,32	76,27	76,96	77,48	75,06	81,99	80,93	78,74	82,39	3,65
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,25	0,14	0,55	0,31	0,78	0,63	0,13	0,27	0,79	0,99	0,20
	Epilepsia	20,74	21,56	20,44	18,83	17,65	20,49	14,85	15,74	16,86	13,20	-3,66
	Depresión	0,71	0,98	0,41	0,44	0,94	0,88	0,29	0,15	0,24	0,19	-0,05
	Ansiedad	1,93	2,00	2,34	3,46	3,14	2,94	2,74	2,91	3,37	3,23	-0,14
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	82,15	82,61	83,26	85,30	84,41	82,00	82,28	82,90	82,10	87,03	4,94
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,16	0,17	0,16	0,23	0,14	0,14	0,08	0,19	1,38	0,13	-1,25
	Epilepsia	10,07	6,82	8,65	7,14	7,21	10,52	9,98	10,48	7,98	6,07	-1,91
	Depresión	3,70	6,60	3,99	3,62	3,86	2,54	2,42	1,38	1,71	1,05	-0,66
	Ansiedad	3,92	3,79	3,93	3,71	4,38	4,79	5,25	5,06	6,83	5,71	-1,12
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	68,11	67,22	65,88	65,93	66,33	64,94	63,98	65,31	64,63	68,09	3,46
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	10,55	9,89	10,48	12,96	8,67	7,87	5,37	6,63	7,90	8,59	0,69
	Epilepsia	8,50	6,89	8,16	6,01	6,66	9,40	8,46	8,36	7,35	6,06	-1,29
	Depresión	6,77	9,58	8,91	9,34	9,82	8,87	11,85	7,00	6,33	5,50	-0,83
	Ansiedad	6,07	6,42	6,56	5,76	8,53	8,92	10,34	12,70	13,79	11,77	-2,02
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	60,58	61,53	58,75	59,87	61,06	60,24	59,76	59,87	59,06	60,12	1,06
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	17,69	14,36	13,16	16,93	12,08	10,95	9,86	15,55	13,30	14,41	1,12
	Epilepsia	8,94	7,85	10,46	7,87	7,15	8,29	6,60	6,66	6,63	5,89	-0,75
	Depresión	5,87	8,00	8,52	8,27	9,58	8,45	10,51	5,28	6,42	5,37	-1,05
	Ansiedad	6,91	8,26	9,10	7,06	10,13	12,07	13,27	12,64	14,59	14,21	-0,38
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	62,12	60,72	58,15	59,27	59,44	58,02	57,95	58,00	58,30	58,90	0,60
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	10,48	8,62	7,71	11,11	7,90	6,96	7,24	14,08	12,67	14,21	1,54
	Epilepsia	10,06	10,26	13,37	10,04	9,08	12,11	8,91	10,00	9,16	7,73	-1,43
	Depresión	8,50	11,03	10,60	10,52	11,52	8,85	10,40	5,36	5,71	5,33	-0,39
	Ansiedad	8,84	9,37	10,16	9,07	12,04	14,06	15,49	12,55	14,16	13,83	-0,32
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,58	69,41	70,09	71,88	67,82	68,64	66,49	68,30	67,60	67,53	-0,07
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,87	3,04	2,53	2,51	3,13	1,97	2,26	5,01	5,95	5,14	-0,82
	Epilepsia	7,56	8,24	10,13	8,39	7,96	8,91	9,25	10,06	8,77	8,59	-0,18
	Depresión	8,02	11,36	9,61	10,37	10,91	8,26	9,61	5,36	5,54	5,91	0,37
	Ansiedad	6,97	7,94	7,64	6,86	10,18	12,22	12,40	11,26	12,13	12,83	0,70

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD)



8.1.3 Comportamiento del intento de suicidio.

El intento de suicidio se define como una conducta autoinfligida, iniciada y ejecutada por la propia persona mediante diversos métodos, sin intervención de terceros y sin desenlace fatal. La ocurrencia de intentos previos constituye uno de los principales factores de riesgo para el suicidio consumado en la población general, en tanto refleja una mayor vulnerabilidad psicológica y una probabilidad incrementada de recurrencia de la conducta.

La evidencia científica reconoce el carácter multifactorial de la conducta suicida, resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre los más frecuentemente asociados se encuentran los trastornos mentales, en particular la depresión, así como el consumo o abuso de sustancias psicoactivas, especialmente alcohol. A estos se suman características individuales como dificultades en la toma de decisiones, impulsividad y rasgos de agresividad, las cuales pueden disminuir el umbral para la aparición de conductas autolesivas.

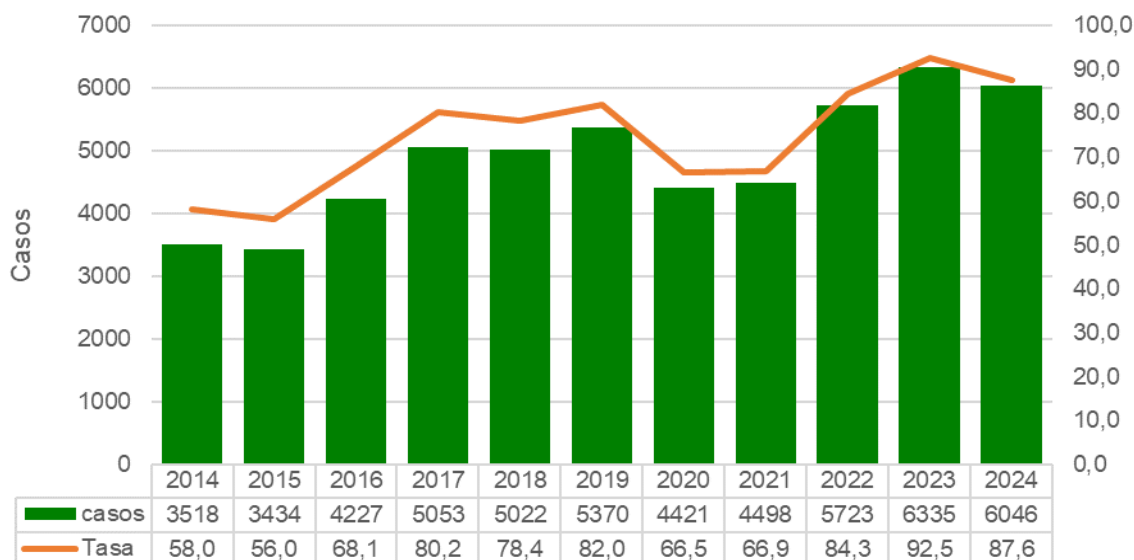
En Antioquia, el comportamiento del intento de suicidio evidencia una tendencia ascendente sostenida tanto en el número de casos como en las tasas por cien mil habitantes a lo largo del periodo analizado. Entre 2014 y 2025, los casos aumentan de 3.518 a 6.046, lo que representa un crecimiento acumulado superior al 70 %, reflejando una carga creciente para los servicios de salud mental y para la respuesta intersectorial.

Entre 2014 y 2017 se observa un incremento marcado, con un aumento de las tasas de 58,0 a 80,2 por cien mil habitantes, comportamiento que podría estar asociado al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y a un mayor reconocimiento y demanda de atención en salud mental. Durante 2018 y 2019, las tasas se mantienen en niveles elevados (78,4 y 82,0), seguidas de una disminución significativa en 2020 y 2021 (66,5 y 66,9), consistente con las restricciones en el acceso a los servicios de salud durante la pandemia por COVID-19. No obstante, a partir de 2022 la tendencia retoma un crecimiento sostenido, alcanzando en 2023 el valor más alto del periodo, con 6.335 casos y una tasa de 92,5. En 2024 y 2025 se mantienen niveles elevados, con una tasa de 87,6 en 2024 y un comportamiento similar en la estimación de 2025.

En conjunto, la serie temporal muestra un patrón creciente y sostenido del intento de suicidio, con fluctuaciones asociadas a coyunturas externas, pero sin un retorno a los niveles observados antes de 2017. Este comportamiento refuerza la necesidad de fortalecer de manera continua las acciones de prevención del suicidio, la detección temprana de factores de riesgo, el acceso



oportuno a servicios de salud mental y la articulación con los sectores educativo, comunitario y social para mitigar el riesgo en la población.



Gráfica 4. Tendencia intento de suicidios- cod.356, semana 40, 2025.
Fuente: SIVIGILA sem 40, 2025.

El comportamiento del intento de suicidio en Antioquia evidencia marcadas diferencias territoriales, con subregiones que presentan riesgos significativamente superiores al promedio departamental, lo que refleja una distribución heterogénea del fenómeno. Para 2025 (semana epidemiológica 40), la tasa departamental se sitúa en 62,2 por 100.000 habitantes; sin embargo, varias subregiones superan o se aproximan a este valor, configurando escenarios de mayor carga epidemiológica.

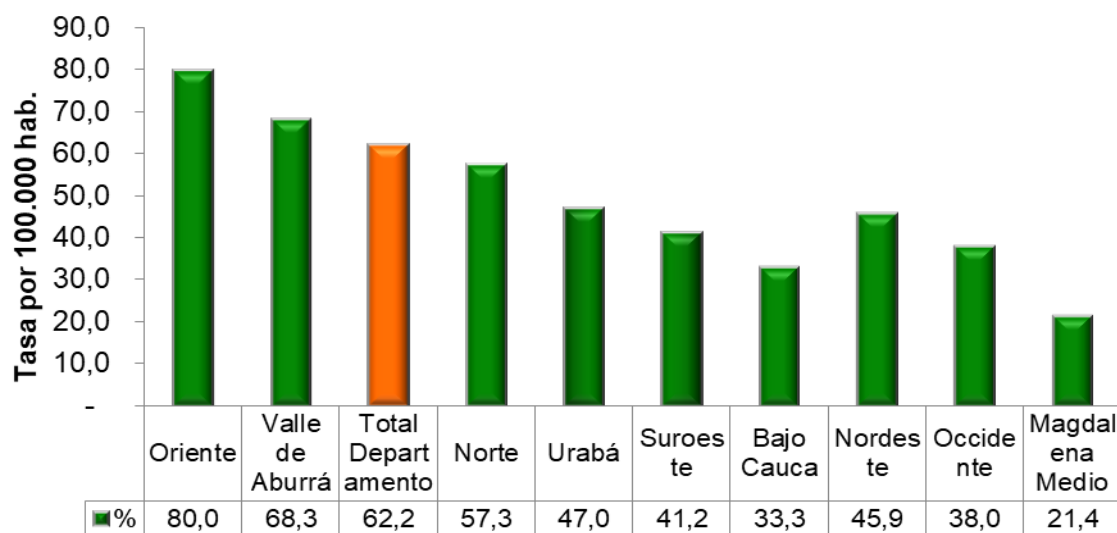
La subregión Oriente registra la tasa más alta del departamento (80,0 por 100.000 habitantes), consolidándose como el territorio con mayor riesgo. Este comportamiento podría estar asociado a factores como el acelerado crecimiento poblacional, transformaciones territoriales y presiones socioeconómicas, así como a una mayor capacidad de captación y notificación de los eventos en los servicios de salud. Le sigue el Valle de Aburrá, con una tasa de 68,3, donde la alta demanda de atención en salud mental y las dinámicas urbanas complejas continúan incidiendo en el incremento de los intentos de suicidio reportados. La



subregión Norte también presenta un riesgo elevado, con una tasa de 57,3, ubicándose por encima de otras zonas predominantemente rurales.

En contraste, subregiones como Magdalena Medio (21,4), Bajo Cauca (33,3), Suroeste (41,2) y Occidente (38,0) registran las tasas más bajas del departamento. No obstante, estos valores deben interpretarse con cautela, dado que podrían estar influenciados por subregistro, barreras de acceso a los servicios de salud, limitaciones en la capacidad instalada o debilidades en la detección y notificación oportuna de los casos.

El comportamiento diferenciado por subregiones refuerza la necesidad de implementar acciones focalizadas y territoriales. Se hace prioritario intensificar las estrategias de prevención, atención y seguimiento en Oriente, Valle de Aburrá y Norte, donde se concentra la mayor carga del evento, así como fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica, detección temprana y acceso a servicios de salud mental en aquellos territorios con tasas más bajas, pero con posible subcaptación de casos.



Gráfica 5. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, semana 40, 2025.
Fuente: SIVIGILA sem 40, 2025.



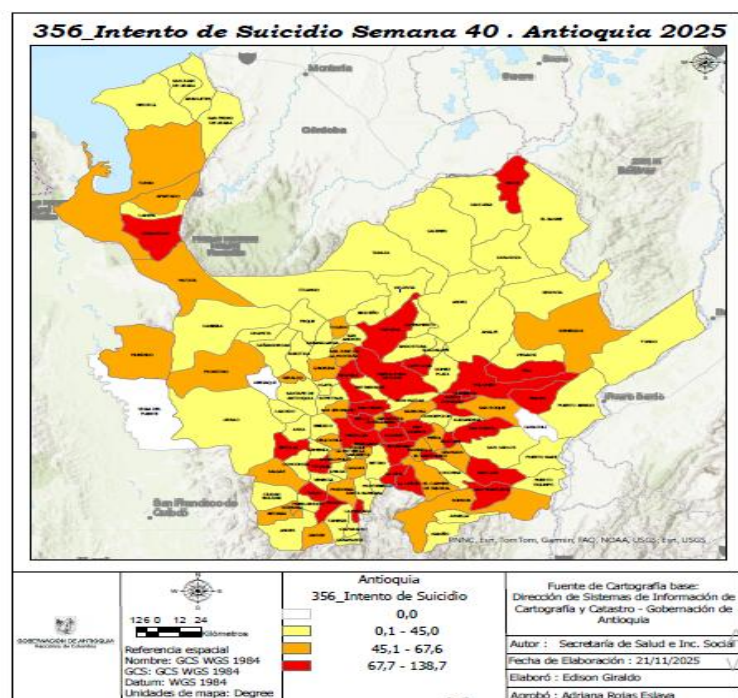
El mapa departamental evidencia una marcada heterogeneidad territorial en la distribución del intento de suicidio para el año 2025, con municipios concentrados en los cuartiles superiores que reflejan una mayor carga del evento. Las tasas municipales oscilan entre 0,0 y 138,7 por 100.000 habitantes, lo que pone de manifiesto diferencias significativas tanto entre subregiones como al interior de estas.

Se identifica un corredor de alto riesgo conformado principalmente por municipios de las subregiones Oriente, Norte, Nordeste y algunos del Valle de Aburrá, los cuales se ubican en los rangos más elevados del mapa (67,7–138,7 por 100.000 habitantes). Este patrón es consistente con la tendencia observada en los análisis departamentales previos y podría estar asociado a factores como el crecimiento poblacional acelerado, dinámicas sociales y económicas complejas, una mayor capacidad de detección y notificación en los servicios de salud, o un incremento real en la ocurrencia del evento.

En contraste, extensas áreas de las subregiones Occidente, Suroeste, Urabá y Magdalena Medio se concentran en los rangos más bajos (0,1–45,0 por 100.000 habitantes). Si bien este comportamiento podría indicar una menor incidencia del intento de suicidio, también debe interpretarse con cautela, dado que podría estar influenciado por subregistro, limitada disponibilidad de servicios de salud mental, barreras en el acceso oportuno a la atención o dificultades en el seguimiento y la notificación de los casos.

El Valle de Aburrá presenta un comportamiento heterogéneo, con municipios como Medellín, Itagüí, Envigado y Bello ubicados en cuartiles medios o altos, mientras otros se mantienen en niveles intermedios. Esta variabilidad intrametropolitana resalta la necesidad de intervenciones diferenciadas y focalizadas incluso dentro de áreas urbanas densamente pobladas, considerando las particularidades sociales y territoriales de cada municipio.





Mapa 1. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, semana 40, 2025.
Fuente: SIVIGILA sem 40, 2025.

La distribución de los casos de intento de suicidio según sexo y grupos etarios evidencia un patrón consistente con lo observado históricamente en el departamento, caracterizado por una mayor carga del evento en mujeres, particularmente en las etapas de adolescencia y juventud.

En las mujeres, el grupo de 10 a 14 años concentra el mayor número de casos (772), seguido por el grupo de 15 a 19 años (513), lo que pone de manifiesto una elevada vulnerabilidad en etapas tempranas del ciclo vital. Este comportamiento resalta la importancia de fortalecer las estrategias de prevención en entornos escolares y comunitarios, así como los procesos de detección temprana de factores de riesgo psicosocial. En los hombres, aunque también se registran casos en la adolescencia, la magnitud es considerablemente menor, con 295 casos en el grupo de 15 a 19 años y 50 casos entre los 10 y 14 años.

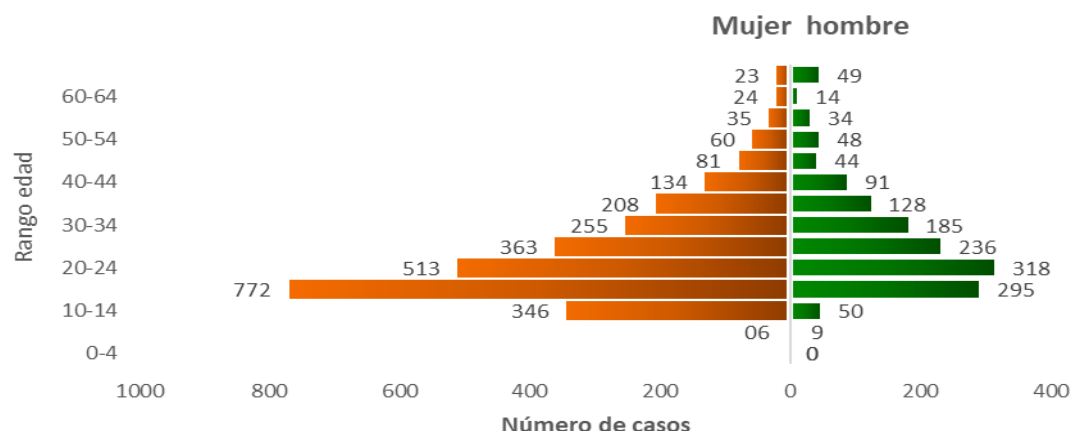
En el grupo de 20 a 24 años se observa una carga relevante en ambos sexos; sin embargo, las mujeres continúan presentando un mayor número de casos



(363 frente a 318 en hombres). A partir de este rango etario, la participación masculina aumenta de manera progresiva, y en edades adultas —especialmente entre los 30 y 44 años— las cifras de hombres se aproximan a las de las mujeres e incluso las superan en algunos grupos, como ocurre entre los 40 y 44 años (91 casos en hombres frente a 81 en mujeres). Este comportamiento sugiere un desplazamiento del riesgo masculino hacia etapas más avanzadas de la vida productiva.

En los grupos de 50 años y más, la magnitud del evento disminuye de forma importante en ambos sexos; no obstante, los hombres mantienen valores ligeramente superiores, lo que es consistente con lo descrito en la literatura, donde el intento de suicidio en edades mayores suele asociarse a condiciones como enfermedad crónica, aislamiento social, pérdidas significativas o consumo de sustancias psicoactivas.

En conjunto, la pirámide poblacional evidencia que el intento de suicidio en Antioquia afecta principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes, mientras que en los hombres el riesgo se concentra con mayor intensidad en la edad adulta. Este patrón subraya la necesidad de implementar estrategias diferenciadas por sexo y ciclo vital, con énfasis en la prevención escolar, el acompañamiento familiar y la promoción de la salud mental en niñas, adolescentes y jóvenes, así como en el abordaje de los factores psicosociales, económicos y de salud asociados al riesgo en la población masculina adulta.



Gráfica 6. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo y grupo etario. Antioquia, semana 40, 2025.
Fuente: SIVIGILA sem 40, 2025.

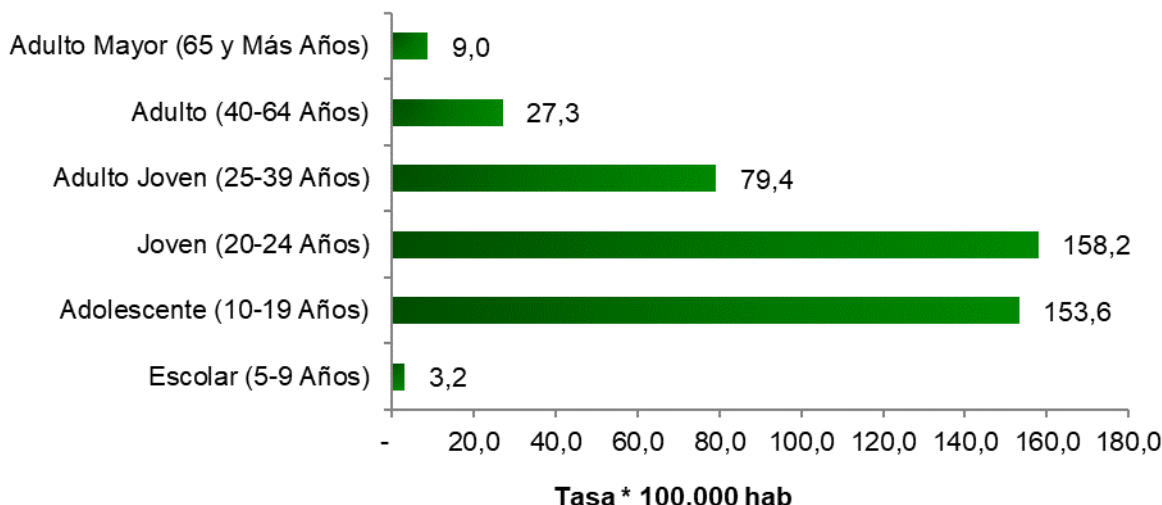


El análisis del intento de suicidio según ciclo vital evidencia una marcada concentración del riesgo en las etapas de adolescencia y juventud, con tasas significativamente superiores al promedio departamental. El grupo de jóvenes entre 20 y 24 años registra la tasa más alta (158,2 por 100.000 habitantes), seguido muy de cerca por el grupo adolescente de 10 a 19 años (153,6 por 100.000 habitantes). Este comportamiento refleja una elevada vulnerabilidad durante la transición entre la adolescencia y la adultez temprana, periodo caracterizado por inestabilidad emocional, cambios sociales y familiares, presiones académicas y laborales, así como, en algunos casos, exposición a violencias y consumo de sustancias psicoactivas.

En el grupo de adultos jóvenes de 25 a 39 años se observa una tasa intermedia (79,4 por 100.000 habitantes), lo que indica que el riesgo persiste más allá de la juventud, aunque con menor intensidad. A partir de los 40 años, la tasa disminuye de manera considerable (27,3 por 100.000 habitantes) y continúa descendiendo en la población adulta mayor (9,0 por 100.000 habitantes), patrón consistente con el comportamiento histórico observado en Antioquia, donde el intento de suicidio tiende a reducirse con la edad, mientras que el suicidio consumado presenta mayores tasas en grupos etarios más avanzados.

El grupo escolar de 5 a 9 años presenta la tasa más baja del ciclo vital (3,2 por 100.000 habitantes), lo cual es esperable dada la menor expresión de conductas autolesivas en estas edades. No obstante, aunque la incidencia es baja, este grupo requiere especial atención desde la perspectiva de la detección temprana de señales de maltrato, dificultades emocionales y otras situaciones adversas que podrían constituirse en factores de riesgo para conductas suicidas en etapas posteriores del curso de vida.





Gráfica 7. Distribución de los casos de intento de suicidio, por grupo de edad. Antioquia, 2025.

Fuente: SIVIGILA sem 40, 2025.

La caracterización de los casos de intento de suicidio según pertenencia étnica evidencia que el 98,9 % de las personas notificadas no se identificaron como pertenecientes a ninguno de los grupos étnicos priorizados en el país. El 0,6 % (26 personas) se reconocieron como afrodescendientes y se identificaron 11 casos en población indígena, de los cuales 9 correspondieron al pueblo Embera (incluidos 4 Embera Chamí y 1 Embera Katío), 1 caso al pueblo Nasa y 1 sin especificación del grupo étnico. Estos resultados sugieren una baja proporción de casos notificados en poblaciones étnicas, aunque no se descarta la existencia de subregistro o dificultades en la captación y el autorreconocimiento étnico.

En relación con la atención en salud, el 59,6 % de las personas que realizaron un intento de suicidio requirieron hospitalización. Este hallazgo resalta la importancia de realizar seguimiento efectivo posterior al egreso, particularmente en lo relacionado con la vinculación a programas de atención integral en salud mental, que incluyan acompañamiento psicológico y psiquiátrico, con el fin de reducir el riesgo de recurrencia.

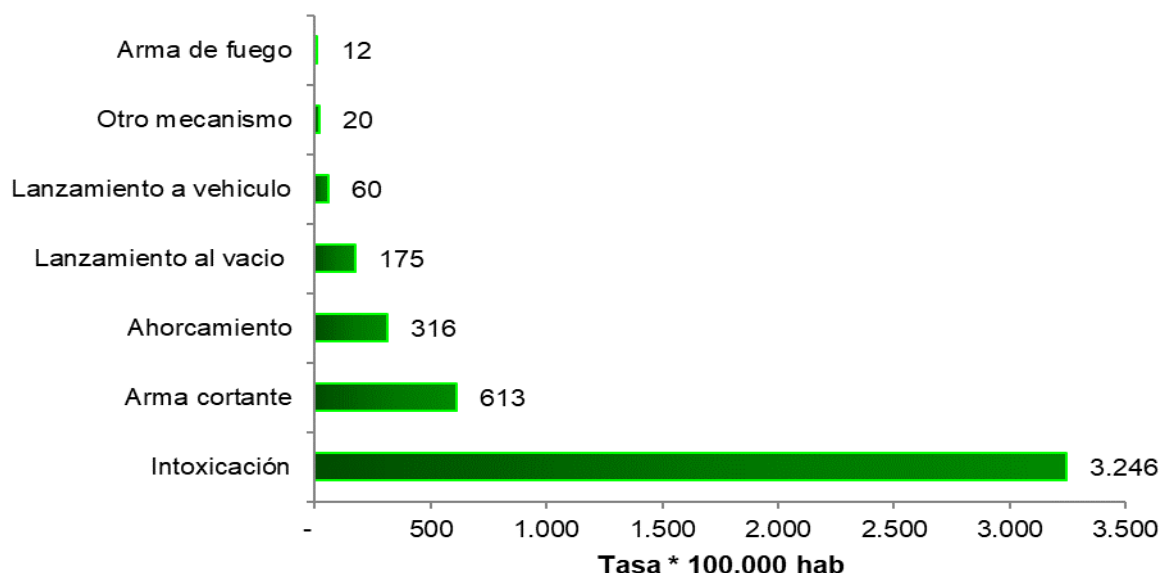
Respecto al aseguramiento, la mayor proporción de los casos notificados correspondió a personas afiliadas al régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado. No obstante, el 3,6 % de los casos se clasificaron como no asegurados o con estado de aseguramiento indeterminado. En ambos escenarios, estas personas enfrentan barreras significativas para el acceso



oportuno y continuo a los servicios de salud, lo que limita la atención más allá del manejo inicial en urgencias y las deja en una situación de alta vulnerabilidad al no contar con intervenciones complementarias y de seguimiento, fundamentales en personas con conducta suicida.

Dentro del grupo de personas no aseguradas, se identificaron 46 casos (1,0 %) correspondientes a migrantes venezolanos. Este hallazgo es relevante, dado que se ha documentado que una proporción de esta población vive en condiciones socioeconómicas precarias, lo que incrementa la exposición a múltiples eventos de interés en salud pública y desenlaces adversos, asociados principalmente a barreras de acceso a los servicios de salud.

En cuanto a los mecanismos utilizados, la intoxicación fue el más frecuente, representando el 75 % de los casos notificados, seguida del uso de arma cortante (17 %) y el ahorcamiento (6 %), constituyéndose estos en los tres mecanismos predominantes. El uso de arma de fuego fue el menos reportado. Este patrón resalta la relevancia de las estrategias de prevención orientadas al control del acceso a sustancias potencialmente tóxicas y al fortalecimiento de la detección temprana del riesgo en el entorno familiar y comunitario.



Gráfica 8. Distribución de los casos de intento de suicidio, según mecanismo utilizado. Antioquia, 2025p.
Fuente: SIVIGILA sem 40, 2025.



En síntesis, para la semana 40 de 2025 el intento de suicidio en Antioquia muestra una tendencia ascendente y una distribución territorial heterogénea, con afectación desproporcionada en adolescentes y jóvenes, particularmente en mujeres. Las tasas elevadas en grupos etarios tempranos, la mayor carga en subregiones como Oriente y Valle de Aburrá, y la probabilidad de subregistro en áreas rurales evidencian brechas territoriales y poblacionales relevantes. Este panorama exige la implementación de estrategias diferenciales, intersectoriales y territorializadas, orientadas a fortalecer la prevención, la detección temprana y el acceso oportuno a servicios de salud mental, así como la articulación efectiva entre sectores, con el fin de mejorar la respuesta institucional ante un problema que continúa siendo prioritario para la salud pública.

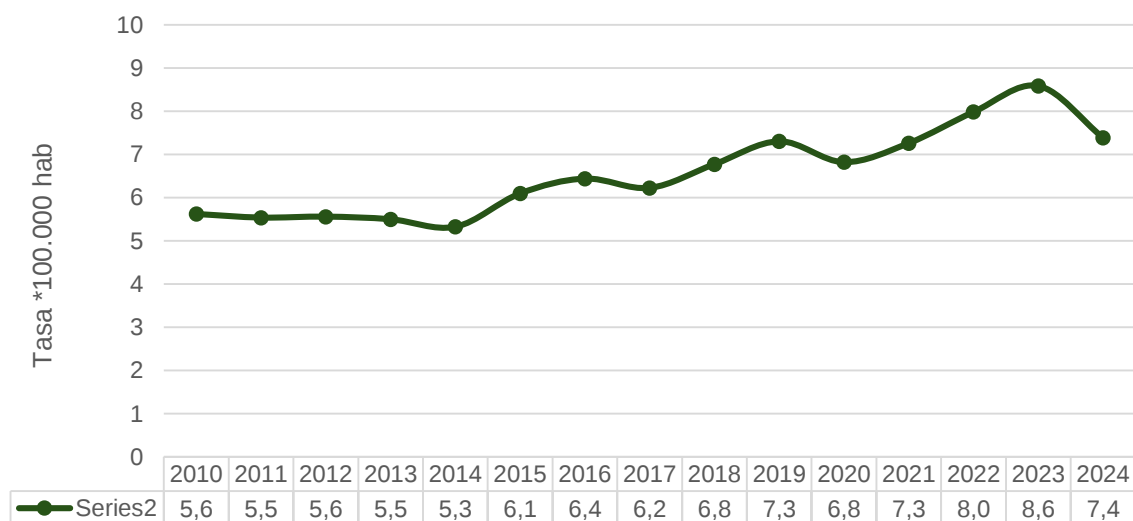
8.1.4 Comportamiento de Suicidio.

En el contexto departamental, el comportamiento de la mortalidad por suicidio en Antioquia entre 2010 y 2024 muestra una tendencia general al incremento, con fluctuaciones intermedias pero una trayectoria ascendente sostenida. Entre 2010 y 2014, las tasas se mantuvieron relativamente estables, oscilando entre 5,3 y 5,6 por 100.000 habitantes. A partir de 2015 se identifica un punto de inflexión, con un aumento progresivo que se intensifica entre 2016 y 2021, periodo en el cual las tasas se ubican entre 6,4 y 7,3 por 100.000 habitantes, posiblemente influenciado por factores psicosociales acumulativos y por el impacto de la pandemia por COVID-19. El incremento más marcado se presenta entre 2022 y 2023, cuando la tasa pasa de 8,0 a 8,6 por 100.000 habitantes, el valor más alto del periodo analizado. En 2024 se observa una reducción a 7,4 por 100.000 habitantes; no obstante, esta cifra permanece por encima del promedio histórico del departamento.

En conjunto, la evidencia indica que Antioquia ha experimentado un incremento sostenido de la mortalidad por suicidio en los últimos quince años. Aunque el leve descenso observado en 2024 representa una señal incipiente de estabilización, no revierte la tendencia de fondo ni disminuye la magnitud del problema. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer de manera prioritaria las estrategias de prevención, detección temprana, atención integral



en salud mental y articulación intersectorial, con énfasis territorial y poblacional, para reducir la carga del suicidio y sus determinantes en el departamento.



Gráfica 9. Tendencia de la tasa de suicidio Antioquia, 2010-2024.

Fuente: DANE.

El comportamiento del suicidio se presenta de manera homogénea entre las subregiones, lo que pone de manifiesto dinámicas territoriales diferenciadas.

El Valle de Aburrá, subregión que históricamente concentra la mayor carga, registra una reducción significativa de los casos (390 en 2023, 305 en 2024 y 173 en 2025). A pesar de esta disminución proporcional, continúa siendo el territorio con mayor número absoluto de suicidios. El Oriente, por su parte, mantiene el segundo lugar en carga, con una reducción global (68 → 71 → 41), lo que confirma su relevancia como subregión prioritaria para la intervención en salud mental. Subregiones como Suroeste, Occidente y Urabá muestran una tendencia descendente sostenida a lo largo del periodo analizado, lo que podría estar relacionado con acciones territoriales, fortalecimiento de la vigilancia o variaciones poblacionales.

El Norte presenta un comportamiento particular, con un aumento en 2024 (33 casos) seguido de una disminución marcada en 2025 (13 casos), lo que sugiere que el pico observado podría estar asociado a eventos específicos o a mejoras transitorias en la notificación. En contraste, el Magdalena Medio mantiene cifras



bajas, pero relativamente estables (2 en 2023, 4 en 2024 y 4 en 2025), mientras que el Bajo Cauca presenta un comportamiento irregular, con una reducción importante en 2025 (1 caso), aunque en estas subregiones los valores absolutos pueden estar influenciados por fluctuaciones poblacionales y posibles subregistros.

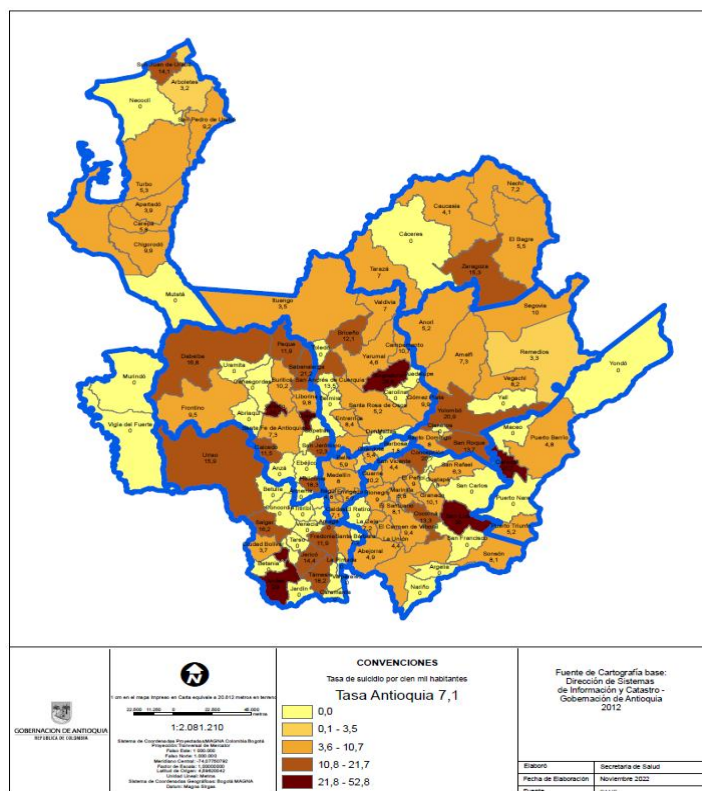
En conjunto, aunque la disminución departamental se refleja en la mayoría de las subregiones, la carga del suicidio continúa concentrándose principalmente en el Valle de Aburrá y el Oriente, que en conjunto aportan más del 70 % de los casos. Este patrón reafirma la necesidad de sostener y profundizar estrategias focalizadas en estas subregiones, al tiempo que se fortalece la vigilancia epidemiológica y la capacidad de detección en territorios con cifras bajas, particularmente rurales, donde el subregistro puede ocultar la magnitud real del evento.

Tabla 4. Casos suicidio por subregión, Antioquia 2023 - 2025p.

Subregión	Número de casos		
	2023	2024	2025
BAJO CAUCA	8	9	1
MAGDALENA MEDIO	2	4	4
NORDESTE	23	10	5
NORTE	16	33	13
OCCIDENTE	21	17	11
ORIENTE	68	71	41
SUROESTE	24	22	14
URABA	34	37	14
VALLE DE ABURRA	390	305	173
TOTAL	586	508	276

Fuente: DANE. 2021. Información Preliminar. Procesa Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia





Mapa 2. Comportamiento del suicidio en Antioquia, 2025.

Fuente: SIVIGILA sem 40, 2025.

8.1.5 Comportamiento de violencia de género e intrafamiliar.

La violencia de género y la violencia intrafamiliar continúan representando un desafío relevante para la salud pública, la justicia social y la garantía de los derechos humanos. La OMS reconoce que estas formas de violencia afectan de manera desproporcionada a mujeres, niñas, niños y adolescentes, con impactos profundos y sostenidos sobre la salud física, mental y social, así como sobre la cohesión y el desarrollo de las comunidades.

En el departamento de Antioquia, los registros recientes evidencian que la violencia de género e intrafamiliar mantiene una presencia significativa en todas las subregiones, con predominio de la violencia física y sexual. Este comportamiento refleja, por un lado, la persistencia de patrones socioculturales

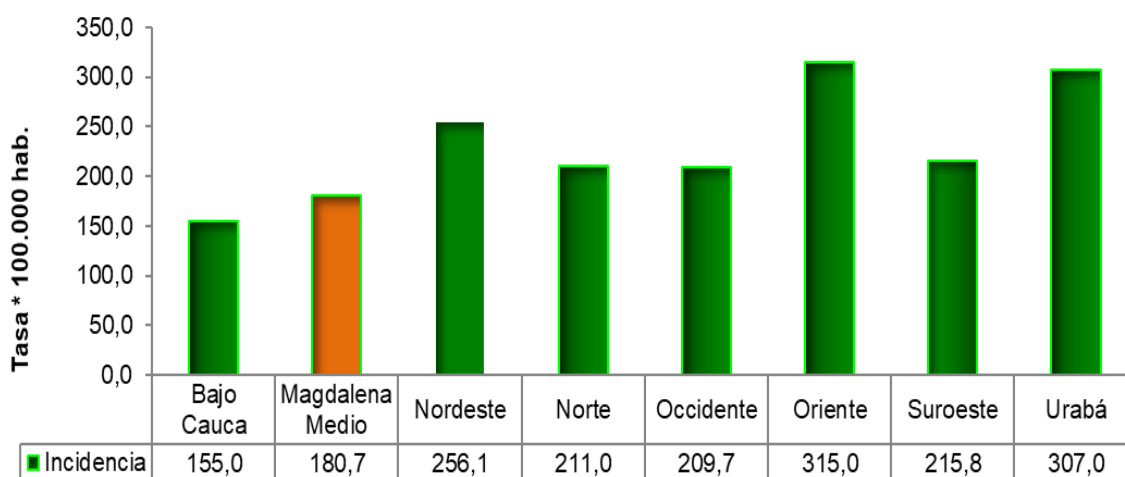


que normalizan o toleran la violencia y, por otro, un mayor nivel de sensibilización institucional y comunitaria que ha favorecido la detección y notificación de los casos. Si bien las cifras muestran una ligera disminución en las tasas generales frente al periodo anterior, se mantiene una alta proporción de eventos asociados a violencia sexual y física, lo que indica que la magnitud y la gravedad del problema continúan siendo elevadas.

El análisis sugiere que, pese al fortalecimiento de las acciones de prevención, atención y protección, persisten brechas estructurales relacionadas con la desigualdad de género, la dependencia económica, la insuficiencia de redes de apoyo y las limitaciones en la cobertura y oportunidad de los servicios especializados. Desde una perspectiva territorial, se observan diferencias en la distribución y tipología de las violencias, con subregiones y municipios que concentran mayores tasas en contextos de vulnerabilidad social, así como posibles subregistros en otros territorios.

Asimismo, se identifican patrones diferenciales por ciclo vital: la niñez resulta más afectada por situaciones de negligencia y abandono; la adolescencia presenta mayor carga de violencia sexual; y en la juventud predomina la violencia física. Las mujeres continúan representando la mayoría de las víctimas, lo que refuerza la necesidad de consolidar una respuesta intersectorial articulada entre los sectores de salud, protección, justicia y educación. En este contexto, avanzar de manera sostenida en la prevención, la atención integral y la reducción de barreras de acceso es fundamental para garantizar la protección efectiva y el restablecimiento de derechos de las personas afectadas en el departamento.





Gráfica 10. Incidencia de violencia por subregión. Antioquia, 2025.

Fuente: DANE.

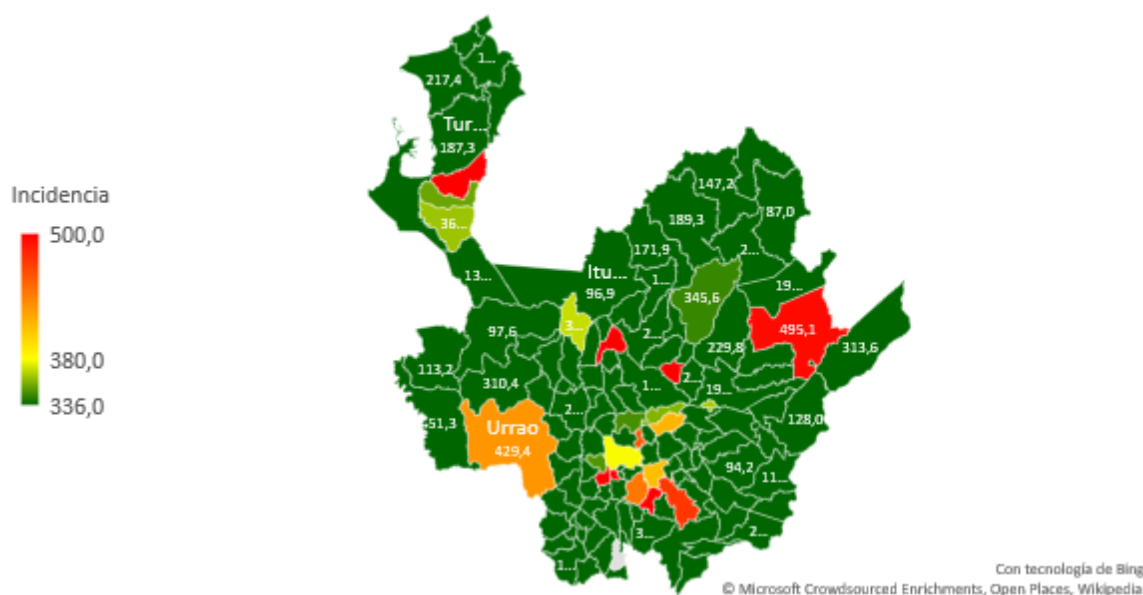
El mapa de riesgo del comportamiento de la violencia de género, sexual e intrafamiliar evidencia una distribución territorial heterogénea, con 31 municipios clasificados como críticos al presentar tasas superiores a la tasa departamental. Los municipios con las tasas más elevadas son Yondó, El Retiro y Carolina del Príncipe, con 714,04; 589,83 y 588,86 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, lo que los ubica como territorios de alta prioridad para la intervención intersectorial. En contraste, las tasas más bajas se registran en Guadalupe, Liborina, Alejandría y Arboletes, con valores de 14,36; 37,56; 40,36 y 46,6 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, situación que podría estar asociada a bajos niveles de notificación durante el periodo analizado, más que a una ausencia real del fenómeno.

Al analizar las tasas de incidencia según el tipo de violencia, se identifican diferencias relevantes entre subregiones y municipios. La subregión Valle de Aburrá presenta la tasa más alta de violencia sexual, con 125,55 casos por 100.000 habitantes. Dentro de esta subregión, los municipios con mayor afectación son Girardota, Medellín, Copacabana y La Estrella, con tasas de 150, 142, 124 y 118 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. De manera consistente, se observa que las mujeres concentran la mayor carga de los eventos en todas las modalidades de violencia, representando aproximadamente el 85 % de los casos reportados. Asimismo, el análisis por naturaleza de la



violencia muestra una disminución general de las tasas en todos los tipos, lo que sugiere un comportamiento descendente reciente, aunque con persistencia de niveles elevados en determinados territorios y grupos poblacionales.

Desde la perspectiva del ciclo vital, se evidencia que la violencia se presenta en todas las edades, pero con riesgos diferenciales según la etapa de vida. En la primera infancia (0 a 4 años), la mayor carga corresponde a negligencia y abandono, con una tasa de 109,9 casos por 100.000 niños. En la adolescencia, la violencia sexual constituye la principal modalidad, con una tasa de 326,3 por 100.000 adolescentes. En los jóvenes y adultos jóvenes predomina la violencia física, con tasas de 312,4 y 303,7 por 100.000, respectivamente. Estos patrones confirman la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y atención con enfoque diferencial por ciclo vital, género y territorio, así como de consolidar la articulación entre los sectores de salud, protección, justicia y educación para reducir la ocurrencia de estas violencias y garantizar la atención integral y el restablecimiento de derechos de las víctimas en el departamento.

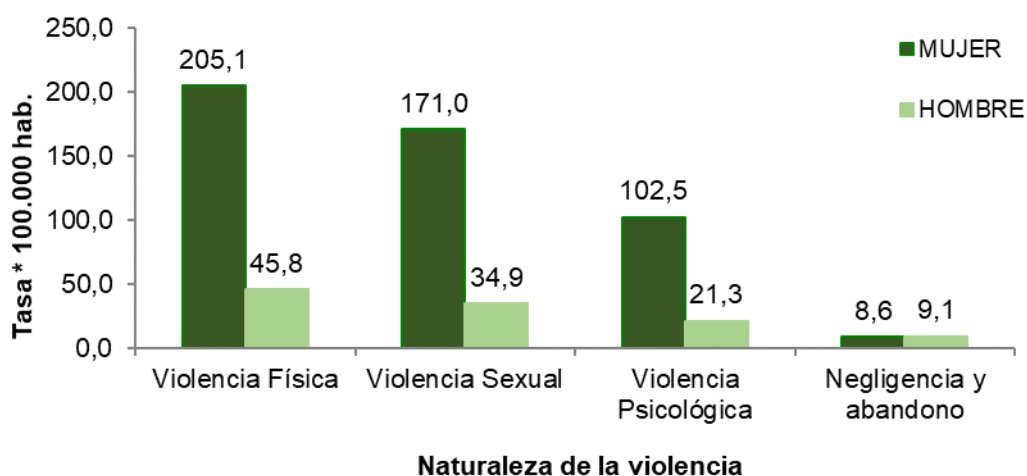


Mapa 3. Comportamiento de la violencia de género, Antioquia, 2025.
Fuente: SIVIGILA sem 40, 2025.



De manera sostenida, las mujeres concentran la mayor carga de la violencia de género e intrafamiliar, representando alrededor del 85 % de los casos. En 2021, la tasa departamental fue de 407 casos por 100.000 mujeres, frente a 74 por 100.000 hombres, con una disminución general en ambos sexos, aunque persiste una amplia brecha de género. Por tipo de violencia, se evidenció una reducción en casi todas las modalidades, excepto en la violencia sexual, que aumentó tanto en mujeres (de 125 a 150 por 100.000) como en hombres (de 25 a 27 por 100.000).

Aunque se presentan casos en ambos sexos, la afectación es marcadamente mayor en las mujeres, con una relación aproximada de cinco mujeres víctimas por cada hombre, proporción que se incrementa en la violencia psicológica y física. En la negligencia y el abandono, las diferencias por sexo son menores y están más asociadas a la edad. Desde el enfoque del ciclo vital, la violencia sexual afecta principalmente a adolescentes de 10 a 19 años (51 % de los casos), seguida de escolares de 5 a 9 años (15 %) y adultos jóvenes de 25 a 39 años (11 %), lo que resalta la alta vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes frente a esta problemática.



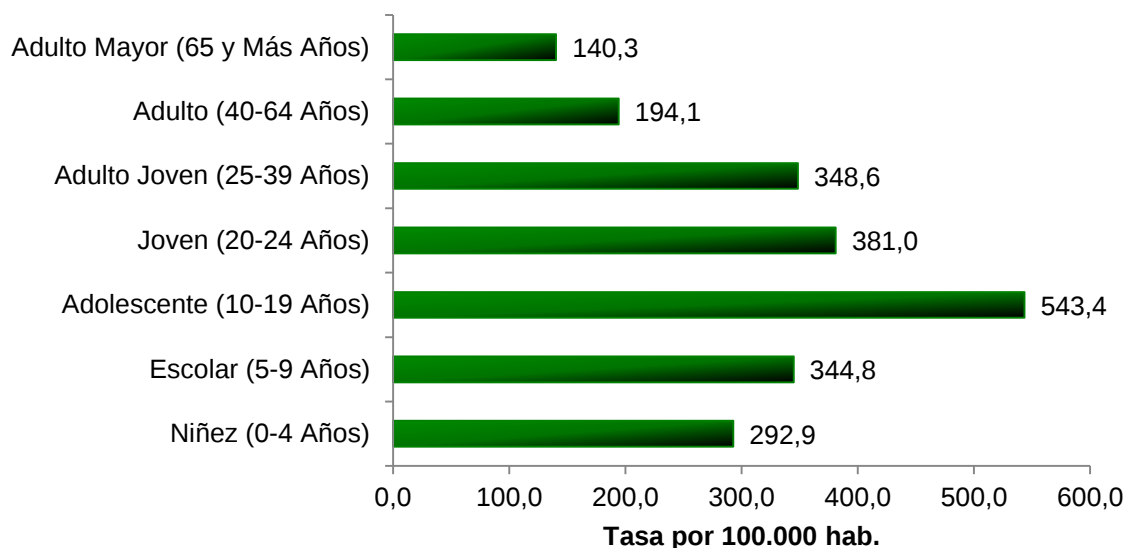
Gráfica 11. Incidencia de violencia, según naturaleza. Antioquia, 2025.
Fuente: SIVIGILA.

El comportamiento de la violencia de género e intrafamiliar en Antioquia evidencia una mayor frecuencia de casos asociados a violencia física, con una tasa de 114 casos por 100.000 habitantes, seguida de la violencia sexual (91 por 100.000), la violencia psicológica (32 por 100.000) y la negligencia y el



abandono (10 por 100.000). En comparación con el año anterior, las tasas de violencia física, psicológica y de negligencia y abandono muestran una disminución, mientras que la violencia sexual presenta un incremento, al pasar de 76,8 a 90,6 casos por 100.000 habitantes. Destaca la reducción marcada de la negligencia y el abandono, cuya tasa descendió de 32 a 10 por 100.000 habitantes.

Desde el enfoque del ciclo vital, se observa la presencia de todas las modalidades de violencia en todas las edades, aunque con riesgos diferenciados. En la primera infancia (0 a 4 años) predomina la negligencia y el abandono, con una tasa de 83 casos por 100.000 niños; en la adolescencia, la violencia sexual alcanza la mayor carga, con 318 casos por 100.000 adolescentes; en los jóvenes predomina la violencia física, con una tasa de 198 por 100.000; y en los adultos jóvenes se destaca la violencia psicológica, con una tasa de 45 por 100.000. Estos patrones confirman la necesidad de estrategias de prevención y atención con enfoque diferencial por ciclo vital y tipo de violencia.



Gráfica 12. Incidencia de violencia intrafamiliar, según naturaleza y ciclo vital. Antioquia, 2025.
Fuente: SIVIGILA.



8.1.6 Fortalecimiento de la salud mental

El Plan de Desarrollo “Por Antioquia Firme” define un marco integral para abordar la salud mental del departamento, enmarcado en la Línea Estratégica de Cohesión Social y el programa Salud Mental: Ambientes Saludables y Protectores. Su enfoque prioriza la articulación intersectorial, la asistencia técnica y la optimización de recursos mediante la consolidación del ecosistema de salud mental, fortaleciendo capacidades en municipios y ESE en temas como conducta suicida, violencias, consumo de sustancias y activación de rutas de atención.

Antioquia es el primer departamento del país en implementar de forma sistemática la estrategia SAFER de la OMS para la prevención del consumo nocivo de alcohol, una intervención costo-efectiva orientada a reducir la morbilidad, la violencia y los impactos sociales asociados, con énfasis en poblaciones vulnerables. De manera complementaria, se desarrollan estrategias comunitarias como los Escuchaderos Antioquia y las Zonas de Orientación Escolar, que promueven la detección temprana, la gestión territorial de casos y la reducción de brechas de acceso, apoyadas por redes comunitarias protectoras.

Asimismo, la línea telefónica #106 brinda atención continua, confidencial y gratuita en la mayoría de los municipios del departamento, ofreciendo apoyo y orientación en situaciones de crisis psicosocial. Finalmente, los programas La Aventura de Crecer y Competencias Parentales fortalecen la prevención temprana desde los entornos escolar y familiar, desarrollando habilidades socioemocionales en niños y adolescentes y promoviendo prácticas de crianza positivas, consolidando un modelo integral y sostenible para la promoción de la salud mental en Antioquia.



Conclusiones

La situación de salud mental en el departamento de Antioquia evidencia que los trastornos mentales, los problemas psicosociales y las conductas asociadas al sufrimiento emocional constituyen un problema de salud pública prioritario, con una carga significativa para las personas, las familias y los territorios. El análisis muestra una alta prevalencia de eventos como la depresión, los trastornos de ansiedad, el consumo problemático de sustancias psicoactivas y las conductas suicidas, con marcadas diferencias según sexo, grupo etario, subregión y condiciones socioeconómicas.

Se identifican importantes inequidades territoriales, con mayor afectación en subregiones históricamente expuestas a pobreza, violencia, desplazamiento forzado, economías ilegales y barreras estructurales de acceso a servicios de salud. Estas condiciones refuerzan la relación estrecha entre la salud mental y los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales, lo que confirma que los problemas de salud mental no pueden abordarse exclusivamente desde el ámbito clínico.

El análisis por curso de vida evidencia vulnerabilidades diferenciadas. En niños, niñas y adolescentes destacan los problemas emocionales, conductuales y los riesgos asociados a violencias, consumo de sustancias y conducta suicida. En la población joven y adulta se observa una alta carga de trastornos afectivos, ansiedad y consumo de sustancias, mientras que en las personas mayores cobran relevancia la depresión, el aislamiento social y las dificultades asociadas a la pérdida de autonomía y redes de apoyo.

A pesar de los avances normativos y programáticos en salud mental, persisten brechas en el acceso oportuno, continuo e integral a los servicios, particularmente en zonas rurales y dispersas. Se evidencian limitaciones en la disponibilidad de talento humano especializado, debilidades en la articulación entre niveles de atención y sectores, así como una dependencia excesiva de la atención individual, con menor desarrollo de acciones comunitarias, preventivas y de promoción del bienestar emocional.

Finalmente, el análisis pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los sistemas de información en salud mental, mejorar la calidad y oportunidad del registro de eventos, e integrar de manera más efectiva la información epidemiológica con la planeación territorial, para orientar decisiones basadas en evidencia.



Orientaciones estratégicas.

Fortalecer el enfoque de salud mental comunitaria, priorizando intervenciones territoriales que promuevan el bienestar emocional, la cohesión social y la reducción del estigma, con participación de comunidades, organizaciones sociales y actores locales.

Reducir las inequidades en salud mental mediante estrategias diferenciadas por subregión y grupo poblacional, con énfasis en zonas rurales, poblaciones víctimas del conflicto armado, comunidades étnicas, personas en situación de pobreza y otros grupos en condición de vulnerabilidad.

Consolidar la atención integral en salud mental a lo largo del curso de vida, fortaleciendo la detección temprana, la atención oportuna y el seguimiento continuo en niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas adultas y personas mayores, articulando los servicios de salud con los sectores educativo, social y comunitario.

Fortalecer la capacidad resolutoria del sistema de salud, ampliando la disponibilidad y distribución del talento humano en salud mental, mejorando la articulación entre la atención primaria, los servicios especializados y la red hospitalaria, e integrando la salud mental en los servicios generales de salud.

Impulsar la prevención de la conducta suicida y del consumo problemático de sustancias, mediante estrategias intersectoriales basadas en evidencia, que aborden factores de riesgo individuales, familiares, comunitarios y estructurales, y fortalezcan los factores protectores.

Garantizar el reporte oportuno, completo y de calidad de los eventos de interés en salud pública relacionados con la salud mental, en especial intento de suicidio, violencia de género e intrafamiliar y consumo de sustancias psicoactivas, como insumo fundamental para el análisis de la situación de salud, la identificación temprana de riesgos y la focalización de intervenciones en los territorios. Esto implica fortalecer las capacidades técnicas de las instituciones notificadoras, mejorar la oportunidad del reporte y promover el uso activo de la información en los procesos de planeación y gestión territorial.

Reforzar la articulación intersectorial, integrando acciones de salud mental con políticas de educación, protección social, empleo, seguridad, cultura y deporte, reconociendo que la salud mental es un resultado colectivo y transversal al desarrollo territorial.



Mejorar los sistemas de información y vigilancia en salud mental, garantizando la calidad, oportunidad y análisis sistemático de los datos, así como su integración con los procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las acciones en salud pública.

Promover la planeación territorial basada en evidencia, utilizando los hallazgos del ASIS para orientar planes, programas y proyectos que respondan a las realidades locales, con evaluación periódica de su impacto en la salud mental de la población.





Análisis de la Situación de Salud Participativo

2025

Equipo:

Amparo Liliana Sabogal Apolinar
Profesional especializado- Bacterióloga, epidemióloga, FETP
Coordinadora de vigilancia epidemiológica

Sebastián Villada Villa -Profesional especializado
Enfermero Epidemiólogo/Salubrista - Referente EISP Salud mental y LCE

Juliana Cataño López -Profesional especializado
Psicóloga - Especialista en gerencia de salud pública – Líder de salud mental y conductas
adictivas

Samuel Zuleta Sánchez - Profesional universitario
Psicólogo - Salud mental y conductas adictivas

Planeación-Despacho:

Mary Salazar Barrientos –Profesional especializado/Epidemióloga

