



La salud
es de todos

Minsalud

Prevención de la Conducta Suicida en Colombia

■ Estrategia Nacional



Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social

Fernando Ruíz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social

Luis Alexander Moscoso Osorio

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Maria Andrea Godoy Casadiego

Viceministra de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal

Secretario General

Gerson Orlando Bermont Galavis

Director de Promoción y Prevención

Nubia Esperanza Bautista Bautista

Subdirectora (e) de Enfermedades No Transmisibles
Coordinadora del Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Equipo Técnico

Laura Milena Múnica Restrepo
Óscar Alejandro Marín Quintero
Nancy Haydeé Millán Echeverría
Andrés Felipe Agudelo Hernández
Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Bogotá, 2021



Prevención de la Conducta Suicida en Colombia

Estrategia Nacional

1.	Presentación.....	4
2.	Objetivos.....	5
2.1.	Objetivo General.....	5
2.2.	Objetivos Específicos.....	5
3.	La conducta suicida: una problemática de salud pública en Colombia.....	6
3.1.	Análisis de situación.....	7
4.	Marco de Referencia.....	12
4.1.	Conducta Suicida.....	12
4.1.1.	Manifestaciones.....	14
4.2.	Determinantes de la conducta suicida.....	15
4.2.1.	Modelo ecológico para comprender la conducta suicida.....	17
5.	Componentes de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida.....	20
5.1.	Componentes básicos.....	21
5.1.1.	Satisfacción de necesidades humanas.....	23
5.1.2.	Fomento de habilidades socioemocionales.....	25
5.1.3.	Reducción del consumo de alcohol.....	26
5.1.4.	Limitación de medios letales utilizados para el suicidio.....	28
5.1.5.	Intervención en crisis.....	29
5.1.6.	Atención integral a personas con problemas y trastornos mentales.....	31
5.2.	Elementos diferenciales para la prevención de la conducta suicida.....	34
5.2.1.	Por curso de vida y entorno de desarrollo.....	34
5.2.2.	Según el género.....	36
5.2.3.	Considerando la pertenencia étnica.....	38
6.	Implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida.....	41
6.1.	Hitos de implementación.....	42
6.1.1.	Hito 1. Vigilancia en Salud Pública de la Conducta Suicida.....	43
6.1.2.	Hito 2. Planeación en Salud y Ejecución de la Estrategia.....	44
6.1.3.	Hito 3. Alianzas intersectoriales para la prevención de la Conducta Suicida.....	45
6.1.4.	Hito 4. Adecuado abordaje de los brotes de conducta suicida.....	47
6.1.5.	Hito 5. Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia.....	49
6.2.	Responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia.....	49
6.2.1.	Entidades Territoriales de Salud.....	50
6.2.2.	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.....	50
6.2.3.	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.....	51
7.	Bibliografía.....	52



1. Presentación

Según la Organización Panamericana de la Salud (2006), el comportamiento suicida, entendido como una diversidad de conductas que incluyen pensar en el suicidio (ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho, ocurre con mayor frecuencia en países de ingresos bajos y medianos donde los recursos y servicios, si los hay, suelen ser escasos y limitados para la identificación temprana, el tratamiento y el apoyo a las personas necesitadas. Estos hechos notables, la falta de intervenciones oportunas y el incremento de problemas y trastornos mentales durante la pandemia hacen del suicidio una problemática mundial de salud pública que debe abordarse imperativamente.

En ese sentido, es imprescindible poner en marcha acciones que generen disminución en la tasa de suicidios, lo cual se logra mediante la intervención articulada de cada uno de los sectores que participan en el desarrollo humano, abordando los diversos grupos de población y de riesgo y sus contextos a lo largo de todo el curso de vida (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Recogiendo la evidencia científica y las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud, desde el orden nacional bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social, en el ámbito de sus competencias, se proyecta visibilizar la conducta suicida como el peor desenlace en salud mental, acompañando a los actores del sector salud y de otros que intervienen en el goce efectivo de la salud, en la ejecución de acciones que impacten los determinantes sociales de la salud de una manera integral e integrada, partiendo del enfoque de derechos, la intersectorialidad, la interseccionalidad y la participación comunitaria; en el marco de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Para esto, se plantea la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia, la cual delimita siete componentes básicos para la prevención y esboza los elementos diferenciales que deben ser considerados en este quehacer según el momento del curso de vida, el género y la pertenencia étnica. Con esta Estrategia, el Ministerio de Salud y Protección Social busca orientar, mediante cinco hitos de implementación, a los diferentes actores del sector salud y a los demás sectores que se relacionan con los entornos donde tiene lugar el desarrollo humano, para que desplieguen planes, programas y proyectos que, puestos en favor del bien común y basados en las características diferenciales territoriales y poblacionales, aporten al incremento de la capacidad de respuesta ante eventos tensionantes de la vida, a la limitación en la exposición a amenazas del contexto y a la afectación de los determinantes sociales que potencian las amenazas y disminuyen la capacidad de respuesta frente a ellas.



2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Reducir la conducta suicida en Colombia con estrategias locales y en contexto, diferenciadas por curso de vida y entornos de desarrollo.

2.2. Objetivos Específicos

- Aumentar la calidad de vida y el bienestar de la población a través de la gestión intersectorial para la satisfacción de necesidades básicas sumado al fortalecimiento de habilidades socioemocionales.
- Gestionar oportunamente intervenciones para los riesgos de conducta suicida, basadas en la evidencia, como el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el tratamiento integral de problemas y trastornos mentales y la restricción de medios letales.
- Gestionar los riesgos colectivos con estrategias orientadas a la comunicación sin daño y al cuidado familiar y comunitario con énfasis en quienes han perdido un familiar o allegado por suicidio.
- Realizar la vigilancia, nacional y territorial, en salud pública de la conducta suicida, insumo intersectorial para la toma de decisiones locales.



3. La conducta suicida: una problemática de salud pública en Colombia

Acorde con los postulados de la Organización Panamericana de la Salud (2019), “hoy en día, la salud se entiende como un fenómeno multidimensional que comprende al individuo en interacción con su contexto sociocultural y ambiental” (pág. 77), y “está intrínsecamente relacionada con otras dimensiones de bienestar, como el acceso a la vivienda y a los servicios básicos, a la educación, al trabajo decente, a la protección social y a la participación política, entre otros” (pág. 80). “En este sentido, para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, reducir los niveles de inequidad sanitaria y mejorar el estado general de salud de la población es preciso combatir de forma coordinada las afecciones importantes para la salud pública actuando dentro de sistemas robustos, basados en la atención primaria de salud” (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 2).

En este orden de ideas, Colombia, en el marco de la Ley 1438 de 2011 (Congreso de Colombia, 2011), cuyo objeto enfatiza en la estrategia Atención Primaria en Salud, considera “que es necesario generar un espacio para la coordinación de acciones encaminadas a intervenir los determinantes en salud que incluya la participación de diferentes entidades, instituciones y sectores del país así como las diferentes Comisiones Intersectoriales relacionadas con salud pública” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

A nivel mundial, entre las problemáticas en salud pública se destaca el suicidio, en el entendido que cada uno de ellos es una tragedia que tiene múltiples repercusiones (Organización Panamericana de la Salud, 2014), y considerando que más de 700.000 personas pierden la vida por suicidio cada año, las personas de todos los orígenes socioeconómicos se ven afectadas, y la mayoría de las muertes por suicidio (77%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Por eso, reducir el número de muertes por suicidio es un imperativo mundial establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y en el Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS 2013– 2030. Sin embargo, el mundo no está en camino de alcanzar estas metas por lo que se requieren esfuerzos acelerados y sostenidos para prevenir el suicidio y evitar que más personas pierdan la vida innecesariamente (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

La baja coordinación intersectorial en temas de salud mental, las barreras en los entornos, las competencias socioemocionales de los individuos y las limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales son aspectos identificados por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, que indiscutiblemente tienen efectos en el comportamiento suicida en Colombia (Departamento Nacional de Planeación, 2020); con lo que plantea sutilmente que, si bien las acciones que se adelanten en relación al cuidado de la salud mental tienen un efecto directo en la conducta suicida, es necesario desarrollar acciones estratégicas específicas en el marco de la prevención, teniendo en cuenta que “el suicidio generalmente no es producto de una decisión



espontánea, sino que el continuum autodestructivo se va gestando en la intimidad del sufrimiento de una persona” (Martínez, 2017).

El suicidio, acorde con lo expresado en la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), es un evento prevenible y de gran impacto en el individuo, la familia y la sociedad, lo que lo hace un tema de gran relevancia en salud pública para Colombia. Esta Política reconoce que “el suicidio es todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado”, es decir, sabiendo que va a morir. Y también plantea, dentro de la estrategia de prevención de la conducta suicida, incluida en el eje de prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia, que se debe restringir el acceso a medios letales, ampliar la cobertura territorial de las líneas telefónicas de ayuda y cualificar las existentes, y capacitar a los actores de los medios de comunicación acerca de cómo informar sobre el suicidio.

3.1. Análisis de situación

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), la salud mental al ser un estado dinámico puede variar en el tiempo cuando se presentan situaciones que rompen, de forma momentánea o permanente, el equilibrio; y cuando esas situaciones generan malestar emocional y dificultades en la interacción con los otros, se desarrollan los problemas mentales. Entre los hallazgos de la ENSM se destaca que hasta 1 de cada 6 personas, entre adolescentes y adultos, presentan problemas de ansiedad, depresión, psicosis o convulsiones; y que en los últimos 12 meses 1 de cada 20 a 25 niños tuvo algún trastorno mental como ansiedad de separación, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo, trastorno oposicionista desafiante, déficit de atención e hiperactividad y trastorno de la conducta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

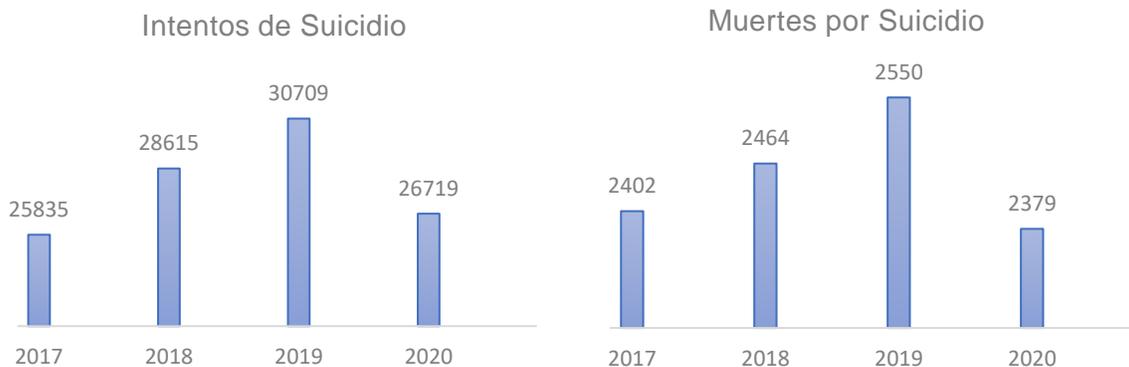
Respecto de la conducta suicida, la ENSM refiere que la tentativa de suicidio y el suicidio en menores de edad son la consecuencia más grave de un trastorno depresivo, al cual se le asocian eventos vitales estresantes que pueden ser detonantes de intentos de suicidio como: peleas con los padres, separación, rompimiento con la pareja, cambio de vivienda, suicidios de terceros, estigma y discriminación por identidad de género, por pertenencia étnica, entre otros. En adultos se exponen como factores asociados ser mayor de 45 años, la impulsividad, los eventos vitales adversos, el género masculino, ser viudo, separado o divorciado, vivir solo o sola, el desempleo, la jubilación; los antecedentes familiares de suicidio, intentos previos, contar con mala salud física, tener armas de fuego en casa, o padecer un trastorno mental (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias y Pontificia Universidad Javeriana, 2015).

En este orden de ideas, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 dispuso como meta para la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental “a 2021, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas a 4,7 por 100.000 habitantes”. Motivo por el cual, entre otros, se decidió considerar el intento de suicidio como un evento de vigilancia

en salud pública (evento 356), y elaborar el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para Intento de Suicidio, que actualmente se encuentra en su tercera versión (Instituto Nacional de Salud, 2020).

Desde el 2016, momento en que inició la notificación obligatoria de los intentos de suicidio al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), dichos eventos han tenido una tendencia al aumento, así como las muertes por suicidio. Pues como afirma el Instituto Nacional de Salud, citando al Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) “en el año 2006 la tasa por 100.000 habitantes fue de 4,03, ascendió a 4,08 en el año 2012; tuvo una leve disminución en el año 2013, después del cual continuó en aumento gradual, y llegó a 5,93 en 2018” (Instituto Nacional de Salud, 2020) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Casos de intento de suicidio y de muertes por suicidio entre 2017 y 2020.



Fuente: Informe del Evento Intento de Suicidio. SIVIGILA. INS. Semanas Epidemiológicas 01 a 52. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>

Fuente: INMLCF. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Base: SIRDEC. Enero a Diciembre. <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/boletines-estadisticos-mensuales>

En 2018, se presentaron 28.615 casos de intento de suicidio, en promedio 78,4 cada día a nivel nacional. Un incremento del 10,9% de casos con respecto al año 2017. Del total de casos de intento de suicidio, el 63,4 % corresponden al sexo femenino, el 80,5 % procede de las cabeceras municipales, y el 73,5 % de los casos se encuentra entre los 10 y los 29 años. En el 69,7 % del total de los casos de intento de suicidio, los factores desencadenantes fueron en su orden: el conflicto con la pareja o expareja, los problemas económicos, el maltrato físico psicológico o sexual, y los problemas del entorno escolar o educativo. Y el mecanismo más usado para el intento de suicidio en ambos sexos fue la intoxicación con el 66,7 % (Instituto Nacional de Salud, 2019).

Ahora bien, los determinantes asociados (Tabla 1) y los eventos desencadenantes de intento de suicidio (Tabla 2) presentan diferencias según el momento del curso de vida, aunque la ideación suicida y el antecedente de trastorno mental coinciden como los principales determinantes acorde con información registrada por el Instituto Nacional de Salud en lo tocante a los intentos de suicidio en 2019 (Instituto Nacional de Salud, 2020); año en el cual se presentó mayor incidencia en personas de 15 a 19 años.



Tabla 1. Factores determinantes del intento de suicidio por curso de vida en el 2019

Edad (años)	Casos	Factores determinantes de intento de suicidio										
		Ideación suicida persistente (%)	Antecedente de trastorno mental (%)	Trastorno depresivo (%)	Trastorno bipolar (%)	Trastorno de personalidad (%)	Esquizofrenia (%)	Plan organizado de suicidio (%)	Antecedente de violencia o abuso (%)	Antecedente familiar de conducta suicida (%)	Consumo de sustancias psicoactivas (%)	Abuso de alcohol (%)
5 a 14	4247	35,6	18,5	17	11,7	3,2	1	11,2	8,4	7,8	7,5	1,1
15 a 19	8727	33,1	24,4	23,5	2,5	3,4	1	16,5	5,3	7	15,5	4
20 a 24	5825	32,3	26,6	25,9	3,3	3	1,9	12	4,3	5,7	18,6	8,8
25 a 59	5735	33,5	27,4	25,8	3,9	2,6	2,3	12,8	4,9	3,8	13,7	12
60 y mas	766	32,2	32,2	28,7	4,3	1,8	2,7	14,6	2	3,1	3,9	8,2

Fuente: Elaboración propia a partir de información del SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, 2019

Tabla 2. Eventos desencadenantes de intento de suicidio por curso de vida en el 2019

Edad (años)	Casos	Desencadenantes de intento de suicidio									
		Problemas educativos (%)	Maltrato físico, psicológico o sexual (%)	Muerte de un familiar o amigo (%)	Conflicto con pareja o expareja (%)	Suicidio de un familiar o amigo (%)	Enfermedad (%)	Problemas económicos (%)	Problemas laborales (%)	Problemas jurídicos (%)	
5 a 14	4247	27,9	24,3	9,2	4,8	2,8	2	1,6	0,4	0,8	
15 a 19	8727	14,7	13,9	4,4	33,2	1,7	2,8	7,7	1,6	1,1	
20 a 24	5825	4,6	7,3	4,3	47,1	1,2	4,3	15,1	5,2	2,1	
25 a 59	5735	1,0	5,4	4,4	51,2	0,9	7,3	20,8	6,9	3	
60 y mas	766	0,7	6,3	7	9,5	0,8	25,4	24	3,7	2,5	

Fuente: Elaboración propia a partir de información del SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, 2019

Así mismo, el Instituto Nacional de Salud, establece que los mecanismos que con mayor frecuencia se utilizaron para intentar el suicidio en 2019 también presentan variaciones acordes con el curso de vida, entre lo que resalta el uso de armas de fuego por personas de 25 a 59 años en un 10,9% de los casos (Tabla 3).

Tabla 3. Mecanismos utilizados para el intento de suicidio por curso de vida en el 2019

Edad (años)	Casos	Mecanismo utilizado para intentar el suicidio								
		Intoxicaciones (%)	Heridas cortopunzantes (%)	Ahorcamiento (%)	Lanzamiento al vacío (%)	Lanzamiento a vehículo (%)	Uso de armas de fuego (%)	Lanzamiento a cuerpos de agua (%)	Inmolación (%)	
5 a 14	4247	49,2	34,6	11	6,2	1,2	0,3	0,5	0,1	
15 a 19	8727	65,9	25,6	6,3	3,5	1,2	0,5	0,5	0,2	
20 a 24	5825	68,1	21,6	6,5	4,4	1,4	0,5	0,5	0,3	
25 a 59	5735	67,9	17,9	7,7	5,4	2,4	10,9	0,7	0,1	
60 y mas	766	58,6	23,2	9,3	4,8	2,5	0,8	1,8	0,4	

Fuente: Elaboración propia a partir de información del SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, 2019

El análisis por curso de vida de intento de suicidio evidencia que en niños de 5 a 14 años los principales factores de riesgo son antecedentes de trastorno psiquiátrico, como factor desencadenante dificultades escolares y maltrato físico o psicológico o sexual y como mecanismo más utilizado las intoxicaciones. En lo adolescentes de 15 a 19 años, el mayor



factor de riesgo es la ideación suicida y el principal factor desencadenante los conflictos con pareja o expareja y problemas escolares. En los jóvenes y adultos el mayor factor de riesgo es la ideación suicida persistente y antecedentes psiquiátricos, así como el mayor factor desencadenante es el conflicto de pareja o expareja y los problemas económicos. En los adultos mayores los factores de riesgo más identificados son los antecedentes psiquiátricos y el trastorno depresivo, y los mayores factores desencadenantes son la presencia de enfermedad crónica dolorosa o discapacitante, seguido de problemas económicos.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) en Colombia en 2018 el suicidio representó el 10,4 % de las muertes por causa externa, año en el que se registraron 2.696 casos (en promedio 7,4 casos por día) siendo el mayor número en la última década, con 125 casos más que el año anterior y 855 más que en el año 2008. El suicidio acontece con mayor frecuencia en hombres (82,34 %), en personas de entre 20 a 39 años (43,36 %), y ante el uso de mecanismos generadores de asfixia (66,77 %), seguido por el uso de sustancias tóxicas (15,17 %) para ambos sexos (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019).

Del mismo modo, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2021) indica que de acuerdo con las Estadísticas Vitales – EEVV, del año 2019 y la entrega de resultados preliminares del año 2020 se observa una disminución de 226 casos en el número de muertes registradas por lesiones auto infligidas (suicidio) entre el año 2019 y el año 2020, tanto en hombres como en mujeres, al pasar de 2.927 casos en 2019 a 2.701 casos en 2020 (y) para el primer trimestre de 2021p, se han registrado 708 casos de muertes por lesiones autoinfligidas, de los cuales 585 correspondieron a hombres y 123 a mujeres, mostrando un comportamiento estable respecto al mismo periodo tanto de 2019 (712 casos) como de 2020p (696 casos).

La situación mostrada evidencia que la mortalidad por suicidio en Colombia, a excepción de la última anualidad en donde evidenció una leve reducción, ha ido en aumento, pasando de 2261 en 2009 –6 casos día– a 2927 en 2020p –8 casos día–, afectando especialmente a personas entre 18 y 24 años, personas solteras y en unión libre, y de acuerdo con nivel educativo a personas con educación inicial y básica primaria. a adolescentes y jóvenes. Los departamentos más afectados Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Cundinamarca y Santander que aportaron el 48% de las muertes totales por esta causa en 2020, y los Departamentos de Vaupés, Amazonas, Arauca, Tolima y Risaralda que presentaron las mayores tasas de mortalidad. Este comportamiento puede estar relacionado con aspectos locales estructurales como la situación socio-económica, desempleo, fenómenos de aculturación y pérdida de los territorios y prácticas ancestrales, así como también la presencia de conflictos familiares, conflictos de pareja, enfermedad física o trastorno mental.

En cuanto al comportamiento durante 2020, según los datos oficiales de intentos de suicidio y de muertes por esta causa, se evidenció una disminución en el número de casos. En el



2020 se presentaron 26719 casos de intento de suicidio, lo que representa una disminución del 15,7% en relación con el 2019 (Instituto Nacional de Salud, 2020); y 2379 muertes por suicidio, es decir que hubo una reducción del 6,7% en lo tocante a 2019 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2020).

La pandemia por COVID-19 ha tenido efectos en la presentación y notificación de la conducta suicida. Hipótesis que ha dado lugar a diversos encuentros de análisis de los cuales se concluye que, de acuerdo a la experiencia, es posible que las medidas de aislamiento hayan reducido el acceso a los medios letales y potenciado el control social, así como el involucramiento parental y familiar; que haya aumentado el uso de otros mecanismos de regulación emocional como el consumo de sustancias psicoactivas, o haya disminuido la notificación por parte de los servicios de urgencias de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) (Instituto Nacional de Salud, 2020).

Es probable, entonces, que el suicidio se convierta en una apremiante preocupación a medida que la pandemia avanza en el tiempo, principalmente para las personas que presentan algún trastorno mental, lo cual puede verse exacerbado por el miedo (muchas veces potenciado por información inadecuada), la soledad y el distanciamiento físico, aunado al estigma de que son víctimas las personas que desarrollan COVID-19 y sus familias, al posible incremento de la violencia doméstica, del consumo de alcohol y de los estresores financieros consecuentes al aislamiento (Gunnell, y otros, 2020).



4. Marco de Referencia

4.1. Conducta Suicida

Aunque el suicidio ha sido tema de análisis desde el siglo XVII, en el siglo XX se dieron los principales hallazgos y propuestas en este campo. En sus inicios se destacan teorías como las de Émile Durkheim, Sigmund Freud y Aaron Beck, entre otros.

Durkheim (2011) establece que “se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (pág. 16). Para este sociólogo, “si bien los suicidios son fenómenos individuales, están provocados por causas esencialmente sociales. En consecuencia, las tendencias suicidógenas no parten del individuo, sino de la sociedad a la que pertenece” (Mesones Peral, 2014, pág. 47).

Desde la teoría psicoanalítica, “para Freud el suicidio viene a ser un síntoma doloroso, producto de tendencias autodestructivas presente en todo tipo de personas, fenómeno intrapsíquico determinado de forma inconsciente donde interviene la agresión y la hostilidad a sí mismo al no poder exteriorizarlo (...). Desde esta perspectiva, el suicidio es el acto de matarse para no matar a otro” (Mesones Peral, 2014, pág. 50).

Por su parte, Beck, desde la teoría cognitivo-conductual, interpreta el suicidio en el marco de la depresión, la cual se produce cuando el sujeto sufre distorsiones en el procesamiento de la información. “Beck también plantea que el suicidio es una expresión del deseo de escapar de las situaciones que no se pueden soportar; además las personas que presentan sintomatología depresiva se sienten como una carga inútil, lo que crea la idea de que las cosas estarían mejor sin ellos” (Juárez Dávalos, 2010, pág. 38).

No obstante, “uno de los primeros intentos por estandarizar esta definición fue el de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), la cual definió el suicidio como una autolesión intencionada, así como una conducta de afrontamiento. Más adelante, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1969, definió el acto suicida como “Todo hecho por el cual el individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado, con intención letal”” (Juárez Dávalos, 2010, pág. 29).

Reconociendo los aportes de cada teoría explicativa del suicidio, la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia, se fundamenta en los enfoques de Edwin Schneidman, quien, entre otras, acuñó el término “Suicidología” (Schneidman, 1971) y de Van Heeringen quien ha avanzado en la exposición del proceso suicida (Van Heeringen, 2001).

Citando a Schneidman, Mesones Peral (2014) identifica algunas características comunes en todo acto suicida:



- El estímulo común en el suicidio es el insoportable dolor psicológico. La principal regla clínica es reducir el nivel de sufrimiento, de manera que el individuo elija vivir.
- El catalizador común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas. El suicidio parece una solución lógica para el individuo que lo comete, y se comprende mejor como resultado de necesidades obstruidas o insatisfechas. La regla clínica es: si se encausan las necesidades frustradas no ocurrirá el suicidio.
- El propósito común del suicidio es buscar una solución. El suicidio no es un acto al azar; no se realiza sin sentido o propósito.
- La acción común en el suicidio es escapar, como “la última salida” de una situación tensionante.
- La meta común para el suicidio es la suspensión de la conciencia de uno sobre el dolor insoportable y los apremiantes problemas de la vida. Pues la mente angustiada de una persona suicida interpreta el final de la conciencia como la única manera de poner fin al sufrimiento.
- La emoción común en el suicidio es la desesperanza-desamparo. Los estudios sobre el suicidio observan profundas emociones básicas tales como vergüenza, culpa y dependencia frustrante. Subyacente a todos estos sentimientos está la impotencia.
- La actitud interna común hacia el suicidio es la ambivalencia. La persona siente tanto que quiere morir como que quiere vivir (que la rescaten), situación que puede ser utilizada para ganar tiempo en busca de generar otras soluciones para la situación dolorosa.
- El estado cognitivo común en el suicidio es la constricción psicológica de sentimientos y pensamientos. La persona está restringida en su capacidad de percibir opciones o actitudes disponibles para continuar con la vida, sólo identifica dos opciones: seguir sufriendo o morir.
- El acto interpersonal común en el suicidio es la comunicación de la intención. Las personas que piensan en acabar con su propia vida usualmente dan claves claras sobre el inminente suceso mortal. El reconocimiento de esas claves es indispensable en la prevención del suicidio.
- El patrón común en el suicidio es coherente con estilos de afrontamiento a lo largo de la vida. La tendencia en el pasado hacia el pensamiento dicotómico, la evitación o la capitulación podrían servir como indicios sobre cómo afrontará situaciones de crisis en el futuro.

Van Heeringen (2001), por su parte, relaciona su teoría con el término “suicidabilidad” que incorpora el componente cognitivo y el conductual del comportamiento suicida. El componente cognitivo está identificado con la ocurrencia de cualquier pensamiento relacionado con la conducta autodestructiva, incluyendo pensamientos de muerte, ideas vagas acerca de la posibilidad de terminar con la propia vida, hasta ideas referidas a planes concretos que incluyen lugar, método y tiempo para llevar a cabo el intento. El componente conductual, por su parte, identifica los comportamientos de intencionalidad autodestructiva, entre los cuales se tiene principalmente, el gesto suicida (conductas que simulan el acto



suicida tal como ponerse la pistola en la cabeza o el cuchillo en las muñecas), el intento suicida (conducta autodestructiva que no culmina con la muerte), y la muerte por suicidio.

Estas conductas hacen parte de lo que se conoce como proceso suicida, referido al desarrollo y progresión de la suicidabilidad, teniendo en cuenta que tal proceso se da al interior del individuo suicida, y que este es influenciado por la interacción con el medio. El concepto implica la presencia de vulnerabilidad persistente y subyacente, constituida por características biológicas y psicológicas que potencian el efecto de estresores específicos. Es decir que la principal explicación de la conducta suicida es la predisposición o vulnerabilidad, en interacción con factores estresantes (Eguiluz, Córdova, & Rosales, 2010).

4.1.1. Manifestaciones

El *proceso suicida* se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidabilidad, que comprende las ideas y deseos o ideación suicidas, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y las muertes por suicidio (Gutiérrez García, Contreras, & Orozco Rodríguez, 2006, pág. 69). Es decir, la evolución de la conducta suicida pasa por que la persona se plantee seriamente la muerte, busque los medios y el momento para llevarlo a cabo, y finalmente lo intente. Según como sea ese intento puede culminar con la muerte o puede ser un intento fallido.

Este proceso puede estar precedido por actitudes de escape, venganza, altruismo o búsqueda de riesgos (Gutiérrez García, Contreras, & Orozco Rodríguez, 2006); lo cual se identifica por aislamiento, estancamiento, pasividad, ausencia de ideas, falta de independencia, limitación de la acción como consecuencia de visualizar el mundo cada vez más de un solo lado (negativo). También pueden presentarse acciones agresivas hacia sí mismo seguidas de calma y serenidad, lo que puede ser interpretado como mejoría y superación del problema; y evasión de la realidad bajo la forma de fantasías, del soñar despierto, expresada algunas veces como la posibilidad de cometer suicidio (Eguiluz, Córdova, & Rosales, 2010).

Las personas que presentan *ideación suicida*, por lo general tienen una organización particular de pensamiento, caracterizada por un raciocinio basado en falacias lógicas (tales como suponer que todo el que se suicida recibe atención, por lo tanto, matándose recibirá atención); desorganización semántica identificada con estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento asociado al temor de morir; percepción de toda situación en totalidades, sin dar oportunidad a puntos intermedios; dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conducta; e incapacidad de incorporar el pasado y prever acciones para el futuro. Razón por la cual, las personas con tendencia suicida perciben los hechos en el tiempo de manera significativamente distinta a las demás personas, pues para ellas no hay más tiempo que el presente, el cual además no es nada gratificante (Eguiluz, Córdova, & Rosales, 2010).



Adicionalmente, quienes están en *riesgo inminente de suicidio* tienen manifestaciones como preparación de documentos necesarios para cuando la persona que intenta el suicidio ya no esté y/o dejarlos en un lugar de fácil acceso; despedirse verbalmente (palabras amables, de agradecimiento o de perdón), corporalmente (abrazos o besos) o por escrito (dejando una nota o carta, o enviando un correo electrónico que la persona puede leer antes o después de la consumación del suicidio); hacer una despedida, como una fiesta, o un homenaje, como si no fuera a ver a la persona en mucho tiempo, y no se tiene una justificación para ello como viajes de larga estancia; dejar de tomar medicamentos esenciales o de asistir a los controles médicos; regalar objetos personales, valiosos económicamente o sentimentalmente, a personas muy cercanas o todo lo contrario, a personas desconocidas (Anseán, 2014).

Lo anterior está acompañado de un estado de ánimo deprimido constantemente (tristeza continuada, ojos llorosos, esconderse para llorar, hiperemotividad, apatía, sentimientos de inutilidad, baja autoestima), falta o exceso de necesidades primarias como apetito y sueño, sexualidad inhibida o promiscua; parecer como ausente en actividades o reuniones que antes le motivaban, mirada perdida, aparente desinterés, dar respuestas extrañas o que parecen incoherentes; expresiones indirectas, verbales o no verbales, sobre la falta de sentido de la vida, la fragilidad de la existencia o la vulnerabilidad personal ante situaciones azarosas; verbalizaciones directas acerca de que no le importaría morir o que los demás estarían mejor sin él o ella; avisos de ideación suicida, tratando temas directos o periféricos en relación a la muerte; acceso a armas de fuego, medicamentos de dosis tóxicas o cualquier otro medio que pueda ser empleado para el suicidio; conductas con cierto índice de impulsividad y falta de control; aparente y súbita mejoría de su estado anímico (suele aparecer cuando tiene un plan ya elaborado y se siente aliviado por saber cómo lo va a poner en práctica); y aniversarios de fallecimiento de personas cercanas o fechas significativas en un futuro próximo (Anseán, 2014).

4.2. Determinantes de la conducta suicida

Acorde con los postulados de Chapman y Gavrin “el sufrimiento es un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitan afrontar dicha amenaza” (Chapman & Gravrin, 1993, pág. 11). Es decir, una persona sufre cuando acontece algo que percibe como una amenaza importante para su existencia (personal y/u orgánica) y al mismo tiempo, cree que carece de recursos para hacerle frente (LLorente Guerrero, 2002). El sufrimiento es una experiencia tan personal que toda situación detonante se convierte en algo biográfico, íntimo, y esto la hace más dolorosa, porque la representación del sufrimiento en cada persona depende de su cosmovisión, de sus concepciones filosóficas, de su sentido de vida (Vélez Correa, 2003).

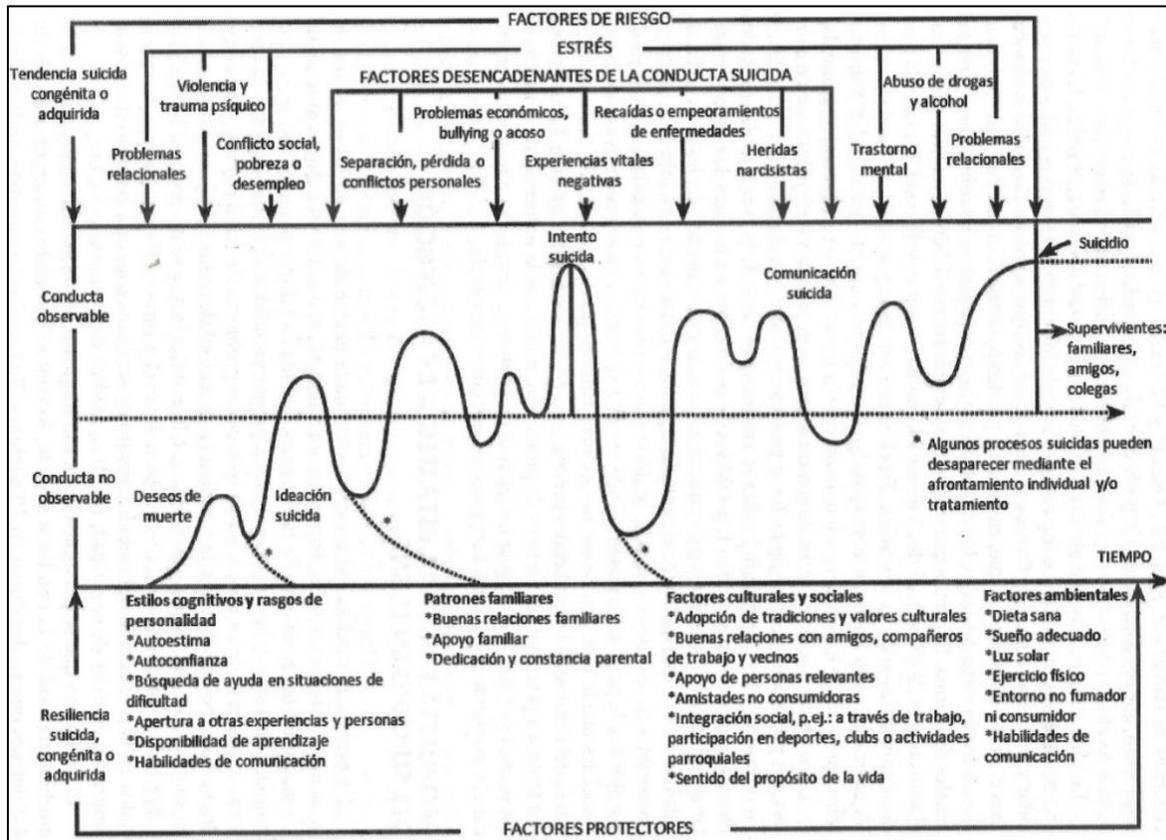
No obstante, todo el mundo sufre, ha sufrido y sufrirá ineludiblemente (Mélich, 2010), pues el ser humano es una estructura frágil y precaria, es decir, vulnerable en palabras de

Francesc Torralba (1998), quien además destaca que “todo en el ser humano es vulnerable, no sólo su naturaleza de orden somático, sino todas y cada una de sus dimensiones fundamentales. Su estructura pluridimensional, su mundo relacional, su vida, su obrar, sus acciones, su pensamiento, sus sentimientos e, inclusive, sus fantasías son vulnerables” (pág. 243).

El ser humano, está en constante exposición a factores que generan tensión y éste debe hacer frente a ellos para continuar; empero, “aunque ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en un número considerable de personas, las diferencias individuales y del grupo, en cuanto a grado y clase de respuesta, son siempre manifiestas. Las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos, así como en sus interpretaciones y reacción ante los mismos” (Lazarus & Folkman, 1986, pág. 47).

Es importante reconocer que, como todos los comportamientos humanos, el suicidio no se rige por un único factor causal. “Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienden al comportamiento suicida, o por qué el suicidio es más prevalente en algunas comunidades que en otras” (Ardila, 2007, pág. 248) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Modelo de vulnerabilidad y estrés en conducta suicida.



Fuente: Tomado de Anseán, A. (2014). Suicidios: manual de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. p. 30.



Varios factores de riesgo actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de un individuo al comportamiento suicida, sin esto querer decir que la presencia de factores de riesgo conduce necesariamente al suicidio, pues, en líneas generales, un factor que aumenta la probabilidad de aparición de la conducta suicida se considerará de riesgo cuando esté presente y de protección cuando esté ausente; así como, un factor que disminuye la probabilidad de aparición de la conducta suicida se considerará de protección cuando esté presente y de riesgo cuando esté ausente (Anseán, 2014).

Entre los factores que la evidencia reconoce existen los predisponentes, precipitantes, potenciadores y moduladores de la conducta suicida (Anseán, 2014) en el marco de la gestión del riesgo en salud mental, los cuales integran aspectos del sujeto vulnerable y del entorno amenazante, aspectos biofísicos con aspectos psicosociales y aspectos subjetivos e interaccionales con determinantes del contexto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

4.2.1. Modelo ecológico para comprender la conducta suicida

En el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, la Organización Mundial de la Salud (2003) define la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (pág. 5). Y entre la tipología de la violencia se encuentra la *autoinfligida* que comprende el comportamiento suicida y las autolesiones (o automaltrato).

La conducta suicida, como un tipo de violencia, es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales (Gráfico 3). De aquí que, comprender la forma en que estos factores están vinculados sea uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenir el suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Gráfico 3. Modelo ecológico para comprender la violencia



Fuente: Tomado de Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OPS. p. 14.

El primer nivel del modelo ecológico centra su atención en las características propias del individuo, y pretende identificar los factores biológicos, psicológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona (Organización Mundial de la Salud, 2003) (Tabla 4).



Tabla 4. Determinantes individuales asociados a la conducta suicida.

Personales	Edad
	Sexo
	Orientación sexual e Identidad de género
	Pertenencia étnica
	Nivel educativo
	Identidad cultural
Antecedentes	Funcionamiento neurológico y endocrino
	Enfermedades dolorosas y/o discapacitantes
	Trastornos mentales
	Uso de servicios de salud
	Acontecimientos vitales estresantes
	Violencia autoinfligida
	Violencia interpersonal
	Violencia colectiva
	Pérdidas significativas
Antecedentes familiares de suicidio	
Psicológicos y emocionales	Desesperanza
	Insatisfacción
	Rasgos de personalidad
	Capacidad de resolución de problemas
	Autocontrol y capacidad de afrontamiento
	Futilidad y falta de interés por la vida

Fuente: Elaboración propia a partir de Anseán, A. (2014). Suicidios: manual de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. p. 120.

El segundo nivel del modelo ecológico se interesa por el modo en que las relaciones cercanas aumentan el riesgo de conducta suicida. “Los compañeros, la pareja y los miembros de la familia tienen el potencial de configurar el comportamiento de un individuo y la gama de experiencias de este” (Organización Mundial de la Salud, 2003, pág. 14) (Tabla 5).

Tabla 5. Determinantes relacionales asociados a la conducta suicida.

Roles	Personas con quien vive
	Número de hijos
	Situación laboral y ocupación
	Estado civil
Vínculo	Red social de apoyo
	Relaciones familiares
	Relación con compañeros
	Relación con pares
Sociofamiliares	Conflictos en las relaciones
	Clase social
	Migración
	Religiosidad y espiritualidad
	Institucionalización
	Pactos suicidas
Suicidio ampliado (homicidio-suicidio)	

Fuente: Elaboración propia a partir de Anseán, A. (2014). Suicidios: manual de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. p. 120.

El tercer nivel del modelo ecológico, el de la comunidad, examina los contextos en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos entornos que se asocian con la conducta suicida (Organización Mundial de la Salud, 2003) (Tabla 6).



Tabla 6. Determinantes comunitarios asociados a la conducta suicida.

Comunidad	Desastres
	Conflicto armado
	Desplazamiento
	Aculturación
	Crisis económica o social
	Régimen político
Por entornos	Discriminación
	Inequidad
	Maltrato
	Sobrecarga
	Injusticia
Contextos sociales suicidas	Modelos suicidas e imitación
	Suicidio epidémico
	Suicidios colectivos

Fuente: Elaboración propia a partir de Anseán, A. (2014). Suicidios: manual de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. p. 120.

Por último, el cuarto nivel, revisa los determinantes sociales que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos poblacionales (Organización Mundial de la Salud, 2003) (Tabla 7).

Tabla 7. Determinantes sociales asociados a la conducta suicida.

Sociedad	Estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda
	Notificación inapropiada por medios de difusión
	Acceso a medios utilizables para suicidarse
	Barreras en el acceso a los servicios de salud
	Políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen niveles altos de desigualdad económica o social entre distintos grupos poblacionales
Contexto	Medio rural o urbano
	Clima
	Ubicación geográfica
Cultura	Normas culturales que apoyan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos
	Actitudes que consideran el suicidio como una opción personal más que como un acto de violencia evitable
	Normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres y los niños

Fuente: Elaboración propia a partir de Anseán, A. (2014). Suicidios: manual de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. p. 120.



5. Componentes de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida

Tradicionalmente la prevención se ha planteado en niveles desde que Leavell y Clark propusieron, en la década del 50, la prevención primaria, secundaria y terciaria (Blanco Restrepo & Maya Mejía, 2005). En este sentido, las intervenciones de prevención del suicidio que recoge la Organización Panamericana de la Salud en su informe “Prevención del Suicidio: un imperativo global”, están descritas a modo de estrategias de prevención universales, selectivas e indicadas.

Las estrategias de prevención universales están diseñadas para llegar a toda una población con la finalidad de potenciar al máximo la salud y reducir al mínimo el riesgo de suicidio al eliminar barreras de atención y aumentar el acceso a la ayuda, fortalecer los procesos protectores como el apoyo social, la cultura propia y la modificación de determinantes del contexto. Las selectivas se dirigen a grupos vulnerables de la población sobre la base de características como la edad, el sexo, el género, la pertenencia étnica, la situación ocupacional o los antecedentes familiares. Y las indicadas se dirigen a determinados individuos vulnerables dentro de la población como las personas que tienen antecedentes personales de trastornos mentales o que han tenido intentos de suicidio (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

No obstante, considerando que desde la perspectiva del enfoque socioeconómico lo mental se define a partir de la estrecha relación entre los individuos y las estructuras socioeconómicas, el ambiente material y la vida cultural (Restrepo O & Jaramillo E, 2012), la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia se enmarca en los determinantes que actúan propiciando o impidiendo la conducta suicida, teniendo en cuenta que la prevención debe inscribirse en el campo de la cultura (Martínez, 2017), y que se puede esperar mayor efectividad de los programas que combinan o coordinan intervenciones múltiples que abordan objetivos de prevención similares, que están hechos a la medida de las necesidades de la población en particular y de segmentos específicos dentro de ella, que se miden en períodos de evolución sensitivos al cambio, que hacen uso de los principios basados en evidencia sobre cambios de conducta y que tienen un gran alcance en las poblaciones en riesgo.

De hecho, varias revisiones indican que las intervenciones multinivel deberían ser la estrategia de elección para la prevención del suicidio (van der Feltz-Cornelis, y otros, 2011), comprendiendo que son aquellas que se dirigen a varias poblaciones o varios niveles dentro de los sistemas de salud, o que incluyen intervenciones con más de un enfoque. Por eso, “los programas deben abordar múltiples resultados finales, es decir, deben tener el potencial para reducir el riesgo de muchos problemas y trastornos de salud mental, mejorar simultáneamente la salud mental y física y generar beneficios sociales y económicos” (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En el marco de una perspectiva integradora que haga posible la intervención de los contextos sociales y los modos de vida de las comunidades, deben plantearse acciones en



consonancia con los determinantes de la salud mental, entre los que se encuentran los biológicos muchos inmodificables como el momento del curso de vida y el sexo, los psicológicos como la interpretación y significación que el sujeto hace de los fenómenos que acontecen en el curso de su vida, y los sociales que se relacionan con las redes de apoyo, las características de la vivienda, la educación, los servicios de salud, las oportunidades de desarrollo, la economía y las características de la sociedad, la cultura y el ambiente (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

5.1. Componentes básicos

La Organización Panamericana de la Salud (2014) estableció los componentes de las estrategias nacionales de prevención de la conducta suicida, a la luz de las actividades y abordajes que Naciones Unidas destacó para lograr las metas propuestas. Entre los componentes característicos de las estrategias nacionales se encuentran los descritos a continuación (Tabla 8).

Tabla 8. Componentes característicos de las estrategias nacionales

Componente	Metas y objetivos
Vigilancia	Mejorar la calidad y la temporalidad de los datos nacionales sobre el suicidio y los intentos de suicidio. Apoyar el establecimiento de un sistema integrado de recopilación de datos que sirva para identificar a grupos y personas vulnerables, así como para detectar situaciones de vulnerabilidad.
Restricción de medios utilizables para suicidarse	Reducir la disponibilidad, la accesibilidad y la fuerza atractiva de los medios utilizables para suicidarse. Reducir la toxicidad y el poder letal de los medios disponibles.
Medios de difusión	Promover la aplicación de directrices para los medios de difusión en pro de una información responsable sobre los suicidios en la prensa, la radio, la televisión y las redes sociales.
Acceso a servicios	Promover un mayor acceso a servicios integrales para las personas vulnerables a los comportamientos suicidas. Eliminar las barreras a la atención.
Capacitación y educación	Mantener programas de capacitación integrales para los guardianes identificados (por ejemplo, personal de salud, educadores, policías). Mejorar la competencia de los proveedores de atención primaria y de salud mental para el reconocimiento y el tratamiento de las personas vulnerables.
Tratamiento	Mejorar la calidad de la atención y las intervenciones clínicas basadas en datos científicos, especialmente para los individuos que se presentan al hospital después de un intento de suicidio. Mejorar la investigación y la evaluación de las intervenciones eficaces.
Intervención en crisis	Velar por que las comunidades tengan la capacidad de responder a las crisis con intervenciones apropiadas y porque las personas en situación de crisis tengan acceso a una atención de salud mental de emergencia, incluso a través de internet o de líneas telefónicas de ayuda.
Intervención posterior	Mejorar la respuesta y el cuidado a los afectados por suicidio o intentos de suicidio. Prestar servicios propicios y rehabilitadores a las personas afectadas por intentos de suicidio.
Concientización	Establecer campañas de información pública para ayudar a entender que el suicidio es prevenible. Mejorar el acceso del público y de los profesionales a la información acerca de todos los aspectos de la prevención del comportamiento suicida.
Reducción de estigmas	Promover la utilización de servicios de salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y atención relacionada con el suicidio. Reducir la discriminación contra quienes utilizan estos servicios.
Supervisión y coordinación	Establecer instituciones u organismos que promuevan y coordinen la investigación, la capacitación y la prestación de servicios relacionados con conducta suicida. Fortalecer la respuesta de los sistemas sanitario y social a la conducta suicida.

Fuente: Modificado de Organización Panamericana de la Salud. Prevención del Suicidio: un imperativo global. 2014. OPS, p. 57.



Partiendo del análisis específico de la conducta suicida en Colombia y en el marco de sus características epidemiológicas, demográficas, sociales, económicas y políticas, se establecieron siete componentes básicos para la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida, los cuales se relacionan estrechamente con la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) (Tabla 9).

Tabla 9. Componentes de la Estrategia para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia.

Componentes de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia	Ejes de la Política Nacional de Salud Mental	Objetivo del Eje
1. Satisfacción de necesidades humanas	Eje 1. Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos	“Crear las condiciones individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, promoviendo y manteniendo el bienestar emocional y social”
2. Fomento de habilidades socioemocionales		
3. Reducción del consumo de alcohol	Eje 2. Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia	“Mejorar la capacidad de respuesta individual, familiar, comunitaria e institucional, orientando acciones para gestionar los riesgos en salud mental y epilepsia en los entornos donde las personas se desarrollan”
4. Limitación de medios letales utilizados para cometer suicidio		
5. Intervención en crisis		
6. Atención integral de personas con problemas y trastornos mentales	Eje 3. Atención integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia	“Disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas y trastornos mentales, violencia interpersonal y epilepsia en las personas, familias y comunidades, aumentando la oportunidad, el acceso, la aceptabilidad, la calidad, la continuidad y la oferta de servicios de salud mental”
7. Apoyo a sobrevivientes de suicidio, reducción del estigma y comunicación responsable de la conducta suicida	Eje 4. Rehabilitación integral e inclusión social	“Lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política y cultural), de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario e institucional), hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros”
Entrelazamiento de las acciones propuestas para la prevención de la conducta suicida y las actividades desarrolladas desde cada uno de los entornos.	Eje 5. Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial	“Promover el goce efectivo del derecho a la salud, la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas en sus diferentes entornos de desarrollo mediante la articulación de los diferentes procesos de gestión de la salud pública a los objetivos, principios y alcance de la presente Política Nacional de Salud Mental”

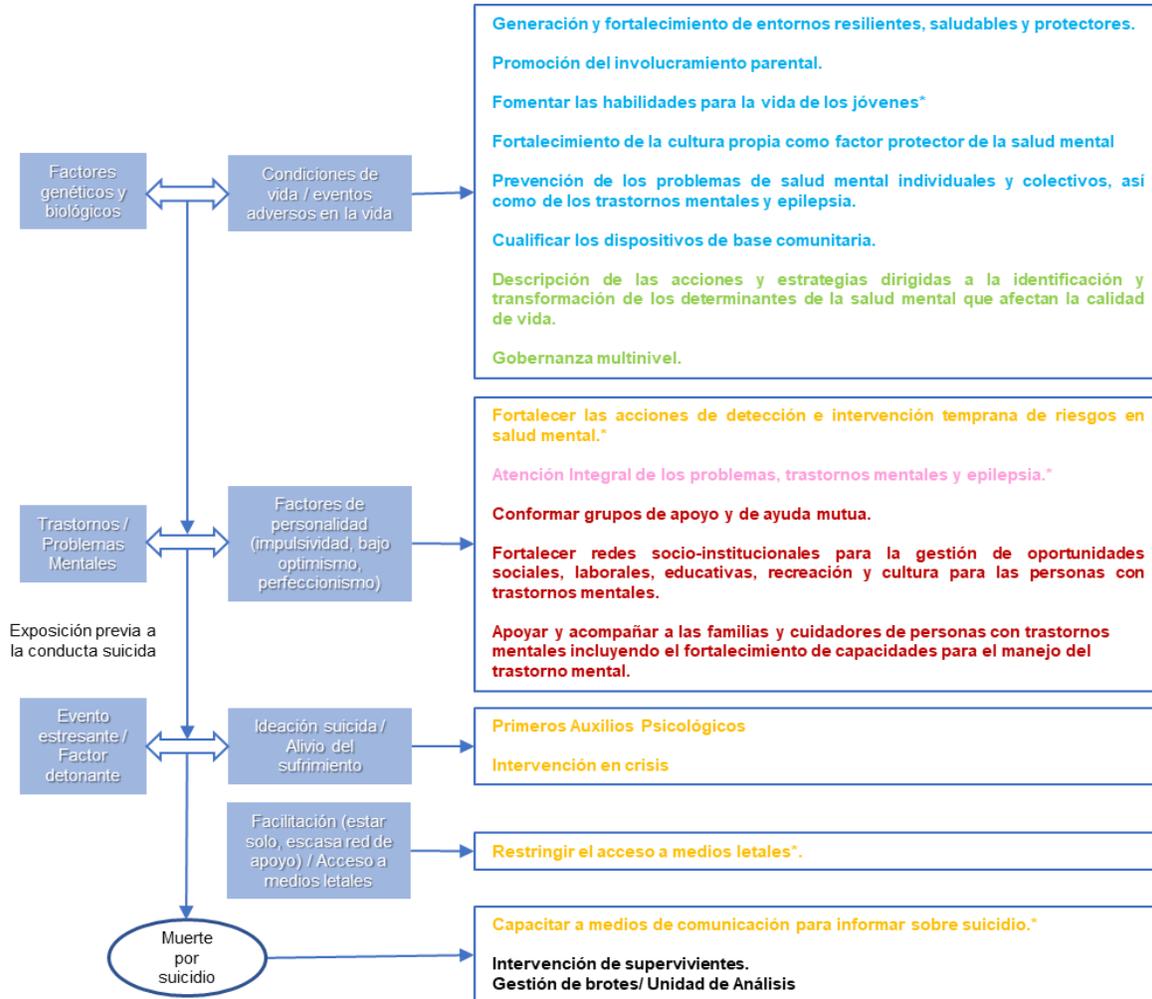
Fuente: Elaboración propia a partir la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Estos componentes, se despliegan en los diferentes entornos mediante planes, programas y proyectos en el marco de las competencias de cada actor involucrado y de las disposiciones de la Política Nacional de Salud Mental, cuyos ejes estratégicos orientan las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio



pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población que reside en el territorio colombiano con enfoque de atención primaria en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Gestión para la prevención de la conducta suicida



*Intervenciones Clave y eficaces basadas en la evidencia, OPS (2021) Ejes de la Política Nacional de Salud Mental: Eje 1, Eje2, Eje 3 Eje 4, Eje 5.

Fuente: Elaboración propia a partir de Organización Panamericana de la Salud (2021). Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington: OPS; y de la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

5.1.1. Satisfacción de necesidades humanas

Es importante reconocer el papel de la satisfacción de las necesidades humanas, como una potente acción en la disminución del sufrimiento, al hablar de vulnerabilidad en el marco de la prevención de la conducta suicida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Sin embargo, al ser las necesidades humanas un factor potenciador de la conducta suicida y un determinante social, su satisfacción dependerá, en gran medida, de las apuestas políticas e intersectoriales que se adelanten.



En este sentido, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ha recomendado, entre otras, “abordar de forma integrada el desarrollo en los primeros años de vida (...); invertir de forma sostenida en el desarrollo rural (...); velar por que las políticas económicas y sociales destinadas a afrontar el cambio climático y otros procesos de degradación ambiental tengan en cuenta la cuestión de la equidad sanitaria (...); convertir el pleno empleo, la equidad laboral y el trabajo digno en objetivos básicos de la formulación de políticas sociales y económicas (...); instituir políticas de protección social de amplio alcance para que toda la población disfrute de un nivel de ingresos suficiente para llevar una vida sana (...); crear sistemas que ofrezcan atención sanitaria universal centrados en la atención primaria de salud (...); prestación de servicios básicos esenciales para la salud y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias sanitarias importantes” (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 3).

“Entender la salud, la enfermedad y el desarrollo humano como devenir, como despliegue de las determinaciones y potencialidades del ser humano, desde una cosmovisión de la realidad emergente y un universo creativo, aporta otras formas de entender la salud pública como ciencia preocupada por la justicia social” (Peñaranda, 2013, pág. 101).

Recogiendo los postulados de diferentes estudiosos del Desarrollo Humano como es el caso de la enfermera estadounidense Virginia Henderson, el psicólogo estadounidense Abraham Maslow, la filósofa francesa Simone Weil, el economista chileno Manfred Max-Neef y la filósofa estadounidense Martha Nussbaum, podría decirse que entre las necesidades humanas se encuentran las relacionadas con la subsistencia y la fisiología, con la seguridad y la protección, con el estima, con la aceptación social, y con la autorrealización (Tabla 10).

Tabla 10. Necesidades Humanas

Subsistencia y Fisiología	Seguridad y Protección	Estima	Aceptación Social	Autorrealización
Respiración	Estabilidad	Autoestima	Afecto	Aprendizaje
Nutrición	Orden	Heteroestima	Amor	Descubrimiento
Hidratación	Verdad	Confianza	Amistad	Entendimiento
Eliminación de productos de desecho	Evitación de Peligros	Éxito	Pertenencia	Moralidad
Movimiento corporal	Higiene	Honor	Arraigo	Creatividad
Sueño	Vestido	Igualdad	Identidad	Espontaneidad
Descanso	Posibilidad de elegir por donde moverse	Ocio	Participación	Responsabilidad
		Sensación de logro	Trato digno	
		Armonía	Libertad	
			Obediencia	
			Relación con la naturaleza	
			Contar con un sistema de creencias y valores	
			Autonomía sobre la propia vida	

Fuente: Elaboración propia a partir de los postulados de Virginia Henderson, Abraham Maslow, Simone Weil, Manfred Max-Neef y Martha Nussbaum.

No obstante, la satisfacción de las necesidades se da de acuerdo con la escala de valores de la que cada ser humano disponga, la cual es construida y deconstruida con la interacción



que este sujeto tenga con su contexto, con sus necesidades, vivencias y recursos, los cuales son interpretados por cada persona quien a su vez les otorga un significado de acuerdo con sus recuerdos, aprendizajes, deseos y expectativas (Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009).

5.1.2. Fomento de habilidades socioemocionales

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), “enfatisa el rol de las habilidades para ayudar a las personas a enfrentar los desafíos del mundo moderno e insta a los responsables de la formulación de políticas a preparar los instrumentos adecuados para movilizar el potencial de dichas habilidades. Las habilidades se definen de manera general como características individuales que impulsan por lo menos una dimensión del bienestar individual y el progreso socioeconómico (productividad), que se pueden medir significativamente (posibilidad de ser medido) y que son maleables a través de los cambios ambientales y de las inversiones (maleabilidad). Las personas necesitan múltiples habilidades para lograr objetivos diversos en la vida” (2015, pág. 33).

Las habilidades sociales y emocionales se refieren a las capacidades para regular los pensamientos, las emociones y la conducta del individuo. Estas habilidades se enfocan principalmente en cómo las personas manejan sus emociones, se perciben a sí mismas y se involucran con otras. Sin embargo, dependen de factores situacionales y de respuesta al cambio y al desarrollo a través de experiencias de aprendizaje formales e informales (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), 2017).

De acuerdo con la OCDE (2017), las habilidades sociales y emocionales se organizan con base en el “modelo de los cinco grandes factores” y las habilidades compuestas, las cuales representan la combinación de dos o más habilidades individuales (Tabla 11).

Tabla 11. Descripción de las habilidades sociales y emocionales.

“Cinco Grandes Factores”	Habilidades	Descripción
Desempeño de tareas	Motivación al logro	Fijar altos estándares para uno mismo y trabajar duro para cumplirlos
	Responsabilidad	Capacidad para cumplir los compromisos, ser puntual y confiable
	Autocontrol	Capacidad de evitar distracciones y enfocar la atención sobre la tarea actual con el fin de lograr los objetivos personales
	Persistencia	Perseverar en tareas y actividades hasta que se completen
Regulación emocional	Resistencia al estrés	Efectividad en la modulación de la ansiedad y capacidad para resolver problemas calmadamente
	Optimismo	Expectativas positivas y optimistas para sí mismo y la vida en general
	Control emocional	Estrategias efectivas para regular el temperamento, la ira y la irritación ante frustraciones
Colaboración	Empatía	Amabilidad y preocupación por los demás y su bienestar que lleva a valorar e invertir en relaciones cercanas
	Confianza	Asumir que los demás generalmente tienen buenas intenciones y perdonar a aquellos que han hecho mal
	Cooperación	Vivir en armonía con los demás y valorar la interconexión entre todas las personas
Apertura mental	Curiosidad	Interés por las ideas y amor por el aprendizaje, la comprensión y la exploración intelectual
	Tolerancia	Apertura a diferentes puntos de vista y valía de la diversidad



	Creatividad	Capacidad para generar formas nuevas de hacer o pensar acerca de cosas mediante la exploración, aprendiendo de los errores, la reflexión y la planeación
Involucrarse con otros	Sociabilidad	Capacidad para acercarse a otros, iniciando y conservando conexiones sociales
	Asertividad	Capacidad para expresar opiniones, necesidades y sentimientos de forma segura, y ejercer influencia social
	Energía	Abordaje de la vida diaria con entusiasmo y espontaneidad
Habilidades compuestas	Autoeficacia	Fortaleza de las creencias del individuo en su capacidad para ejecutar tareas y lograr metas
	Pensamiento crítico / Independencia	Capacidad para evaluar información e interpretarla a través de un análisis independiente y sin restricciones
	Autorreflexión / Metacognición	Consciencia de los procesos internos y experiencias subjetivas, tales como los pensamientos y las emociones, y la capacidad de reflexionar y articular dichas experiencias

Fuente: Modificado de OECD. Habilidades sociales y emocionales: bienestar, conectividad y éxito. 2016. Pág. 8.

Si bien existen experiencias en el desarrollo de las habilidades sociales y emocionales, sobre todo en adolescentes (Organización Panamericana de la Salud, 2021), la evidencia señala que el proceso de desarrollo de capacidades en este tema debe darse, entre otros aspectos, en un marco de conocimiento sólido y con la participación de todos los actores que se relacionan con la habilidad a fomentar. Debe tener en consideración las características específicas del contexto y de las personas con quien se adelante el proceso de desarrollo de capacidades; utilizar medios interactivos con retroalimentación constante respecto a la forma como se está implementando la habilidad, y con sesiones estructuradas y separadas entre sí para tener tiempo de llevar a la práctica cotidiana los aprendizajes obtenidos. Es decir, a través de procesos educativos, continuos y permanentes desde todos los entornos donde tiene lugar el desarrollo humano, en el marco del diálogo de saberes.

Así como lo propone la Organización Mundial de la Salud con su iniciativa “Habilidades para la Vida” disponible en: <https://www.habilidadesparalavida.net/edex.php>; y el Ministerio de Educación Nacional en su estrategia “Emociones, conexión vital” disponible en: <https://www.colombiaaprende.edu.co/contenidos/coleccion/emociones-conexion-vital>.

5.1.3. Reducción del consumo de alcohol

En el 2010, la Organización Mundial de la Salud estableció la Estrategia Mundial para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol, la cual fue adaptada para el contexto nacional a través de la Estrategia Nacional para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol de 2016 cuyo desarrollo es adelantado por las entidades territoriales de salud, como parte de los Planes Departamentales de Drogas.

Recientemente, la OMS lanzó el paquete técnico de medidas SAFER (Organización Panamericana de la Salud, 2020), para implementar la Estrategia Global sobre Alcohol, el cual, acorde con la evidencia, resalta la importancia de trabajar en cinco intervenciones clave en materia de políticas relativas a la reducción del consumo de alcohol, tales como:

- Fortalecer las restricciones sobre la disponibilidad de alcohol.
- Impulsar y hacer cumplir las medidas de lucha contra el consumo de alcohol.
- Facilitar el acceso al tamizaje y las intervenciones breves, así como al tratamiento.



- Hacer cumplir las medidas de prohibición o restricción con respecto a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol.
- Aumentar los precios del alcohol a través de impuestos al consumo y políticas de precios.

En este sentido, adicional a las acciones desarrolladas en el marco de los demás componentes de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia, se deben definir acciones de carácter individual y colectivo que disminuya la probabilidad de consumir alcohol y por ende reduzca la probabilidad de un intento de suicidio, tales como:

- Desarrollo de procesos que reduzcan el impacto de factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol tales como la presión del grupo, disminución en la autoestima (autoconcepto y autoeficacia), desintegración familiar, la creciente necesidad de autonomía, rechazo a la protección adulta, estrés, cambios asociados al desarrollo, entre otros, en adolescentes.
- Acciones dirigidas a minimizar el impacto de las influencias normativas (normalización de consumo de alcohol como un producto ordinario, asociación del consumo de alcohol con el afrontamiento de sucesos cotidianos y con el manejo de emociones, entre otros).
- Implementación de procesos de identificación temprana, tamizaje e intervenciones breves respecto al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Desarrollo de procesos que permitan al interior de las familias establecer límites y normas consensuadas y claras sobre el consumo de alcohol, así como la forma adecuada de hacerlas respetar.
- Diseño de procesos que permita revisar el modelo de consumo que se tiene al interior de la familia y la construcción de modelos de consumo que no propicien, fomenten o alienten el consumo de bebidas alcohólicas como parte de las rutinas del hogar o como forma de afrontamiento de los sucesos vitales.
- Procesos de desarrollo de capacidades orientados a la modificación de prácticas culturales y familiares asociados al consumo de bebidas alcohólicas.
- Diseño e implementación de campañas en medios masivos, comunitarios y redes sociales, que se basen en los principios del mercadeo social, buscando influir en la conducta voluntaria del público meta para poder mejorar su bienestar personal y el de la sociedad. Y que incluyan aspectos como la contra publicidad donde se difunda información sobre un producto, sus efectos y la industria que promueve, con el fin de disminuir su atractivo y uso, así como la transformación de la imagen social existente del alcohol normalizada en diferentes contextos.
- Diseño e implementación de campañas que estén orientadas a enseñar a los jóvenes a resistir la atracción persuasiva de la publicidad del alcohol.
- Desarrollo de procesos de fortalecimiento de capacidades dirigidos a tenderos, propietarios de establecimientos que comercializan bebidas alcohólicas, para la implementación de prácticas de cuidado a clientes y medidas de protección a menores de edad como la no venta de bebidas alcohólicas a estos.



- Diseño de procesos de formación con población específica de consumidores, para el desarrollo de capacidades que propendan por un consumo de bajo riesgo, reducción de las consecuencias negativas de la ingestión de alcohol y la intoxicación alcohólica.
- Diseño de acciones que busquen la intervención en escenarios de vida nocturna orientados a proveer información a quienes acuden allí, sobre las consecuencias nocivas del alcohol; y el fortalecimiento de las capacidades de quienes trabajan en estos espacios para fomentar un consumo responsable de estas bebidas sin modificar necesariamente los niveles de consumo generales.
- Diseñar procesos a nivel comunitario que permitan la construcción, definición y desarrollo de alternativas de ocio en las que no sea fácil el uso de alcohol (fiestas sin alcohol, deporte, cultura, entre otros).
- Movilizar a la familia en su responsabilidad de supervisión del consumo de alcohol y de las salidas de sus hijos.
- Implementación de programas de educación en materia de alcohol en los entornos educativos, orientados a modificar las creencias, actitudes y comportamientos de la juventud en cuanto al consumo de alcohol, en los que participen estudiantes, familias y docentes.

Entre los programas para la prevención del consumo de alcohol se destaca “Pactos por la Vida” implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social, disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/pactos-vida-estrategia-reduccion-alcohol.pdf>.

5.1.4. Limitación de medios letales utilizados para el suicidio

“A nivel mundial los medios más frecuentes para cometer suicidios son intoxicarse con plaguicidas, ahorcarse, disparar un arma de fuego o saltar desde cierta altura” (Organización Panamericana de la Salud, 2014, pág. 33). Por esto, la restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es eficaz para la prevención, sobre todo de los suicidios impulsivos, porque da más tiempo de reflexión a quienes lo contemplan. “Las estrategias de restricción de los medios se pueden aplicar a nivel nacional a través de leyes y reglamentos y a nivel local, por ejemplo, velando por la seguridad” en los entornos de riesgo (Organización Panamericana de la Salud, 2014, pág. 33).

Esta seguridad debe apuntar al fortalecimiento de las medidas regulatorias para la letalidad, disponibilidad, acceso y uso de los medios utilizados para el suicidio; teniendo en cuenta que, si bien los mecanismos utilizados para el intento de suicidio y para el suicidio, según el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, respectivamente, incluyen las intoxicaciones, heridas cortopunzantes, ahorcamiento, caídas de altura, disparar armas de fuego y lanzamiento a vehículos en movimiento; los medios utilizados son muy variados, los cuales, por lo regular son de fácil obtención como los medicamentos, sustancias químicas para el aseo doméstico, objetos cortantes, sogas, cinturones, entre otros; y/o de fácil acceso como los vehículos en movimiento o los puentes y edificaciones de grandes alturas.



Considerando el tiempo que transcurre entre el acto suicida y la muerte, los métodos de alta letalidad son rápidos, reduciendo las posibilidades de detección e intervención para evitar la muerte (disparar armas de fuego, ahorcamiento, precipitarse); y los métodos de baja letalidad, son los que proveen cierto espacio temporal que puede permitir la intervención, así como la posibilidad de arrepentimiento y la subsiguiente búsqueda de ayuda (envenenamiento, ahogamiento, cortes profundos). Sin embargo, el acceso y disponibilidad de asistencia médica como factores de rescate también inciden en el resultado del método (Anseán, 2014).

Al respecto se proponen las siguientes medidas, muchas dependientes del involucramiento de varios sectores, teniendo en cuenta que hacer que los medios letales de suicidio sean menos fáciles de conseguir da a las personas en situación de angustia tiempo para superar las crisis agudas antes de emprender una acción fatal (Organización Panamericana de la Salud, 2021):

- Ratificar, aplicar y hacer cumplir las convenciones internacionales pertinentes sobre productos químicos y desechos peligrosos.
- Legislar para retirar localmente de la práctica agrícola los plaguicidas problemáticos.
- Reducir el acceso a los productos tóxicos mediante su almacenamiento y eliminación más seguros por individuos y comunidades.
- Reducir la toxicidad de los productos químicos de uso común.
- Restricción a la propiedad de armas de fuego.
- Hacer intervenciones estructurales en puentes, edificios y vías vehiculares.
- Reducción del poder letal del monóxido de carbono.
- Limitación en la cantidad dispensada de medicamentos.
- Eliminación adecuada de medicamentos vencidos y sobrantes.
- Intervenir los puntos de suspensión de ligaduras en los diferentes entornos.

La Organización Mundial de la Salud, a través de la Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países “Vivir la Vida”, presenta “Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio” como una intervención clave, la cual se encuentra disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>.

5.1.5. Intervención en crisis

Las crisis se consideran puntos decisivos de cambio, donde el peligro y la oportunidad coexisten y, por esto, la prevención del suicidio se ha apoyado en su intervención. Pues en el seno de una desorganización grave e incapacidad para enfrentarla, algunos individuos conciben que no hay esperanza, o que el sufrimiento es desbordante de sus capacidades y toman la decisión de acabar con sus propias vidas, aunque, generalmente, ninguna causa o situación estresante es suficiente para explicar un acto suicida (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Las crisis pueden ser vitales (Ligadas al curso de vida)



o circunstanciales (Acontecimientos inesperados), e incluyen tres periodos (Rocamora, 2013):

- El impacto que corresponde al momento álgido de la crisis, generalmente se produce cuando los propios mecanismos compensadores del sujeto fallan, y con frecuencia existe una relación temporal próxima con el factor desencadenante. Es un estado de shock psicológico, que se manifiesta por miedo, agitación, aturdimiento o confusión; el cual es más intenso cuanto más inesperado haya sido el desencadenante.
- El rechazo de la nueva situación que produce retraimiento en la persona y se puede manifestar con ansiedad, alteraciones del sueño, dificultad para realizar actividades cotidianas, culpa o depresión. Puede evolucionar hacia el ajuste, o persistir en la incapacidad para superar la crisis.
- El ajuste que puede ser el inicio de un crecimiento o maduración psicológica, o por la vulnerabilidad del individuo, provocar el deterioro paulatino de la persona con reiteradas situaciones de crisis.

“Antes de tomar la decisión de quitarse la vida, la mayoría de las personas atraviesan una crisis en la solución de sus problemas. Durante este proceso, y al continuar evadiendo las soluciones, se presenta un aumento en la tensión y la confusión. Los sentimientos de desorganización y la incapacidad para ordenar las soluciones positivas y las elecciones para el futuro conducen a niveles más altos de frustración y confusión. El fracaso para resolver la tensión con los recursos disponibles conduce a la impotencia y a la desesperanza. Cuando el problema continúa, la persona puede ver la muerte como la única salida para su dilema” (O'Connor, 2007, pág. 133).

Después de un periodo la crisis pasará o se resolverá de alguna manera. Esta solución puede ser dañina como en el caso del comportamiento suicida o saludable cuando logra ser proveedora de una personalidad más segura y altamente integrada, con un incremento en la fuerza para enfrentar tensiones futuras (Slaikeu, 1990). Por esto, es imprescindible que cada acción que se lleve a cabo apunte a la resolución positiva de la crisis, es decir que se propenda por la restauración del equilibrio, el dominio cognoscitivo de la situación y el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento, que incluyan cambios de conducta y el uso apropiado de los recursos externos. No obstante, como responde un individuo a un suceso precipitante y posteriormente resignifique la experiencia de crisis, depende de los recursos materiales, personales y sociales con que cuenta.

Los recursos materiales significativos durante una crisis incluyen dinero, comida, vivienda y transporte; los recursos personales del individuo componen el segundo factor principal para determinar la intensidad y el curso último de cualquier crisis, entre los que se encuentran las habilidades socioemocionales, la historia previa de enfrentamiento a situaciones generadoras de tensión, la existencia de cualquier problema de la personalidad no resuelto y el bienestar físico; y los recursos sociales se refieren, en principio, a las personas que se encuentran en su ambiente individual inmediato en el momento de la crisis, como la familia, los amigos y los compañeros de trabajo, quienes en primera instancia



pueden brindar ayuda material como comida, ropa, albergue o dinero para aminorar las cargas financieras; en segunda instancia pueden brindar apoyo emocional, específicamente al comunicar a una persona que sufre crisis que es amada, protegida y valorada; y en tercera instancia los contactos sociales pueden proporcionar información y acercamiento a otros recursos de ayuda (Slaikeu, 1990).

En esta perspectiva, resulta necesario implementar acciones en los entornos para:

- Brindar apoyo material y psicosocial en emergencias y desastres, utilizando guías como la que preparó USAID (2020) disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1178125>
- Mejorar las capacidades de las personas para brindar primeros auxilios psicológicos y detectar oportunamente la conducta suicida, con base, por ejemplo, de la guía “Primera Ayuda Psicológica” disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/primera-ayuda-psicologica-juntos-mas-fuertes-guia-para-ayudarle-usted-su-comunidad>.
- Implementar líneas de apoyo en salud mental siguiendo las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección social, disponibles en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-implementacion-lineas-orientacion-salud-mental.pdf> y <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/protocolo-teleorientacion-cuidado-salud-mental-13abr20.pdf>

La Organización Mundial de la Salud, a través de la Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países “Vivir la Vida”, presenta “Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas” como una intervención clave, la cual se encuentra disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>.

5.1.6. Atención integral a personas con problemas y trastornos mentales

Teniendo en cuenta que los problemas y trastornos mentales constituyen un importante factor asociado a la conducta suicida, la atención integral a las personas que los presentan corresponde, entre otros, a una estrategia de prevención de los desenlaces en salud mental.

Ahora bien, a la luz de la apuesta política de atención integral en salud, es necesario contemplar la implementación las Guías de Práctica Clínica definidas para el abordaje institucional de algunos eventos en salud mental como la ideación y/o conducta suicida, el episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente, el abuso o dependencia del alcohol, la esquizofrenia, la epilepsia y el trastorno neurocognoscitivo mayor (demencia), así como el protocolo clínico relacionado con trastornos del espectro autista. Disponibles todas en <https://cutt.ly/LQ6EawF>.



Igualmente, es indispensable el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales encargados de la atención integral respecto de la prevención, manejo y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales y por consumo de sustancias; por lo que herramientas como la GI mhGAP 2.0 se utilizan como instrumentos idóneos para este ejercicio, partiendo de los elementos básicos que se proponen para su reproducción e implementación estandarizadas en el territorio nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), disponibles en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abc-replicas-mhgap.pdf>.

5.1.7. Apoyo a sobrevivientes de suicidio, reducción del estigma y comunicación responsable de la conducta suicida

“El duelo es el conjunto de reacciones de ajuste, adaptación y transformación necesarias para poder vivir sanamente y de manera autónoma después del fallecimiento de una persona importante. Es un proceso de “reparación” y de “cura”, un proceso global cuya realización corresponde al doliente. Consiste en deshacer los nexos afectivos, la trama de la relación del doliente con la persona fallecida, y en aprender a vivir de otra manera, sin el otro” (Pinard, 1997, pág. 8). El duelo es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre el difunto, la experiencia de la pérdida y el mundo diferente en el que ahora deben vivir las personas que han sufrido esa pérdida (Worden, 1997), quienes se describen como sobrevivientes cuando la pérdida se da por suicidio.

Se consideran sobrevivientes de un suicidio a todas las personas que de forma directa o indirecta están relacionadas con quien murió. Es decir, los familiares y allegados que evidentemente son los más afectados, pero también los demás miembros de los entornos donde hubiera tenido lugar el desarrollo humano de la persona que se suicidó (Rocamora, 2013).

En consecuencia, es importante contemplar acciones de prevención con esta población, pues su duelo puede convertirse en duelo patológico por su contenido temático (siempre implica una búsqueda del sentido del suicidio); por los sentimientos asociados como culpa por considerar que debían o podían haber hecho algo para evitar la muerte, miedo a sus propios impulsos autodestructivos, u hostilidad contra el fallecido por la sensación de abandono generada; y por los procesos sociales implicados, pues los sobrevivientes son vistos negativamente tanto por los demás como por sí mismos, convirtiéndolos en víctimas del estigma, lo que lleva consigo el rechazo y la inhabilitación social, reduciendo así las posibilidades para buscar ayuda, e incrementando el riesgo de imitación del suicidio (Rocamora, 2013).

Ahora bien, el conjunto de actividades desarrolladas por los sobrevivientes de un suicidio, con ellos y para ellos, con el fin de facilitar su recuperación y, fundamentalmente, de prevenir resultados adversos tales como la conducta suicida, responde a la posvención (Acero & Pérez Barrero, 2013) y entre las acciones posventivas se encuentra la



conformación y/o participación de grupos de apoyo y la comunicación responsable (Rocamora, 2013).

Los grupos de apoyo son una herramienta clave para que las personas se ayuden a sí mismas y puedan tener un escenario seguro de expresión de emociones, ideas, pensamientos con otras personas que han pasado por una situación similar, en este caso, el suicidio de algún familiar o persona cercana. “Se ha demostrado que los grupos pueden contribuir significativamente a la obtención de resultados positivos para quienes participan en ellos” (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 6), dado que no solo les permite expresar emociones de manera segura, sino que les permite encontrar por sí mismos cursos de acción emocional y/o comportamental, a través de la palabra o mediante el ejemplo de las experiencias compartidas de otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Al respecto, es importante considerar la posibilidad de gestionar grupos de apoyo y de ayuda mutua desde los entornos con base en las Orientaciones que el Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto para ello en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Orientacion-es-grupos-apoyo-ayuda-mutua.pdf>.

Por otra parte, en términos generales, existe evidencia suficiente para sugerir que algunas formas de comunicación sobre el suicidio están asociadas con un aumento estadísticamente significativo de las conductas suicidas, pues una cobertura repetitiva y continua del suicidio tiende a inducir y a promover pensamientos suicidas, particularmente entre adolescentes y adultos jóvenes. En este orden de ideas, cuando se informa por cualquier medio de comunicación sobre un suicidio, se debe:

- Interpretar y utilizar fuentes confiables para informar sobre estadísticas de conducta suicida en el país y en la región tales como los reportes emitidos desde el Ministerio de Salud y Protección social, estudios nacionales y departamentales de salud mental, los informes del Instituto Nacional de Salud en relación con el intento de suicidio y del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en lo que respecta a las muertes por suicidio, entre otros.
- Evitar realizar generalizaciones basadas en la información de un solo caso o una situación particular.
- Evitar mensajes negativos y pesimistas, así como el uso de adjetivos calificativos y peyorativos que refuercen ideas de estigma y discriminación hacia las personas que se suicidan y sus familiares o allegados.
- Cuidar la privacidad de las personas.
- Proveer información sobre las rutas de atención para eventos relacionados con la conducta suicida en el territorio, así como información sobre líneas de apoyo o de orientación que sirvan para que quienes puedan estar experimentando una situación similar.



- Comunicar sobre los diferentes factores de riesgo que pueden estar asociados a la conducta suicida, con el fin de que las personas puedan estar alerta y activar la atención que se requiera de manera oportuna.
- Tener en cuenta las recomendaciones específicas para comunicar sobre suicidio, establecidas en la estrategia de prevención del suicidio de la Organización Mundial de la Salud.
- Limitar los contenidos prosuicidio en internet.

La Organización Mundial de la Salud, a través de la Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países “Vivir la Vida”, presenta “Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio” como una intervención clave, la cual se encuentra disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>.

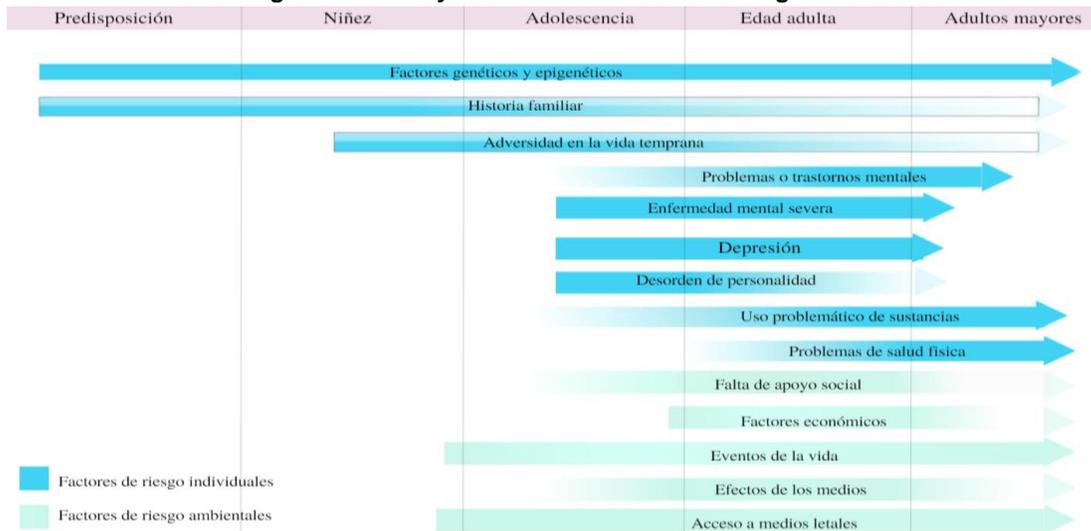
5.2. Elementos diferenciales para la prevención de la conducta suicida

A continuación, se describen los elementos diferenciales por curso de vida, género y pertenencia étnica que se deben considerar en la prevención de la conducta suicida, como complemento a los componentes básicos y a los demás aspectos desarrollados en este documento, y a las recomendaciones definidas en la Guía de Práctica Clínica (Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, 2017).

5.2.1. Por curso de vida y entorno de desarrollo

La conducta suicida se da como el resultado acumulativo de factores de riesgo y, como casi todas las entidades que tienen alguna relación con la salud mental, varía desde sus antecedentes hasta sus desenlaces, según el curso de vida (Gráfico 3) (Fazel & Runeson, 2020; Cabrera-García, López Mesa, & Hernández Urbay, 2015).

Gráfico 3. Factores de riesgo de suicidio y fuerza de asociación a lo largo del curso de vida



Fuente: Adaptado de Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *New England Journal Medical*, 382(3), 266-274.



Según la Organización Panamericana de la Salud (2021), “el enfoque del curso de vida es la relación dinámica de las exposiciones previas a lo largo de la vida con los resultados de salud posteriores y los mecanismos por los cuales las influencias positivas o negativas dan forma a la trayectoria humana y al desarrollo social, lo que tiene un impacto en los resultados de salud de la persona y la población. Este concepto abarca implícitamente toda la vida, reconociendo que hay características de cada etapa de la vida y destacando el valor de cada una en la construcción de la otra” (pág. 26), considerando que “cada momento es interdependiente y las exposiciones o experiencias se convierten en ventajas o desventajas que se acumulan con el tiempo e impactan la salud y el desarrollo en momentos posteriores” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

A lo largo de estas etapas, se presentan diversos eventos continuos o acumulativos que construyen la vida de una persona y trasciende a otras generaciones. El tiempo y la secuencia de estas experiencias influyen en la salud y el desarrollo de las personas y las poblaciones, lo cual se refleja en la trayectoria de vida por medio de las nociones de capacidad, resiliencia y habilidad funcional, como parte integral del enfoque del curso de vida en la salud. En este sentido, la respuesta fisiológica y psicológica de una persona a las agresiones del entorno social es acumulativa y no se reduce a una serie de episodios independientes de estrés (Organización Panamericana de la Salud, 2021) (Tabla 12).

Tabla 12. Elementos diferenciales por curso de vida para la prevención de la conducta suicida.

Momento del Curso de Vida	Elementos diferenciales	Aspectos para considerar en las acciones de prevención
Perinatal	<ul style="list-style-type: none"> - Se puede presentar agitación y culpabilidad, con mayor repercusión clínica para el niño o niña y su desarrollo. - Se debe diferenciar la depresión de la tristeza por el recién nacido o “baby blues”. - A las ocho semanas posparto es el periodo de máxima incidencia de la depresión posparto (Usar escala de Edimburgo). 	<ul style="list-style-type: none"> - Impactar en el reforzamiento de apoyo social. - Trabajar en síntomas ansiosos frecuentemente comórbidos. - Inclusión de la pareja.
Infancia (6 a 11 años) y Adolescencia (12 a 17 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Puede encontrarse irritabilidad con mayor frecuencia. - Algunos niños o adolescentes con depresión consultan al nivel primario por dolores físicos de diversa índole, como por ejemplo cefaleas, epigastralgia, dolor lumbar o de extremidades; enuresis o encopresis. - Se deben utilizar diversas herramientas de comunicación (dibujo, juego, etcétera), al indagar síntomas afectivos. - Es importante descartar consumo de sustancias psicoactivas. - La información y la contribución siempre deben extraerse de varias fuentes, incluyendo a la persona, sus padres o tutores, reportes escolares, maestros de escuela, consejeros guía y reportes de otros individuos cercanos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descartar síntomas afectivos en cuidadores y promover estrategias de parentalidad. - Descartar eventos adversos en la infancia. - Planear el tratamiento de forma conjunta con el entorno escolar. - Intervenciones para fomentar la búsqueda de ayuda y mejorar el seguimiento.
Juventud (18 a 28 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Descartar violencia física y sexual. - Discriminación por orientación sexual. - Acceso a educación y trabajo - Sentido de vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Convocar grupos de jóvenes, asociaciones juveniles, para el entrenamiento de facilitadores en prevención y promoción de la salud mental.
Adulthood (29 a 59 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Las experiencias negativas a nivel económico, como el desplazamiento laboral o el empleo inestable durante los 30 años pueden influir en el riesgo de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación con otros profesionales, atención a las comorbilidades y monitorización regular del estado mental y físico.



Momento del Curso de Vida	Elementos diferenciales	Aspectos para considerar en las acciones de prevención
	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo de riesgo creciente se caracteriza por una mayor impulsividad y agresividad autoreportada, así como dificultades en el desempeño de roles durante la vida adulta y mayores rasgos de ansiedad. - Son frecuentes los síntomas cognitivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar la información verbal con documentos escritos cuando sea posible. - Detección adecuada del riesgo de suicidio con una planificación de la atención integral basada en el riesgo identificado antes de llegar al entorno institucional penitenciario y desarrollar estándares mínimos para la actividad significativa durante el día (educación, actividad física, capacitación) (Favril, Yu, Hawton, & Fazel, 2020).
Vejez (60 años o más)	<ul style="list-style-type: none"> - Los intentos de suicidio son a menudo de mayor determinación y letalidad. - Hay mayor frecuencia de síntomas somáticos. - Entre los factores individuales se encuentran principalmente las enfermedades crónicas y discapacidades; y como factores sociales: el duelo y el aislamiento social. - Los síntomas depresivos pueden ser parte de la presentación clínica de un trastorno neurocognitivo. Este último diagnóstico aumenta el riesgo suicida. - Actos suicidas premeditados y reflexivos. Pueden asumir la forma de suicidios pasivos (dejarse morir). 	<ul style="list-style-type: none"> - Participación productiva para aliviar el aislamiento social. - Considerar síntomas afectivos en cuidadores. - Descartar maltrato y abandono. - Fortalecer habilidades de afrontamiento en familiares y entornos de cuidado prolongado.

Fuente: Elaboración propia

5.2.2. Según el género

De acuerdo con la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), el género se concibe como un estructurador social que determina la construcción de roles, valoraciones, estereotipos e imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino, y las relaciones de poder que de éstos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad; y las discriminaciones por razones de género permean las estructuras sociales, culturales, económicas y políticas; y tienen impactos individuales, comunitarios y colectivos.

Existen elementos de riesgo concretos relacionados con los distintos roles, estereotipos fijados, expectativas de género y forma de comportarse en la vida que son capaces de predisponer a una persona a la conducta suicida. El género repercute en los comportamientos, las experiencias y los resultados de salud de todas las personas, sean ellas LGBTQ+ o cisheterosexuales. Las diferencias entre géneros respecto a la conducta suicida se explican en parte por las características de este fenómeno en función tanto de factores de base biológica como los cambios hormonales, así como en relación con los comportamientos que las personas realizan en coherencia con los estereotipos e imaginarios asociados a los roles de género, abarcando un amplio espectro que va desde conductas peligrosas, imprudentes o temerarias, hasta labores de cuidado de otros (Anseán, 2014).

Hay determinantes específicos que están relacionados con aquellos roles, estereotipos, expectativas de género y manera de significar y comportarse en la vida que pueden



predisponer a las personas a la conducta suicida. Algunos factores parecen tener el mismo impacto en todas las personas, como la soltería o presentar un trastorno mental; sin embargo, otros factores determinantes como el desempleo, el ingreso hospitalario, la situación económica o el tener hijos pequeños tienen una relación diferente con la conducta suicida (Anseán, 2014). En la tabla 13 se relacionan algunos determinantes identificados en la evidencia y las intervenciones recomendadas de acuerdo con la literatura disponible.

Tabla 13. Diferencias de género en los determinantes de la conducta suicida

Determinante	Descripción	Intervenciones
Carencia de apoyo sociofamiliar	<p>Existe creciente evidencia sobre el papel que tienen los problemas de pareja en la aparición de la depresión. Estas dificultades en las relaciones interpersonales están presentes en diversas culturas y etnias, contemplándose que pueden deberse al valor cultural de las relaciones de pareja, como una medida de éxito personal. Por el contrario, la convivencia en pareja y la presencia de hijos no emancipados en el hogar se consideran factores protectores frente al suicidio para las mujeres.</p> <p>La conducta suicida es más frecuente entre personas solteras, divorciadas, que viven solas o carecen de apoyo social, sobre todo en los primeros meses de pérdida (separación, divorcio, viudedad).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar habilidades para la resolución de conflictos en la pareja y la convivencia armónica en el entorno hogar. - Incluir acciones de promoción de la salud mental y la prevención de problemas y trastornos mentales, en los procesos asociados a la separación. - Tener una oferta amplia de actividades de interés para las personas que viven solas y/o no tienen pareja.
Estrategias de afrontamiento del estrés	<p>El déficit en las estrategias de afrontamiento y la baja autopercepción de capacidades para manejar situaciones estresantes se asocian con pensamiento suicida y tentativas autolíticas. Las estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción y menos activas pueden mantener o incrementar el malestar psicológico.</p> <p>Adicionalmente, entre las personas con más resistencia a expresar sus sentimientos o hablar sobre sus problemas, es menos posible que acudan a los servicios de salud a consultar sobre problemas mentales y, por ende, que tengan síntomas físicos sin reconocerlos como señales de malestar psíquico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar capacidades para el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas, basadas en la aproximación al problema, que sustituyen las de tipo evitativo, más ineficaces o que incluso incrementan el malestar psicológico. - Potenciar las habilidades socioemocionales. - Desarrollar acciones de disminución del estigma en relación con la búsqueda y recepción de ayuda.
Utilización de servicios de salud	<p>En función de las herramientas psicosociales disponibles, las normas socioculturales particulares y la oportunidad el acceso a servicios de salud, las personas suelen acceder a la atención en salud cuando se enfrentan a sensaciones de malestar que se perciben como “inmanejables”, limitándose en gran medida a consultar cuando de problemas mentales se trata por razones de roles de género y el estigma asociado a la enfermedad mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar acciones que minimicen el estigma relacionado con los servicios de atención en salud mental. - Fomentar la adherencia terapéutica desde todos los niveles de atención.
Maltrato físico, abuso sexual y/o violencia de género	<p>Los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, representan una asociación consistente con la conducta suicida, agravada por las comorbilidades que suelen presentarse.</p> <p>Las víctimas de violencia suelen presentar numerosos síntomas psicosomáticos, síntomas de sufrimiento psíquico, además de las lesiones físicas.</p> <p>La violencia comprende también el maltrato psicológico, sexual, de aislamiento y control social; a la cual están expuestas las personas con identidades de género y orientación sexual diferentes a la heterosexual como es el caso de las lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, travestis, intersexuales y queer (LGBTIQ+).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar acciones basadas en la evidencia para prevenir la violencia de género. - Mitigar la revictimización asociada a los procesos clínicos y judiciales propios de la atención a las personas víctimas de algún tipo de violencia. - Fomentar la convivencia ciudadana enmarcada en el respeto a la diferencia.
Cáncer	<p>Las características propias de la enfermedad, junto con la irreversibilidad y severidad, la convierten en una de las principales causas que relacionan enfermedad médica y riesgo de suicidio. Esta conducta suele consumarse de manera contingente a la recepción del diagnóstico, dentro de los</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar actividades de promoción de la salud mental y prevención de problemas y trastornos mentales a la luz de las alteraciones físicas, psicológicas y sociales que sobrevienen con el cáncer.



Determinante	Descripción	Intervenciones
	<p>primeros cinco años o cuando la persona es sometida a tratamiento con quimioterapia.</p> <p>Para la mayoría de las personas que presentan cáncer, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas.</p>	<p>- Desarrollar capacidades en los cuidadores profesionales y no profesionales de personas con cáncer, en detección temprana del riesgo de conducta suicida y en intervención en crisis, desde el entorno hogar y el institucional.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Anseán, A. (2014). Suicidios: manual de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. p. 638.

5.2.3. Considerando la pertenencia étnica

Según los boletines poblacionales del Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020), en Colombia hay grupos poblacionales que se reconocen como Indígenas, Negros, Mulatos, Afrodescendientes, Afrocolombianos, Raizales, Palenqueros y Rrom o gitanos, “cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas, los distinguen del resto de la sociedad, y han mantenido su identidad a lo largo de la historia como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias, que están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones” disponibles en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/grupos-etnicos.aspx>.

En este orden de ideas, la pertenencia étnica se refiere a la identificación de las personas como integrantes de alguno de los cuatro grupos étnicos reconocidos en Colombia (población indígena; gitana; raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; negra, mulata, afrocolombiana, afrodescendiente o palenquera de San Basilio); considerando como criterios de identificación el autorreconocimiento (identidad étnica), la lengua, usos y costumbres, la territorialidad y los rasgos físicos (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2018).

La conducta suicida en población con pertenencia étnica tiene un alto nivel de relevancia, no solo por las cifras que se reportan sino por la relación con el riesgo de pervivencia o extinción cultural y física de poblaciones que se han ido diezmando por distintos factores como enfermedades adquiridas por el contacto con otras poblaciones, por el conflicto armado, o por la pérdida de territorio que les ha generado otros problemas de salud (Gómez- Restrepo, Rincón, & Urrego- Mendoza, 2016); así como los factores de riesgo asociados a la conducta suicida que se presentan de manera diferencial por pertenencia étnica, entre los cuales se encuentra (Urrego M & Cárdenas, 2012; OPS/OMS, 2016; Universidad de Antioquia; OPS/OMS, 2006; Organización Panamericana de la Salud, 2021; Vargas-Espíndola, Villamizar-Guerrero, Puerto-López, & al, 2017; ICBF & SINERGIA, 2020; ACNUR, 2005; Spinel, 2016; Alayon Torres, 2020; García, 2020) (UNICEF, 2012; León Díaz, 2020):

- Falta de acceso a servicios de salud mental con pertinencia y adaptación intercultural.



- Fragilidad o debilitamiento de las prácticas culturales de protección, en cuanto al ejercicio de su ritualidad y a la pérdida de su territorio, en la mayoría de las veces por causa del conflicto armado o por presencia de megaproyectos.
- Carencia de educación intercultural que aumenta la deculturación de los niños, niñas y jóvenes quienes se aíslan de su cultura¹ y que legitima y reproduce el racismo, la discriminación y la exclusión de estos grupos étnicos.
- Prácticas y comportamientos discriminatorios y racistas por parte de la población mestiza quienes imponen su propia cultura, reforzando en los jóvenes étnicos el choque identitario² y la auto negación cultural.
- Pérdida de prácticas y saberes culturales que favorecen la salud mental como los mecanismos propios de resolución de conflictos, de crianza, de cuidado y de habilidades de comunicación en el idioma propio; actividades deportivas, artísticas y lúdicas propias de cada cultura³.

Por esto, entre las propuestas de prevención se deben tener en cuenta:

- Acciones efectivas intersectoriales basadas en la interculturalidad construidas de manera participativa y con énfasis comunitario, que incluya la caracterización de la situación territorial en salud mental de los pueblos y comunidades indígenas (como se presenta, por ejemplo, en el Lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), y otros grupos étnicos acorde con fuentes primarias y secundarias (análisis en espacios como salas situacionales y comités de vigilancia epidemiológica).
- Acciones intersectoriales con enfoque intercultural en la planeación en salud.
- Acciones para el fortalecimiento de prácticas culturales, rituales espirituales; transmisión de saberes intergeneracionales, fundamentadas en los elementos para el fomento de la salud y el buen vivir y la protección de los pueblos y comunidades indígenas y de la población afrodescendiente, raizales, negros y palenqueros, acorde con su cosmovisión y cosmogonía (López, Cataño, López, & Velasquez, 2011).
- Fortalecimiento de prácticas culturales propias de cada pueblo en cuanto a lo lúdico, artístico y deportivo como factor protector de la salud mental colectiva lo cual se puede dar en el entorno comunitario, entorno hogar y, especialmente, el entorno educativo.
- Actividades colectivas de educación para la salud que permita recuperar y fortalecer las prácticas culturales propias/ ancestrales (artísticas, lúdicas y deportivas); de transmisión

¹ Varios autores han identificado el fenómeno del suicidio en población indígena, especialmente, desde la clasificación propuesta por Durkheim, correspondiente al anómico, donde los individuos presentan una alteración o distorsión de su integración al grupo/ al colectivo, producto de las modificaciones drásticas en la estructura social en la que se encuentra inmerso (Spinel, 2016).

² La marginación de los jóvenes indígenas tanto en sus propias comunidades, al no encontrar en ellas un lugar adecuado a sus necesidades, como en las sociedades envolventes, por la profunda discriminación, forja un sentimiento de aislamiento social que puede conducir a reacciones autodestructivas desde el punto de vista occidental.

³ Esta información fue obtenida a partir de los resultados de las 6 experiencias piloto que se desarrollaron durante el 2016, en las comunidades de Toribio, Cauca; Pueblo Rico, Risaralda; Mitú, Vaupés; Tierralta, Córdoba; Tablón de Gómez, Nariño y Alto Baudó, Chocó. Asimismo, en los espacios de formulación del capítulo étnico del PDSP 2012- 2021 que se realizaron durante el segundo semestre del 2017, en cinco macrorregionales seleccionadas por las organizaciones indígenas del nivel nacional. Estos encuentros fueron liderados por las mismas organizaciones indígenas y contaron con el apoyo técnico y financiero de la Dirección de Epidemiología y Demografía, del Ministerio de Salud y Protección Social.



de saberes intergeneracionales (fortalecimiento de la oralidad y del idioma propio); de prácticas de crianza protectoras y de expresión del afecto.

- Procesos de información y comunicación para la sensibilización y de reflexión frente al racismo, la discriminación, el reconocimiento de prejuicios, estereotipos, estigmas; promoviendo acciones de empatía y de inclusión social.
- Actividades de educación y comunicación para la construcción o fortalecimiento de saberes para la respuesta comunitaria y familiar para la inclusión social a personas sobrevivientes o con trastornos mentales (redes/grupos de apoyo comunitarios que surjan desde la comunidad acorde con sus estructuras propias).
- Generación o fortalecimiento de espacios de construcción de saberes y creación de respuestas desde la cultura, que promuevan prácticas propias de apoyo comunitario y familiar para la inclusión social, a personas sobrevivientes o con trastornos mentales pertenecientes a los grupos étnicos, lo cual se puede dar desde el entorno comunitario.
- Definición, con las autoridades indígenas y sabedores tradicionales, de espacios para la ruta de atención intercultural.
- Constante desarrollo de capacidades para el trabajo intercultural del talento humano en salud con énfasis en salud mental (Vallejo S, 2006; Pineda, 2018); como, por ejemplo, la adaptación sociocultural de la Guía de Intervención mhGAP (OPS/OMS, 2016), que disminuya el efecto de la discriminación y racismo al que han estado sometidos estos pueblos y que contribuya en la construcción de puentes entre los dos conocimientos en salud.



6. Implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida

Considerando que el suicidio tiene múltiples causas y vías, las intervenciones que contienen más de una acción estratégica de prevención son más efectivas (Organización Panamericana de la Salud, 2014); teniendo en cuenta que el “trasplante directo” de planes, programas y proyectos de prevención del suicidio sin una consideración plena de los determinantes relacionados va a dar lugar a resultados frustrantes (Martínez, 2017). Al respecto, la Estrategia de gestión del riesgo asociado a problemas, trastornos y eventos de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), ofrece elementos en este sentido, la cual está disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-gestion-riesgo-asociado.pdf>.

Adicionalmente, es importante destacar que la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida se basa en la identificación de las partes interesadas, el análisis de la situación, la evaluación de la necesidad y disponibilidad de recursos, lograr el compromiso político, hacer frente al estigma y potenciar la concienciación de que el suicidio es un problema importante y que se puede prevenir (World Health Organization, 2012); y para implementarla la Organización Panamericana de la Salud (2014) plantea como indispensables algunos elementos, los cuales, el Ministerio de Salud y Protección Social propone tomar en consideración, a modo de hitos de implementación, para establecer los planes, programas y proyectos multisectoriales que operativicen los componentes descritos anteriormente. En ese sentido, se recomienda:

- Hacer de la prevención del suicidio una prioridad multisectorial, independientemente de los recursos.
 - El objetivo integral de una estrategia nacional de prevención del suicidio es promover, coordinar y apoyar planes de acción y programas intersectoriales apropiados de prevención de los comportamientos suicidas a nivel nacional, regional y local.
 - Se requieren asociaciones con múltiples sectores públicos (como los de la salud, la educación, el empleo, el poder judicial, la vivienda, el bienestar social, la cultura, la recreación y el deporte) y otros sectores, incluido el sector privado, según corresponda en el territorio.
- Tener en cuenta la diversidad.
 - Aunque las estrategias territoriales existentes tengan componentes similares, no hay dos idénticas, en parte porque el problema del suicidio es diferente en cada territorio.
 - El suicidio depende de varios factores, y su expresión se ve afectada por los contextos sociales y culturales.
 - Aunque se han identificado factores de riesgo comunes a nivel mundial y nacional, las metas, los objetivos y las intervenciones deben adaptarse al contexto específico.



- Establecer intervenciones basadas en la evidencia, para abordar una amplia variedad de factores de riesgo y de protección que son comunes en Colombia.
 - La elaboración, la realización y la evaluación de proyectos piloto, programas focalizados y medidas de acción es una base esencial para la elaboración de una estrategia de prevención del suicidio.
- Asignar recursos
 - Una estrategia de prevención del suicidio coordinada e integral debe tener especificados los recursos financieros y humanos, un cronograma de ejecución y objetivos a corto, mediano y largo plazos.
 - La elaboración de una estrategia nacional de prevención del suicidio requiere un modelo económicamente sostenible para alcanzar las metas previstas.
 - El marco lógico es una de muchas herramientas de planificación y evaluación de programas que pueden usarse para mostrar las conexiones entre el problema por abordar, las actividades por ejecutar y los resultados previstos.
- Planificar y colaborar eficazmente
 - Independientemente de las herramientas que elijan los territorios, su planificación y evaluación deben hacerse con base en la participación social incluyendo los grupos étnicos y otros grupos poblacionales que estén en mayor riesgo (integrando las experiencias acumuladas de los grupos de apoyo que existan en el territorio, lo que permite recoger la voz de los afectados/as).
 - La creación de un grupo de planificación permite a los interesados directos abordar sus supuestos fundamentales, identificar los recursos y aportaciones necesarios y planificar las actividades que conducirán a los resultados deseados.
- Utilizar los resultados de la evaluación y compartir las enseñanzas extraídas
 - La estrategia de prevención del suicidio y sus componentes deben evaluarse, y los resultados y las enseñanzas extraídas deben compartirse con los interesados directos pertinentes, puesto que los resultados de la evaluación probablemente se aprovecharán mejor si se adaptan a determinadas audiencias con recomendaciones apropiadas.
 - Todos los participantes en la evaluación deben recibir retroalimentación y ser apoyados para introducir los cambios necesarios después de haber recibido los resultados de la evaluación.
 - La difusión incluye compartir con las audiencias pertinentes, de una manera oportuna, no sesgada, coherente y apropiada, los resultados y las enseñanzas extraídas de la evaluación, considerando las características de los interesados.

6.1. Hitos de implementación

De esta manera y en el marco de lo establecido en la Resolución 518 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) y en la Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), la gestión de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia puede desarrollarse a través de la gestión de la salud pública, las intervenciones poblacionales, las intervenciones colectivas y las intervenciones individuales, incorporando los contenidos establecidos en el presente documento a los



procesos de planeación de los asuntos propios de la dimensión Convivencia Social y Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), teniendo en cuenta lo señalado en la Resolución 1536 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) y lo dispuesto mediante 5 hitos de implementación:

1. Vigilancia en Salud Pública de la Conducta Suicida.
2. Planeación en Salud y Ejecución de la Estrategia.
3. Alianzas intersectoriales para la prevención de la Conducta Suicida.
4. Gestión de brotes de conducta suicida.
5. Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia.

6.1.1. Hito 1. Vigilancia en Salud Pública de la Conducta Suicida

Consiste en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la conducta suicida, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de política.

Este proceso, en lo territorial, tiene dos ejes fundamentales:

- Fortalecer el proceso de vigilancia en salud pública del intento de suicidio a nivel departamental, distrital y municipal, a la luz del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública vigente (Instituto Nacional de Salud, 2020) disponible en <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
- Salas de situación de la conducta suicida: Se emplean para analizar de manera sistemática la conducta suicida en el territorio, integrando las diferentes fuentes de información disponible, utilizando la mejor evidencia e identificando las necesidades de la población en riesgo, con el fin de mejorar la capacidad de respuesta de los sectores a los cuales les corresponde realizar intervenciones para optimizar las condiciones de salud de la población y reducir los riesgos. Retoman los insumos de la vigilancia epidemiológica así como las demás fuentes de información que se dispongan, incluyendo las autopsias psicológicas elaboradas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de los casos de muerte por suicidio. El lineamiento técnico se encuentra disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/sala-situacional-version-final.pdf>

Estos procesos permitirán definir las prioridades de intervención en la gestión de los servicios de salud y en otros sectores, seleccionar las intervenciones más costo/efectivas para reducir el riesgo de conducta suicida en el territorio y hacer seguimiento y evaluación de las acciones implementadas.



6.1.2. Hito 2. Planeación en Salud y Ejecución de la Estrategia

Generar planes, programas y proyectos que respondan a los propósitos que en este documento se exponen, requiere una planificación eficaz que sea evaluada regularmente (Organización Panamericana de la Salud, 2014), permitiendo así una respuesta organizada y sostenida en el tiempo que genere cambios permanentes en los factores de riesgo y de protección relacionados con la conducta suicida (Anseán, 2014). En líneas generales, y en coherencia con el Hito 7 de Implementación de la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), el proceso de planificación debe contemplar los siguientes pasos:

Paso 1. Análisis de la Situación de Salud. Caracterizar la situación de salud mental en el territorio, la cual, a partir de la información disponible recopilada de estudios nacionales, análisis de situación en salud del departamento, informes regionales sobre situación en salud mental, violencia, índice de pobreza multidimensional, entre otros, permita obtener información sobre las características de la población y la forma como se está comportando la salud mental en el territorio.

- Identificar las situaciones presentes en el territorio, tanto positivas como negativas.
- Reconocimiento de la población más afectada (por curso de vida, género, pertenencia étnica, ubicación geográfica, entre otros).
- Identificar los factores de riesgo y de protección de la salud mental y su relación con la conducta suicida por entorno.
- Análisis de los problemas para dar respuesta por parte del sector salud, otros sectores y las comunidades.
- Mejorar el registro de los casos y el análisis de la información cuantitativa y cualitativa obtenida.

Paso 2. Priorización y definición de metas para la prevención de la conducta suicida en el Plan de Desarrollo Territorial en Salud.

- Definir el tipo y combinación de intervenciones basadas en la evidencia más eficaces a la luz de los factores de riesgo y de protección, fijos y variables.
- Seleccionar las estrategias de prevención a nivel de la población general (universales), fundamentadas en la satisfacción de necesidades humanas, el fomento de habilidades socioemocionales, la limitación de medios para el suicidio, el desarrollo de políticas para reducir el consumo del alcohol, el fomento de prácticas responsables de comunicación sobre el suicidio y la reducción de estigma.
- Delimitar las estrategias de prevención de la conducta suicida en grupos poblacionales que presentan mayor riesgo (selectivas), como la formación de actores clave en los entornos donde se desarrollan, la intervención en crisis, y el acompañamiento a los sobrevivientes.
- Establecer las estrategias de prevención para individuos con alto riesgo de suicidio (indicadas), entre las cuales se encuentran la identificación y tratamiento de los



trastornos mentales, principalmente de la depresión unipolar y bipolar, y el cuidado, desde los entornos, de las personas que han intentado el suicidio o están en particular riesgo.

- Priorizar de manera conjunta (sector salud, otros sectores y la comunidad) las estrategias a planear y a realizar en el territorio para la prevención de la conducta suicida.
- Determinar los objetivos, de modo que sean medibles y alcanzables, así como las metas a cumplir.

Paso 3. Inclusión de prioridades en los planes estratégicos sectoriales.

- Definir las acciones para dar respuesta al logro de las metas que se definan para la prevención de la conducta suicida.
- Incluir las metas e intervenciones en los planes sectoriales (plan territorial de salud, planes de otros sectores, plan integral de seguridad y convivencia ciudadana).

Lo anterior, teniendo en consideración que las entidades territoriales tienen en su haber una serie de instrumentos que en el marco de lo definido para dar cumplimiento a lo establecido en la Política Nacional de Salud Mental, deberán incluir las acciones y procesos estratégicos para la prevención de la conducta suicida tales como, la planeación integral para la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) con base en el Plan Decenal de Salud Pública, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan de Desarrollo Territorial, el Plan Territorial de Salud, el Plan de Ordenamiento Territorial, el Plan Operativo Anual y de Inversiones de la Entidad Territorial, el Componente Operativo Anual y de Inversiones del Plan Territorial de Salud y el Plan de Acción en Salud.

6.1.3. Hito 3. Alianzas intersectoriales para la prevención de la Conducta Suicida

Según el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y el Banco Mundial (2018), muchos aspectos de la salud poblacional pueden ser abordados solamente por servicios prestados a través del sector de salud (promoción de la salud y esfuerzos de prevención, tratamiento y rehabilitación), pero las políticas iniciadas por otros sectores, o en colaboración con ellos, como agricultura, energía y transporte, entre otros, pueden reducir también la incidencia de problemas y trastornos mentales, frecuentemente con grandes resultados. Estas políticas pueden recurrir a varios tipos de instrumentos tales como medidas fiscales (impuestos, subsidios y transferencias); leyes y regulaciones; cambios en la infraestructura (caminos, parques y edificios); y campañas de información, educación y comunicación. Además, un rango de servicios sociales no ligados directamente al sector salud, puede mitigar las consecuencias de los problemas y trastornos mentales.

Las políticas intersectoriales que promueven o protegen la salud, cuando se establecen como parte de un plan coherente, pueden constituir un abordaje integral de gobierno para la salud (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial, 2018),



incluyendo la integración sistemática de consideraciones de salud en los procesos de políticas de todos los ministerios, aumentando el arsenal de herramientas disponibles para mejorar la salud, y ayudando a garantizar que las políticas del Gobierno no se contrapongan entre sí. Este enfoque colaborativo frecuentemente se conoce como salud en todas las políticas (Organización Panamericana de la Salud, 2019), el cual responde, además, a la consideración cuidadosa del contexto social, cultural, económico y político; el énfasis en la generación de voluntad política y compromiso por parte de todos los sectores relevantes en los niveles nacional y territorial; y el diseño y refuerzo de mecanismos de rendición de cuentas, que también se integren en el proceso de monitorización y evaluación (World Health Organization, 2011).

En este sentido, en el marco de las competencias sectoriales, en lo local es necesario que desde el sector salud se lideran los procesos de articulación con otros actores involucrados en la prevención de la conducta suicida desde todos los entornos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), en armonía con el Hito 8 de implementación de la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) y a la luz de las orientaciones del CONPES 3992 de 2020 (Departamento Nacional de Planeación, 2020) en materia de articulación intersectorial para la promoción de la salud mental (Tabla 14).

Tabla 14. Sectores participantes de alianzas intersectoriales para la prevención de la conducta suicida

Acción	Sector
Restricción de medios utilizables para suicidarse	<ul style="list-style-type: none"> - Defensa - Comercio, industria y turismo - Agropecuario - Interior - Transporte
Comunicación responsable	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnologías de la información y comunicaciones - Interior
Acceso a servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusión social y reconciliación - Interior - Agropecuario - Cultura - Deporte - Comercio, industria y turismo - Vivienda - Educación - Transporte - Justicia y derecho - Trabajo
Capacitación y educación	<ul style="list-style-type: none"> - Educación - Defensa - Salud y protección social - Inclusión social y reconciliación
Intervención en crisis	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusión social y reconciliación - Salud y protección social - Educación - Trabajo - Defensa
Fomento de habilidades socioemocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Educación - Salud y protección social - Trabajo - Cultura - Deporte



Acción	Sector
Reducción del consumo de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> - Educación - Salud y protección social - Tecnologías de la información y comunicaciones - Comercio, industria y turismo - Inclusión social y reconciliación - Deporte - Cultura - Justicia y derecho - Defensa
Fortalecimiento de prácticas culturales propias en lo ritual espiritual, lo lúdico, artístico y deportivo	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura - Salud y protección social - Educación - Deporte - Inclusión social y reconciliación - Interior
Procesos de información y comunicación para reducción de estigma y racismo	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnologías de la información y comunicaciones - Inclusión social y reconciliación - Salud y protección social - Educación - Deporte - Cultura - Justicia y derecho - Defensa
Inclusión social a personas sobrevivientes y/o con trastornos mentales	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusión social y reconciliación - Interior - Trabajo - Agropecuario - Cultura - Comercio, industria y turismo - Vivienda - Educación - Ambiente - Justicia y derecho - Ciencia y Tecnología

Fuente: Elaboración propia.

Es preciso puntualizar que para el logro de alianzas intersectoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) efectivas y sostenidas se requiere definir:

- El propósito de la alianza
- La situación poblacional y territorial que convoca la acción conjunta
- Las acciones conjuntas diferenciadas por cada sector.
- y lograr decisión política de alto nivel sobre la importancia de realizar la alianza (compromiso de política y presupuestal)
- Definir mecanismo administrativo para su ejecución.
- Seguimiento con evaluación de resultados de proceso y en salud, en el territorio.

6.1.4. Hito 4. Adecuado abordaje de los brotes de conducta suicida

Un brote es la ocurrencia en una comunidad, región o institución de un número excesivo de casos de una enfermedad o evento con relación a los valores esperados y relacionados entre sí por derivarse de una fuente común o de una fuente propagada. Para el caso de la conducta suicida, considerado su multidimensionalidad, resulta de valor estratégico el



abordaje de casos que se presenten en presentación de frecuencia inusualmente alta, relacionada con características particulares de los sujetos y su entorno.

Teniendo en cuenta los grupos poblacionales que presentan mayor riesgo de conducta suicida, que este es un comportamiento con alta probabilidad de imitación y que es de gran impacto en salud pública, es necesario generar intervenciones oportunas y efectivas para limitar el número de casos en un periodo específico y en lugares determinados.

Para el logro de este objetivo se requiere mínimamente:

- Caracterizar los casos incluyendo, entre otros, los siguientes aspectos, con algunos énfasis especiales en puntos de interés relativos a cada caso: Datos sociodemográficos; pertenencia a grupos religiosos, gremiales o similares; historia personal y antecedentes, siguiendo la revisión histórica y del desarrollo habitual en otras estimaciones, cubriendo las diferentes etapas y áreas de exploración con énfasis en manejo del estrés y resolución de conflictos, control de impulsos, actividades delictivas y red de apoyo; tratamientos psicológicos o psiquiátricos; consumo de sustancias psicoactivas y conducta mostrada bajo el efecto de las mismas; historia familiar con patrones relacionales, antecedentes de suicidio, creencias e ideologías. Se requiere, igualmente, definir hipótesis y vincular las acciones de abordaje inmediato a la planeación que se tenga en el territorio en prevención de la conducta suicida.
- Determinar grupos de riesgo para intervención inmediata, como familiares y allegados (compañeros de colegio, compañeros de actividades comunitarias).
- Determinar grupos de riesgo para la intervención a mediano y largo plazo. Se consideran como grupos de riesgo para enfatizar la prevención de la conducta suicida: población privada de la libertad, personas en situación de calle, personas que ejercen la prostitución, población LGTBIQ+, personas en situación de desplazamiento, grupos étnicos, cuidadores, personas en condición de discapacidad, niños, niñas y adolescentes, y adultos mayores.
- Intervención en los sobrevivientes. Las intervenciones después de un suicidio están encaminadas a reducir el sentimiento de culpa y a reducir la morbilidad y mortalidad en sus allegados. Suelen ir dirigidas a amigos, profesores y familiares, y se desarrollan con la finalidad de minimizar los casos de suicidio o intentos por aprendizaje vicario. Normalmente son de corte psicoeducativo y están basados en la consejería. Pueden realizarse sesiones individuales, con otros adolescentes o incluir a los padres. Sobre la duración de la intervención, se sabe que es importante que comience de forma inmediata y se realice un seguimiento a largo plazo.
- Activar la respuesta intersectorial: se deben tener en cuenta las funciones de los actores de salud y de otros sectores en la respuesta inmediata, a mediano y largo plazo. En este punto se recomienda la implementación de una Sala de Crisis donde debe analizarse y monitorearse la respuesta que la institución, el sector salud y la sociedad civil, en su conjunto, están ofreciendo frente a los daños prioritarios, los riesgos y condiciones de vida prevalentes.



- Es importante reafirmar las funciones de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, de otros sectores como el educativo, los medios de comunicación, la policía, los organismos de socorro, además de buscar herramientas para la capacitación de todos los actores implicados en la promoción, prevención y atención de esta problemática.

6.1.5. Hito 5. Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia

El proceso de evaluación de la Estrategia se realizará a nivel nacional y territorial con enfoque sectorial e intersectorial en articulación con el seguimiento a la implementación de la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), con base en los indicadores que se presentan a continuación (Tabla 15).

Tabla 15. Indicadores para la evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia

Hito	Indicador
Vigilancia en Salud Pública de la Conducta Suicida	- Número de territorios que implementan la vigilancia de intento de suicidio*100 - Número de territorios que realizan salas de situación para el análisis y la toma de decisiones para la prevención de la conducta suicida*100
Planeación en Salud y Ejecución de la Estrategia	Número de territorios que incluyen acciones y metas para la prevención del suicidio en el plan territorial de salud*100
Alianzas intersectoriales para la prevención de la Conducta Suicida	- Número de acciones con inversión de dos o más sectores ejecutadas/ Número de acciones con inversión de dos o más sectores ejecutadas planeadas *100 - Número de Consejos Departamentales de Salud Mental que incluyen acciones para la prevención del suicidio en su Plan de Acción / Número total de Consejos Departamentales de Salud Mental * 100
Abordaje de brotes de conducta suicida	Número de Brotes intervenidos en el territorio/Número de brotes notificados en el territorio*100
Evaluación de la Estrategia	Número de hitos implementados en el territorio/Número de hitos planeados en el territorio*100

Fuente: Elaboración propia.

Por último, es necesario que cada entidad territorial defina y construya un grupo de indicadores que den cuenta del seguimiento a la implementación de las acciones definidas, con base en los componentes adoptados, considerando de manera explícita su efecto. Si se determina la evaluación del impacto de las acciones a corto y mediano plazo, es recomendable utilizar instrumentos validados para la población colombiana, como escalas de riesgo suicida, de satisfacción y calidad de vida, entre otras.

El monitoreo de los resultados ante la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida se realizará a partir del seguimiento al intento de suicidio y mortalidad por suicidio con base en las fuentes vigentes definidas para tal fin.

6.2. Responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia



A partir de las competencias que se definen en la Ley 715 de 2001 (Congreso de la República, 2001) y demás normatividad relacionada, para implementar la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia, se requiere de la materialización de las siguientes responsabilidades, por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6.2.1. Entidades Territoriales de Salud

- Gestionar en el marco de los espacios de discusión de la política territorial de salud y política de salud mental, la adaptación e inclusión de lo establecido en la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida, acorde con las características y necesidades poblacionales y contextuales de cada territorio.
- Diseñar e implementar estrategias que permitan el fortalecimiento del análisis epidemiológico de la situación de la conducta suicida, a partir de lo cual se tomen decisiones sobre las acciones que se deben implementar para abordar la situación en el territorio a partir de lo definido en la estrategia nacional.
- Fortalecer los procesos de seguimiento y monitoreo, y propiciar en los Consejos Departamentales de Salud Mental, la generación de espacios para socializar y analizar los avances en la construcción, implementación y resultados de las acciones estratégicas para la prevención de la conducta suicida definidas en los planes de acción desarrollados para tal fin.
- Fortalecer la gestión e implementación de procesos de desarrollo de capacidades para la implementación de lo establecido en el presente documento, con diversos actores sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarios.
- Gestionar, acorde con lo definido en el protocolo de vigilancia epidemiológica del intento de suicidio, las acciones correspondientes a su nivel de competencia para el mejoramiento de la notificación en el territorio.
- Gestionar la adaptación de lo establecido en la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida para poblaciones especiales (comunidad LGBTIQ+, comunidades étnicas, población habitante de la calle, entre otros) y en entornos particulares (centros penitenciarios y carcelarios, universidades, centros comunitarios) presentes en cada uno de los territorios.

6.2.2. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

- Concertar, con su red de prestadores, la implementación de acciones para la prevención y el seguimiento de la conducta suicida de su población afiliada, asegurando la oportunidad de la referencia y contra referencia de las personas de acuerdo con lo definido en las guías de atención y los protocolos de manejo, eliminando todas las barreras de acceso.
- Promover, con su red de prestadores, la implementación de acciones tendientes a mejorar las capacidades de profesionales de la salud para la identificación, atención y seguimiento de problemas y trastornos mentales, así como de las personas afiliadas que puedan estar en riesgo de suicidio.



- Fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica de los casos de intento de suicidio, identificando brechas y oportunidades de mejora en la gestión de los riesgos individuales, suministrando la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del sistema de vigilancia en salud pública, y garantizando el seguimiento de los casos y la gestión de sus riesgos.
- Participar en los espacios de discusión, construcción y seguimiento de las acciones a nivel nacional y territorial para la implementación de Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida.
- Proveer, en los espacios de análisis epidemiológicos convocados a nivel nacional y territorial, información pertinente sobre la caracterización de intentos de suicidio realizada en su población afiliada y de las acciones que en el marco de sus competencias se generen en articulación con la red de prestación de servicios para atender las situaciones que se presenten.
- Desarrollar acciones de coordinación y articulación con las entidades territoriales en salud para la ejecución de estrategias de promoción de la salud y prevención de los riesgos que afectan la salud de la población a su cargo, implementando estrategias de psicoeducación a su población asignada frente a la promoción de la salud mental, así como la prevención y detección temprana del riesgo de conducta suicida; dando claridades sobre herramientas básicas de cómo actuar asertivamente en caso de identificación efectiva de riesgos.

6.2.3. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

- Garantizar la prestación de los servicios contratados para la atención de la población en riesgo, ajustando sus procesos administrativos para eliminar barreras de acceso, tales como: agendas, atención preferencial según las necesidades de la población usuaria, implementación de procesos de referencia y contrarreferencia oportunos, inclusión de ajustes razonables para la eliminación de barreras físicas, actitudinales y comunicativas, entre otros.
- Lo anterior implica propender por garantizar la atención integral e integrada de personas en quienes se identifica riesgo de suicidio enmarcada en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (adopción).
- Garantizar la inclusión de la población con problemas y trastornos mentales dentro de la caracterización poblacional para definir enfoques diferenciales y de seguimiento a los afiliados y sus beneficiarios.
- Participar en los espacios de discusión, construcción y seguimiento de las acciones a nivel nacional y territorial para la implementación de Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida.



7. Bibliografía

- Acero, P. D., & Pérez Barrero, S. A. (2013). *Suicidio*. Bogotá: Editorial San Pablo.
- ACNUR. (2005). *Enfoque diferencial étnico de la Oficina del ACNUR en Colombia. Estrategia de transversalización y protección de la diversidad. Población indígena y Afrocolombiana*.
- Alayon Torres, C. (septiembre de 2020). Trayectorias de la Ruta Integral de Atención a situaciones de presunto racismo en Bogotá. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, L(3), 121-144. doi:<https://doi.org/10.48102/rlee.2020.50.3.123>
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida*. Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.
- Ardila, M. H. (2007). Perspectiva sistémica. En G. Sánchez Medina, *El suicidio y su prevención* (págs. 245-260). Bogotá: Kimpres.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. (2018). *Prioridades para el control de enfermedades. Compendio de la 3ª edición*. Washington: Grupo Banco Mundial.
- Blanco Restrepo, J. H., & Maya Mejía, J. M. (2005). *Fundamentos de Salud Pública* (2 ed.). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Cabrera-García, A. M., López Mesa, Y., & Hernández Urbay, D. C. (2015). *Ansiedad, depresión y suicidio en diferentes etapas de la vida*. Villa Clara: Feijóo.
- Chapman, C., & Gravrin, J. (1993). Suffering and its relationship to pain. *J Palliat Care*, 9(2), 5-13.
- Cohen, R., & Ahearn, F. (1990). *Manual de la Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres*. Washington: OPS.
- Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Congreso de Colombia.
- Congreso de la República. (2001). Ley 715 de 2001 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud. Bogotá: Congreso.
- Congreso de la República. (2013). *Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Congreso de la República.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Manual de Conceptos*. Bogotá: DANE.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). *Nota Estadística. Salud Mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia*. Bogotá: DANE.
- Departamento Nacional de Planeación. (2020). *Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia. CONPES 3992 de 2020*. Bogotá: DNP.
- Durkheim, É. (2011). *El suicidio*. México: Fontamara.
- Eguiluz, L. d., Córdova, M. H., & Rosales, J. C. (2010). *Ante el suicidio: Su comprensión y tratamiento*. México D.F.: Editorial Pax México.
- Favril, L., Yu, R., Hawton, K., & Fazel, S. (2020). Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 7(8).



- Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *New England Journal Medical*, 382(3), 266-274.
- García, M. G. (2020). *Influencia de las relaciones sociales en la salud mental de la comunidad afrocolombiana del municipio de Santander de Quilichao, Cauca*. Tesis para optar al título de psicología, Fundación Universitaria de Popayán, Popayán, Cauca.
- Gómez- Restrepo, C., Rincón, C., & Urrego- Mendoza, Z. (2016). Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 119- 126. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1a16.pdf>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., & al, e. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*.
- Gutiérrez García, A. G., Contreras, C., & Orozco Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74.
- ICBF, & SINERGIA. (2020). *Documento de descripción de los factores de riesgo individuales, familiares, sociales y culturales que influyen en las conductas suicidas de población indígena y prácticas propias identificadas que contribuyan a la prevención*. Bogotá, D.C.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). *Forensis 2018: Datos para la vida*. Bogotá: INMLCF.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2020). *Boletín Estadístico Mensual. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Diciembre 2020*. Bogotá: INMLCF.
- Instituto Nacional de Salud. (2019). *Informe del Evento. Intento de Suicidio 2018*. Bogotá: INS.
- Instituto Nacional de Salud. (2020). *Informe del Evento. Intento de suicidio 2019*. Bogotá: INS.
- Instituto Nacional de Salud. (2020). *Intento de suicidio. Periodo epidemiológico XIII. Colombia, 2020*. Bogotá: INS.
- Instituto Nacional de Salud. (2020). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Intento de Suicidio. Código 356*. Bogotá: INS.
- Juárez Dávalos, S. J. (2010). Definiciones y teorías explicativas del suicidio. En L. d. Eguiluz, M. H. Córdova, & J. C. Rosales, *Ante el suicidio: su comprensión y tratamiento* (págs. 23-46). México: Editorial Pax.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- León Díaz, R. E. (2020). El enfoque diferencial étnico- racial para personas, colectivos, comunidades y pueblos negros afrocolombianos raizales y palenqueros. Reflexiones para la práctica. (U. N. Departamento de Trabajo Social, Ed.) *Trabajo Social*, 22(1), 33- 63. doi:<https://doi.org/10.15446/ts.v22n1.78887>
- LLorente Guerrero, X. (2002). La vulnerabilidad en procesos de sufrimiento. *Perspectiva Social*(47), 63-72. *Perspectiva Social*(47), 63-72.
- López, L., Cataño, N., López, H., & Velasquez, V. (2011). Diversidad cultural de sanadores tradicionales Afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. *Aquichan*, 11.



- Martínez, C. (2017). *Suicidología comunitaria para América Latina: teoría y experiencias*. Buenos Aires: ALFEPSI.
- Mélich, J. C. (2010). *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder Editorial.
- Mesones Peral, J. E. (2014). El suicidio a lo largo de la historia y las culturas. En A. Anseán, *Suicidios: Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida (2ª ed)* (págs. 35-60). Madrid: Fundación salud mental para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.
- Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. (2017). *Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (adopción)*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá D.C.: MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Decreto número 859 de 2014 por el cual se reglamenta el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Estrategia de Gestión del Riesgo Asociado a Problemas, Trastornos y Eventos de Salud Mental: Propuesta Conceptual, Metodológica y Operativa*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá D.C.: MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 518 de 2015*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución Número 1536 de 2015 por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Orientaciones para el trabajo con grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 3280 de 2018 por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 4886 de 2018 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Guía Técnica para la Implementación de la Política Nacional de Salud Mental, 2018 y la Política Integral de Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2019*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Boletines poblacionales: Población Indígena; Población NARP; Población Rrom - Gitana*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *ABECÉ Réplica de la formación en la Guía de Intervención - mhGAP (GI-mhGAP)*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). *Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud*. Bogotá: MSPS.



- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias y Pontificia Universidad Javeriana. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: MSPS.
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo (2 ed)*. México: Trillas.
- OPS. (2021). *La salud de la población afrodescendiente en América Latina*. Washington, D.C. doi:<https://doi.org/10.37774/9789275323847>
- OPS/OMS. (2016). *Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países.* . Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?* Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de política*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Informe de la Secretaría*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Prevención del Suicidio: un imperativo global*. Washington D.C.: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Saud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *El paquete Técnico SAFER: un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Construir la Salud a lo largo del Curso de Vida: concepto, implicaciones y aplicación en la salud pública*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. Washington: OPS.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2015). *Habilidades para el progreso social: el poder de las habilidades sociales y emocionales*. Montreal: OCDE.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2017). *Habilidades sociales y emocionales: bienestar, conectividad y éxito*. Montreal: OECD.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., & Bolton, P. (2018). La Comisión Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible. *The Lancet*, 392(10157).
- Peñaranda, F. (2013). Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes - determinación social de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1), S91-S102.
- Pinard, S. (1997). *Del otro lado de las lágrimas*. México: Editorial Grijalbo.



- Pineda, E. (2018). Las heridas del racismo: Efectos psicosociales de la discriminación racial en las personas afrodescendientes en América Latina. *Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales*, XI, 54-72.
- Restrepo O, D. A., & Jaramillo E, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Schneidman, E. (1971). Suicide and Suicidology: a brief etymological note. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 1, 260-264.
- Slaikou, K. A. (1990). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación (2° ed.)*. México: El Manual Moderno.
- Spinel, J. (2016). *El suicidio indígena en el Vaupés: aproximaciones clínicas de la problemática. Proyecto de grado presentado para optar al título de especialista en psicología clínica*. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Torralba Roselló, F. (1998). *Antropología en el arte de cuidar*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética.
- UNICEF. (2012). *Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso*. Panamá: UNICEF.
- United States Agency International Development (USAID) de los pueblos de los Estados Unidos de América. (2020). *Guía para la preparación de las acciones en salud mental y apoyo psicosocial: En emergencias, desastres y crisis humanitarias*. Bogotá: USAID.
- Universidad de Antioquia; OPS/OMS. (2006). *Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de América: salud mental de los pueblos indígenas*. Medellín, Antioquia.
- Urrego M, Z. C., & Cárdenas, Y. (2012). "Epidemia de cuerdas": caracterización del comportamiento suicida en indígenas del Vaupés y propuesta metodológica para su análisis por determinantes y para el estudio de casos. *Technical Report*.
- Vallejo S, Á. R. (2006). Medicina indígena y salud mental. *Acta Colombiana de Psicología*, 39-46.
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Tancic Grum, A., . . . Hegerl, U. (2011). Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies: A review of Systematic Review. *Crisis*, 32(6), 319-333.
- Van Heeringen, K. (2001). *The suicidal process and related concepts. Understanding suicidal behavior. The suicidal process: Approach to research treatment and prevention*. Inglaterra: Wiley.
- Vargas-Espíndola, A., Villamizar-Guerrero, J., Puerto-López, J., & al, e. (2017). Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. *Revista Facultad de Medicina*, 129-35.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.



- Vélez Correa, L. A. (2003). Antropología Médica. En L. A. Vélez Correa, & J. J. Sarmiento Díaz, *Ética médica: Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte* (pág. 306). Medellín: CIB.
- Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- World Health Organization. (2011). *Intersectoral action on health: a path for policy-makers to implement effective and sustainable intersectoral action on health: Discussion paper*. Moscow.
- World Health Organization. (2012). *Public Health Action for the Prevention of Suicide: a Framework*. Geneva: WHO.