

# PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

## INTENTO DE SUICIDIO

Código 356



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD



La salud  
es de todos

Minsalud



**DOCUMENTO ELABORADO POR**

**Camilo Alejandro Alfonso**  
Profesional especializado  
Equipo de Salud Mental  
Instituto Nacional de Salud

**DOCUMENTO ACTUALIZADO POR**

**Yalena Mosquera Bahamón**  
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

**Diana Marcela Walteros Acero**  
Subdirectora 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	11
<b>10</b>	Control de revisiones	11
<b>11</b>	Anexos	12

## 1. Introducción

El intento de suicidio es una conducta autoinfligida, iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros, y sin resultado fatal. La existencia de intentos suicidas en el pasado, es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia del suicidio consumado en la población general (1).

En Colombia se vigila el intento de suicidio a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – Sivi-gila, desde el año 2016; desde entonces se observa un aumento gradual de la tasa de incidencia nacional. Este documento presenta la metodología para realizar la vigilancia como evento de interés en salud pública, e incluye las responsabilidades de los diferentes actores del sistema de salud de acuerdo con la normatividad vigente.

### 1.1. Comportamiento del evento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para el año 2012 una tasa global de suicidio ajustada por edad de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 en hombres y 8,0 en mujeres), lo que representó 1,4% de las muertes a nivel mundial (1). En el año 2016, ésta fue la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años y la causa número 18 de muerte en población general a nivel mundial (2).

El comportamiento del suicidio a nivel mundial varía según el nivel de ingresos de los países. En el año 2012, en los países de ingresos altos la tasa fue un poco mayor que en los países de ingresos medios y bajos (12,7 frente a 11,2 por 100.000 habitantes) (1); sin embargo, en estos últimos ocurrió el 79 % de los suicidios en el año 2016 (2).

En la Región de las Américas ocurrieron alrededor de 65.000 defunciones por suicidio anualmente en el período 2005-2009, lo que representó una tasa ajustada por edad de 7,3 por 100.000 habitantes para el mismo período. América Latina y el Caribe, así como Suramérica presentaron una tasa de 5,2 por 100.000 habitantes ajustada por edad (3). Al igual que a nivel mundial, la tasa en la región fue mayor en hombres que en mujeres (11,5 y 3,0 por 100.000 habitantes respectivamente); un poco menor y con menor diferencia en América Latina y el Caribe (8,4 y 2,1 por 100.000 habitantes), y una razón hombre:mujer de 4:1. La edad de mayor riesgo para mujeres era entre 20 y

24 años en la mayoría de las subregiones, y mayor de 70 años para hombres, excepto en el Caribe no hispano (entre 25 y 44 años) (3).

Un estudio de carga global de enfermedad analizó 264 causas de muerte en 195 países en el período 1980-2016, y considerando el índice sociodemográfico, encontró que las autolesiones fueron la causa número diez de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en 2016 en Colombia (4).

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) identificó el suicidio como la tercera causa externa de muerte con el 9,5% de todo este grupo de causas en 2017. Del total de las muertes por suicidio (2711), el 81,3% corresponden al sexo masculino (5).

En 2018, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) reportó 2.696 casos de suicidio, lo que representa un aumento de 4,86 % (125 casos) con respecto al año 2017, y una tasa de 5,93 por 100.000 habitantes, también superior a la tasa del año anterior (5,72 por 100.000 habitantes). El suicidio causó un total de 96.739 AVPP en 2018, de los cuales 93.955 corresponden a población entre 10 y 49 años; por sexo, 73.615 corresponden al sexo masculino. La razón de ocurrencia del suicidio hombre:mujer fue de 4,66:1 (6).

Predomina el mecanismo generador de asfixia en ambos sexos (67,57% en hombres y 63,03% en mujeres), seguido por el uso de sustancias tóxicas (12,52% en hombres y 27,52% en mujeres). El arma de fuego fue usada en el 12,7% de los hombres (6)

El lugar de ocurrencia en la mayoría de los casos fue la cabecera municipal (73,98%), la vivienda (77,18%) y los días de mayor ocurrencia fueron domingo (18,55%), lunes (16,54%), y sábado (13,50%). Los departamentos con tasas de suicidio más altas por 100.000 habitantes fueron Arauca (11,79), Quindío (10,77), y Vaupés (15,41) (6).

En general, se observa una tendencia al aumento de muertes por suicidio en el país (5, 6, 7). En el año 2006 la tasa por 100.000 habitantes fue de 4,03, ascendió a 4,08 en el año 2012; tuvo una leve disminución en el año 2013 (3,84) después del cual continuó en aumento gradual (7), y llegó a 5,93 en 2018. (6)

El comportamiento del intento de suicidio es más difícil de conocer, debido a la complejidad de su definición, a su estigmatización en algunos países, y a la falta de un sistema apropiado de vigilancia, lo que dificulta obtener información de calidad (1).

Con base en los cuestionarios de autorreporte y en la información que proveen las instituciones de salud de los intentos de suicidios atendidos, la OMS estima que a nivel global su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado (1). También se conoce que las mujeres presentan más intentos suicidas que los hombres, situación opuesta a la del suicidio consumado (3).

Considerando las limitaciones para precisar cifras sobre intentos de suicidio a nivel mundial, algunos estudios estiman que en la población mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas de suicidio está entre el 3 y el 5 %, siendo mayor en el grupo de edad de 15-34 años (8).

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 de 12 a 17 años es de 6,6 %, la prevalencia del intento de suicidio en este grupo de edad es de 2,5 %, y el 37,6 % de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado. En los adultos, un tercio de los que piensan suicidarse, han tenido planes suicidas y lo han intentado. En general, los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres (9).

A través del Sivigila se notificaron 28.615 casos de intento de suicidio en el año 2018, que representan una tasa de incidencia de 56,8 por 100.000 habitantes. Este evento ocurrió en mayor proporción en el sexo femenino 63,6 %, en cabeceras municipales (80,5%), utilizando principalmente el mecanismo de intoxicación (66,7 %), seguido por el arma cortopunzante (21,2 %); los hombres utilizaron en mayor proporción el ahorcamiento (4,0 % frente a 2,4 % en mujeres) (10)

El principal factor de riesgo notificado fue el trastorno depresivo (23,2 %), y el principal factor desencadenante el conflicto con la pareja/expareja (40,3 %), seguido por los problemas económicos (12 %) (10).

Los departamentos que presentaron tasas de incidencia por 100.000 habitantes superiores a la tasa nacional fueron Vaupés, Caldas, Quindío, Putumayo, Risaralda, Huila, Antioquia, Arauca, Tolima, Amazonas, Casanare, Nariño, Cundinamarca, Norte de Santander, Meta, Cauca, Valle, Barranquilla, y Cesar (10).

## 1.2. Estado del arte

La literatura sobre el suicidio refiere la existencia de una serie de conductas enmarcadas bajo el nombre de conducta suicida, que incluye la ideación, el plan, el intento, y el suicidio consumado (1).

El suicidio es una conducta prevenible si se tiene en cuenta que la mayoría de las personas con intencionalidad suicida realizan manifestaciones relacionadas con este hecho, como comunicar o dar señales a alguien de su entorno sobre sus intenciones autodestructivas (11). También es posible restringir los medios más frecuentemente utilizados como los plaguicidas, las armas de fuego, y algunos medicamentos (1)

Estudios longitudinales evidencian que el 40 % de las personas que intentan suicidarse han tenido intentos previos. También se conoce que el riesgo suicida aumenta entre 20 y 30 veces durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento (11).

Los intentos de suicidio graves son aquellos que requieren hospitalización por más de 24 horas y tratamiento en unidades especializadas, cirugía bajo anestesia general, y/o tratamiento médico incluyendo antídotos para sobredosis, telemetrías o pruebas repetidas. Las características de este tipo de intentos son epidemiológicamente muy parecidos a las de aquellos que mueren por suicidio (12).

El riesgo de suicidio se relaciona con el número de factores de riesgo presentes (11). En los intentos de suicidio graves se ha identificado como principales factores presentar un trastorno psiquiátrico, el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas,

incluido el alcohol, altos niveles de depresión, ansiedad, desesperación y angustia, factores interpersonales (relaciones y comunicación), toma de decisiones, e impulsividad o agresividad (12).

La valoración del riesgo suicida permite la identificación oportuna de casos y facilita su intervención. El Ministerio de Salud y Protección Social recomienda que la entrevista clínica puede ser complementada, pero no sustituida, con el uso de algunos instrumentos como las escalas de desesperanza, ideación suicida, e intencionalidad suicida de Beck, los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck, y la Escala de valoración de la depresión de Hamilton. Adicionalmente, y advirtiendo sus limitaciones de validez, recomienda la escala SAD PERSONS por su facilidad de aplicación (13).

### 1.3. Justificación para la vigilancia

En el marco del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, los estados miembros se comprometieron a desarrollar acciones para reducir la tasa de suicidio en 10% a 2020 en estos países, y se propone reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental (14).

Una de las estrategias adoptadas por Colombia para aproximarse al logro de estos compromisos, ha sido la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud mental, incluida la conducta suicida, mediante la Ley 1616 de 2013 (Art.35) (15).

La vigilancia en particular del intento de suicidio por medio del Sivigila, se realiza considerando que éste es un predictor importante del suicidio consumado y de la ocurrencia de futuros intentos de suicidio (1, 13).

Estos últimos constituyen una gran carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las

## 3. Definición operativa de caso

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

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 (1).

Adicionalmente, el país adoptó la Política Nacional de Salud Mental por medio de la Resolución 4886 de 2018 (16), en la cual se establecen como ejes de la Política los componentes de la dimensión Convivencia social y salud mental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En el eje 2, Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia, propone entre otras estrategias, prevenir la conducta suicida, y dentro de las metas se encuentra: disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes.

### 1.4. Usos de la vigilancia para el evento

El propósito de la vigilancia de este evento es describir el comportamiento epidemiológico del intento de suicidio con el fin de generar información útil y oportuna que contribuya a la toma de decisiones en el marco de la Política Nacional de Salud Mental.

El presente protocolo será usado por todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades territoriales de orden municipal, departamental y distrital, y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

## 2. Objetivos específicos

- 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.

## 4. Fuentes de los datos

### 4.1. Definición de la fuente

La principal fuente de información para la vigilancia rutinaria del evento, serán los servicios de urgencias de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), quienes notificarán semanalmente los casos confirmados por clínica, a través de la ficha de notificación individual Intento de suicidio, código INS 356 tanto en su cara de datos básicos como complementarios.

Otra fuente de información serán los casos registrados en la Línea Nacional de Toxicología del 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.
Notificación inmediata	Los casos confirmados de intento de suicidio en menores de 5 a 9 años y los casos confirmados de cualquier edad con intentos previos se deben notificar de manera inmediata.
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

El flujo de la información se genera desde la UPGD hacia el municipio, del municipio al nivel departamental/distrital y de éste hacia los niveles nacional e internacional. Desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, y de éstos a los municipios y a los aseguradores. Esta información puede ser consultada en el documento “Metodología de la operación estadística de vigilancia rutinaria”, disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/7.%20Metodolog%C3%ADa%20estadisticas%20de%20vigilancia%20rutinaria.pdf>

### 4.4. Responsabilidad por niveles

Las responsabilidades están descritas 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.

#### Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD)

- Diligenciar la ficha única de notificación individual de datos básicos y complementarios con periodicidad semanal.
- Notificar los casos de intento de suicidio semanalmente a la Unidad Notificadora Municipal.
- Realizar el proceso de depuración, validación de la calidad del dato y análisis de la información generada de la notificación del evento.

#### Entidades administradoras de planes de beneficios de salud (EAPB)

- Socializar e implementar en la red de prestadores de servicios de salud el presente protocolo, garantizando la notificación y atención oportuna de los casos.
- Garantizar las acciones individuales e integrales en los casos de Intento de suicidio, acorde con lo establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la normatividad vigente
- Analizar y utilizar la información derivada del proceso de vigilancia para orientar la toma de decisiones en beneficio de su población afiliada.

#### Unidad Notificadora Municipal (UNM)

- Notificar los casos de intento de suicidio semanalmente a la Unidad Notificadora Departamental.
- Realizar el proceso de depuración, validación de la calidad del dato y análisis de la información generada de la notificación del evento.
- Divulgar en espacios locales como los COVE u otros, los hallazgos y resultados de los análisis del evento.

#### Unidad Notificadora Departamental (UND)

- Notificar semanalmente al Instituto Nacional de Salud los casos de intento de suicidio de su departamento.
- Realizar análisis periódico del comportamiento del evento en los municipios de su departamento.
- Retroalimentar periódicamente a las UNM según los hallazgos encontrados en el proceso de validación, depuración y análisis del evento.
- Divulgar en espacios locales como los COVE u otros, los hallazgos y resultados de los análisis del evento.
- Asesorar, gestionar y apoyar a las UNM en el proceso de vigilancia, análisis y divulgación de la información del evento.

#### Instituto Nacional de Salud (INS)

- Asesorar a las entidades territoriales y a las aseguradoras en la vigilancia del evento.
- Divulgar la información que resulte del análisis de la notificación del evento a través de publicaciones o informes que establezca la Institución.
- Participar en actividades de análisis del evento en espacios intersectoriales e interinstitucionales con el fin de contribuir a la toma de decisiones informada.

#### Ministerio de Salud y Protección Social

- Desarrollar y socializar los lineamientos técnicos para orientar a las entidades territoriales sobre acciones de vigilancia y promoción de la salud mental, prevención, y atención integral e integrada, que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

## 5. Recolección y procesamiento de datos

El proceso de recolección de datos producto de la notificación a SIVIGILA y el proceso de aseguramiento de la calidad de los datos se realiza de acuerdo con lo establecido en el Manual del Usuario Aplicativo Sistema SIVIGILA, que puede ser consultado en el portal web del INS: [http://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/1.%20Manual%20Sivigila%202018\\_2020.pdf](http://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/1.%20Manual%20Sivigila%202018_2020.pdf)

Los ajustes permitidos a los casos notificados son: ajuste D: “error de digitación”; ajuste 6: “descartado” cuando después de analizar el caso, se concluya que no cumple con la definición operativa de caso; y ajuste 7: “otro ajuste”, para actualizar los datos de cualquier variable de la ficha de notificación, excepto el tipo de evento, la UPGD, el número de identificación y la fecha de notificación.

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

Con base en la información obtenida de la notificación al Sivigila, se realizará la caracterización epidemiológica y tendencia del evento Intento de suicidio en términos de persona, tiempo, y lugar, con el uso de la estadística descriptiva, mediante el cálculo de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central, con frecuencia semestral y anual.



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.
Definición operacional	Numerador: número de casos nuevos confirmados notificados en el período. Denominador: Proyecciones de población DANE.
Coficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Sivigila Proyecciones de población 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	Proceso
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.
Coficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	Del total de UPGD caracterizadas en Sivigila, el _% UPGD notificó por lo menos un caso del evento.
Nivel	Nacional, departamental, municipal y por evento.

Hasta el año 2019 la semana epidemiológica del evento se calculó a partir de la “Fecha de la notificación”; con el fin de describir con mayor precisión la ocurrencia de los casos en la vigencia en curso, es necesario cambiar la validación del evento. A partir de 2020 el cálculo de la semana epidemiológica se hará a partir de la “Fecha de ocurrencia”. Es importante tener en cuenta esta modificación para el análisis de la información, especialmente cuando se compare con los datos de años anteriores.

## 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, se deben tomar acciones que garanticen el acceso oportuno a los servicios de salud mental.

### 7.1 Acciones a nivel individual

1. Promover acciones interinstitucionales entre las IPS, EAPB, Secretarías de Salud Municipales y Departamentales, y Redes de Urgencias que conduzcan al seguimiento y la intervención oportuna posterior la notificación del caso.
2. Solicitar información para el manejo de envenenamientos agudos y crónicos a la Línea nacional de toxicología del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Activar la Ruta Integral de Atención para personas con Riesgos en Salud Mental, Epilepsia y Consumo de Sustancias Psicoactivas.
4. Implementar las Guías de Práctica Clínica (GPC) según corresponda:

GPC para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida.

GPC para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos.

GPC para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.

GPC para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia.

GPC para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor (Demencia).

### 7.1 Acciones a nivel colectivo

Con el fin de lograr un abordaje integral del evento, se propone utilizar la información generada por vigilancia en salud pública como insumo para la toma de decisiones relacionadas con la salud mental a través de las siguientes acciones:

1. Analizar la información sobre el evento, identificar los comportamientos inusuales y la presencia de posibles conglomerados.

2. Comunicar los resultados del análisis del evento al programa que le compete la intervención de la situación detectada con el fin de:

- Fortalecer las capacidades de personas, familias y comunidades para la identificación oportuna y referenciación de casos, así como de los primeros auxilios psicológicos.
- Promover el involucramiento parental y las estrategias para la reducción de la violencia intrafamiliar y de género.
- 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 Instituto Nacional de Salud divulgará mediante boletines e informes epidemiológicos de evento los resultados de la vigilancia del Intento de suicidio en la página web institucional, garantizando la confidencialidad de la información.

Las entidades territoriales de salud también deberán divulgar el comportamiento del evento mediante boletines epidemiológicos e informes de evento a cargo del área de vigilancia en salud pública.

La información sobre ciertos tipos de intentos de suicidio puede ejercer una influencia sobre las conductas de las personas vulnerables y también 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.

## 7. Referencias Bibliograficas

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. [Internet]; Washington, D.C.: OPS, 2014. [Consultado 28 may 2019]. Disponible en [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/).

2. World Health Organization. Suicide data. [Consultado 30 may 2019]. Disponible en [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).
3. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, D.C.: OPS, 2014. p. 92. [Consultado 30 may 2019] Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
4. Murray, JL, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Global Health Metrics. Lancet* [Internet]. 2017; 390: 1151–1209. [Consultado 2 jun 2019] Disponible en <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2932152-9>
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Estadísticas Vitales: Cifras definitivas año 2017. [Internet]. Bogotá, D.C. Dirección de Censos y Demografía, DANE, 2018. [Consultado 2 jun 2019]. Disponible en <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2017.pdf>
6. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, INMLCF. Forensis 2018: datos para la vida. [Internet]. Bogotá, D.C. INMLCF., 2018. [Consultado 26 jun 2019]. Disponible en <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>
7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, INMLCF. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015. Violencia autoiniciada, desde un enfoque forense. [Internet]. Bogotá, D.C. INMLCF., 2016. [Consultado 5 jun 2019]. Disponible en <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>
8. 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.
9. Ministerio de la Protección Social-Colciencias. Encuesta Nacional de Salud mental, Colombia, 2015 Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud mental 2015, tomo I. Bogotá, 2015. [Consultado 28 may 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
10. Instituto Nacional de Salud. Informe evento Intento de suicidio 2018 [Internet]. Colombia, 2019. [Consultado 28 jun 2019]. Disponible en: [http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO\\_2018.pdf](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf)
11. Montalban, R. La conducta suicida. Madrid: Aran Ediciones; 1997.
12. Gvion, Y, Levi-Belz, Y. Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*. 2018; 9 (56): 1-17. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00056.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica GPC para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Guía completa 2017. Ministerio de Salud y Protección Social Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud: Bogotá, Colombia, 2017 [Consultado 28 jun 2019]. 482 p. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_CSuicida/gpc\\_plantilla\\_gpc\\_completa.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_CSuicida/gpc_plantilla_gpc_completa.aspx)
14. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [Internet]; Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2013. [Consultado 5 jun 2019]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa).
15. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Colombia, 2013. [Consultado 7 jun 2019]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1616\\_2013.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html)
16. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4886 de 2018. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. [Internet]. Colombia, 2018. [Consultado 7 jun 2019]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf)

## 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
02	2020	06	02	Actualizacion de protocolo	Yalena Mosquera Bahamón Profesional especializado

REVISÓ	APROBÓ
Diana Marcela Walteros Acero	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirectora 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

[https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/356\\_Intento\\_de\\_Suicidio\\_2019.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/356_Intento_de_Suicidio_2019.pdf)