



**Diplomado de Profundización de la Salud Pública**

**Propuesta**

**Estrategias para prevenir el suicidio en los jóvenes de la ciudad de Medellín**

**Presentado a:**

**Nidia Carolina Naranjo**

**Grupo: 151058\_11**

**Autores:**

**Alexander de Jesús Restrepo Agudelo**

**Ángela María Hernández Trujillo**

**Félix Dahian Torres Ríos**

**Norma Lucía Bustamante Gómez**

**Lina Alexandra Ríos Calle**

**Universidad Nacional Abierta y a Distancia “UNAD”**

**Escuelas de Ciencias de la Salud - ECISALUD**

**Programa de Administración en Salud**

**Mayo 2020**






## Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN .....	4
Análisis de la Situación de Salud y Plan Territorial en Antioquia.....	5
Contexto Territorial y Demográfico .....	5
Efectos sobre la salud en el Departamento .....	6
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental .....	9
Transformación de la Tensión o el Problema.....	9
Desarrollo de la Dimensión .....	10
Indicadores de Resultado, Producto y Metas.....	11
Las razones detrás del aumento de suicidios en Medellín.....	12
Presentación del Problema .....	16
El Suicidio .....	16
Descripción del Problema.....	16
Definiciones.....	17
Situación actual del País .....	18
Estrategias a nivel Nacional .....	20
Vigilancia del Intento de Suicidio .....	20
Lo que hace Colombia por las personas con conducta suicida.....	24
Planes de Beneficios .....	24
Desarrollos Técnicos .....	25
Implementación del Modelo Integral de Atención en Salud .....	27
Formación del Talento Humano .....	27
Páginas Web Prevención del Suicidio y depresión .....	28
Datos y Cifras del Suicidio.....	29
Suicidio a Nivel Mundial.....	29
Suicidio en Colombia .....	29
Suicidio en Medellín.....	31
Fundamentos de la Propuesta .....	31
Marco Teórico .....	31
Factores de Riesgo y Factores Protectores .....	35
Diseño de la propuesta .....	36
Objetivo General.....	36
Objetivos Específicos .....	36

Actores Involucrados.....	36
Secretarías o Direcciones Departamentales .....	36
Instituciones de Educación Básica y primaria .....	37
Entidades Administradoras de Planes de Beneficios .....	37
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud .....	37
Propuesta de Intervención .....	37
Programa de “atención al llamado”.....	37
Objetivo General.....	37
Metodología.....	37
Población .....	38
Intensidad horaria .....	38
Fecha de ejecución.....	38
Presentación del programa.....	38
Orden del programa .....	38
Descripción del Plan de Trabajo.....	39
Evaluación del Programa.....	41
Indicadores de medición .....	41
Recursos.....	41
Resultados esperados .....	42
Enfoques .....	42
Enfoque de Derechos .....	42
Enfoque Ciclo de Vida.....	43
Enfoque Diferencial .....	43
Enfoque Poblacional .....	43
Líneas Operativas .....	45
Línea de Promoción de la Salud .....	45
Línea de Gestión del Riesgo en Salud .....	45
Referencias .....	46



## INTRODUCCIÓN

El suicidio es uno de los problemas psicosociales que se presentan en todos los grupos y sociedades, incrementando el número de muertes trágicas y con grandes trastornos emocionales para las familias. Los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida.

Según la OMS, el suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente, siendo la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años a nivel mundial, de esta manera se estima que es responsable de 800 mil muertes, lo que significa que cada 40 segundos una persona se quita la vida. (OMS).

Los suicidios son eventos prevenibles, por lo tanto, se requiere de forma prioritaria la atención e intervención a dicha problemática, pues algunas de las principales causas ejercen una influencia sobre las conductas de las personas vulnerables y además puede crear opinión sobre aspectos que estigmatizan a las personas afectadas y a sus familias. Por ello, una atención oportuna y adecuada del evento puede influir positivamente en el efecto sobre los afectados y su entorno.

En este trabajo se presenta una estrategia de promoción y prevención de la salud mental para que, en el municipio de Medellín, se atienda de manera integral y oportuna a las personas y a sus familias identificadas con alguna conducta suicida y a su vez se reduzca la tasa de mortalidad por suicidio.



## Análisis de la Situación de Salud y Plan Territorial en Antioquia

### Contexto Territorial y Demográfico

Antioquia es uno de los 32 departamentos que conforman a Colombia, se encuentra localizado en el noroeste del país, cuenta con 125 municipios, distribuidos en 9 subregiones. Ocupa un territorio de 62.799 Km<sup>2</sup> que limita al norte con el mar Caribe y con el departamento de Córdoba; al occidente con el departamento del Chocó; al oriente con los departamentos de Bolívar, Santander y Boyacá y al sur con los departamentos de Caldas y Risaralda.

### Características Físicas del Territorio

La geografía antioqueña conjuga todos los elementos de la geografía nacional: mar, llanuras, montañas, altiplanos, páramos, ríos, ciénagas y bosques. La Cordillera de los Andes, al llegar a Colombia, se divide en dos ramales, llamados Cordillera Occidental y Cordillera Central. La Cordillera Central, a su vez, se ramifica en dos ramales al entrar a Antioquia, en medio de un valle conocido como Valle de Aburrá, donde se asienta Medellín. Sobre la Cordillera Central, no sólo se asientan la mayoría de ciudades o municipios, sino que se forman dos altiplanos geográficos: el que está situado más al norte, llamado Altiplano de Santa Rosa de Osos, y el Altiplano situado más al oriente, llamado Valle de Rionegro. Las zonas planas, no montañosas, de Antioquia son: Bajo Cauca, Magdalena Medio, Atrato y Urabá.

El mayor accidente montañoso del departamento es el Páramo de Frontino, localizado en el municipio de Urrao, con 4.080 msnm; también en esa localidad está situado el Morro Campana, con 3.950 msnm. En el municipio de Dabeiba está ubicado el Alto de Paramillo, con 3.960 metros y en el municipio de Andes se localiza el Cerro de Caramanta, que tiene 3.900 metros de



altura. Antioquia está bañada al norte, en sus costas, por el Mar Caribe. Al occidente recibe la humedad del Océano Pacífico, en la zona de sus selvas.

### **Accesibilidad Geográfica**

En lo que respecta a las vías de comunicación de índole terrestre, el departamento de Antioquia cuenta con una aceptable red de vías que permiten la comunicación directa de Medellín con la mayoría de las localidades del departamento y de éstas entre sí. La carretera troncal occidental cruza el territorio departamental de sur a norte pasando por la mayor parte de los municipios. Actualmente, existen algunos tramos de ferrocarril como los de Grecia - Bello y Grecia - Girardota y La Gómez - Nare para el transporte de carga.

En total, Antioquia tiene alrededor de 1.600 kilómetros de vías que hacen parte de la red nacional, entre las cuales se encuentran: la troncal de occidente, la troncal de Urabá, la transversal Tribugá - Medellín - Arauca, las alternas a la troncal de occidente, la transversal del Caribe, que une Turbo - Necoclí -Arboletes; la transversal Medellín - Bogotá; y el circuito Medellín - valle de Rionegro; vías consideradas como las más importantes del departamento.

En cuanto a vías de comunicación aérea, el departamento cuenta con cerca de 50 aeródromos y campos de aterrizaje, tanto oficiales como particulares; el más importante es el aeropuerto internacional "José María Córdoba", situado en el municipio de Rionegro, y el aeropuerto regional y nacional "Enrique Olaya Herrera". Existen otros en las regiones más selváticas y apartadas, hacia donde no existe comunicación por carretera, si bien pueden ser rudimentarios, constituyen la única forma de transporte.

### **Efectos sobre la salud en el Departamento**





La política de salud en Antioquia, durante el presente cuatrienio, estará orientada a la búsqueda de condiciones de bienestar de la población, la coordinación intersectorial para la intervención sobre los determinantes sociales de la salud, la garantía de la salud como derecho fundamental y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria de orden municipal y departamental.

Antioquia es el Departamento de Colombia que más aporta al aseguramiento en salud de su población pobre y vulnerable. Ha logrado una cobertura del 92,71 % en la afiliación de su población al régimen contributivo y subsidiado. Sin embargo, la población pobre no afiliada y la demanda de servicios no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, ha desbordado la capacidad del Departamento para cubrirlo con los recursos propios y con las transferencias de la Nación, al punto que en diciembre de 2015 las deudas estimadas a las aseguradoras y a la red de prestadores de servicios de salud superaban los \$300.000.000.000. Savia Salud EPS, la aseguradora de cerca de 1.700.000 afiliados, registra pérdidas acumuladas superiores a los \$251.000.000.000 que la ponen en causal de liquidación y la hacen inviable sin el concurso del Gobierno Nacional.

Sumado a la problemática del aseguramiento priorizada en el Programa de Gobierno “Pensando en Grande”, en Antioquia se evidencia un deterioro de las dimensiones del desarrollo:

Poblacional, Ambiental, Social y Económica, a través del debilitamiento de las condiciones sociales de la población antioqueña lo que vulnera sus determinantes sanitarios y ambientales amenazando la salud, tales como las bajas coberturas de acceso al agua potable y saneamiento básico principalmente en el área rural, inadecuadas condiciones de vivienda y espacios públicos, deterioro de la calidad del aire, incremento de ruido y radiaciones electromagnéticas, características de urbanismo y movilidad, condiciones de ruralidad, riesgo biológico asociado a la presencia de vectores y la tenencia no responsable de animales de compañía y producción, riesgo químico por la utilización masiva e imprudente de sustancias y productos químicos, insuficiente





responsabilidad social empresarial para adoptar sistemas de producción más limpios, gestión inadecuada de los entornos, ecosistemas estratégicos e incumplimiento de la normatividad sanitaria de establecimientos abiertos al público.

En el escenario social, se encuentra el conflicto armado y otras violencias como una de las problemáticas de mayor afectación a la población, esto ha desintegrado y debilitado la estructura individual, familiar y comunitaria, dejando daños y deterioro en el tejido social y la salud mental, generando manejo inadecuado del estrés, poca resiliencia y dificultades para la construcción de proyectos de vida, sumado a esto la no existencia de alternativas para el ocio creativo que inciden en el desarrollo de prácticas no favorecedoras de la salud mental (trastornos mentales, consumo de psicoactivos) y la convivencia social, exponiendo la vida y la salud de la población a un impacto negativo así como a la libertad individual, sexual y la dignidad humana.

### **Efectos o Factores de Riesgo**

- La existencia de modelos educativos no incluyentes e integradores que no reconocen ni abordan la diversidad cultural de los diferentes territorios del departamento, unido a la deficiente articulación entre el sector salud y el educativo; han generado que las acciones para promover el autocuidado, los hábitos y estilos de vida saludables, los entornos saludables familiares y comunitarios y la participación social, no tengan la apropiación ni el impacto suficiente y positivo en la población.
  - En el Departamento de Antioquia el conflicto armado y el tráfico de sustancias psicoactivas han permeado las esferas políticas, económicas y sociales, al igual que las diferentes formas de violencia y el consumo de sustancias psicoactivas han mantenido en las últimas décadas en forma negativa la situación de salud de toda la población antioqueña.
- 

- El débil ejercicio de las competencias de Inspección, Vigilancia y control de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el poco empoderamiento de los profesionales de salud, así como la falta de articulación transectorial y la no conformación de redes integradas de servicios de salud han limitado el acceso de la población a la prestación de servicios de salud con calidad.

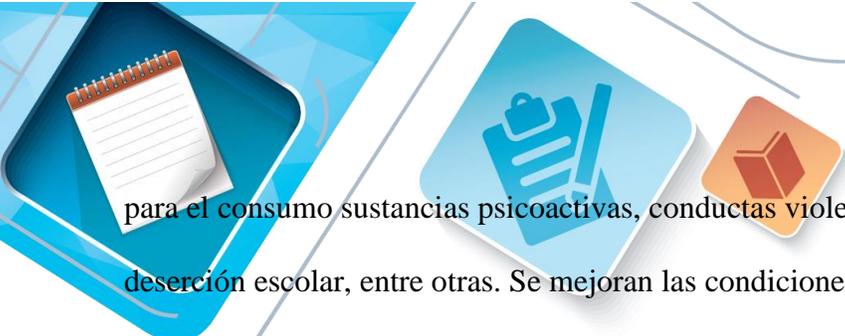
### **Dimensión Convivencia Social y Salud Mental**

“Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuyan al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos”(Ministerio de Salud y Protección y Social-PDSP)

### **Transformación de la Tensión o el Problema**

En el departamento de Antioquia, todos los sectores contribuirán a los esfuerzos para impactar las consecuencias que genera el conflicto armado y el narcotráfico, se promueve la cultura que establece el respeto a la norma y el fortalecimiento del control social, y se potencian las oportunidades de desarrollo especialmente para los jóvenes, propiciando los retornos a las zonas rurales de las cabeceras municipales. Las familias y la escuela son el soporte afectivo y generadoras de estrategias de contención y resiliencia para el desarrollo de prácticas favorecedoras para la salud mental y la convivencia social.

La población cuenta con herramientas para el afrontamiento del estrés y alternativas para el uso del ocio creativo fortaleciendo los factores protectores y minimizando los factores de riesgo



para el consumo sustancias psicoactivas, conductas violentas, prácticas sexuales de riesgo, deserción escolar, entre otras. Se mejoran las condiciones de vulnerabilidad y de convivencia en entornos protectores de la población especialmente las mujeres, niñas, niños, personas adultas mayores o con alguna discapacidad. Además se cuenta con una respuesta social articulada con lo cual se mejora la atención y protección integral con enfoque diferencial a la población, disminuyendo los niveles de vulneración, desprotección y barreras administrativas a los que se ve expuesta la población más vulnerable.

### **Desarrollo de la Dimensión**

Se enfoca a fortalecer espacios de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria; con la promoción de la salud mental, la prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas y la intervención sobre las diferentes formas de violencia, contribuye al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del curso de vida, con equidad y enfoque diferencial, fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental, que aumenten el acceso a quienes los requieren y permitan prevenir la codificación y el deterioro y mitigar daños evitables, en los territorios del departamento.



## Indicadores de Resultado, Producto y Metas

Indicador de Resultado	Nombre del Programa	Indicador de Producto	Unidad	Meta Cuatrienio (2016-2019)	Dependencia Responsable
Tasa de mortalidad general	Salud Pública	Tasa de mortalidad por suicidios	Tasa por 100.000 habitantes	4,0	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
Tasa de mortalidad general	Salud Pública	Tasa de víctimas de violencia intrafamiliar	Tasa por 100.000 habitantes	Mantener en 142,2	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
Tasa de mortalidad general	Salud Pública	Aumento edad inicio consumo de sustancias psicoactivas	Años Promedio edad de inicio	15,5	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Secretaría de Gobierno
Tasa de mortalidad general	Salud Pública	Seguimiento y monitoreo al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de violencia intrafamiliar en los municipios	Número	125	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
Tasa de mortalidad general	Salud Pública	Planes territoriales de reducción de sustancias psicoactivas en los municipios	Número	125	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Tasa de mortalidad general	Salud Pública	Número de personas víctimas del conflicto armado que reciben atención psicosocial en el Departamento de Antioquia	Número	40.000	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
Tasa de mortalidad general	Salud Pública	Porcentaje de Municipios con Políticas públicas de salud mental implementadas	%	100	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
Tasa de mortalidad general	Salud Pública	Aumentar los niveles de resiliencia en la población general a partir de la línea de base a 2019	%	7	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

### Las razones detrás del aumento de suicidios en Medellín

La conducta suicida en Medellín viene incrementándose de forma sostenida durante los últimos años. Según cálculos de la Secretaría de Salud de Medellín, entre 2014 y 2019 la tasa de mortalidad por suicidio pasó de 4,7 a 6,4 por cada 100.000 habitantes. Con corte al 31 de octubre del 2019, el sistema de vigilancia epidemiológica reportó 1.907 intentos de suicidio que equivale a un promedio de 6 intentos cada día.

Según muestran esas cifras, el principal factor desencadenante de los intentos fueron los conflictos de pareja y los problemas económicos. Sin embargo, al menos en el 43,8 por ciento de los casos reportados en el 2018 se comprobaron antecedentes de trastornos psiquiátricos, de los cuales el 89,9 por ciento correspondió al depresivo y el 13,5 por ciento al bipolar.



La estrecha relación del suicidio con los trastornos mentales ha generado que el problema sea abordado como un tema de salud pública. Mejorar la oferta de profesionales en salud mental, agilizar las rutas de atención y crear estrategias para que las personas encuentren ayuda antes de que sea tarde se proyectan como las tareas más importantes para combatir el problema.

Según coinciden los expertos, en Medellín este asunto tiene dos caras. Esto porque a pesar de que la ciudad viene mejorando su oferta en salud mental, los pacientes todavía son víctimas de un sistema que obstaculiza su atención y las estrategias emprendidas por el gobierno local no dan los resultados esperados.

Por ejemplo, según reconoció la Alcaldía en su última rendición de cuentas, la ciudad no logró bajar a 5,0 la tasa de mortalidad por suicidios, tal como estaba contemplado en el Plan Municipal de Salud 2016 - 2019.

A la par del incremento de la tasa de suicidios, la prevalencia de los dos trastornos mentales más asociados a esa conducta también se incrementó durante la última década. Esto según datos de la última actualización del Estudio Poblacional de Salud Mental de Medellín.

La subsecretaría de Salud Pública de Medellín confirmó que mientras en el caso de la depresión mayor la prevalencia anual pasó de 4,1 por ciento en 2012 a 5,2 en 2019, en el caso del bipolar la tasa pasó 0,8 por ciento en 2012 a 1,0 por ciento en 2019.

Una epidemióloga e integrante del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad de Antioquia, destaca tres obstáculos que impiden a los pacientes tener una atención adecuada: la escasa oferta de profesionales especializados, la falta de continuidad en la relación paciente-especialista y el corto alcance de las estrategias de prevención.





De acuerdo con datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, la oferta de camas de siquiatria para atender a toda la poblaci3n de Medell3n pas3 de 127 camas en junio 2012 a 208 en junio de 2018.

Para este 3ltimo periodo la ciudad ten3a registrados 111 servicios de consulta externa de siquiatria y 429 de sicologia; Sin embargo, m3s all3 de la reducida oferta, el problema se focaliza en la atenci3n primaria, en donde los pacientes que requieren una intervenci3n en crisis terminan siendo atendidos por personal que, sin tener una capacitaci3n adecuada en salud mental, se ve obligado a resolver la situaci3n, un problema que se suma a los largos tiempos que toman las remisiones a los especialistas.

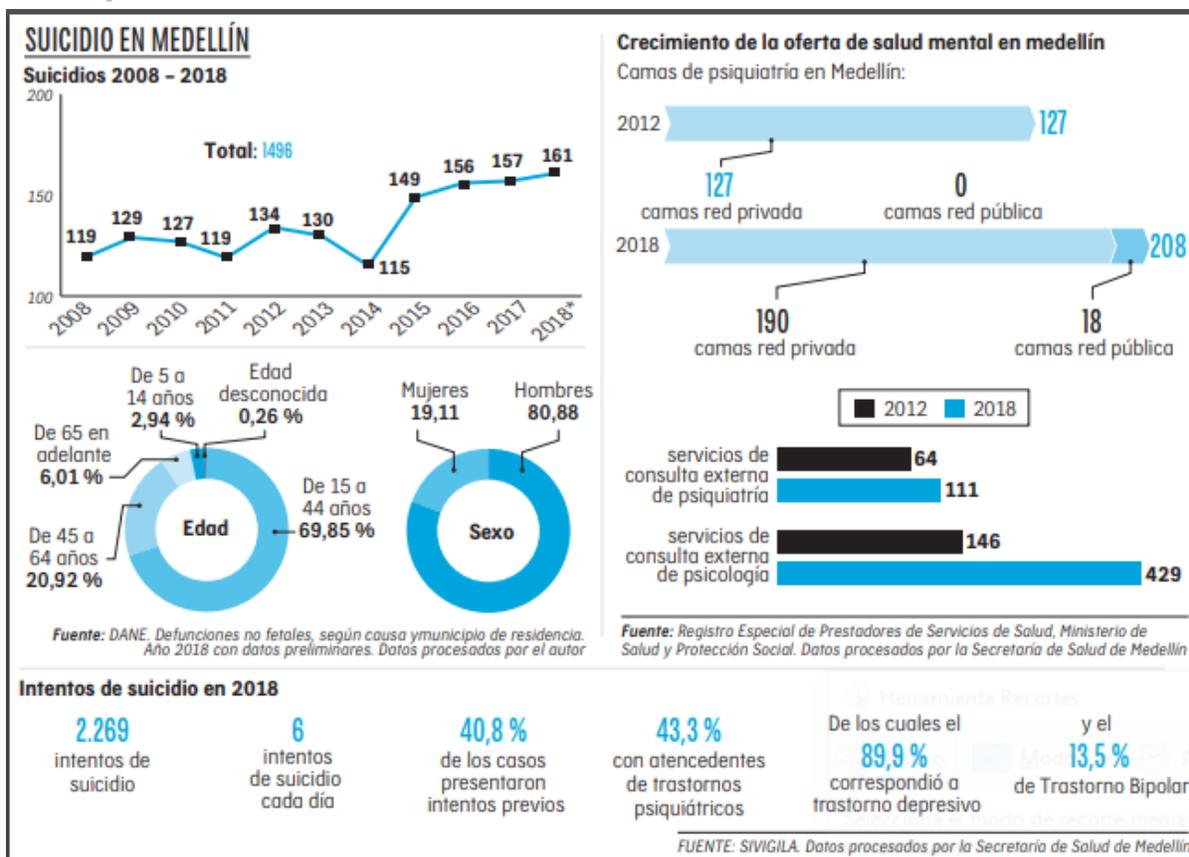
“Cuando un paciente llega a la atenci3n b3sica las remisiones a los profesionales en salud mental son muy lentas y dif3ciles. Adem3s, el sistema privilegia formas de contrataci3n cortas que no permiten a los profesionales tener permanencia en un lugar. La falta de continuidad entre los especialistas y los pacientes hace que sea muy dif3cil generar una empat3a”.

Adem3s de estos obst3culos, en las estrategias de prevenci3n tambi3n hay problemas. Desde 1998 el principal programa que tiene la ciudad para combatir el suicidio es la L3nea Amiga Saludable, un tel3fono en donde un equipo de especialistas interviene casos cr3ticos e informa a los ciudadanos las rutas de atenci3n.

A la par de los vac3os en el sistema de salud, un problema en que coinciden todos los actores involucrados es la estigmatizaci3n que todav3a hoy tienen los profesionales en salud mental y la falta de confianza que los pacientes tienen en su capacidad para ayudarlos a mejorar su vida, sin embargo, priorizar el mejoramiento de la cobertura y aumentar el alcance de las estrategias de



prevención se hacen necesarios para mostrarles a los pacientes que su vida puede mejorar sustancialmente si deciden aceptar la ayuda de un profesional.





## El Suicidio



## Presentación del Problema

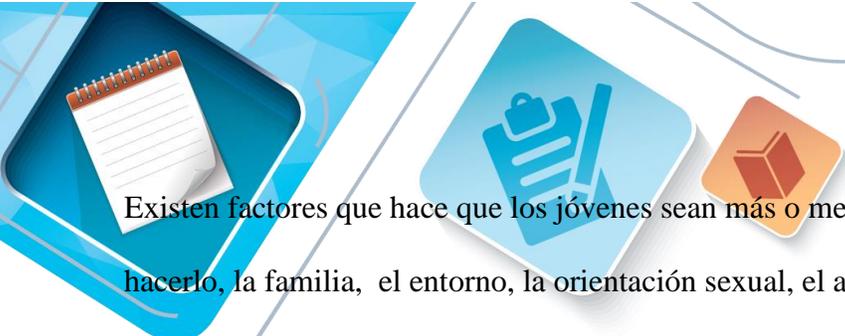
La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo. También hay factores de la personalidad, psicológicos y de carácter biológico que hace que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. La salud mental constituye un importante factor de riesgo de suicidio. (OMS).

El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral. (OMS).

### **Descripción del Problema**

El suicidio en la ciudad de Medellín viene incrementándose de manera sostenida en los últimos años, contrario a lo que estaba contemplado en el Plan Municipal de Salud 2016-2019 donde se estimaba bajar la tasa de mortalidad por suicidio.

El incremento de la tasa de mortalidad por suicidio en la ciudad de Medellín no respeta edades, sin embargo, se ha evidenciado que afecta notablemente a los jóvenes entre los 15 y los 29 años. La estrecha relación que existe entre el suicidio y la salud mental ha encendido las alarmas y se ha hecho indispensable que se aborde como un serio problema de Salud Pública.



Existen factores que hace que los jóvenes sean más o menos propensos para suicidarse o intentar hacerlo, la familia, el entorno, la orientación sexual, el apoyo social, los antecedentes familiares, entre otros, juegan un papel importante y arrojan señales de alerta los cuales no deben ser ignorados y deben ser respondidos cuidadosamente.

## Definiciones

**Conducta suicida:** Es “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”. (MINSALUD)

**Ideación suicida:** “Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas”. (MINSALUD)

**Plan suicida:** Además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento. (MINSALUD)

**Intento de suicidio:** El Protocolo de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública establece que un caso confirmado de intento de suicidio es “conducta potencialmente lesiva auto-inflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método. (MINSALUD)





**Suicidio:** Muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y con la intención de provocar el propio fallecimiento. Es un problema de salud pública, por su frecuencia cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida que pudieron ser vividos y en general por sus graves consecuencias. (MINSALUD).

### **Situación actual del País**

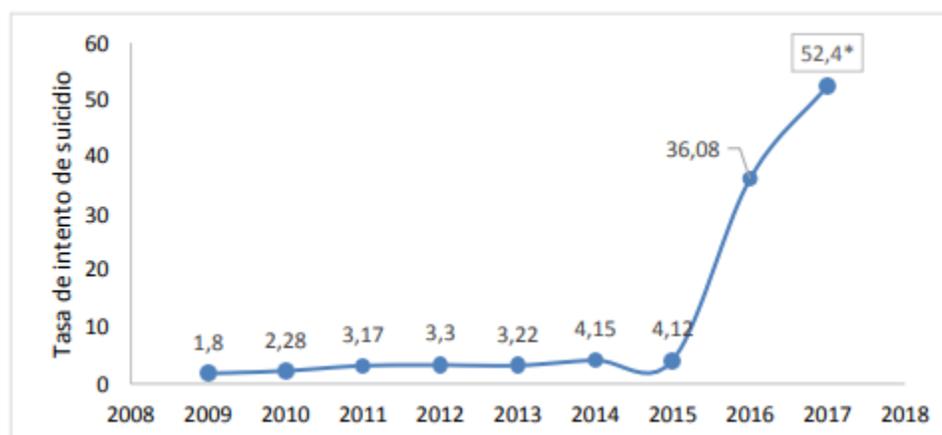
Existen diferentes fuentes oficiales de información de los indicadores sobre la conducta suicida en el país, las más importantes son la bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, la Encuesta Nacional de Salud Mental - ENSM 2015, el Estudio de Estimación de la Carga de Enfermedad para Colombia, de 2010 y el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, de las cuales se extrajo la información que a continuación se relaciona.

**Lesiones autoinflingidas intencionalmente:** El número de personas atendidas con el diagnóstico de lesiones autoinflingidas intencionalmente (Códigos CIE10 X60 a X84), en todos los servicios de salud, de 2009 a 2017 (el dato del último año es preliminar), fue de 36.163 casos, con un promedio de 8.036 casos por año. Dentro de este grupo las causas más frecuentes fueron:

- Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a otras drogas medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados: vivienda (Código CIE10: X640).
  - Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas: vivienda (Código CIE10: X680).
- 

La tasa de intento de suicidio reportada en SISPRO para el período 2009 a 2016, se ha ido incrementando año tras año, pasando de 0,9 por 100.000 habitantes en 2009 a 36,08 por 100.000 habitantes en 2016 y en 2017 la tasa (preliminar) es de 52,4. Cabe mencionar que el aumento significativo en los registros a partir del año 2016 puede estar asociado a que a partir del 1 de enero de ese año se inició la vigilancia de este evento a nivel nacional en el SIVIGILA.

**Gráfico 1. Tasa de intento de suicidio en Colombia, por 100.000 habitantes, de 2009 - 2017**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, consultado en agosto 21 de 2018. \*Tasa preliminar de 2017

En la distribución de las tasas de intento de suicidio, por grupos de edad, se observa un ascenso progresivo, son más altas en el grupo de edad de 15 a 19 años, seguido por el grupo de 20 a 24 años.

**Tabla 1. Tasa de intento de suicidio en Colombia, de 2009 a 2016, por grupos de edad**

EDAD	AÑOS							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
De 10 A 14 Años	0,83	1,07	1,56	1,62	1,76	2,13	2,86	50,94
<b>De 15 A 19 Años</b>	<b>2,53</b>	<b>3,89</b>	<b>5,27</b>	<b>5,21</b>	<b>5,13</b>	<b>6,78</b>	<b>7,49</b>	<b>114,45</b>
De 20 A 24 Años	2,02	2,58	3,35	4,08	3,59	4,84	4,12	80,51
De 25 A 29 Años	1,77	1,91	2,84	2,8	2,58	3,43	2,89	55,44
De 30 A 34 Años	1,05	1,35	1,88	1,81	2	2,5	1,99	41,74
De 35 A 39 Años	0,89	1,09	1,51	1,31	1,4	1,66	1,72	31,15
De 40 A 44 Años	0,58	0,6	0,84	1,12	0,92	1,24	1,56	23,96
De 45 A 49 Años	0,49	0,42	0,73	0,83	0,82	0,94	0,9	18,4
De 50 A 54 Años	0,25	0,26	0,51	0,49	0,83	1,01	0,73	12,74
De 55 A 59 Años	0,4	0,22	0,5	0,58	0,41	0,7	0,47	11,16
De 60 A 64 Años	0,18	0,25	0,31	0,42	0,16	0,42	0,41	8,05
De 65 A 69 Años	0,39	0,1	0,14	0,22	0,33	0,32	0,38	6,09
De 70 A 74 Años	0,43	0,12	0,36	0,65	0,17	0,28	0,27	5,27
De 75 A 79 Años	0,18	0,17	0,08	0	0,23	0,3	0,51	6,71
De 80 Años O Más	0,09	0,17	0,25	0,32	0,31	0,45	0,29	6,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro Individuales de Prestación de Servicios, RIPS, consulta realizada en agosto 21 de 2018.

En 2017, los datos preliminares reportan que el 29,7% de los intentos de suicidio se dieron en población de 15 a 19 años, seguido del grupo de 20 a 24 años con 18,8%. Existen diferencias según el sexo, las tasas son más altas en las mujeres y la razón mujer/hombre se ha mantenido alrededor de 1,8. Es decir, por cada hombre que intenta suicidarse, aproximadamente dos mujeres lo hacen, la tendencia del indicador es hacia el incremento, en ambos sexos.

## Estrategias a nivel Nacional

### Vigilancia del Intento de Suicidio



Desde el año 2016, en cumplimiento de la ley 1616 de 2013, el Instituto Nacional de Salud (INS), dio inicio a la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio. Desde que se inició este proceso las cifras reportadas se han incrementado dramáticamente, se pasó de una tasa de intento de suicidio de 4,12 por 100.000 habitantes a una de 36,08 en 2016 y a 52,04 en 2017 (preliminar). En 2015 se reportaron en el SISPRO 1.987 casos de intento de suicidio, en 2016 el SIVIGILA informó que se presentaron 17.587 casos; evidenciando una cifra casi nueve veces más alta de un año al otro, en 2017 la cifra preliminar fue de 25.835 casos, con un incremento del 46,9% con respecto al año anterior, esto podría explicarse por el subregistro que existía del evento; incluso todavía es posible que no se esté midiendo en su total dimensión este fenómeno, ya que es el segundo año de vigilancia epidemiológica y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, las entidades territoriales y el sistema de información se encuentran afinando sus procesos de reporte. Por otro lado, si está claro que la tendencia del evento es al incremento de los casos y las tasas.

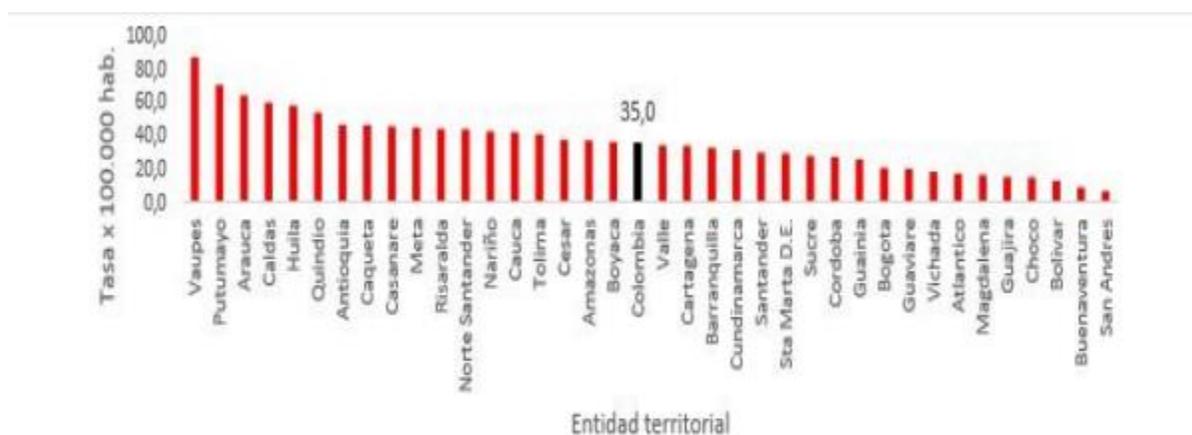
En el informe del evento el SIVIGILA reportó que, en 2017, el 62,7% de los casos de intento de suicidio registrados eran del sexo femenino y 37,3% del masculino. El 29,7% se presentaron en el grupo de 15 a 19 años (48,5% de 15 a 24 años). Las entidades territoriales con mayor número de casos fueron: Antioquia, Vaupés, Bogotá, Cundinamarca, Nariño y Huila. La tasa más alta en el país la tiene Vaupés con 128,1 por 100.000 habitantes, seguido de Putumayo (96,3), Caldas (94,8), Huila (86,5), Arauca (83,6) y Quindío (83,1), la tasa de Colombia en este año fue de 52,5.

El 80% de los casos provienen de las cabeceras municipales; la distribución según la pertenencia étnica mostró que el 93,5% se reportó como otros, el 2,2% como población indígena, el 3,7% afrodescendientes, el 0,5% como ROM (gitanos), 0,1% se reconocen como raizales y el 0,1 como palenqueros.



Las intoxicaciones son el mecanismo utilizado en el 68,7% de los casos, seguido de arma cortopunzante en el 20%, ahorcamiento en el 5,7% y lanzamiento al vacío 3%. Otros mecanismos utilizados con menor frecuencia son: lanzamiento a vehículo, inmolación y lanzamiento a cuerpos de agua. El 32,1% de los casos notificados, presentaron intentos previos (8.299).

**Gráfico 2. Tasas de intento de suicidio por departamento de procedencia, en Colombia, en 2017**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Los conflictos de pareja o expareja (41,1%), los problemas económicos (11,5%), problemas escolares (6,2%) y el maltrato físico, psicológico o sexual (5,8%) son los principales factores desencadenantes del intento de suicidio.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente relacionados con el intento de suicidio fueron: el trastorno depresivo, otros trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias psicoactivas (SPA).

Hay que tener en cuenta que un mismo paciente puede tener varios diagnósticos psiquiátricos.

**Tabla 2. Trastornos psiquiátricos relacionados con el intento de suicidio en Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2017.**

Trastornos psiquiátricos asociados	Casos	%
Trastorno depresivo	6689	35,4
Otros trastornos afectivos	1715	9,1
Abuso de SPA	1253	6,6
Otros trastornos psiquiátricos	635	3,4
Esquizofrenia	323	1,7
Trastorno bipolar	518	2,7

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

El 2,4% (409 casos) de los intentos de suicidio se presentaron en centros psiquiátricos, el 6% (412) pertenecen a población privada de la libertad (carcelaria), 1,1% a gestantes (288), 0,7% (183) a personas en condición de desplazamiento, 0,4% a población infantil bajo medidas de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF (105 casos), 0,4% a víctimas de violencia (99), personas con discapacidad 0,3%(83), y 0,2% a personas que habitan en la calle (60).

Es importante resaltar que el 32,1% de los casos reportados por intento de suicidio (8.299), tienen antecedentes de intentos previos.

En relación al evento en población indígena, se debe señalar que existen factores favorecedores de la conducta suicida como son: la carencia de una educación con pertinencia étnica-etnoeducación, escasas oportunidades de vinculación laboral, restricción y destrucción de espacios rituales tradicionales procedente de un desequilibrio cultural, sumado a prácticas y comportamientos discriminatorios por parte de la población mestiza quienes imponen su propia cosmovisión, generando en los jóvenes indígenas un choque cultural y autonegación cultural, así como el escaso acceso a servicios de salud que incluyan acciones interculturales. También se reconoce un fenómeno de adoctrinamiento religioso, bajo nivel de ingresos económicos a nivel familiar, degradación de las condiciones comunitarias y la dependencia de otros modelos culturales, además, bajo desarrollo de procesos de práctica y recuperación de la medicina



tradicional, insuficientes procesos de promoción y recuperación de los mecanismos de resolución de conflictos, de pautas de crianza, cuidado y educación.

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 conductas suicidas.

Entre los factores protectores de la salud mental indígena que se han identificado están: la buena relación con los miembros de la familia y percepción del apoyo por parte de ellos; los estilos cognitivos y de personalidad como las buenas habilidades sociales, la confianza en sí mismo, la búsqueda de ayuda y consejo en momentos críticos, la receptividad hacia las experiencias de otras personas y hacia los conocimientos nuevos; así como aspectos de integración social, buenas relaciones con los compañeros y apoyo de otras personas significativas.

### **Lo que hace Colombia por las personas con conducta suicida**

Esta problemática ha sido incluida en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, y es uno de los eventos prioritarios para la vigilancia e intervención en salud pública en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 1616 de 2013).

En el Ministerio de Salud y Protección Social se creó el Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, (GGISM) al interior de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, para liderar esta temática entre otras.

### **Planes de Beneficios**



- El Ministerio ha gestionado un aumento progresivo de los contenidos de salud mental en el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (antiguo POS).
- Se ampliaron y actualizaron los estándares de habilitación para la prestación de servicios en salud mental mediante las Resoluciones 1441 de 2013 y 2003 de 2014.
- La Resolución 518/2015 incluye entre las tecnología en salud a desarrollar por parte de todas las entidades territoriales del país la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental, así como las Zonas de Orientación Escolar y los Centros de Escucha ( que incluye centros de escucha telefónica o líneas telefónicas en salud mental), los cuales permiten una penetración de los entornos comunitario, familiar y educativo para disponer actividades de educación en salud y apoyo psicosocial.

### **Desarrollos Técnicos**

- Actualmente se cuenta con un documento borrador del Plan Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida 2018 -2021, con base en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. Este plan viene siendo construido de manera intersectorial con la participación de más de 20 entidades y organizaciones, el Consejo Nacional de Salud Mental y algunas entidades territoriales.
- Este Ministerio ha desarrollado diferentes lineamientos técnicos y emprendido acciones para que los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud realicen acciones de prevención, intervención y gestión de la salud pública, entre los cuales se encuentran: la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos y la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes



con abuso o dependencia del alcohol y la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida.

- Desarrollo del Modelo de Atención para Eventos Emergentes en Salud Mental, en el marco del Sistema General de Seguridad en Salud, el cual incluye entre ellos la conducta suicida y la violencia escolar entre pares.
  - Desarrollo de Orientaciones Técnicas con Enfoque Intercultural para la Promoción de la Salud Mental, la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Conducta Suicida en Población Indígena.
  - Diseño y validación de Estrategia de Comunicación para la Reducción del Estigma en Salud Mental, que permite incidir en la transformación de imaginarios y representaciones sociales que pueden generar exclusión social de las personas que padecen problemas y trastornos mentales, así como a sus familiares y cuidadores.
  - Desarrollo de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en salud Mental y su inclusión como una tecnología en salud en el Plan de Intervenciones Colectivas-PIC.
  - Elaboración y socialización de lineamientos para la conmemoración del Día Mundial de Prevención de la Conducta Suicida (10 septiembre): durante los tres últimos años el Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social ha adoptado para Colombia las orientaciones de OMS/OPS y de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio- IASP y ha realizado una serie de videoconferencias Asocio con la Organización Panamericana de la Salud, el Instituto Nacional de Salud y la representante en Colombia de la IASP (esta última a partir de 2018), para socializar y orientar a los referentes de salud mental de las secretarías departamentales y distritales de salud con el fin que lideren
- 



la convocatoria intersectorial y ejecuten diversas actividades en su territorios en ocasión a esta fecha.

## **Implementación del Modelo Integral de Atención en Salud**

El MSPS viene desarrollando la Ruta Integral de Atención para Problemas y Trastornos Mentales y Epilepsia que tiene por objetivo brindar atención integral a los pacientes, bajo un modelo operativo enmarcado en la gestión del riesgo, buscando la prevención de complicaciones, el tratamiento oportuno y la rehabilitación y garantizando resultados clínicos, satisfacción del usuario y reducción de costos. Entre los eventos a gestionar en esta RIA se encuentra la conducta suicida tanto en el prestador primario como en el prestador complementario y se integran indicadores como: Porcentaje de pacientes con riesgo de suicidio, Tasa de intento de suicidio y Tasa de suicidio, con el fin de evaluar los resultados en salud esperados.

## **Formación del Talento Humano**

En asociación con el SENA, se desarrolló el curso de profundización en salud mental “Cuidado de la Salud Mental en los Entornos de Vida” dirigido a auxiliares de enfermería y técnicos en salud pública, con la finalidad de mejorar la capacidad de respuesta del talento humano en salud del nivel auxiliar en la temática de salud mental en las diferentes regionales que deseen acogerlo y se encuentra disponible para que las secretarías de salud de todo el país lo implementen.

Por otra parte, se llevó a cabo la adaptación y capacitación al personal de salud del nivel no especializado en la Guía del Programa de Acción Mundial para la Superación de Brechas de Atención en Salud Mental – MhGAP, la cual incluye un módulo denominado

“Autolesión/suicidio” y diferentes tipos de trastornos mentales, lo que permitirá al personal de





salud identificar y realizar manejo oportuno y adecuado a estas problemáticas en las instituciones de salud del nivel local. En Asocio con la Organización Panamericana de la Salud y varias universidades, durante el segundo semestre de 2016 se llevó a cabo un curso virtual de capacitación en esta Guía en el que participaron a 1558 profesionales de todo el país (medicina, enfermería, psicología, trabajo social y terapia ocupacional). Actualmente este curso se encuentra disponible en el Campus Virtual en Salud Pública de la OPS para nuevas cohortes que deseen implementar las entidades territoriales, las EAPB, la IPS o centros de formación universitaria.

Además de lo anteriormente descrito, el Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental ha desarrollado y adaptado materiales para la formación del personal de salud no profesional y agentes de otros sectores y de la comunidad que permita el desarrollo de competencias para brindar primeros auxilios psicológicos, tamizaje y canalización a personas con problemas y trastornos mentales, producto de lo anterior se publicó el “Manual para formación en salud mental: Componente comunitario. Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de Salud Pública, Gestores en Salud y Agentes Comunitarios”.

### **Páginas Web Prevención del Suicidio y depresión**

El Ministerio ha desarrollado una página web dirigida a la población general con contenidos alusivos a la prevención del suicidio, donde las personas podrán encontrar entre otras cosas:

- El directorio con las líneas de apoyo en salud mental disponibles en el país
  - Datos de los puntos de contacto en cada territorio para la gestión de acceso a los servicios de salud.
  - Información sobre signos de alarma, factores asociados a la conducta suicida y pautas para ayudar a las personas en crisis.
- 

- Directorio de referentes de salud mental de las secretarías departamentales y distritales de salud.
- Documentos técnicos y enlaces de interés, entre otros.

Así mismo se ha puesto en funcionamiento un sitio web sobre depresión con el fin de informar y sensibilizar a la población general, organizaciones e instituciones sobre esta enfermedad, la cual tiene estrecha relación con la conducta suicida. En ella se encuentra:

- Material educativo (folletos, afiches y recursos audiovisuales) que pueden ser descargados y reproducidos.
- Videos con testimonios de personas que han padecido esta enfermedad y con el tratamiento y apoyo necesario la han superado y de sus familiares también.
- Enlaces con otros sitios web de salud mental.

## **Datos y Cifras del Suicidio**

### **Suicidio a Nivel Mundial**

Anualmente, cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo. (OMS).

### **Suicidio en Colombia**

Según el DANE, el número de defunciones por suicidios en Colombia entre 2009 y 2016 fue de 17.522, con un promedio anual de 2.190 casos, en 2017 la cifra de suicidios (preliminar) fue de 2.097, esto es 377 casos menos que en 2016. En términos de tasas de suicidios, en este período han presentado una variabilidad importante, con un pico alto en 2009, un descenso progresivo hasta 2011, para luego ascender y en 2013 alcanzó su valor más bajo en el período estudiado, con 4,42 por 100 mil habitantes, luego viene un ascenso en la tasa que persiste hasta la fecha.

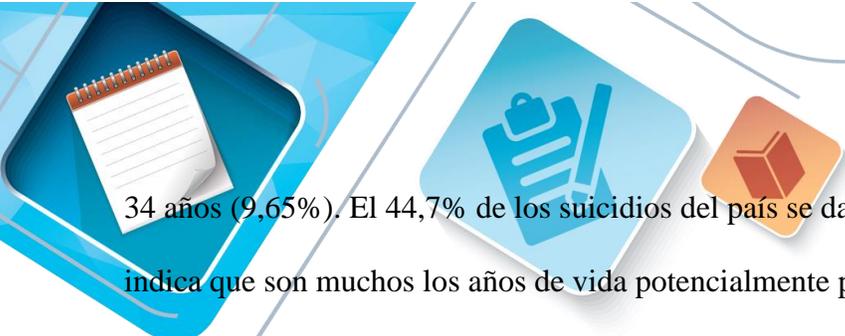
**Gráfico 3. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) por 100.00 habitantes, en Colombia, de 2009 a 2016.**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, consulta realizada en agosto de 2018.

En general el suicidio es más frecuente en hombres, en los cuales las tasas de mortalidad son de 3 a 4 veces más altas que en las mujeres, el 81% de las muertes son en hombre y el 19% en mujeres, el evento se presenta más en los solteros.

Por edad, la distribución del suicidio en 2017 muestra que, en el grupo entre los 20 y 24 años el evento es más frecuente (14,6%), seguido por la población de 25 a 29 años (12,06%) y los de 30a



34 años (9,65%). El 44,7% de los suicidios del país se da en personas de 20 a 39 años, lo cual indica que son muchos los años de vida potencialmente perdidos por esta causa<sup>1</sup>.

Por departamentos, en 2016 se encontró que Vaupés (12,21 x 100 mil hab.), Arauca (11,67) y Putumayo (9,22), fueron los departamentos con mayor tasa de mortalidad por esta causa; en este período hubo 19 departamentos con tasas por encima de la tasa nacional (5,07 por 100.000 habitantes). El archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (0,95), Chocó (con 2,11) y Vichada (2,16), registraron las tasas más bajas. El reporte del DANE de las cifras oficiales de mortalidad por suicidio en 2017 aún no se encuentra disponible.

En el año 2019 los suicidios en el país aumentaron de manera significativa, con un aumento del 3.7% lo equivalentes a 2.552 casos con respecto al año 2018.

### **Suicidio en Medellín**

La conducta suicida en Medellín viene incrementándose de forma sostenida durante los últimos años. Según cálculos de la Secretaría de Salud de Medellín, entre 2014 y 2019 la tasa de mortalidad por suicidio pasó de 4,7 a 6,4 por cada 100.000 habitantes. Con corte al 31 de octubre del 2019, el sistema de vigilancia epidemiológica reportó 1.907 intentos de suicidio que equivale a un promedio de 6 intentos cada día.

## **Fundamentos de la Propuesta**

### **Marco Teórico**





La Organización Mundial de la Salud (2006) define el suicidio como, “el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales”. Esta definición destaca los múltiples factores que hacen vulnerable a un individuo y por lo tanto su incidencia en el riesgo de suicidio, problemática que se ha considerado como un grave problema de salud pública donde se hace necesario fortalecer las estrategias y encontrar respuestas que disminuyan el riesgo de esta conducta.

Nizama (2011, p .5) concibe el suicidio como; el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. Por otro lado, se entiende como “conducta suicida” a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo.

En el documento “prevención del suicidio, recurso para consejeros” publicado en el año 2006 por la OMS, considera que la asistencia es fundamental;

El mejoramiento de la detección por parte de la comunidad, la remisión y el control del comportamiento suicida son pasos importantes para su prevención. El desafío fundamental de dicha prevención es identificar a las personas vulnerables y en situación de riesgo; entender las circunstancias que influyen en su comportamiento autodestructivo y estructurar intervenciones eficazmente. Por consiguiente, los consejeros deben desarrollar iniciativas basadas en la comunidad para prevenir y controlar el comportamiento suicida. (Organización Mundial de la Salud, 2006, p.9)





Esta orientación fundamenta el aporte de Richard J. Gerrig, en su libro *Psicología y vida*, menciona lo siguiente; El suicidio en los jóvenes no es un acto impulsivo, del momento, sino que por lo general ocurre como etapa final de un periodo de crisis interna y malestar externo. La mayoría de las víctimas jóvenes de suicidio habían hablado con otras personas acerca de sus intenciones, o habían escrito algo al respecto. De esta manera, cuando alguien habla de suicidarse, siempre debe ser tomado en serio. (P. 492).

Durkheim, E. En su estudio de sociología, hizo una distinción entre varios tipos de suicidio:

### **Suicidio Maniático**

Se produce como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes. El enfermo se mata para escapar a un peligro o a una vergüenza imaginaria o para obedecer a una orden misteriosa que ha recibido de lo alto, etc. Los motivos de este suicidio y su modo de evolucionar refleja los caracteres generales de la enfermedad de que deriva: la manía. Lo que distingue esta afección es su extrema movilidad. Las ideas, los sentimientos más diversos y contradictorios se suceden, con una extraordinaria ligereza, en el espíritu de los monomaníacos; se trata de un perpetuo torbellino; apenas nace un estado de conciencia, otro lo reemplaza; lo mismo ocurre con los móviles que determinan el suicidio maniático: nacen, desaparecen o se transforman con una asombrosa rapidez. De repente la alucinación o el delirio; que deciden al sujeto a suicidarse, aparecen: resulta de esta aparición la tentativa del suicidio; luego, en un instante, cambia la escena y si el ensayo aborta, no comienza de nuevo, al menos de momento. Si se reproduce más tarde, será por un motivo distinto. El incidente más significativo puede ocasionar estas transformaciones bruscas. (p.33).

### **Suicidio Melancólico**





Se relaciona con un estado general de extrema depresión, de exagera tristeza, que hace que el enfermo no aprecie seriamente los vínculos que tiene con la persona y cosas que la rodean; los placeres carecen para él de atractivo, lo ve todo negro; la vida le parece fastidiosa y dolorida.

Como estas disposiciones son constantes, ocurre lo mismo con la idea del suicidio; están dotadas de una gran fijeza y los motivos generales que los determinan son siempre los mismos.

A menudo de esta disposición general vienen a incrustarse alucinaciones e ideas delirantes que conducen directamente al suicidio. Solo que no tienen la movilidad de las que hemos observado antes en los monomaníacos; por el contrario, son fijas, como el estado general de que derivan; los temores que torturan al sujeto, los reproches que dirige y los pesares que siente son siempre los mismos. Si esta forma de suicidio está determinada por razones imaginarias, como la precedente, se diferencia de ella por su carácter crónico, y es muy tenaz. Los enfermos de esta categoría preparan con calma sus medios de ejecución, y despliegan en la persecución del fin propuesto una perseverancia y una astucia, a veces increíbles. Nada se asemeja menos a este espíritu de continuidad que lo perpetua inestabilidad maniático. En el uno no hay más que explosiones pasajeras, sin causas durables, mientras que en el otro existe un estado constante, ligado al carácter general del sujeto. (p34).

### **Suicidio Impulsivo o Automático**

No es más motivo que el precedente; carece de razón de ser en la realidad y en la imaginación del enfermo. Solo que en lugar de producirse por una idea fija, que atormenta el espíritu durante un tiempo más o menos largo y que domina progresivamente a la voluntad, resulta de una impulsión brusca e inmediatamente irresistible. En un abrir y cerrar de ojos surge la idea en su plenitud y suscita el acto o, al menos, un comienzo de ejecución. Esta ligereza recuerda lo que hemos observado antes en la manía; solo que el suicidio maniático tiene siempre alguna razón aunque





irracional; se refiere a las concepciones delirantes del sujeto; aquí, por el contrario, la inclinación al suicidio estalla y produce sus efectos con un verdadero automatismo, sin que le preceda antecedentes alguno intelectual. La vista de un cuchillo, el pasar sobre el borde de un precipicio, por ejemplo, hacen nacer instantáneamente a idea del suicidio, y el acto le sigue con tal rapidez que frecuentemente los enfermos no tienen conciencia de lo que pasa. (p.35)

### **Factores de Riesgo y Factores Protectores**

Los cambios en la personalidad, de temperamento, la irritabilidad, aislamiento, entre otros, son señales de alerta que se deben tener en cuenta en los adolescentes. Con el fin de abordar e intervenir el suicidio en jóvenes, es importante conocer los factores que aumentan la probabilidad de suicidio (factor de riesgo) o aquellos que reducen el riesgo (factores protectores).

Algunos factores de riesgo:

- Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Pérdida de un ser querido.
- Confusión en la atracción y orientación sexual.
- Poca red de apoyo familiar y social.
- Abuso sexual.
- Antecedente familiar de suicidio o enfermedad mental.
- Intentos anteriores de suicidio.

Algunos factores protectores:

- Vínculo familiar.
  - Creencias culturales y religiosas.
  - Resiliencia.
- 

- Autoestima.
- Atención rápida y oportuna de los servicios de salud.

## Diseño de la propuesta

### Objetivo General

Diseñar una propuesta para prevenir el suicidio en los jóvenes de la ciudad de Medellín.

### Objetivos Específicos

- Fortalecer la coordinación interinstitucional entre las entidades educativas públicas y privadas, EAPB, Secretaria de salud e Instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Sensibilizar y educar a los jóvenes sobre los problemas y factores de riesgo más frecuentes, su identificación temprana y manejo.
- Entender la problemática y mejorar las actitudes de negación, silencio, discriminación, exclusión y aislamiento que rondan este problema, promoviendo el cuidado, tratamiento y recuperación.

### Actores Involucrados

Para llevar a cabo de manera satisfactoria la propuesta de intervención – Programa de “atención al llamado”, se requiere la vinculación de los siguientes actores:

#### Secretarías o Direcciones Departamentales

Dirigen y orientan el programa, realizan las indicaciones correspondientes con el fin de acceder a las instituciones públicas y privadas de educación básica y educación superior.



## **Instituciones de Educación Básica y primaria**

Permiten la incorporación de la propuesta de intervención – Programa de “atención al llamado” planteada por los estudiantes del programa de Administración en Salud de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD.

## **Entidades Administradoras de Planes de Beneficios**

Analiza la situación e identifica las prioridades para su atención integral

## **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**

Evalúa la gestión para el desarrollo integral y los resultados en la salud de los jóvenes

## **Propuesta de Intervención**

### **Programa de “atención al llamado”.**

### **Objetivo General**

Promover factores protectores para reducir el suicidio de los jóvenes entre los 15 a 29 años de la ciudad de Medellín mediante actividades que fomenten el autoconocimiento, la autoestima, el arte y la comunicación.

### **Metodología**

Para la elaboración de esta estrategia se ha empleado una metodología participativa, implicando los sectores de la salud, las Secretarías y Direcciones e Instituciones educativas; con el fin de fortalecer las actividades de promoción y prevención por medio talleres y actividades didácticas individuales y grupales que motiven a la población objeto a mejorar la relación consigo mismo y con los demás.





## **Población**

Jóvenes entre los 15 y 29 años de la ciudad de Medellín.



## **Intensidad horaria**

10 horas, los días lunes y viernes



## **Fecha de ejecución**

Segundo semestre del año 2020. (Julio a Diciembre)

## **Presentación del programa**

- Reunión con la Secretaria Seccional de Salud del Municipio de Medellín para la presentación del programa “atención al llamado”.
- Acercamiento con los colegios y universidades de naturaleza públicos y privados para el acceso a la población objeto de intervención.

## **Orden del programa**

- Autoestima – Apréciate.
  - Autoconocimiento.
  - Proyecto de vida.
  - La familia.
  - Comuniquémonos.
  - Hábitos de vida saludable.
  - Resiliencia.
  - Arte y parte.
- 



- Manejo de emociones.

- Mente y cuerpo

## Descripción del Plan de Trabajo

**Autoestima – Apréciate:** Se evaluará la autoestima a través de la escala de Ronseberg utilizada con fines de investigación, la prueba contiene 10 preguntas: Estoy satisfecho conmigo mismo. A veces pienso que no soy una buena persona. Estoy convencido de tener algunas buenas cualidades. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que estar orgulloso. A veces me siento realmente inútil. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. Las escalas de valoración son las siguientes: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo. Este test permitirá al joven tener una idea sobre el nivel de autoestima.

**Autoconocimiento:** Se realizarán talleres individuales que inviten al autoconocimiento, a la introspección, al pensamiento y al raciocinio, denominado “un viaje al interior”. Que permitan responder preguntas como: defectos, virtudes, quién eres, como te ves en el futuro, que cambiarías, entre otros.

**Proyecto de vida:** Cada joven realizará su proyecto de vida con el fin de conocer las metas, los anhelos, las expectativas y las razones para levantarse cada día.

**La familia:** Se realizará taller individual y familiar que permita fortalecer el vínculo, la escucha, el apoyo, la confianza y el reconocimiento de la familia como unidad que propicia el crecimiento individual.



**Comuniquémonos:** Se realizará charla educativa sobre la importancia de la comunicación y los círculos sociales adecuados, con el fin de prevenir la ansiedad, aprender a manifestar y a comunicar lo que sucede, esto también mejorará las relaciones interpersonales.

**Hábitos de vida saludable:** Se practicarán actividades físicas y recreativas para desarrollar disciplina y promover la interacción social. Se realizará charla educativa sobre los hábitos de vida saludables como el ejercicio físico para mantener la mente ocupada.

**Resiliencia:** Se abordará la resiliencia por medio de un taller que permita conocer: ¿qué es la resiliencia? ¿Cuáles aspectos de la personalidad de deben abordar para fomentar la resiliencia?. Se abordarán los pilares básicos de la resiliencia como: Autoestima, introspección, capacidad de relacionarse, creatividad y la capacidad de pensamiento crítico.

**Arte y parte:** Se dictarán clases de baile, pintura y música y se abrirán espacios para la lectura, con el fin de que cada joven se exprese de forma creativa y aumente la confianza en sí mismo.

**Manejo de emociones:** Se evaluará la conducta de emociones por medio de la técnica de entrevista donde se pregunte por situaciones buenas y no tan buenas. Se darán pautas para manejar las emociones de manera eficaz aprendiendo a identificar el sentimiento y canalizarlo a través de la respiración, de la toma del control, de la asertividad y la resiliencia.

**Mente y cuerpo:** Se realizará taller sobre la relación armoniosa entre mente y cuerpo. Se concientizará sobre la importancia de los pensamientos positivos. La existencia de un pensamiento negativo prolongado puede llevar al cuerpo a enfermar. Se realizará yoga como ejercicio para conectar la mente, el cuerpo y la respiración y se invita a su práctica constante como terapia de cuidado integral.



## Evaluación del Programa

Qué se evaluará: la asistencia, satisfacción, el conocimiento adquirido y el cumplimiento del programa.

Cuando se evaluará: durante el tiempo en que se realiza el programa y cuando finalice.

Cómo se evaluará: encuestas de aprendizaje, encuesta de satisfacción, participación de los jóvenes.

### Indicadores de medición

Proporción de participación	Total asistentes	%
	Total convocados	

Proporción de satisfacción	Respuestas positivas	%
	Total de preguntas	

Proporción de conocimientos adquiridos	Sumatoria de los resultados obtenidos en los test realizados	%
	Puntaje máximo de los test aplicados	

Proporción de cumplimiento del programa	Actividades del programa cumplidas	%
	Total de actividades programadas	

### Recursos

**Materiales:** cuestionarios, folletos informativos, proyector de imagen y video, colores, hojas, lápiz, bolígrafos, pizarra.

**Humanos:** Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social, Consejero espiritual, Profesionales de la salud.



**Espacio:** Aulas de clase de los colegios y universidades de naturaleza públicos y privados.

### **Resultados esperados**

- El programa de “atención al llamado” quiere disminuir la tasa de mortalidad por suicidio en jóvenes entre los 15 y 29 años de la ciudad de Medellín mediante el fortalecimiento del vínculo familiar, de la comunicación y la práctica de hábitos saludables que los motive a eliminar la ideación suicida y a mantener relaciones interpersonales sanas.
- Propender por el manejo de emociones de manera adecuada mediante el autoconocimiento y el fortalecimiento de la resiliencia.

### **Enfoques**

La propuesta de intervención – Programa de “atención al llamado” está planteado bajo los siguientes enfoques conceptuales con el fin de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de los jóvenes entre los 15 y los 29 años de la ciudad de Medellín:

#### **Enfoque de Derechos**

El derecho a la salud alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente, y a los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana.





Este enfoque permitirá gestionar las acciones y estrategias necesarias para reconocer a la población joven del municipio de Medellín como un grupo poblacional vulnerable, y afectar de manera positiva la conducta suicida con el soporte de los diferentes actores.

### **Enfoque Ciclo de Vida**

El ciclo de vida es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en períodos vitales anteriores; por lo tanto este enfoque del Plan Decenal de Salud Pública conversa con la Política Nacional de Juventud de Colombia.

Esta estrategia les brindará herramientas a los jóvenes para desarrollar mejores habilidades y competencias emocionales y de salud mental.

### **Enfoque Diferencial**

Distingue entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho y las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades.

De acuerdo a lo anterior se invitó a todos los actores involucrados del municipio para que participen en la sensibilización del Programa de “atención al llamado”, el cual busca promover herramientas prácticas de Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social, los cuales cumplen un rol significativo en estos jóvenes.

### **Enfoque Poblacional**





El PDS propone precisar los intercambios entre las dinámicas de población y las dinámicas socioeconómicas, educativas y ambientales, para identificar los desequilibrios (tensiones) y las ventajas comparativas del territorio (oportunidades) que se generan en estos intercambios. Solo así podrá ser una respuesta pertinente y podrá actuar sobre las desigualdades evitables.

Aunque el suicidio es una problemática que viene en aumento en la ciudad de Medellín, la Secretaría de Salud ha liderado estrategias y proyectos que se orientan a gestionar la salud mental de la población tales como: la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en el marco del Modelo de Acción Integral territorial (MAITE).





## Líneas Operativas

La propuesta de intervención – Programa de “atención al llamado” está orientada a través de las siguientes líneas de acción:

### Línea de Promoción de la Salud

**Finalidad:** Calidad de vida y bienestar a través de la conformación de redes sociales y comunitarias de apoyo.

**Acciones:** Las actividades descritas anteriormente en la propuesta de intervención contribuyen a:

- Generación de entornos saludables
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Participación ciudadana
- Educación en salud

### Línea de Gestión del Riesgo en Salud

**Finalidad:** Anticipar y mitigar riesgos y daños a través de la identificación de riesgo psicosocial e intervención colectiva e individual.

**Acciones:** Gracias al trabajo en conjunto con los diferentes actores (públicos y privados), las actividades propuestas en este plan contribuirán a la disminución de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo.





## Referencias



Alcaldía de Medellín. Manual para profesionales de la salud. Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. (2015). Recuperado de:

<http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES>

Betancur J. (12/01/2020). Las razones detrás del aumento de suicidios en Medellín. El Tiempo.

Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/razones-detras-del-aumento-de-suicidios-en-medellin-451046>

Colegio de médicos de Madrid. Desarrollo de la personalidad y la resiliencia. (2009). Recuperado

de: <http://historico.cpalsj.org/wp-content/uploads/2014/08/10CPM1T2-Medina-2009-Desarrollo-personalidad-y-resiliencia.pdf>

Gobernación de Antioquia. (2016-2019). Recuperado de: <https://www.dssa.gov.co/images/dssa-template/PLAN-TERRITORIAL-DE-SALUD-WORD-VERSION-8.pdf>

Medellín cómo vamos. Suicidio: una problemática que puede prevenirse. (2019). Recuperado de:

<https://www.medellincomovamos.org/suicidio-un-problema-que-puede-prevenirse/>

Ministerio de salud y Protección Social. (2015). Resolución 518, Por la cual se establecen disposiciones en relación con la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas. Capítulo I: Pág. 2-11 Recuperado

de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200518%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200518%20de%202015.pdf)





Minsalud. Boletín de salud mental. Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. (2018) Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

Minsalud. Boletín de prensa. El suicidio, un evento de salud mental prevenible. (2014).

Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-suicidio,-un-evento-de-salud-mental-prevenible.aspx>

Minsalud. Boletín de prensa. Nueva línea telefónica gratuita y página web para atención de adicciones y salud mental. (2011). Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nueval%C3%ADneatelef%C3%B3nicagrutuitayp%C3%A1ginawebparaatenci%C3%B3ndeadiccionesysaludmental.aspx>

Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, recurso para consejeros. (2006).

Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Salud mental. Fortalecer nuestra respuesta. (2018).

Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. Suicidio. (2019). Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

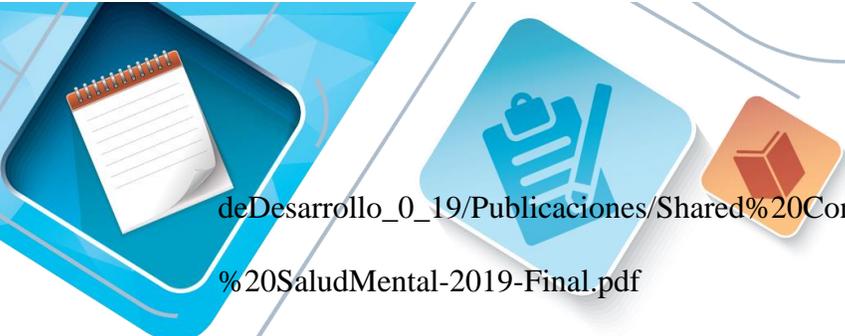
Psicopedia. Medir la Autoestima con la Escala de Rosenberg. Recuperado de:

<https://psicopedia.org/1723/medir-la-autoestima-con-la-escala-de-rosenberg/>

Secretaría de salud de Medellín. Boletín epidemiológico. Salud mental. (2019). Recuperado

de: [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano\\_2/Plan](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/Plan)





deDesarrollo\_0\_19/Publicaciones/Shared%20Content/Boletines/7-Boletin-  
%20SaludMental-2019-Final.pdf