



# Informe de evento Intento de suicidio

**Código 356**

**2021**

Grupo de enfermedades no transmisibles  
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública  
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

[notransmisibles@ins.gov.co](mailto:notransmisibles@ins.gov.co)



La salud  
es de todos

Minsalud

## Informe de evento Intento de suicidio

---

### Créditos

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ  
Directora General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO  
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

### Elaboró

YALENA MOSQUERA BAHAMON  
Grupo Enfermedades No Transmisibles

### Revisó

VIVIANA INES PANTOJA MUÑOZ  
Profesional  
GREACE ALEJANDRA AVILA MELLIZO  
Coordinadora  
Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades No Transmisibles  
MILENA BORBON RAMOS  
Coordinadora  
Grupo de Vigilancia y Control de Factores de Riesgo Ambiental

### Aprobó

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO  
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud Bogotá,  
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud.  
Informe de Evento Intento de suicidio. 2022.

## Informe de Intento de suicidio, Colombia, 2021

### 1. Introducción

---

El intento de suicidio es la conducta más próxima al suicidio; se caracteriza por ser autoinfligida, iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros (1). Es un predictor importante del suicidio consumado y de la ocurrencia de futuros intentos de suicidio (1, 2, 3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para 2019 una tasa global de suicidio ajustada por edad de 9,0 por 100.000 habitantes (12,6 en hombres y 5,4 en mujeres) (4). En el mismo año ésta fue la tercera causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años y la causa número 22 en la población general a nivel mundial (5). El suicidio representa el 1,3% de las muertes a nivel mundial (4).

En la región de las Américas, durante el período 2010-2014 se presentó una tasa de suicidio ajustada por edad de 9,3 por 100000 habitantes (14,9 en hombres y 4,0 en mujeres). Los hombres presentaron aumento en la tasa a partir de los 45 años, y es más alta a los 75 y más años; en mujeres las tasas más elevadas se presentaron entre los 45 y los 59 años. Las tasas de suicidio se mantuvieron estables en la región en este periodo (6); sin embargo, en comparación con las regiones a nivel global, es la única que presenta tendencia al incremento (4).

Estudios longitudinales evidencian que el 40 % de las personas que intentan suicidarse ha tenido intentos previos. El riesgo suicida aumenta entre 20 y 30 veces durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento (7, 8).

El intento de suicidio representa una 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 (1).

En el marco del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020-2030 (9), los estados miembros se comprometieron a desarrollar acciones para reducir la tasa de suicidio en un tercio a 2030 en estos países, así como reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental (10). En consecuencia, con base en la Ley 1616 de 2013 (Art.35) (11), y considerando que el intento de suicidio y su desenlace fatal son prevenibles (1, 2), en Colombia se vigila como

Evento de Interés en Salud Pública (EISP) a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila desde 2016. Adicionalmente, la Política Nacional de Salud Mental, adoptada por la Resolución 4886 de 2018 (12), estableció como meta disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas a 4,7 por 100.000 habitantes en 2021.

A nivel mundial se estima 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 (13). La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 reporta que el 37,6 % de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado y en adultos, un tercio de los que piensan suicidarse, han tenido planes suicidas y lo han intentado (14). En general, los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres (15).

Las situaciones desencadenadas a partir de la pandemia por COVID-19 como la pérdida de seres queridos (16), la pérdida del empleo y la disminución de ingresos (17) podrían estar relacionadas con el aumento de trastornos de ansiedad y depresión en la población general, la exacerbación de síntomas en quienes ya tenían un trastorno mental (19) y con esto, un posible aumento de los casos de suicidio y las autolesiones (20, 21). Los efectos en la salud mental por COVID-19 se proyectan para varios años (17, 20).

En Colombia las muertes por suicidio en 2020 (2 748) (22) disminuyeron con respecto al año anterior (2 927) (23); sin embargo, el reporte preliminar de 2021 registra un aumento del 7,8% en las muertes por esta causa (2 962) (24) con respecto a 2020 y del 1,2 % con respecto a 2019.

El intento de suicidio ha presentado tendencia al incremento en la tasa de incidencia por año desde el inicio de su vigilancia en 2016 hasta 2019. En 2020, primer año de pandemia por COVID-19, de las semanas uno a la doce presentó tendencia ascendente al igual que en años anteriores, pero en la semana 13 presentó el menor número de casos desde el inicio de la vigilancia (326 casos) y a partir de allí, un comportamiento diferente a los años anteriores (25). La tendencia en la ocurrencia por sexo (femenino) y mecanismo (intoxicación) alrededor del 65,0 %, por área (cabecera municipal alrededor del 8,0 %), principal factor desencadenante (conflicto con pareja-expareja cerca del 35,0 % de los casos), y entidades territoriales con mayores tasas de incidencia (eje cafetero, Tolima, Putumayo, Vaupés y Amazonas) se mantiene de 2018 a 2020 (25, 26, 27).

La vigilancia del intento de suicidio es un elemento central para la prevención del suicidio (28). Permite generar información útil para la formulación de estrategias

nacionales para abordar la salud mental con enfoque multisectorial e integral. El propósito de este documento es describir el comportamiento del intento de suicidio en relación con sus características sociodemográficas, factores de riesgo, mecanismos y reincidencia en Colombia y su relación con COVID-19 durante 2021.

## 2. Materiales y Métodos

---

Se realizó un análisis descriptivo de corte transversal de los casos de intento de suicidio, notificados por 37 entidades territoriales al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) durante el 2021. Los casos son confirmados por clínica y se notifican en ficha individual de datos básicos y complementarios con el código 356.

La depuración de los datos se realizó teniendo en cuenta los criterios de duplicidad, eliminando los registros repetidos que presentaban igual código de prestador de servicios, nombre, documento de identificación y fecha de ocurrencia del evento, y de integridad, eliminando los registros que presentaron campos vacíos en las variables de obligatorio diligenciamiento de la ficha de datos complementarios. También se excluyeron del análisis los casos notificados con ajuste 6 y D; es decir, los descartados por no cumplir la definición de caso o por errores de digitación.

El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva de variables en términos de tiempo, persona y lugar utilizando medidas de frecuencia, proporciones, de tendencia central y dispersión en variables sociodemográficas incluyendo grupos poblacionales, factores de riesgo, factores desencadenantes, mecanismos y repetición del intento de suicidio. Una persona puede presentar más de un intento de suicidio en el mismo año; por lo tanto, el total se refiere al número casos de intento de suicidios y no al número personas. Se realizó el cálculo de tasas de incidencia por 100 000 habitantes por sexo y grupos de edad, y por entidad territorial de procedencia en los últimos 4 años.

Se comparó la tendencia del año en estudio con respecto a los años anteriores en la tasa de incidencia y se realizó el análisis de comportamientos inusuales del año 2021, utilizando como base el método analítico usado en el Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), con el cual se comparó estadísticamente el número de casos reportado en el año con el promedio histórico de los cuatro años anteriores; para esto se calculó el error estándar, límite superior e inferior para la razón observada. De esta manera, se identificaron los valores que se encuentran dentro, por encima, o por debajo de los límites, considerando inusual las dos últimas situaciones. Se describieron los casos de intento de suicidio que también tuvieron

diagnóstico de COVID-19 en el año, con ocurrencia del intento en la fecha de consulta por COVID-19 y posterior a la misma, usando medidas de frecuencia y proporciones.

Los datos fueron procesados en hojas de cálculo de Microsoft Excel ®. La información se presenta en tablas y figuras.

### **Consideraciones éticas**

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

## **3. Resultados**

---

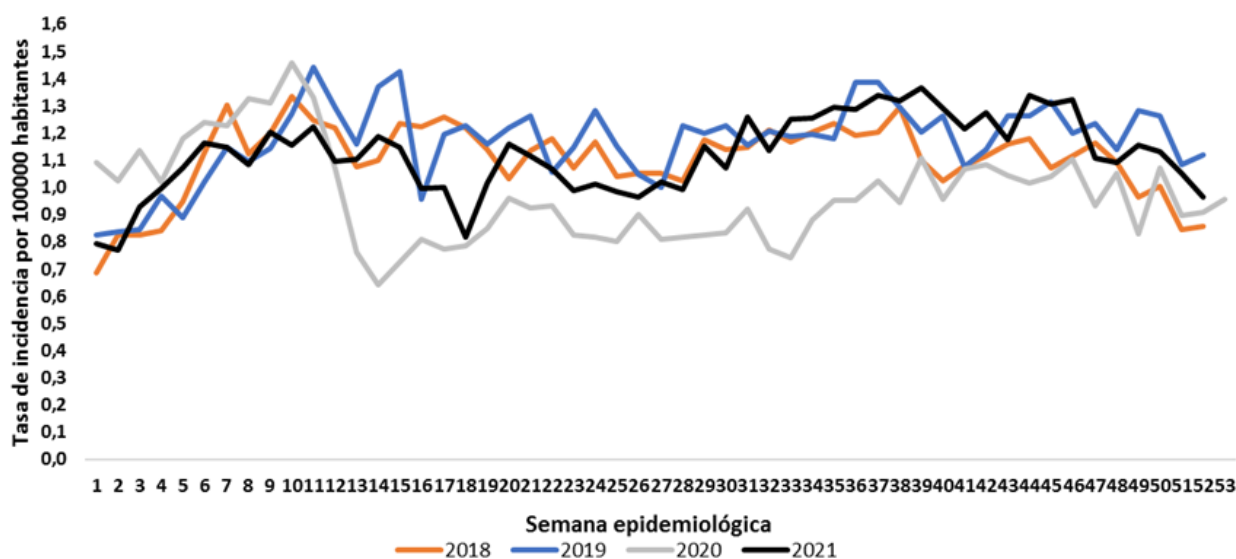
En 2021 se notificaron 32 443 casos de intento de suicidio al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), de los cuales fueron excluidos 1 583 por duplicidad, 840 por ajustes 6 y D, y 48 por corresponder a otros años epidemiológicos. De esta forma se obtuvo en total 29 792 casos.

La tasa de intento de suicidio por 100 000 habitantes en 2021 (58,4) es similar a la observada en 2018 (57,4) y 2019 (61,0), años en los que la incidencia tendía al aumento. Según el sexo, la tasa es superior en mujeres en todos los años de vigilancia del evento, incluido 2020; sin embargo, por sexo y grupo de edad se observan algunas diferencias. En 2021 en el grupo de 10 a 14 años la tasa de incidencia fue cinco veces mayor en mujeres (149,1 vs. 27,4) mientras que en 2019 y 2020 fue cuatro veces mayor. En los grupos de edad siguientes la diferencia en la tasa de incidencia entre mujeres y hombres empieza a disminuir, y de los 50 años en adelante, la tasa empieza a ser mayor en hombres a medida que aumenta la edad, de manera que a los 65 y más años la tasa es más de dos veces superior hombres de 2019 a 2021 (Anexo 1).

Durante el 2021 la tasa de incidencia por 100 000 habitantes por semana epidemiológica inicia con tendencia ascendente en las primeras semanas del año; de las semanas 1 a la 14, la tasa ascendió gradualmente de 0,8 a 1,2 por semana, y después de la mitad del año se mantuvo la estabilidad por algunas semanas; entre

las semanas 34 y 46 permaneció entre 1,2 y 1,4. El comportamiento descrito en sus aumentos y disminuciones en las diferentes períodos de tiempo en el año, se observa similar a lo largo de los años 2018 y 2019, e incluso en 2020 hasta la semana 12 (Figura 1).

Figura 1. Comportamiento de la tasa de incidencia de intento de suicidio por semana epidemiológica, Colombia, 2018 a 2021



Fuentes: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021  
Proyecciones de población DANE 2018-2070.

En 2021 se notificaron en promedio 573 casos por semana, similar a lo observado en 2018 y 2019 (540 y 579 casos respectivamente), pero con una dispersión menor. Se presentó un decremento en la notificación de casos del 4,0 % con respecto a 2019, año con mayor notificación en la historia de la vigilancia del evento y aumentó el 3,0 % con respecto a 2018 (Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los casos notificados de intento de suicidio, Colombia, 2018 a 2021

	2018	2019	2020	2021
Casos notificados	28615	30709	26202	29792
Promedio de casos por semana	539,9	579,4	494,4	572,9
Mediana	567	605	475	586,0
Moda	607	636	522	548,0
Desviación estándar	101,1	108,0	88,4	72,5
Mínimo	342	416	326	392
Máximo	666	726	742	698

La tasa de incidencia nacional en 2021 fue de 58,4 por 100 000, inferior a la observada en 2018 y 2019. Las entidades territoriales Risaralda, Caldas, Quindío, Vaupés, Tolima, Putumayo, Amazonas, Nariño, Huila, Antioquia, Casanare, Meta, Guaviare, Boyacá, Caquetá, y Norte de Santander presentaron tasas de incidencia

superiores a la tasa nacional. Por su parte, Amazonas, Bolívar, Bogotá, Buenaventura, Santander, y Norte de Santander, presentaron en 2021 la tasa más alta de los últimos cuatro años en su territorio (ver Tabla 2).

En 2021 se identificaron comportamientos inusuales de incremento en la notificación de casos en Bogotá, Casanare, y Santander, y decremento en Arauca, Cauca, y Vichada. Las demás entidades tuvieron un comportamiento dentro de lo esperado con respecto al comportamiento histórico.

Tabla 2. Tasa de incidencia de intento de suicidio por entidad territorial, Colombia, 2018 a 2021\*

Entidad territorial	2018		2019		2020		2021		Tendencia
	Casos	Tasa de incidencia	Casos	Tasa de incidencia	Casos	Tasa de incidencia	Casos	Tasa de incidencia	
Amazonas	57	74,4	63	81	61	77,2	63	78,3	
Antioquia	5009	78,2	5163	78,8	4283	64,1	4482	66,1	
Arauca	199	75,9	204	72,8	193	65,6	158	52,4	
Atlántico	831	32,8	812	58,2	608	42	700	47,5	
Barranquilla	730	60,5	913	73,4	712	55,9	783	60,4	
Bogotá, D.C.	2312	31,2	2218	29,2	3019	39	4565	58,3	
Bolívar	469	22,7	399	35,4	414	35,9	458	39,2	
Boyacá	695	57,1	817	66,4	713	57,4	785	62,7	
Buenaventura	31	10,1	56	18,1	45	14,4	66	21,1	
Caldas	1007	100,9	1132	112,3	1003	98,5	1063	103,5	
Caquetá	284	70,7	272	67	200	48,7	257	62,0	
Cartagena	571	58,7	532	53	415	40,3	437	41,9	
Casanare	267	63,5	284	66,3	269	61,8	290	66,0	
Cauca	883	60,3	871	58,9	747	50,1	656	43,6	
Cesar	622	51,8	624	49,8	542	41,8	510	38,6	
Chocó	113	21,1	114	21,1	80	14,7	77	14,0	
Córdoba	843	47,2	932	51,5	708	38,7	935	50,7	
Cundinamarca	1839	63,0	1956	63,4	1513	46,7	1662	49,3	
Guainía	16	33,3	24	48,5	18	35,5	23	44,7	
Guajira	219	24,9	282	30,4	233	24,1	224	22,7	
Guaviare	46	55,6	54	63,7	41	47,3	56	63,3	
Huila	969	88,1	952	85,6	750	66,8	786	69,4	
Magdalena	330	24,6	349	40,2	292	32,9	308	34,1	
Meta	646	62,1	722	68,6	608	57,2	701	65,4	
Nariño	1241	76,1	1369	84	1041	64	1267	77,9	
Norte de Santander	892	59,8	914	58,4	752	46,4	1000	60,9	
Putumayo	326	93,6	371	104,9	326	90,8	308	84,6	
Quindío	570	105,6	629	114,8	480	86,4	565	100,5	
Risaralda	793	84,1	1249	131,1	927	96,5	1008	104,1	
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	13	21,2	16	25,6	9	14,1	8	12,4	
Santander	1087	49,8	1146	51,2	1090	47,8	1302	56,5	
Santa Marta D.E.	221	44,3	243	46,6	195	36,2	238	43,5	
Sucre	426	47,1	408	43,9	370	39	434	45,1	
Tolima	1033	77,7	1441	107,9	1134	84,6	1146	85,3	
Valle del Cauca	2867	59,3	3043	67,5	2329	51,4	2394	56,4	
Vaupés	100	245,1	56	131,1	42	93,9	44	94,0	
Vichada	19	17,6	23	20,8	23	20,4	14	12,2	
Departamento desc	3	NA	0	NA	0	NA	0	NA	NA
Exterior	36	NA	56	NA	17	NA	19	NA	NA
<b>Colombia</b>	<b>28615</b>	<b>59,3</b>	<b>30709</b>	<b>62,2</b>	<b>26202</b>	<b>52,0</b>	<b>29792</b>	<b>58,4</b>	

\*Tasa de incidencia por 100 000 habitantes

Fuentes: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2021  
Proyecciones de población DANE 2018-2050.

La caracterización sociodemográfica de los casos evidencia que la proporción por sexo y área de procedencia se mantiene en 2021 superior en mujeres (64,3 %) y en



cabecera municipal (82,9 %) como también ocurrió de 2018 a 2020. Por pertenencia étnica, el grupo con mayor proporción de casos fue el afrocolombiano (2,3 %), seguido por el indígena (1,8 %) (Anexo 2). El 60,7 % de los casos en población afrocolombiana ocurrieron en Cartagena, Nariño, Buenaventura, y Cali (202, 112, 57 y 48 casos respectivamente), mientras que el 45,5 % de los casos notificados en población indígena ocurrieron en Cauca, Nariño y Vaupés (126, 74 y 40 casos respectivamente).

De acuerdo con la caracterización de los grupos poblacionales, la mayor proporción de casos ocurrió en el grupo centros psiquiátricos de 2018 a 2021, siendo proporcionalmente mayor en 2020 y 2021 (3,1 % y 2,8 % respectivamente). Los casos en migrantes aumentaron en 2021 con respecto a los años anteriores (454 equivalente a 1,5 % del total de casos), en los que no se había superado el 1,4 %. Los casos en población privada de la libertad (330) se redujeron en 33,7 % con respecto a 2020 y en 38,0 % con respecto a 2019. Los grupos poblacionales gestantes, en desplazamiento, población infantil a cargo de ICBF, víctima de violencia, en situación de discapacidad, habitante de calle, desmovilizados, y madres comunitarias representan menos del 1,0 % del total de casos cada uno de 2018 a 2021 (Anexo 2).

Según el tipo de afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud (RGSSS) la diferencia en la proporción de casos entre los regímenes subsidiado y contributivo fue hasta del 10,0 %, siendo mayor en el subsidiado desde 2018 hasta 2020; en 2021 la diferencia se redujo al 1,0 % de los casos (Anexo 2).

El factor de riesgo presente en la mayoría de los casos de intento de suicidio es el antecedente de trastorno psiquiátrico (38,0 %), que incluye el trastorno depresivo en mayor proporción (86 % de los 11 309 casos con trastorno). La ideación suicida persistente es el segundo factor (33,5 %) en 2021; sin embargo, de 2018 a 2020 fue el principal factor de riesgo con un porcentaje promedio de 31,6 %, mientras que para el antecedente de trastorno psiquiátrico fue de 26,5 % (Tabla 3).

El conflicto con la pareja o expareja es el principal factor desencadenante del intento de suicidio (30,5 %) y lo ha sido desde 2018 a 2020 con porcentaje promedio de 38,3 %. Los problemas familiares por su parte, factor incluido en la ficha de notificación en 2020, se comporta de manera similar al primer factor en 2021 (30,0 %). Los problemas económicos, ubicados en segundo lugar de 2018 a 2020, pasan al tercer lugar en proporción en 2021 con el 9,7 % de los casos (Tabla 3).

Es importante señalar que cada caso notificado puede tener más de un factor de riesgo o desencadenante.

Tabla 3. Factores de riesgo y factores desencadenantes del intento de suicidio, Colombia, 2021

Factores de riesgo			Factores desencadenantes		
	Casos	%		Casos	%
Antecedente de trastorno psiquiátrico	11309	38,0	Conflicto con pareja o expareja	9089	30,5
Trastorno depresivo	9768	32,8	Problemas familiares	8933	30,0
Trastorno de personalidad	1132	3,8	Problemas económicos	3429	11,5
Trastorno bipolar	1005	3,4	Maltrato físico psicológico o sexual	1968	6,6
Esquizofrenia	623	2,1	Escolar/Educativa	1945	6,5
Ideación suicida persistente	9978	33,5	Muerte de un familiar o amigo	1603	5,4
Consumo de SPA	3826	12,8	Problemas laborales	1366	4,6
Plan organizado de suicidio	3778	12,7	Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante	1206	4,0
Abuso de alcohol	2387	8,0	Problemas jurídicos	475	1,6
Antecedente de violencia o abuso	1470	4,9	Suicidio de un familiar o amigo	316	1,1
Antecedente familiar de conducta suicida	1369	4,6			

Los mecanismos más usados en el intento de suicidio en ambos sexos fueron la intoxicación y el arma cortopunzante (88,9 %), con predominio en mujeres de ambos métodos (59,8 %); sin embargo, la intoxicación es usada más de dos veces por mujeres y el arma cortopunzante 1,5 veces más por este sexo. El ahorcamiento es el tercer mecanismo más usado (7,6 %); sin embargo, predomina su uso en hombres (4,5 %), así como el lanzamiento a cuerpos de agua (0,5 %) y el uso del arma de fuego (0,5 %); este último en todos los grupos de edad (excepto de 5 a 9 años) y 5 veces más frecuente en hombres (Tabla 4).

Tabla 4. Mecanismo utilizado en el intento de suicidio según sexo, Colombia, 2021

Mecanismo	Femenino	Proporción (%)	Masculino	Proporción (%)	Total	Proporción (%)
Intoxicaciones	14032	47,1	6096	20,5	20128	67,6
Arma corto punzante	3795	12,7	2554	8,6	6349	21,3
Ahorcamiento	933	3,1	1336	4,5	2269	7,6
Lanzamiento al vacío	740	2,5	639	2,1	1379	4,6
Lanzamiento a vehículo	202	0,7	211	0,7	413	1,4
Lanzamiento a cuerpos de agua	65	0,2	158	0,5	223	0,7
Arma de fuego	34	0,1	158	0,5	192	0,6
Inmolación	48	0,2	42	0,1	90	0,3

Es importante señalar que el total de casos notificados en 2021 es 29 792; sin embargo, en cada caso notificado es posible encontrar el uso de uno o más mecanismos. Una combinación frecuente es el uso de la intoxicación y el corte en un mismo intento, presente en 472 casos (1,6 % del total), de los cuales 332 (70,3 %) ocurrieron en mujeres.

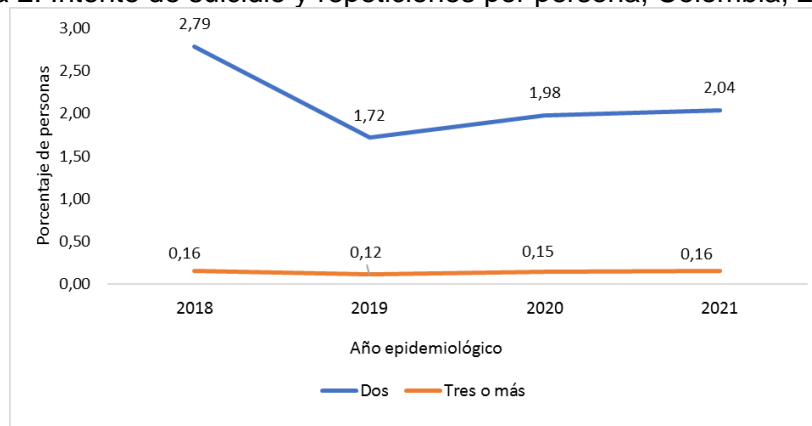
La tendencia en el uso de la intoxicación como mecanismo principal de intento de suicidio se mantiene a lo largo de la vigilancia del evento; la proporción promedio de uso es de 65,9 % entre 2018 y 2021.

Las sustancias implicadas con mayor frecuencia en el total de los casos de intoxicación (n=20 128) como mecanismo de intento de suicidio son los medicamentos (71,0 %; n=14 287), principalmente usados por mujeres (54,0 %; n=

10 864), y los plaguicidas en ambos sexos (18,6 %; n= 3 748), usados en igual proporción por cada uno (9,3 %).

Los 29 792 casos de intento de suicidio notificados corresponden a 28 458 personas, de las cuales el 2,2 % (640) presentó dos o más intentos en el mismo año. La cantidad de repeticiones más frecuente es de dos intentos de una misma persona; esto es el 2,0 % (n= 593) de las personas con intentos repetidos, mientras que el 0,16% (n= 47) presentó tres o más intentos en 2021. En años anteriores la repetición se presentó en proporciones similares; aunque con ascenso desde 2019 para cualquier número de repeticiones por persona (Figura 2).

Figura 2. Intento de suicidio y repeticiones por persona, Colombia, 2018 a 2021



De los casos que no presentaron repetición en 2021 (28 458), el 39 % (11 108) registró intentos previos en algún momento de su vida. El 20 % de las 1 334 repeticiones de intento de suicidio en el mismo año, ocurrieron en Antioquia (255 casos, de éstos 143 en Medellín) y Bogotá (151), mientras que, de los 11 108 casos sin repeticiones en el mismo año, el 18,1 % de los casos ocurridos en Bogotá (2011) y el 15,7 % de los ocurridos en Antioquia (1748) reporta intentos previos alguna vez en la vida. El 63,5 % de las repeticiones (847) en el mismo año ocurrió en el sexo femenino, principalmente de 10 a 19 años (35,9 %; n= 480). El 61,7 % (n= 18 380), de los casos notificados en 2021 fueron hospitalizados, la mayoría perteneciente al grupo de 15 a 19 años (n= 5 025; 27,3 %) y de 20 a 24 años (n= 3 663; 19,9 %).

#### *Intento de suicidio y pandemia por COVID-19*

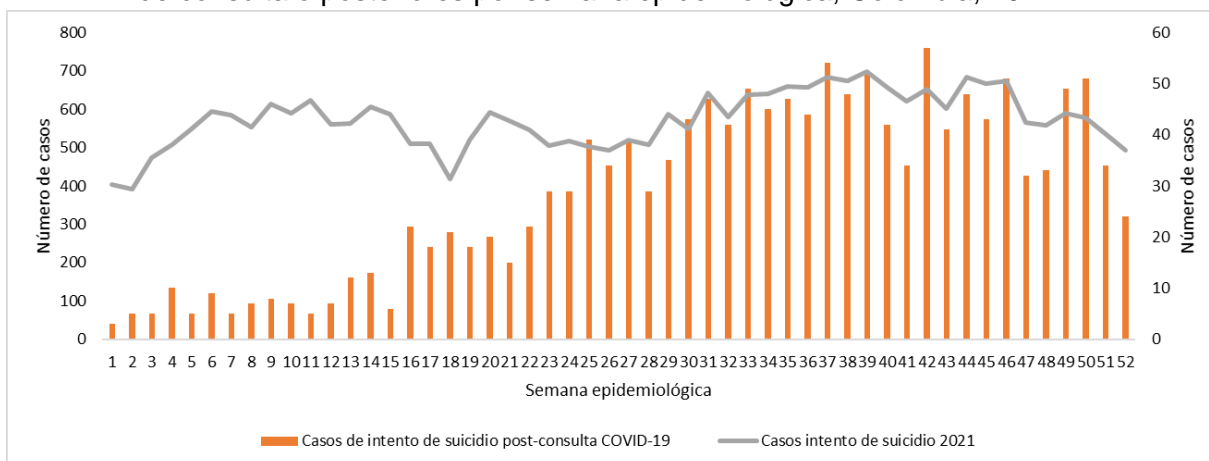
En 2021 un total de 2 410 casos consultaron al servicio de salud y obtuvieron resultado positivo para COVID-19 y en alguna fecha del mismo año presentaron intento de suicidio. En el 61,7 % (n= 1487) de los casos, el intento de suicidio se presentó después de la fecha de consulta o en la misma fecha.

Los casos de intento de suicidio ocurridos en la misma fecha o después de la fecha de consulta (n= 1487), corresponden en su mayoría a mujeres (n= 1 005; 67,6 %), la edad oscila entre 8 y 87 años con mayor proporción de 15 a 29 años (n= 880; 59,2 %). El 47,3 % de los casos procede de las entidades territoriales de Bogotá (n=447; 30,1 %) y Antioquia (n= 256; 17,2 %) que concentra el 56,6 % en su capital (n= 145).

La presencia de antecedente psiquiátrico es un factor de riesgo en el 50,3 % de los casos (748) y la depresión en trastorno de mayor proporción (45,4 %). El conflicto con la pareja o expareja está presente en el 24,6 % de los casos (366) seguido por los problemas económicos en el 11,8 %. (176 casos). La intoxicación es el mecanismo de intento de suicidio de mayor uso (n= 1 051; 70,7 %) y la sustancia más implicada son los medicamentos (n= 885; 84,4 %).

Los casos de intento de suicidio positivos para COVID-19 ocurridos en la fecha de consulta o posterior a la misma conforman el 5,0 % del total de casos notificados por intento de suicidio en 2021, y presentan tendencia al aumento después de la semana 16 de 2021, con un máximo de casos en las semanas 37, 39, 42, 46, y 50 (de 51 a 57 casos) (Figura 3).

Figura 3. Casos de intento de suicidio positivos para COVID-19 concomitantes a la fecha de consulta o posteriores por semana epidemiológica, Colombia, 2021



## 4. Discusión

El comportamiento de la notificación del intento de suicidio observado en Colombia en 2018, 2019, y 2021, caracterizado por presentar un pico epidemiológico al final del periodo III, la disminución al inicio, la mitad y el final de cada año, y el aumento

sostenido aproximadamente de las semanas 35 a 50, podría relacionarse con los períodos de evaluaciones y vacaciones del calendario académico, si se tiene en cuenta que alrededor de la tercera parte de los casos está conformada por población adolescente y joven (entre 10 y 19 años), que probablemente está escolarizada en el año de ocurrencia del evento.

Es importante anotar que incluso en el primer año de pandemia por COVID-19 (2020) la tendencia de los casos notificados a lo largo del año fue similar a los años anteriores hasta el final del período epidemiológico III (25). Adicionalmente, la estadística descriptiva de los casos notificados de 2018 a 2021 sugiere mayor estabilidad y madurez en la vigilancia del evento, lo cual podría relacionarse con mayor adherencia al protocolo y en particular a la definición de caso, situaciones fortalecidas por medio de las asistencias técnicas territoriales.

La tasa de incidencia de intento de suicidio por 100 000 habitantes por grupos de edad y sexo de 2018 a 2021, a pesar de las variaciones que presenta cada año, mantiene el máximo valor en mujeres de 15 a 19 años y en hombres de 15 a 24 años, como se presenta en reportes epidemiológicos internacionales similares (15). En 2021 el aumento de la tasa de incidencia en mujeres de 10 a 14 años es cinco veces mayor que la de los hombres de la misma edad a diferencia de los años 2019 y 2020, en los cuales fue cuatro veces mayor; esta situación coincide con lo descrito en literatura sobre el aumento intentos de suicidio observado en mujeres y jóvenes durante y después de la pandemia por COVID-19 (20, 29, 30).

Un patrón consistente a través de los años de vigilancia de este evento es que la tasa de incidencia disminuye a medida que aumenta la edad después de los 19 años, y empieza a ser mayor en hombres desde los 50 años en adelante y de los 5 a los 9 años (25, 26, 27).

La ocurrencia del evento en el territorio nacional entre 2018 y 2021 muestra de manera consistente mayores tasas de incidencia en departamentos que comparten características geográficas, culturales, y económicas ligadas a la producción del café (Risaralda, Caldas, Quindío y Tolima) y algunos departamentos de la región amazónica (Putumayo, Amazonas y Vaupés) fronterizos, selváticos que tienen una composición importante de población indígena.

Aunque el distrito de Bogotá y la entidad territorial de Bolívar no presentan una tasa de incidencia superior a la nacional en los años analizados, sí reportan aumento sostenido de casos desde 2019; éstos se duplicaron en Bogotá en 2021 con respecto a 2019 y durante 2020 (primer año de pandemia por COVID-19) fueron las únicas entidades territoriales con aumento de casos. En lo referente a Bogotá, el comportamiento observado del evento podría relacionarse con el impacto social y

económico que la pandemia ha tenido sobre la capital, situación que se preveía en ciudades con mayor población donde el contagio también fue mayor (31).

La diferencia cada vez menor en la ocurrencia de intentos de suicidio por régimen de afiliación a la seguridad social (subsidiado y contributivo) sugiere una afectación similar en la salud mental sin importar el nivel socioeconómico de la población, efecto esperado durante y después de la pandemia por COVID-19 (21, 29). Este efecto también se evidencia en la ubicación del factor de riesgo *antecedente psiquiátrico* a como el de mayor proporción en 2021 (38,8 %) luego de permanecer en segundo lugar en años anteriores (25, 26, 27), y la presencia de la depresión como el mayor trastorno (18).

Entre las situaciones individuales relevantes presentes en la ocurrencia de un intento de suicidio, está el antecedente de un trastorno psiquiátrico, principalmente la depresión, en dos tercios de los casos. Adicionalmente, a lo largo de los años de vigilancia del evento, los problemas en las relaciones familiares y de pareja permanecen como las principales situaciones que motivan la ocurrencia del hecho (25, 26, 27). En este sentido, el intento de suicidio se presenta como una manifestación o respuesta a situaciones conflictivas que confluyen en el individuo y en su relación con quienes le rodean.

La intoxicación por medicamentos y plaguicidas son el mecanismo y las sustancias más usados en el intento de suicidio por hombres y mujeres, seguidos por el corte con arma cortopunzante, a través de los años de vigilancia del evento, situación común en el intento de suicidio (15). Estos mecanismos más usados son de fácil acceso (1). Varias de las intervenciones exitosas a nivel mundial prueban que la restricción a los medios es una de las acciones efectivas para la reducción de los intentos de suicidio y su desenlace fatal (32) y se plantea en la estrategia LIVE LIFE como uno de los pilares fundamentales para la reducción del suicidio (2).

La repetición del intento de suicidio en el mismo año, aunque es más baja que la reportada en otros países (ej. 15 % en Irlanda) (15) va en aumento desde 2019 (1,9 % a 2,2 % en 2021). Estas repeticiones ocurren más en las ciudades que aportan más casos notificados y tienen mayor población proyectada (Antioquia y Bogotá). Por otra parte, la repetición en algún momento de la vida es proporcionalmente mayor en 2021 (39,0 %); la precisión en la cantidad de repeticiones es un dato para mejorar en la entrevista al paciente y/o en la notificación, está sujeto al reporte que el paciente o su acompañante pueda proporcionar durante la atención en la cual se capta el caso.

Aunque Bogotá y Antioquia son las entidades territoriales en las que se notificaron más casos de COVID-19 en 2021 (31) y de intento de suicidio en fechas posteriores a la consulta por COVID-19 o el mismo día; esto no representa necesariamente una relación causal. Características como la ocurrencia por sexo, edad y mecanismo son similares al comportamiento general del evento en 2021; sin embargo, algunas diferencias con el total de casos son: mayor presencia del antecedente psiquiátrico como factor de riesgo (50,3 %), los problemas económicos son el segundo factor desencadenante (11,8 %.), y los medicamentos fueron la sustancia usada en un porcentaje de casos muy superior (84,4 %).

El Plan de acción en salud mental 2013-2030 (9, 10) y la Política Nacional de Salud Mental (12) establecieron metas que apuntan a la reducción del suicidio; sin embargo, tanto la literatura a nivel mundial como el análisis de la información de la vigilancia del evento intento de suicidio en 2021 Colombia sugieren considerar el impacto en la salud mental que la pandemia por COVID-19 pueda tener en el mediano y largo plazo en la población (21, 29) para efectos del cumplimiento de estas metas a nivel global y nacional.

## 5. Conclusiones

---

La notificación de casos de intento de suicidio entre 2018 y 2021 evidencia algunos patrones de manera independiente al volumen de casos notificados cada año; estos son: la presencia de un pico epidemiológicos al final del período III, descenso en el número de casos al inicio, mitad y final del año, la tasa de incidencia por edad y sexo es más alta en mujeres de 10 a 14 años y en hombres de 15 a 24 años, la tasa descende a medida que aumenta la edad a partir de los 19 años en ambos sexos, y de los 50 años en adelante es ligeramente superior en hombres, al igual que de los 5 a los 9 años.

Las tasas de incidencia más altas de intento de suicidio de 2018 a 2021 se concentran en las entidades territoriales que conforman el eje cafetero (Risaralda, Caldas, Quindío), Tolima, Huila, Vaupés, Putumayo, Amazonas, Nariño, y Casanare.

Las repeticiones del intento de suicidio en el mismo año (2 o más veces) tienden a aumentar desde 2019 y ocurren en ciudades con mayor población; por lo cual se deben promover acciones individuales y colectivas integrales y de calidad para garantizar su abordaje y la prevención de nuevos intentos de suicidio o el desenlace fatal.

La notificación del intento de suicidio en 2021 ha retomado niveles similares a los observados en 2018 y 2019, años prepandémicos y de mayor notificación en la historia de la vigilancia del evento.

Están claramente identificados los mecanismos más utilizados en el intento de suicidio (intoxicación y corte) a lo largo de la vigilancia del evento; coincide con lo observado a nivel mundial y hay suficiente evidencia de que la implementación de medidas como la restricción a los medios contribuye a reducir la presentación de estos casos. Es importante que en el país se aborde decididamente este aspecto teniendo como marco la política de salud mental, lo cual ya está planteado en la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida

La vigilancia del intento de suicidio como Evento de Interés en Salud pública (EISP) es una estrategia que genera información útil y oportuna de manera permanente en todo el territorio nacional. El monitoreo de comportamiento de este evento permite identificar elementos clave para la prevención y atención de casos nuevos, repeticiones, y desenlaces fatales. De esta manera se contribuye a la toma de decisiones y al logro de la meta nacional y global para la reducción de muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas.

## 6. Recomendaciones

---

El Sistema nacional de vigilancia genera información oportuna de manera permanente; en el caso del evento intento de suicidio es importante que la información generada por las entidades territoriales fluya hacia los espacios en los cuales es posible decidir sobre acciones individuales y colectivas pertinentes y efectivas para la prevención de las repeticiones del intento de suicidio o el desenlace fatal, incluyendo además del sector salud a otros sectores, y facilitar que estas acciones tengan en cuenta las particularidades de cada entidad o región.

Es necesario continuar el mejoramiento de la calidad del dato en cada una de las fases del proceso de notificación; esto es, con la adecuada exploración de la información cuando se capta el caso, principalmente la fecha de ocurrencia caracterización del grupo poblacional, factores de riesgo, factores desencadenantes, mecanismo de intento y en el ingreso de la información al Sivigila. La fecha de ocurrencia en particular es una variable clave que permite determinar si existe repetición de un caso.



La implementación de análisis geoespaciales de manera regular y sistemática contribuye a la identificación de aumentos en la notificación de los casos de intento de suicidio en áreas y tiempos particulares, información que puede facilitar el direccionamiento y la focalización de acciones que pueden ser más efectivas para promoción y el mantenimiento de la salud mental de las comunidades.

El monitoreo de los cambios en la notificación del evento es pertinente en un momento en el cual se evidencian los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población, haciendo uso de diferentes herramientas y metodologías disponibles, y realizando la respectiva transferencia en asistencia técnica en cada entidad territorial a cada uno de los niveles por los cuales fluye la información resultante del Sistema nacional de vigilancia.

La notificación oportuna de los casos y la calidad del dato en su notificación, así como la articulación permanente entre las acciones de vigilancia en la salud pública del evento y las del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) pueden contribuir a optimizar el seguimiento y la atención oportuna e integral a los casos de intento de suicidio por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), máxime cuando los efectos en salud mental por COVID-19 se proyectan para varios años.

## 7. Referencias

---

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. [Internet]; Washington, D.C.: OPS, 2014. [Citado 2022 may 2]. 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 (2021). LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: 2021 [Citado 2022 jun 1] Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
3. 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 [Citado 2022 mayo 6]. 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)
4. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Geneva: 2021. [Internet] [Citado 2022 may 20] Licence: CC BY-

- NC-SA 3.0 IGO. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
5. Murray, JL, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* [Internet]. 2020 oct 17; 396: 1204–1222. CC BY 4.0 license [Citado 2022 may 10] doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
  6. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional 2010-2014 Washington, D.C.: OPS, 2021. [Citado 2022 abr 30] Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275323304>.
  7. Joyce M, Daly C, McTernan N, Griffin E, Nicholson S, Arensman E, et. al.. National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2019. Cork: National Suicide Research Foundation. 2020 [citado 2021 my. 6]. Disponible en: <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/nshri-2019.pdf>
  8. Peterson C, Xu L, Leemis RW, Stone DM. Repeat Self-Inflicted Injury Among U.S. Youth in a Large Medical Claims Database. *Am J Prev Med*. 2019 mzo.; 56(3): 411–419. doi:10.1016/j.amepre.2018.09.009
  9. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [Internet]; Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2013. [Citado 2022 jun 2]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)
  10. Organización Mundial de la Salud. Actualización de Apéndices 1 y 2. Plan de acción integral de la OMS sobre salud mental 2013-2020-2030. [Internet] [citado 2022 jun. 3] Disponible en [https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/documento-para-el-proceso-de-consulta-plan-de-acci%C3%B3n-integral-de-la-oms-sobre-salud-mental--2013-2020-2030.pdf?sfvrsn=5a7a18da\\_7](https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/documento-para-el-proceso-de-consulta-plan-de-acci%C3%B3n-integral-de-la-oms-sobre-salud-mental--2013-2020-2030.pdf?sfvrsn=5a7a18da_7)
  11. 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. [Citado 2022 jun 1]. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1616\\_2013.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html)
  12. 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. [Citado 2022 jun 1]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>
  13. 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. doi: 10.1521/suli.2005.35.3.239











































14. Ministerio de la Protección Social-Colciencias. Encuesta Nacional de Salud mental: tomo I. [Internet] Bogotá, 2015. [Citado 2022 may 26]. 348 p. Disponible en: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomol.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf)
15. Joyce, M., Daly, C., McTernan, N., Griffin, E., Nicholson, S., Arensman, E., Williamson, E., Corcoran, P. National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2019. Cork: National Suicide Research Foundation. 2020. [Citado 2022 may 19]. Disponible en: <https://www.nsrfl.ie/wp-content/uploads/2021/04/NSRF-National-Self-Harm-Registry-Ireland-annual-report-2019-Final-for-website.pdf>
16. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2020 oct.; 113(10): 707–712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
17. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry*. 2020 my. 01; 7(5): 389-390. doi:10.1016/S2215-0366(20)30141-3
18. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et. al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020; 87: 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>.
19. World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. 2022. [Citado 2022 mayo 12]. [Internet]. Disponible en <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
20. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, et al. Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12–25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic — United States, January 2019–May 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:888–894. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7024e1>
21. John A, Okolie C, Eyles E, et. al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: a living systematic review [version 1; peer review: 1 approved, 2 approved with reservations] *F1000 Research* 2020; 9:1097. <https://doi.org/10.12688/f1000research.25522.1>
22. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Estadísticas Vitales: Cifras definitivas año 2020. [Internet]. Bogotá, D.C. Dirección de Censos y Demografía, DANE, 2022. [Citado 2022 mayo 15]. Disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2020>
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Estadísticas Vitales: Cifras definitivas año 2019. [Internet]. Bogotá, D.C. Dirección de Censos y Demografía, DANE, 2022. [Citado 2022 mayo 15]. Disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2019>

[tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2019](#)

24. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Estadísticas Vitales: Defunciones no Fetales 2021 preliminar. [Internet]. Bogotá, D.C. Dirección de Censos y Demografía, DANE, 2022. [Citado 2022 mayo 15]. Disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2021>
25. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Intento de suicidio 2020. [Internet] 2020. [Citado 2022 mayo 10]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUCIDIO\\_2020.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUCIDIO_2020.pdf)
26. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Intento de suicidio 2019. [Internet] 2019. [Citado 2022 mayo 10]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO\\_2019.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2019.pdf)
27. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Intento de suicidio. [Internet] 2018. [Citado 2022 mayo 10]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO\\_2018.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf)
28. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. [Internet]; Washington, D.C.: OPS, 2014. [Citado 2021 jul 1]. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
29. Dubé, J.P., Smith, M.M., Sherry, S.B., Hewitt, P.L., Sherry H. St. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Research*, 2021; 301. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998>.
30. Cousien A, Acquaviva E, Kernéis S, Yazdanpanah Y, Delorme R. Temporal Trends in Suicide Attempts Among Children in the Decade Before and During the COVID-19 Pandemic in Paris, France. *JAMA Netw Open*. 2021;4(10):e2128611. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.28611
31. Instituto Nacional de Salud. Reporte COVID-19. Casos COVID-19. Colombia, 2020-222. [Internet] 2022. [Citado 2022 jun 10]. Disponible en: <http://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx?cod=130>
32. World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations. Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. 2019. Licence: CCBY-NC-SA 3.0 IGO

## 8. Anexos

Anexo 1. Tasa de incidencia de intento de suicidio por sexo y grupos de edad, Colombia, 2018 a 2021\*

Grupo de edad		2018		2019		2020		2021		Tendencia
		Casos n=28615	Incidencia	Casos n=30709	Incidencia	Casos n=26202	Incidencia	Casos n=29792	Incidencia	
5-9 años	Total	164	4,3	251	5,9	180	4,9	125	3,2	
	Hombre	77	3,9	135	6,2	114	5,2	70	3,5	
	Mujer	87	4,6	116	5,5	66	3,1	55	2,8	
10-14 años	Total	3800	96,3	3996	94,0	2638	80,8	3456	87,0	
	Masculino	648	32,1	782	36,0	546	25,1	556	27,4	
	Mujer	3152	163,2	3214	154,6	2092	100,6	2900	149,1	
15-19 años	Total	8372	202,2	8727	204,6	7217	176,7	8278	201,8	
	Hombre	2463	117,0	2687	123,4	2274	104,6	2311	110,8	
	Mujer	5909	290,3	6040	289,4	4943	237,5	5967	295,9	
20-24 años	Total	5318	126,3	5825	135,9	5269	115,9	5952	138,0	
	Hombre	2215	104,6	2360	107,9	2237	102,7	2319	106,7	
	Mujer	3103	148,3	3465	165,0	3032	144,6	3633	169,8	
25-29 años	Total	3555	89,6	3735	89,3	3462	75,3	3752	87,5	
	Hombre	1560	79,2	1629	76,3	1508	70,1	1624	76,1	
	Mujer	1995	99,9	2106	102,8	1954	94,6	2128	98,8	
30-34 años	Total	2279	62,6	2467	64,5	2269	53,6	2470	62,5	
	Hombre	1002	56,1	1069	55,6	970	49,3	1077	55,3	
	Mujer	1277	68,8	1398	73,6	1299	67,4	1393	69,4	
35-39 años	Total	1656	48,5	1764	51,5	1552	43,4	1806	49,3	
	Hombre	689	41,7	750	44,9	663	38,9	769	43,1	
	Mujer	967	54,9	1014	57,8	889	49,9	1037	55,2	
40-44 años	Total	1059	35,2	1203	38,8	1097	32,3	1239	37,3	
	Masculino	478	33,4	490	32,7	477	31,2	543	34,0	
	Mujer	581	36,9	713	44,6	620	38,1	696	40,3	
45-49 años	Total	782	27,4	921	32,6	724	27,7	804	27,3	
	Hombre	353	26,3	442	32,7	307	22,6	331	23,8	
	Mujer	429	28,4	479	32,5	417	28,3	473	30,5	
50-54 años	Total	573	20,7	619	21,9	581	17,9	614	21,6	
	Hombre	269	20,8	309	23,1	276	20,6	297	22,3	
	Mujer	304	20,6	310	20,9	305	20,5	317	20,9	
55-59 años	Total	401	16,4	435	17,1	410	13,6	446	16,8	
	Hombre	241	21,3	247	20,6	218	17,8	238	19,4	
	Femenino	160	12,2	188	14,0	192	14,0	208	14,6	
60-64 años	Total	261	13,3	293	14,4	307	11,3	291	13,1	
	Masculino	149	16,4	183	19,3	166	16,9	157	15,4	
	Mujer	112	10,5	110	10,1	141	12,5	134	11,1	
65 y más años	Total	395	9,3	473	11,4	496	9,3	559	11,5	
	Hombre	285	14,9	306	16,6	326	17,1	356	16,4	
	Mujer	110	4,7	167	7,2	170	7,0	203	7,5	
Población total	Total	28615	59,3	30709	61,0	26202	51,5	29792	58,4	
	Hombre	10429	44,2	11422	45,8	10082	40,1	10648	42,7	
	Mujer	18186	73,7	19287	75,8	16120	62,5	19144	73,2	

\*Tasa de incidencia por 100 000 habitantes

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2021  
Proyecciones de población DANE 2018-2050

## Anexo 2. Características sociodemográficas de los casos notificados de intento de suicidio por, Colombia, 2018 a 2021

Variable	Categoría	2018		2019		2020		2021		Tendencia
		Casos n=28615	Proporción (%)	Casos n=30709	Proporción (%)	Casos n=26202	Proporción (%)	Casos n=29792	Proporción (%)	
Sexo	Mujer	18150	63,4	19320	62,9	16120	61,5	19144	64,3	
	Hombre	10465	36,6	11389	37,1	10082	38,5	10648	35,7	
Área de Procedencia	Cabecera Municipal	23045	80,5	24762	80,6	21235	81,0	24686	82,9	
	Centro Poblado	1990	7	2304	7,5	1866	7,1	2004	6,7	
	Rural Disperso	3580	12,5	3643	11,9	3101	11,8	3102	10,4	
Pertenencia Étnica	Indígena	597	2,1	633	2,1	541	2,06	527	1,77	
	ROM (gitano)	106	0,4	74	0,2	56	0,21	50	0,17	
	Raizal	49	0,2	46	0,1	40	0,15	30	0,10	
	Palanquero	8	0	6	0	9	0,03	3	0,01	
	Afrocolombiano	995	3,5	933	3	690	2,63	690	2,32	
	Otros	26860	93,9	29017	94,5	24866	94,90	28492	95,64	
Grupos poblacionales	Centros psiquiátricos	487	1,70	692	2,30	814	3,11	835	2,80	
	Carcelarios	286	1,00	533	1,70	498	1,90	330	1,11	
	Migrantes	346	1,20	305	1,00	376	1,44	454	1,52	
	Gestantes	227	0,80	285	0,90	202	0,77	202	0,68	
	Desplazados	154	0,50	239	0,80	137	0,52	102	0,34	
	Población infantil a cargo de ICBF	102	0,40	194	0,60	146	0,56	124	0,42	
	Víctima de violencia	132	0,50	129	0,40	77	0,29	72	0,24	
	Discapacitados	92	0,30	103	0,30	95	0,36	81	0,27	
	Habitante de calle	65	0,20	90	0,30	81	0,31	73	0,25	
	Desmovilizados	8	0,00	12	0,00	8	0,03	3	0,01	
	Madres comunitarias	5	0,00	4	0,00	7	0,03	4	0,01	
	Otros grupos poblacionales	26977	94,30	28923	94,20	24487	93,45	28136	94,44	
	Tipo afiliación RGSSS	Contributivo	11070	38,69	12864	41,89	10528	40,18	13456	
Especial		796	2,78	50	0,16	415	1,58	19	0,06	
Indeterminado		311	1,09	267	0,87	439	1,68	307	1,03	
No afiliado		1863	6,51	957	3,12	1423	5,43	1137	3,82	
Excepción		446	1,56	775	2,52	569	2,17	1168	3,92	
Subsidiado		14129	49,38	15796	51,44	12828	48,96	13705	46,00	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2021