



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**Boletín de salud mental
Conducta suicida
Subdirección de Enfermedades No
Transmisibles**

Bogotá (D.C.), julio de 2017

Introducción

La conducta suicida es un conjunto de eventos complejos, que pueden afectar a personas de cualquier edad o condición; cuando se manifiesta como el suicidio consumado, tiene consecuencias devastadoras para el individuo, su familia y comunidad, y sus efectos son duraderos. Se encuentra asociada a diversos factores de riesgo que pueden ser intervenidos desde la promoción y prevención en salud mental, evitando así los desenlaces fatales.

Con este boletín se espera abordar el tema de manera integral y proporcionar a los actores del Sistema General de seguridad Social en Salud, información que permita orientar las decisiones en salud mental, a nivel territorial y en los diferentes entornos donde se prestan servicios. También se quiere llegar a la comunidad en general, para que identifique cuáles son los grupos poblacionales vulnerables, los signos de alarma y cuáles son los mecanismos para la prevención de la conducta suicida.

Definiciones

La 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” (Cañón Buitrago SC. Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015)¹.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE - de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993), del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la conducta suicida se considera un síntoma de un malestar o trastorno emocional o mental y no representa un diagnóstico en sí mismo y, en consecuencia, se debe revisar la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que en conjunto hagan parte de su diagnóstico. Los códigos CIE en su versión 10, que se encuentran relacionados con la conducta suicida son: X60 al X84.

La 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”^{1,2}

El 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 intento².

El 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-infligida 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”³.

El 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 autoinfligida 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 consecuencias².

En adultos se han asociado diversos factores con el suicidio: “ser mayor de 45 años; la impulsividad; los eventos vitales adversos; el género masculino (excepto en algunos países como China); ser viudo, separado o divorciado; vivir solo; estar desempleado o jubilado; tener antecedentes familiares de suicidio, intentos previos; contar con una mala salud física; tener armas de fuego en casa, o padecer una enfermedad mental. En Colombia: ser mayor de quince años, de sexo masculino, vivir en área rural, soltero, separado, divorciado o vivir en unión libre y vivir en los nuevos departamentos o en la zona oriental, central o pacífica”¹.

Epidemiología de la conducta suicida a nivel mundial

La Organización Mundial de la Salud-OMS, estima que “la frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas, se señala de un 3% al 5 %; en el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio”³.

Cada año se suicidan más de 800.000 personas en todo el mundo y el principal factor de riesgo para este evento, es un intento de suicidio no consumado; se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años. “Históricamente, América Latina y el Caribe han tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial, mientras que América del Norte se ubica en un lugar intermedio. Los datos de mortalidad en América Latina y el Caribe han sido descritos como “irregulares” y con marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre los países, incluso entre algunos con niveles similares de desarrollo”; Guyana es el país de América con la mayor tasa de suicidio estimada para 2012 en todo el mundo. Los países de ingresos bajos y medianos de la Región del Pacífico Occidental son los únicos del mundo en los que la proporción de suicidios es mayor entre las mujeres que entre los hombres, y la proporción de suicidios como causa de defunción es mayor entre las mujeres que entre los hombres”^{3,4,5}

Las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento y aquellas que tienen trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, tienen mayor probabilidad de presentar conducta suicida, al igual que quienes han tenido eventos críticos en su vida, como pérdidas de un ser querido, del empleo, han tenido experiencias relacionadas con conflictos, “peleas con los padres, separación, rompimiento con la pareja, cambio de vivienda”, madre con trastornos mentales (principalmente en adolescentes), historia familiar de suicidios, maltrato, desastres, violencia y abuso sexual; personas con factores genéticos o biológicos que se asocian con mayor frecuencia del evento; entre otros.¹

En lo referente al método utilizado para consumar el suicidio, 30% de todos estos eventos se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos⁴.

La situación de salud mental de los grupos y pueblos indígenas pasa por un difícil momento, lo cual se ha asociado a determinantes estructurales e intermedios, así como a exposiciones específicas como el impacto del conflicto armado. El estudio de Naciones Unidas sobre la “Situación mundial de los pueblos indígenas” realizado en 2009 reporta tasas de suicidio entre los jóvenes guaraníes de Brasil 19 veces por encima de las nacionales y en algunos casos de 500/100.000 habitantes, en pueblos como los Embera de Colombia (frente a 5.2 a nivel nacional).

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud, plantea que la elevada vulnerabilidad psicosocial a la que son expuestos los indígenas, se manifiesta en las altas tasas de suicidio en especial entre los jóvenes, en comparación con la población no indígena.^{6,7}

Situación actual del país

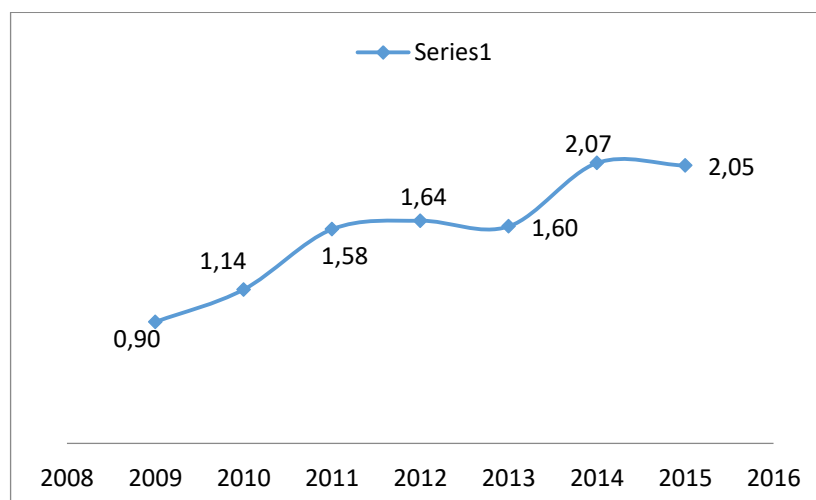
Existen diferentes fuentes oficiales de información de los indicadores sobre la conducta suicida en el país, las más importantes son la bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, la ENSM 2015, el Estudio de Estimación de la Carga de Enfermedad para Colombia, 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 2015 (serie disponible), fue de 10.325 casos, con un promedio de 1.475 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 2015, se ha ido incrementando año tras año, pasando de 0,9 por 100.000 habitantes en 2009 a 2,05 por 100.000 habitantes en 2015. Ver gráfico 1.

Gráfico 1. Tasa de intento de suicidio en Colombia, por 100.000 habitantes, de 2009 - 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, consultado el junio 27 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. Ver tabla 1.

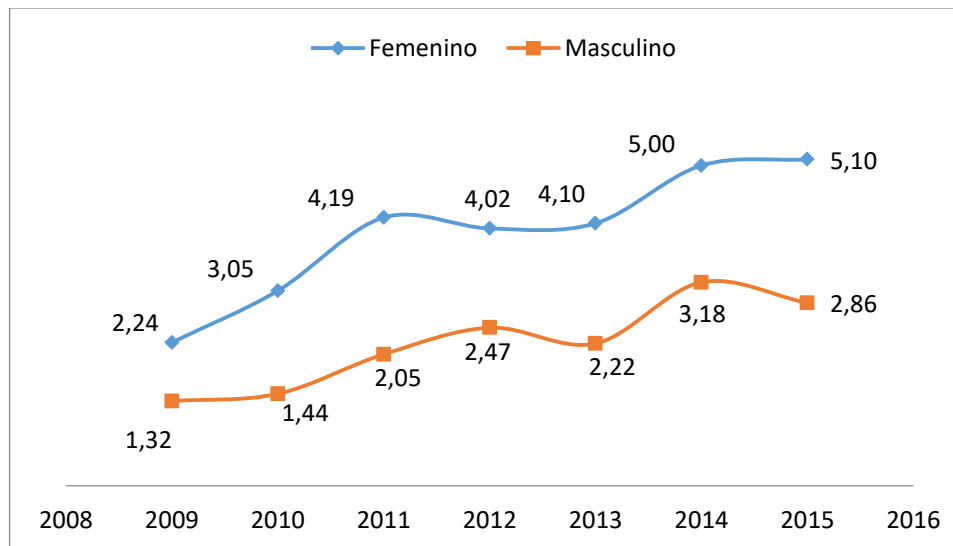
Tabla 1. Tasa de intento de suicidio en Colombia, de 2009 a 2015, por grupos de edad.

EDAD	AÑOS						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
De 10 A 14 Años	0,83	1,07	1,56	1,62	1,76	2,13	2,86
De 15 A 19 Años	2,53	3,89	5,27	5,21	5,13	6,78	7,49
De 20 A 24 Años	2,02	2,58	3,35	4,08	3,59	4,84	4,12
De 25 A 29 Años	1,77	1,91	2,84	2,80	2,58	3,43	2,89
De 30 A 34 Años	1,05	1,35	1,88	1,81	2,00	2,50	1,99
De 35 A 39 Años	0,89	1,09	1,51	1,31	1,40	1,66	1,72
De 40 A 44 Años	0,58	0,60	0,84	1,12	0,92	1,24	1,56
De 45 A 49 Años	0,49	0,42	0,73	0,83	0,82	0,94	0,90
De 50 A 54 Años	0,25	0,26	0,51	0,49	0,83	1,01	0,73
De 55 A 59 Años	0,40	0,22	0,50	0,58	0,41	0,70	0,47
De 60 A 64 Años	0,18	0,25	0,31	0,42	0,16	0,42	0,41
De 65 A 69 Años	0,39	0,10	0,14	0,22	0,33	0,32	0,38
De 70 A 74 Años	0,43	0,12	0,36	0,65	0,17	0,28	0,27
De 75 A 79 Años	0,18	0,17	0,08	0	0,23	0,30	0,51
De 80 Años O Más	0,09	0,17	0,25	0,32	0,31	0,45	0,29

Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro Individuales de Prestación de Servicios, RIPS, consulta realizada en junio 27 de 2017

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.

Gráfico 2. Tasa de intento de suicidio en Colombia, por 100.000 habitantes, según el sexo, de 2009 a 2015.



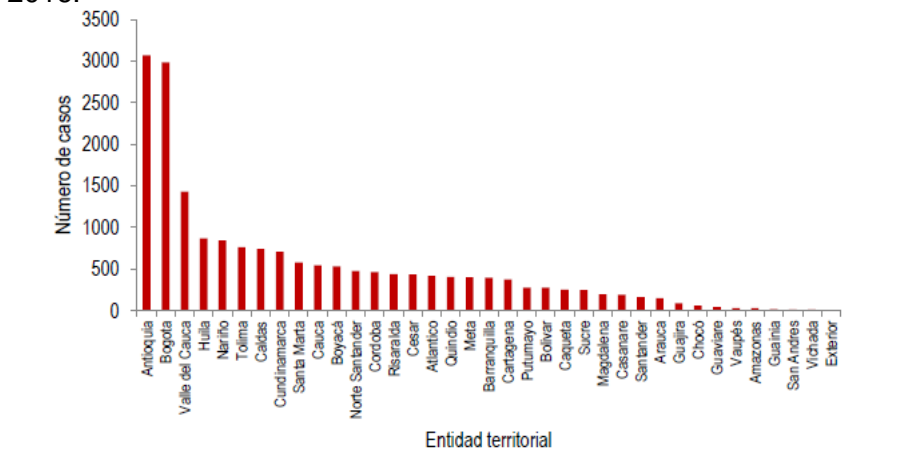
Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro Individuales de Prestación de Servicios, RIPS, consulta realizada en junio 27 de 2017

La tendencia del indicador es hacia el incremento, sin embargo, en los hombres la tasa bajó de 3,18 por 100.000 habitantes en 2014 a 2,86 en 2015.

Primer reporte de la vigilancia del intento de suicidio, en 2016.

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.

Gráfico 3. Distribución de casos de intento de suicidio por departamento de procedencia, en Colombia, en 2016.



Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, boletín epidemiológico semanal dic 25 al 31 de 2016

Se analizaron los datos de la semana epidemiológica 1 a la 52 y se encontró que se reportaron 18.910 casos, 62,7% del sexo femenino y 37,3% del masculino. La edad más frecuente de los casos, en ambos sexos fue de 15 a 19 años, con 5.564 casos (29,4% del total), seguido del grupo de 20 a 24 años, con 3.681 (19,5%). Antioquia fue el departamento con mayor número de casos, seguido de Bogotá, Valle del Cauca y Huila. En Guainía, San Andrés y Vichada, se presentó el menor número de casos⁵. Ver gráfico 3.

El 80,8% de los casos provienen de las cabeceras municipales; la distribución según la pertenencia étnica mostró que el 93,6% se reportó como otros, el 2,7% como población indígena, el 3,3% afrodescendientes, el 0,3% como ROM (gitanos), 0,1% se reconocen como raizales y el 0,04 como palenqueros. Por tipo de seguridad social 49,9 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado.

Las intoxicaciones son el mecanismo utilizado en el 65,7% de los casos, seguido de arma cortopunzante en el 19,6%, ahorcamiento en el 5% y arma de fuego, 4,4%. Otros mecanismos utilizados con menor frecuencia son: lanzamiento al vacío, lanzamiento a vehículo, inmolación y lanzamiento a cuerpos de agua. El 31,0% de los casos notificados, presentaron intentos previos⁸.

Los conflictos de pareja o expareja (39,4%), los síntomas depresivos (35,4%) y los problemas económicos, legales o sociales recientes, (20,8%) son los principales factores relacionados con intento de suicidio.

Como se observa en la tabla 2, los trastornos psiquiátricos más frecuentemente relacionados con el intento de suicidio fueron: el trastorno depresivo, otros trastornos afectivos y el abuso de sustancias psicoactivas (SPA). Hay que tener en cuenta que un mismo paciente puede tener varios diagnósticos psiquiátricos. El 85,4% de todos los casos reportados fueron remitidos al servicio de psiquiatría.

Tabla 2. Trastornos psiquiátricos relacionados con el intento de suicidio en Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2016.

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 1,7% (317) de los casos notificados, pertenecen a población privada de la libertad (carcelaria), 1,2% a gestantes (225), 0,7% (130) a personas en condición de desplazamiento, 0,4% a personas con discapacidad (76), 0,4% a población infantil bajo medidas de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF (73casos) y 0,2% a personas que habitan en la calle (41)⁸.

Es importante resaltar que el 30,4% de los casos reportados por intento de suicidio (5.746), tienen antecedentes de intentos previos.

Por otra parte, en el SISPRO se reportaron 1.984 casos de intento de suicidio en el año 2015 y el SIVIGILA informó que en 2016 se presentaron 18.910 casos; evidenciando una cifra casi nueve veces más alta de un año al otro, 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 primer año de su 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.

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 educación⁹.

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

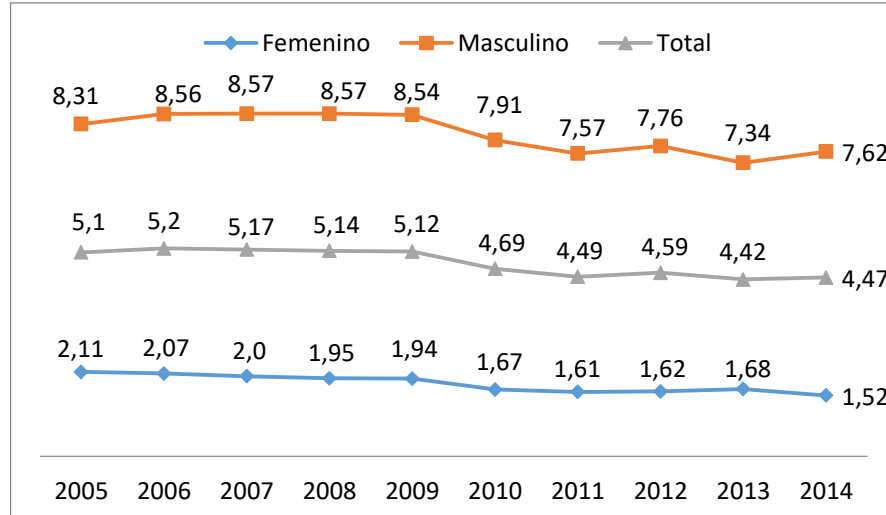
otras personas y hacia los conocimientos nuevos; así como aspectos de integración social, buenas relaciones con los compañeros y apoyo de otras personas significativas.⁹

Suicidio. Según el DANE, el número de defunciones por suicidios en Colombia entre 2005 y 2014 fue de 21.415, con un promedio anual de 2.142 casos. En términos de tasas de suicidios, en este período han presentado una variabilidad importante, con picos altos en 2006, 2007, 2008 y 2009 y un descenso progresivo hasta 2011, para luego ascender y en 2013 alcanzó su valor más bajo en el período estudiado, con 4,4 por 100 mil habitantes. Ver gráfico 4.

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, específicamente entre los 20 y 24 años de edad, y se presenta con mayor frecuencia en solteros.

Por departamentos, en 2014 se encontró que Vaupés (18,52 x 100 mil hab.), Amazonas (8,37) y Arauca (7,64) fueron los departamentos con mayor tasa de mortalidad por esta causa; en este período hubo 20 departamentos con tasas por encima de la tasa nacional (4,47 por 100.000 habitantes). Los departamentos de Chocó (con 1,1), el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (1,23) y Guainía (1,69), registraron las tasas más bajas. El reporte del DANE de las cifras oficiales de mortalidad por suicidio en 2015 se espera para el mes de agosto del presente año.

Gráfico 4. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) por 100.000 habitantes, en Colombia, por sexo y totales, de 2005-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, consulta realizada en junio 15 de 2017

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, es un estudio poblacional realizado en Colombia, con una muestra representativa de las regiones Atlántica, Oriental, Central y Pacífica, incluye los 32 departamentos y el distrito de Bogotá, tanto a nivel urbano como rural. Se encuestaron 15.351 personas en los hogares seleccionados al azar, con un rango de edad de 7 a 96 años; la población se dividió en cuatro (4) grandes grupos: de 7 a 11 años con 2.628 personas seleccionadas en la muestra (20%), de 12 a 17 años con 1.752 (27,3%), de 18 a 44 años se

incluyeron 5.058 (16%) y de 45 o más fueron 5.058 personas (16%); estas cifras incluyen un 20% más para equilibrar pérdidas por no respuesta¹.

En relación con la conducta suicida, la encuesta exploró todo el espectro, en población de 12 años en adelante: ideación suicida, plan suicida e intento suicida; algunos de estos indicadores presentaron un coeficiente de variación estimado (CVE) mayor a 20% por lo que estos resultados deben ser interpretados con precaución.

Tabla 2. Conducta suicida en adolescentes y adultos en Colombia, 2015

Conducta suicida	Adolescentes	Adultos
Ideación suicida	6,6%	6,6%
Plan suicida	1,8%*	2,4%
Intento de suicidio	2,5%*	2,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta nacional de Salud mental de 2015.

Nota: Las estimaciones marcadas con el asterisco (*) son imprecisas y pueden carecer de validez inferencial (CVE mayor al 20%).

La encuesta encontró que el evento más frecuente dentro de la conducta suicida es la ideación, con una frecuencia de 6,6%, seguido del intento de suicidio, con 2,6% y del plan suicida, con 1,8%, (este último con CVE mayor de 20). Ver tabla 2.

Se encontró que 37,6% de quienes intentaron suicidarse, lo habían planeado. La información con respecto al plan suicida e intento de suicidio, incluyendo el tipo de intento, método y número de intentos, no se reporta por baja precisión del estimativo¹.

En los adolescentes es más frecuente el intento de suicidio que el plan, lo que llama la atención sobre la incidencia de la impulsividad en este grupo poblacional; “en tales circunstancias, el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona”.¹⁰

Se observaron algunas diferencias por sexo en los adultos, las mujeres (7,6%) tiene mayor ideación suicida que los hombres (5,5%) y lo mismo pasa con el intento de suicidio, en las mujeres la frecuencia es 3,3% y en los hombres 1,9%.

Carga de la enfermedad por causa del suicidio

“La carga de enfermedad es un indicador complejo que permite cuantificar la brecha existente entre el estado de salud de una población y un *gold* estándar, e incluye la suma de años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida vividos con discapacidad”. Según el Estudio de Carga de la Enfermedad en Colombia, 2010, el número de suicidios se incrementó en un 30%, con respecto al 2005⁷.

Las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) ocupan el puesto 18 entre las 20 primeras causas por años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), en ambos sexos y en todas las edades.¹¹

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, los cuales permiten una penetración de los entornos comunitario, familiar y educativo para disponer actividades de educación en salud y apoyo psicosocial. Disponibles en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>

DESARROLLOS TÉCNICOS

- Actualmente se está trabajando en la formulación del Plan Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida 2017 -2021, con base en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (publicados el 6 de septiembre de 2016).
- 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. disponibles en: gpc.minsalud.gov.co . Actualmente en asocio con el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud – IETS, se está desarrollando la adopción de una Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida, la cual estará disponible y será socializada a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud durante segundo semestre del 2017.
- 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. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>
- Desarrollo del 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*. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>

- Adaptación de la Guía del Programa de Acción Mundial para la Superación de Brechas de Atención en Salud Mental – *MhGAP* al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la información se encuentra disponible en:
<https://colombia.campusvirtualsp.org/> y

<https://cursospaises.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=305>

- 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. Disponible en :

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>

- 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. Disponible en:

<https://bitly.com/toolboxsm>

- Este Ministerio ha puesto a disposición de los diferentes actores del SGSSS y demás actores sociales interesados, una compilación de material para la prevención e intervención de la conducta suicida Disponible en el Repositorio Institucional Digital:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Se realizó la inclusión de preguntas relacionadas con la conducta suicida en la *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*, lo que permite caracterizar este fenómeno en diferentes grupos poblacionales. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En asocio con el Instituto Nacional de Salud – INS se desarrolló el *Protocolo de Vigilancia Epidemiológica del Intento de Suicidio*, el cual fue incorporado a los eventos de notificación obligatoria del Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA a partir del 1º de enero de 2016. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx> y

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/subdireccion-vigilancia/sivigila/paginas/protocolos.aspx>

IMPLEMENTACION DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

El Ministerio de Salud y Protección Social atendiendo lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud y en el Plan Nacional de Desarrollo, formalizó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) a través de la Resolución 429 de 2016, cuya finalidad primordial es centrar la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo.

La política comprende un componente estratégico que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo y un componente operativo, que consiste en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el cual se constituye en el marco para la organización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud individual y colectiva, de acuerdo a la situación de salud de las personas, familias y comunidades en un territorio determinado teniendo en cuenta los diferenciales presentes en el mismo y la coordinación de actores e instituciones para garantizar que las ciudadanas y ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados.

Una de las acciones que se deben desarrollar para la implementación del modelo son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). El Ministerio ha definido la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y 16 rutas integrales de atención para grupos de riesgo. Las RIAS son una herramienta que establece a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales.

En este sentido, 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 asocio 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 entidades territoriales 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.

LO QUE USTED DEBE SABER

¿Qué es la conducta suicida?

La conducta suicida es un evento que involucra un espectro diverso de comportamientos, esto incluye “pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho”⁶

¿Quiénes están en mayor riesgo de suicidarse?

La probabilidad de intentar suicidarse o consumar este hecho, aumenta en los siguientes casos⁴:

- Personas con un intento previo de suicidio
- En personas con depresión
- En presencia de consumo abusivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas
- En personas que se encuentran en momentos de crisis, que menoscaban la capacidad de afrontar las tensiones que estos producen, ejemplo: crisis económicas, pérdida del empleo, ruptura amorosa, pérdida de un ser querido
- La presencia de enfermedades crónicas y/o discapacidad
- Experiencias relacionadas con “conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento”
- La pertenencia a un grupo vulnerable objeto de discriminación como: desplazados, las comunidades indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales; y las personas privadas de la libertad.

Deben tomarse en serio todas las amenazas de autolesión.

¿Cuáles son los signos de alarma⁴?

- » Presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o acto de autolesión en el último año
- » Alteraciones emocionales graves
- » Desesperanza
- » Agitación o extrema violencia
- » Conducta poco comunicativa
- » Aislamiento social

¿Qué se puede hacer ante un riesgo inminente de autolesión o suicidio?

- Cree un ambiente seguro y con apoyo, retire objetos o evite medios que puedan causar autolesión en la persona en riesgo
- Mantenga contacto constante, no deje a la persona sola.
- Busque ayuda de un profesional del equipo de salud de su EPS, que atienda el estado mental y la angustia de la persona. Consulte a un especialista de salud mental, si estuviera disponible
- Ofrezca y active el apoyo psicosocial.

¿Cómo ayudar a prevenir la conducta suicida?

La conducta suicida es un tema complejo que involucra a varios sectores de la sociedad: el institucional, familiar y comunitario, educativo, justicia, protección, económico, los medios de comunicación, las organizaciones sociales y comunitarias, entre otros; por lo tanto las acciones deben ser coordinadas e integradas. La OMS hace algunas recomendaciones para la prevención y control de la conducta suicida, estas son⁴:

- Restricción del acceso a los medios más frecuentemente utilizados para el suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos)
- Información responsable por parte de los medios de comunicación
- Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo
- Capacitación de personal de salud no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas
- Seguimiento de la atención prestada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario
- Apoyar a quienes han perdido a seres queridos que se han suicidado
- Introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol

Medidas preventivas eficaces desde un enfoque comunicacional¹⁰

Qué hacer

- Fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación
- Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos.
- Referirse al suicidio como un hecho logrado, no uno exitoso.
- Presentar sólo datos relevantes en las páginas interiores.
- Resaltar las alternativas al suicidio.
- Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.
- Publicitar indicadores de riesgo y señales de advertencia.

Qué no hacer

- No publicar fotografías o notas suicidas.
- No informar detalles específicos del método usado.
- No dar razones simplistas.
- No glorificar ni sensacionalizar el suicidio.
- No usar estereotipos religiosos o culturales.
- No aportar culpas.

Eventos de interés en salud mental

Reunión Nacional de Referentes Territoriales de la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Fecha: Agosto 9, 10, 11 de 2017.

Lugar: Ministerio de Salud y Protección Social. Carrera 13 #32-76. Auditorios Piso 4

Otros enlaces de interés en salud mental

-Colección de documentos sobre conducta suicida en el Repositorio Institucional Digital del MSPS:

<http://url.minsalud.gov.co/u0ns9>

-Página web Campaña #Depresión#Hablemos: www.minsalud.gov.co/depresion

-Organización Panamericana de la Salud (salud mental):

http://www.who.int/topics/mental_health/es/

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1167&Itemid=353&lang=es

-Página Asociación Internacional Prevención del Suicidio: <https://www.iasp.info/wspd/index.php>

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, tomo I. Bogotá 2015.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud. Bogotá, 2014.
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Intento de suicidio. Bogotá, 2016.
4. Organización Mundial de la Salud. Suicidio, nota descriptiva. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/> [Consultada en febrero 10 de 2017]
5. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. Washington 2016.
6. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Washington, DC: OPS, 2016.
7. UNICEF. Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso. Panamá, 2012.
8. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal, semana Número 52 de 2016. Bogotá 2016.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Proyecto tipo implementación de las “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”. Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de Enfermedades No transmisibles. Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. Bogotá, 2016.
10. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio, un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014.
11. Pontificia Universidad Javeriana, Cendex. Estimación de la carga de la enfermedad para Colombia, 2010. Bogotá, 2014.
12. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2014, Datos para la vida. Bogotá, 2015.
13. Organización Panamericana de la Salud. Salas de Situación en Salud. Disponible en: <http://es.slideshare.net/giramvndo/salas-de-situacion-en-salud> [consultado en octubre 11 de 2016]
14. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. CONPES Social147/2012, Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Bogotá, 2014.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2012. Bogotá, 2013.

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro (e) de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA VERGARA
Subdirector de Enfermedades No Trasmisibles

NUBIA BAUTISTA BAUTISTA
Coordinadora del Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

CAROLINA CUELLO ROYERT
Médico Epidemióloga, grupo GISM

RODRIGO LOPERA ISAZA
Profesional especializado – grupo GISM

RICARDO ÁNGEL URQUIJO
Dirección de Promoción y Prevención
Coordinación y Redacción

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES**Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental****Coordinación editorial y cuidado de texto**

Nubia Esperanza Bautista Bautista
Carolina Cuello Royert

Diseño y diagramación

Carolina Cuello Royert

Elaboración

Carolina Cuello Royert

Agradecimientos al grupo Gestión Integrada para la Salud Mental:

Nubia Esperanza Bautista Bautista
Clara Cecilia González Pinto
Rodrigo Lopera Isaza
Marcela Galeano Castillo
Giovanni Rodríguez Castillo
Diana Rodríguez Araujo
Nancy Millán Echeverry

© Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 No. 32 76
PBX: (57-1) 330 50 00
FAX: (57-1) 330 50 50

Bogotá D.C., Colombia, Julio de 2017

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS.