

Informe de evento Código 356 – Intento de suicidio, 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinador

Yenny Zulima Vásquez Alejo

Subdirector

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Elaborado por:

Yalena Mosquera

Grupo Enfermedades No
Transmisibles, Subdirección de
Prevención, Vigilancia y Control en
Salud Pública

Revisado por:

Adriana Díaz Bello

Grupo de Gestión para la vigilancia
en salud pública, Subdirección de
Prevención, Vigilancia y Control en
Salud Pública

Dirección de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

Aprobado por:

Hernán Quijada Bonilla

Director de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica: SI ____ NO ☒

El documento requirió revisión por una instancia externa asesora: SI ____ NO ☒ ¿Cuál?

© 1 de julio de 2026. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

Página - 1 - de 30

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Contenido

1. Introducción.....	4
2. Métodos.....	6
2.1. Plan de análisis.	6
2.2. Consideraciones éticas.	7
3. Resultados.....	8
4. Discusión.....	18
5. Conclusiones.....	21
6. Recomendaciones.....	22
7. Referencias.....	23
8. Anexos.....	27

Listado de tablas

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los casos notificados de intento de suicidio, Colombia, 2020 a 2024	8
Tabla 2. Factores de riesgo del intento de suicidio, Colombia, 2021 a 2025.....	13
Tabla 3. Factores desencadenantes del intento de suicidio, Colombia, 2021 a 2025.....	14
Tabla 4. Asociación entre grupo de edad y factor desencadenante predominante del intento de suicidio. Colombia, 2025.....	15
Tabla 5. Proporción de uso de mecanismo utilizado en el intento de suicidio, Colombia, 2021 a 2025.....	16
Tabla 6. Mecanismo utilizado en el intento de suicidio según sexo, Colombia, 2025.....	16
Tabla 7. Casos de intento de suicidio ocurridos por día de la semana según grupo de edad, Colombia, 2025.....	17

Listado de figuras

Figura 1. Comportamiento de la tasa de incidencia de intento de suicidio por semana epidemiológica, Colombia, 2021 a 2025.....	9
Figura 2. Tendencia en la notificación de casos de intento de suicidio e incidencia general, Colombia, 2016 a 2025.....	10
Figura 3. Incidencia general de intento de suicidio, Colombia, 2025.....	11
Figura 4. Proporción de personas con más de un intento de suicidio al año, Colombia, 2021 a 2025.....	17

Listado de anexos

Anexo 1. Tasa de incidencia de intento de suicidio por entidad territorial de ocurrencia, Colombia, 2021 a 2025.....	27
Anexo 2. Tasa de incidencia de intento de suicidio por sexo y grupos de edad, Colombia, 2021 a 2025.	29
Anexo 3. Características sociodemográficas de los casos notificados de intento de suicidio por, Colombia, 2021 a 2025.....	29
Anexo 4. Distribución porcentual de factores desencadenantes de intento de suicidio según grupo de edad, Colombia, 2025.....	31

Informe de evento Código 356 – Intento de suicidio, 2025.

1. Introducción.

El suicidio es un desenlace fatal y evitable, para el cual se ha establecido una meta a nivel global: reducir en 1/3 la mortalidad por esta causa para 2030 (1). La medición global más reciente sobre el suicidio presenta una tasa cruda de mortalidad de 9,2 por 100 000; es decir, un estimado de 727 000 personas fallecidas en el año (2), lo que equivale aproximadamente a 83 personas cada día.

El avance hacia el logro de meta global varía entre las regiones OMS. Entre 2000 y 2021, mientras que las regiones Europea, el Pacífico Occidental, y el Sureste de Asia redujeron su tasa de 21,5 a 12,4, de 14,7 a 9,5, y de 12,7 a 10,1 respectivamente, la región de las Américas tuvo un aumento aproximado del 30 % (de 7,6 a 9,9), así como la región Africana pasó de 6,9 a 7,3. La región Mediterránea Oriental presenta la tasa más baja de todas las regiones en 2021 (3,6) (2).

Al interior de las Américas, la tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad (por 100 000 habitantes) ha incrementado principalmente en cuatro regiones de 1990 a 2021; en la región andina de 4,3 a 4,8 con un aumento del 13,4 %, en Centroamérica pasó de 4,7 a 6,5, (aumentó 38,9 %), en la región tropical de 6,4 a 7,0 (aumentó 9,5 %), y en Norteamérica de ingresos altos de 11,9 a 12,8 con (aumentó 7,3 %) (3).

El sexo y la edad son características diferenciales en el suicidio. En 2021 la tasa cruda global en hombres fue más del doble que la observada en mujeres (12,4 vs. 5,9 por 100 000), y las razones más altas hombre-mujer se presentaron en las Regiones Europea (3.4) y de las Américas (3.7), mientras que la más baja se encontró en la región Sureste de Asia (1.4) (2).

Por otra parte, a nivel global entre 1990 y 2021 se presentaron cambios en la media de edad de muerte por suicidio; esta pasó de 43 a 47 años en hombres, y de 41,9 a 46,9 años en mujeres (3). Adicionalmente, entre 2000 y 2019 las autolesiones como causa de mortalidad tuvieron un leve cambio, representando una mejoría de 0,01 años de esperanza de vida al nacer en el grupo de 5 a 19 años, 0,02 años de los 20 a los 29 años, y 0,04 de 30 a 69 años (2).

En Colombia, la tasa de suicidio pasó de 4,8 en 2010 a 5,9 por 100 000 habitantes en 2019; en ese último año fue más de 4 veces mayor en hombres (9,7 vs. 2,3) (4), diferencia que se ha mantenido en los años siguientes. De 2020 a 2023 la tasa se ha mantenido alrededor de 6,0, siendo 2020 el año de menor tasa (5,8). En ese periodo, el 47% de los casos se agrupó entre los 15 y los 34 años, y los departamentos con mayor tendencia al incremento fueron Vaupés y Caquetá (5).

En 2024 se registraron 3 066 suicidios; esto es una disminución de 7,1 % con respecto al año anterior (3 301) (6), y un aumento de 4,7 % con respecto a 2019 (2 927) (7). el 80,3% de los casos ocurrió en hombres (2 461), el 49,4 % entre los 15 y los 44 años, y el 31,4 % en Antioquia y Bogotá (6). La asfixia se identifica como el principal mecanismo causal del suicidio (70,6%), seguido por la intoxicación (12,84%) y el arma de fuego y (8,23%). Las razones más frecuentemente atribuidas al hecho son la enfermedad mental (34,50 %), el conflicto con la pareja o expareja (15,50 %), el desamor (14,57 %), y

Página 4 de 30

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

las de tipo económico (13,21 %). Predomina su ocurrencia en la cabecera municipal (74,27 %) y los días domingo (18,02 %) y lunes (15,93 %) (8).

El intento de suicidio se considera la conducta más próxima al suicidio, así como uno de los principales factores de riesgo para el suicidio (9); se define como una conducta potencialmente lesiva, autoinfligida y sin resultado fatal, en la que existe evidencia implícita o explícita de la intención de provocar la propia muerte. La vigilancia en salud pública de este evento inició en Colombia en 2016 en el marco de la Ley 1616 de 2013 como una estrategia para conocer su comportamiento y generar información que guiara la formulación e implementación de políticas en salud mental. (10).

Se han estimado prevalencias de intento de suicidio entre el 7,4 % y el 17,0 % en adolescentes entre 12 y 15 años en países de ingresos medios y bajos (11), y entre el 3,0 % y el 5,0 % en población mayor de 18 y más años en países europeos (12, 13). La población adolescente y joven principalmente mujeres, son los grupos de mayor riesgo, y los mecanismos más usados son la intoxicación y el corte (11, 14, 15). En el grupo de 5 a 9 años se ha identificado más casos en el sexo masculino (16).

La repetición del intento de suicidio aumenta el riesgo de ocurrencia del suicidio (9). Se calcula que una de cada cinco personas que presenta intento de suicidio con ingreso hospitalario podría repetirlo (17). Se han identificado como factores de riesgo de repetición del intento de suicidio la presencia de algún trastorno mental, ser de sexo femenino y el uso del corte como mecanismo (17, 18), el abuso del alcohol, las drogas, y la presencia de trauma (19).

Mientras que la repetición con supervivencia puede estar entre el 15,01 % y el 24,20 % cuando ocurre a los 6 meses o a los 3 años respectivamente, la tasa de repetición con desenlace fatal puede oscilar entre el 0,77 % y el 2,46 % considerando los mismos períodos de tiempo (20). Por otra parte, la mayor repetición en población adolescente y joven suele darse dentro del primer año (15, 21).

De acuerdo con el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA de Colombia, entre 2021 y 2024 el intento de suicidio ha presentado una tendencia creciente, con un máximo de incidencia en 2023 (78,3 por 100 000 habitantes; 40 850 casos). En este período, la mayor diferencia en la tasa de incidencia se presentó en el grupo de 10 a 14 años, la cual es cuatro veces mayor en mujeres (desde 200 por 100 000 mujeres y 40 por 100 000 hombres desde 2022). Esta diferencia se reduce a casi 2 veces en el grupo de 15 a 19 años; sin embargo, en este último grupo se presentaron las incidencias más altas para ambos sexos (desde 400 por 100 000 mujeres y desde 140 en hombres en 2022 y 2023 (22).

Las entidades territoriales (ET) de Vaupés, Risaralda, Caldas, y Amazonas han presentado las tasas de intento de suicidio más altas desde 2022. Estas cifras han oscilado entre 89,62 por 100 000 habitantes (Amazonas) en 2022 y 237,3 por 100 000 (Vaupés) en 2023 (22).

Predomina el uso del mecanismo de intoxicación (por encima del 60,0 %) y su ocurrencia en cabeceras municipales (superior al 80,0 %) en los últimos 4 años. Los problemas familiares y el conflicto con pareja o expareja están presentes como factor desencadenante en más del 60 % de los casos, y el antecedente de trastorno psiquiátrico en casi la mitad de los casos. La repetición del intento de suicidio en el mismo año supera el 2,0 % desde 2021 (22).

La vigilancia epidemiológica del intento de suicidio pretende contribuir al fortalecimiento de los sistemas de información en los términos de la Ley 1616 de 2013 (23), propiciando la generación, apropiación y uso del conocimiento para la toma de decisiones orientada y articulada de los gobiernos, las organizaciones, y la sociedad civil a nivel regional y nacional sobre esta conducta suicida. Contar con un panorama de este evento de manera permanente, basado en información útil, facilita el planteamiento de estrategias para la prevención del suicidio, con una perspectiva más adaptada al contexto regional y nacional.

El objetivo de este documento es describir el comportamiento del intento de suicidio en Colombia para el año 2025 en relación con sus características sociodemográficas, factores de riesgo, desencadenantes, mecanismos, ocurrencia en el tiempo y reincidencia.

2. Métodos.

Se realizó un análisis descriptivo de corte transversal de los casos de intento de suicidio reportados en Colombia durante 2025. La población correspondió a los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, los cuales son confirmados por clínica de acuerdo con la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia del evento e incluye todos los casos de personas de 5 años en adelante.

La consistencia interna de los datos recolectados a través del SIVIGILA se evaluó para asegurar la fiabilidad y coherencia de la información. Este proceso se realizó mediante: 1) la revisión de las validaciones de las variables contenidas en la ficha de notificación (datos básicos y complementarios), verificando que las fechas de ocurrencia fueran anteriores a la fecha de consulta y que los valores de edad estuvieran dentro del rango permitido; 2) la verificación de casos repetidos mediante el algoritmo específico del evento para detectar y eliminar registros repetidos que presentaban igual nombre, apellidos, documento de identificación, fecha de nacimiento y fecha de ocurrencia del evento; y 3) la verificación de integridad, eliminando los registros con 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.

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.

Dentro de las limitaciones se puede establecer que, al tratarse de un estudio descriptivo, se impide establecer relaciones de causalidad, limitándose a identificar asociaciones entre variables; al carecer de grupos de comparación se limita la capacidad de evaluar diferencias entre subgrupos de la población. Así mismo, las variables “pertenencia étnica”, “identidad de género” y “orientación sexual”, pueden estar sujetas a sesgos dado que corresponde a variables de autorreconocimiento.

2.1. Plan de análisis.

Las variables en estudio se clasificaron según su naturaleza y nivel de medición y se realizó la recodificación de la variable cuantitativa “edad” en una variable cualitativa ordinal denominada “grupo

de edad". Se incluyó el análisis de las siguientes variables: 1) Cuantitativas de razón discretas: edad, número de intentos previos. 2) Cualitativas: a) Nominales: dicotómica: intentos previos; politómicas: sexo, área, tipo de régimen en salud, pertenencia étnica, grupo poblacional, departamento de procedencia, municipio de procedencia, factores desencadenantes, factores de riesgo y mecanismo. b) Ordinales: grupo de edad.

El plan de análisis incluyó el análisis univariado, en el cual se calcularon frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables mencionadas anteriormente. 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 cinco años con base en las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) 2020-2050 con actualización post COVID-19 para 2021 a 2024 y proyecciones de población y estudios demográficos (PPED) nacional por área geográfica según sexo y edades simples, periodo 2018-2070, y municipal por área geográfica según sexo y edades simples, periodo 2018-2042, para el año 2025. Las tasas para población por pertenencia étnica se calcularon con base en las proyecciones por pertenencia étnico-racial 2018-2035 del DANE.

Se realizó un análisis bivariado entre grupo de edad y factor desencadenante del intento de suicidio. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes por grupo de edad para identificar el factor predominante y posteriormente se realizó un análisis de asociación específica mediante tablas 2x2, comparando cada grupo de edad frente al resto de grupos para el factor desencadenante predominante. La asociación estadística se estimó mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson (χ^2), considerando significancia estadística con valores de $p < 0,05$.

Para el análisis de comportamientos inusuales se empleó 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 cinco 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.

Los datos se presentan en figuras y tablas. No se encontraron datos atípicos.

2.2. Consideraciones éticas.

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública (EISP), 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 Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - 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 2025 se notificaron 43 382 casos de intento de suicidio al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), de los cuales fueron excluidos 3 570 por ser casos repetidos, 478 descartados por las entidades territoriales con ajuste D por error de digitación y 146 descartados con ajuste 6 y 19 excluidos por falta de información parcial o total en los datos complementarios. De esta forma se obtuvo en total 39 139 casos para el análisis de este informe.

De los 39 139 casos notificados, 39 106 corresponden a casos ocurridos en Colombia; por tanto, la información sobre el indicador de incidencia nacional y por ET excluye 33 casos ocurridos en el exterior (23 Venezuela, 8 Brasil, 1 Argentina, 1 Aruba). Los demás análisis se realizaron teniendo en cuenta el total de casos notificados (39 139).

En 2025 se presentó un incremento del 1,0 % en los casos notificados con respecto a 2024; sin embargo, se observó una disminución del 4,4% con respecto al 2023. En comparación con los años previos, se registró un aumento del 24,1 % con respecto a 2021 y del 4,6 % respecto a 2022. En promedio, se notificaron 739 casos por semana epidemiológica (SE), con una variación menor que la observada en 2022 y 2023, siendo importante señalar que 2025 tuvo 53 SE. El número mínimo de casos (605) fue notificado en la SE 3, mientras que el máximo (945) se registró en la SE 37, al igual que en 2024 (Tabla 1).

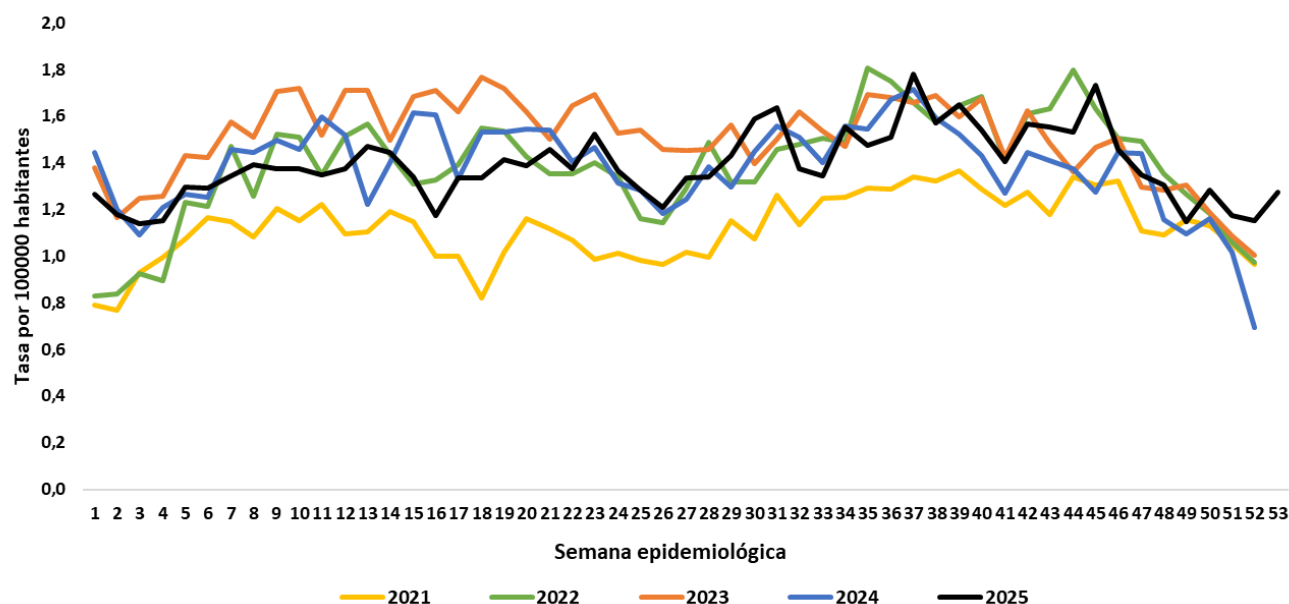
Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los casos notificados por intento de suicidio, Colombia, 2021 a 2025

	2021	2022	2023	2024	2025
Total de casos	29792	37359	40850	38769	39139
Promedio de casos por semana	575	718	786	746	740
Mediana	586	751	802	768	731
Moda	548	672	897	678	731
Desviación estándar	72,5	112,0	93,1	81,7	79,7
Mínimo	392	459	523	583	605
Máximo	698	939	921	909	945

Fuente: Elaboración propia a partir de los casos notificados al Sivigila 2021 a 2025.

La tasa de incidencia por SE varió entre 1,1 y 1,8 casos por 100 000 habitantes. Las tasas más bajas se presentan al inicio, a la mitad y al final del año; estas oscilan entre 1,1 y 1,3 (SE 1-7, 25-28, y 47-53), mientras que entre las SE 19-24, 29-32, y 34-46 se presentaron de manera consistente las mayores incidencias (entre 1,4 y 1,8). La incidencia promedio durante el año fue de 1,4 casos de intento de suicidio notificados por 100 000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Comportamiento de la tasa de incidencia de intento de suicidio por semana epidemiológica, Colombia, 2021 a 2025

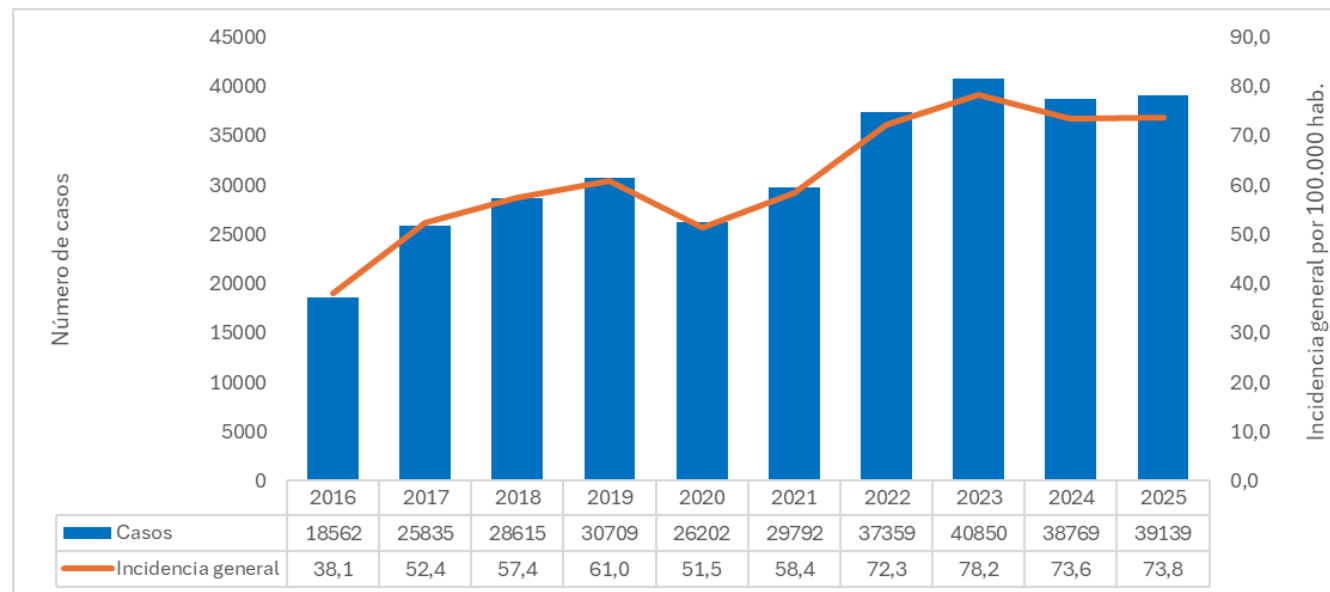


Fuente: Elaboración propia a partir de casos notificados a Sivigila 2021 a 2025. Proyecciones de población y estudios demográficos (PPED). Proyecciones de población por área geográfica nacional según sexo y edades simples, periodo 2018-2070. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

El patrón observado en la notificación por SE deja de presentar esa regularidad en hombres y mujeres después de los 30 años, y es aún más irregular después de los 60 años, así como en el grupo de 5 a 9 años.

La evolución de la notificación del intento de suicidio en Colombia durante 2016 a 2025 muestra una tendencia general al incremento tanto en el número de casos como en la incidencia general por cada 100.000 habitantes, aunque con fluctuaciones interanuales y una estabilización relativa en los dos últimos años analizados. En 2020 se registra una disminución importante (26 202 casos; incidencia de 51,5), posiblemente relacionada con cambios en la notificación o en las dinámicas sociales durante ese periodo de pandemia. Sin embargo, a partir de 2021 se retoma una tendencia ascendente marcada, alcanzando un pico en 2023 con 40 850 casos y una incidencia de 78,2, el valor más alto del periodo analizado. A nivel nacional el indicador presentó un aumento importante entre 2021 y 2023, pasando de 58,25 a 78,13 por cada 100.000 habitantes. Posteriormente, en 2024 se observó una reducción moderada y para 2025 el comportamiento se mantiene estable, con una leve variación ascendente frente al año inmediatamente anterior, presentando una meseta epidemiológica en niveles superiores a los observados antes de 2022 (Figura 2)

Figura 2. Tendencia en la notificación de casos de intento de suicidio e incidencia general, Colombia, 2016 a 2025



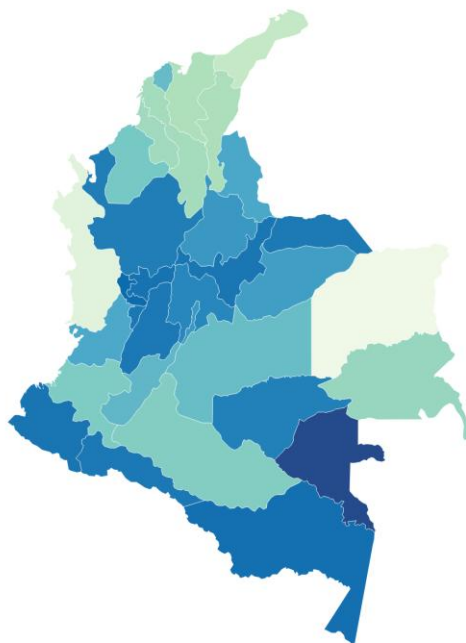
Fuente: Elaboración propia a partir de casos notificados a Sivigila 2021 a 2025. Proyecciones de población por área geográfica nacional según sexo y edades simples según actualizaciones DANE

Con respecto al análisis territorial, el evento presenta una marcada heterogeneidad geográfica con concentración en determinados departamentos y distritos, con persistencia en ET que mantienen tasas superiores al promedio nacional y otras con comportamiento históricamente bajos. Para 2025, las mayores tasas se registraron en Vaupés (271,85), Risaralda (139,85), Amazonas (119,92), Cali (108,21), Nariño (98,39), Meta (92,52), Quindío (88,01), Putumayo (83,69), Guaviare (81,47) y Bogotá D.C. (74,83), todas por encima al promedio nacional (73,77). Entre estas entidades, Vaupés presentó el comportamiento más elevado de todo el país y el mayor incremento del periodo analizado, pasando de 99,15 en 2021 a 271,85 en 2025.

La distribución espacial del intento de suicidio para 2025 presenta una concentración de incidencias elevadas principalmente en departamentos del sur, suroccidente, eje cafetero y la región amazónica, mientras que los menores valores se observan en algunos territorios del Caribe y la Orinoquía. El patrón geográfico muestra un corredor de alta incidencia que incluye departamentos como Vaupés, Amazonas, Putumayo, Nariño, Meta y territorios del eje cafetero, particularmente Risaralda y Quindío, configurando áreas con persistencia histórica del evento y niveles superiores al promedio nacional (Figura 3).

Figura 3. Incidencia general de intento de suicidio, Colombia, 2025

21.51 271.85



Created with Datawrapper

Fuente: Elaboración propia a partir de casos notificados a Sivigila 2025 y Proyecciones de población y estudios demográficos (PPED) nacional por área geográfica según sexo y edades simples, periodo 2018-2070. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Risaralda mostró tasas persistentemente elevadas durante todo el periodo, pasando de 104,10 en 2021 a 139,85 en 2025, consolidándose como uno de los territorios con mayor carga del evento. De forma similar, Cali presentó una tendencia ascendente sostenida, pasando de 103,34 en 2021 a 108,21 en 2025, con valores superiores al promedio nacional durante todos los años. Otros territorios que presentaron incrementos progresivos importantes y que se encuentran por encima del valor nacional son: Meta (53,84 en 2021 a 92,52 en 2025), Nariño (75,47 a 98,39), Casanare (64,15 a 73,55) y Guaviare (61,06 a 81,47).

En contraste, varias ET mantuvieron tasas inferiores al promedio nacional durante todo el periodo de análisis. Entre ellas se encuentran Bolívar, Cesar, Magdalena, Atlántico, Córdoba y Cauca. Particularmente, La Guajira presentó el comportamiento más bajo y estable del periodo, con tasas entre 22,56 y 36,66. Algunas entidades territoriales presentaron variaciones importantes entre años, como Guaviare que pasó en 2022 de 41,22 a 99,37 en 2023; San Andrés presentó amplias variaciones durante el periodo con aumento desde 12,87 en 2021 hasta 59,44 en 2024 y reducción a 52,02 en 2025.

Entre los distritos, Cali presentó la mayor carga y tendencia creciente durante toda la serie. Cartagena mostró incremento progresivo desde 42,34 en 2021 hasta 61,20 en 2025; Barranquilla mantuvo crecimiento sostenido; mientras que Buenaventura registró comportamiento fluctuante con descenso importante en 2025 (26,20) respecto al pico observado en 2023 (39,58).

En conjunto, el análisis territorial muestra concentración del evento en departamentos amazónicos, del eje cafetero y algunos territorios urbanos, con persistencia de altas tasas en Vaupés, Risaralda y Cali, así como incrementos sostenidos en Meta, Nariño y Guaviare durante el periodo analizado (Anexo 1).

Al finalizar 2025 presentaron comportamiento inusual de incremento las ET Arauca y Casanare; en el resto de ET no se observaron cambios en su comportamiento con respecto a su comportamiento histórico.

El comportamiento del intento de suicidio por sexo y edad evidencia patrones en los años 2021 a 2025. La tasa de incidencia total por sexo es siempre superior en mujeres. La diferencia máxima en la incidencia entre hombres y mujeres de 10 a 14 años se reduce progresivamente hasta los 49 años. De los 50 años en adelante hasta 2024 y en 2025 desde los 55, con menor diferencia empieza a ser mayor en los hombres, llegando a ser el doble en el grupo de 65 y más años; en el grupo de 5 a 9 años también es superior en hombres.

Entre 2021 y 2024 la mayor diferencia en la tasa de incidencia se registró en el grupo de 10 a 14 años, siendo cuatro veces mayor en mujeres, y en el grupo de 15 a 19 años fue casi dos veces mayor; en 2025 esta diferencia disminuyó a 3,8 en el primer grupo, y 1,5 en el segundo. El grupo de 15 a 19 años ha presentado en los últimos 5 años la incidencia más alta en ambos sexos, ha variado desde 296,8 hasta 413,8 en mujeres y desde 110,9 hasta 153,7 en hombres con los valores más bajos en 2021 y los más altos en 2023 (Anexo 2).

La tasa de incidencia más alta de los últimos cinco años se encuentra en 2025 en hombres de 5 a 9 años, de 25 a 54 años, y de 65 y más, y en mujeres de 5 a 9, de 30 a 39, de 45 a 54 años, y de 60 en adelante. En casi todos los grupos de edad, excepto en mujeres de 5 a 9 y de 65 y más años, la incidencia más baja se ha registrado en 2021. (Anexo 2).

El comportamiento de las variables sociales y demográficas es similar al observado en años anteriores; la proporción por sexo y área de procedencia en 2025 fue superior en mujeres (63,2 %) y en cabecera municipal (84,4 %). Según pertenencia étnica, el grupo con mayor proporción de casos fue el afrocolombiano (2,7 %), seguido por el indígena (2,5 %) (Anexo 3). El 51,0 % de los intentos de suicidio en población afrocolombiana ocurrieron en Barranquilla, Nariño, Cali, y Cartagena (168, 153, 131, y 110 casos respectivamente), mientras que esa misma proporción de los casos notificados en población indígena ocurrieron en Cauca, Nariño, La Guajira, y Vaupés (173, 115, 113, y 107 casos respectivamente). Por otra parte, la tasa de incidencia en población indígena es superior a la registrada en población afrocolombiana (38,74 y 27,85 por 100 000 respectivamente).

La caracterización de los grupos poblacionales evidencia desde el inicio de la vigilancia del evento que la mayor proporción de casos corresponde a población de centros psiquiátricos, población privada de la libertad y población migrante, juntos conforman el 6,59 % de los grupos poblacionales caracterizados

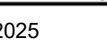
en 2025. Los casos de grupos caracterizados como desplazados y población infantil a cargo de ICBF presentaron su porcentaje más alto en 2025 (0,39 % y 0,74 % respectivamente) en comparación con los años 2021 a 2024, en los cuales entre 0,34 % y 0,36 % correspondió a casos en desplazados, y entre 0,42 % y 0,46 % a población infantil a cargo de ICBF (Anexo 3).

Para el resto de los grupos caracterizados, excepto gestantes y víctimas de violencia armada, el año con mayor proporción de casos fue 2024 (Anexo 3).

Según el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el régimen subsidiado presenta siempre la mayor proporción de casos; en 2025 conformó el 50,9 %, el más alto con respecto a los años 2021 a 2025 y la mayor diferencia (9,5 %) con respecto al régimen contributivo (41,4 %); esto es 11 veces la diferencia registrada 2021 (0,8 %). (Anexo 3).

Los factores de riesgo y desencadenantes del intento de suicidio han tenido un comportamiento similar en los últimos 5 años. El factor de riesgo denominado antecedente de trastorno psiquiátrico es predominante (entre el 38,0 % en 2021, y el 46,6 % en 2024), e incluye el trastorno depresivo como el principal. En 2025 el 43,4 % del total de casos notificados (39 139) presentó antecedente de trastorno psiquiátrico y el 38,7 % trastorno depresivo (89,2 % de los casos con algún trastorno). Estos factores alcanzaron su máxima presencia en 2024 (46,6 % y 41,6 % respectivamente) junto con el consumo de SPA y el plan organizado de suicidio (15,1 % y 16,7 %). La ideación suicida persistente es el segundo factor reportado con más frecuencia en todos los años. En 2025 sólo el trastorno de personalidad tuvo la máxima proporción de todos los años (4,4 % del total de casos), y en 2024 (Tabla 2)

Tabla 2. Factores de riesgo del intento de suicidio, Colombia, 2021 a 2025

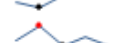
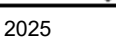
Factores de riesgo	2021		2022		2023		2024		2025		Tendencia
	Casos n=29792	%	Casos n=37359	%	Casos n=40850	%	Casos n=38769	%	Casos n=39139	%	
Antecedente de trastorno psiquiátrico	11309	38,0	15226	40,8	18506	45,3	18060	46,6	16971	43,4	
Trastorno depresivo	9768	32,8	13496	36,1	16674	40,8	16127	41,6	15142	38,7	
Trastorno de personalidad	1132	3,8	1371	3,7	1714	4,2	1694	4,4	1740	4,4	
Trastorno bipolar	1005	3,4	1233	3,3	1299	3,2	1307	3,4	1219	3,1	
Esquizofrenia	623	2,1	723	1,9	801	2,0	776	2,0	746	1,9	
Ideación suicida persistente	9978	33,5	14458	38,7	16056	39,3	14720	38,0	13003	33,2	
Consumo de SPA	3826	12,8	4954	13,3	5957	14,6	5860	15,1	5722	14,6	
Plan organizado de suicidio	3778	12,7	5677	15,2	6761	16,6	6470	16,7	5981	15,3	
Abuso de alcohol	2387	8,0	2694	7,2	3159	7,7	3006	7,8	2661	6,8	
Antecedente de violencia o abuso	1470	4,9	2144	5,7	2260	5,5	2197	5,7	1938	5,0	
Antecedente familiar de conducta suicida	1369	4,6	1751	4,7	2006	4,9	1844	4,8	1694	4,3	

Fuente: Elaboración propia a partir de casos notificados a Sivigila 2021 a 2025, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Los factores desencadenantes que persisten como principales en los casos de intento de suicidio son los problemas familiares, los de pareja o expareja, y los económicos; el primero ha estado presente entre el 30,0 % y el 36,7 % de los casos, y el segundo entre el 26,6 y el 30,5 % entre 2021 y 2025. Los

problemas familiares (36,7 %), junto con la muerte de un familiar o amigo (5,6 %), los problemas laborales (5,4 %) y los jurídicos (2,1 %) alcanzaron su máxima presencia en 2025 como desencadenantes. (Tabla 3).

Tabla 3. Factores desencadenantes del intento de suicidio, Colombia, 2021 a 2025

Factores desencadenantes	2021		2022		2023		2024		2025		Tendencia
	Casos n=29792	%	Casos n=37359	%	Casos n=40850	%	Casos n=38769	%	Casos n=39139	%	
Problemas familiares	8933	30,0	13682	36,6	14851	36,4	14210	36,7	14377	36,7	
Conflicto con pareja o expareja	9089	30,5	11068	29,6	11064	27,1	10564	27,2	10409	26,6	
Problemas económicos	3429	11,5	3805	10,2	4428	10,8	4431	11,4	4242	10,8	
Escolar/Educativa	1945	6,5	3344	9,0	3325	8,1	3008	7,8	3073	7,9	
Maltrato físico psicológico o sexual	1968	6,6	2544	6,8	2532	6,2	2332	6,0	2383	6,1	
Muerte de un familiar o amigo	1603	5,4	1921	5,1	2253	5,5	2139	5,5	2185	5,6	
Problemas laborales	1366	4,6	1605	4,3	2018	4,9	2067	5,3	2103	5,4	
Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante	1206	4,0	1632	4,4	1575	3,9	1578	4,1	1523	3,9	
Problemas jurídicos	475	1,6	545	1,5	745	1,8	711	1,8	817	2,1	
Suicidio de un familiar o amigo	316	1,1	436	1,2	425	1,0	452	1,2	378	1,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de casos notificados a Sivigila 2021 a 2025, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

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

Al realizar el análisis de la distribución de factores desencadenantes según grupo de edad se encontraron diferencias importantes en el perfil de vulnerabilidad a lo largo del curso de vida. En la población infantil y adolescente predominó ampliamente la ocurrencia asociada a problemas familiares, representando el 49,2% de los eventos en niños de 5 a 9 años, el 49,9% en el grupo de 10 a 14 años y el 43,9% en adolescentes de 15 a 19 años, constituyéndose como el principal precipitante en estas edades. De manera complementaria, en población infantil se observó una importante participación de factores escolares o educativos, que representaron el 26,7% de los eventos en menores de 10 años y el 24,7% en el grupo de 10 a 14 años, así como de situaciones de maltrato físico, psicológico o sexual, particularmente en niños de 5 a 9 años (15,2%) y adolescentes tempranos (11,5%), lo que evidencia el peso de los entornos familiares, escolares y de protección durante las primeras etapas de la vida.

En adolescentes y adultos jóvenes se identificó una transición progresiva hacia factores asociados a las relaciones afectivas y condiciones socioeconómicas. En los grupos de 20 a 24 años y 25 a 29 años el principal precipitante correspondió a conflictos de pareja, representando el 33,0% y 33,4% de los eventos respectivamente, seguido por un incremento de los problemas económicos (10,2% y 14,5%) y laborales (7,2% y 7,8%). Este patrón se mantuvo en adultos de 30 a 44 años, en quienes los conflictos de pareja continuaron siendo el principal desencadenante (31,9%), con una mayor participación de problemas económicos (16,3%) y laborales (7,7%), reflejando el impacto de determinantes sociales y económicos en edades productivas.

En población de 45 a 59 años persistió el predominio de problemas familiares (28,2%), aunque se presenta un aumento de factores relacionados con problemas económicos (19,5%) y enfermedad crónica (9,1%). En personas de 60 años y más se observó un incremento marcado de enfermedad crónica (21,4%) y problemas económicos (20,5%), constituyéndose en los porcentajes más altos para estos factores entre todos los grupos de edad, mientras que los conflictos de pareja disminuyeron hasta el 10,6% (Anexo 4).

El análisis de asociación entre grupo de edad y factor desencadenante predominante confirmó diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los desencadenantes del intento de suicidio. Se observó asociación significativa entre la población infantil y adolescente y la presencia de problemas familiares, con valores elevados de asociación en los grupos de 5–9 años ($\chi^2=21,37$; $p<0,001$), 10–14 años ($\chi^2=1090,82$; $p<0,001$) y 15–19 años ($\chi^2=1888,57$; $p<0,001$). En adultos jóvenes de 20–24 años ($\chi^2=720,91$; $p<0,001$), 25–29 años ($\chi^2=684,32$; $p<0,001$) y 30–44 años ($\chi^2=315,48$; $p<0,001$) predominó la asociación con conflictos de pareja, evidenciando un desplazamiento del perfil de riesgo desde factores familiares hacia factores relacionales y sociales propios de la adultez. En el grupo de 45–59 años se mantuvo una asociación significativa con problemas familiares ($\chi^2=6,12$; $p=0,013$), mientras que en personas de 60 años y más no se evidenció asociación estadísticamente significativa con el factor predominante ($\chi^2=1,84$; $p=0,175$), lo que sugiere una distribución más heterogénea de los desencadenantes en este grupo poblacional (Tabla 4).

Tabla 4. Asociación entre grupo de edad y factor desencadenante predominante del intento de suicidio. Colombia, 2025

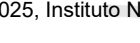
Grupo de edad	Factor desencadenante predominante	Casos (n)	% dentro del grupo	χ^2	p
5–9 años	Familiar	94	49,2	21,37	<0,001
10–14 años	Familiar	2555	49,9	1090,82	<0,001
15–19 años	Familiar	4560	43,9	1888,57	<0,001
20–24 años	Pareja	2442	33,0	720,91	<0,001
25–29 años	Pareja	1793	33,4	684,32	<0,001
30–44 años	Pareja	2838	31,9	315,48	<0,001
45–59 años	Familiar	843	28,2	6,12	0,013
≥60 años	Familiar	359	31,7	1,84	0,175

Fuente: Elaboración propia a partir de casos notificados a Sivigila 2025, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Los mecanismos más usados en todos los años de vigilancia del intento de suicidio en ambos sexos han sido la intoxicación y el arma cortopunzante; la proporción promedio de uso entre 2021 y 2025 es de 65,8 % y 21,5% respectivamente, con amplio predominio de la intoxicación en mujeres (45,7 %) (Tabla 5)

En 2025 el uso de la intoxicación disminuyó a su punto más bajo (63,3 %) y el arma cortopunzante obtuvo su punto más alto de los últimos 5 años (22,0 %), así como el ahorcamiento o asfixia (9,6 %), el lanzamiento a vehículo (2,1 %) y a cuerpos de agua (0,7 %). El ahorcamiento y el arma de fuego continúan siendo mecanismos de mayor uso en hombres. (Tabla 6).

Tabla 5. Proporción de uso del mecanismo utilizado en el intento de suicidio, Colombia, 2021 a 2025

						Proporción promedio 2021-2025			
Mecanismo	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	Mujeres	Hombres	Total
Intoxicación	67,6	66,5	66,0	65,5	63,3		45,7	20,1	65,8
Elemento cortopunzante	21,3	21,9	21,3	20,8	22,0		13,3	8,2	21,5
Ahorcamiento o asfixia	7,6	7,5	8,5	8,9	9,6		3,7	4,7	8,4
Lanzamiento al vacío	4,6	5,0	5,1	5,3	5,2		2,7	2,4	5,1
Lanzamiento a vehículo	1,4	1,7	2,0	2,0	2,1		0,9	0,9	1,8
Arma de fuego	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7		0,2	0,5	0,7
Lanzamiento a cuerpo de agua	0,4	0,4	0,4	0,5	0,7		0,2	0,3	0,5
Inmolación	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2		0,1	0,1	0,2
Total casos	29792	37359	40850	38769	39139		66,8	37,2	N/A

Fuente: Elaboración propia a partir de casos notificados a Sivigila 2021 a 2025, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 a 2025

Tabla 6. Mecanismo utilizado en el intento de suicidio según sexo, Colombia, 2025

Mecanismo	Mujer n=24753		Hombres n=14386		Total n=39139	
		%		%		%
Intoxicaciones	16970	43,4	7787	19,9	24757	63,3
Arma corto punzante	5322	13,6	3301	8,4	8623	22,0
Ahorcamiento	1650	4,2	2091	5,3	3741	9,6
Lanzamiento al vacío	1016	2,6	1022	2,6	2038	5,2
Lanzamiento a vehículo	423	1,1	411	1,1	834	2,1
Arma de fuego	37	0,1	218	0,6	255	0,7
Lanzamiento a cuerpos de agua	138	0,4	124	0,3	262	0,7
Inmolación	29	0,1	37	0,1	66	0,2

Fuente: Elaboración propia a partir de casos notificados a Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

Es importante señalar que en cada uno de los casos notificados es posible encontrar el uso de uno o más mecanismos. La combinación más frecuente en 2025 fue la intoxicación y el uso de armas cortopunzantes en un mismo intento de suicidio en 518 casos (1,3 % del total), de los cuales 347 (67,0 %) ocurrieron en mujeres, comportamiento similar al observado el año anterior.

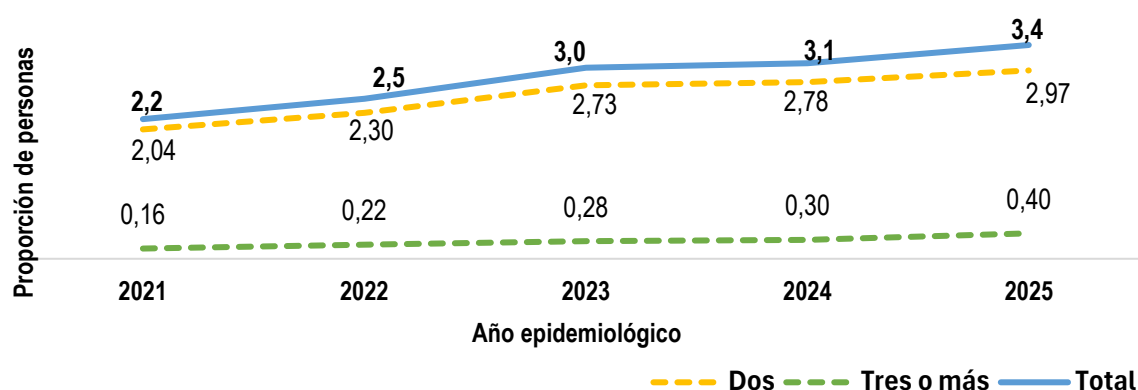
Las sustancias implicadas con mayor frecuencia en los casos de intoxicación (24 757) son los medicamentos en el 76,0 % de los casos (18 811), principalmente en mujeres (56,6 %; 13 867 casos), y los plaguicidas 14,0 % (3 455 casos), usados en el 7,3 % (1 810) de los hombres y en el 6,6 % (1 645) de las mujeres.

El análisis de la repetición del intento de suicidio en el mismo año hace referencia al número de personas que ejecutan esta conducta más de una vez en ese mismo año epidemiológico. Los 39 139 casos de intento de suicidio notificados en 2025 corresponden a 37 689 personas, de las cuales el 3,4

% (1 269) presentó dos o más intentos en el mismo año (repeticiones). Las mujeres conforman el 60,1% de las personas con repetición. La cantidad de repeticiones más frecuente es dos intentos de suicidio en una misma persona, corresponde al 3,0 % (1 118) del total de personas, mientras que el 0,4 % (151) presentó tres o más intentos en 2025. El número de personas con más de un intento de suicidio en el año fue 2 veces el número registrado en 2021.

En 17 ET se presentó su máximo de personas con repetición en 2025; entre ellas algunas con mayor población como Bogotá, Antioquia, Cali, Cundinamarca, o con tasas de incidencia históricamente altas como Risaralda y Vaupés. Las ciudades Bogotá, Medellín, y Cali agrupan la tercera parte de las personas con repetición en el mismo año. La tendencia nacional a la repetición es ascendente desde 2021. (Figura 4).

Figura 4. Proporción de personas con más de un intento de suicidio al año, Colombia, 2021 a 2025.



Fuentes: Elaboración propia a partir de casos notificados a Sivigila 2021 a 2025, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

El día de ocurrencia del intento de suicidio varía según el grupo de edad; de 5 a 14 años predomina de lunes a viernes, de 15 a 19 de domingo a jueves y siempre ocurren más de 1200 casos por día de la semana; de 20 a 54 invariablemente el domingo, de 55 a 59 el lunes, y de 60 en adelante varía el día de ocurrencia a lo largo de la semana (Tabla 7). Entre domingo y lunes ocurre el 32,2 % del total de casos. Este patrón es similar al observado el año anterior.

Tabla 7. Casos de intento de suicidio ocurridos por día de la semana según grupo de edad, Colombia, 2025.

Día de la semana	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 y más	Total
Domingo	17	555	1475	1230	879	690	483	323	228	149	92	59	93	6273
Lunes	29	735	1660	1183	817	585	417	294	211	124	106	63	124	6348
Martes	27	775	1552	1028	746	505	363	279	171	121	95	66	117	5845
Miércoles	39	766	1512	981	637	493	351	211	163	108	71	54	114	5500
Jueves	25	767	1440	936	666	468	353	259	157	104	88	44	95	5402
Viernes	39	636	1278	867	612	436	358	202	157	110	79	45	100	4919
Sábado	19	497	1230	885	692	464	332	216	171	110	85	41	110	4852
Total	195	4731	10147	7110	5049	3641	2657	1784	1258	826	616	372	753	39139

Fuentes: Elaboración propia a partir de casos notificados a Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

4. Discusión

Los hallazgos evidencian que el intento de suicidio continúa constituyendo un evento de alta carga para la salud pública en Colombia y que, aunque en 2025 se observó una estabilización relativa frente a los dos años previos, el comportamiento permanece en niveles superiores a los registrados antes de 2022. El incremento acumulado respecto a 2021 y el mantenimiento de incidencias elevadas sugieren que el aumento observado posterior al periodo pandémico no correspondió únicamente a una mejora de la notificación, sino a una persistencia de condiciones sociales, económicas y de salud mental que continúan favoreciendo la ocurrencia del evento. La disminución observada en 2020 y la recuperación posterior coinciden con lo descrito en la literatura internacional y en los análisis derivados de la pandemia por COVID-19, donde se documentaron modificaciones en la utilización de servicios, barreras de acceso, cambios en la búsqueda de atención y transformaciones en las dinámicas familiares y sociales que afectaron tanto la detección como la ocurrencia de eventos relacionados con salud mental (1).

La estabilización observada entre 2024 y 2025, con una meseta en niveles superiores a los previos a 2022, podría interpretarse como una transición desde una fase de incremento acelerado hacia un patrón de persistencia estructural del evento. Este comportamiento resulta consistente con los planteamientos de la OMS, que reconoce el intento de suicidio como un fenómeno multicausal determinado por la interacción entre condiciones individuales, sociales, económicas y contextuales (24). En Colombia, el Análisis de situación de salud mental ha señalado la influencia de factores como conflictos familiares, trastornos mentales, violencia, consumo de sustancias psicoactivas, desigualdades socioeconómicas y dificultades en el acceso oportuno a la atención integral (5).

La concentración de máximos semanales alrededor de la semana epidemiológica 37, observada tanto en 2024 como en 2025, sugiere la posible existencia de patrones temporales recurrentes que ameritan análisis posteriores con mayor resolución temporal. La literatura internacional ha descrito variaciones estacionales del comportamiento suicida relacionadas con cambios ambientales, ciclos escolares y laborales, eventos sociales y fluctuaciones emocionales; sin embargo, para Colombia esta hipótesis requiere exploraciones e investigaciones adicionales con series temporales más amplias y análisis multinivel (3).

El comportamiento territorial mostró una marcada heterogeneidad geográfica y la persistencia de conglomerados de alta incidencia en departamentos amazónicos y del eje cafetero, particularmente Vaupés, Risaralda, Amazonas, Cali, Nariño y Meta. Este patrón podría reflejar la interacción de determinantes diferenciales entre territorios, incluyendo barreras de acceso a servicios de salud y salud mental, inequidades sociales, procesos migratorios, conflictos locales y contextos culturales específicos (25). El comportamiento observado en Vaupés resulta particularmente relevante por el incremento sostenido durante el periodo analizado y por corresponder a un territorio con alta proporción de población indígena, dispersión poblacional y limitaciones históricas en acceso a servicios especializados. Diversos estudios han documentado mayores vulnerabilidades frente a conducta suicida asociadas a desigualdades sociales, transformaciones socioculturales, pérdida de redes comunitarias y dificultades de acceso a servicios en poblaciones indígenas y rurales de América Latina (26,13).

La persistencia de tasas elevadas en territorios del eje cafetero, especialmente Risaralda y Quindío, coincide con reportes históricos nacionales que han identificado esta región como una zona de alta carga para conducta suicida en Colombia. La evidencia científica generada en la región sugiere la participación de determinantes psicosociales complejos y acumulativos, identificando como factores asociados al suicidio antecedentes de trastornos mentales, dependencia financiera, experiencias de abuso físico o verbal por la pareja, cambios vitales adversos y antecedentes de intento de suicidio, planteando la existencia de vulnerabilidades acumuladas a lo largo del curso de vida. Aunque la causalidad es multifactorial, los resultados regionales reflejan la interacción de factores individuales, familiares y contextuales, incluyendo consumo de sustancias psicoactivas, transformaciones socioeconómicas, urbanización, dificultades en acceso a salud mental y procesos de vulnerabilidad social, elementos previamente descritos para la región y que podrían contribuir al mantenimiento de altas incidencias (27).

Por el contrario, varias entidades del Caribe mantuvieron incidencias inferiores al promedio nacional durante todo el periodo analizado; sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela, dado que las diferencias territoriales pueden reflejar variaciones en capacidad diagnóstica, acceso a servicios, oportunidad en la captación y calidad de la notificación. La evidencia en Colombia ha documentado que el acceso a salud mental presenta barreras estructurales asociadas a disponibilidad desigual de servicios, estigma, barreras de acceso y menor capacidad instalada en algunos territorios, factores que podrían influir en la detección y seguimiento de casos de intento de suicidio. Asimismo, el estigma y las barreras de acceso pueden favorecer el subregistro y la clasificación diferencial, particularmente en contextos con menor oferta institucional (28-30).

La persistencia de los problemas familiares como principal desencadenante durante todo el periodo analizado, así como su mayor peso en población infantil y adolescente, sugiere que los entornos familiares continúan siendo un determinante crítico de vulnerabilidad emocional y conductual. Se encuentra documentado que la disfunción familiar, los conflictos intrafamiliares y las experiencias adversas tempranas incrementan significativamente el riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes. Metaanálisis recientes han mostrado que la disfunción familiar casi duplica el riesgo de conductas suicidas en adolescentes, especialmente cuando existen antecedentes de violencia, trastornos mentales o suicidio en el núcleo familiar (31, 32).

Los problemas familiares, dificultades escolares y experiencias de violencia física, psicológica o sexual coexisten y se asocian frecuentemente en las autolesiones e intento de suicidio en población joven. La literatura describe que las experiencias de violencia interpersonal, exclusión escolar y deterioro del apoyo social constituyen factores de riesgo relevantes para conducta suicida en adolescentes, particularmente cuando se combinan con trastornos afectivos o dificultades en la regulación emocional (33, 34).

La predominancia de conflictos de pareja en adultos jóvenes coincide con estudios que identifican las rupturas afectivas, la violencia relacional, la dependencia emocional y los conflictos interpersonales como precipitantes frecuentes de intento de suicidio, particularmente en mujeres jóvenes (35). De igual forma, el incremento progresivo de problemas económicos y laborales en adultos de 25 años y más sugiere el peso de los determinantes estructurales y las desigualdades socioeconómicas sobre la salud mental; se ha encontrado que el desempleo, la inseguridad económica, el endeudamiento y la

precariedad laboral incrementan el riesgo de sufrimiento psíquico, desesperanza y conducta suicida, especialmente en contextos de vulnerabilidad social (36).

La ausencia de una asociación estadísticamente significativa con un único desencadenante predominante en mayores de 60 años podría reflejar la naturaleza multifactorial del riesgo en este grupo poblacional, donde convergen condiciones médicas, deterioro funcional, pérdidas afectivas, soledad y dificultades económicas. Este hallazgo sugiere la necesidad de enfoques integrales de evaluación del riesgo suicida en personas mayores, evitando interpretaciones centradas en un solo factor precipitante.

Los resultados relacionados con los mecanismos utilizados muestran patrones concordantes con la literatura internacional. La intoxicación continúa siendo el mecanismo predominante, especialmente en mujeres, mientras que mecanismos de mayor letalidad, como ahorcamiento y arma de fuego, son usados por hombres. Está documentado que el intento de suicidio las mujeres usan métodos menos letales, mientras que los hombres utilizan con mayor frecuencia mecanismos asociados con mayor mortalidad (33). Persisten los retos para controlar el acceso a sustancias como medicamentos y plaguicidas, los cuales continúan siendo de fácil adquisición, facilitando su uso en el intento de suicidio y suicidio.

El sexo y la edad son dos características, que combinadas son diferenciales en el intento de suicidio y el suicidio. Históricamente las mujeres adolescentes presentan más intentos de suicidio en comparación con los hombres de su misma edad (11, 14, 15); esta diferencia entre sexos se reduce a medida que aumenta la edad hasta a década de los 50 años. En el caso del suicidio en Colombia es siempre proporcionalmente mayor en hombres (alrededor del 80 %) y la mitad del total ocurre en hombres entre los 15 y los 44 años (6, 7), mientras que en el intento de suicidio las mujeres representan alrededor del 65 % del total de casos, y la mitad del total ocurre en mujeres entre los 10 y los 39 años (22).

Por otra parte, los días (domingo y lunes) y el área de ocurrencia (urbana) del intento de suicidio y el suicidio son coincidentes según lo descrito en reportes nacionales sobre estos eventos (8, 22).

La repetición del intento de suicidio en el mismo año es un fenómeno en aumento constante en el periodo 2021-2025, e independiente al número de casos notificados cada año; sin embargo, esta proporción (3,0 %) es más baja que la identificada en algunos estudios, donde se reporta que la repetición en el mismo año llega a estar entre el 15% y el 19% (15, 20, 37). Se presenta mayor repetición del intento de suicidio en mujeres (58,8 %), sexo que constituye un factor de riesgo identificado en literatura (17).

5. Conclusiones.

Con base en los últimos cinco años de vigilancia del Evento de Interés en Salud Pública (EISP) intento de suicidio se identifican aspectos clave que aportan al panorama de la salud mental en el país. A continuación se mencionan los principales hallazgos:

En 2025 se observa estabilidad en el comportamiento de la notificación de casos de intento de suicidio, así como las mayor tasa de incidencia nacional en la historia de la vigilancia del evento con excepción de 2023. Las tasas de incidencia por SE más altas en 2025 se presentaron en la segunda mitad del año, entre septiembre y noviembre.

Entre 2021 y 2025 se mantiene una tendencia similar en el comportamiento del evento en relación con las variables edad, sexo, tiempo, factores, y mecanismos, así:

- La incidencia de intento de suicidio es mayor en mujeres, principalmente de 10 a 29 años y se reduce gradualmente hasta los 55 años; de ahí en adelante es superior en hombres. La mayor diferencia en la incidencia por sexo se presenta en el grupo de 10 a 14 años y la mayor incidencia para ambos sexos se alcanza en el grupo de 15 a 19 años.
- Las tasas de incidencias por SE más bajas se presentan regularmente en las cuatro primeras y las cuatro últimas semanas del año. Dentro de la semana, en los días domingo y lunes ocurre la tercera parte de todos los casos.
- El trastorno depresivo, principal antecedente de trastorno psiquiátrico como factor de riesgo y las relaciones familiares y de pareja/expareja como factores desencadenantes son los factores de mayor presencia en el intento de suicidio.
- La intoxicación por medicamentos y el corte son los principales mecanismos usados en el intento de suicidio y por mujeres, mientras que el arma de fuego y el ahorcamiento o asfixia son más usados por hombres.
- Se mantiene la tendencia a la alta incidencia en el eje cafetero, el suroccidente del país y parte de la amazonía; algunas de estas ET registraron en 2025 su máxima incidencia del período analizado (Amazonas, Vaupés, Cali, y Nariño).

Por otra parte, 2025 presentaron algunas particularidades con respecto al cuatrenio inmediatamente anterior:

- De los casos caracterizados por grupo poblacional, registraron el máximo número de casos en 2025 con respecto a sus datos históricos la población en desplazamiento y la población infantil a cargo de ICBF, así como la población afiliada al régimen subsidiado, que abarca la mitad del total de casos.
- La repetición del intento de suicidio en el mismo año es un fenómeno en aumento constante, principalmente en las ciudades con mayor población, lo cual coincide con la ocurrencia principalmente en zona urbana de este evento.

La vigilancia del intento de suicidio es una estrategia concordante con la normativa nacional que genera información útil y oportuna de manera permanente en los niveles local, regional y nacional, ofreciendo

un panorama del comportamiento epidemiológico de esta conducta. De esta manera se aporta al planteamiento y ajuste de estrategias en salud mental que se contribuyan al logro de la meta nacional y global para la reducción de muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas.

6. Recomendaciones

Se recomienda a las entidades territoriales departamentales distritales y municipales:

Fortalecer capacidades en cada uno de los actores del sistema de vigilancia según su competencia o nivel en el sistema, para garantizar la recolección de información con calidad. El mejoramiento continuo de la calidad del dato en cada caso, facilita un análisis más preciso del comportamiento del evento.

Promover la notificación oportuna de los casos con énfasis en los casos priorizados de acuerdo con la periodicidad establecida y la depuración o ajustes de los casos según en el protocolo vigente.

Analizar periódicamente la información considerando el contexto particular, con miras a identificar patrones de ocurrencia en los casos notificados de intento de suicidio, facilitando a las diferentes áreas o responsables focalizar acciones para la promoción y el mantenimiento de la salud mental de las comunidades.

Divulgar la información producto de la vigilancia en salud pública del evento a nivel sectorial e intersectorial en los diferentes espacios de toma de decisiones, y mantener una articulación que facilite la generación de acciones individuales y colectivas pertinentes para la prevención del intento de suicidio, de las repeticiones y los desenlaces fatales.

Se recomienda a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios:

Monitorear y analizar de manera permanente el comportamiento del evento intento de suicidio en su población afiliada con el propósito de orientar la toma de decisiones para su beneficio.

Mantener la articulación permanente con las entidades territoriales, facilitando el flujo de la información sobre los casos que requieren ajustes, análisis, o alguna otra acción particular de vigilancia en salud pública.

7. Referencias

- 1 World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 2026 abr 29] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- 2 World Health Organization. World health statistics 2025: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: WHO; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>, 2025, ISBN 978-92-4-011049-6 (electronic version) ISBN 978-92-4-011050-2 (print version).
- 3 GBD 2021 Suicide Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Public Health. 2026 may 19. doi: 10.1016/S2468-2667(25)00006-4.
- 4 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Caracterización territorial y sociodemográfica de los homicidios y suicidios en Colombia [Internet]. Bogotá: DANE; 2021 [citado 2026 may 13]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/homicidios-suicidios/2021-08-18-Caracterizacion-territorial-sociodemografica-homicidios-suicidios-en-Colombia.pdf>
- 5 Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de la salud mental con énfasis en determinantes sociales. Colombia, 2024. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/asis-salud-mental-determinantes-sociales-colombia.pdf>
- 6 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas vitales: cifras definitivas año 2024. [Internet]. Bogotá: DANE; 2026 [citado 2026 abr 28]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2024>
- 7 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas vitales: cifras definitivas año 2023 [Internet]. Bogotá: DANE; 2025 [citado 2026 may 17]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2023>
8. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Forensis 2024: datos para la vida. [Internet]. Bogotá: INMLCF; 2026 [citado 2026 abr 28]. Disponible en: https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1269218/Forensis_2024.pdf
- 9 Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2014 [citado 2025 may 11]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>(<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>)

10. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública del intento de suicidio [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 2026 may 8]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20Suicidio%202025.pdf
- 11 Li L, You D, Ruan T, Xu S, Mi D, Cai T, et al. The prevalence of suicidal behaviors and their mental risk factors among young adolescents in 46 low- and middle-income countries. *J Affect Disord.* 2021;281:847–55. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.050.
- 12 Soomro GM, Kakhi S. Deliberate self-harm (and attempted suicide). *BMJ Clin Evid.* 2015;2015:1012. PMID: 26032238; PMCID: PMC4451502.
- 13 Liu RT. The epidemiology of non-suicidal self-injury: lifetime prevalence, sociodemographic and clinical correlates, and treatment use in a nationally representative sample of adults in England. *Psychol Med.* 2023;53(1):274–82. doi: 10.1017/S003329172100146X.
- 14 Kim SH, Kim HJ, Oh SH, Cha K, et al. Analysis of attempted suicide episodes presenting to the emergency department: comparison of young, middle aged and older people. *Int J Ment Health Syst.* 2020; 14:46. doi: 10.1186/s13033-020-00378-3.
- 15 Joyce M, Chakraborty S, O’Sullivan G, Hursztyn P, Daly C, McTernan N, et al. National Self-Harm Registry Ireland: annual report 2022–2023 [Internet]. Cork: National Suicide Research Foundation; 2025 [citado 2025 abr 24]. Disponible en: https://www.nsrif.ie/wp-content/uploads/2024/03/NSRF-registry-report-2022_23.pdf
- 16 Geulayov G, Casey D, Bale L, Brand F, Townsend E, Ness J, et al. Self-harm in children 12 years and younger: characteristics and outcomes based on the Multicentre Study of Self-harm in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022;57(1):139-48. Doi:10.1007/s00127-021-02133-6
- 17 De la Torre-Luque A, Pemau A, Ayad-Ahmed W, Borges G, Fernandez-Sevillano J, Garrido-Torres N, et al. Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2023;81:51-6. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2023.01.007.
- 18 Abascal-Peiró S, Alacreu-Crespo A, Peñuelas-Calvo I, et al. Characteristics of single vs. multiple suicide attempters among adult population: a systematic review and meta-analysis. *Curr Psychiatry Rep.* 2023;25:769–91. doi: 10.1007/s11920-023-01461-5.
- 19 Pemau A et al. Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2024;54:1897-904. doi:10.1017/S0033291724000904
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38623694/>
- 20 Liu BP, Lunde KB, Jia CX, Qin P. The short-term rate of non-fatal and fatal repetition of deliberate self-harm: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord.* 2020;273:597–603. doi:10.1016/j.jad.2020.05.072.

21 Torok M, Alexander, McGillivray L, Qian J, Daniel, Baffsky R, et al. Self-harm in 5-to-24 year olds: retrospective examination of hospital presentations to emergency departments in New South Wales, Australia, 2012 to 2020. PLoS One. 2023;18(8):e0289877–7. doi:10.1371/journal.pone.0289877

22 Instituto Nacional de Salud. Informe de evento: intento de suicidio 2024. [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 2026 may 12]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20INFORME%20DE%20EVENTO%2024.pdf>

23 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]. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2013 [citado 2026 may 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

24 World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 2026 may 27]. Disponible en: <https://iris.who.int/items/c4c2c75a-701e-4aa5-b52b-f20a5cdd9890>

25 Cañon-Ayala MJ, Perdomo-Jurado YE, Caro-Delgado AG. Spatiotemporal analysis of suicide attempts in Colombia from 2018 to 2020. Rev Saude Publica [Internet]. 2024;58:78 [citado 2026 may 27]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN119323>

26 Azuero AJ, Arreaza-Kaufman D, Coriat J, Tassinari S, Faria A, Castañeda-Cardona C, et al. Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A Systematic Review [Internet]. Rev Colomb Psiquiatr. 2017;46(4):237–242 [citado 2026 may 27]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.12.002>

27 González Zapata C, Castaño Ramírez OM, Franco Londoño J, Medina Osorio JC. Psychological autopsy study of suicide risk factors in the Colombian Coffee Region, 2017–2019. Colomb Med [Internet]. 2025;56(1) [citado 2026 may 27]. Disponible en: <https://doi.org/10.25100/cm.v56i1.5175>

28 González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Vega-Landaeta AP. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2016;45(Suppl 1):89–95 [citado 2026 may 27]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>

29 Campo-Arias A, Ceballos-Ospino GA, Herazo E. Barriers to access to mental health services among Colombia outpatients. Int J Soc Psychiatry [Internet]. 2020;66(6):600–606 [citado 2026 may 27]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0020764020925105>

30 Alarcón Garavito GA, Burgess R, Dedios Sanguinetti MC, Peters LER, Vera San Juan N. Mental health services implementation in Colombia: a systematic review. MedRxiv [Internet]. 2023 [citado 2026 may 27]. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2023.01.17.23284625>

31 Pu M, Guo L, Cheng P, Gao Q, Zhu H. Family dysfunction and risk of suicidal behavior in adolescents: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2025 [citado 2026 may 27]. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2023.01.17.23284625>

27]; 370:427-433. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724018585>

32 Richardson R, Connell T, Foster M, Blamires J, Keshoor S, Moir C, et al. Risk and protective factors of self-harm and suicidality in adolescents: an umbrella review with meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence* [Internet]. 2024 [citado 2026 may 27];53(6):1301-1322. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-024-01969-w>

33 Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health* [Internet]. 2019 [citado 2026 may 27]; 64:265-283. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-018-1196-1>

34 Harris MG, Diminic S, Marshall NS, et al. Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2020 [citado 2026 may 27]; 266:731-742. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719324279>

35 Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: a meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2019 [citado 2026 may 27]; 245:152-162. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718305925>

36 Bennett K, Rhodes AE, Duda S, et al. Parental mental health and suicidal behavior as predictors of adolescent suicidal ideation and attempts: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2024 [citado 2026 may 27]; 14(19):6860. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/19/6860>

37 Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord**. 2014;168:476–83. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.027.

8. Anexos

Anexo 1. Tasa de incidencia de intento de suicidio por entidad territorial de ocurrencia, Colombia, 2021 a 2025

Código	Entidad territorial ¹	2021			2022			2023			2024			2025		
		Numerador ²	Denominador ³	Resultado ⁴	Numerador ²	Denominador ³	Resultado ⁴	Numerador ²	Denominador ³	Resultado ⁴	Numerador ²	Denominador ³	Resultado ⁴	Numerador ²	Denominador ³	Resultado ⁴
91	Amazonas	63	82171	76,67	75	83690	89,62	86	85056	101,11	102	86318	118,17	102	85057	119,92
05	Antioquia	4482	6726219	66,63	5615	687846	82,72	6287	6848360	91,80	6016	6903721	87,14	5705	6928372	82,34
81	Arauca	158	300637	52,56	176	307628	57,21	186	313097	59,41	183	317398	57,66	233	279191	83,46
38	Archipiélago de San Andrés	8	62159	12,87	26	62255	41,76	35	62269	56,21	37	62249	59,44	33	63438	52,02
08	Atlántico	700	1446612	48,39	899	1464795	61,37	1143	1480014	77,23	1109	1492615	74,30	996	1585690	62,81
8001	Barranquilla	783	1294390	60,49	962	1310163	73,43	1072	1323551	80,99	1009	1334509	75,61	1030	1279344	80,51
11	Bogotá, D.C.	4565	7823334	58,35	5737	7873316	72,87	6046	7907281	76,46	5974	7929539	75,34	5944	7942867	74,83
13	Bolívar	458	1170640	39,12	556	1183999	46,96	598	1195268	50,03	651	1204897	54,03	582	1229762	47,33
15	Boyacá	785	1271639	61,73	1157	1285035	90,04	1319	1298800	101,56	1163	1311983	88,64	1198	1290393	92,84
76109	Buenaventura	66	321316	20,54	110	322311	34,13	128	323360	39,58	109	324130	33,63	87	332054	26,20
17	Caldas	1063	1028635	103,34	1253	1034151	121,16	1391	1040284	133,71	1231	1046110	117,67	1141	1054450	108,21
76001	Cali	1319	2271293	58,07	1895	2276124	83,26	1958	2280522	85,86	1706	2283846	74,70	2136	2277296	93,80
18	Caquetá	257	418267	61,44	278	421797	65,91	296	425053	69,64	221	428162	51,62	239	429041	55,71
13001	Cartagena de Indias	437	1032133	42,34	560	1043185	53,68	672	1052015	63,88	595	1059626	56,15	619	1011520	61,20
85	Casanare	290	452098	64,15	298	459973	64,79	314	467775	67,13	302	475144	63,56	348	473165	73,55
19	Cauca	656	1525284	43,01	869	1541265	56,38	1052	1558045	67,52	982	1574506	62,37	903	1599148	56,47
20	Cesar	510	1322378	38,57	566	1349162	41,95	642	1373581	46,74	684	1395486	49,02	657	1469159	44,72
27	Chocó	77	573848	13,42	85	584521	14,54	122	595138	20,50	166	605478	27,42	159	593106	26,81
23	Córdoba	935	1864336	50,15	1096	1882211	58,23	1139	1898911	59,98	1200	1914778	62,67	1154	1992907	57,91
25	Cundinamarca	1662	3233689	51,40	2508	3334637	75,21	2683	3445327	77,87	2603	3553293	73,26	2821	3535067	79,80
94	Guainía	23	53583	42,92	37	55091	67,16	31	56551	54,82	30	57934	51,78	31	59706	51,92
95	Guaviare	56	91717	61,06	39	94625	41,22	97	97616	99,37	69	100497	68,66	69	84696	81,47
41	Huila	786	1151211	68,28	909	1164463	78,06	1006	1178453	85,37	796	1192273	66,76	782	1208728	64,70
44	La Guajira	224	993081	22,56	238	1017121	23,40	345	1038397	33,22	348	1057252	32,92	391	1066679	36,66
47	Magdalena	308	913950	33,70	346	928164	37,28	392	941133	41,65	408	952501	42,83	425	962113	44,17
50	Meta	701	1098104	63,84	820	1113810	73,62	763	1130085	67,52	769	1145766	67,12	723	1156405	62,52
52	Nariño	1267	1678786	75,47	1569	1689002	92,90	1634	1699570	96,14	1501	1709890	87,78	1686	1713586	98,39
54	Norte de Santander	1000	1654341	60,45	1151	1678975	68,55	1203	1696740	70,90	1280	1709570	74,87	1208	1709289	70,67
86	Putumayo	308	371213	82,97	362	377095	96,00	356	383042	92,94	273	388716	70,23	327	390742	83,69
63	Quindío	565	557099	101,42	551	559810	98,43	572	563076	101,58	493	566048	87,10	491	557884	88,01
66	Risaralda	1008	968287	104,10	1351	970138	139,26	1400	972304	143,99	1260	973879	129,38	1403	1003225	139,85
47001	Santa Marta	238	540204	44,06	273	548202	49,80	326	555030	58,74	371	561281	66,10	361	562394	61,99
68	Santander	1302	2312097	56,31	1637	2335238	70,10	1900	2357127	80,61	1806	2376736	75,99	1800	2398303	75,05
70	Sucre	434	966893	44,89	493	980942	50,26	547	994060	55,03	640	1006044	63,62	504	1034102	48,74
73	Tolima	1146	1361931	84,15	1293	1367802	94,53	1269	1374384	92,33	1188	1380948	86,03	1188	1386410	85,69
76	Valle del Cauca	1075	2021155	53,19	1437	2027629	70,87	1662	2034147	81,71	1337	2039391	65,56	1478	2099043	70,41
97	Vaupés	44	44378	99,15	47	45579	103,12	111	46777	237,30	105	47961	218,93	120	44142	271,86
99	Vichada	14	118270	11,84	33	120942	27,29	32	123304	25,95	30	125477	23,91	32	148738	21,51
Colombia		29773	51117378	58,24	37307	51682692	72,18	40815	52215503	78,17	38747	52695952	73,53	39106	53057212	73,71

1 Entidad territorial de procedencia/ocurrencia

2 Casos notificados

3 Población. Actualización Post Covid19. Proyecciones de población a nivel departamental por área, sexo y edad. Período 2020 – 2020 para 2021-2024. Disponible <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Población Proyecciones de población y estudios demográficos (PPED). Proyecciones de población por área geográfica nacional según sexo y edades simples, período 2018-2070 para 2025. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Las poblaciones de Magdalena, Bolívar, Atlántico y Valle no incluyen la población de los distritos de Santa Marta, Cartagena, Barranquilla, Cali y Buenaventura

4 Incidencia por 100 000 habitantes

Anexo 2. Tasa de incidencia de intento de suicidio por sexo y grupos de edad, Colombia, 2021 a 2025

		2021		2022		2023		2024		2025	
Grupo de edad		Casos n=29792	Incidencia	Casos n=37359	Incidencia	Casos n=40850	Incidencia	Casos n=38769	Incidencia	Casos n=39139	Incidencia
5-9 años	Total	125	3,2	153	3,9	172	4,4	147	3,7	195	5,0
	Hombre	70	3,5	82	4,1	107	5,3	97	4,8	123	6,1
	Mujer	55	2,9	71	3,7	65	3,4	50	2,6	72	3,8
10-14 años	Total	3456	87,3	5239	132,2	5107	128,8	4715	118,8	4731	114,5
	Hombre	556	27,5	824	40,7	877	43,3	822	40,5	847	40,1
	Mujer	2900	149,7	4415	227,7	4230	218,0	3893	200,4	3884	192,6
15-19 años	Total	8278	202,2	10993	270,5	11355	281,3	10301	256,7	10147	233,1
	Hombre	2311	110,9	2996	144,8	3161	153,7	2920	142,8	2997	134,6
	Mujer	5967	296,8	7997	400,9	8194	413,8	7381	375,1	7150	336,2
20-24 años	Total	5952	136,5	7233	166,7	7918	184,2	7290	171,6	7110	159,4
	Hombre	2319	105,6	2741	125,3	2938	135,4	2797	130,3	2747	121,4
	Mujer	3633	168,0	4492	208,8	4980	233,8	4493	213,8	4363	198,7
25-29 años	Total	3752	86,3	4457	101,0	5143	115,5	5001	111,9	5049	113,1
	Hombre	1624	74,9	1887	85,6	2149	96,4	2104	94,0	2155	96,8
	Mujer	2128	97,8	2570	116,5	2994	134,6	2897	129,9	2894	129,3
30-34 años	Total	2470	62,0	2847	69,7	3476	83,1	3542	83,0	3641	85,6
	Hombre	1077	54,7	1242	61,5	1509	72,9	1618	76,4	1639	77,5
	Mujer	1393	69,0	1605	77,7	1967	93,2	1924	89,5	2002	93,6
35-39 años	Total	1806	49,0	1978	52,9	2362	62,1	2529	65,4	2657	70,5
	Hombre	769	42,8	838	45,8	1050	56,4	1075	56,7	1178	63,5
	Mujer	1037	55,0	1140	59,6	1312	67,6	1454	73,8	1479	77,2
40-44 años	Total	1239	37,1	1383	40,2	1738	49,4	1753	48,8	1784	51,0
	Hombre	543	33,8	590	35,6	735	43,2	761	43,8	826	48,8
	Mujer	696	40,1	793	44,5	1003	55,1	992	53,5	958	53,1
45-49 años	Total	804	27,2	903	30,0	1111	36,2	1177	37,4	1258	40,1
	Hombre	331	23,7	392	27,5	471	32,3	511	34,1	529	35,2
	Mujer	473	30,3	511	32,3	640	39,6	666	40,3	729	44,6
50-54 años	Total	614	21,4	722	25,2	821	28,5	735	25,5	826	29,6
	Hombre	297	22,2	362	27,0	376	28,0	356	26,4	377	28,4
	Mujer	317	20,8	360	23,5	445	29,1	379	24,7	449	30,6
55-59 años	Total	446	16,7	515	19,0	597	21,7	544	19,6	616	23,0
	Hombre	238	19,3	288	23,0	303	23,9	289	22,6	298	23,7
	Mujer	208	14,5	227	15,6	294	19,9	255	17,1	318	22,4
60-64 años	Total	291	13,0	366	15,9	380	16,0	393	16,1	372	15,5
	Hombre	157	15,4	209	19,8	216	19,9	234	20,9	199	17,9
	Mujer	134	11,1	157	12,5	164	12,7	159	12,0	173	13,4
65 y más años	Total	559	11,5	570	11,3	670	12,8	642	11,8	753	13,7
	Hombre	356	16,4	377	16,9	450	19,5	403	16,9	471	19,6
	Mujer	203	7,5	193	6,9	220	7,5	239	7,8	282	9,1
Población total	Total	29792	58,3	37359	72,3	40850	78,2	38769	73,6	39139	73,8
	Hombre	10648	42,7	12828	50,8	14342	56,3	13987	54,4	14386	55,3
	Mujer	19144	73,2	24531	92,7	26508	99,2	24782	91,9	24753	91,5

*Tasa de incidencia por 100 000 habitantes. Proyecciones de población y estudios demográficos (PPED). Proyecciones de población por área geográfica nacional según sexo y edades simples, periodo 2018-2070. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Anexo 2. Características sociodemográficas de los casos notificados de intento de suicidio, Colombia, 2021 a 2025

Variable	Categoría	2021		2022		2023		2024		2025	
		Casos n=29792	Proporción (%)	Casos n=37359	Proporción (%)	Casos n=40850	Proporción (%)	Casos n=38769	Proporción (%)	Casos n=39139	Proporción (%)
Sexo	Mujer	19144	64,3	24531	65,7	26508	64,9	24782	63,9	24753	63,2
	Hombre	10648	35,7	12828	34,3	14342	35,1	13987	36,1	14386	36,8
Área de Procedencia	Cabecera Municipal	24686	82,9	31539	84,4	34574	84,6	32826	84,7	33036	84,4
	Centro Poblado	2004	6,7	2279	6,1	2342	5,7	2064	5,3	1757	4,5
	Rural Disperso	3102	10,4	3541	9,5	3934	9,6	3879	10,0	4346	11,1
Pertenencia Étnica	Indígena	527	1,77	578	1,55	785	1,92	793	2,05	1000	2,55
	ROM (gitano)	50	0,17	53	0,14	75	0,18	61	0,16	8	0,02
	Raizal	30	0,10	28	0,07	36	0,09	43	0,11	38	0,10
	Palanquero	3	0,01	4	0,01	9	0,02	7	0,02	3	0,01
	Afrocolombiano	690	2,32	759	2,03	869	2,13	946	2,44	1060	2,71
	Otros	28492	95,6	35937	96,2	39076	95,7	36919	95,2	37030	94,61
Grupos poblacionales	Centros psiquiátricos	835	2,80	1191	3,19	1298	3,18	1338	3,45	1263	3,23
	Privados de la libertad	330	1,11	425	1,14	609	1,49	590	1,52	474	1,21
	Migrantes	454	1,52	664	1,78	873	2,14	836	2,16	843	2,15
	Gestantes	202	0,68	229	0,61	276	0,68	210	0,54	226	0,58
	Desplazados	102	0,34	136	0,36	140	0,34	132	0,34	151	0,39
	Pob. infantil a cargo de ICBF	124	0,42	160	0,43	182	0,45	219	0,56	290	0,74
	Víctima de violencia armada	72	0,24	231	0,62	131	0,32	172	0,44	123	0,31
	Condición de discapacidad	81	0,27	110	0,29	117	0,29	151	0,39	138	0,35
	Habitante de calle	73	0,25	100	0,27	144	0,35	224	0,58	212	0,54
	Desmovilizados	3	0,01	7	0,02	4	0,01	18	0,05	12	0,03
	Madres comunitarias	4	0,01	4	0,01	4	0,01	14	0,04	3	0,01
	Otros grupos poblacionales	28136	94,4	35112	94,0	37258	91,2	35215	90,83	35617	91,00
Tipo afiliación RGSSS	Contributivo	13456	45,2	16924	45,3	17764	43,5	16121	41,6	16219	41,44
	Especial	19	0,06	6	0,02	0	0,00	0	0,00	173	0,44
	Indeterminado	307	1,03	506	1,35	874	2,14	717	1,85	386	0,99
	No afiliado	1137	3,82	1130	3,02	1129	2,76	899	2,32	833	2,13
	Excepción	1168	3,92	1493	4,00	1690	4,14	1517	3,91	1603	4,10
	Subsidiado	13705	46,0	17300	46,3	19393	47,5	19515	50,3	19925	50,91

Anexo 4. Distribución porcentual de factores desencadenantes de intento de suicidio según grupo de edad, Colombia, 2025

Grupo de edad	Problemas familiares	Conflictos de pareja o expareja	Escolar/ educativa	Maltrato		Enfermedad crónica	Muerte familiar	Problemas laborales	Problemas jurídicos	Suicidio familiar o amigo
				Problemas económicos	físico/ psicológico/ sexual					
5-9 años	49,2	0,0	26,7	0,0	15,2	0,5	7,3	0,0	0,0	1,0
10-14 años	49,9	5,4	24,7	1,1	11,5	0,6	4,7	0,3	0,6	1,2
15-19 años	43,9	21,3	12,9	3,8	7,2	1,4	5,3	2,0	1,2	1,0
20-24 años	30,0	33,0	4,2	10,2	5,0	2,7	4,9	7,2	1,9	1,0

Grupo de edad	Problemas familiares	Conflictos de pareja o expareja	Escolar/ educativa	Problemas económicos	Maltrato físico/ psicológico/ sexual	Enfermedad crónica	Muerte familiar	Problemas laborales	Problemas jurídicos	Suicidio familiar o amigo
25-29 años	26,2	33,4	1,2	14,5	4,7	3,2	5,2	7,8	3,2	0,7
30-44 años	26,3	31,9	0,4	16,3	3,2	5,1	5,3	7,7	3,1	0,7
45-59 años	28,2	24,2	0,2	19,5	2,9	9,1	6,2	6,9	1,8	0,9
60 y más años	31,7	10,6	0,2	20,5	2,5	21,4	7,4	3,8	1,5	0,5

INS