



La salud
es de todos

Minsalud

Orientaciones para la prevención de la conducta suicida en el entorno institucional de protección





Orientaciones para la prevención de la conducta suicida en el entorno institucional de protección

Ministerio de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social

Luis Alexander Moscoso Osorio

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

María Andrea Godoy Casadiego

Viceministra de Protección Social

Andrea Elizabeth Hurtado Neira

Secretaria General

Dirección de Promoción y Prevención

Gerson Orlando Bermont Galavis

Director de Promoción y Prevención

Nubia Esperanza Bautista Bautista

Subdirectora de enfermedades no transmisibles

Ana María Peñuela Poveda

Coordinadora del Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía

Equipo Técnico

Laura Milena Munera Restrepo

Diana Carolina Fonseca Fonseca

Oscar Alejandro Marin Quintero



Contenido

1. CONDUCTA SUICIDA	4
2. FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA	5
3. ORIENTACIONES PARA LA REALIZACION DE ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA	7
4. ELEMENTOS DIFERENCIALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA	12
5. REFERENCIAS	13



ORIENTACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ENTORNO INSTITUCIONAL DE PROTECCIÓN INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIA¹

1. CONDUCTA SUICIDA

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.

Edwin Schneidman (Schneidman, 1971), quien, entre otras, acuñó el término “Suicidología”, define el suicidio a través de tres componentes:

- 1) presión positiva o negativa que se relaciona con los eventos en la vida de la persona que influyen en sus pensamientos, sentimientos y conducta;
- 2) pena referida al castigo psicológico resultado de la frustración de una necesidad psicológica; y
- 3) perturbación como el grado de trastorno en el que se encuentra la persona (Eguiluz, Córdova, & Rosales, 2010).

Adicionalmente, identifica algunas características que son iguales en todo acto suicida (Slaikeu, 1990, pág. 128):

- 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.

¹ Este documento fue desarrollado por la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, tomando elementos de la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) y las conclusiones derivadas de grupos focales llevados a cabo con personal del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en julio de 2021.



- 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.

2. FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

Según la Organización Panamericana de la Salud (2014, pág. 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. 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).

Considerando lo anterior y recogiendo la evidencia científica y las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud, este Ministerio ha hecho un análisis riguroso de los factores que están asociados a la conducta suicida en el país, lo que ha permitido adoptar la “Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida”, la cual desde el 2017 se encuentra disponible para consulta pública en el vínculo <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>.

Dicha guía brinda recomendaciones para llevar a cabo el abordaje intersectorial de la conducta suicida desde los diferentes entornos donde tiene lugar el desarrollo humano, como se indica a continuación teniendo en cuenta los factores más importantes asociados con este fenómeno.

Entre los factores de riesgo que se evidencian en el documento mencionado se encuentra la presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias; la presencia de trastornos mentales, signos y síntomas de depresión, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación, ideas de muerte recurrente e ideación suicida grave (ideas de suicidio persistentes y elaboradas que incluyan planeación), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos; factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno; acontecimientos vitales estresantes; rasgos de personalidad persistentes de impulsividad; historia actual o pasada de maltrato y/o violencia sexual; historia de matoneo.



Por su parte, los factores protectores son aquellos que disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo, como la habilidad en la resolución de conflictos o problemas; la confianza en uno mismo; la habilidad para las relaciones sociales e interpersonales; presentar flexibilidad cognitiva; tener hijos, más concretamente en las mujeres; apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad; integración social; poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos; adoptar valores culturales y tradicionales; tratamiento integral, permanente y a largo plazo en personas con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

De manera particular, en la población que se encuentra en protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se identifican en este marco, dentro de los principales factores de riesgo, aspectos relacionados con:

- Los diagnósticos de trastorno mental que tienen muchos de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en protección lo cual genera unas características específicas que se deben tener en cuenta para realizar la atención psicosocial.
- El mismo ingreso al Sistema de Responsabilidad Penal, les genera una serie de conflictos internos y externos que deben contemplarse como factores de riesgo, dado que es una situación que no es fácil de manejar.
- La no corresponsabilidad y compromiso por parte de las familias que conlleva a niños, niñas, jóvenes y adolescentes a sentirse abandonado.
- Suspensión de los tratamientos psicológicos.
- Estado de ánimo bajo, sentimientos de tristeza producidos por la situación en la que se encuentran, puede ser un factor de riesgo por lo que se requieren herramientas para afrontar la situación por la que están pasando.
- Desesperanza hacia el futuro y alteración de los hábitos al ingresar a protección.
- Carencia de habilidades socioemocionales para manejar las crisis.
- Alta permanencia en las diferentes modalidades de atención les puede hacer perder el contacto con su entorno, dependiendo de las características de algunas de estas modalidades.
- Poco acompañamiento de la autoridad administrativa.
- La no interiorización de las rutas de atención por parte de los profesionales puede convertirse en una barrera de acceso a los servicios por parte de niños, niñas, jóvenes del Sistema.
- Desestructuración familiar, maltrato infantil y diferentes tipos de violencias.

Así mismo, dentro de los principales factores protectores, se reconocen aspectos relacionados con:

- Acompañamiento y fortaleza en la presencia de redes de apoyo en diferentes niveles.
- Fortalecimiento del trabajo con los actores del sector salud para tener fluidez en la atención integral.
- Acompañamiento técnico y académico para implementar procesos de inclusión de jóvenes que hacen parte del sistema.
- Reconocimiento y activación de las rutas de atención en la salud mental presentes en las diferentes modalidades de atención.
- Integración de la familia a los procesos de promoción de la salud mental.
- Fortaleza desde la infancia de los estilos de afrontamiento de las tensiones vitales.

3. ORIENTACIONES PARA LA REALIZACION DE ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Las acciones con las que se pretende reducir la probabilidad de presencia de la conducta suicida desde los entornos deben apuntar al fortalecimiento de los factores de protección y la disminución de los factores de riesgo, acompañando a las personas con base en las características que la hacen susceptible, potenciando sus capacidades de respuesta ante las crisis, aminorando la exposición a eventos generadores de tensión y afectando los determinantes sociales en pro de su salud mental.

Específicamente, se pueden desarrollar de manera permanente acciones y procesos orientados a:

1.1 Avanzar en la satisfacción de necesidades humanas de la población del ICBF

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. Este proceso se relaciona con la creación de “las condiciones individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, promoviendo y manteniendo el bienestar emocional y social” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 26).

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 1).

Tabla 1. 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.

1.2 Implementar procesos de información, educación y comunicación para la salud mental orientados a fortalecer habilidades sociales y habilidades emocionales en la población que se encuentra en protección del ICBF

La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), 2017) “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). 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 2).

Tabla 2. 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>.



1.3 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)

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>.

1.4 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.

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 (Slaikue, 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 responda un individuo a un suceso precipitante y posteriormente resignifique la experiencia de crisis, depende de los recursos materiales, personales y sociales con que cuente.

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 (Slaikue, 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>.

4. 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).

4.1 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. 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 3).

Tabla 3. 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”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Impactar en el reforzamiento de apoyo social. - Trabajar en síntomas ansiosos frecuentemente comórbidos. - Inclusión de la pareja.



Momento del Curso de Vida	Elementos diferenciales	Aspectos para considerar en las acciones de prevención
	<ul style="list-style-type: none"> - A las ocho semanas posparto es el periodo de máxima incidencia de la depresión posparto (Usar escala de Edimburgo). 	
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.

5. REFERENCIAS

- 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.
- Cohen, R., & Ahearn, F. (1990). *Manual de la Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres*. Washington: OPS.
- 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).
- 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. (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. (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. (2021). *Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia*. Bogotá: MSPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Prevención del Suicidio: un imperativo global*. Washington D.C.: OMS.



- 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). (2016). *Habilidades para el progreso social: el poder de las habilidades sociales y emocionales*. Montreal: Instituto de la Estadística de la UNESCO (UIS).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2017). *Habilidades sociales y emocionales: bienestar, conectividad y éxito*. Montreal: OECD.
- 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.
- Slaikeu, K. A. (1990). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación (2° ed.)*. México D.F.: El Manual Moderno.
- 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.