

# PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

## INTENTO DE SUICIDIO

Código 356



**DOCUMENTO ELABORADO POR**

**Camilo Alejandro Alfonso**

Profesional especializado  
Equipo de Salud Mental  
Instituto Nacional de Salud

**DOCUMENTO ACTUALIZADO POR**

**Ana María Blandón Rodríguez**

Profesional especializado  
Grupo de Vigilancia y Control de Eventos de  
Salud Mental y Lesiones de Causa Externa  
Instituto Nacional de Salud

---

**Martha Lucía Ospina Martínez**

Director General INS

**Franklyn Edwin Prieto Alvarado**

Director de Vigilancia y  
Análisis del Riesgo en Salud Pública

**Óscar Eduardo Pacheco García**

Subdirector de Prevención,  
Vigilancia y Control en Salud Pública

**Hernán Quijada Bonilla**

Subdirector de Análisis del Riesgo  
y Respuesta Inmediata en Salud Pública

# Tabla de contenido

<b>1</b>	Introducción	4
	1.1. Comportamiento del evento	4
	1.2. Estado del arte	5
	1.3. Justificación para la vigilancia	5
	1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento	6
<b>2</b>	Objetivos específicos	6
<b>3</b>	Definiciones operativas de casos	6
<b>4</b>	Fuentes de los datos	6
	4.1. Definición de las fuentes	6
	4.2. Periodicidad de los reportes	7
	4.3. Flujo de información	7
	4.4. Responsabilidades por niveles	7
<b>5</b>	Recolección y procesamiento de los datos	8
<b>6</b>	Análisis de la información	8
	6.1. Indicadores	9
<b>7</b>	Orientación de la acción	10
	7.1. Acciones individuales	10
	7.2. Acciones colectivas	10
<b>8</b>	Comunicación del riesgo	11
<b>9</b>	Referencias bibliográficas	16
<b>10</b>	Control de revisiones	11
<b>11</b>	Anexos	12

## 1. Introducción

Los intentos de suicidio constituyen una gran carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, al impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados y, ocasionalmente, a una discapacidad a largo plazo debida a la lesión. 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 (1).

En 2010, la OMS señaló que el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas de 15 a 44 años y que para 2020 alcanzará 1,5 millones de muertes anuales. Cada 30 segundos se suicida una persona en el mundo y cada día hay alrededor de 3000 eventos; un millón de personas al año por este motivo, lo que supone un 1,8 del total de las defunciones (2).

En 2013, los cinco departamentos con las tasas más altas de suicidio por cada 100.000 habitantes eran Amazonas, con 6,7; Meta, con 6,2; Quindío, con 5,9; Putumayo, con 5,9, y Antioquia, con 5,2. s. Los departamentos con el mayor número de casos registrados eran Antioquia, con 329; Bogotá, con 236; Valle del Cauca, con 158; Cundinamarca, con 116, y Santander, con 86 (2).

Se estima que existe una proporción de 4:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, aunque existen amplias diferencias según edad y género. La incidencia es superior 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.

La existencia de antecedentes personales de intentos suicidas en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado(3).

### 1.1. Comportamiento Mundial y Regional del evento

En la actualidad el suicidio es considerado un problema de salud pública en el mundo y se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo entre los 10 y 24 años. Colombia ocupa el tercer lugar en casos, después de Cuba y Brasil (6).

En todo el mundo, los hombres tienen una mayor tasa de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3,5 a 1. En contraste, las mujeres presentan mayores intentos suicidas que los hombres. Una de las razones que explican este escenario es que los hombres emplean métodos más violentos y letales.

Según los estudios de carga de enfermedad, las lesiones auto-infligidas, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio en 2010 constituyen 1,5 % de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). En América Latina, las autolesiones corresponden a 1,3 % de los AVAD(1).

La prevalencia del intento de suicidio es más difícil de conocer. La OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas se señala de 3 a 5 %. En el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio.

El intento de suicidio en Colombia tiene una incidencia similar a la de otros países; la población con mayor riesgo está entre los 16 a 21 años (7).

La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 muestra que la ideación suicida es tan frecuente en adolescentes como en adultos colombianos, la prevalencia de ideación suicida en adolescentes entre 12 y 17 años es 6,6 %, la incidencia del intento de suicidio en este grupo de edad es de 2,5 %, 37,6 de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado (2). Esta misma encuesta concluye que en adultos alrededor de un tercio de las personas que piensan suicidarse han tenido planes suicidas y han intentado suicidarse; los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres (2).

## 1.2. Estado del arte

La OMS define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica (8).

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la OMS por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos. La OMS afirma que las tasas de suicidio han aumentado 60 % en los últimos 50 años y ese incremento ha sido mayor entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, teniendo un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (AVPP) (9).

La denuncia de los intentos suicidas varía entre los países y en la mayoría de los casos no hay información disponible y confiable, por

la falta de un sistema apropiado de vigilancia, sin embargo es bien sabido que el suicidio es una conducta prevenible, si se tiene en cuenta que una proporción importante de los suicidas tienen una enfermedad psiquiátrica tratable y que la gran mayoría de las personas suicidas comunican sus intenciones autodestructivas a alguien de su entorno.

Estudios longitudinales muestran que 40 % de las personas que intentan suicidarse han tenido intentos previos, y entre 13 y 35 % de los que intentan hacen otro intento, 7 % hace dos o más intentos, 2,5 % hace tres o más intentos y 1 % hace cinco o más intentos, dentro de los dos años siguientes al primer intento de suicidio (10). Además está asociado con el intento de suicidio, el haber consultado al médico con quejas de nervios, antes de cometer el intento (7).

Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces (9).

Las personas con riesgo suicida realizan manifestaciones prodrómicas del suicidio (11).

- Aunque el riesgo de suicidio está en relación con el número de factores de riesgo presentes, resulta útil una escala que ayude a valorar el riesgo de suicidio, una de las más prácticas es la escala SAD PERSONS (12), consta de las siguientes variables:  
Sexo: +1 si varones.
- Edad: +1 si es menor de 19a o mayor de 45
- Depresión
- Intentos de suicidio previos
- Abuso de alcohol
- Trastornos cognitivos
- Sin apoyo social
- Plan organizado de suicidio
- Sin pareja estable
- Enfermedad somática

Cada uno de los ítems presentes suma un punto, hasta un total de 10. La interpretación debe hacerse:

- 0-2 Puntos: Sin riesgo. Alta con seguimiento ambulatorio.
- 3-4 Puntos: Riesgo bajo. Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar ingreso psiquiátrico.
- 5-6 Puntos: Riesgo medio. Si no hay apoyo familiar estrecho debe internarse.
- 7-10 Puntos: Riesgo alto. Ingreso. Riesgo de intento inminente.

## 1.3. Justificación para la vigilancia

El intento de suicidio es el principal predictor del suicidio consumado, por lo que resulta necesario implementar sistemas que permitan la identificación a nivel nacional los casos de intento suicida, con el fin de hacer una intervención integral a los casos identificados.

La prevención del suicidio empieza con la vigilancia para definir el problema y comprenderlo, seguido de la identificación de los factores de riesgo y a quienes afecta, en concordancia con el Plan Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida 2017-2021.

En cuanto a normatividad, la Ley 1616 de 2013 del Congreso de la República su artículo 35 ordena implementar al Ministerio de Salud y Protección Social el sistema de vigilancia de la conducta suicida, y el plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 estableció como

unos de sus componentes el dirigido a la promoción de la convivencia social y salud mental.

Uno de los objetivos de este componente es fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos.

## 1.4. Usos de la vigilancia para el evento

Detectar los casos de intento de suicidio que son captados en una institución de salud, para establecer su distribución, tendencia y factores determinantes. A partir de esta evidencia generar información que permita el desarrollo de políticas, estrategias de prevención y control en la población.

El presente protocolo será de uso en todas las entidades territoriales e instituciones prestadoras de servicios de salud.

## 2. Objetivos de la vigilancia del evento

- Identificar los factores sociodemográficos presentes en los casos de intento de suicidio.
- Caracterizar los métodos y medios utilizados en los intentos de suicidio.
- Detectar oportunamente los cambios en los patrones de ocurrencia del evento e identificar el riesgo de reincidencia.

## 3. Definición del evento



Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado	Conducta potencialmente lesiva auto-infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede causar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

Las intoxicaciones con intencionalidad suicida serán notificadas en la ficha 356 (intento de suicidio), posteriormente se migrará la información al evento intoxicaciones por sustancias químicas.

## 4. Fuentes de los datos



### 4.1. Definición de la fuente

La principal fuente de información para la vigilancia del evento, serán los servicios de urgencias a través de las fichas de notificación de datos básicos y complementarios, dado que es a estos servicios donde ingresan los casos confirmados de intento de suicidio que cumplen con la definición de caso.

Otra fuente de información serán los casos registrados a la línea nacional de toxicología de Ministerio de Salud y Protección Social.

## 4.2. Periodicidad del reporte

Notificación	Responsabilidad
Notificación semanal	Los casos confirmados de intento de suicidio deben notificarse semanalmente.
Ajustes por períodos epidemiológicos	Los ajustes a la información de casos de intento de suicidio se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema. No se deben notificar los suicidios ni las ideaciones suicidas.

## 4.3 Flujo de información

Para consultar el flujo de la información general avalado por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo de Salud Pública, remítase al documento Metodología Sivigila (disponible en [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co))

## 4.4. Responsabilidad por niveles

Serán conforme a lo establecido en el Decreto 3518 de 2006, (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública), en el Decreto 780 de 2016, (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) y en el documento “Metodología de la operación estadística de vigilancia rutinaria”, del INS, las siguientes:

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud deben socializar e implementar en la red de prestadores de servicios de salud el presente protocolo, garantizando la notificación y atención oportuna de los casos.

Las EAPB deben informar a la unidad notificadora departamental las atenciones de los casos de intento de suicidio y garantizar la prestación de servicios correspondientes.

Tanto el Ministerio de Salud como el Instituto Nacional de Salud deben desarrollar y socializar los lineamientos técnicos para orientar a las entidades territoriales sobre acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención, rehabilitación de los problemas y trastornos mentales, con énfasis en los relacionados con la conducta suicida.



## 5. Recolección y procesamiento de datos

El flujo de datos de notificación de eventos de interés en salud pública se puede consultar en el documento: “Metodología de la operación estadística de vigilancia rutinaria” que puede ser consultado en el portal web del INS:

[http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Documentos%20SIVIGILA/ Metodologia\\_SIVIGILA.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Documentos%20SIVIGILA/ Metodologia_SIVIGILA.pdf)

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras

de planes de beneficios, ni otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control, podrán modificar, reducir o adicionar los datos, ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que, en las bases de datos propias, las UPGD y las entidades territoriales puedan tener otra información para su propio uso.

## 6. Análisis de la información

Semestralmente se cruzará la información de los intentos de suicidio, con el RUAF con el fin de evidenciar cuales de los intentos de suicidio terminaron en suicidio.

A través de los datos recolectados en la ficha de notificación, se realizará de manera mensual mediante estadística descriptiva e incluye el análisis del comportamiento y la tendencia de los intentos de suicidio en términos de persona, tiempo y lugar en el territorio nacional mediante el cálculo de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central; de igual manera se analizarán variables geográficas debido a que la literatura establece que el suicidio o el

intento de suicidio tiende a ser replicado por personas cercanas o expuestas a este evento, esta información se establecerá a partir de la ficha de notificación dispuesta.

Se realizará también análisis de series de tiempo con el fin de identificar si la notificación de este grupo de enfermedades aumenta o disminuye en cada semana epidemiológica y en cada año. Mensualmente se realizará cruce de la información reportada en Sivigila, con los datos de la línea nacional de toxicología u otras fuentes.

Los casos notificados pueden descartarse con ajuste 6 y D.



## 6.1. Indicadores

Nombre del indicador	Tasa de incidencia de intento de suicidio
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Se define como el número de casos nuevos confirmados en una población durante un período de tiempo determinado.
Periodicidad	Semestral
Propósito	Evaluar el ritmo de desarrollo de nuevos casos del evento. Evaluar la magnitud del evento. Identificar grupos de edad vulnerables que requieren control y seguimiento.
Definición operacional	Numerador: número de casos nuevos confirmados notificados en el período. Denominador: población expuesta a riesgo de presentar este evento en el período de tiempo.
Coefficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Archivos planos (Sivigila) Población por grupos de edad, zona y sexo. Fuente DANE
Interpretación del resultado	En el período __ se notificaron __ casos nuevos del evento por cada 100.000 habitantes.
Nivel	Nacional, departamental, municipal y por evento.

Nombre del indicador	Proporción de notificación de intento de suicidio
Tipo de indicador	Funcionamiento
Definición	Se define como el número de UPGD que notifican el evento durante un período de tiempo determinado.
Periodicidad	Semestral
Propósito	Evaluar la notificación del evento.
Definición operacional	Numerador: número de UPGD notificando el evento en el período. Denominador: número de UPGD caracterizadas en Sivigila.
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Archivos planos (Sivigila)
Interpretación del resultado	En el período __ UPGD notificaron __ casos del evento.
Nivel	Nacional, departamental, municipal y por evento.

## 7. Orientación de la acción

Mediante la vigilancia, se pretende detectar los casos de intento de suicidio y clasificarlos según el nivel de riesgo de que esta conducta se repita en el futuro, una vez detectados estos casos, ha de procederse a tomar acciones que garanticen el acceso oportuno a los servicios de salud mental (ver estado del arte).

### 7.1. Acciones a Nivel Individual

En todos los casos, las acciones individuales contemplan:

1. Notificación a la EAPB de cada caso identificado, para promover la intervención oportuna y el seguimiento. Dicha alerta será emitida por la entidad municipal o distrital correspondiente.
2. Notificación a la secretaría de salud municipal, distrital o departamental para realizar el seguimiento a la atención de los casos de alto riesgo.
3. Realizar las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo con las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 y la Resolución 518 de 2015.
4. Solicitar información para el manejo de envenenamientos agudos y crónicos a la línea nacional de toxicología del Ministerio de Salud y protección Social.
5. Revisión de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) para el abordaje integral de las patologías y problemáticas en salud mental:

RIAS promoción y mantenimiento de la salud: en la que se incluye promoción de la salud mental y detección temprana de la depresión y de todos sus factores de riesgo a lo largo del ciclo de vida.

RIAS materno-perinatal: contempla la detección temprana y atención oportuna de la depresión post-parto.

RIAS problemas y trastornos mentales: incluye las atenciones de detección, atención y rehabilitación integral en salud mental para la población general.

RIAS trastornos asociadas al uso de sustancias psicoactivas-SPA: con las atenciones para la detección temprana, canalización y atención integral al consumo de SPA.

RIAS en violencias: incluye la detección temprana de la depresión asociada a la exposición a las diferentes formas de violencias.

Guías de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos y la GPC para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.

### 7.2. Acciones a nivel colectivo

Las acciones colectivas tienen por objetivo fortalecer a las comunidades y brindarles herramientas que les permitan reconocer el riesgo de suicidio, incluyen:

- Fortalecer la coordinación interinstitucional entre las ESE, EAPB, Secretarías de Salud Municipales y Departamentales, Redes de Urgencias.
- Sensibilizar y educar a la comunidad sobre los problemas y factores de riesgo más frecuentes, su identificación temprana y manejo.
- Promover la generación de familias y comunidades protectoras de la salud mental que contribuyan en la identificación temprana y canalización de los casos.
- Fomentar y fortalecer redes de apoyo mutuo en la comunidad para las personas que afrontan crisis emocionales, vitales o pérdidas recientes.

## 8. Comunicación del riesgo

El intento de suicidio es un problema grave de salud pública por lo que requiere la atención de todos los actores de la sociedad, incluidos los medios de comunicación, ya que su prevención y control son complejos. La información sobre ciertos tipos de intentos de suicidio ejerce una influencia sobre las conductas de las personas vulnerables y además puede crear opinión sobre aspectos que estigmatizan a las personas afectadas y a sus allegados. Por ello, un tratamiento adecuado del evento por parte de los medios de comunicación puede influir positivamente en algunos aspectos de su prevención y en el efecto sobre los afectados y su entorno.

## 9. Referencias bibliográficas

1. Prevención del suicidio a nivel global-WHO-2014
2. Ministerio de la Protección Social-Colciencias. Encuesta Nacional de Salud mental, Colombia, 2015.
3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2013: datos para la vida.
4. Montalban R. La conducta suicida. Madrid: Aran Ediciones; 1997.
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. Macana Tuta NL. Comportamiento del suicidio en Colombia 2011.
7. Evans E, Hawton K, Rodham K, Psychol C, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005; 35(3): 239-50.
8. Prevención del suicidio a nivel global-WHO-2014.
9. Ministerio de la Protección Social-Colciencias. Encuesta Nacional de Salud mental, Colombia, 2015.
10. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2013: datos para la vida.
11. Montalban R. La conducta suicida. Madrid: Aran Ediciones; 1997.
12. 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.
13. Macana Tuta NL. Comportamiento del suicidio en Colombia 2011.

## 10. Control de revisiones



VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2017	06	01	Se hizo ajuste a la notificación pasa de ser inmediata a semanal.	Ana María Blandón Rodríguez Profesional especializado
01	2017	12	29	Actualizacion formato	Ana María Blandón Rodríguez Profesional especializado

REVISÓ	APROBÓ
Oscar Eduardo Pacheco García	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirector de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

## 11. Anexos



En el siguiente enlace puede descargar la ficha