

Protocolo de Vigilancia de Intento de Suicidio

Código 356

Versión: 04

Fecha: 22 de marzo de 2022

Grupo de Vigilancia y Control de
Enfermedades No Transmisibles

notransmisibles@ins.gov.co

@INSColombia





Protocolo de Vigilancia de 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

CAMILO ALEJANDRO ALFONSO
Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades No Transmisibles

Actualizó

YALENA MOSQUERA BAHAMON
Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades No Transmisibles

Revisó

GREACE ALEJANDRA AVILA MELLIZO
Coordinadora Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades No Transmisibles

LUIS CARLOS GOMEZ ORTEGA
Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades
Transmisibles Endoepidémicas y relacionadas con salud sexual

NATHALY ROZO GUTIERREZ
Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades No Transmisibles

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. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Intento de Suicidio. versión 1. [Internet] 2022. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.49>

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

1. Introducción	4
1.1. Situación epidemiológica	4
1.1.1. Situación epidemiológica mundial	4
1.1.2. Situación epidemiológica en América	4
1.1.3. Situación epidemiológica nacional	4
1.2. Estado del arte	5
1.3. Justificación de la vigilancia	6
1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento	6
2. Objetivos específicos	7
3. Definición operativa de caso	7
4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles	7
4.1. Estrategias de vigilancia	7
4.2. Responsabilidad por niveles	7
4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social	8
4.2.2. Instituto Nacional de Salud	8
4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	8
4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	8
4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud	8
4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos	8
5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información	9
5.1. Periodicidad del reporte	9
5.2 Flujo de información	9
5.3 Fuentes de información	9
6. Análisis de la información	10
6.1. Procesamiento de los datos	10
6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales	10
7. Orientación para la acción	11
7.1 Acciones individuales	11
7.2. Acciones colectivas	12
8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia	12
9. Indicadores	14
10. Referencias	15
11. Control de revisiones	17
12. Anexos	17

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

1. Introducción

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

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

1.1. Situación epidemiológica

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para el año 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) (2). 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 (3), y representa el 1,3% de las muertes a nivel mundial (2).

La información disponible sobre el comportamiento del intento de suicidio presenta algunas limitaciones debido a la complejidad de su definición, su estigmatización en algunos países, y a la falta de un sistema apropiado de vigilancia; sin embargo, la OMS estima que a nivel global la frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado (1).

Considerando las limitaciones para precisar cifras sobre intentos de suicidio a nivel mundial, algunos estudios estiman que, en la población mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas de suicidio está entre el 3% y el 5 %, siendo mayor en el grupo de edad de 15-34 años (4).

1.1.2. Situación epidemiológica en América

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; para las mujeres las tasas más elevadas se presentaron entre los 45 y los 59 años. En general las tasas de suicidio se mantuvieron estables en la región en este periodo (5); sin embargo, en comparación con las regiones a nivel global, es la única que presenta tendencia al incremento (2).

1.1.3. Situación epidemiológica nacional

En Colombia, la muerte por lesiones autoinfligidas intencionalmente fue la tercera causa externa de muerte en 2019 con el 9,6% de todo este grupo de causas y presenta tendencia al aumento continuo desde 2013. Del total de muertes por suicidio en 2019 (2.927), el 79,9% ocurrió en hombres (6).

La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 muestra que la ideación suicida es tan frecuente en adolescentes como en adultos colombianos. La prevalencia de ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años es de 6,6 %, la prevalencia del intento de suicidio en este grupo de edad es de 2,5 %, y el 37,6 % de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado. En los adultos, un tercio de los que piensan suicidarse, han tenido planes suicidas y lo han intentado. En

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

general, los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres (7).

A través del Sivigila en Colombia, se notificaron 26 202 casos de intento de suicidio en el año 2020, que representan una tasa de incidencia de 52,0 por 100.000 habitantes. Estos intentos ocurrieron en mayor proporción en mujeres (61,5 %), en cabeceras municipales (81,0%), utilizando principalmente el mecanismo de intoxicación (65,5 %); el ahorcamiento/asfixia fue un mecanismo utilizado en mayor proporción por hombres (4,7 % frente a 3,1 % en mujeres). El principal factor de riesgo notificado fue el antecedente de trastorno depresivo (26,7 %), y el principal factor desencadenante el conflicto con la pareja/expareja (35,8 %), seguido por los problemas económicos (13,6 %) (8).

Los departamentos que presentaron tasas de incidencia por 100.000 habitantes superiores a la tasa nacional fueron Caldas, Risaralda, Vaupés, Putumayo, Quindío, Tolima, Amazonas, Arauca, Casanare, Antioquia, Huila, Meta, Barranquilla, Nariño, Boyacá, Norte de Santander, Cundinamarca, Cauca, y Santander (8).

1.2. Estado del arte

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

El suicidio es una conducta prevenible (1, 4, 9) si se tiene en cuenta que la mayoría de las personas con intencionalidad suicida realizan manifestaciones relacionadas con este hecho, como comunicar o dar señales a alguien de su entorno sobre sus intenciones autodestructivas (10). La OMS propone como estrategias basadas en la evidencia para la prevención del suicidio: limitar el acceso a los medios con los que se realiza, interactuar con los medios de comunicación para informar de manera responsable, fomentar las habilidades socioemocionales para la vida en adolescentes, y la

identificación, evaluación, manejo, y seguimientos oportunos, a cualquier persona con conductas suicidas (9).

En el intento de suicidio los medios más utilizados son los plaguicidas, especialmente en países de ingresos medios y bajos, (1, 11, 12), algunos medicamentos, y el corte (8, 13), es más frecuente en mujeres, en la adolescencia y la juventud (7, 8, 13)

Estudios longitudinales evidencian que el 40 % de las personas que intentan suicidarse han tenido intentos previos. También se conoce que el riesgo suicida aumenta entre 20 y 30 veces durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento (13, 14).

Los intentos de suicidio graves son aquellos que requieren hospitalización por más de 24 horas y tratamiento en unidades especializadas, cirugía bajo anestesia general, y/o tratamiento médico incluyendo antidotos para sobredosis, telemetrías o pruebas repetidas. Las características de este tipo de intentos son epidemiológicamente muy parecidos a las de aquellos que mueren por suicidio (15).

El riesgo de suicidio se relaciona con el número de factores de riesgo presentes (10). En los intentos de suicidio graves se ha identificado como principales factores presentar un trastorno psiquiátrico, el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol, altos niveles de depresión, ansiedad, desesperación y angustia, factores interpersonales (relaciones y comunicación), toma de decisiones, e impulsividad o agresividad (15).

En 2020, el inicio de la pandemia por COVID-19 y las medidas para su prevención y control como el confinamiento, el aislamiento y la restricción a la movilidad, entre otras, modificaron el estilo de vida de la población a nivel mundial, y el proceso de adaptación puede afectar la salud mental de la población (16, 17). Se prevé que el sentimiento de soledad, la falta de contacto físico, el temor al contagio, la pérdida de seres queridos (16), del empleo y la disminución de ingresos

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

(18) generen aumento de los trastornos de ansiedad y depresión en la población general (17), la exacerbación de síntomas en quienes ya tenían un trastorno mental (17, 19, 20), y con esto, un posible aumento de los casos de suicidio y las autolesiones (21). Los efectos en la salud mental por COVID-19 se proyectan para varios años (17, 20)

La valoración del riesgo suicida permite la identificación oportuna de casos y facilita su intervención. El Ministerio de Salud y Protección Social recomienda que la entrevista clínica puede ser complementada, pero no sustituida, con el uso de algunos instrumentos como las escalas de desesperanza, ideación suicida, e intencionalidad suicida de Beck, los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck, y la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.

Adicionalmente, y advirtiendo sus limitaciones de validez, recomienda la escala SAD PERSONS por su facilidad de aplicación (22).

1.3. Justificación de la vigilancia

En el marco del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (23) que fue extendido hasta 2030, los Estados miembros se comprometieron a desarrollar acciones para reducir la tasa de suicidio en un tercio a 2030 en estos países, y se propone reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental (24).

Una de las estrategias adoptadas por Colombia para aproximarse al logro de estos compromisos, ha sido la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud mental, incluida la conducta suicida, mediante la Ley 1616 de 2013 (Art.35) (25).

La vigilancia en particular del intento de suicidio por medio del Sivigila, se realiza bajo el sustento de que este evento es un predictor importante del suicidio consumado y de la ocurrencia de futuros intentos de suicidio (1, 9, 22).

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

Adicionalmente, el país adoptó la Política Nacional de Salud Mental por medio de la Resolución 4886 de 2018 (26), en la cual se establecen como ejes de la Política los componentes de la dimensión Convivencia social y salud mental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En el eje 2, Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia, propone entre otras estrategias, prevenir la conducta suicida, y dentro de las metas se encuentra: disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes.

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento

La vigilancia del intento de suicidio permite describir y monitorear el comportamiento del evento, generando información útil y oportuna para la toma de decisiones en el marco de la Política Nacional de Salud Mental y las demás acciones de intervención que se puedan derivar.

Los Usuarios de la información generada por el sistema de vigilancia serán:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud
- Las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Organización Panamericana de la Salud
- Comunidad médica
- Población en general.

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

2. Objetivos específicos

1. Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados de intento de suicidio
2. Realizar seguimiento a los indicadores de intento de suicidio.
3. Caracterizar los métodos y los medios utilizados en los intentos de suicidio.

4. Detectar oportunamente los cambios en los patrones de ocurrencia del evento e identificar el riesgo de repetición.

3. Definición operativa de caso

Con base en los conceptos establecidos por la OPS/OMS, se construyó la definición de caso para este evento, la cual se mantiene desde el inicio de su vigilancia (ver Tabla 1).

Tabla 1. Definición operativa de caso de intento de suicidio. Colombia 2022.

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado clínicamente	Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia implícita o explícita de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede causar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método*.
Caso descartado	Se descartan los casos que no cumplan con la definición, como el plan o la ideación suicida, y las intoxicaciones accidentales
Ajustes	Los ajustes a la información de casos de intento de suicidio se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema. Los ajustes permitidos a los casos notificados son: ajuste D: “error de digitación”; ajuste 6: “descartado” cuando después de analizar el caso, se concluya que no cumple con la definición operativa de caso; y ajuste 7: “otro ajuste”, para actualizar los datos de cualquier variable de la ficha de notificación, excepto el tipo de evento, la UPGD, el número de identificación y la fecha de notificación.

*Fuente: Basado en conceptos de la Organización Mundial de la salud.

4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

4.1. Estrategias de vigilancia

La vigilancia en salud pública de intento de suicidio se realiza mediante vigilancia regular:

- Identificación rutinaria de casos confirmados de intento de suicidio en Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de diferentes niveles de complejidad.

- Notificación individual de los casos identificados a través del Sivigila, usando la ficha de notificación individual “Intento de suicidio”, código INS 356.

4.2. Responsabilidad por niveles

Será conforme a lo establecido en el Decreto 3518 de 2006 (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública), compilado en el Decreto 780 de 2016 (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social).

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

Adicionalmente, para la vigilancia de intento de suicidio, se anotan las siguientes:

4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social

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

4.2.2. Instituto Nacional de Salud

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

4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

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

4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud

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

4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud

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

4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos

- Diligenciar la ficha única de notificación individual de datos básicos y complementarios con periodicidad semanal.
- Notificar los casos de intento de suicidio semanalmente a la Unidad Notificadora Municipal.

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

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

5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información

5.1. Periodicidad del reporte

La información fluirá a través de los diferentes niveles de acuerdo con la periodicidad descrita en la Tabla 2

Tabla 2. Periodicidad de los reportes

Actividad	Responsabilidad
Notificación semanal	Los casos confirmados de intento de suicidio deben notificarse semanalmente
Notificación inmediata	Los casos confirmados de intento de suicidio en menores de 5 a 9 años y los casos confirmados de cualquier edad con intentos previos se deben notificar de manera inmediata

5.2 Flujo de información

El flujo de información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos. El flujo de información se puede consultar en el documento: “Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila” que puede ser consultado en el portal web del INS: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/1-manual-sivigila-2018-2020.pdf>

5.3 Fuentes de información

Fuente primaria

Para la operación de estadística de vigilancia de eventos de salud pública, la fuente primaria obtiene los datos de las unidades estadísticas (UPGD o UI) empleando las fichas de notificación físicas o digitales como instrumentos propios, que permiten reportar los casos de personas que cumplan con la definición de caso del evento intento de suicidio, código: 356. Los casos serán captados a través de los servicios de urgencias de las UPGD de cualquier nivel de complejidad.

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

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

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información según lo dispuesto en la ley 1273 de 2009 (para la protección de la información y bases de datos) y la ley estatutaria 1266 de 2008 (por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales).

Fuente secundaria

Corresponde al conjunto de datos, sobre hechos o fenómenos, que se obtienen a partir de la recolección realizada por otros. En el evento intento de suicidio estas fuentes corresponden a:

- Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud -RIPS.
- Historias clínicas.

6. Análisis de la información

6.1. Procesamiento de los datos

La depuración de la base de datos del evento intento de suicidio generada a través del Sivigila se realiza teniendo en cuenta lo siguiente: Una vez excluidos los casos descartados y los correspondientes a otras semanas que no corresponden al corte para analizar, se identifican los casos duplicados por código del prestador, subíndice, número de identificación y fecha de ocurrencia. Para efectos de análisis se seleccionan los registros de acuerdo con las variables “fecha de ocurrencia” y “fecha de hospitalización”, siguiendo los siguientes criterios:

- Si los casos tienen igual fecha de ocurrencia, se selecciona el que tiene mayor calidad del dato. Si tienen igual calidad del dato, se selecciona el que tiene fecha de hospitalización.

- Si tienen fechas de ocurrencia diferentes, se verifica la “fecha de hospitalización”, y si la fecha está dentro de la misma semana epidemiológica deje el caso que tiene fecha de fecha de ocurrencia más antigua y excluya el más reciente; si la diferencia entre fechas de ocurrencia es de dos o más semanas, deje los dos o más casos, ya que puede tratarse de una repetición del intento de suicidio en el mismo año.

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales

Teniendo como insumo la base de datos depurada, se realizan los siguientes análisis por el lugar de ocurrencia del evento:

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

-Caracterización del evento a través de estadística descriptiva, mediante el cálculo de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central, de las variables de persona, lugar y tiempo y análisis del comportamiento y tendencia del evento por semana y año epidemiológico.

Se sugiere describir la información de las variables contenidas en la ficha de datos complementarios como nivel de formación, factores desencadenantes, riesgo, mecanismo, entre otras.

-Comportamientos inusuales de incremento y decremento de acuerdo con el comportamiento histórico de la notificación. Tomando como base el método analítico usado en el Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), se compara estadísticamente el número reportado de casos con corte a la semana o periodo acumulado con el promedio histórico de los años anteriores con el mismo corte; para esto se calcula el error estándar, límite superior e inferior para la razón observada. De esta manera, se identifican los valores que se encuentran dentro, por encima, o por debajo de los límites, considerando inusual las dos últimas situaciones.

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

El cierre de la base de datos se continuará haciendo anualmente, quedando registrados los casos con fecha de ocurrencia correspondiente al año epidemiológico en curso.

7. Orientación para la acción

7.1 Acciones individuales

- Promover acciones interinstitucionales entre las IPS, EAPB, secretarías de Salud Municipales y Departamentales, y Redes de Urgencias que conduzcan al seguimiento y la intervención oportuna posterior la notificación del caso.
- Solicitar información para el manejo de envenenamientos agudos y crónicos a la Línea nacional de toxicología del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Activar la Ruta Integral de Atención para personas con Riesgos en Salud Mental, Epilepsia y Consumo de Sustancias Psicoactivas.
- Mediante la vigilancia, se pretende detectar los casos de intento de suicidio. Una vez detectados estos casos, compete a los prestadores de servicios implementar las Guías de Práctica Clínica (GPC) según corresponda:
 - ❖ GPC para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida.
 - ❖ GPC para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos.

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

- ❖ GPC para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.
- ❖ GPC para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia.
- ❖ GPC para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor (Demencia).

7.2. Acciones colectivas

7.2.1. Información, educación y comunicación

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

- Analizar la información sobre el evento, identificar los comportamientos inusuales y la presencia de posibles conglomerados. Se debe hacer énfasis en el monitoreo del comportamiento del evento durante las celebraciones, o temporadas del año epidemiológico; por ejemplo, en los cortes de período de actividad académica, de evaluaciones académicas y celebraciones de amor y amistad, así como en celebraciones, o en temporadas de actividad social o económica significativas para cada región, y/o de acuerdo con el comportamiento observado históricamente.
- Comunicar los resultados del análisis de evento al programa que le compete la intervención de la situación detectada con el fin de:

-Fortalecer las capacidades de personas, familias y comunidades para la identificación oportuna y referenciación de casos, así como de los primeros auxilios psicológicos.

-Promover el involucramiento parental y las estrategias para la reducción de la violencia intrafamiliar y de género.

-Fomentar y fortalecer redes de apoyo mutuo en la comunidad para las personas que afrontan crisis emocionales, vitales o pérdidas recientes.

7.3. Situación de alerta, brote y emergencia en salud pública

Cuando se presente incremento inusual por cuatro semanas epidemiológicas consecutivas en una entidad territorial se debe realizar una Sala de Análisis del Riesgo (SAR) para el seguimiento y valoración de la situación en donde participen los diferentes actores en el territorio que tienen acciones frente al tema, teniendo en cuenta los lineamientos para su realización, publicados en la página Web del INS:

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-documentos.aspx>.

8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia en salud pública de intento de suicidio tiene como propósito desarrollar la capacidad resolutoria del equipo territorial, siendo un insumo fundamental que apoya la toma de decisiones y

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento en el territorio. (27).

Con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud el Instituto Nacional de Salud, publica de forma rutinaria los informes gráficos con el análisis del comportamiento del evento e informes finales con los cierres anuales. Así mismo se ha publicado en el Portal Sivigila 4.0, módulos de análisis que comprenden: i. número de casos reportados, ii. Estimaciones de medidas de frecuencia, iii. Generación de canales endémicos para eventos agudos, iv. Mapas de riesgo, v. Diagramas de calor y vi. generación de microdatos.

Los datos corresponden a cierres anuales depurados desde 2016, que permiten una desagregación geográfica por departamento, distrito, municipio, desagregación temática por evento, desagregación temporal por año y desagregación institucional por Institución Prestadora de servicios de salud o red conexas que caracterizó y notificó el evento y la Entidad Administradora de Planes de Beneficios responsable del aseguramiento de los pacientes.

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, tienen bajo su responsabilidad difundir los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por lo cual se recomienda realizar de manera periódica boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros, asimismo, utilizar medios de contacto comunitario como radio, televisión o redes sociales, con el fin de alertar tempranamente ante la presencia de eventos que puedan poner en peligro la seguridad sanitaria local.

Es importante la inclusión de este tema en los comités de vigilancia epidemiológica locales, así como en espacios donde la información del evento pueda ser útil para orientar la toma de decisiones sobre acciones en salud mental.

La información sobre ciertos tipos de intentos de suicidio puede ejercer una influencia sobre las conductas de las personas vulnerables y también puede crear opinión sobre aspectos que estigmatizan a las personas afectadas y a sus allegados. Por ello, un tratamiento adecuado del evento por parte de los medios de comunicación puede influir positivamente en algunos aspectos de su prevención y en el efecto sobre los afectados y su entorno.

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

9. Indicadores

Nombre del indicador	Proporción de notificación de intento de suicidio
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de UPGD que notifican el evento durante un período de tiempo determinado
Propósito	Evaluar la notificación del evento
Definición operacional	Numerador: número de UPGD notificando el evento en el período. Denominador: número de UPGD caracterizadas en Sivigila
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	Del total de UPGD caracterizadas en Sivigila, el _% UPGD notificó por lo menos un caso del evento
Nivel	Nacional, departamental, y municipal
Periodicidad	Semestral
Meta	No aplica

Nombre del indicador	Tasa de incidencia de intento de suicidio
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Número de casos nuevos confirmados en una población durante un período de tiempo determinado.
Propósito	Estimar la magnitud del evento
Definición operacional	Numerador: número de casos nuevos confirmados notificados en el período. Denominador: Proyecciones de población DANE.
Coefficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Sivigila Proyecciones de población DANE Nacional y departamental
Interpretación del resultado	En el período _ se notificaron _ casos nuevos del evento por cada 100.000 habitantes.
Nivel	Nacional, departamental, y municipal
Periodicidad	Semestral
Meta	No aplica

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

10. Referencias

1. 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>
2. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Geneva: 2021. [Internet] [Citado 2021 ago 20] Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
3. 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 2021 ago 10] doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
4. 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
5. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional 2010-2014 Washington, D.C.: OPS, 2021. [Citado 2021 ago 20] Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275323304>.
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Estadísticas Vitales: Cifras definitivas año 2019. [Internet]. Bogotá, D.C. Dirección de Censos y Demografía, DANE, 2019. [Citado 2021 agosto 23]. Disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2019>
7. Ministerio de la Protección Social-Colciencias. Encuesta Nacional de Salud mental: tomo I. [Internet] Bogotá, 2015. [Citado 2021 ago 23]. 348 p. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
8. Instituto Nacional de Salud, Colombia. Informe del evento Intento de suicidio 2020. [Citado 2021 oct 20]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUCIDIO_2020.pdf
9. World Health Organization (2021). LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: 2021 [Citado 2021 ago 19] Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
10. Montalban, R. La conducta suicida. Madrid: Aran Ediciones; 1997
11. 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
12. Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, et. al. The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: Systematic review. *J Affect Disord*. 2017; 219: 93-104. doi:10.1016/j.jad.2017.05.00
13. 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:

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/nshri-2019.pdf>

14. 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.

15. Gvion, Y, Levi-Belz, Y. Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry.* 2018; 9 (56): 1-17. doi: 10.3389/fpsy.2018.00056.

16 Organización Mundial de la Salud. Cuidar nuestra salud mental [Internet]. 2020 [citado 2021 abr. 13]. Disponible en: https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=EAlaIqobChMI9Lz4kRj7gIVRa-Ch2jkASuEAAYASAAEgJUwvD_BwE

17. 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>

18. 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

19. 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>.

20. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et. al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020; [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1) –

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. 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 2021 ago 24]. 482 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>

23. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [Internet]; Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2013. [Citado 2021 jun 10]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf

24. 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 2021 ago. 20] 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

25. 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 2021 jun 14]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html

26. 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 2021 jun 14]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio

27. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 4 Vigilancia en salud pública. Segunda edición. Washington D.C.: OPS; 2011. 48-49).

11. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2015	11	30	Creación del protocolo	Camilo Alejandro Alfonso Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades No Transmisibles
01	2017	06	01	Se hizo ajuste a la notificación; pasa de ser inmediata a semanal.	Ana María Blandón Rodríguez Profesional especializado
02	2017	12	29	Actualización de formato	Ana María Blandón Rodríguez Profesional especializado
03	2020	06	02	Actualización de bibliografía, normatividad, responsabilidades por niveles, y de redacción	Yalena Mosquera Bahamón Profesional especializado
04	2022	03	11	Actualización de bibliografía, ampliación de fuentes de información, comunicación de resultados, inclusión de metodología de procesamiento y análisis de información, y situaciones de alerta, cambio de formato del protocolo	Yalena Mosquera Bahamón Profesional especializado

12. Anexos

Anexo 1. Ficha de notificación datos básicos y complementarios 356

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20suicidio.pdf